

InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs

LÕPPRAPORT

Teostaja:
Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus (RAKE)
Lossi 3, Tartu
<http://ec.ut.ee/rake>

Tartu 2011

Sisukord

SISUKORD	2
SISSEJUHATUS	5
UURINGU METODOLOOGIA	7
1. SOTSIAAL- JA TERVISHOIUTEENUSTE INTEGREERITUD OSUTAMISE PÕHIMÕTTED	10
2. ÜLEVAADE HINDAMISEST JA INTERRAI METOODIKAST, SELLE KASUTAMISEST MUJAL MAAILMAS JA EESTIS	14
2.1. HINDAMINE.....	14
2.2. INTERRAI METOODIKA	16
2.3. INTERRAI METOODIKA KASUTAMINE EESTIS JA MAAILMAS	19
2.4. ERINEVATE HINDAMISVAHENDITE KASUTAMINE JA VÕRDLUS	22
2.5. INTERRAI INSTRUMENTIDE KASUTATAVUS JA EELDATAV AJAKULU	31
3. ERINEVATE OSAPOOOLTE FUNKTSIOONID JA VASTUTUS	35
3.1. SOTSIAALMINISTEERIUM.....	35
3.1.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	35
3.1.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	38
3.1.3. <i>Infovajadus</i>	39
3.1.4. <i>Ettepanekud</i>	39
3.2. HAIGEKASSA.....	40
3.2.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	40
3.2.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	42
3.2.3. <i>Infovajadus</i>	42
3.2.4. <i>Ettepanekud</i>	43
3.3. PEREARSTID.....	44
3.3.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	44
3.3.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	46
3.3.3. <i>Infovajadus</i>	46
3.3.4. <i>Ettepanekud</i>	48
3.4. HAIGLA SOTSIAALTÖÖTAJAD.....	49
3.4.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	49
3.4.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	50
3.4.3. <i>Infovajadus</i>	50
3.4.4. <i>Ettepanekud</i>	52
3.5. GERIAATRID JA TEISED ERIARSTID.....	52
3.5.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	53
3.5.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	54
3.5.3. <i>Infovajadus</i>	55
3.5.4. <i>Ettepanekud</i>	56
3.6. GERIAATRILISE HINDAMISE MEESKONNAD	57
3.6.1. <i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	61
3.6.2. <i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	61
3.6.3. <i>Infovajadus</i>	62

3.6.4.	<i>Ettepanekud</i>	64
3.7.	HOOLDUSRAVI- EHK HOOLDUSHAIGLA	64
3.7.1.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	67
3.7.2.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	69
3.7.3.	<i>Infovajadus</i>	70
3.7.4.	<i>Ettepanekud</i>	72
3.8.	KODUHOOLDUSTEENUS	73
3.8.1.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	73
3.8.2.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	73
3.8.3.	<i>Infovajadus</i>	74
3.8.4.	<i>Ettepanekud</i>	75
3.9.	E-TERVISE SA.....	76
3.9.1.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	76
3.9.2.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	77
3.9.3.	<i>Infovajadus</i>	77
3.9.4.	<i>Ettepanekud</i>	77
3.10.	KOHALIKE OMAVALITSUSTE SOTSIAALTÖÖTAJAD.....	77
3.10.1.	<i>KOV funktsioonid ja vastutus integreeritud hoolduse korraldamisel</i>	77
3.10.2.	<i>Sotsiaaltöötaja</i>	79
3.10.3.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	81
3.10.4.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	83
3.10.5.	<i>Infovajadus</i>	83
3.10.6.	<i>Ettepanekud</i>	85
3.11.	KODUÕED.....	86
3.11.1.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	86
3.11.2.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	90
3.11.3.	<i>Infovajadus</i>	90
3.11.4.	<i>Ettepanekud</i>	92
3.12.	HOOLDEKODUD.....	92
3.12.1.	<i>Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel</i>	92
3.12.2.	<i>Koostöö- ja koordineerimise vajadus</i>	93
3.12.3.	<i>Infovajadus</i>	94
3.12.4.	<i>Ettepanekud</i>	95
4.	TERVISHOIU- JA HOOLEKANDESEKTORI VAHELISE KOOSTÖÖ PARIMAD PRAKTIKAD	97
4.1.	EESTI KOGEMUSED.....	97
4.1.1.	<i>SA Pärnu Haigla</i>	98
4.1.2.	<i>SA Koeru Hooldekeskus</i>	99
4.1.3.	<i>SA EELK Tallinna Diakooniahaigla</i>	102
4.1.4.	<i>SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus</i>	103
4.2.	VÄLISRIIKIDE KOGEMUSED	105
4.2.1.	<i>Hooldusvajaduse hindamine ja integreeritud hooldusteenused</i>	105
4.2.2.	<i>InterRAI kasutuse kogemused välisriikides</i>	106
4.3.	INTERRAI RAKENDAMISE SENISED PRAKTIKAD	108
4.3.1.	<i>Kanada kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel</i>	108
4.3.2.	<i>Belgia kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel</i>	112
4.3.3.	<i>Soome kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel</i>	113

5. INTERRAI METOODIKA SOBIVUS ERINEVATELE OSAPPOOLTELE	115
5.1. INTERRAI METOODIKA TUGEVUSED JA NÕRKUSED	117
5.2. INTERVJUUEST SAADUD HINNANGUD INTERRAI METOODIKALE.....	121
5.2.1. <i>Positiivsed aspektid</i>	121
5.2.2. <i>Negatiivsed aspektid</i>	122
5.3. INTERRAI KASUTUSELEVÕTU EELDUSED	122
6. INTERRAI METOODIKA INFOTEHNOLOOGILINE RAKENDAMINE.....	124
6.1. EELDUSED	124
6.2. INTERRAI JA ICF-I VAHELISED SEOSED.....	127
6.3. INFOTEHNOLOOGILISED LAHENDUSED INTERRAI RAKENDAMISEKS.....	132
6.3.1. <i>InterRAI rakendamine Sotsiaalteenuste Andmeregistri (STAR) baasil</i>	133
6.3.2. <i>InterRAI rakendamine Tervise Infosüsteemi (TIS) baasil</i>	135
6.3.3. <i>InterRAI rakendamine STAR-i ja TIS-i koostoimel</i>	137
6.3.4. <i>InterRAI rakendamine eraldiseisva infosüsteemina</i>	137
6.4. ALTERNATIIVSETE LAHENDUSTE MAKSUMUSE HINNANG	139
6.5. KOKKUVÕTE	142
7. VALMISOLEK STANDARDISEERITUD HINDAMISINSTRUMENDI RAKENDAMISEKS.....	145
7.1. VALMISOLEKUT TAKISTAVAD TEGURID	145
7.1.1. <i>Süsteemi tasandi valmisolekut piiravad tegurid</i>	145
7.1.2. <i>Osapoolte ja keskkonnaga seotud valmisolekut piiravad tegurid</i>	146
7.1.3. <i>Põhimõttelised valmisolekut piiravad tegurid</i>	147
7.2. VAJALIKUD TEGEVUSED VALMISOLEKU TÕSTMISEKS	148
8. INTERRAI RAKENDAMISE SOOVITUSLIK TEGEVUSKAVA.....	149
8.1. ÜLDTEGEVUSED	149
8.2. IT LAHENDUSEGA SEOTUD TEGEVUSED	149
8.3. KOOLITUSED	150
8.4. INTERRAI RAKENDAMISE HINNANGULISED KULUD	153
KOKKUVÕTE	155
KIRJANDUS	160
LISAD.....	167
LISA 1. KÜSIMUSTIK.....	167
LISA 2. INTERVJUEERITUD INSTITUTSIOONIDE NIMISTU	172
LISA 3. TÖÖKS VAJALIKUD ANDMED.....	174
LISA 4. PROTSESSIS OSALEVAD OSAPOOLED JA NENDE ROLLID.....	176

Sissejuhatus

Tänase seisuga puuduvad ühtsed alused ja standardiseeritud vahendid (hindamisinstrumendid, standardiseeritud küsimustikud jms) hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste vajaduste hindamiseks ja abivajadust puudutavate otsuste tegemiseks nii tervishoiu- kui ka hoolekandesektoris. See tingib olukorra, kus spetsialistid võivad isiku probleemide ulatust hinnata vääralt, mistõttu võivad otsused inimese abistamise meetmete osas olla ebaõiged. Lisaks võib praegune süsteem põhjustada osalist dubleerimist ning raskendada isiku vajadustest, abistamise eesmärkidest ja plaanitud tegevustest tervikpildi kujundamist. Samuti on senistest uuringutest teada, et praegused meetodid hooldusravis ei kaasa piisavalt eakaid ja nende lähedasi hooldusplaani koostamisse ja hilisemate otsuste tegemisse.¹

Omaette probleemide ring tuleneb sellest, et sotsiaalhoolekandesüsteem ja tervishoiusüsteem on Eestis korraldatud erinevalt ja omavahel lahus. Seetõttu esineb mitmeid probleeme teenuste koordineerimisel ja nende efektiivsel osutamisel, kuivõrd hooldusraviteenused võivad osutada vajalikuks ka hoolekandesüsteemi teenuseid saavate inimeste jaoks ning vastupidi. Vähesed koordineerituse, koostöö ja infovahetuse tagajärjel võivad mitmekülgsed vajadustega inimesed jääda abita.

Selline olukord tähendab muuhulgas, et riiklikul tasandil on ebapiisav ülevaade, milliste probleemidega puutuvad kokku hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimesed nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuste kasutamisel. Samuti on ebaselge, millised on nende inimeste tegelikud vajadused ning milliseid abimeetmeid neile pakutakse ja kui tulemuslikud on rakendatud meetmed.

Mainitud probleemide ühe võimaliku lahendusena nähakse interRAI (*Resident Assessment Instrument*) hindamisinstrumendi rakendamist. Samas on ebaselge, kas ja millised probleemid selle instrumendi kasutamine hoolekande- ja hooldusravisüsteemis lahendaks. Samuti pole teostatud põhjalikku analüüsi võimalike alternatiivsete instrumentide kohta. Lisaks eeldab interRAI meetodi rakendamine selget arusaama adekvaatse infosüsteemi nõuete kohta ning analüüsi selle integreeritavusest juba olemasolevate infosüsteemidega.

Käesolev uuring viidi läbi, et aidata kaasa mainitud probleemide lahendamisele. Uurimistöö konkreetsemateks eesmärkideks olid

- selgitada välja erinevate osapoolte² funktsioonid ning informatsiooni- ja koostöövajadus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute abistamisel;
- analüüsida interRAI meetodika sobivust katmaks osapoolte vajadusi oma funktsioonide täitmisel hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel;
- anda konkreetset ja rakendatavad soovitused interRAI elektroonse versiooni kasutusele võtmise võimaluste osas hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis.

¹ ETF-i grant ETF7597 „Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivravis ja eakate hooldusravis“ (2008-2010).

² KOV sotsiaaltöötaja, perearst, eriarst, koduse õendusabi teenuse osutajad, koduhoolduse, ööpäevaringse hoolduse teenuse osutajad, hooldushaiglad, geriaatrilise hindamise meeskonnad, kohalikud omavalitsused, Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja E-tervise SA.

Uuringuga kaardistati, millised on erinevate osapoolte funktsioonid ja vastutuse jagunemine ning infovahetuse ja koostöövajadus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel ning millised on tänase süsteemi probleemid, nende põhjused ja tagajärjed. Seejuures on välja toodud parimad praktikad koostööst tervishoiu- ja hoolekandesektori vahel Eestis ning interRAI kasutamise senistest praktikatest Kanadas, Belgias ja Soomes. Eakate poliitikat puudutavate arengudokumentide väljatöötamises on Kanada üks maailma juhtriike ning samas nad ka hindavad nende poliitikate toimivust praktikas regulaarselt ja kiirelt. Kanada ja Eesti puhul on oluliseks sarnasuseks see, et Kanadas on ka perekonna koormus suhteliselt suur mitteformaalse hooldamise näol. Soome on olnud Eestile eeskujuks hoolekande- ja tervishoiupoliitika väljatöötamisel, kuid vähem on tähelepanu pööranud spetsiaalselt eakate poliitikale. Samas on just selles valdkonnas Soomes väga suured kogemused viimastest aastatest. Muuhulgas on Soomes interRAI metoodikat edukalt rakendatud juba 2000. aastast (Finne-Soveri 2010a).

Analüüs käsitleb, kuidas sobib interRAI metoodika kasutuselevõtmiseks erinevate osapoolte funktsioonide täitmiseks hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel. Teostatud analüüsi tulemustele toetudes on esitatud ettepanekud, kas ja kuidas on vaja tervishoiu- ja hoolekandesektori vahel hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel tõhustada koostööd, tegevuste koordineerimist ning andme- ja infovahetust. Lisaks antakse soovitusi hoolduse ja õendusabi vajaduse hindamise standardiseeritud hindamisinstrumenti kasutusele võtmiseks. Samuti esitatakse analüüs ja ettepanekud selle elektrooniliseks rakendamiseks.

Uuringu käigus koguti sihtrühmaga töötavate spetsialistide intervjuerimisel muuhulgas terve rida ettepanekuid, mida võib kirjeldada kui üldisi eakate poliitikat arendavaid ja/või parandavaid samme. Need ettepanekud on käesolevas töös fikseeritud, kuid nad ei ole uuringu põhiprobleemidega võrreldes samaväärse põhjalikkusega läbi töötatud. Põhjalikuma analüüsi järgselt on neid ettepanekuid võimalik ellu viia iseseisvalt, sõltumata otsustest interRAI hindamisinstrumentide kasutamise suhtes.

Käesoleva uuringu tulemusi kasutatakse sisendina edasiste otsuste tegemisel sihiga juurutada hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamiseks infosüsteemis kasutatav standardiseeritud hindamisinstrument.

Raporti koostas Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE koostöös konsultatsioonifirmaga PwC. Tartu Ülikooli poolt andsid oma panuse Jüri Kõre, Reeli Sirotkina ja RAKE projektijuht Siim Espenberg, lisaks olid ekspertidena töörühmas Maarika Tisler, Mii-Kersti Sultsmann ja Anu Ilp. Infotehnoloogilise analüüsi autoriteks on PwC analüütikud Jüri Etverk, Moonika Olju ja Aigar Koov. Töö autorid tänavad meeldiva koostöö eest Sotsiaalministeeriumi töötajaid. Samuti kuulub raporti koostajate tänu kõikidele intervjueritutele.

Uuringu metodoloogia

Püstitatud uurimisülesannetele vastamiseks koguti informatsiooni erinevate analüüsimeetoditega, keskendudes neljale peamisele lähenemisele:

- dokumendianalüüs (sh siiani läbiviidud teadusuuringute analüüs),
- kvalitatiivuuring,
- juhtumianalüüs,
- infotehnoloogiline analüüs.

Dokumendianalüüsi käigus uuriti muuhulgas

- valdkonna arengut suunavaid strateegiaid ja arengukavasid,
- valdkonda reguleerivaid õigusakte,
- õigusaktide alusel väljatöötatud juhendeid,
- varasemaid asjakohaseid teadusuuringuid³ ja analüüse.

Dokumendianalüüsi abiga koostati ülevaatlisk pilt hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisest, selle käigus ilmnenuid probleemidest ja süsteemi arenguvõimalustest.

Dokumendianalüüsi kasutati eeskätt järgmiste tegevuste juures:

- 1) erinevate osapoolte funktsioonid ja vastutus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel (osapoolte tegevust reguleerivad ja koordineerivad dokumendid, senised teadusuuringud ja analüüsid, Haigekassa lepingud erinevate osapooltega),
- 2) interRAI metoodika rakendamise praktikate ülevaade Eestis ja välisriikides (senised uuringud ja analüüsid),
- 3) interRAI metoodika ja võimalike alternatiivide sobivuse hindamine (interRAI versioonid RAI-HO ja RAI-KO, materjalid alternatiivsete hindamisinstrumentide kohta),
- 4) infotehnoloogilise lahenduse väljapakumine (olemasolevate infosüsteemide spetsifikatsioonidokumendid, materjalid interRAI metoodika kohta).

Käesolev analüüs toetub suures osas **kvalitatiivuuringule** (kasutatud küsimustik raporti lisas 1) ja selle tulemustele, millel on väga suur tähtsus, kuna just intervjuud ekspertidega annavad märkimisväärse osa sisendist analüüsi teostamiseks. Kvalitatiivuuringuga koguti personaalsete ja rühma-intervjuude abil infot erinevatelt osapooltelt ja valdkonna ekspertidelt (institutsioonide nimistu on raporti lisas 2).

Kvalitatiivuuringuga selgitati detailsemalt välja erialaspetsialistide igapäevatöö kitsaskohti ning parimaid praktikaid.

³ Euroopa 5. raamprogrammi raames teostati hooldusvajaduse hindamise projektid CARMA ja CareKeys, kus ka Eesti oli partner. Hooldusvajaduse ja hoolekandesüsteemi kohta on tehtud ka TALSINKI uuring (2004), „Eakate tervise- ja toimetuleku-uuring“ (2000) jms. Lisaks on kirjutatud mitmeid magistritöid, mis käsitlevad kliendikesksust, hooldajate tööd, ödede tööd jms teemasid, samuti interRAI adapteerimisest Eestis. Vt ka uuringus kasutatud allikate loetelu raporti lõpus.

Kvalitatiivuuritinguga koguti infot järgmiste ülesannete täitmiseks:

- 1) erinevate osapoolte funktsioonid ja vastutus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel,
- 2) tervishoiu- ja hoolekandesektori vahelise koostöö parimate praktikate väljaselgitamine,
- 3) interRAI metoodika rakendamise praktikate ülevaade Eestis ja välisriikides (väliskogemuse kaardistamiseks koguti lisainformatsiooni ka dokumendianalüüsi raames ning välisekspertide kaasamise abil),
- 4) tervishoiu- ja hoolekandesektori vahelise koostöö tõhustamise, tegevuste koordinatsiooni ning andme- ja infovahetuse parandamise alaste ettepanekute tegemine,
- 5) interRAI metoodika sobivuse ja võimalike alternatiivide hindamine,
- 6) infotehnoloogilise lahenduse väljapakkumine.

Juhtumianalüüsi käigus koguti infot kirjeldamiseks ja hindamiseks erinevate osapoolte informeeritust, koostööd ja teadmisi hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel. Samuti kasutati juhtumianalüüsi Eesti heade praktikate kirjeldamiseks.

Parimate praktikate uuring planeeriti juhtumiuuringuna (*case study*), kuna hooldusel olev eakas on multidimensionaalses kontekstis (korralduslik pool, suhted, protsessi sujuvus) ning tõendusmaterjali juhtumi kohta saab erinevatest allikatest (dokumendid, intervjuud, protsessikirjeldus).

Heade praktikate uuringut juhtumianalüüsina võib nimetada nii praktika- kui ka programmiuuringuks (O'Leary 2005), kuna eesmärgiks oli teha soovitusi olukorra muutmiseks ning teisest küljest hinnata seda, mis juba toimub.

Juhtumiuuringuga koguti täpsemat ja detailsemat infot, et vastata projekti eesmärkidele (Alter, Evens 1990).

Mitme juhtumiga uuringu nõrkuseks võib olla asjaolu, et juhtumid pole võrreldavad ning fookus läheb kaotsi. Kuigi uuringus kirjeldatavad juhtumid on suhteliselt erinevad, on neil ühiseks jooneks asutuste eesmärk: pakkuda hooldus-, õendus- ja rehabilitatsiooniteenust hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimestele.

Seega kirjeldati mitmeid häid praktikaid Eesti oludes 2010. aasta seisuga.

Täpsustatud küsimused heade praktikate kirjeldamiseks olid järgmised:

- Millised dokumendid on abivajadusega inimesel saabumisel kaasas?
- Kes suunab abivajadusega isikut teenusele?
- Milline on taustinformatsioon eaka kohta?
- Kuidas on uuritud eaka vajadusi ja funktsioone enne hoolekandetasutusse sattumist? Millised dokumendid neid toetavad? Kelle initsiatiivil on eeldokumentatsioon täidetud?
- Kuidas toimub eaka hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandetasutuses?
- Kuidas toimub hooldus-, õendus- ja rehabilitatsioonitegevuse dokumenteerimine?

Kriteeriumid hilisemaks andmete analüüsiks olid järgmised:

- Milline koostöö toimub erinevate sektorite ja asutuste vahel?
- Kuidas toimub asutusesisene koostöö?
- Milleks on dokumentatsioon ette nähtud?

Infotehnoloogilise analüüsi eesmärgiks oli teostada võrdlev analüüs tuvastamiseks, millised infotehnoloogilised lahendused oleksid kõige sobivamad interRAI rakendamiseks. Lisaks hinnati tulenevalt teostatud analüüsist seotud asutuste valmidust interRAI rakendamiseks ning vajalikke tegevusi selle juurutamiseks.

Infotehnoloogiliste lahenduste analüüsimisel interRAI rakendamiseks võetakse arvesse järgmisi lahendusvõimalusi:

- interRAI lahendamine Sotsiaalteenuste Andmeregistri (STAR) baasil,
- interRAI lahendamine Tervise Infosüsteemi (TIS) baasil,
- interRAI lahendamine STAR-i ja TIS-i koostoime puhul,
- interRAI lahendamine eraldiseisva infosüsteemina,
- interRAI lahendamine muu tehnilise lahenduse või lahenduste alusel.

Antud analüüsi teostamiseks kasutati sisendina muuhulgas dokumendianalüüsi ja kvalitatiivuuringuga kogutud informatsiooni hetkeolukorra, kaasatud asutuste funktsioonide ja infovajaduse, kaasatud osapoolte vahel andmete vahetamise ja interRAI protsessipõhise sobivuse kohta. Koondatud informatsiooni alusel loodi üldine hetkeolukorra infotehnoloogiline kaardistus, mis võimaldas pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamise protsessi etappide ja kaasatud asutuste funktsioonide alusel kaardistada info vahetamine ja nõuded sellele. Antud tegevus võimaldab kõrvutada osapoolte vajadusi ülal mainitud alternatiivsete lahendustega interRAI juurutamisel ning seeläbi tuvastada neist sobilikumad.

Antud tegevuse tulemuseks oli valik, millised võimalikest alternatiividest on sobivamad interRAI rakendamiseks. Valitud alternatiivide analüüsimisel arvestati sealjuures järgmiste aspektidega:

- iga alternatiivi tehnoloogiline sobivus,
- võimalusel alternatiividega kaasnevate kulude hindamine,
- võimalik halduse ja vastutuse jagunemine erinevate alternatiivide puhul.

Analüüs teostati eesmärgiga tuvastada, kas seotud osapoolte poolt kasutatavad IT-lahendused võimaldavad kasutada uut rakendatavat interRAI elektroonilist vahendit tõhusalt ehk nii, et IT infrastruktuur ei hakka piirama interRAI kasutamist. Antud tegevuse teostamiseks viidi muuhulgas läbi personaalintervjuud ekspertidega, mille abil saadud tulemusi arvestati olemasoleva IT infrastruktuuri hindamisel.

1. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreeritud osutamise põhimõtted

Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise lähtekoht Eestis on põhimõtteliselt erinev. Tervishoiuteenuste saamiseks (inimese vaatenurgast) annab garantii Eesti Vabariigi Põhiseadus, mille paragrahv 28 sätestab igapäevase tervise kaitsese. Praktikas pole see garantii alati realiseeritud – tasuta eriarstiabi on kõigile isikutele garanteeritud vältimatu abi vormis, üldarstiabi (perearstiteenus) ainult juhul, kui ravikindlustuse puudumisel ja isiku maksevõimetuse korral rahastab seda kohalik omavalitsus. Kuid olukord on sotsiaalteenuste korraldusest põhimõtteliselt siiski erinev seetõttu, et õiguskantsler on mitmeid kordi (29. märtsil ja 14. oktoobril 2005, 13. juunil 2006, 19. aprillil 2007 ning 16. oktoobril 2008) pöördunud Sotsiaalministeeriumi poole, taotledes sammude astumist, et kõigi isikute õigus tervise kaitsesele oleks tagatud tasuta üldarstiabi saamise kaudu (Härmsalu *et al* 2009).

Tõsi, variandid, mida õiguskantsler on probleemi lahendamiseks kaalunud (kogu tervishoiuteenuste paketi kindlustamine ravikindlustuseta isikutele (KOV-de vahendusel) või ainult üldarstiabi ja ravimihüvitise kindlustamine (samuti KOV-de vahendusel)), pole sugugi konfliktivabad. KOV-d viitavad vastustes antud ettepaneku suhtes nii oma vahendite nappusele kui ka kahe rahastamise ja haldamise süsteemi (tsentraliseeritud ravikindlustusega ja detsentraliseeritud ravikindlustuseta isikutele) ebaotstarbekusele.

Käesolevad viited on tehtud eelkõige selle eesmärgiga, et osutada tõsiasjale – tervishoiuteenuste osutamisel on 95% Eesti elanikele raviteenused, ravimikompensatsioon ning haigus- ja hooldushüvitis kindlustatud tsentraliseeritud ressursside ja standardite alusel (Haigekassa poolt sõlmitud lepingud teenuseosutajatega on olemuse poolest ühetaolised). Ka ülejäänud 5% kindlustamata isikute jaoks taotleb õiguskantsler ühetaolist teenustepaketti (antud hetkel pole oluline, kas väiksemat või suuremat paketti). Käesoleva uuringu tegemisel saadud kogemus näitab, et õiguskantsleri ettepaneku peamine nõrkus pole seotud ressurssidega (kindlustamata isikute raviteenuste rahastamiseks eraldavad väikesed omavalitsused suurtega võrreldes sageli proportsionaalselt suurema osa eelarvest), vaid haldussuutlikkusega. Enamikul KOV-idel puudub tervishoiuvaland kompetents, seega on küsitav, kas vastavad otsused on kompetentsed ja efektiivsed (ressursisäästlikud).

Sotsiaal(hoolekande)teenuste osutamise põhimõtteline lähtekoht erineb tervishoiuteenuste osutamise lähtekohast. Sotsiaalhoolekande seadus (edaspidi SHS, RT I 1995, 21, 323) seab esiplaanile indiviidi vastutuse enda ja perekonna toimetuleku eest. Perekonnaseadus (edaspidi PS, RT I, 14.12.2009, 60, 395) sätestab vastutavate isikute ringi, kes omavad seaduses loetletud perekonnaliikmete suhtes hoolduskohustust. Seaduse mõtte kohaselt peab abi olema solidaarne. See tähendab, et isegi kui kohustatud isik pole ise täielikult toimetulev, kuid tema käsutuses olevad ressursid on suuremad selle isiku käsutuses olevatest ressurssidest, kelle suhtes tal on hoolduskohustust, peab ta oma ülalpidaja kohustust täitma. Tõsi, sotsiaalhoolekande seaduse paragrahv 4 sätestab abi andmise kohustuse juhul, kui isik või perekond iseseisvalt toime ei tule. Samas ei ole loodud subsidiaarset süsteemi, mis kindlustaks abi saamise juhul, kui isik esmaselt hoolekannet korraldavalt tasandilt abi ei saa. Abi andmise tingimused omavalitsuse poolt ei ole standardiseeritud (normeeritud). Seega võib omavalitsuse formaalselt korrektne otsus olla isiku (perekonna) toimetuleku kindlustamise seisukohalt ebapiisav ehk nõuaks sisuliselt minimaalse toimetuleku tagamiseks täiendavat abi (toetust, teenust, muud abi). Nagu öeldud, ei ole vastav hierarhiline süsteem, mis minimaalselt piisava abi kindlustaks, välja arendatud. Hierarhiline teenuste korralduse süsteemi puudumine on ka üheks teguriks, miks SHS-s põhimõtteliselt ette nähtud vajaduste hindamise süsteem on välja arendamata. Teisalt, kuna vastutus eakate

toimetuleku kindlustamisel lasub esmaselt sugulastel, pole pikaajalise hooldusvajaduse fakt niiõelda värske info pinnal omavalitsusele alati teada. Omavalitsus teab küll põhimõttelisest hooldusvajadusest hooldaja määramise pinnal, kuid jooksvatest probleemidest ja vajadustest ei ole nad sageli informeeritud. Seega ei saa KOV sotsiaaltöötaja näiteks eaka terviseprobleemide teravnedes anda isiku kohta oma tervishoiu koostööpartneritele alati operatiivselt sotsiaalse iseloomuga informatsiooni.

Põhiseaduse eespool viidatud paragrahv 28 sätestab riigi kohustuse hoolekande osas, seda erinevalt tervise kaitse valdkonnast selektiivsena (Eesti kodanikul on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral; abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus). Seega põhiseadus ei anna otsust võimalust delegeerida puudustkannatajate abistamine kohalikele omavalitsustele. Ometi on seda tehtud, toimetulekutoetuse maksmine on delegeeritud sotsiaalhoolekande seadusega kohalikele omavalitsustele. Kuna toimetulekutoetus ei kata minimaalseid elamiskulusid (on madalam mitteformaalsest elatusmiinimumist), siis on puudustkannatajate toimetulek jällegi sõltuv kohaliku omavalitsuse suhtumisest ja käitumisest ehk kas omavalitsus maksab täiendavat toetust mahus, mis koos toimetulekutoetusega kindlustab elatusmiinimumi ulatuses sissetuleku või mitte.

Esitatud näited on isenesest piisavad, selgitamaks erinevusi sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise põhimõtetes. Neile täienduseks tuleb toonitada, et hoopis erinevat tähendust omab kahe sektori jaoks ajafaktor. Tervishoiuteenused jaotuvad erakorralisteks ja korralisteks (plaanilisteks). Oma olemuselt (sisult) võivad nad olla sarnased, kuid neid eristab ajaline mõõde (erakorraline teenus tähendab kohese osutamise nõuet (sh elulistel näidustustel), korraline teenus võib tähendada ka järjekorda). Hoolekandes kasutatav mõiste vältimatu abi tähendab sisult teistsugust teenust kui seda osutatakse plaanilise abi saajatele. Praktikas võib sagedasti esineda juhtumeid, kus vältimatu abi ei kasva üle plaaniliseks abiks. Ka ei arvestata hoolekandes teenuste osutamisel (osutamata jätmisel) ajafaktori tulevase mõjusid (ennetus kui tegevus on küll formaalselt aktsepteeritud ja hinnatud, kuid sisuliselt sageli teostumatu).

Kontseptsioon „Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritult“ (2006) kaardistab olemasolevas eakate pikaajalise terviseprobleemiga hooldust vajavate isikute teenuste osutamise süsteemi nõrkused ja pakub võimalikud arendusteid:

- 1) tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide lahusus ning ebapiisav ja juhuslik integratsioon;
- 2) eakate vajadustele vastavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste ebapiisav ja ebaühtlane kättesaadavus;
- 3) eakate vajadustele vastavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste ebaühtlane kvaliteet;
- 4) kodus keskkonnas elamist toetavad teenused vähearenenud;
- 5) ressursside ebaefektiivne kasutamine (teenuste vajadus sageli hindamata).

Loetletud momendid on isenesest olulised ja tõesed, kuid ei kirjelda kõikidel konkreetsetel juhtudel situatsiooni tema mitmekesisuses. Näiteks teatud juhtudel ei tähenda fakt, et koduhooldusteenus puudub, isenesest veel praktikat, et hooldusteenuste vajadusega isik läheks probleemide tekkimisel ilma niiõelda vaheastmeta otse kodust hooldekodusse või mujale institutsionaalsele hooldusele. Omavalitsused on loonud sotsiaalkortereid (teenustega eluruumid), kus lahendatakse toimetulekuks abi vajavate isikute hoolduse probleemid. Selline abi pole alati vormistatud koduhooldusteenusena. Mõningatel juhtudel on sotsiaalkorterid samas majas või lähedal perearsti tööruumidega, seega on kindlustatud ka kiire meditsiiniabi saamine.

Situatsiooni kirjeldamiseks (hooldusvajadusega ja terviseprobleemidega isikute vajadustepõhiseks ja samas kuluefektiivseks teenindamiseks) on vaja:

- 1) analüüsida olemasolevat infot kahest aspektist: milliste probleemide lahendamiseks on olemas detailsem või üldisem arusaam, kontseptsioon, strateegia ja milliste lahendamiseks on vaja kujundada põhimõttelisi seisukohti vms;
- 2) määratleda keerukaim, suurimaid vastuolusid või eriarvamusi kätkev probleem, mille lahendamine peab olema edasilikumiseks prioriteet.

Lahendina probleemide ületamiseks ja integreeritud süsteemi loomiseks pakutakse kahte võimalust:

- 1) koostöövõrgustiku integreeritud mudeli arendamine,
- 2) integreeritud multifunktsionaalsete organisatsioonide mudeli arendamine.

Loetletud lahendid on teatud mõttes võrdväärased ning praktikas kas rohkem või vähem esindatud. Seetõttu puudub esmaselt vajadus nende „kaalumiseks“ (eeldades, et praktika on ratsionaalne, st mõlemal variandil on antud hetkel oma eelised). Küsimus on ühe või teise variandi jätkusuutlikkuses ehk sobivuses tervishoiu- ja hoolekandesektori planeeritud üldisema arenguga.

Seda arengut on võimalik antud sihtgrupi (pikaajaliste toimetuleku- ja terviseprobleemidega isikud) seisukohast hinnata järgmistest aspektidest:

- 1) vastavate valdkonna (hoolekande ja tervishoiu) strateegiate olemasolu ja nende elluviimine (plaanijärgne, plaanist ees või maas?);
- 2) Valdkonna sisese info kogumise, jagamise ja vahetuse süsteemi tase, kas see on arendatud samaväärselt piirnevate valdkondadega tõrgeteta infovahetuse korralduseks;
- 3) vajaduste hindamise tase (hindamisinstrumentide tuntus või kasutamine, instrumentide sobivus ja kasutusoskuste levimus, instrumentide haakuvus naabervaldkondades kasutatavate instrumentidega);
- 4) ennetavate, toetavate ja situatsiooni muutmisele suunatud tegevuste proportsioonid valdkonniti;
- 5) sisuliste tegevuste formaliseeritus (suunamiskirjade, hooldus- või raviplaanide, teenuste või ravistandardite, kvaliteedi hindamise ja tegevuse tulemuslikkuse hindamise instrumentide olemasolu, kasutamine ning tase ja sobivus);
- 6) valdkonnasisese arengu terviklikkus (kas erinevaid vajadusi rahuldavaid teenuseid arendatakse proportsionaalselt või disproportsionaalselt);
- 7) olemasolevate koostöövõrgustike (valdkonnasiseste ja valdkondadevaheliste) toimimise tulemuslikkus;
- 8) spetsialistide haridustase ja praktiliste oskuste aste (lihtsamate või keerukamate töömeetodite valdamine ja kasutamine) ja sellele baseeruv koostööpotentsiaal (vastastikune usaldus kompetentsi osas);
- 9) tegevuste (teenuste) kompleksis osutamise rahastamise võimalikkus (hooldus- ja tervishoiuteenuste paralleelselt, koos või järjestikku rahastamise mehhanismide olemasolu);
- 10) valdkondade formaliseeritus (teatud ühetaolisuse nõue mitte sisu, vaid taseme jms mõttes).

Juhul kui eelnevalt kirjeldatud aspektide puhul ilmneb suuremal hulgal probleeme, küsitavusi, arenguerisusi, arusaamade lahknevusi, siis on koostöövõrgustiku integreeritud mudeli arendamine mõneti keeruline ja ootuspärane klientide suurem teenustega rahulolu, tegevuste tulemuslikkus ja efektiivsus (rahaline kokkuhoid) ei pruugi ilmneda ning teatud aja jooksul on paratamatu

keskendumine valdkondlikule arengule (integreeritud multifunktsionaalsete organisatsioonide mudeli arendamisele).

2. Ülevaade hindamisest ja interRAI metoodikast, selle kasutamisest mujal maailmas ja Eestis

2.1. Hindamine

Hindamine on abistavaks elemendiks, mille kaudu saadav tulemus on eelduseks nii pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste vajaduste parima rahuldamise saavutamisele kui ka vajalike statistiliste andmete kogumisele, vajadustekesksele teenuste planeerimisele, ressursside põhjendatud kasutamisele ning juhtumikorralduse rakendamisel järjepidevuse saavutamisel abi osutamise käigus. Erinevate abiandmise otsuste tegemiseks on vajalik igakülgne ja põhjalik andmestik ning informatsioon inimese kohta. Kui andmed, mida kogutakse, on põhjalikud ja mitmekülgsed, siis on võimalik, et saadakse teada inimese probleemide võtmeküsimused ja veel avastamata probleemid ning uusi teadmisi abivajaduse kohta. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2015 alusel on abi osutamine efektiivne siis, kui on määratletud abi vajadus (vajatava abi liik ja maht), abistamise võimalused ja otstarbekus.

Ühtse hindamise protsessi kujundamisel kogu riigis on vajalik erinevatel tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetasanditel otsustada ühiselt:

- millega, st millise metoodika ja hindamisinstrumendiga hinnatakse pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega isikuid nende ravi- ja hooldusküsimuste korraldamisel;
- mida on vaja hinnata, st milliseid inimesega seonduvaid eluvaldkondi või aspekte ja mis ulatuses peetakse vajalikuks hinnata;
- kas valitud metoodika ja mõõdikud/hindamisvahendid mõõdavad ja täidavad seda eesmärki, mida oodatakse või vajatakse, st kas mingi konkreetne metoodika on tõenduspõhine, usaldusväärne ja valiidne;
- kuidas hinnata (koolitus, baasteadmised hindamise kohta) – hindamise läbiviimine nõuab koolitamist ükskõik missuguse hindamisvahendi kasutamisel, et oleksid ühtsed arusaamad hindamisvahendi kasutamise praktikas, koolituse läbimise tulemusel kasutatakse ühist keelt, mille alustalaks on ühtne hindamismetoodika;
- kuidas korraldada see, et iga hindamise läbiviimine annaks lisaväärtust, st hindamise läbiviimisele järgneb vajaduspõhine ravi- ja hooldusplaani koostamine ning juhtumikorraldus ehk inimese jõudmine talle vajalike teenusteni ja olukordade elimineerimine, et kui näiteks inimene ei vaja taastusravi, siis teda ka sinna teenusele ei suunata või selle elimineerimine, et hinnatakse vajadused ära, kuid sellele ei järgne vajalikku sekkumist;
- inimeste vajaduste hindamisest saadud andmete riskasutuse hädavajalikkuse mõistmine ja tagamine riigi tasandil, et kõik sotsiaal- ja tervishoiuasutused teeksid koostööd ega koguks andmeid iseendale – teisisõnu sellise olukorra vältimine, kus uuritavate valdkondade eksperdid peavad pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega isikute erakorraliste ravi- ja hooldusküsimuste (eelkõige toimetulek ja hooldusküsimused) lahendamisel kasutama tutvusi, et saada andmeid, mille alusel tehtaks vajalikke otsuseid kiiremini kui tegelik otsuste tegemise protseduuriireeglistik ette näeb, et inimene jõuaks vajaliku abi ja teenusteni.

Eestis on igapäevases praktikas kasutusel väga erinevad meetodikad ja hindamisvahendid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste hindamisel. Näiteks esineb välisriikidest sisse toodud hindamisemöödikuid, mis on kohandatud oma asutusele sobivaks, jättes möödikust välja osad, mida ei peeta vajalikuks, tehes hindamisvahendi muutmise otsuseid sisetunde alusel. On ilmnenud ka, et praktikas kasutatakse mõnesid hindamisvahendeid, mida ei ole Eestis litsentseeritud ega adapteeritud.

Üheks hindamisvahendi kohandamise näiteks sisetunde ajendil on Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni (EGGA) poolt väljatöötatud hooldusvajaduse määramise hindamisvahend, mis käesolevas uurimuses osalenud intervjueeritavate sõnul muudeti mõnes KOV-s isikuandmete kogumise leheks, kuna antud hindamisvahendi täitmine ei olnud kõigile kohustuslik ega suudetud näha hindamise kaugemat eesmärki, st koguda adekvaatseid andmeid kogukonnas elavate inimeste vajaduste kohta. Üks käesoleva uuringu raames intervjueeritud spetsialist mainis tema poolt kogetud olukorda, kus ei osatud KOV tasandil öelda, kui palju on vallas inimesi, kes vajavad sooja toidu kojuviimise teenust või kui palju on KOV-s inimesi, kes vajavad invatranspordi teenust.

Eelpool nimetatud näidetest kerkib esile kolm tõsist probleemi:

- isekujundatud möödikute abil saadud andmed ei ole omavahel võrreldavad, mis tähendab seda, et ei saa rääkida ühtsest praktikast ega standarditest sekkumisel pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel, kuna abi osutamine ei toimu ühtsetel alustel;
- riigis puudub adekvaatne ülevaade statistikast ja ühtsetest suundadest pikaajalise ja terviseprobleemidega inimestega tegelemisel ja nende abistamisel ning vajadustepõhisest ja kulusäästlikust ressursside planeerimisest ja kasutamisest;
- iga hindamise läbiviimine on seotud ka vastutuse ja eetikaküsimustega – näiteks kui inimesel hinnatakse ainult ADL-i ja jäetakse hindamata kognitiivne võimekus, siis toob see inimese jaoks kaasa vale abi ja inimene võib sattuda valele teenusele.

Eelnevast järeldub, et peab olema mingi optimaalne hulk andmeid, mida kogutakse, et

- vältida inimese jaoks saatuslikke ebaadekvaatseid otsuseid,
- teenuste planeerimised ja kasutamised oleksid põhjendatud.

Seega tuleb luua eeldus, et meetodika, mida kasutatakse hindamisel ja sekkumispraktika ravi- ja hooldusteenuste määramisel ning osutamisel, on ühtne.

Kuna EGGA ja ka riigi poolt nähakse, et sekkumine inimese abistamisel peab olema isikukeskne, vajadustele vastav, integreeritud iseloomuga (Integreeritud hoolduse kava, EGGA (2006); Sotsiaalministeeriumi arengukava 2008-2011), siis ei saa rääkida ainult ühe probleemi hindamisest, vaid tuleb hinnata inimese vajadusi sellises ulatuses, et on kombineeritud nii tervise- kui sotsiaalsed jm probleemid.

Potthoff ja Kane (1995) näevad hindamise eesmärkidena inimese tervise, sotsiaalsete, psühholoogiliste, funktsionaalsete vajaduste välja selgitamist, patsiendi seisundi oodatava prognoosi selgitamist, omaste edaspidise hooldamise võime määratlemist, võimalike formaalsete ja mitteformaalsete hooldajate olemasolu selgitamist ja finantsiliste ressursside kättesaadavuse hindamist.

Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud dokumendis Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2015 on planeeritud, et pikaajaliste- ja terviseprobleemidega inimeste hindamisel hakatakse kasutama interRAI meetodikat. Selles suunas liikumist kinnitavad ka

Sotsiaalministeeriumi ja EGGA poolt teostatud tegevused, milleks on interRAI litsentsi ostmine, interRAI koduhoolduse ja asutushoolduse instrumentide vormide ja käsiraamatute tõlkimine, adapteerimine, juurutamine, interRAI metoodikaga seonduvate edasiste arengute planeerimine ning võib-olla muude sama interRAI metoodika sees väljatöötatud hindamisinstrumentide (nt esmatasandi hindamise instrumendi) kasutusele võtmine.

Vajalik on

- integreeritud praktika ja juhtumikorraldus pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega isikute abistamisel;
- regulatsioon, mis nõuab nii hoolekandes kui tervishoius inimeste järjepidevat igakülgset hindamist, et eristuksid teenuste erinevad tasandid.

2.2. *InterRAI metoodika*

Esimest hindamisinstrumenti, mis võimaldaks seisundi igakülgset hindamist ja sobiks ühtsena kasutamiseks nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemis, asuti välja töötama Ameerikas 1988. aastal. Hindamise vajadus oli üles kerkinud seoses pikaajalist hooldust ja mitmekülgset lähenemist vajavate eakate kasvuga ja ka teenuste mitmekesisuse laienemisega. Järjest enam kujunes vajadus koondada tähelepanu hooldust vajavate inimeste selekteerimisele, individualiseeritud hooldusplaani koostamisele ja ka optimaalsele teenuste rakendamisele.

InterRAI metoodika protsessi kirjeldus:

hindamine (interRAI/teised mõõdikud) ► **otsuste tegemine** (CAP-d ehk kliinilise hindamise protokollid/teised) ► **hoolduse korraldamise kavandamine** ► **hooldus- ja raviplaani alusel tegevuste elluviimine, ka juhtumikorraldus** ► **järeldamine** (InterRAI 2010).

InterRAI metoodika väljatöötamisel keskenduti pigem funktsionaalsele toimetulekule kui diagnoosidele. Metoodika üldeesmärgiks on patsiendi/kliendi funktsionaalse seisundi säilitamine ja taastamine. Töö tulemusel loodud MDS (*Minimum Data Set*) on struktureeritud laiaulatuslik andmete kogum, mis saadakse isiku kompleksse tervisliku, funktsionaalse ja psühhosotsiaalse seisundi hindamise tulemusena. Miinimumandmestik MDS on interRAI süsteemi aluseks ning on maailmapraktikas seni kõige ulatuslikumalt testitud ja hinnatud seisundi hindamise metoodika.

Iga interRAI hindamissüsteem sisaldab endas:

- hindamisinstrumenti/hindamisvahendit,
- käsiraamatut,
- teenuse osutamise järgset seisundi ja sekkumise tulemuste mõõtmist.

InterRAI koosneb kolmest põhikomponendist.

1. Miinimumandmete kogum (*Minimum Data Set*, MDS). MDS on struktureeritud laiaulatuslik andmete kogum, mis saadakse isiku kompleksse tervisliku, funktsionaalse ja psühhosotsiaalse seisundi hindamise tulemusena. MDS koosneb eelnimetatud valdkondi puudutavatest hindamisküsimustest. MDS sisaldab järgmisi andmerühmasid: isiku- ja sotsiaaldemograafilised andmed, kognitiivne seisund, suhtlemisviis, kuulmine, nägemine, meeoleolu ja käitumise iseärasused, psühhosotsiaalne heaolu, füüsiline toimetulek elamistoimingutega, igapäevane aktiivne tegevus, põie- ja soolekontinents, üldine tervislik seisund, diagnoositud haigused, suuõõne ja hammaste tervishoid/toitumuslik seisund, naha seisund, spetsiaalsed raviprotseduurid ja kasutatavad ravimid, potentsiaal isiku

suunamiseks hooldusele. RAI MDS on välja töötatud erinevate tervishoiu- ja hooldusasutuste tasandite jaoks, misõttu esineb ka varieeruvusi hinnatavate andmerühmade osas erinevates hindamissüsteemides.

2. Hindamisprotokollid (*Resident Assessment Protocols*, RAPs ja *Client Assessment Protocols*, CAPs). Hindamisprotokollid on mõeldud isiku seisundi detailsemaks hindamiseks ja riskitegurite esiletoomiseks. MDS hindamise tulemusel leitud probleemi või probleemseid valdkondi on võimalik hindamisprotokollide abil täpsemalt hinnata ja koostada selle alusel hooldusplaan(id) vastavuses vajaliku hooldustasandiga (Eesti kontekstis nii õendus- kui hooldusabi tasandid), tuues ühtlasi esile edaspidiste potentsiaalsete probleemide kujunemise ja süvenemise riskiastme.
3. Ressursside kasutamise rühmad (*Resource Utilisation Groups*, RUGs). Ressursside kasutamise rühmade väljatöötamisel keskenduti otseselt hooldusega seotud kuludele, kasutades kliinilisi ja statistilisi kriteeriume: *case-mix*. *Case* viitab residendile – „juhtum” ja *mix* juhtumite varieeruvusele. Seega, *case-mix* kirjeldab juhtumite erinevusi populatsioonis lähtuvalt nende füüsilisest ja mentaalsest seisundist ja ressursse, mida kasutatakse nende hoolduses. *Case-mix* kulude hüvitamise süsteem mõõdab hoolduse intensiivsust, igale isikule vajalikke teenuseid ja jagab tulemused gruppidesse (RUG grupid). Need on aluseks teenuse hinna määramisel.

InterRAI instrumentide kasutamine eeldab abivajaja seisundi regulaarset jälgimist, hindamist ning hooldusvajaduse dokumenteerimist, mis omakorda võimaldab (ja kohustab) sihipärast hoolduse planeerimist ja koos sellega mõistlikku ressursikasutust. InterRAI kasutamine tingib hoolduse ja ravi korraldamisel erinevate valdkondade spetsialiste koostöö.

Praeguseks tegeleb interRAI süsteemi väljatöötamise ja täiustamisega laiapõhjaline rahvusvaheline uurijatest ja teadustöötajatest koosnev koostöövõrgustik (ligi 50 teadlast, praktikut ja tervishoiu administraatorit 30 riigist). Tänapäevaks on üle mindud **interRAI suite** nn perekonnale, kus eelnevatel aastatel välja töötatud hindamisinstrumentid on täielikult harmoniseeritud. Seejuures on arvestatud hindamisaspektidega, mis on olulised hoolduse kõigil tasanditel (põhielemendid ja hooldust kõige enam mõjutavad võtme-elementid). Lisatud on tasandispetsiifilisi aspekte, uuendatud nomenklatuuri, võimalusel instrumente lühendatud ja lihtsustatud. Kõik see võimaldab andmeid kanda ühelt instrumentilt teisele, kui isik liigub teenuste vahel. Samuti lihtsustab eelnev personali koolitamist.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et interRAI metoodika sisaldab mitmeid abivahendeid süsteemi toimimise parandamiseks, milleks on sobivusalgoritmid, *case-mix* klassifikatsiooni süsteemid (hooldustasandite kujunemine, nt kõrge hooldusvajadusega inimene, madala hooldusvajadusega inimene, kulutused hooldusele jm), andmete integreerimise tööriistad, parima praktika protokollid ning tarkvara, toetades nii spetsialiste hindamise protsessis (InterRAI 2010).

InterRAI integreeritud hoolduse põhimõtetest lähtuvaid hindamissüsteeme või nn hindamisinstrumente on kokku 12 erinevate asutuste või tasandite või probleemide lõikes.

- **interRAI HC** – *Home Care* – koduhoolduse hindamisel hinnatakse demograafilisi andmeid, teenusele saabumise esialgset infot ja seisundit, kognitiivset funktsiooni, suhtlemist ja kuulmist, meeleolu ja käitumist, psühhosotsiaalset heaolu, kehalist funktsiooni, kontinentsust, haiguste diagnoose, terviseseisundit, suuõõne ja toitumuslikku seisundit, naha seisundit, ravimite manustamist, osalemist spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, kohustusi, sotsiaalset toetust, keskkonda, teenuselt lahkumise potentsiaali ja hetkestaatust, teenuselt lahkumise sihtkohta, hindamise infot.
- **interRAI CHA** – *Community Health Assessment* – tervisliku seisundi hindamisel kogukonnas hinnatakse isiku suhtlemist ja kuulmist, meeleolu, psühhosotsiaalset heaolu,

kehalist funktsiooni, kontinentsust, haiguste diagnoose, terviseseisundit, suuõõne ja toitumuslikku seisundit, ravimite manustamist, osalemist spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, sotsiaalseid suhteid, keskkonda.

- **interRAI CA** – *Contact Assessment* – kontakthindamise ehk esmatasandi hindamise A osa dokumenteerib demograafilised andmed ja teenusele suunamise põhjused, B osa annab olulist lisateavet otsuste tegemise jaoks, eristades selle kas isik vajab edaspidi teenuseid või mitte ja kas on vajalik edasine hindamine. Tuginedes antud osa hindamise teabele ja vastavalt ravinäidustusele tehakse otsus hindamisinstrumendi edasise täitmise/mittetäitmise kohta. C osa sisaldab olulist täiendavat kliinilist teavet isikute kohta, kes vajavad lühiajalisi teenuseid. D osa sisaldab kliinilise teabe alusel kujundatud otsust ja informatsiooniallikate kirjeldust.
- **interRAI LTCF** – *Long Term Care Facility* – pikaajalise hoolduse ja raviastutuse hindamisvahendis hinnatakse järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, kognitiivne funktsioon, suhtlemine ja kuulmine, meeoleolu ja käitumine, psühhosotsiaalne heaolu, kehaline funktsioon, kontinents, haiguste diagnoosid, terviseseisund, suuõõne ja toitumuslik seisund, nahaseisund, aktiivsus ja osalus tegevustes, ravimite manustamine, osalus spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, kohustused ja tulevikujuhised, väljakirjutamise potentsiaal ja hetkestaatus, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.
- **interRAI AL** – *Assisted Living* – toetatud elamise hindamisel hinnatakse järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, psühhosotsiaalne heaolu, meeoleolu, tegevused, kognitsioon, suhtlemine ja nägemine, kehaline funktsioon, kontinents, haiguste diagnoosid, terviseseisund, käitumise sümptomid, naha seisund, toitumuslik seisund, ravimite manustamine, osalus spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, kohustused ja tulevikujuhised, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.
- **interRAI AC** – *Acute Care* – aktiivravi hindamine sisaldab järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, hindamise kuupäevad, kellaajad, kognitsioon, suhtlemine ja nägemine, meeoleolu ja käitumine, terviseseisund, suuõõne ja toitumuslik seisund, naha seisund, ravimite manustamine, osalus spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, kohustused ja tulevikujuhised.
- **interRAI PAC** – *Post-Acute Care* – hindamine järelraviastutuses sisaldab järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, kognitsioon, suhtlemine ja nägemine, kehaline funktsioon, kontinents, haiguste diagnoosid, terviseseisund, suuõõne ja toitumuslik seisund, naha seisund, ravimite manustamine, osalus spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, väljakirjutamise potentsiaal, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.
- **interRAI MH** – *Mental Health* – hindamine vaimse tervise hooldusasutuses sisaldab järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, vaimse tervise seisundi indikaatorid, erinevate ainete kuritarvitamine või liialdav käitumine, teiste või iseenda kahjustamine, käitumine, kognitsioon, kehaline funktsioon, suhtlemine ja nägemine, terviseseisund, stress ja trauma, ravimite manustamine, teenuste kasutamine ja ravi, protseduuride teostamise kontroll ja vaatlused, toitumuslik seisund, sotsiaalsed suhted, tööstaatus, haridus, sissetulekud, teenuselt lahkumise ressursid, diagnostiline info, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.
- **interRAI CMH** – *Community Mental Health* – vaimse tervise hindamine koduhoolduses sisaldab valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, vaimse tervise seisundi indikaatorid, erinevate ainete kuritarvitamine või liialdav

käitumine, teiste või iseenda kahjustamine, käitumine, kognitsioon, kehaline funktsioon, suhtlemine ja nägemine, tervises seisund, stress ja trauma, ravimite manustamine, teenuste kasutamine ja ravi, protseduuride teostamise kontroll ja vaatlused, toitumuslik seisund, sotsiaalsed suhted, tööstaatus, haridus, sissetulekud, keskkond, diagnostiline info, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.

- **interRAI ESP** – *Emergency Screener for Psychiatry* – skriiniija erakorralises psühhiaatrias sisaldab valdkondi nagu demograafilised andmed, vaimse tervise seisundi indikaatorid, erinevate ainete kuritarvitamine või liialdav käitumine, teiste või iseenda kahjustamine, käitumine, kognitsioon ja suhtlemine, kehaline funktsioon, ravimite manustamine, tasakaalust välja viivad suhted, toetus ja elusündmused, keskkond (valikuline), psühhiaatrilise info koond, suunamisotsus, hindamise info.
- **interRAI PC** – *Palliative Care* – hindamine palliatiivses hoolduses sisaldab valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, tervises seisund, suuõõne ja toitumuslik seisund, naha seisund, kognitsioon, suhtlemine, meeleolu, psühhosotsiaalne heaolu, kehaline funktsioon, kontinents, ravimite manustamine, osalus spetsiaalsetes raviprogrammides ja protseduurides, kohustused ja tulevikujuhised, sotsiaalne toetus, väljakirjutamise sihtkoht, hindamise info.
- **interRAI ID** – *Intellectual Disability* – hindamine intellektuaalse puude olemasolul sisaldab järgmisi valdkondi nagu demograafilised andmed, teenusele saabumise esialgne info ja seisund, haridus, tööstaatus, puhkus, psühhosotsiaalne heaolu ja sotsiaalne toetus, elustiil, keskkond, suhtlemine ja nägemine, kognitsioon, tervises seisund, kehaline funktsioon, suuõõne ja toitumuslik seisund, meeleolu ja käitumine, ravimite manustamine, teenuste kasutamine ja sekkumine, diagnostiline info ja hindamise info.

Lisaks on plaanis välja töötada ka hindamisvahend patsientide hindamiseks erakorralise meditsiini osakonnas (ED – *Emergency Department screener*) ja hindamisvahend puuetega inimeste jaoks ning on olemas ka elukvaliteedi ja heaolu hindamisvahendid (InterRAI – *Wellness* ning InterRAI SqoL – *Subjective Quality of Living*), mis on hetkel piloteerimisel ja täiendamisel ehk on praeguse seisuga veel tööversioonid.

InterRAI sobib kasutamiseks nii sotsiaalhoolekandes kui tervishoius. Praeguseks välja kujunenud erinevate hindamisinstrumentide kasutamise põhjuseks on teenuste korraldusliku poole mahajäämus praktilisest vajadusest.

2.3. InterRAI metoodika kasutamine Eestis ja maailmas

Eestis otsustati RAI-MDS instrumentide kasutuselevõtmine Sotsiaalministeeriumi osalemisel 2002. aastal. Pärast seda kohandati koduhoolduse ja asutushoolduse (RAI-KO ja RAI-HO) instrumendid Eesti vajadustele ning tunnistati sobivaks kasutamiseks Eesti hoolekande- ja tervishoiusüsteemis. Praegu on käimas protsess, mil Hooldusravi Osutajate Ühenduse (HOÜ) poolt soovitakse kasutusele võtta ka interRAI kontakthindamise (interRAI CA – *Contact Assessment*) ehk esmatasandi hindamisinstrument.

RAI-HO-d on sobiv kasutada pikaajaliselt hooldusravil ja hooldekandeesutustes viibivate inimeste (patsiendid, residendid) teenuste vajaduse hindamiseks ning õendus- või hooldusplaani koostamiseks. Keerulisematel juhtudel tehakse otsustused koostöös geriaatrilise hindamise meeskondadega. Kuni spetsiifiliste vormide kohandamiseni Eesti jaoks võib interRAI HO vormi kasutada ka teistes tervishoiuasutustes (näiteks taastusravi, järelravi, vaimse tervise asutus jt) pikaajaliselt viibivate hooldusvajadusega haigete seisundi hindamiseks.

RAI-KO-d on sobiv kasutada mitte-asutushooldusel viibivate või lühiajaliselt hooldusravi- või hoolekandeteenusel viibivate inimeste (patsientide/klientide) teenuste vajaduse hindamiseks. Keerulisematel juhtudel tehakse otsustused koostöös geriaatrilise hindamise meeskondadega. Kuni spetsiifiliste vormide kohandamiseni Eesti jaoks võib interRAI KO vormi kasutada ka teistes tervishoiuasutustes (näiteks taastusravi, järelravi, vaimse tervise asutus jt) lühiajaliselt viibivate hooldusvajadusega haigete seisundi hindamiseks, kui on prognoositav nende naasmine koju pärast ravi või hoolduse lõpetamist.

InterRAI koduhoolduse või asutushoolduse hindamisinstrumendi kasutamisele võiks eelneeda esmane hindamine lihtsama instrumendiga. InterRAI-l on selleks olemas kontakthindamise instrument, mille kasutamise eesmärgiks on toetada erinevate hooldus- ja raviotsuste vastuvõtmist, dokumenteerida kliiniline informatsioon isikute kohta, kellele ei ole viimasel ajal tehtud täiendavat igakülget hindamist ning anda sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid vajavate inimeste kohta esmast kliinilist informatsiooni. See ei asenda igakülget RAI-KO ja RAI-HO hindamist, st interRAI kontakthindamine fikseerib ainult kõige olulisema informatsiooni, mis on vajalik otsuste tegemisel erinevate sekkumiste edaspidisel planeerimisel. Nendeks erinevateks sekkumisteks võiksid olla näiteks igakülge hindamise vajadus, erakorraline koduhoolduse vajadus, spetsialiseeritud teenuste vajadus nt rehabilitatsiooniteenuse vajadus jne.

Kontakthindamise instrument võeti kasutusele 2006. aastal Kanadas ning on planeeritud hindamiseks kodus, haiglates ja ka erakorralise meditsiini osakondades, et vältida asjatuid hospitaliseerimisi.

Juurutamist vajaksid veel akuutravi haigetele, psühhiaatrilistele haigetele jt sihtrühmadele suunatud interRAI meetodika võimalused.

Samas pole interRAI meetodika rakendamine siiani leidnud Eestis täielikku tuge, kuna puudub lõplik selgus selle kasutatavuse osas. Sestap on möödunud kaheksa aasta kestel teenuse osutajad olnud sunnitud leidma alternatiivseid lahendusi.

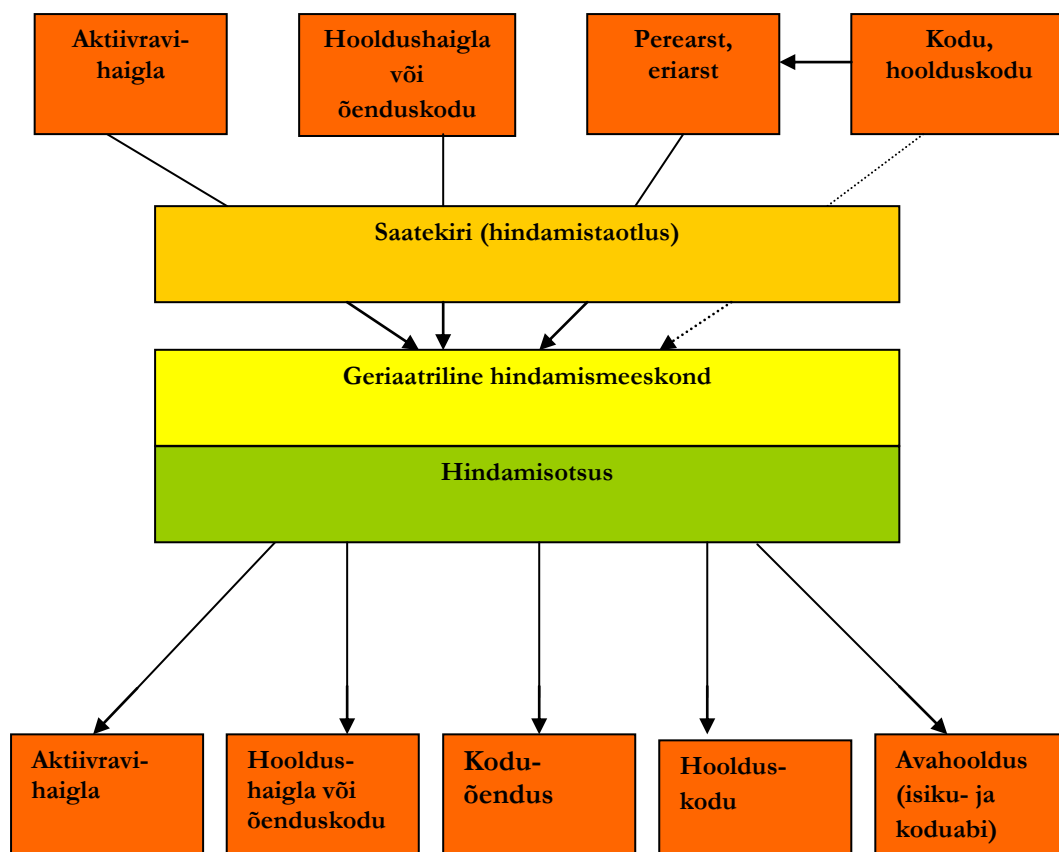
Kuna interRAI meetodikat on pidevalt edasi arendatud, siis praeguses olukorras on mõttekas võtta RAI-MDS versioon 2 asemel kasutusele juba interRAI *suite* instrumendid, mille puhul on eelnevatel aastatel välja töötatud hindamisinstrumendid täielikult harmoniseeritud.

Hindamise protsess isiku pöördumisel perearsti või sotsiaaltöötaja poole võiks interRAI instrumente kasutades olla mitmeastmeline. Esmane hindamine toimuks instrumendi interRAI kontakthindamine abil. Selle maht on 1-2 lehekülge ja selle kaudu on võimalik saada skoor, mille alusel saab otsustada, kas ravi- või hooldusteenus on vajalik või mitte. Kui mitte, siis lõpetatakse hindamine. Kui aga mõni teenus on vajalik, jätkatakse sama instrumendiga. Lõpetamisel saadakse skoor ja edasised soovitusel. Edasist ja põhjalikku ning mitmekülget hindamist jätkatakse vastavalt kontakthindamisest saadud informatsioonile, vastavalt vajadusele kas RAI-KO (koduhooldus) instrumendi⁴ või RAI-HO (asutushooldus) instrumendiga.

RAI-KO ja RAI-HO meetodika eeldab hetkel hindamise läbiviimist meeskonna poolt, mis koosneb minimaalselt arstist, õest ja sotsiaaltöötajast, kes on läbinud koolituse instrumendi kasutamise osas. Praegu on olemas interneti-põhine koolitusprogramm Tartu Ülikooli arstiteaduskonna täienduskoolituse keskuse juures, mis on kõigile asjast huvitatutele kättesaadav.

Praegust geriaatrilise hindamise protsessi Eestis kirjeldab alljärgnev joonis 1.

⁴ RAI-KO instrumendi ja käsiraamatu uue põlvkonna versioonid on tõlkimisel.



Joonis 1. Geriaatrilise hindamise protsess (Saks, 2004).

InterRAI metoodikat peetakse erinevate erialaekspertide poolt (2002. aastal tehti ligi 40 erialaeksperti poolt valik teiste alternatiivide seast interRAI metoodika kasuks) sobivaks hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste hindamisel, pikaajalise hooldusplaani koostamiseks, hooldusravi kvaliteedi hindamiseks ja hooldusvajaduse taseme määramiseks ning ka erinevate sotsiaalteenuste vajaduste mahu hindamiseks ja tulevikuprognoside tegemiseks nii KOV kui ka Sotsiaalministeeriumi tasemel.

Päris uute instrumentide loomine igapäevapraktikas ja uue metoodika valimine on aja- ja ressursimahukas ning nõuab laialdast spetsialistide ja uurijate kaasamist ning ka organisatsiooni, mis panustab oma ressursse hindamismetoodika juurutamiseks.

Senine praktika on näidanud, et mitmekesine, tõenduspõhisuseta hindamissüsteem ei anna soovitud tulemusi. Mitmed riigid on läinud seetõttu üle ühtsetele hindamissüsteemidele, et reguleerida kulutusi hooldusele. Standardiseeritud instrumentide kasutamise eeliseks on ka see, et need on kasutamiseks kohe valmis, aktsepteeritava spetsialistide tagapõhjaga ning pidevalt kontrollitavad ja uuendatavad.

Maailma mastaabis on interRAI instrumentid laialdaselt kasutusel USA-s, Kanadas, Soomes, Islandil. USA kõikides osariikides on kohustuslikud RAI-NH ja 15 osariigis RAI-HC ning praktikasse viimisel interRAI-MH, interRAI-CHA ning interRAI-SQoL. Kanadas on RAI-2,0 ja RAI-HC kohustuslikud seitsmes provintsis (2008) ning praktikasse viimisel interRAI-MH, interRAI-CMA, interRAI-PC jt.

Praktiliste kasutajate (või hindamisinstrumentide praktikasse viijate) hulgas on Soome, Norra, Saksamaa, Poola, Holland, Hispaania, Iisrael, Šveits, Belgia, Austraalia, Uus-Meremaa, väheses mahus Rootsi ja Itaalia jt. Eelistatumad on kodu- ja asutushoolduse (NH, LTCF) instrumentid,

aga ka interRAI-PC, interRAI-PAC, interRAI-AC, interRAI-MH ja kohalikud programmid (interRAI-AL jt). Laialdasi pilootuuringud on korraldatud Hiinas ja Tšiinis.

Kasutajate hulgas paistab silma arendustegevus interRAI *suite* instrumentide osas.

2.4. Erinevate hindamisvahendite kasutamine ja võrdlus

Hindamine sunnib spetsialisti oma tegevusi analüüsima ja dokumenteerimisel sekkumistegevused läbi mõtlema.

Hindamisvahendi olemasolul vähendatakse võimalust, et

- spetsialist unustab ära hinnata mõne hindamisvaldkonna;
- spetsialist jääb hätta küsimuste formuleerimisel nende esitamisel;
- valdkonnad, mida hinnatakse, sõltuvad spetsialisti pädevusest ehk tema nägemusest, mis on vajalik ja mis ei ole vajalik, st mingi valdkonna hindamine sõltub spetsialisti intuitsioonist.

Uurimusest ja suhtlemisel erinevate spetsialistidega on selgunud, et spetsialistide teadmised vajavad hindamismetoodikate, hindamisvahendite, klassifikaatorite jm kasutamise osas täiendusi. Sellest tulenevalt on vajalik põhjalikumalt selgitada mitmeid olulisi aspekte.

1. Klassifikaatorid (nt RHK ja RFK) ei ole hindamisvahendid/instrumendid/mõõdikud. Klassifikaatorite baasil saab välja töötada hindamisvahendeid. Hindamisvahendid toetavad klassifikaatorite kasutamist inimese terviseseisundi ja organismi funktsioneerimisvõime ning terviseolukordadest tingitud piiratud elutegevuste klassifitseerimisel, kodeerimisel. Tihti arvatakse ekslikult, et klassifikaator võrdsustub hindamisinstrumentiga.
2. Hindamisvahendit/mõõdikut/hindamisinstrumenti defineeritakse erinevate skaalade, küsimuste ja muu informatsiooni kogumise kogumina, et võimaldada saada mitmekülgne ülevaade inimese vajadustest ja temaga seonduvatest asjaoludest.
3. Hindamise skaala eesmärk on identifitseerida ja mõõta spetsiifilise tervise või hoolduse seisundi ulatust, nt enesehooldustoimingute soorituse võimet, liikuvust, depressiooni ulatust, kognitiivsete võimete alanemist jne. Oluline on, et kasutatavad skaalad on usaldusväärsed, valiidsed ja kultuuritundlikud.
4. Inimese individuaalse hooldusvajaduse hindamise protsessis peab hindamisvahend/mõõdik/hindamisinstrument katma kõiki olulisi eluvaldkondi ja alavaldkondi.
5. Hindamismetoodikate ja hindamisvahendite kasutamisel on erinevad eesmärgid, nt interRAI ja EGGA hooldusvajaduse hindamisvahendi eesmärk on inimese hooldusvajaduse määratlemine ja selle alusel individualiseeritud hooldusplaani koostamise kaudu ravi- ja hooldusküsimuste lahendamise ning abi osutamise tasandi valimine, WHODAS-i (tulevikus kasutatav hindamisvahend rehabilitatsiooni ja taastusravi valdkonnas) eesmärk on funktsioneerimisvõime ja puude olemasolu määratlemine ning selle raskusastme ulatuse mõõtmine, sealt tulenevalt inimese vajaduste selgitamine ja sekkumise planeerimine (sh puude määramise otsuste ja hüvitiste maksmine). Lihtsustatult kokku võetuna on nende kahe metoodika puhul, st hooldusvajaduse (interRAI) ja puude (WHODAS) hindamise sisu osaliselt kattuv, kuid eesmärgid erinevad. InterRAI on sobivam eakate hooldusvajaduse määramisel, WHODAS tööealiste puude (funktsiooni languse ulatus) hindamisel.

6. Diagnoos/kodeering ei võrdsustu koheselt ravi- ja hooldusvajadusega.

Pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste hooldusvajaduse hindamisel on algselt oluline läbi mõelda, missugused valdkonnad peavad olema hinnatud, kui hindamise eesmärk on saada mitmekülgne ülevaade inimesest ning tema ravi- ja hooldusvajadusest.

Nendest esimeseks valdkonnaks on füüsiline tervis ja funktsioneerimine, mille võtmedimensioonideks on kroonilised haigused, kontinents, toitumine, kõnnak, liikuvus, südame-veresoonkonna-, hingamisteede-, seedeelundkonna-, aju-veresoonkonna- ning kaasuvate haiguste seisundid, ADL ja IADL (hõlmab abi enesehooldusel ja koduabi), iatrogenne haigus (nt tingitud polüfarmakoloogiast), seksuaalne funktsioneerimine, kõne, suuõõne seisund, kuulmine ja nägemine.

Teiseks valdkonnaks on vaimne tervis ja funktsioneerimine, mille võtmedimensioonideks on ärevus, depressioon, teised psüühikahäired, kognitiivne funktsioneerimine, dementsus, ainete kuritarvitamine, iatrogenne haigus, emotsionaalne heaolu.

Kolmandaks valdkonnaks on sotsiaalne funktsioneerimine, mille võtmedimensioonideks on inimese toimetulek (sh majanduslik), majapidamine, pere toetus/kontaktid, sotsiaalne tugivõrgustik – hooldajate/hoolduse korraldajate (sh mitteformaalsed hooldajad) olemasolu, rollid, sotsiaalne aktiivsus.

Seega pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimese puhul on oluline, et tegeletakse personaalselt tema ravi ja hoolduse, sotsiaalse osaluse, igapäevaelu üle kontrolli saavutamise, dieedi ja ohutuse küsimustega.

Antud sihtrühma hooldusvajaduse hindamisel on oluline, et hindamisvahend, mida rakendatakse, võtab arvesse ja hindab ka riskitegureid, mis sinna rühma kuuluvaid inimesi ohustavad. Nendeks on järgmised aspektid:

- inimese vanus on 75 või vanem;
- esineb sotsiaalne isoleeritus ja/või inimene elab üksi (sh perest eraldi elamine, lahutus, leseks jäämine);
- inimene on leinas;
- inimesel ei ole lapsi;
- inimese majanduslikud ressursid on väga limiteeritud;
- inimene on hiljuti haiglast väljakirjutatud;
- inimene viibib sageli erakorralise meditsiini osakonnas;
- hiljuti on esinenud tervisliku seisundi muutus, mis mõjutab võimekust iseseisvalt toime tulla;
- multihaigestumus;
- kognitiivne langus;
- depressiivsus;
- isik tajub tervist halvana;
- kõrge või madal kehamassiindeks;
- vähene funktsionaalse võimekuse paranemise dünaamika;
- madal kehaline aktiivsus;
- ravimite vale manustamine;

- kuulmis- ja nägemishäired;
- hooldaja kurnatus.

Lisaks:

- alkoholi tarbimine, suitsetamine ja/või muude ainete kuritarvitamine;
- väärkohtlemine.

Teaduskirjanduse ja uuringu raames saadud andmete alusel peavad hindamisvahendile/möödikule/hindamisinstrumentidele esitatavad nõuded/kriteeriumid olema antud sihtrühma puhul alljärgnevad:

- on valideeritud (mõõdab seda, mida peab mõõtma, on sisuliselt toimiv);
- on hea tundlikkusega (teeb kindlaks inimese erinevad vajadused);
- töötab erinevate hindajate puhul sarnaselt, st on tagatud hindajate vaheline usaldusväärsus (ehk olenemata inimesest, kes seda rakendab või kasutab, saadakse samad tulemused);
- on standardiseeritud (st süstemaatiliselt testitud, kohandatud, on tagatud tulemuste kooskõlalisus);
- hinnatakse ära kõik olulised valdkonnad ning inimese probleemid ja vajaduste ulatus;
- sisaldab kommentaare, avatud küsimusi ja võimaldab sisestada hindamisvahendisse nende küsimuste vastuseid;
- on adapteeritav erinevate kultuuridega populatsioonides;
- on koostatud spetsiaalselt ravi- ja hooldusvajaduse määramiseks, on hooldust ja ravi osutavate asutuste vajadustega kooskõlas;
- on kergesti kasutatav ja kasutajasõbralik;
- kogub andmeid andmebaasidesse, et saada infot järelevalve teostamiseks, hindamiseks, ressursside jaotamiseks;
- on isikukeskne;
- hindamissüsteem sisaldab kliendi vajaduste hindamist, eesmärkide seadmist, meetmete planeerimist, teenuste osutamist, tulemuste hindamist;
- tagab selle, et ei unustata mõnda aspekti hinnata;
- hindamistulemused esitatakse skooridena.

Eestis on käesoleval ajal eakate hooldusvajaduse mitmekülgseks hindamiseks kasutusel järgmised hindamisvahendid: RAI-KO (tõendus põhine, objektiivne möödik), RAI-HO (tõendus põhine, objektiivne möödik), EGGA hindamisvahend hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks ning koduõenduse hindamise vorm. Teisi hindamisvahendeid kasutatakse mingi konkreetse valdkonna hindamise läbiviimisel ja rakendatakse spetsialisti-kesksena (nt FIM, Bartheli indeks jm).

Alljärgnevalt on toodud näiteid maailmas kasutusel olevatest mitmekülgse ravi- ja hooldusvajaduse hindamise instrumentidest:

- Camberwell Assessment for the Needs of the Elderly (CANE);
- Functional Assessment of the Care Environment (FACE);
- Minimum Data Set Home Care (MDS-HC);

- Outcomes and Assessment Information Set (OASIS);
- EasyCare Elderly Assessment System;
- TiC (Time in Care);
- SACPAT (Screening, Assessment and Care Planning Automated Tool).

Allpool on lisatud illustreeriv tabel (vt tabel 1) erinevate hindamisvahendite kasutuse kohta, et saada üldine ülevaade hindamisvahendite ja mõõdikute kasutusest antud sihtrühma puhul. Tabelisse koondatud andmed on kokku kogutud käesoleva uuringu läbiviimise tulemusena, seetõttu ei saa väita, et tabelis on olemas kõik Eestis kasutusel olevad antud sihtrühma puudutavad hindamisvahendid. Tabel kajastab andmeid erinevatest hindamisvaldkondadest, kasutusel olevatest hindamisvahenditest, dokumentatsioonist, kus hindamistulemused kajastuvad ning annab ülevaate hindamist läbiviivatest spetsialistidest valdkondade lõikes. InterRAI meetodika ja hindamisvahend katab eeloleva tabeli alusel kõiki, nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid valdkondi.

Tabel 1. Hindamisinstrumentidega hinnatavad valdkonnad, dokumentatsioon ja hindaja.

Valdkond	Millega hinnatakse	Dokumentatsioon	Hindaja
Meditsiiniline – toitumine (alatoitumus, ületoitumus, dieet, neelamishäired, suu/hammaste olukord)	InterRAI, õendusanamneesi vormid, koduõendust vajava isiku hindamise vorm	InterRAI dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), muu hindamise dokumentatsioon, arstlik haiguslugu, logopeedi koondhinnang, teenuse osutaja dokumentatsioon	Dieetarst, sisearst, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, logopeed, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Meditsiiniline – liikumine ja tasakaal	InterRAI, õendusanamneesi vormid, VASA meetod, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, Tinetti tasakaalu ja kõnnaku skaala, FIM, Up and go test, PSMS skaala - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF) ja Bergi tasakaalu skaala - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF)	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, füsioterapeudi koondhinnang, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Füsioterapeut, taastusarst, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Meditsiiniline – nägemine	InterRAI, õendusanamneesi vormid, VASA meetod, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, kuulmise, nägemise ja kõnelemise hindamine, Nägemispuute klassifikatsioon (WHO) ja Geriaatrilise hindamine, MDS-HO-Version 2 - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF)	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Silmaarst, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Meditsiiniline – kuulmine	InterRAI, õendusanamneesi vormid, VASA meetod, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, kuulmise,	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu,	Kõrvaarst, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond,

Valdkond	Millega hinnatakse	Dokumentatsioon	Hindaja
	nägemise ja kõnelemise hindamine, Kuulmislanguse skaala dB-s, 20-140 - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF)	sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Meditsiiniline – inkontinents (soole- ja põiepidamatus)	InterRAI, õendusanamneesi vormid, VASA meetod, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, FIM	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, teenuse osutaja dokumentatsioon	Uroloog, günekoloog, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Meditsiiniline – nahk	InterRAI, õendusanamneesi vormid, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused)	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, teenuse osutaja dokumentatsioon	Nahaarst, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Meditsiiniline – valu	InterRAI, õendusanamneesi vormid, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, Borgi skaalaja Standardtest: visuaal-analoog skaala, Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF), valuskaala VAS	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Eriarst (nt valuarst), geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Kombineeritud meditsiiniline ja sotsiaalne – praegune korraldus ja tulevikujuhised ravikorralduse osas (ravimid, raviteenused, protseduurid jm)	InterRAI, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused), toimetulekuvõime hindamisleht (Tallinn), Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ravimid)	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon, arstlik haiguslugu, eraldi dokumentatsioon, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Eriarst, perearst, pereõde, koduõde, õde, logopeed, tervishoiu sotsiaaltöötaja (teadlikkus), KOV sotsiaaltöötaja (teadlikkus), geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse

Valdkond	Millega hinnatakse	Dokumentatsioon	Hindaja
	(ICF)		osutaja
Kombineeritud meditsiiniline ja sotsiaalne – kognitiivne võimekus (dementsus, orientatsioon, mälu, meelolu ja depressioon, teadvus, initsiatiiv, otsuste tegemise võime, väljendusviis ja selgus, enese arusaadavaks tegemine, teistest arusaamine, toimetulekuvõime teadvustamine, emotsionaalne seisund, käitumine, psüühikahäire, ainete kuritarvitamine, uni, enese ja teiste kahjustamine)	InterRAI, Mini-Mental Test, VASA meetod, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, FIM, vaimse seisundi miniuuring, kuulmise, nägemise ja kõnelemise hindamine, Michigani alkoholismitest, geriaatrilise depressiooni skaala lühivariant, Vaimsed, emotsionaalsed ja kognitiivsed probleemid – haigused, kahjustused ja sümptomid, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused), toimetulekuvõime hindamiseleht (Tallinn), Standardtest: MDS-HO-Versioon 2, alalõik enese arusaadavaks tegemine, Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF)	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), muu hindamise dokumentatsioon, arstlik haiguslugu, psühholoogi koondhinnang, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Psühhiaater, neuroloog, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, psühholoog, geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Kombineeritud meditsiiniline ja sotsiaalne – ohutegurid (väärkohtlemine, ainete kuritarvitamine jm)	InterRAI, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, sotsiaalse seisundi hindamine	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, psühholoogi koondhinnang, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Eriarstid, geriaater, perearst, pereõde, koduõde, õde, KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, logopeed, tegevusterapeut, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja

Valdkond	Millega hinnatakse	Dokumentatsioon	Hindaja
Kombineeritud meditsiiniline ja sotsiaalne - funktsionaalne staatus ja tegevused – ADL, IADL, AADL, inimese eneseabi, professionaalne abi, vastastikune abi (kombineeritud eneseabi ja professionaalne abi)	InterRAI, VASA meetod, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, Katzi skaala, Lawtoni skaala, FIM, Batheli indeks, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused), Toimetulekuvõime hindamisleht (Tallinn), Up and go test, PSMS skaala - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF) ja Hingamispuudulikkuse funktsionaalne klassifikatsioon (MMRC düspnoe skaala), Modifitseeritud Borgi skaala, Funktsionaalne süsteem EDSS skaala: tundlikkuse funktsioonid, Südame funktsionaalne klassifikatsioon (NYHA) - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF) ja Organismi struktuuride muutused (st kaotused või ebanormaalsused) - Funktsioonide kõrvalekalde hindamise tabel (ICF), isikliku teenuse abivajaduse hindamine	InterRAI dokumentatsioon, muu hindamise dokumentatsioon, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), arstlik haiguslugu, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, füsioterapeudi koondhinnang, tegevusterapeudi koondhinnang, sotsiaalkindlustusameti dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	Eriarst, geriaater, pereõde, koduõde, KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, tegevusterapeut, geriaatrilise hindamise meeskond, sotsiaalkindlustusamet, teenuse osutaja
Sotsiaalne – sotsiaalne toetus (hoolduskohustus, perekonnaseis, olulised inimesed ja suhted, isolatsioon, üksi elamine, hooldus- ja elukorraldus, huvitegevused)	InterRAI, spetsiifilised küsimused, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, sotsiaalse seisundi hindamine	InterRAI dokumentatsioon, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, koduõde dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, koduõde, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja

Valdkond	Millega hinnatakse	Dokumentatsioon	Hindaja
Sotsiaalne – majanduslik staatus (rahaline seis, kulutused, rahaga toimetulek, toetusallikad jm)	InterRAI, spetsiifilised küsimused, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, sotsiaalse seisundi hindamine	InterRAI dokumentatsioon, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise, koduõe dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, koduõde, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Sotsiaalne – keskkond (ohutus, eluase ja elutingimused, side pidamise võimalused, hügieenivõimalused, abivahendid, ligipääs ja invatransport jm)	InterRAI, spetsiifilised küsimused, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, sotsiaalse seisundi hindamine, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused)	InterRAI dokumentatsioon, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, õendusdokumentatsioon (sh koduõde), füsioterapeudi koondhinnang, tegevusterapeudi koondhinnang, teenuse osutaja dokumentatsioon	KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, pereõde, koduõde, füsioterapeut, tegevusterapeut, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Sotsiaalne – praegune korraldus ja tulevikujuhised elukorralduse osas (sotsiaalhoolekandeteenused jm)	InterRAI, spetsiifilised küsimused, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, Taani Ühine keel – skeem A (isikuandmed) ja B (teenused), isikliku teenuse abivajaduse hindamine	InterRAI dokumentatsioon, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, teenuse osutaja, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja
Sotsiaalne – hooldaja toimetulek (ajaline koormus, arenguline koormus, füüsiline koormus, sotsiaalne koormus, emotsionaalne koormus jm)	InterRAI, spetsiifilised küsimused, EGGA hooldusvajaduse hindamise instrument, koduõendust vajava isiku hindamise vorm, mitmemõõtmeline hooldaja koormuse uuring, Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu	InterRAI dokumentatsioon, KOV hooldusvajaduse hindamise dokumentatsioon, tervishoiu sotsiaaltöötaja hindamise dokumentatsioon, koduõe dokumentatsioon, teenuse osutaja dokumentatsioon	KOV sotsiaaltöötaja, tervishoiu sotsiaaltöötaja, koduõde, geriaatrilise hindamise meeskond, teenuse osutaja

ICF ehk RFK ehk rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon annab spetsialistidele standardkeele ja raamistiku, kodeerimise juhised, sellest tulenevalt statistiliste andmete kogumise võimaluse, positiivseks küljeks on see, et RFK võimaldab teatud ühise terminoloogia juurutamist. Kui kõik spetsialistid kasutavad RFK termineid, siis ei ole ohtu, et asjadest saadakse erinevalt aru.

ICF ehk RFK puudusena on uuringus osalenud intervjueritavad maininud, et senises praktikas puuduvad RFK baasil hindamisvahendid/mõõdikud/hindamisinstrumentid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste vajaduste hindamiseks.

Käesoleval hetkel kasutatakse Sotsiaalkindlustusametis tööaliste funktsioonide kõrvalekalde hindamisel RFK koodide saamiseks toetavaid hindamisvahendeid (nt PSMS skaala, Bergi tasakaalu skaala, InterRAI MDS-HO Versioon 2, alalõik enese arusaadavaks tegemisest jpm vahendeid). Toetavate hindamisvahendite kasutamise abil selguvad funktsioonide kõrvalekalde RFK koodidena.

Tulevikus on plaanis rehabilitatsiooni ja taastusravi valdkonnas kasutusele võtta puute hindamisel WHODAS küsimustik, mis on väljatöötatud RFK baasil, selle hindamisvahendi kasutamisel on sobivaim sihtrühm tööelised inimesed (hindamisvahend on mõeldud inimese kogetud tegevus- ja osaluspiirangute hindamiseks meditsiinilisest diagnoosist olenemata).

2.5. InterRAI instrumentide kasutatavus ja eeldatav ajakulu

Nagu kõikide hindamisinstrumentide puhul, vajab ka interRAI vahendite täitmine eelnevat koolitust ja vilumust. Hindamisvahendi täitmise vilumus lühendab hindamisvahendi täitmise aega oluliselt, allpool tabelis hindamisele kuluvad ajad interRAI instrumentide puhul on esitatud vilumusega ja vilumusega hindaja kohta minutites. Hindamisele kuluv aeg on esitatud kombinatsioonina Eesti ja välisriikide spetsialistide kogemustest. Lisaks mängib ajakulu arvestamisel olulist rolli see, kui käepärased on varasemad inimest puudutavad andmed ja kas varasemalt on hindajal inimesega kokkupuuteid olnud. Kui inimese kohta on eelnevalt olemas osa nii meditsiinilistest kui sotsiaalsetest andmetest, siis hindamisinstrumenti täitmise aeg lüheneb. Hindamisinstrumenti täitmisele lisandub hiljem ravi ja hoolduse planeerimisele ning hooldusplaani (ka raviteenuseid sisaldav) dokumenteerimisele kuluv aeg. Hindamisinstrumente täidetakse koostöös inimese ja tema lähedastega, nendelt jm dokumentatsioonist, spetsialistidelt saadud info alusel, kuid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimene ja tema lähedased on peamised eksperdid seisundi ja abivajaduse selgitamisel.

Eeldused ja baasteadmised – interRAI hindamisvahendi täitjateks saavad olla väljakoolitatud arstid, õed ja sotsiaaltöötajad, mitte hooldustöötajad. Vajalikud on varasemad geriaatria-alased eelteadmised.

Väliskogemusele ja Eesti praktikale tuginedes kulub ühe inimese koolitamiseks keskmiselt 20 tundi, millele järgneb praktika. Eelduseks on eelnev tutvumine instrumenti käsiraamatuga. Väga oluline on instrumentide veebipõhise (lahendus, mis ei eelda eraldi kohapealset juurutamist ja seadistamist) kasutuse võimalus. Paber kandjal ja Exceli tabelites on hindamise läbiviimine ajamahukam.

InterRAI hindamisinstrumentid on erineva otstarbega ja neid kasutatakse erinevatel hindamise tasanditel (mitmekülgne hindamine, kontakthindamine ehk esmatasandi hindamine). RAI-KO ja RAI-HO instrumente ei saa pidada esmase hindamise instrumentideks, nad on sobivamad mitmekülgsete probleemide puhul.

Esmatasandi hindamise ja lihtsamate probleemide korral sobib näiteks interRAI kontakthindamise instrument. Perearstide soovi anda hinnang isiku vajaduste kohta lühikese ajaga on võimalik täita interRAI kontaktinstrumenti kasutades, mille välju täidab pereõde või pereõde vajadusel koos KOV sotsiaaltöötajaga, aga hindamise otsuse kinnitajateks on perearst ja KOV sotsiaaltöötaja (pereõde poolt täidetud eelnevate osade põhjal), lisades perearstile töökoormusena juurde 3-5 minutit, KOV sotsiaaltöötajale töökoormusena juurde 5-10 minutit.

Tabel 2. Eestis kasutusel olevad mitmekülgsed hindamisvahendid.

Vahend	Kasutamise eesmärk	Mõõdetavad valdkonnad	Sooritaja	Hindamisvahendi täitmisaeg (minutites, vilumusega ja vilumuseeta hindaja puhul)
InterRAI-HO	Mitmekülgne ravi- ja hooldusvajaduse hindamine	Demograafilised andmed, esialgne info ja seisund, kognitiivne seisund, suhtlemine ja kuulmine, nägemine, meeleolu ja käitumine, psühhosotsiaalne heaolu, kehaline funktsioon – ADL, kontinentsus, haiguste diagnoosid, terviseseisundid, suuõõne ja toitumuslik seisund, naha seisund, aktiivsus, ravimid, raviprogrammid ja protseduurid, teenuselt lahkumise potentsiaal, info hindamise kohta	Võimalikud hindajad – kas õde või sotsiaaltöötaja või hooldusjuht	Õde: 20 ja 35 Sotsiaaltöötaja: 30 ja 45 Hooldusjuht: 30 ja 45
InterRAI-KO	Mitmekülgne ravi- ja hooldusvajaduse hindamine	Demograafilised andmed, esialgne info ja seisund, kognitiivne seisund, suhtlemine ja kuulmine, nägemine, meeleolu ja käitumine, sotsiaalne toimetulek, mitteformaalsed tugiteenused, füüsiline toimetulek – IADL ja ADL, kontinents, haiguste diagnoosid, tervise seisundid ja ennetavad meetmed (preventsioon),	Võimalikud hindajad – kas õde või sotsiaaltöötaja või hooldusjuht	Õde: 25 ja 35 Sotsiaaltöötaja: 40 ja 55 Hooldusjuht: 40 ja 55

Vahend	Kasutamise eesmärk	Mõõdetavad valdkonnad	Sooritaja	Hindamisvahendi täitmisaeg (minutites, vilumusega ja vilumuseeta hindaja puhul)
		toitumus/vedeliku staatus, suuõõne seisund, naha seisund, keskkond, teenuste kasutamine, majanduslikud raskused, ravimid, info hindamise kohta		
InteRAI kontakt-hindamine	Suuna kätte andmine süsteemis, milline teenus näidustatud, tegeletakse lihtsamate esmaste probleemide ja vajaduste kaardistamisega	Demograafilised andmed, esialgne info ja seisund, skriinimine (sõeluuring), kiiniline hindamine, kokkuvõte	Võimalikud hindajad – kas pereõde või pereõde ja KOV sotsiaaltöötaja	Pereõde: 15 ja 20 Perearst: 3 ja 5 Sotsiaaltöötaja: 5 ja 10
Hindamisvahend hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks	Hooldus- ja sotsiaalteenuste vajaduste kaardistamine	Demograafilised andmed, sotsiaalne toimetulek ja funktsioneerimine, kliendi majanduslik toimetulek, kliendi elukeskkond, kliendi tervislik seisund ja igapäevatoimingute sooritusvõime, põhihooldaja vajadused, sotsiaaltöötajale vajalik info ja hooldusplaan	KOV sotsiaaltöötaja	KOV sotsiaaltöötaja: 50 ja 55
Koduõenduse hindamise vorm	Koduõendus-teenuse, muu ravi- ja hooldusvajaduse kaardistamine	Demograafilised andmed, elamistingimused, koduturvalisus, majanduslik seisund, toetusallikad, formaalsed abistajad, ADL ja IADL toimingud, vaimsed, emotsionaalsed ja kognitiivsed probleemid, käitumine, kuulmine,	Koduõde	Koduõde: 25 ja 35

Vahend	Kasutamise eesmärk	Mõõdetavad valdkonnad	Sooritaja	Hindamisvahendi täitmisaeg (minutites, vilumusega ja vilumuseta hindaja puhul)
		nägemine, kõnelemine, alatoitluse risk, füüsiline seisund, meditsiinilised diagnoosid ja probleemid, väljakirjutatud ravimid		

3. Erinevate osapoolte funktsioonid ja vastutus

Käesolevas analüüsis kasutati 70 spetsialisti struktureeritud intervjuude tulemusi ning lisaks vaadeldi erinevaid regulatsioone ja varasemaid uuringuid eesmärgiga välja selgitada osapoolte ülesanded, infovajadus ja koostöövalmidus ning kitsaskohad igapäevastes töökohustustes, informatsiooni liikumises ning osapoolte koostöös.

Intervjuerimisel kasutati struktureeritud intervjuu küsimustikku (vt lisa 1). Intervjuude käigus keskenduti spetsialistide funktsioonidele ning informatsiooni vajadusele igapäevatoos. Põhjalikumalt käsitleti koostööd ja koordineerimist puudutavat temaatikat asutusesisesel ja asutusevälisel töökohustuste täitmisel. Informatsiooni vajaduse analüüsimisel on lähtutud RAI-KO, RAI-HO ja interRAI kontakthindamise küsimustiku vastavusest infovajadusele. Seega katab üldandmete, erialaseks tööks vajalike ja ravi- või hooldusprotsesside sooritamiseks vajaliku informatsiooni vajaduse interRAI küsimustik (vt lisa 3). Lisaks interRAI-le on infovajadus osaliselt kaetud erinevate andmebaaside kasutamisega.

Pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimeste esmataseme abistamise hetkeolukorra protsess on lahti joonistatud joonisel 5. Joonist täiendab kokkuvõtlik tabel lisa 4, mis annab ülevaate detailselt iga protsessis osaleva osapoole infovajaduse kohta.

Osapooltena käsitletakse pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimeste abistamises osalevaid spetsialiste Haigekassast, Sotsiaalministeeriumist, kohalikest omavalitsustest, perearstikeskustest, koduhoolduse ja koduõenduse teenusepakkujate hulgast, geriaatrilise hindamise meeskonnast, eriarstide seast, E-tervise SA töötajate hulgast (täpne institutsioonide nimekiri on toodud lisa 2).

Käesolevas raportis kasutatakse mõistet „hooldus“ sõltuvalt kontekstist mitmes kohas üldmõistena, mille alla kuuluvad nii hooldus, õendus kui ka näidustatud ravi (ingl k *care*).

Iga osapoole puhul on eraldi alapeatükina esitatud ettepanekud, mida see konkreetne osapoole on antud probleemistiku puhul välja toonud.

3.1. Sotsiaalministeerium

3.1.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Sotsiaalministeeriumi vastutus ja funktsioonid on jaotatud mitme valdkonna vahel. Peamiselt puudutab ministeeriumi funktsioone poliitikate ja seadusandlike aktide väljatöötamine ning muud koordineerimist ja korraldamist vajavad ülesanded. Hoolekande valdkonna ülesanded on sõnastatud sotsiaalhoolekandeseaduse (Sotsiaalhoolekande seadus, RT I 2010, 41, 240) paragrahvis 6.

Sotsiaalministeeriumi vastutusalasasse kuulub seoses pikaajaliste terviseprobleemidega hooldusvajadusega eakatega nii tervishoid kui ka hoolekanne ning vastutus ja funktsioonid vastavas valdkonnas. Sotsiaalministeeriumi tegevuse aluseks on arengukava aastateks 2011-2014.

Sotsiaalministeeriumi kuus strateegilist eesmärki on (Eesmärgid ja nende täitmine, 2010)

- 1) tagada inimeste majanduslik toimetulek ja hea töö,
- 2) tagada inimeste sotsiaalne toimetulek ja areng,

- 3) tagada lastele paremad arenguvõimalused ja tervise kaitse,
- 4) edendada inimestevahelist hoolimist ja soolist võrdsuslikkust,
- 5) tagada inimeste pikk ja kvaliteetne elu,
- 6) tagada peredele vajalik riigi tugi.

Kuigi Sotsiaalministeeriumi arengukava seab esikohale eelkõige inimese töövõime ja töökoha väärtustamise, siis Sotsiaalministeeriumi visioon lähitulevikuks on inimväärse elukeskkonna kujundamine, kus kõigil on võrdsed võimalused inimväärseks eluks.⁵

Hooldusteenused võib jagada avahooldusteenusteks (toetavad inimest tema kodus) ja institutsionaalseteks hooldusteenusteks (hoolekandetasutuses elamise korral) (Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse... 2006).

Täisealiste hooldamise süsteemi arendamisel püütakse liikuda isikukeskse, teenuste integreeritud osutamise suunas. Nimetatud skeem seisneb selles, et erinevaid meetodeid ja korralduslikke mudeleid ning hooldus- ja tervishoiusektorit ei vastandata üksteisele, vaid nende baasil kujundatakse erinevate teenuste (kõrvalabi) osutamise integreeritud süsteem. Seeläbi kindlustatakse konkreetsele inimesele tema seisundile ja toimetulekuvõimele vastavate teenuste valik. Süsteemi kujundamise lähtealuseks on inimesele tavapäraseks elamiseks ja toimetulekuks vajalike funktsioonide täitmine (Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse... 2006).

Hooldusteenuste osutamisel on oluline lähtuda hoolekandelise abi tagamise põhimõtetest (Sotsiaalhoolekanne 2010):

- 1) abi osutamisel lähtumine inimese vajadustest ja seisundist,
- 2) koostöö tegemine inimesega, tema soovide arvestamine ning kaasamine inimese elu puudutavate otsuste tegemisse,
- 3) teenuse kohandamine konkreetse inimese vajadustele (individuaalsed teenuste osutamise plaanid),
- 4) abi andmise meetmete eelistamine, mis toetavad inimese iseseisvat toimetulekut.

Sotsiaalministeeriumi arengukava järgi on tervishoiu ja hoolekande valdkonnad lahus. Hoolekande valdkonda käsitleb alaeesmärk „tagada inimeste sotsiaalne toimetulek ja areng“ ning tervishoiu valdkonda alaeesmärk „tagada inimeste pikk ja kvaliteetne elu“. Seega on riiklikul tasandil keeruline rääkida integreeritud teenuste planeerimisest pikaajalise terviseprobleemidega ja hooldusvajadusega inimeste abistamisel (Sotsiaalministeeriumi arengukava 2011-2014).

Institutsioonidevahelise koostöö(võrgustiku) nõrkusele, spetsialistide vastutuse ja tööjaotuse ebaselgusele viitab hoolekandekontseptsioon. Hoolekandekontseptsioon 2004. aastast stipuleerib, et probleemina teenuse osutaja seisukohast on institutsioonidevahelise koostöö nõrkus, tööjaotuse ja vastutuse ebaselgus. Kliendi seisukohast lähtudes on üheks probleemiks asjaolu, et „Pakutavate ja valla- või linna- ja riigieelarvest finantseeritavate teenuste maht on sageli ebapiisav ning abivajajate tegelikud vajadused seetõttu rahuldamata“ (Hoolekandekontseptsioon 2004).

Käesolevat olukorda leevendab struktuurifondidest taotletud rahastamine, mille käigus renoveeritakse Eestis hooldusravihajlad.⁶ Samuti on tervishoiusüsteemis alustatud

⁵ Vt Sotsiaalministeeriumi arengukava 2011-2014.

⁶ - Perioodi 2007-2013 Struktuuritoetuse seadus, vastu võetud 7.12.2006. a seadusega (RT I 2006, 59, 440), jõustunud 1.01.2007. a., Meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine“ toetuse andmise ja toetuse kasutamise seire tingimused ja kord, Sotsiaalministri 10. juuli 2009. a määrus nr 70.

kvaliteedisüsteemide arendamisega.⁷ 2010. aastast on pereõel eraldi vastuvõtuaeg, mis on tulevikus patsiendikesksema tervishoiuteenuse tagamiseks vajalik.⁸

Hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel on määrava tähtsusega lähedaste roll tervishoiu- ja hoolekandeteenuste osutamisel. Mitmed uuringud (nt ETF grant nr. 7597 „Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivravis ja eakate hooldusravis“) näitavad, et just lähedased jäävad hooldus- ja raviplaanide arutelust välja.

Ennetavad koduviisidid on meetodiks, mida mujal maailmas rakendatakse, et tekiks side lähedaste ja hoolekande- ja tervishoiutöötajate vahel. Samuti on aastakümneid argumenteeritud (Elkan, Kendrick, Dewey *et al* 2001; van Haastregt, Diederiks, van Rossum *et al* 2000) ennetavate koduviiside üle ning leitud, et ühest küljest need vähendavad eakate arvu, kes satuvad asutushooldusele, kuid teisest küljest pole piisavalt tõendeid, et see meetod on ainus, mis vähendab eakate suremust ning toimetulekut kodustes tingimustes. Kindlasti oleks oluline täiendõppe võimaluste laiendamine perearstidele ja pereõdedele, et märgata dementsuse ja depressiooniga seotud sümptomeid, teadvustada erinevate meetodite vajalikkust kogukonnateenuste arendamisel ning asutus- ja avahoolduse tugivate ja nõrkade külgede üle diskuteerimisel.

Tänase süsteemi toimimise küsitavus ilmneb ka Sotsiaalministeeriumi tellitud uuringust „Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine“, mille lõppraportis tõdetakse, et partnerlusmudeli puhul peaksid perearst ja sotsiaaltöötaja inimese vajaduste hindamisel tegema koostööd. Samuti tõdetakse raportis, et: „Esmaseks hindamise tasandiks võiks olla KOV-i sotsiaaltöötajast ja perearstist koosnev meeskond ning teiseks tasandiks, mida kasutatakse vaidluste lahendamiseks või raskemate juhtude hindamiseks, geriaatriameeskonnad“ (Hoolduskoormuse vähendamiseks... 2010). Eelpool mainitu eeldab perearsti ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja sujuvat koostööd.

Antud sihtrühma raames on Sotsiaalministeeriumi funktsioonideks sotsiaalhoolekande ja tervishoiu valdkondade reguleerimine juhendite, õigusaktide, arengukavade ja tegevuskavade, ministeeriumi sisese omavahelise ja partneritevahelise koostöö korraldamine. Lisaks tegeletakse rahvusvahelise koostöö arendusega. Sotsiaalministeerium teostab ka teenuste kättesaadavuse analüüse, määratleb teenuste vajaduste mahud, tegeleb teenuste osutamise planeerimisega ning arendab erinevate teenuste uusi liike, koostab prognoose ja korraldab sihtuuringuid. Lisaks tegeleb ministeerium erinevate huvigruppide vahel kokkulepete sõlmimise ja ühisosa leidmisega ning suhtleb sihtrühmadega katusorganisatsioonide kaudu. Teatud sotsiaalteenuste puhul on ministeeriumil ka korraldav ja rahastav funktsioon.

Sotsiaalministeeriumi funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega eakate küsimuste ja arendustegevuste korraldamisega tegelevaid spetsialiste on Sotsiaalministeeriumis vähe, valdkonna ja sihtrühmaga tegelemine ei ole ühegi spetsialisti põhitegevus, spetsialistide või eriala ekspertide vähesuse ja volavuse tõttu on häiritud valdkondlike protsesside juhtimise pädevus.
- Pikaajalise terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega probleemide temaatika käsitlemisele pole piisavalt tähelepanu pööratud.

⁷ Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel. Soovitused käsiraamatu koostamiseks, 2003.

⁸ Vt Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. 2009. aasta tegevusaruande kokkuvõte.

- Ametkondade käest saadav informatsioon (statistika) pole küllaldane, et saada vastuseid küsimusele, kas antud sihtrühma vajadused on ravi- ja hooldusküsimuste korraldamisel erinevate abimeetmetega kaetud.
- Kulutused on optimeerimata. Inimene ei saa vajadustele vastavat teenust, vaid saab seda teenust, mis on hetkel käepärane.
- Teenuste osutamine vajadus on objektiivselt tõendamata ning teenuseid saavad enam need inimesed, kes seda valjuhäälselt nõuavad. Näiteks on puude raskusastme määramisel otsustavaks inimese isiklik ehk subjektiivne hinnang oma toimetulekule, mida võib inimene taotluslikult näidata raskemana, et saada suuremat toetust.
- Inimesed jõuavad hooldushaiglasse äärmises abivajaduses. Tuleb sõnastada väärika vananemise kontseptsioon ning pikaajalise terviseprobleemidega ja hooldusvajadusega inimeste abistamise eetilised tõekspidamised.

3.1.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Peamisteks koostööpartneriteks pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel on ministeeriumisiselt erinevate osakondade töötajad. Väljaspool ministeeriumi on peamisteks koostööpartneriteks teenuse osutajad, erialaorganisatsioonid (Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Hooldusravi Osutajate Ühendus, Eesti Ödede Liit, Eesti Haiglate Liit jm), kohalikud omavalitsused (edaspidi KOV), haigekassa, raviasutused, hoolekandeesutuste juhtide nõukoda, eakate organisatsioonid, eakate poliitika komisjon, puuetega inimeste koda jm.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Tervise- ja hoolekandesüsteem vastanduvad teineteisele. Kuna tervishoiu- ja hoolekande valdkond on reguleeritud erinevate seaduste, arengukavade ja tegevusjuhendite näol, siis puudub ühine arusaam teenuste osutamise järjepidevuse tagamisest. Hoolekande ja tervishoiu sekkumised toimivad hetkel pigem paralleelselt. Inimese liikumine süsteemis ja süsteemide vahel ei ole sujuv, vaid tekivad nn süsteemiaugud, mil inimene võib jääda vajaliku abita. Ilmekas näide on see, et inimene peab enda probleeme korduvalt üle rääkima erinevatele spetsialistidele, kuid ei pruugi siiski abi saada.
- Tervishoid ja hoolekanne ei järjesti probleeme sarnaselt ega käsitle inimeste vajadusi terviklikult. Kui inimene satub tervishoiusüsteemi, siis näevad spetsialistid tervishoiualaseid vajadusi ning hoolekandes sotsiaalseid vajadusi, inimest ja tema vajadusi ei käsitleta tervikuna, st keskendutakse ainult enda valdkonna põhitegevustele ning probleemide lahendamisele.
- Erinevate koostööpartnerite vastandumine. Näiteks ministeeriumi soovituslikke materjale käsitletakse liigse töökoormusena ning neid ei nähta süsteemi ja töö tegemist optimeerivate abivahenditena.
- Osapooltel on erinevad huvid ja eesmärgid. Näiteks eakate organisatsioonid soovivad tegeleda vaid pensioniküsimustega, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA) hoolduse korraldamisega, omavalitsused ei taha lisakohustusi. Tihti ei leita ühiseid teemasid ning piisavalt osapooli, kes oleks teemast huvitatud, et seda jõulisemalt esile tõsta või käsitleda. Ka laiemalt on osapooltel erinevad huvid. Poliitilistel kokkulepetel peab olema aluseks konsensus ja kui osapooled jäävad eriarvamustele, siis ettepanekuid ei arvestata. Samas on eeltöö, mis kokkulepete saavutamiseks tehakse, suuremahuline.

- Ei ole jõutud selleni, et eakaid koheldakse olenemata piirkonnast võrdselt – paljudes omavalitsusüksustes teenused kas puuduvad või on erineva kvaliteediga, inimeste vajadusi hinnatakse erinevalt. Sotsiaalministeerium on jätnud omavalitsustele õiguse määratleda hindamisvahendid ja meetodikad ise, kuna puuduvad piisavalt mõjukad meetmed omavalitsuste töö reguleerimiseks. Puudub nägemus, mis ulatuses peavad olema kaitstud pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste sotsiaalsed õigused omavalitsusüksuste privaatautonomia printsiibi kõrval ja kus on kahe õigusprintsiibi omavaheline ühisosa ning tasakaal, et jõuda ühiste lahendusprotsessideni.

3.1.3. Infovajadus

Sotsiaalministeerium ei saa vajadustele vastamist hinnata allasutustelt laekuva statistika alusel ning vajalikud on lisauuringud. Reguleerimise väljatöötamisel ei saa ministeerium tagasisidet seaduste ja määruste toimimisest ning ka üldise tagasiside saamist ministeeriumi tööle peetakse väga napiks. Infot vajatakse eeskätt planeerimis- ja arendustegevuste läbiviimiseks.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida Sotsiaalministeerium vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamise andmed:

- ravi- ja hoolekandeteenuste osutajad, teenuste osutamise mahud, teenuste osutamise struktuur, teenuste tegelik vajadus, uute teenuste arendamise vajadus, toetuste mahud, toetuste tegelik vajadus jm;
- raviteenuste ja hoolekandeteenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmed teenuste kvaliteedi hindamiseks läbi auditite;
- ametkondliku info vahetamine teenuste ja abimeetmete planeerimiseks ning prognooside koostamiseks.

3.1.4. Ettepanekud

1. Ühtse spetsiifiliselt ravi- ja hooldusküsimusi käsitleva hindamismetoodika juurutamine ja kasutuselevõtmine koos infotehnoloogilise lahendusega, mis võimaldab tervishoiu- ja hoolekande valdkonda omavahel paremini integreerida sihtrühma probleemidega tegelemisel ja luua ühine inforuum.
2. Ühise õigusruumi kujundamine hindamismetoodika kasutamisel ja hooldusplaanide koostamisel ning sekkumistegevuste rakendamisel. Hindamise tulemusel peaks selguma skoori alusel hooldusvajaduse ulatus ning kulutuste maht ning hindamisest saadud andmetele tuginedes rakendatakse abimeetmeid. Hooldusplaanis kirjeldatud otsused, mis lähtuvad inimese vajadustest, peavad olema kohustuslikud täitmiseks kõigile sihtrühmaga tegelevatele osapooltele.
3. Sotsiaalministeeriumis töötab kindlate tööülesannetega spetsialist (praktilise kogemuse ja analüüsioskustega inimene), kes tegeleb ja vastutab nii tervishoiu ja sotsiaalhoolekande osakonnas pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimese elukvaliteedi ja toimetuleku küsimuste ja valdkonna arendamise eest.

4. Lisaks on vajalik moodustada sihtrühma küsimustega tegelev töörühm, et lahendada ja arendada pikaajalise hooldusvajadusega ja terviseprobleemidega inimese elukvaliteeti puudutavaid teemasid ning sekkumise koordineerimistegevusi (näiteks reglementide väljatöötamine). Töögruppi peavad kuuluma erialaspetsialistid nii tervishoiu (sh geriaatrid) kui hoolekande valdkonnast.
5. Sõlmida koostöökokkulepe, millele tuginedes töötada välja arengukava (protsessi olemus – osapooled ja nende rollid, koostöövaldkonnad, infovajadus, ressursside vajadus ja jaotamine, dokumentatsiooni nõuded, juhtumikorralduslikud nõuded nn inimese järgmisele teenusele jõudmise järjepidevuse tagamine jm), kuidas lahendada pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimese probleeme kahe valdkonna koostöös ning korralda osapooltele vajalikke koolitusi.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Jooksva poliitika kujundamisel tuleks järjekindlamalt järgida ja ellu viia olemasolevaid arengukavasid. Mitmed konkreetsete respondentide ettepanekud käsitlevad arengukavasid planeeritud uuendusi (nt Hoolekande arengukava). Seega on tegemist üldiselt aktsepteeritud, kuid kahjuks ellu viimata, sammudega.
2. Sotsiaalministeerium koordineerib kõrgkoolidega aktuaalsed uurimisvaldkonnad, et koondada uurimisressursse ja omada vajalikul hetkel kompetentseid konkreetsetesse teemasse süvenenud erialaeksperte. Osapoolte koordineeritud tegevus võimaldab kavandada muutusi sotsiaaltöötajate koolitamisel ja nende oskuste arendamise vastavuses hoolekande arengule (kliientide muutuvatele vajadustele).
3. Koostada heade tavade reeglistik ja heade praktikate kogumik. Nii nagu kõigi sotsiaaltöö sihtrühmadega töötamisel peab ka eakate pikaajaliste toimetuleku ja terviseprobleemidega klientidega tegelemisel kehtima inimesekeskne sekkumise põhimõte (kokkulepe). Osapooltele tuleb korraldada selle põhimõtte juurutamiseks ja järgimiseks vajalikke koolitusi.
4. Vahendite nappus ja konkurents nende pärast (näiteks kohalikust eelarvest rahastatavate nn humanitaarvaldkondade vahel) ei võimalda välja arendada terviklikku öenduse ja hoolduse teenuste süsteemi. Teatud juhtudel on teenuste rahastamise põhimõtted vastuolulised. Üksik inimene, kellel on statistilise keskmise mõttes tööealisena suurem võimalus võrreldes pereinimesega raha tulevasteks perioodideks kõrvale panna, on eakana puuduse korral paremini avaliku abi kaudu kindlustatud. Sotsiaalministeerium peaks analüüsima hoolduskindlustuse välismaist kogemust, hindama selle süsteemi võimalusi täiendavate vahendite toomiseks eakate hoolduse sfääri ja lootustandva tulemuse korral alustama konsultatsioone erasektoriga sellelaadse toote väljatöötamiseks.

3.2. Haigekassa

3.2.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Eesti Haigekassa tegevus baseerub Eesti Haigekassa seadusel, Eesti Haigekassa põhikirjal jm dokumentidel. Nimetatud dokumendid formuleerivad haigekassa vastutusala, milleks on lihtsustatult ravikindlustuse, ravi (tervishoiuteenuste), ravikindlustushüvitise, ravimihüvitise jms seotud küsimused.

Haigekassal puudub vastutus hooldusküsimuste lahendamise eest, va statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamisega kaasnev hooldus. Valdavalt eakate, hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikutele osutatavateks teenusteks, mida rahastab haigekassa, on vastavalt Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelule (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu Vastu võetud Vabariigi Valitsuse 19. veebruari 2009. a määrusega nr 42 (RT I 2009, 16, 99), jõustunud 1.07.2009):

- 1) koduõendus-hooldusteenus (alates 01.01.2011 ainult koduõendusteenus);
- 2) vähihaige kodune toetusravi;
- 3) geriaatrilise seisundi hindamine;
- 4) hooldusravi.

Koduõenduse tegevusjuhend (2004) näeb avahoolduse meeskonna liikmena ka piirkonna sotsiaaltöötajat. Samas on juhend jäik otsustuste kujundamisel, kas võtta isik teenusele või mitte. Tegurid, mis välistavad koduõendusteenuse osutamise (elamistingimused jm), on osaliselt sotsiaaltöötaja mõjutada. Seega peaks olema mõningatel juhtudel võimalik nimetatud probleemide lahendamine.

Tegevusjuhend viitab pereõe rollile koduõenduses (koduõendusteenust osutatakse klientidele, kelle õendushooldusvajadus on suurem kui seda jõuab teostada pereõde). Samas pereõe vastutada olevate ülesannete hulgas (Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend) on tema nõ jõukohase hoolduse määr piiritlemata⁹.

Haigekassa ülesandeks pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste probleemide lahendamisel on tervishoiuteenuste loetelu koostamine (sh koduõendus, statsionaarne õendus ja kodune vähihaigete toetusravi ning geriaatriline hindamine), eelarve planeerimine, finantsaruandlus ja auditite läbiviimine, teenusevajaduse hindamine ning lepingute sõlmimine teenuste osutamiseks ja teenuste rahastamine. Ravikindlustusseaduse järgi saab Haigekassa rahastada ainult neid teenuseid, mis on tervishoiuteenuse vajadusega põhjendatud. Meditsiiniliselt põhjendatud vajaduse saab ravikindlustusseaduse järgi määrata kas arst või õendusalatöötaja.

Haigekassa funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Tervishoiu ja hoolekande valdkonna piiride ebamäärasus regulatsioonides, kuna on keeruline vahet teha hoolekande ja tervishoiu kliendil/patsiendil.
- Inimese vajaduste kindlaks määramise praktikas puudub lihtne, kindel ning kiire hindamismetoodika geriaatrilise hindamise teenuse kõrval. Kui metoodika on väga erinev, siis ei ole võimalik hinnata põhjendatult, millist teenust inimene vajab. Tagajärjeks on ebaotstarbekas ressursikasutus (eelkõige kulutatakse tervishoiu raha sotsiaalsete probleemide lahendamiseks).
- Puudub spetsiifiliselt antud sihtrühmale suunatud arstlikku kompetentsi kandev meditsiiniteenus ehk geriaatriline voodipäev ja geriaatri ambulatoorne vastuvõtt, mis hõlmaks nii haiguste diagnoosimist, ravirežiimi rakendusi, hooldusvajaduse hindamist kui ka edasise hooldusplaani koostamist ning abimeetmete elluviimist. Haiglate valmisolek sellise meditsiiniteenuse juurutamiseks on olemas, kuid haigekassa pole siiani seda hinnakirja lisanud, põhjendades seda ressursside piiratud mahuga.

⁹ Vt täpsemalt alaptk „Perearstid“.

- Geriaatrilise hindamise teenus on hea ja põhjalik teenus, ent on aja- ja ressursimahukas, sobides ainult mitmekülgsete vajadustega inimestel hindamise läbiviimiseks.
- Geriaatrilise hindamise teenuse osutamise tulemusel ei selgu tervishoiu- või hoolekandeteenuse osutamise vajadused/soovitused kõigi inimeste osas, kuna teenuse osutamine on piiratud lepingumahtudega ja geriaatrilise hindamise läbiviimine ei ole lihtsamate juhtumite puhul põhjendatud.
- Tervishoiuteenusele suunamise põhjendamatus, mis on tihedalt seotud saatekirjade ebakorrekse täitmisega. Näiteks hooldusraviteenusele suunatakse inimene, kes vajab koduõendusteenust ning koduõendusteenusele inimene, kes vajab hooldekoduteenust.

3.2.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Haigekassa teeb koostööd teenuse osutajatega, kes hindavad konkreetselt inimesele abi ja teenuse osutamise vajadusi. Teenusepakkujatega peetakse läbirääkimisi, et planeerida eelarvet ja lepingute mahtu inimeste vajaduste katmiseks ravikindlustusvahendite baasil. Lisaks on koostööpartneriteks ühendorganisatsioonid ja Sotsiaalministeerium.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Vähene ministeeriumi poolne koostöö arendamise initsiatiiv tervishoiu- ja hoolekande valdkonnas.
- Kõigile osapooltele sobiva ja aktsepteeritud koostöömudeli puudumine pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste probleemide lahendamisel.
- Valdkonda puudutavate mõistete kokkulepete puudumine erialade ja erinevate sihtrühmaga tegelevate osapoolte vahel.

3.2.3. Infovajadus

Haigekassa jaoks on olulise tähendusega ühtse andmebaasi loomine inimese raviteenuse vajaduste määratlemise eesmärgil. Vajalikuks infoks peetakse inimeste tervisega seonduvaid andmeid, mille kogumisega ka tegeletakse, kuid lisaks tuntakse huvi ka sotsiaalset toimetulekut puudutava info vastu.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida haigekassa vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- perearst;
- eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- terviseseisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid (sh soodustused, retseptid), raviprotseduurid, aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused – dokumentatsioon (perearstiteenus, pereõeteeenus, koduõendusteenus, vähihaigete koduse toetusravi teenus, geriaatrilise hindamise teenus, statsionaarne õendushooldusteenus, järelraviteenus, taastusraviteenus, statsionaarse ja ambulatoorse eriarstiabi teenused, tervishoiusotsiaaltöötaja, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi teenuse osutamise koondid);
- raviteenuse osutamise arved (ajaline info, osutatud raviteenus, raviasutus, kes ravis);
- ravikindlustushüvitised.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamise andmed:

- raviteenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmed teenuste kvaliteedi hindamiseks läbi auditite;
- andmete riskasutus erinevate tervishoiuteenusoid osutavate asutuste vahel ja ametkondliku info vahetamine teenuste planeerimiseks.

3.2.4. Ettepanekud

1. Ühtse andmebaasi loomine inimese erinevate vajaduste, nii tervise kui sotsiaalsete probleemide ja tausta kohta, kuna siis on olemas täpsem jooksev info, elimineeritakse info üle küsimise vajadus ja läbi selle on otsustamisprotsess operatiivsem, kiirem ja väiksema aja- ning ressursimahuga. Vajalik eelkõige juhtudel, kui inimene pöördub ise haigekassa piirkonna esindusse ning tegemist on komplekssete küsimusega.
2. Ühtsest andmebaasist saadava info baasil ressursside planeerimise juurutamine
3. Ühise terminoloogia ning koostöömudeli juurutamine.
4. Inimese vajaduste kindlaks määramise praktikas lihtsa, ühtse objektiivse ja teaduslikult tõendatud ning kiire hindamismetoodika kasutusele võtmine.
5. Saatekirjade standardvormide väljatöötamine, mis sisaldavad üldandmeid inimese kohta (sh isikuandmed, kontaktisikud, abistajad) ja haiguse anamneesi, ravimite ja raviteenuste osutamise vajaduse ja sisu ning näidustuse kohta.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

Uute tervishoiuteenuste rahastamise põhimõtete (juhtumi eest tasumine) juurutamisel silmas pidada eakatele teenuste osas tervishoiu- kui sotsiaalhooldusteenuste seost (vajadust garantii olemasoluks mõlema teenuse üheaegse osutamise suhtes).

3.3. Perearstid

3.3.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Perearstide praktikas puutuvad arstid aina enam kokku eakatega, kelle vajadus pikaajaliseks hoolduseks ning kelle kroonilised tervisprobleemid on perearsti igapäevapraktika osaks. Nii perearst kui sotsiaaltöötaja võivad olla esimeseks „väravaks” teenustele sisenemisel või küsimuse tekkimisel sisenemise vajadusest/mittevajadusest.

Toodud andmete alusel peaks olema võimalik hinnata teenuse vajadust või mittevajadust. Otsuse peaks tegema esmatasandi meeskond: arst, sotsiaaltöötaja või õde.

Teenusele suunamine on ressursikasutuse otsus, seepärast peab see olema põhjendatud. Sageli annab näiteks keskkonna korraldamine tulemust, kus teenus ei ole vajalik – kuigi ka see on juba sekkumine, mis vajab tegevusplaani ja edasist monitooringut.

Teenuste vajadusel järgneb sügavam hindamine (ADL, IADL, laiemalt ja täpsemal meditsiinilised probleemid, diagnoosid ja ravi jm), et valida õige teenusetasand. Andmete alusel peab olema võimalik anda sobiva teenusetasandi soovitus koos esialgse hooldusplaaniga. Koduteenuste suunamisel ei tohi tähelepanuta jätta rehabilitatsiooni vajadust.

Perearstide funktsioonid ja vastutuse sätestab sotsiaalministri 2010. aasta määrus nr. 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“ (§ 3 lg 2 ja 3). Perearsti töö hulka kuulub inimese kohta andmete kogumine, ravi planeerimine ning edasise taastumise korraldamine.

Perearstiga töötab koos pereõde, kelle tööülesannete hulgas on õendusabiteenuste osutamine ning krooniliste haigustega patsientidega tegelemine. Määruse järgi võib perearst sõlmida lepinguid üldarstiabi osutamiseks väljaspool tööaega. Reeglina kuulub hooldekodu klientuur perearsti nimistusse.

Pikaajaliste terviseprobleemidega ja hooldusvajadusega inimeste abistamisel on olulise tähtsusega perearsti ja pereõde kõik funktsioonid ja tegevused, va tegevused, mis puudutavad statistiliste andmete esitamist. Perearst ja pereõde osutavad tervishoiuteenus. Tervishoiuteenus (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, RT I 2010, 41, 240), mida perearst ja pereõde osutavad, näeb ette ka vaevuste leevendamist ja tervise taastamist¹⁰.

Kuna perearsti teenus kuulub esmatasandi arstiabi ning üldarstiabi alla, siis on pikaajalise terviseprobleemidega ja hooldusvajadustega inimeste abistamisel oluline perearsti koostöö kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate, koduõendusteenuse osutaja ning muuhulgas ka kiirabiga.

Kiirabi ja perearsti koostööd reguleerib Sotsiaalministri 2001. aasta määrus nr. 133 „Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord“, koostöö teiste tervishoiutöötajatega on sätestatud sotsiaalministri 2010. aasta määrusega nr. 2 „Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“. Kiirabiga koostöö puhul on oluliseks infovahetus inimese kroonilisi haigusi kajastavatest dokumentidest.

Sarnased koostöödokumendid puuduvad hoolekandevaldkonna töötajatega.

Perearstide koostööd inimese juhtumil korraldamisel käsitlevad „Juhtumikorralduse käsiraamat“ ja „Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004-2015“ ning „Integreeritud hoolduse kava –

¹⁰ Tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

ettepanekud EV Sotsiaalministeeriumile (2006)“. Juhtumi korralduses eeldatakse perearsti ja sotsiaaltöötaja koostööd kogu juhtumi korralduse protsessi vältel (esmane hindamine, teenuse otsimine/suunamine, järelevalve, vahe- ja järelhindamine). Hooldusravivõrgu arengukavas on koostöö ette nähtud geriaatrilises hindamismeeskonnas, koduse ja päevase õendusabi keskusega.

Perearstid saavad pakkuda lahendust pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste probleemide lahendamisel erinevate tervishoiuteenuse raames, ent käesoleva sihtrühma puhul on põhilisemaks neist sõltuvalt inimese vajadustest kas koduõendusteenusele suunamine või statsionaarsele hooldusravile ehk õendushooldusele suunamine. Antud teenustele suunamisel hindavad perearstid kas sugulaste, spetsialistide (koduõde, pereõde, KOV sotsiaaltöötaja vm) käest saadud info baasil või tehes ise kodukülastuse või patsiendi visiidil saadud info põhjal tervishoiuteenuse osutamise vajadust. Tervishoiuteenuse vajaduse ilmnemisel väljastab perearst saatekirja vajalikule teenusele.

Lisaks tegelevad perearstid abivahendite tõendite väljakirjutamise, puude raskusastme määramise menetluses tervisliku seisundi kirjelduse koostamisega jm ülesannetega. Põhilise perearsti funktsioonina nähakse diagnoosimist, ravi määramist, ravirežiimi järgimise jälgimist, vajalikule eriarstiteenusele suunamist, nõustamist terviseküsimuste raames, analüüside teostamist jm. Inimese funktsionaalse toimetuleku küsimuste hindamine on perearstide hinnangul pigem KOV sotsiaaltöötajate ülesanne.

Perearstid kirjeldavad praegust süsteemi kui pöördumise meditsiini, st kui inimene ei pöördu, siis ta abi ei saa, mis tähendab, et paljud küsimused jäävad lahendamata nende inimeste puhul, kes ei oska või ei saa ise pöörduda või kel puuduvad eestkõnelejad. Esmatasandi meditsiin ja hoolekanne on alarendatud koostöö ja erinevate rakendusmeetmete ning arendustegevuste ja ka alarahastatud ressursside eraldamise osas.

Perearstide funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Tekivad olukorrad, mil inimene suunatakse statsionaarsele õendushooldusteenusele sotsiaalsete küsimuste ja probleemide korral, kuna muud võimalust abi andmiseks ei nähta või ei leita. Näiteks nendel juhtudel, kui inimese sotsiaalse toetuse ja hoolduse küsimusi ei ole suudetud lahendada sotsiaalhoolekandemeetmete piiratud võimaluste tõttu pikka aega ja inimese lähedastel puuduvad võimalused oma eakat pereliiget hooldekoduteenusele suunata või muud moodi hooldust korraldada. Sellistes olukordades keskendutakse ja suunatakse inimene tema abivajaduse lahendamise eesmärgil kallitele teenustele, st sinna, kuhu saab (väga sageli statsionaarsele õendushooldusteenusele).
- Perearstid on sunnitud kirjutama sageli statsionaarse õendushooldusteenuse saatekirju, kui inimesel esineb püsiv õendushooldusvajadus, et inimene saaks liikuda ühest hooldushaiglast teise, kuna ühes ja samas õendushooldusosakonnas ei saa teenust osutada, sest õendushooldusteenuse osutamine toimub piiratud aja raames (nt keskmine päevade arv on 21 päeva, maksimaalne päevade arv 60).
- Perearstidel on probleeme ka sellega, et kui nad näevad vajadust suunata pikaajalise tervisprobleemi ja hooldusvajadusega inimene statsionaarsele õendushooldusteenusele, siis ei pruugi sugulased olla nõus, et inimese pension kulub raviteenuse osutamisele (omaosalus ~3000 krooni), mistõttu võivad õendusprobleemid jääda lahendamata tuues omakorda kaasa inimese seisundi halvenemise, mil võivad tervisprobleemide süvenemise tõttu kulutused edasise ravi korraldamisel kasvada ja inimene peab minema kallile tervishoiuteenusele (nt aktiivraviteenusele).
- Probleemid ilmnevad ka juhtudel, kui pikaajaliste tervisprobleemide ja hooldusvajadusega inimesel on lapsed ning sel juhul suunates abivajajad

sotsiaalhoolekandesse, saavad nad sellest sektorist vastuse, et kuna inimesel on lapsed, siis peavad nemad vastutama edasise hoolduse ja hooldusravi korraldamise eest. Ent sageli see lähenemine jätab abita need eakad, kes elavad üksi, kelle lapsed ei ela läheduses või elavad välismaal, mureks on ka see, et eakad ei ole ise valmis oma lähedaste käest abi küsima. Antud juhtudel kerkib küsimus, kes võtab üle antud inimese vajadustega tegelemise, st süsteemil on tendents mõned sihtrühmad (kliendigrupid nt eakad, kellel on lapsed) välja lülitada, jättes nad vajaliku hoolduse korraldusliku poole osas abita.

3.3.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Perearstid teevad koostööd pereõe, koduõe, aktiivraviasutuste, tervishoiu sotsiaaltöötajate, rehabilitatsiooniasutuste, KOV sotsiaaltöötajate, haigekassa, Sotsiaalkindlustusameti, hooldusravi ehk õendushoolduse osutajaga jm partneritega. Perearstikeskuse sisene koostöö on valdavalt hea, väljaspool enda asutust toimuva koostöö ja koordineerimise kohta öeldakse, et inimese liikumine nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandesüsteemis ei ole sujuv ja sekkumise järjepidevus ei ole tagatud, kuna puuduvad juhtumikorraldajad. Antud olukorra tagajärjeks on see, et inimene võib jääda mingil hetkel abita. Keeruliste juhtumite puhul ollakse huvitatud meeskondlikust sekkumisest, st protsessi peaksid olema kaasatud sotsiaaltöötajad jm partnerid.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Koostöö sõltub vajadusest, kuid regulaarsus koostöö tegemisel puudub.
- Koostöö tegemine sõltub palju perearsti isiklikest suhetest ja võrgustikust, st inimesega tegelemisel on palju juhuslikkust, mitte süsteemset lähenemist. Kui asuvad tööle uued inimesed, siis hakkavad nende jaoks inimesega tegelemise küsimused toimima siis, kui nad on suutnud luua omale võrgustiku.
- Vähe on teadmisi partnerite funktsioonidest, nende võimalustest tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste pakkumisel.
- Koostöö KOV või sotsiaalkindlustusameti jm asutustega on lahendatud üksikjuhtumite tasemel, mitte süsteemina.
- Teenuste pakkumise/kättesaadavuse osas esinevad piirkondlikud erinevused, kuna väiksemates kohtades puuduvad koostööpartnerid, nt ei ole võimalik osutada koduõendusteenust, sest puudub teenust osutav asutus.
- Kui perearst annab KOV-le info üle abivajava inimese kohta, siis sellele ei järgne reeglina tagasiside andmist (puudub kohustus), kas perearsti poolne pöördumine tõi kaasa sekkumise ja lahenduse või mitte.
- Töökoormus ja sellest tulenev ajapuudus on suur, mistõttu ei jõuta inimese probleemidesse ja teiste spetsialistide töösse süveneda.

3.3.3. Infovajadus

Perearstidest vastajad kinnitasid uuringus, et kui inimene on haiglast läbi käinud, siis on tema tervisliku seisundi osas informatsioon põhjalikum ja kergesti kättesaadavam (nt tervise infosüsteemi kaudu), mis on olulisel määral tööd lihtsamaks muutnud. Kui inimene on koduses keskkonnas, siis on tema abivajaduse kohta ülevaate saamine keerulisem, kuigi seda infot peaks perearst valdama. Info puudumise või halva kvaliteedi, hiline mis tagajärjeks võivad olla, kas vale

ravi rakendamine või inimese valele teenusele suunamine, põhjustades omakorda ressursside ebaefektiivset kasutamist. Inimese kohta põhjalikuma info saamine võimaldab osutada paremat raviteenust kui ka võimaldab suunata inimest õigema abini.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal alljärgnevad probleemid.

- Haigusloo väljavõtetes ei kajastu sageli inimese sotsiaalne funktsionaalsus (võime ravimeid välja osta jne) ja see, kes on tema abilised.
- Kodustes oludes viibiva patsiendi kohta ei ole teada, milline on tema abivajadus, kes on tema abilised, milliseid teenuseid (kahe erinevat sektorit) on ta saanud ja saab. Sealjuures ei pruugi patsient ise olla suuteline või ei soovi enda kohta infot piisavas mahus jagada. Info jagajateks on koduses keskkonnas sugulased, naabrid, kui nad on olemas, mis viitab asjaolule, et inimese kohta üldpildi saamise protsessis on palju juhuslikkust.
- Info saamine muudest allikatest, nagu KOV või sotsiaalkindlustusamet jm asutused, on süsteemselt lahendamata. Info liikumise kohustuslikud suunad on inimesega tegelemise protsessis reguleerimata.
- Tagasiside saamine on kohati tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis lünklik, nt on olukordi, mil hooldushaiglad või eriarstid ei küsi infot juurde või ei jõua nende käest vajalik info perearstini.
- Info kogumine käib telefoni teel, mis on ressursimahukas, nõudes perearstilt palju aega.
- Puudub ühtne meetodika inimese tervise- ja hooldusvajaduste hindamise osas. Perearstide meelsus on, et nad vajavad ühtset hindamisvahendit, mille täitmisele ei kulu enam kui 10-15 minutit ja see peab olema tõendus põhise taustaga. Kui ei ole hindamisvahendit, siis võivad osad vajalikud probleemid jääda hindamata, kuna mõni küsimus/probleemi hindamine võib ununeda.
- Kuna perearstidel puudub inimese kohta sageli eelnevalt info, mis ravimeid nad on kasutanud või mis ravimid on määranud eriarst (nt psühhiaater), siis ei tea perearstid, millised ravimite kõrvaltoimed võivad avalduda, kui nemad määravad omalt poolt ravi. Sarnaselt ei ole ka teada, missugused psühhiaatrilised haigused inimesel esinevad, millised on tema eripärad või haiguse avaldumise sümptomid.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida perearstid vajavad oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos).

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;

- tervises seisund, diagnoosid, sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos, eriarstid);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invataks, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abivahendite tõendi väljastamine;
- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused, sh materiaalsed ressursid;
- teenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmete riskiasutus.

3.3.4. Ettepanekud

1. Piirkondlike võrgustike moodustamine pikaajalise ja hooldusvajaduse inimeste probleemide lahendamiseks, kuhu on kaasatud erinevad osapooled. Tuleb koostada protsesside kaardistused ning juhendid, mis küsimusega kelle poole pöörduda. Vajalikud on regulaarsed ühised ümarlauad või koosolekud koostööpartnerite vahel ning üksteisele funktsioonide ja teenuste võimaluste tutvustamine.
2. Perearsti süsteemile ühtse hindamismetoodika kinnitamine, st kontakthindamise läbi viimine ühtse metoodika alusel, mis annab kätte erinevatele teenustele liikumise suunad ning kaardistab vajaliku info partnerite jaoks.
3. Üleriigiliselt hooldushaiglasse või koduõendusteenusele, asutushooldusteenusele suunamisel ühtse saatekirja vormi väljatöötamine ja kohustuslik kasutusele võtmine, ühtsed nõuded suunamiskirja väljaandmisele ja sisule, et tagada info parem liikumine.
4. Partnerite vahelise infosüsteemi kasutamise võimalus, andmete riskiasutus, et hoida kokku kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistide ehk perearstide tööaega.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

Pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestele (eakad) ning spetsialistidele (koostööpartnerid) infoportaali väljatöötamine, kus on olemas info inimeste õiguste, teenuste, toetuste, abiorganisatsioonide, parimate praktikate kirjelduse jm kohta.

3.4. Haigla sotsiaaltöötajad

3.4.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Haiglas töötavatel sotsiaaltöötajatel on mitmeid tööülesandeid, mis on kompleksed. Igapäevatöö üheks osaks on juhtumikorraldus, mis hõlmab endas kliendi vajaduste hindamist, eesmärkide planeerimist ning juhtumite arutelusid, abimeetmete rakendamist. Igas haiglas on hindamisinstrumendid erinevad. Olenevalt juhtumist kogub haigla sotsiaaltöötaja mitmesugust informatsiooni (sh haigekassa kindlustuse olemasolu, üldandmed, isikutunnistuse olemasolu, puude raskusaste jne). Olenevalt haiglast kasutavad sotsiaaltöötajad erinevaid infosüsteeme. Samuti oleneb info hulk ja iseloom selle kogumisel asjaolust, mis saab inimesest pärast haiglast väljakirjutamist. Haigla sotsiaaltöötaja loomuliku osa igapäevatööst moodustab inimeste ja tema lähedaste nõustamine ja jõustamine. Aastate jooksul on märgatud ja hakatud usaldama haigla sotsiaaltöötajaid võrdse ja väga vajaliku koostööpartnerina kõigi osapoolte poolt.

Haigla sotsiaaltöötajate funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal järgmised probleemid.

- Haigla sotsiaaltöötajaid on vähe, et tagada kõigile haiglas viibivatele inimestele vajalik sotsiaaltööteenus, haigla sotsiaaltöötajad on võetud tööle haiglate enda initsiatiivil, eriala vajadus on olemas, kuid puuduvad vastavasisulised seadusandlikud regulatsioonid.
- Haigla sotsiaaltöötajad hakkavad inimesega tegelema enamasti väljakirjutamise planeerimisel ning hindamine, mis läbi viiakse, on situatsioonikeskne, st hindamisega ei jõua põhjalikult tegeleda, kuna aeg on inimesega tegelemiseks lühike. Antud olukord tuleneb sellest, et raviarstid ehk erialaspetsialistid tegelevad valdavalt oma eriala puudutavate terviseprobleemide lahendamise, st nad ei ole saanud geriaatrilist koolitust, et juba varakult ehk haiglasse saabumisel ära tunda antud sihtrühma puhul hooldusprobleeme. Puuduvad ka sotsiaaltöötajate informeerimise kohustused regulatsioonides ning sellest tulenev protsessikultuur.
- Haigla sotsiaaltöötajad tegelevad reeglina erakorraliste juhtumitega, mil nn juhtumi üle andmisel ja koostöö tegemisel KOV jm ametkondadega on ametlikud menetlusprotsessid liiga pikad, haiglast väljakirjutamise järgselt vajab inimene kas mingit teenust, toetust või abimeedet kohe, st on reguleerimata erakorraliste juhtumite menetlusreeglistik koostööpartnerite vahel.
- Ametlikud ligipääsud andmebaasidele puuduvad, kuna eriala regulatsioone ei eksisteeri, mistõttu on õigused ühe või teise toiminguga või päringu tegemiseks piiratud.
- Sageli on vajalik tegeleda inimestega, kellel esineb sotsiaalhoolekandeteenuse osutamise vajadus, kuid nad viibivad raviteenusel, sest KOV ressursid on hoolekandemeetmete osas piiratud.

- Töökvaliteet kannatab, kuna töökoormus on suur (80 juhtumit kuus, kus töö sisuks on hooldushaiglasse, järelravile, hooldekodusse koha leidmine, koduhooldusele või koduõendusteenusele suunamise korraldamine, abi- ja hooldusvahendite muretsemine, dokumentide ja kindlustuse taotlemine, puude raskusastme või töövõimetuspensioni vormistamine, eestkoste seadmise taotlemine jm; juhtumite maksimaalne arv võiks olla ühes kuus 50).
- Puudub järelkontroll – on inimesi, kes tulevad haiglasse mõne nädala või paari kuu pärast tagasi sama probleemiga. Tagasiside KOV-st puudub, haigla sotsiaaltöötaja annab inimese kohta info KOV-sse edasi, kuid ei teosta kontrolli, kas KOV sekkus või teostas vajaliku kodukülastuse, sest selline sekkumisõigus KOV töösse ei kuulu tööülesannete hulka.

3.4.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Haigla sotsiaaltöötaja koostööpartneriteks on haiglas arstid, õed ja hooldustöötajad ning väljapool haiglat lähedased, perearstid, pereõed, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad, koduhooldustöötajad, koduõed, politsei, kriminaalhooldustöötajad jm. Ametiasutustest on koostööpartneriteks haigekassa, Sotsiaalministeerium, maavalitsused, teenuse osutajad, Pensioniamet, Sotsiaalkindlustusamet, Kodakondsus- ja migratsiooniamet ja teised organisatsioonid (nt haiguste alusel formuleeritud ühendused jm). Hetkekoostööd iseloomustab kompromisside leidmine tervishoiu ja hoolekande vahel ning muude huvitatud osapoolte vahel (lähedased, haigla, KOV jt partnerid).

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Informatsiooni otsimine inimese kohta on aja- ja ressursimahukas, lisaks esinevad probleemid info lisamisega haiglasisesesse elektroonilisse haiguslukku, kuna sotsiaaltöötajad käivad teenust osutamas erinevates majades ning füüsiliselt on raske leida aega arvutis viibimiseks, kuna ollakse pidevalt väljakutsel.
- Puudub ühine andmebaas KOV ja teiste ametkondadega, infole liigipäas lihtsustaks ning hõlbustaks oluliselt inimesele vajalikku elukorralduse kujundamist ja koduse keskkonna ettevalmistamist haigla järgsel perioodil koostöös KOV-ga.
- Isikuandmete kaitse tõttu on andmevahetus pikaldane ja probleemne.
- Puudub transpordi korraldus, kes viib inimese haiglast edasi (koju, mujale teenusele).

3.4.3. Infovajadus

Sotsiaaltöötaja saab informatsiooni andmebaasidest ning telefonivestluste kaudu erialaspetsialistidelt. Sotsiaaltöötaja vajab infot selleks, et tegeleda koostöös inimesega tema ravi ja hooldusküsimuste lahendamiseks. Kui inimene on kodusest keskkonnast haiglasse saabunud, siis on tema eelneva tausta ja abimeetmete kohta, mis on talle eelnevalt osutatud, väga vähe infot. Info puudumise või halva kvaliteedi, hilinemise tagajärjeks võivad olla inimese valele teenusele suunamine, põhjustades omakorda ressursside ebaefektiivset kasutamist.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal mitmed olulised probleemid.

- Suur aja- ja ressursikulu, mida nõuab informatsiooni kogumine. Reeglina on kogu info andmebaasides olemas, kuid see vajab üle kontrollimist teistest ametkondadest ja info saamine sõltub konkreetse ametkonna vastutulelikkusest kiireloomuliste juhtumite puhul.
- Puudub informatsioon, kes mida ja millal teeb, kui inimene on jäänud üksi ja abivajadus on kasvanud.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida haigla sotsiaaltöötajad vajavad oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- kodakondsus, elamisload, isikut tõendava dokumendi kehtivuse aeg;
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- makstud toetused;
- perearst;
- kinnisvara (pärija) ja kes korraldab matused.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- abistatava eripärad, abistatavat häirivad tegurid;
- terviseseisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);

- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abivahendite tõendi väljastamine;
- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;
- teenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmete riskasutus.

3.4.4. Ettepanekud

1. Ühtne infobaas – see on elementaarne eeldus töö sujuvamaks tegemiseks, st partnerite vahelise infosüsteemi kasutamise võimalus, andmete riskasutus, protsessi kirjeldus, kes andmeid vajavad, et tööd sujuvalt teostada.
2. KOV sotsiaaltöötaja töö ümberkorraldamine, tema kui juhtumikorraldaja rolli suurendamine. Hetkel on KOV sotsiaaltöötajad üle koormatud ja neile juhtumite üle andmisel esineb olukordi, mil nad ei ole suutlikud haiglast lahkuvate inimestega tegelema ajanappuse tõttu.
3. Ühised arutelud ja üksteise funktsioonide tutvustamine koostööpartnerite vahel.
4. Õigusruumi loomine tervishoiu sotsiaaltöötajale õiguste andmiseks andmebaasidest info saamiseks.
5. Ühtse hindamismetoodika kasutuselevõtmine üleriigiliselt tervise- ja hooldusteenuste vajaduse hindamisel, soovituslik rakendada koos infotehnoloogilise lahendusega.
6. Protsessi kaardistuste ja juhendite koostamine, kelle poole ja mis küsimusega inimene võib pöörduda.

3.5. Geriaatrid ja teised eriarstid

Geriaater on erialaspetsialist, kes on läbinud vastava eriala residentuuri või lisakoolituse ning sooritanud erialaeksami ning omab põhjalikke teadmisi eakate multiprobleemsete haigete diagnostikas ja ravis.

Geriaatriaosakond peaks kuuluma eriarstiabi osutavate osakondade nimistusse, olles funktsionaalselt tihedalt seotud hooldusravi ning hoolekandega, kuna patsientide sihtgrupp on neis kõigis ühine. Tüüpiline geriaatrilise abi vajaja on enamasti eakas ja mitme kroonilise haigusega inimene, kes vajab abi raviprotseduuride tegemisel ning ei saa hakkama igapäevaelu toimingutega, st. multiprobleemne toimetulekuhäiretega täiskasvanud inimene (vanusepiirideta) ehk geriaatriline patsient (Pahk 2006). Hetkel puuduvad Eestis geriaatriaosakonnad.

Geriaatriaosakond võiks tulevikus olla geriaatriliste teenuste kõrgeim kompetentsikeskus piirkonnas (spetsialistide tuumikus on arst-geriaater, geriaatriaõde, tervishoiu sotsiaaltöötaja ning taastusspetsialist). Geriaatriaosakonna põhitegevusteks oleks seal diagnostika (k.a. geriaatriline seisundi hindamine), ravi (arstiabi, õendusabi, rehabilitatsioon) ja sotsiaalnoustamine. Geriaatriaosakond asuks aktiivravihaiglas ja teenuse osutamine oleks ajaliselt piiratud. Geriaatri

ambulatoorne vastuvõtt ja erialalised konsultatsioonid toimuksid ka teistes spetsialiseeritud osakondades. Geriaatriameeskond (interdistsiplinaarne) teostaks kliendi vajaduste hinnangut ja koostaks individuaalse hooldusraviplaani. Antud arenguvisionid on fikseeritud ka Eesti Hooldusravivõrgu arengukavas 2015.

Teised eriarstid tegelevad eakate hooldusprobleemidega patsientide ägedate haiguste ravi ja diagnostikaga oma eriala piires ja suunavad vastavalt vajadusele patsiendid edasi geriaatria osakonda (keerukamate geriaatriliste probleemide korral) või mõnele muule patsiendile vajalikule teenusele.

Peamised osapooli puudutavad probleemid geriaatria valdkonnas:

- pole piisaval hulgal geriaatriaosakondi;
- puudub iseseisev geriaatria eriala;
- puudub regulaarne geriaatria-alane diplomieelne ja -järgne koolitus.

Probleemide põhjustena on välja toodud järgmisi aspekte:

- Sotsiaalministeerium ei ole tellinud geriaatria residentuuri avamist ja geriaatriate koolitamist Tartu Ülikooli arstiteaduskonnalt;
- Haigekassa poolt ei ole kehtestatud geriaatria voodipäeva hinda¹¹;
- Sotsiaalministeerium ei ole välja töötanud seaduseelnõud uute erialade lisamiseks eriarstlike erialade nimistusse.

Kirjeldatud probleemide tagajärjeks on see, et ei ole täidetud Eesti hooldusravivõrgu arengukavas 2004-2015 püstitatud eesmärgid, mis puudutavad geriaatriaosakondade avamist ja geriaatrilise hindamise teenuse laienemist ning paremat ja ühtlustatumat kättesaadavust Eesti erinevates piirkondades. Sellest on tingitud hooldusvajadusega ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste halvem eriarstiabi ja hoolduse kvaliteet, kuna nende inimeste probleeme ei ole piisava kompetentsusega hinnatud.

3.5.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Eriarsti põhiliseks funktsiooniks on tervisliku seisundi hindamine, haiguste diagnoosimine ja ravi määramine, raviprotseduuride teostamine, erialasised ja -välised konsultatsioonid, meeskonnatöös osalemine. Lisaks tegeletakse patsiendiõpetuse, nõustamise, abivahendite määramise korraldamise ülesandega ning osaletakse terviseseisundi kirjelduse koostamise näol puude raskusastme ja töövõimekaotuse ulatuse määramise protsessis. Igapäevatoos toetatakse inimese aktiivsust, toimetulekuressursse ja tegeletakse elukvaliteedi küsimustega, jagatakse infot, prognoositakse edasist hooldusvajadust. Haigete funktsioonid ja tervislik seisund on ajas muutuvad suurused, mille dünaamikat peab pidevalt jälgima ja ümber hindama.

Eriarstide funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed märkimisväärsed probleemid.

¹¹ EGGA poolt on esitatud Eesti Haigekassale vastav taotlus 2007. ja 2009. aastal

- Puudub kindel mõõdik, st tundlik, kontrollitud ja tõendus põhine instrument, mille alusel saab inimest sobitada järgmistele ravi- või hooldusteenustele, st suunata inimest edasi hooldusvõrku.
- Erakorralised ja esmatasandilt suunatud haiged on uurimata, analüüse on vähe teostatud, on teadmata varasem ravimite kasutamise plaan.
- Kodune taastusraviteenus on eraldi teenusena väljaarendamata, aktiveeriva tegevuse võimalused kodus keskkonnas puuduvad, mis võib tuua kaasa ravitulemuste halvenemise.
- Eriolukordade lahendamisel on takistuseks KOV bürokraatia (näiteks inimene vajab kohe ravimit, kuid tal puudub selleks raha; toetuste saamine sõltub inimese maksevõimest ehk inimene peab eelnevalt ravimi välja ostma ja seejärel avalduse koos kuludokumentidega esitama, misjärel osutatakse abi; tagajärjeks on ravi järjepidevuse või rakendamise puudumine).
- Voodikohad on hõivatud antud sihtrühma patsientide poolt, kelle põhiprobleemiks on lahendamata hooldusvajaduse korraldamine, mitte meditsiinilised küsimused.
- Arsti poole pööratakse liiga hilja, inimeste endi ja sotsiaalhoolekande valdkonna partnerite terviseteadlikkus on madal, st ravile jõutakse hilinemisega.
- Eakaid inimesi tuuakse sugulaste poolt haiglasse, et vastutust kellelegi edasi delegeerida, kuna kodus ei saada enam hooldusküsimuste lahendamisega hakkama ja abi ega tuge ei saada ka KOV-st sotsiaalhoolekandeleaste meetmete näol.
- Vanema generatsiooni ja igapäevaelus vene keelt kasutavatel arstidel on puudulik arvuti kasutamise oskus, mis teeb keeruliseks tänapäevaste hindamisvahendite kasutamise igapäevatoos.
- Vajalik on lihtsustatud ametifunktsioonide täitmise kord, st hetkel ei ole arvestatud, et spetsialistidel võiks olla ligipääs inimese eest asjade ajamisel (erinevate abimeetmete korraldamine) kiirendatud korras protseduuri reeglite läbimise võimalused.

3.5.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Eriarstid teevad koostööd sõltuvalt erialaspetsiifikast erinevate partneritega – asutusesiselt lähedaste, õdede, teiste eriarstide, haigla sotsiaaltöötajate, füsioterapeutide, tegevusterapeutide, logopeedide, psühholoogide ja hooldajatega. Asutuseväliselt on koostööpartneriteks teiste haiglate eriarstid, erialaühendused, perearstid, pereõed, koduõed, abivahendite firmad, ravimifirmad, haigekassa, hooldekodud jm. Haigega tegelemine sõltub palju tema haiguse raskuastmest, st mida keerulisem on patsiendi seisund, seda rohkem on vaja kaasata teiste erialade spetsialiste ja teha koostööd. Probleemiks ei ole koostöö puudumine, vaid ressursside puudumine (aeg ja materiaalsed vahendid). Positiivsena on esile toodud erialase ettevalmistuse head taset ja spetsialistide head tahet töö tegemisel. Paremat koostööd oodatakse Sotsiaalministeeriumi ja haigekassa vahel, kes peaksid süsteemi täiustama.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Suur ajakulu partneritega kontaktide loomisel, nende kättesaamisel.
- Ülekoormusest ja ajanappusest tulenevad koostööprobleemid.
- Eriarstid ei ole kursis teiste erialaspetsialistide funktsioonide ja erinevate sektorite poolt pakutavate võimaluste ning abimeetmetega.

- Tervishoiuteenuste, sotsiaalhoolekande ja rehabilitatsiooni vahel puudub sidusus/seostatus.
- Eriarstid ei suuna inimest statsionaarsele või ambulatoorsele taastusravi teenusele, kui tegelikkuses on see teenus vajalik.
- Teise eriarsti juurde suunamise korraldamine on sõltuvuses eriarsti poolt väljaarendatud koostöövõrgustikust ning siis on inimese meditsiiniliste probleemide lahendamisel eesmärkide saavutamine lihtsam.
- KOV-s on sotsiaaltöötajaid vähe ja nad on ülekoormatud, nende võimekus madal, st kui sotsiaaltöötaja on hõivatud, siis ei saa ta samaaegselt mitme juhtumiga tegeleda, st puuduvad ülesannete delegeerimise ja ka sekkumise võimalused, mistõttu ei suuda KOV meditsiini sektori poolt esitatavaid ootusi täita.

3.5.3. Infovajadus

Teabe andmine, saamine, suhtlemine ja koostöö on olulised lülid inimesega tegelemisel haiglas viibimise perioodil. Eriarstide jaoks on olulise tähtsusega eelnevad haigused, traumad ja igapäevane toimetulek. Info puudumine põhjustab töö koordineerimatust, vastutuse hajumist, dubleerimisi, teenuse kvaliteedi langemist, valede otsuste kujunemist. Haiglavälise suhtluse puudujäägid võivad tuua kaasa raviprotsessi järjepidevuse puudumise, erinevate eesmärkide kujunemise ravi ja rehabilitatsiooni, hoolduse korraldamisel ning võrgustikutöö ebaühtluse. Info kogumise kõige kiirem viis on helistamine, e-kirja teel suhtlemisel ei pruugi vastuseid saada.

Info kogumisel ilmnemised intervjuudest saadud andmete põhjal alljärgnevad probleemid.

- Reeglina on perearstide saatekirjades esitatav info lakooniline ning eriarstil tuleb ise uurida ja leida põhjalikum info inimese ravimite, diagnooside, funktsionaalse seisundi, põhiprobleemide määratlemise kohta. Esmatasandil pole hinnatud inimese vajadusi ning sealt saadava info kvaliteet ei rahulda aktiivravi osutavate spetsialistide vajadusi.
- Elektroonilised süsteemid (andmebaasid) ei ühildu omavahel, mistõttu on raskusi info kätte saamisega.
- Ametkonnad koguvad infot enda asutuse raames, info ei liigu inimesega kaasas.
- Puudub info inimese vaimse seisundi/kognitiivse võimekuse kohta, mis toob kaasa valeravi rakendamisega kaasnevad ohud.
- Puudub ligipääs perearstide andmebaasidesse.
- Ambulatoorse taastusravi arstidel puudub õigus teha analüüse ja röntgenülesvõtteid.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida eriarstid vajavad oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames:

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja jm);
- perearst;
- eriarstid;

- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid).

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese enda eesmärgid seoses ravi rakendamisega;
- tervises seisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendus- jm raviprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamise andmed:

- andmete riskitasutus;
- abivahendite tõendite väljastamine;
- abistajad – kes, milles abistavad;
- teenuste järjekorrad, vabad kohad.

3.5.4. Ettepanekud

1. Kasutuselolevad mõõdikud peavad olema ühildatavad, hetkel ei ole.
2. Ühtse hindamismetoodika kasutusele võtmine toimetuleku hindamisel, et kõik spetsialistid räägiks ühist keelt, saaksid üksteisest aru ja hindamise tulemusena kujuneks abivajaduse skoorid, mille alusel otsustatakse edasistele teenustele suunamised.
3. Ligipääsu võimaldamine perearstide andmebaasidele.
4. Vajalik on luua koordineeriv keskus, kus juhtumikorraldaja tegeleb püsiva terviserikkega inimeste suunamise koordineerimisega erinevate teenuste vahel tervishoiu valdkonnas, tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahel ning hoolekande süsteemi sees¹².

¹² Keskuse täpset rolli ja sobivust praeguse tervishoiu ja hoolekande korraldusse ei ole töös analüüsitud.

5. Eriarstide poolt hallatavate ja sisestavate andmete hulk tuleb läbi mõelda, et ei tegeletaks mittevajalike andmete kogumisega.
6. Teadustöö tegemise eesmärgil andmebaasidest eriarstidele andmete väljastamise õiguste kehtestamine.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Eriarstide koolitamine arvutiõppe, toimetuleku hindamise, geriaatria alal, st diplomieelne ja järgne koolitus ülikoolis ravi erialal peab sisaldama geriaatriat. Praegu geriaatria temaatika õppekavades puudub.
2. Geriaatri eriala residentuuri avamine Sotsiaalministeeriumi tellimusena Tartu Ülikoolis. Geriaatria residentuuri avamine võimaldab pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelevate eriarstide ettevalmistamist.

3.6. Geriaatrilise hindamise meeskonnad

Alates 2004. aastast on lisandunud Eesti tervishoiuteenuste loetellu teenus nimega geriaatrilise seisundi hindamine, st kliendi seisundi igakülgne hindamine – nii meditsiiniliste, funktsionaalsete, psühholoogiliste, sotsiaalsete, rahaliste, juriidiliste ja muudegi aspektide arvestamine. Tulenevalt Vabariigi Valitsuse „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ sätestatust on võtnud Eesti Haigekassa üle tasu maksmise kohustuse kindlustatud isikule osutatud geriaatrilise seisundi hindamise eest määruks täies ulatuses. Geriaatriline hindamine on ambulatoorne hooldusraviteenus (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu 2010).

Geriaatrilise hindamismeeskonna teenust vajab hinnanguliselt 10% üle 65-aastastest elanikest (Pahk 2006). Geriaatrilise hindamise olulisus seisneb inimese vajaduste paremas tundma õppimises, probleemide selgemas sõnastamises, inimesekeskses holistlikus lähenemises, vajaduste dokumenteerimises, juhtumikorralduses, ressursside otstarbekamas kasutamises kui pikemas perspektiivis paremas ligipääsus teistele teenustele (Tisler, interRAI konverents 2010).

Geriaatrilise hindamise läbiviimisel kasutatakse interRAI hindamisinstrumente. Hooldusvajaduse ning pikaajaliste terviseprobleemidega inimese seisundi igakülgseks hindamiseks kasutatakse kahte Eestis litsentseeritud instrumenti – MDS-HO ehk RAI-HO (asutushoolduse) ja MDS-KO ehk RAI-KO (koduhoolduse) versiooni.

MDS-HO (asutushooldus), versioon 2.0 baashindamise vorm sisaldab kliendi isikuandmeid. MDS-HO, versioon 2.0 taustinformatsioon vastuvõtul annab kliendi kohta teavet demograafilistest aspektidest ning igapäevastest tegevustest lähtuvalt. MDS-HO, versioon 2.0 täieliku hindamise vorm sisaldab andmeid inimese kognitiivse seisundi, suhtlemise ja kuulmise, nägemise, meeleolu ja käitumise, psühhosotsiaalse heaolu, kehalise funktsiooni (ADL), kontinentsi (soole- ja põietegevus), haiguste diagnooside, terviseseseisundite, suuõõne/toitumusliku ja hammaste seisundi, naha, aktiivsete tegevuste, ravimite, spetsiaalse ravi ja protseduuride, asutusest lahkumise võimaluste ja üldise seisundi ning hindamisteabe kohta (InterRai MDS-HO 2.0 käsiraamat).

MDS-KO (koduhoolduse), versioon 2.0 baashindamise vorm sisaldab kliendi isikuandmeid. MDS-KO, versioon 2.0 taustinformatsioon vastuvõtul annab kliendi kohta teavet demograafilistest aspektidest ning igapäevastest tegevustest lähtuvalt. MDS-HO, versioon 2.0 täieliku hindamise vorm sisaldab andmeid inimese kognitiivse seisundi, suhtlemise ja kuulmise, nägemise, meeleolu ja käitumise iseärasuste, sotsiaalse toimetuleku, mitteformaalsete tugiteenuste, füüsilise toimetuleku (ADL ja IADL), kontinentsi (soole- ja põietegevus), haiguste diagnooside,

tervise seisundite ja ennetavate meetmete, toitumuse/vedeliku tarbimise, hammaste ja naha seisundi, keskkonna hindamise, teenuste ja ravimite kasutamise kohta (InterRai MDS-HO 2.0 käsiraamat).

Geriaatrilise hindamise meeskonna koosseisu kuuluvad arst (geriaater või geriaatria-alase ettevalmistusega sisearst), õde, sotsiaaltöötaja, vajadusel ka tegevusterapeut, liikumisterapeut, logopeed, psühholoog ja teised spetsialistid. Kogu hindamismeeskonna tegevust korraldab hindamismeeskonna koordinaator (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007). Reeglina teostatakse esmane vajaduste hinnang haiglas, aga ka päevase hooldusravi tasandil või isiku elukohas perearsti, raviarsti või sotsiaaltöötaja suunamisel.

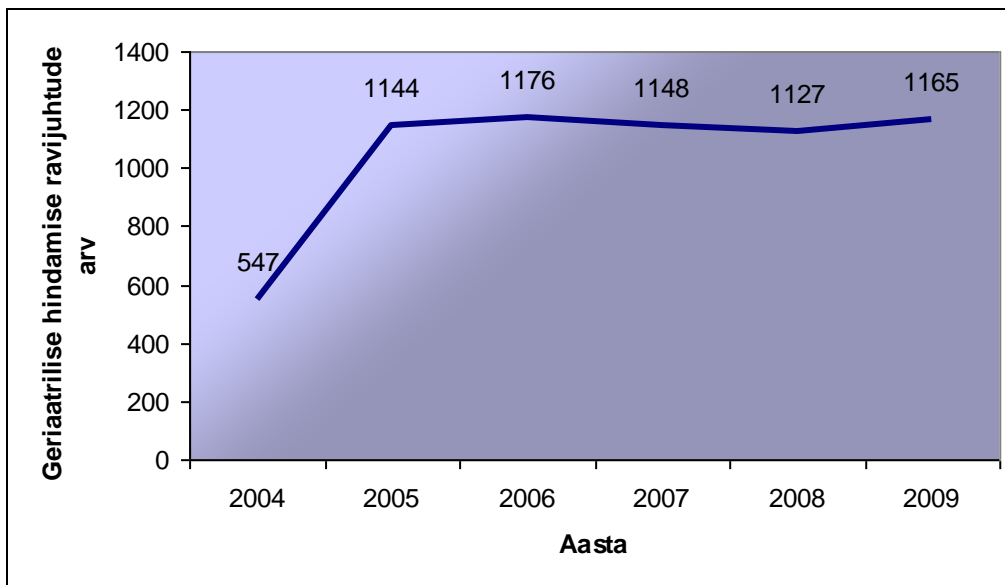
Iga spetsialist hindab probleeme, ressursse ja võimalikke takistavaid tegureid lähtuvalt oma erialast, misjärel analüüsitakse koos hindamismeeskonnaga inimese probleeme ja võimalikke sekkumise strateegiaid. Võimalusel kaasatakse otsuse tegemisse inimene ning tema pereliikmed ja hooldajad. Hoolduse planeerimisel arvestatakse kodukohas olemasolevaid võimalusi ja piirkonnas saadavaid teenuseid (Saks 2003).

Hindamise kokkuvõte, sisaldab inimese probleemide kirjeldusi nii arsti, õe kui sotsiaaltöötaja poolt – ühist kokkuvõtet kliendi peamistest probleemidest, olemasolevatest ressurssidest ja teadaolevate sekkumiste piirangute kirjeldustest, edasise tegevuse eesmärkidest, edasisi tegevusi (Saks 2003), planeeritud teenuseid, toetusi ning järgmise hindamise vajadust.

Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte edastatakse teenuse tellinud arstile, sotsiaaltöötajale või inimesele, samuti võtab geriaatriameeskond kontakti erinevate teenuste, toetuste pakkujatega. Teenust on õigus tellida nii arstil kui sotsiaaltöötajal. Interdistsiplinaarne geriaatriline meeskond leiab parima lahenduse võimalikest valikutest ja planeerib vajalikud teenused ning juhib ravi- ja hooldusprogrammi läbiviimist.

Geriaatrilise hindamise teenust Eestis on õigus osutada 2010. aasta seisuga Ida-Tallinna Keskhaiglal, Tartu Ülikooli Kliinikumil, Pärnu Haiglal, Lõuna-Eesti Haiglal, Järvamaa Haiglal, Põlva Haiglal, Valga Haiglal, Ida-Viru Keskhaiglal ja Viljandi Haiglal. Teenust osutab ka OÜ Medendi, mis ei ole Haigekassa lepingupartner.

Alates 2004. aastast on geriaatrilise hindamise ravijuhtude arv aastate lõikes olnud sama, erandiga, kus 2004. aastal oli juhtude arv väiksem (547) võrreldes hilisemate aastatega, mil on juhtude arv olnud 1144-1176 vahel (vt joonis 2).



Joonis 2. Geriatrilise hindamise ravijuhtude arv 2004-2009 (*Allikas:* Haigekassa).

2004. aasta geriatrilise hindamise auditist on ilmnenud, et valdavalt on meeskonnaliikmete arvates tagasiside geriatrilisele hindamisele positiivne – eriarstid on kogenud, et probleemsed haiged ei satu enam nii kiiresti uuesti haiglasse, perearstid on saanud väärtuslikku lisateavet oma haigete kohta, sotsiaaltöötajad sotsiaalosakondadest on saanud sotsiaalseid probleeme kiiremini lahendada (Geriatrilise hindamise audit 2004).

Geriatrilise seisundi hindamise tagasiside on olnud positiivne ka selles osas, et hindamise käigus tehakse sel juhul otsus, mis on dokumenteeritud, mis on põhjendatud ning selgitab lähedastele situatsiooni dokumenteeritud kujul ja meedikud saavad oma tegevusi geriatrilise hindamise otsusest lähtuvalt teostada ning tagada nii inimesele vajaduste kesksem abi (Tisler 2010). Õendushoolduse, koduõenduse, päevahoolduse, koduhoolduse (isikuabi – ADL-i osas ja koduabi IADL-i osas), hoolduskodu jt isikule sobivaid teenuseid saab määratleda standardiseeritud hindamisprotseduuri abil.

Negatiivne tagasiside on esinenud juhtudel, kui hindamisele suunaja ainsaks eesmärgiks on olnud haige kiire (24 tunni jooksul) edasiliikumine teise hoolduse/ravi etappi ja kui seda pole olnud võimalik saavutada kas kohtade puudusel või pole olnud võimalik hindamist nii kiiresti teha (Geriatrilise hindamise audit 2004).

Negatiivset tagasisidet on saadud ka kliendi pereliikmetelt, kui nemad on soovinud haige edasist ravi hooldusraviosakonnas, kuid meeskonna hinnangul on haige suunatud ambulatoorsele hooldusravile või hooldusele. On olnud ka olukordi, kui pahameelt on põhjustanud see, et edasise hoolduse korraldamisel pole suudetud täita geriatriameeskonna poolt ettekirjutatud meetmeid (Geriatrilise hindamise audit 2004).

Meeskonnaliikmete poolt on märgitud negatiivse tagasisidena seda, et andmete kogumine hindamisvahendi täitmiseks on vahel keeruline, kuna dokumentatsioonis on vajalikku teavet vähe fikseeritud, vaja on küsitleda personali, mis võtab palju aega, vaja on hankida lisateavet pereliikmetelt, sotsiaalosakondadest (Geriatrilise hindamise audit 2004), perearstidelt, muudest ametiasutustest st teave ei liigu inimese kohta KOV-st, sotsiaalkindlustusametist jne kaasa. Ühtse hindamispraktika puudumise tõttu on saadav teave kaootiline, kajastades inimese probleeme, vajadusi ühekülgsena, tuues kaasa ka vastutuse hajumise inimese edaspidise ravi ja hoolduse

korraldamisel, kuna mitte teades olulist informatsiooni, saab tugineda põhjendusele, et infot ei olnud ja siis ei eksisteeri ka vajadust sekkumise või probleemi lahendamise järele.

Meeskonnaliikmete käest saadud infost selgub ka, et raske on korraldada vajalikke lisauuringuid (hooldusravi baasil pole uuringud voodipäeva hinna sisse arvestatud) ning eriarstide konsultatsioone geriaatriliste hindamiste läbiviimisel. Osadel juhtudel pole võimalik anda adekvaatset hinnangut ilma, et oleks saanud haiget pikema aja jooksul jälgida. Seda soovitakse teha geriaatriaosakonna baasil, kus geriaatriameeskonna liikmed oleksid ise ka vahetuks ravihoolduse korraldajaks (Geriaatrilise hindamise audit 2004). Hetkel ei ole interRAI tarkvara, mis oluliselt lihtsustaks kogu hindamise protsessi läbiviimist, Eesti oludesse juurutatud.

Pahki (2006) uurimusest on ilmnenu, et MDS-HO andmebaas sisaldab põhiliselt meditsiiniga seotud valdkondi. Kliendi psühhosotsiaalsete vajaduste dokumenteerimiseks, samuti kliendi majanduslike ressursside, elamistingimuste ja teenuste osas puudub andmebaasis võimalus.

Geriaatriliste hindamiste läbiviimisel on probleemiks ka see, et Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud dokumendis Eesti Hooldusravivõrgu arengukavas 2004-2015 toodud strateegiliste eesmärkide ja indikaatorite kohaselt peaks aastaks 2010 olema geriaatrilise hindamise koolituse saanud meeskondade arv 12+n ja meeskondade poolt osutatava teenuse maht ehk hindamiste arv 17 600 juhtu aastas, kuid see ei ole realiseerunud.

Õiguskantsleri poolt läbiviidud kontrollkäik SA-sse Koeru Hooldekeskusesse kinnitab seda, et geriaatrilise hindamise teenus ei ole piisaval määral kättesaadav. Õiguskantsleri kontrollaktis kirjutatakse, et SA Koeru Hooldekeskuse psühhogeriaatria osakonnas teenust saavatel isikutel ei ole läbi viidud geriaatrilist hindamist. Geriaatrilise hindamise läbiviimise takistuseks on olnud teenusele ligipääsu puudumine. SA Koeru Hooldekeskuse juhataja sõnul on koostööpartneriks olev AS Järvamaa Haigla hindamisteenuse osutamise väikese mahu tõttu keskendunud vaid enda patsientide geriaatrilisele hindamisele ning ei ole soovinud muude isikute osas hindamist läbi viia (Kontrollkäik SA Koeru Hooldekeskusesse 2009). Eelnev viitab sellele, et kui hindamisi piisavalt läbi ei viida, ei ole võimalik planeerida ka isikustatud teenuseid.

Peamised osapooli puudutavad probleemid:

- hindamise läbiviimine ei taga hooldusvajaduse ja pikaajaliste tervisprobleemidega inimesele vajalikku ligipääsu teenustele, tehtud otsused ei ole kohustusliku iseloomuga erinevatele osapooltele;
- geriaatrilise hindamise teenusele ligipääsu puudumine;
- hindamise käigus pole võimalik teostada vajalikke lisauuringuid;
- andmete kogumine hindamisvahendi täitmiseks keeruline.

Probleemide põhjustena on välja toodud järgmisi aspekte:

- tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste liike on vähe ja mahud on piiratud, teenustele ligipääsu erinevused regiooniti;
- kõik regioonid ei ole geriaatrilise hindamise teenusega ühtlaselt kaetud ja ei järgita Eesti Hooldusravivõrgu arengukavas 2004-2015 toodud strateegilisi eesmärke ja indikaatoreid;
- puuduvad ühised riskisutuses olevad andmebaasid, infotehnoloogilised lahendused sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemis.

3.6.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Geriaatrilise hindamise meeskond on moodustatud eriala spetsialistidest ning iga spetsialist lähtub professiooni funktsioonidest. Arst kirjeldab diagnoose ja ravi. Õde märkab ja kaardistab probleeme ning määrab funktsionaalse võimekuse. Tervishoiu sotsiaaltöötaja roll on vajadusel ja võimalusel keskkonna hindamine, võrgustiku kaardistamine ning toimetuleku hindamine ning sõltuvalt piirkondlikust erinevusest tegeleb ka geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõttes ettenähtud abimeetmete kätte saamise, teenustele jõudmise korraldamisega (korraldab hooldekodusse, koduõendusteenusele mineku või abivahendite kättsaamise jm). Geriaatrilise hindamise meeskond kasutab valideeritud ja kontrollitud metoodikat inimeste igakülgsede vajaduste hindamisel.

Hindamise protsessi käigus kaardistatakse hooldusvajadus, terviseprobleemid, ressursid, piirangud, eesmärgistatakse edasised tegevused, planeeritakse sekkumist, antakse konkreetseid soovitusi (nt asendravi, liikumisharjutused, dieet jpm) ning viiakse võimalusel sekkumistegevused realselt ka ellu. Üldreeglina teevad meeskonnad otsuseid olemasolevate ja pakutavate teenuste näol, mistõttu ei saa väita, et tehtud otsused ei ole olemasolevate oludega kooskõlas, st meeskonna ülesanne on leida inimesele sobivaim lahendus koostöös pere ja teiste partneritega. Lisaks aitab hindamise läbiviimine kaasa statistika kogumisele, missuguseid teenuseid inimesed vajavad, mis teenused puuduvad jm.

Lisaväärtuseks on geriaatrilise hindamise meeskonnatöös see, et kõikide osapoolte oskused on omavahel põimunud. Erialast lähtudes ei oska spetsialist kõike inimeses märgata.

Geriaatrilise hindamise meeskondade funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal järgmised probleemid.

- Meeskonna poolt tehtav otsus ei ole kohustuslik teistele partneritele, kohustuslikkuse määratlemine on keeruline.
- Geriaatrilise hindamise meeskond ei saa tagasisidet oma soovitude elluviimise kohta.
- Puudub infotehnoloogiline lahendus, mis lihtsustaks oluliselt tööprotsessi ja sellele kuluvat aega.
- Meeskonna liikmed leiavad, et info sisestamine ja tulemus peaks ajaliselt olema tasakaalus.
- Probleemiks on tööjõupuudus, kuna koolitatud asendusliikmed paljudes meeskondades puuduvad.
- Kohati ei suuda geriaatrilise hindamise teenuse tellijad mõista, et abivajaduse määramine ei ole kiire ja erakorraline töö, kuigi seda meeskonnalt eeldatakse, st ühe päevaga on keeruline määratleda inimese ravi- ja hooldusvajadust.
- Eriliste vajadustega inimeste puhul lähenetakse nende küsimustele individuaalsete kokkulepete alusel asutuste vahel, süsteemsed (riiklikud regulatsioonid) kokkulepped eriliste juhtumite lahendamiseks puuduvad.

3.6.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Asutusesiseselt tehakse koostööd eelkõige meeskonnana inimese ja tema lähedastega ning haigla erinevate osakondade, haigla sotsiaaltöötajate, eriarstide (sageli psühhiaater), õdede, hooldajate, logopeedi, psühholoogide ja füsioterapeutidega. Asutusevälisteks partneriteks on perearst, KOV

sotsiaaltöötaja, koduõde-juhtumikorraldaja, koduhooldustöötaja, teised haiglad, hoolekandeteenuseid osutavad asutused, kodanikualgatuslikud organisatsioonid jm.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Geriaatrilise meeskonna liikmed vajavad juhtumikorraldajat, kes tegeleb peale meeskonna antud soovitude andmist inimesega edasi, st tagaks teenuste ja abi osutamise järjepidevuse inimese haiglast lahkumise või geriaatrilise hindamise teenuse osutamise lõppemise järgselt. KOV-le ja perearstidele juhtumi üleandmisel on saadud mitmeid kogemusi, kus esmatasandil ei ole inimesega edasi tegeletud, neid nõustatud, informeeritud, teostatud vajalikke kodukülastusi.
- Teenuseid osutatakse piiratud mahus või puuduvad teenuste liigid, nt igapäevatöös tuntakse puudust päevasest öendushooldusteenustest või isikuabiteenustest, mistõttu esinevad soovitude osas piirangud.

3.6.3. Infovajadus

Haiglast suunamise korral on inimese kohta enam informatsiooni, kui esmatasandilt suunamisel. Geriaatrilise hindamise lõppotsuse tegemiseks on vaja mitmekülgset infot, nii meditsiinilise, sotsiaalse, psühholoogilise jm tausta kohta. Kõige raskem on ligi pääseda sotsiaalset toimetulekut ja tugivõrgustikku kajastavale infole.

Info kogumisel ilmnisid intervjuudest saadud andmete põhjal alljärgnevad probleemid.

- Puudub ligipääs varasemale infole, mida omavad perearstid inimese kohta.
- Puudub ligipääs infole, mida omavad KOV sotsiaaltöötajad ja teised inimesega kokkupuutunud ametkonnad, antud info kätte saamine on keeruline, nõudes olulisel määral ajalist ressursi.
- Puudub varasem info inimese funktsionaalsete oskuste ja abivajaduse kohta.
- Puudub varasem info inimese vaimse seisundi/kognitiivse võimekuse kohta, mis toob kaasa valeotsuste rakendamisega kaasnevad ohud.
- Puuduvad kokkulepped ja regulatsioonid geriaatrilise hindamise meeskonnale ligipääsu loomiseks inimest puudutavale eelnevalt kogutud andmekogudesse.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida geriaatrilise hindamise meeskond vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- kodakondsus, elamisload, isikut tõendava dokumendi kehtivuse aeg;
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);

- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- makstud toetused;
- kellele kuulub eluase;
- kinnisvara (pärija);
- perearst, eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- tervise seisund, diagnoosid, sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invataks, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abivahendite tõendi väljastamise aeg;
- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;
- teenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmete riskitasutus.

3.6.4. Ettepanekud

1. Kutsuda kokku töörühm, mis tegeleb integreeritud järjepideva teenuste süsteemi loomisega.
2. Maakondliku või regioonipõhise juhtumikorraldaja¹³ ametikoha loomine, kes koordineerib teenustele suunamist, juhib järeelhindamist. Juhtumikorraldaja peab olema sõltumatu spetsialist, et tagada inimese sujuvam liikumine teenuste ja erinevate sektorite vahel.
3. Üleriigilise infotehnoloogilise lahenduse kasutusele võtmine, et lihtsustada geriaatrilise hindamise läbiviimise protsessi, st ei toimu enam mitmekordset tööd andmesisestusel, programm selekteerib andmesisestuse tulemusena inimese põhiprobleemid ja määratleb abivajaduse ulatuse.
4. Teiste ametkondadega kokkulepete sõlmimine ja andmetele ligipääsuõiguste loomine geriaatrilise hindamise meeskonnale, st vajalikud on riikliku tasemega regulatsioonid, nt kui geriaatrilise hindamise meeskond küsib KOV-lt või sotsiaalkindlustusametilt andmeid, siis on KOV-l õigus ka neid anda.
5. Andmete riskasutuse võimaldamine, nt automaatselt lähevad geriaatrilise hindamise kokkuvõtted perearstile, KOV sotsiaaltöötajale jt koostööpartneritele.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Kasutada geriaatrilise hindamise tulemusi, soovitusi ja teenuse osutamise vajaduse põhjendusi hoolekande ja tervishoiuteenuste korraldamisel, st sõlmida sihtrühmaga tegelevate osapoolte vahel vastavasisuline kokkulepe.
2. Kasutada geriaatriliste MDS hindamiste tulemusi teenuse mahtude planeerimisel.

3.7. Hooldusravi- ehk hooldushaigla

Eestis alustati statsionaarse õendushooldusteenuse osutamist alates 2001. aastast. Teenuse nimetus on Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu määruses statsionaarne hooldusravi. Statsionaarsele hooldusravile suunab inimest ja väljastab saatekirja perearst kodust või eriarst statsionaarist peale aktiivravi lõppu. Inimese õendushooldusosakonnast lahkumisel antakse patsiendile kaasa õendusepikriis. Statsionaarse õendushoolduse osutamine funktsioneerib tervishoiu ja sotsiaalhoolekande piirimal.

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 õendushooldust vajavatele haigetele.

Põhilise osa hooldusravi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks, kes ei vaja enam/veel aktiivravi või kelle paranemine vajab

¹³ Juhtumikorraldaja ülesannete sobivust kehtivasse MV ülesannete struktuuri pole käesoleva uuringu raames analüüsitud.

pikemaajalist õendusabi. Paljud eakad vajavad hooldusravil viibimise ajal lisaks tervishoiuteenustele ka hoolekandeteenuseid, mistõttu on vaja abi osutada integreeritult (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007).

Õendushoolduse ehk hooldusraviteenuse 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 on sihipärane, eesmärgile suunatud tegevus, mille aluseks on õendushooldusplaani (Õendushoolduse osutamise nõuded 2007).

Et arendada/luua patsiendikeskset vajadustest lähtuvat hooldusplaani püütakse kujundada personali, patsiendi ja hooldaja/omaste suhet nii, et erinevad osapooled on täielikult seotud kui partnerid kõigis õendushoolduses viibimise ja haiglast väljakirjutamise planeerimise etappides.

Hooldusravivõrgu arengukavast lähtudes on õendushoolduse (arengukavas kasutusel hooldusravi termin) vajadusega patsientidele osutatava tervishoiuteenuse sisuks:

- 1) patsiendi vajaduste hindamine: tervislik seisund, funktsionaalne võimekus, sotsiaalsed aspektid, 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.

Kvaliteetse statsionaarse õendushooldusteenuse osutamisel kuuluvad meeskonda üldõed, arst-konsultant, hooldusõed, hooldajad, abipersonal. Õenduse ja hoolduse integratsiooni ning inimese funktsionaalse maksimaalse võimekuse saavutamiseks töötavad meeskondades lisaks tugipersonalina nii tervishoiusotsiaaltöötaja, hingehoidja, tegevusterapeut kui ka füsioteraapeut.

Statsionaarse õendushoolduse voodipäeva piirhind on 673 krooni, millest tuleb inimesel ise tasuda 15% ja haigekassal 85% (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu 2010). Patsiendi poolt tasutav osa on sellest 95 krooni ühe voodipäeva kohta, seega 2850 krooni kuus. Haigekassa maksab ühe hooldusravi päeva eest raviasutusele ligikaudu 538 krooni, kuus seega 16 140 krooni. Ka hooldusravis kehtib sarnaselt eriarstabile voodipäevatasu, mis on 25 krooni päevas ning mida tohib võtta esimese kümne ravil oldud päeva eest ehk maksimaalselt 250 krooni ühe haiglasoleku korra kohta. Statsionaarset õendushooldusteenust finantseerib Eesti Haigekassa, sõlmides tervishoiuteenuseosutajatega ravi rahastamise lepingu (Eesti ravikindlustusseadus 2010).

Statsionaarset õendushooldusteenust osutatakse ravikindlustust omavatele isikutele. Inimesel on õigus viibida õendushooldusteenusel maksimaalselt 60 päeva, kuid iga tervishoiuteenuseosutajaga sõlmitud ravi rahastamise lepingus on lisaks fikseeritud keskmine õendushooldusteenusel viibimise võimalik pikkus. Väga rasketele haigetele on õigus taotleda veel 60 päeva pikendust.

Õendushooldusteenusel viibimise voodipäevade maksimumpikkus on reguleeritud määruses Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu.

Lähtudes inimese ja tema pere vajadustest on õendushooldusteenuse osutamisel hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel oluline avatud ja aktiivne suhtlemine arstide, õdede, sotsiaaltöötajate, tegevusterapeutide, füsioterapeutide, perekonna ja patsiendi vahel; diagnoosi/prognoosi/tervisliku seisundi/haiguse kohta ammendava info saamine (sealhulgas tegevusvõime, kõrvalabi, juhendamise, järelevalve vajaduse kohta); kursisolek sellega, milliseid ravivõimalusi kasutatakse, kes spetsialistidest saavad veel inimese paranemisele kaasa aidata; haigusloo väljavõtete, juhendite/infomaterjalide omamine ravimite tarbimise, spetsiaalsete harjutuste, toitumise, taastusravi võimaluste jm kohta; hooldusravijärgselt vajalike teenuste olemasolu/kättesaadavus, nendeni suunamine; emotsionaalse, psühholoogilise toe tunnetamine nõustamise kaudu; kodu ettevalmistamine/kohandamine erivajadustega; transpordi tagamine haiglast lahkumisel; hoolduse korraldamine ning hooldajate/pereliikmete ja patsiendi soovide/tahte arvestamine hooldusküsimuste lahendamisel. Väga olulisel kohal on ka vajadusena lootuse säilitamise toetamine toimetuleku saavutamise osas, kui ka inimese ja pere tugevuste arvestamine edaspidise hoolduse korraldamise protsessis.

Ühe olulisema probleemina tuleb välja tuua seda, et õendushooldusteenusele ligipääs on piiratud ravijärjekordade tõttu, kuigi järjekordade pikkus on vähenenud alates 1.01.2010 seoses omaosaluse kehtestamisega 95 krooni ühe voodipäeva kohta (2850 krooni kuus). Omaosaluse kehtestamise tulemusena on probleemiks kujunenud see, et need lähedased, kel puuduvad rahalised võimalused ei saa oma eakat õendushooldusasutusse viia või eakad, kelle pered on harjunud kasutama eaka sissetulekut enda kulude katmiseks, ei saa õendushooldusel oma ravi aktiivravi järgselt jätkata või kodust suunamisel alustada, kui nad seda vajavad (Tisler 2010).

Õendushooldusteenuse osutamine ei ole ka pikemaajaliselt (vastavalt näidustusele aasta või kaks) võimalik nagu on planeeritud Eesti Hooldusravivõrgu arengukavas 2015, vaid patsiendid saavad viibida õendushooldusasutused piiratud aja, maksimaalselt 60 päeva. Vaatamata sellele, et neil võib säilida statsionaarse õendushoolduse vajadus ka edaspidi, peavad nad õendushooldus osakonnast lahkuma vastavalt seal kindlaks määratud väljakirjutamise kuupäeval. See toob kaasa probleemina tendentsi, et patsiendid liiguvad ühest õendushooldusosakonnast teise, st ringlevad erinevate õendushooldusteenust pakkuvate asutuste vahel või käivad korduvalt ühes ja samas asutuses, olles vahel kodus, kus neid põetavad ja hooldavad pereliikmed (Peterson, interRAI Konverents 2010).

Kuigi allpool kirjutatu tugineb suures mahus mujal maailmas teostatud uuringutele, saab siinkohal tõmmata paralleele ka Eesti oludega.

Ravimeeskonnad puutuvad õendushooldusteenuse osutamisel kokku alljärgnevate probleemidega:

- 1) patsiendi soovid ei haaku ravimeeskonna poolt pakutavate raviotsustustega. Patsiendil ja tema lähedastel on hoolduse korraldamisel kõige suurem sõnaõigus. Perekonna ja patsiendi poolt tehtud ebapädev otsus ei soosi tervenemist, tulemuseks on tagasilöögid paranemisel ja korduvhospitaliseerimised;
- 2) voodipäevade lühenemine on teinud raskeks adekvaatse info kättesaamise patsiendi sotsiaalse keskkonna kohta, puuduvad võimalused patsiendi põhjalikuks tundma õppimiseks. Ammendav info on aga kaalukas tegur patsiendi hoolduse korraldamisel. Info puudujäägid võivad põhjustada eksimusi otsuste vastuvõtmisel (Department of Health of the United Kingdom 2003; Procter *et al* 2001; McKenna *et al* 2000; Cannaby *et al* 2003; Rentsch *et al* 2003).

Kuna antud projekti raames soovitakse analüüsida seda, kuidas info liigub ja kas tulevikus on vajalik andmete riskasutus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega

tegelemisel, siis on oluline viidata ka sellele, millised on õendushooldusosakonnas infoliikumise takistused.

Cannaby jt (2003), Krikmann jt (2003), Bull ja Roberts (2001), Department of Health of the United Kingdom (2003) peavad adekvaatse infoliikumise ja kommunikatsiooni takistusteks:

- 1) keelebarjääri;
- 2) infokanalite vähesust;
- 3) edastatava teabe halba kvaliteeti (näiteks informatsiooni erinevus);
- 4) kommunikatsiooni vale ajastamist;
- 5) kontaktide ja info liikumise vähesust teenuse osutajate ja tarbijate, kogukonna vahel;
- 6) teabejõu alaväärtustamist;
- 7) informatsioonile juurdepääsu puudumist.

Informatsioonile ligipääsu puudumine on ka üks valdavamaid probleeme ravi ja hooldusküsimuste lahendamisel Eestis õendushooldusteenuse osutamisel, kuna andmekaitse nõude tõttu ei toimu andmete riskasutust erinevate ametkondade vahel.

Infobarjäärid põhjustavad ravimeeskonna sees töö koordineerimise probleeme, vastutuse hajumist, töö dubleerimist, teenuse kvaliteedi langemist, valede otsuste kujunemist, pinnapealset sekkumist. Suhtlemisel kogukonnaga võib info liikumise takistuste olemasolu tuua kaasa raviprotsessi järjepidevuse puudumise, teadmatuse, klientide tegelike vajaduste eiramise, erinevate eesmärkide kujunemise ravi ja rehabilitatsiooni osutamisel ning võrgustikutöö ebauhtluse (Tisler 2004). Võib juhtuda, et andmestik, mille põhjal kriitilisi otsuseid tehakse pole piisav ja otsustamisel ei toetuta tõenduspõhiste faktidele. Käesoleval ajal esineb probleeme, et inimese suunamisel õendushooldusteenusele on saatekirjad puudulikud, kuna juba eelneval suunajal ei pruugi olla ammendavat infot inimese kohta. Näiteks pere- või eriarstil puudub informatsioon inimese sotsiaalse tugivõrgustiku, sotsiaalmajandusliku toimetuleku ja edaspidise hoolduse korraldamise võimaluste kohta ning ta ei saa seetõttu vajaliku infoga saatekirja patsiendi suunamisel kirjutada.

Hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste liikumisel õendushooldusosakonnast kodusse keskkonda esitatakse tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi sees eaka lähedastele ka ebareaalseid kohustusi, mis seisneb patsiendi, perekonna omavastutusele rõhumises edaspidise hoolduse korraldamisel. Süsteemi reeglistamise käigus ei ole mõeldud, kas hoolduse korraldamise eest vastutav lähedane on selleks võimeline ja suudab lisakohustusi kanda. Sageli ei ole lähedased suutelised lühikese ajaga kriisis seisundis kohanema ja omaks võtma teadmist, et eakas on jäänud voodikeskseks ja ei saa enam iseseisvalt hakkama ning vajab õendushooldusteenuse lõppemise järgselt 24 tundi kõrvalabi. Osadel lähedastel puuduvad ka materiaalsed ressursid või teadmised ning oskused või ka tahe, et vajalikku hooldust oma haigele pereliikmele pakkuda (Tisler 2010). Kohati esineb ka seda, et õendushooldusteenuse lõppemise järgselt puuduvad hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimestele sobilikud teenused ja nad satuvad uuesti õendushooldusteenusele muude, mitte õendushooldusprobleemi tõttu.

3.7.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Hooldusravihaigla funktsioonideks on patsiendi funktsionaalse staatuse, õendusabi- hooldusabivajaduse hindamine, seisundi jälgimine, ravi jätkamine ning vajadusel ravi

korrigeerimine. Osades hooldusravihaiglates on sekkumistegevusteks ka inimeste aktiveerimine ja nende psühhosotsiaalsete, vaimsete küsimustega tegelemine, kuigi hooldusravihaigla voodipäeva hinnakalkulatsioon ei ole personali hulgas ette nähtud ei füsioterapeuti, tegevusjuhendajat, sotsiaaltöötajat või hingehoidjat, st see on haiglaalgatuslik initsiatiiv muude vahendite arvelt. On koostatud teenuse osutamise juhend, kus on kirjas soovitud eelpool mainitud spetsialistide kaasamiseks.

Hooldusravihaigla funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Hooldusravihaiglate valdkonnad on suutlikkuse tasemel määratlemata – kes, mida ja missugust teenust suudab osutada (kõrgetasemelise õendushooldusabi vajadusi kattev teenus või madalatasemelise õendushooldusabi vajadus, dementsusega isikutele osutatav teenus jm). Integreeritud asutustes, kus on olemas mõlemad teenused, osutavad hooldushaigla ja hooldekodu sama teenust, kuid teenuse nimetus on erinev. Olukorra kujunemise põhjusteks on see, et asutustel on vajadus täita kohti ning inimesed satuvad seetõttu valele teenusele või see, et pikaajalise õendushooldusabi osutamine on hetkel katmata ressursside ja regulatsioonidega (keskmine hooldushaiglas viibimise aeg 18-23 päeva).
- Hooldusravihaiglasse suunamine on intuiitivne otsus, suunamine ei kasva välja seisundi objektiivselt hindamisest ega hooldusplaanist ja inimene võib nii sattuda valele teenusele.
- Erakorraliste olukordade lahendamiseks puudub reglement, kuigi sotsiaaltöötaja/perearst peavad osutama erakorralist abi, mis ei tähenda alati aktiivravisse saatmist, vaid ka hooldushaiglasse suunamist. Erakorraliste juhtude lahendamine jääb sageli hooldushaigla ülesandeks.
- Teenusel viibimise aeg on piiratud haigekassa poolsete ettekirjutustega sõltumata patsiendi põhjendatud (objektiivselt hinnatud) vajadustest, kuna kolme nädala jooksul ei kao paljudel juhtudel õendushooldusabi vajadus. Inimene peab kordamööda viibima kas erinevates asutustes õendushooldusteenusel või saab sama asutuse siseselt kirjutatud statsionaarsele hooldusabi teenusele ning seejärel jälle õendushooldusteenusele. Antud tegevus ei anna ka õiget statistilist ülevaadet teenuste vajaduse kohta. Tulevikus, kui objektiivse hindamise tulemusena on selekteeritud inimese hooldus ja õendusabi vajadused ning kulutused teenuse osutamisele, peaks jõudma õendushooldusabiteenuse osutamise tasemele, mil inimene ei peaks enam liikuma erinevate õendusabiteenust osutavate asutuste või hooldusabiteenuse ja õendusabiteenuse vahel, st statsionaarse õendusabiteenuse osutamine peab olema käepärane kogu perioodi vältel, mil inimene seda vajab.
- Hooldusravihaigla teenused peaksid olema paindlikumad, st kui inimene soovib vahel kodus käia, siis ta saab sinna vajadusel kohe tagasi, st ei pea uuesti seisundi halvenemisel järjekorras olema.
- Hindade diferentseerimisega ei tegeleta regulatsioonide tasemel, st kõigi teenusel viibivate inimeste eest tasutakse ühte hinda, kuigi teenuse osutamise kulud on erinevate vajadustega inimeste puhul erinevad.
- Väiksemates asutustes esineb õdede puudus ja ka muud personali on vähe, inimressursi vähesuse ja palgafondi piiratuse tõttu.
- Valdkonda pole piisavalt arendatud, valdkonna reguleerimise ja arendustegevuste osas puudub poliitiliste otsuste tegemise tahe.

- Lähedased on väga raskes olukorras, kuna neil ei ole vahendeid inimese viimiseks hoolekandeteenusele, selletõttu langeb suurem finantskoormus õendushooldusteenuse osutamisele.
- Inimesed jõuavad hooldusravihaiglasse äärmises abivajaduses, st viimase võimaluseni hooldatakse inimest oma kodus, lähedased ei julge või ei tea, kust abi küsida või saada.
- Koduhooldusteenuse valdkond vajab arendamist, kuna haiglast lahkumise järgselt on osad patsiendid peagi raskemas seisundis haiglas tagasi.
- Vajatakse kokkulepet, mis on väärikas vananemine. Eaka hoolduse kvaliteet ei tohi sõltuda KOV-i rahakotist.
- Praegusel hetkel unustatakse hindamise käigus mõned küsimused esitamata või ei osata küsimusi formuleerida, kuna konkreetset hindamisvahendit pole. InterRAI-d kasutatakse käsiraamatuna, kui geriaatrilist hindamist otseselt selle alusel läbi ei viida.
- Nendes hooldusravihaiglates, kus ei ole sotsiaaltöötajat, tegelevad juhtumikorralduslike küsimustega enamasti kas arstid või õendusjuhid, st spetsialistide rakendus ei ole ratsionaalne.
- Puudub ühtne üle-Eestiline õendusdokumentatsioon.
- Osades haiglates on eesmärgiks kasumi teenimine, mitte kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamine.
- 2010. aasta algusest alates langetab paljudel juhtudel otsuseid hooldusravihaiglasse saamiseks ja seal viibimise pikkuse osas patsiendi ja tema lähedaste majanduslik seisund.

3.7.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Igapäevast koostööd tehakse haigla siseselt meeskonna liikmetega (lähedased, õde, arst, hooldaja, haigla sotsiaaltöötaja, hingehoidja, füsioterapeut, tegevusõde jm) ja haiglaväliselt teiste haiglate, eriarstide, haigekassa, perearstide, koduõdede, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate, hooldekodude, pansionaatide, MTÜ-de, abi- ja hooldusvahendeid pakkuvate firmadega. Koostöö on reguleeritud erinevatel alustel, kas suuliste või kirjalike kokkulepete või üksikjuhtumite tasemel, olles sõltuvuses piirkonnas väljakujunenud korralduse traditsioonidest. Koostööprotsessis püütakse üles leida võrgustiku lüli, mida patsient hetkel vajab, alguses alustatakse peredega suhtlemist ning vajadusel hakatakse suhtlema ametkondadega. Koostööprobleemid kujunevad siis, kui info ei levi adekvaatselt või levib moonutatult, kui mõni võrgustiku lüli ei ole oma ülesandeid korrektselt teostanud. Koostöö seisneb probleemipõhises suhtlemises.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Perearstid ei ole kursis ka erinevate abi osutamise võimalustega, mistõttu satub inimene sageli muu probleemiga õendushooldusteenusele.
- Patsiendi omaste poolne surve on suur, sest nad väidlustavad raviotsuseid (ja soovivad, et hooldusravihaiglates teostataks uuringuid, ordineeritakse keerulisi raviprotseduure, et haige suunatakse ilma näidustuseeta kõrgema etapi raviasutustesse (nt aktiivravile või taastusravile). Hindamisest saadud objektiivsete otsuste korral oleks haigla personalil olemas juriidiline dokument ühe või teise otsuse või näidustuse selgitamiseks ja põhjendamiseks.

- Oluline aeg kulub tegelemisele inimestega, kelle suhtes on ilmnenud mõni väärkohtlemise vorm. Enamlevinud olukorrad on need, mil sugulased või muud võrgustikku kuuluvad inimesed on huvitatud patsiendi pensionist, kinnis- või muust varast ja kasutavad neid eaka inimese materiaalseid vahendeid iseenda otstarbeks.
- Lähedastele langeb põhiroll edasise elukorralduse tagamisel, ent nende oskused ja teadmised on hoolduse korraldamise ja tervise osas vähesed, mistõttu on nende suutlikkus edasiste küsimuste lahendamisel ka madal.
- Koostöö on juhuslik ja sõltub kontaktidest. Näiteks 1-3 aastat töötanud spetsialistid ei räägi väga hästi toimivast koostööst. Koostöö riiklik regulatsioon on puudulik, st lahti on kirjutamata erinevate sektorite (tervishoid ja hoolekanne) integratsiooni põhimõtetest tulenevad põhjendused ja õigustatud ootused, mis hetkel, millist abi ja mis ulatuses antud sihtrühma kuuluv inimene peab saama.
- Hooldushaigla töötajad väidavad, et KOV koormus on suur. KOV-d tegelevad vaid üksi elavate eakatega ja on pidevalt finantsraskustes, kuigi alati ei küsita nende käest raha, vaid juhtumi lahendamist.
- Teenuse osutamise järjepidevus ning teenuste järgnevus ja kompleksne osutamise süsteem puudub. Ühe etapi lõppemisel tekib küsimus, kuhu inimene edasi läheb? Puuduvad juhtumikorraldajad, kes jälgivad teenuselt-teenusele liikumise järjepidevust. Vastutus teenuse osutamise lõpetamisega lõpeb. Tagasiside järgmise teenuse osutajalt puudub.
- Koostöö probleemid ilmnevad asutusesiseselt siis, kui haiglas töötavad protseduurikesksed öed, kes muude inimeste küsimuste lahendamiseks ei tegele või siis kui jäetakse märkimata, fikseerimata muutused inimese seisundis ning edastatakse seetõttu valeinfot.
- Hooldushaiglaid süüdistatakse selles, et nad hoiavad inimesi kaua haiglas kinni, kui omaosalust tasub KOV, kuna KOV on usaldusväärne partner, tasudes alati arved.

3.7.3. Infovajadus

Pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste tegelik seisund selgub alles hooldushaiglas, kuigi regulatsioonid sätestavad, et teenusele peavad jõudma uuritud, hinnatud seisundi ning vajadustega haiged. Hooldushaiglad on seisukohal, et teatud tasemel peavad hooldusvajadus ja hooldusplaan olema määratletud esmase hindamise käigus juba esmatasandil ning kogukonnas olev info inimesega kaasa liikuma järgmisele teenusele edasi liikumisel.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal mitmed olulised probleemid.

- Hooldusravihaiglasse suunatud patsiendid peavad olema uuritud, nende ravi ja diagnoosid kirjeldatud. Käesoleval ajal perearstide poolt suunatud patsientide saatekirjad ei ole enamasti põhjalikud ja ei anna head ülevaadet inimesele määratud diagnoosidest (kõige enam puuduvad andmed inimese kognitiivsete probleemide kohta), raviskeemist (vahel puudub info ka ravidoooside kohta), anamneesist (varasemad haigestumised, dünaamika), sotsiaalsest tugivõrgustikust (lapsed, lähedased, abilised, osutatavad teenused jm), ka uuringud on osaliselt teostamata. Kohati jõuab saatekiri haiglasse hiljem kui inimene, kuid raskes seisundis inimest ei saa haiglasse võtmata jätta.
- Praegu esineb info kogumisel ja vajaduste hindamisel erinevate erialade poolt palju dubleerimist, mis on nii inim-(tööaeg) kui ka materiaalse ressursi (telefonisuhtlus jm) kulutamine.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida hooldusravihaigla spetsialistid vajavad oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- perearst, eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- tervises seisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid - nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abivahendite tõendi väljastamine;
- abistajad - kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;

- teenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmete riskikasutus.

3.7.4. Ettepanekud

1. Objektivse, mitmekülgse ja hooldusvajadust määratleva hindamisvahendi kasutuselevõtmine erinevates sektorites, kus selguvad vajaduste skoorid, mis on seostatavad erinevate teenuste tasanditega. Hindamine on vajalik, kuna see diferentseerib ning selekteerib õendus- ja hooldusvajadust. Kui ei pea pidevalt kogu inimest puudutavat infot üle uurima, tekib aega ja ka ressursse juurde. Ühine mõõdik maandab pingeid.
2. Teenusel viibimise aeg peab olema põhjendatud patsiendi objektiivselt hinnatud vajadustega. Vajaduste hindamisel peab kasutama teaduslikult tõestatud meetodit. Kui objektiivse meetodiga tehtud hinnangu järgi patsiendi abivajaduse tase ei näita hooldusravivajadust, siis kehtib kohustus suunata ja võimalus liikuda inimesel sobivemale teenusele (näiteks aktiivravi, koduhooldus, koduõendus, asutushooldus).
3. Ühtsete üle-Eestiliste õendusdokumentatsiooni vormide väljatöötamine. Eestvedajatenähaakse Sotsiaalministeeriumi, EGGA-t, HOÜ-d ja EÕL-i.
4. Kehtestada nõue arutada hooldushaigla meeskonna, patsiendi ja lähedaste omavahelises koostöös edaspidise ravi- ja hooldusküsimuste lahendusi.
5. Esmatasandi hindamise läbiviimise regulatsioonide (mis juhtudel hinnatakse jm) väljatöötamine ja ühtse üle-Eestilise objektiivse hindamisvahendi kasutusele võtmine.
6. Ühtse koostööpartnerite vahel kooskõlastatud inimese seisundit ja vajadusi kajastava hooldushaiglas suunamise saatekirja vormi väljatöötamine ja kohustuslik kasutusele võtmine üleriigiliselt, initsiatiivi eestvedajatenähaakse Sotsiaalministeeriumi ja HOÜ-d.
7. Maakondliku või regioonipõhise juhtumikorraldaja ametikoha loomine¹⁴, kes koordineerib teenustele suunamist, juhib järeelhindamist. Juhtumikorraldaja peab olema sõltumatu spetsialist, et tagada inimese sujuvam liikumine teenuste ja erinevate sektorite vahel.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Kutsuda kokku töörühm, kes tegeleb integreeritud järjepideva teenuste süsteemi loomisega ja vaatab üle sihtrühma puudutavad õigusaktid KOV ja riigi kohustuste osas.
2. Kindlustada, et järelevalve komplekssete vajadustega klientidele teenuste osutamise üle ei oleks valdkonna-, vaid probleemipõhine.
3. Hooldusravihaiglas viibimise omaosaluse küsimuse lahendamine koostöös ministeeriumi, haigekassa, valitsuse, sihtrühma esindajate jm osapooltega, hetkel kehtiv omaosalus piirab osade inimeste õigust saada õendushooldusteenust haiglas.

¹⁴ Juhtumikorraldaja ülesannete sobivust kehtivasse MV ülesannete struktuuri pole käesoleva uuringu raames analüüsitud.

3.8. Koduhooldusteenus

3.8.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Koduhooldusteenuse korraldamisel osalevad nii koduhooldustöötajad kui koduhooldustöö koordineerijad. Koduhooldustöötaja töö sisuks on koduabi osutamine ehk toiduainete, ravimite toomine ning eaka abistamine pesu pesemisel, koristamisel, erinevatel asjaajamistel, puude tuppä toomisel. Igapäevatöö sisuks on veel eakaga vestlemine, tema nõustamine. Koduhooldustöötajad ei osuta enamasti isikuabi, st ei abista inimest igapäevaelutoimingute sooritamisel (ei abista pesemisel, mähkmete vahetamisel jm). Koduhooldustöö koordinaator määratleb abivajaduse ja mahu ning hindab abivajadust vastavalt olukorrale, tegeleb ka koduhooldustöötajate nõustamisega ja on puhver koduhooldustöötaja ja inimese vahel. Abistamiskohustusi jagatakse vajadusel eaka lähedastega. Olenevalt piirkonnast kasutatakse kas väga põhjalikke toimetulekut hindavaid instrumente või puuduvad instrumendid üldse.

Koduhooldusteenuse funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal alljärgnevad probleemid.

- Koduhooldustöötajatel puudub reeglina vastav koolitus. Inimese vajadusi võivad hinnata koolituseta töötajad. Hindamine on ebapädev ning vajaliku tulemuseta.
- Vajaduste hindamisel puudub ühtne üle-Eestiline hindamisvahend.
- Koduhooldustöötajad tegelevad sageli inimestele transporditeenuse korraldamisega, st olukordi kui inimene peab minema haiglasse või erakorralise meditsiini osakonda. Koduhooldustöötaja ülesanne on lahendada transpordiküsimusi olukorras, kus neil tegelikult reaalsed vahendid ja võimalused olukorra lahendamiseks puuduvad.
- Koduhooldustöötaja, kui inimesele lähedal seisev isik, võtab vastutuse ka tervisega seonduvate küsimuste lahendamise eest, nt käib retseptide järele, viib eriarsti juurde, registreerib inimese raviteenuse järjekorda jm.
- Telefoni kasutamise võimaluse puudumine operatiivselt, st ei nähta vajadust, et koduhooldustöötaja saab kasutada mobiiltelefoni tööasjade ajamisel, nt vajalik juhtudel, kui inimese tervislik seisund on halvenenud ja inimesel endal telefon puudub jpm situatsioone.
- Hooldustöötajate õigused ja kaitse on reguleerimata, puudub esindusorganisatsioon.

3.8.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Igapäevases töös koduhooldustöötajad koostööd teiste spetsialistidega väga suures mahus ei tee, koostöö korraldajateks on enamasti koduhooldustöö koordineerijad. Olenevalt piirkonnas kehtivast organisatsioonikultuurist on tihedamad kontaktid KOV sotsiaaltöötaja, haigla sotsiaaltöötaja, koduõdede või perearstidega. Koostöö sõltub ka alluvussuhtest, st kui koduhooldustöötajad moodustavad eraldi struktuuriüksuse, siis on nad ka iseseisvamad.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Ühise andmebaasi puudumise tõttu ei ole võimalik kontrollida hooldaja olemasolu ning inimene võib saada samaaegselt kahte teenust, st koduhooldusteenust ning tal võib samal ajal olla määratud ka isiklik hooldaja.

- Koduhooldustöötajal lasub suur vastutus teenuste järgnevuse eest hoolitsemisel – kuna koduhooldaja on inimesele kõige lähemal, siis ta ei jäta üldjuhul vastutust võtmata. Teenuste osutamise sujuvus ja korraldamine nt haigla-hooldusravihaigla-koduhooldekodu peaks olema sujuvam ning koduhooldustöötaja ei peaks olema üksi juhtumikorraldaja antud süsteemis.
- Perearstid ei tee kodukülastusi, kui hooldustöötajad näevad vajadust selle järele ja võtavad nendega ühendust.
- Vähe on teadmisi partnerite funktsioonidest, nende võimalustest tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste pakkumisel.
- Koduhooldusteenuse vajadus ei ole alati põhjendatud ning inimene on valel teenusel, põhjendada saaks seda objektiivsetel alustel inimeste vajadusi hinnates.
- Inimese ja tema lähedaste poolt nähakse sageli, et hooldustöötaja peab inimese juures käima sagedamini, kui teenuse korraldus ja maht ette näeb.
- Puuduvad objektiivse hindamise kokkuvõtted ametliku dokumendina ühe või teise otsuse selgitamiseks ja põhjendamiseks, nende olemasolul oleks teenuseosutajal kergem öelda, et teie vajadused on alljärgnevad, mistõttu teie konkreetselt mingit teenust ei saa.

3.8.3. Infovajadus

Reeglina on esialgne info puudulik. Peamiselt saavad koduhooldajad informatsiooni eakalt endalt ning lähedastelt. Terviseseisundi kohta annab kõige enam informatsiooni perearst.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal alljärgnevad probleemid.

- Puuduvad infotehnoloogilised lahendused ja juurdepääs andmetele, andmeid ei anta kaasa ka teenusele suunamisel, andmeid tuleb koguda ise.
- Koduhooldustöötaja teenus ja teostatavad tegevused ei kajastu teiste, nt KOV sotsiaaltöötajate, perearstide andmebaasides.
- Koduhooldustöötajal on raskusi põhjenduste esitamiseks, miks ta andmeid vajab. Näiteks kui koduhooldustöötaja peab abistama psüühikahäirega inimest, siis ta vajab isiku eripärade kohta andmeid enesekaitse eesmärgil. Keegi ei tegele ja uuri valdkonda, et läbi arutada, milliseid andmeid on koduhooldustöötajal vaja oma töö paremaks tegemiseks ja iseenda turvalisuse kaitsmiseks.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida koduhooldustöötajad vajavad oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puudeaste;
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);

- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused;
- kinnisvara (pärija) ja kes korraldab matused;
- perearst.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- tervises seisund – haigused ja nende eripära, sh psühhiaatrilised haigused;
- ravimid, raviprotseduurid, aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, stress);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- sotsiaalne toimetulek (kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

3.8.4. Ettepanekud

1. Tagada objektiivse info liikumine inimese kohta koduhooldustöötajatele KOV sotsiaaltöötajatelt, perearstidelt ning koduõdedelt, mis kindlustab inimesele vajaliku teenuse osutamise.
2. Integreerida teenused: koduhooldus ja koduõendus, et jagada töökohustusi, kuna see võimaldab kasutada ressursse otstarbekamalt.
3. Juurdepääsu õiguste loomine tööks vajalikele andmetele ligipääsuks.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Integreerida ja arendada välja uue teenusena isikuabiteenuse osutamine teiste eelpool mainitud teenuste kõrvale.
2. Toetada koduhooldustöötajaid nende organisatsiooni loomisel, küsida selleks tuge ESTA-lt.
3. Koduhooldusvaldkonna regulatsioonide ja õigusaktide väljatöötamine, valdkonna arendamine, uurimuste läbiviimise, koolituste läbiviimine koduhooldustöötajate pädevuse parandamiseks.

3.9. E-tervise SA

3.9.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Tervishoius on loodud tervishoiu infosüsteem (e-tervise infosüsteem), mida haldab E-tervise SA. Sihtasutuse põhikirjalised eesmärgid on järgmised:

- üleriigiliste e-tervise projektide arendamine ja haldamine;
- EV tervishoiuteenuste osutajate infosüsteemide ühtlustamine;
- üleriigiliste terviseregistrite arendamine ja haldamine;
- tervisevaldkonna standardite ja klassifikaatorite arendus ja haldus;
- üleriigiliste ravijuhiste arendamise koordineerimine;
- koostöö tervishoiuteenuse osutajatega, erialaühendustega ning muude tervishoiuga tegelevate institutsioonidega.

Lisaks veel ülesanded dokumentide avalikustamiseks ja publitseerimiseks, rahvusvaheliseks koostööks ja sihtasutuse enda arendamiseks.

E-tervise infosüsteemis arendus toimub järk-järgult, lisades ette valmistatud dokumente vastavalt planeeringule ja teenuste osutajaid (liitumislepingute alusel). Infosüsteem on väga hea vahend integreeritud hooldussüsteemi info edastamiseks, kuigi see on loodud tervishoiu info vahetamiseks.

Käsitlevate teenuste tänases korralduses on intervjuudest saadud info alusel mitmeid probleeme.

1. Teenuste vajadustele mittevastav kättesaadavus ja eakate kohatised majanduslikud probleemid – teenuste järjepidevus on küsitav.
2. Omavalitsuste õigus osutada koduteenuseid neile sobivas valikus, mitte aga abivajajatele sobivas valikus ehk teenuste loetelu koostab omavalitsus.
3. Ühtsete hindamisinstrumentide puudumine, väga erinevate, tõenduspõhisuseta instrumentide kasutamine, mis ei kindlusta teenuste sihipärasust ja mõistlikku ressursikasutust, preventiivseid tegevusi ning ei võimalda luua ühtset integreeritud infosüsteemi.
4. Hoolekande- ja tervishoiusüsteemi erinev arusaamine integreeritud hooldusteenuste korraldusest, mis takistab koostöös toimiva süsteemi loomist, ei kindlusta teenuste osutamise järjepidevust ja ei võimalda optimaalset ressursikasutust.
5. Hooldussüsteemi vähesem korrastatus võrreldes tervishoiusüsteemiga: puuduvad personali ja teenuste standardid, kvaliteedi juhtimise võimalused küsitavad, sisuliselt teostab järelevalvet teenuse korraldaja – KOV.

E-tervise kohustus on kindlustada, et loodavad teenused on parim valik antud valdkonnas, st tulemused on vajalikud hooldusprotsessi korraldajatele, teenuse osutajatele, selle kaudu abi saavatele inimestele. Vajalik on koguda info erinevate osapoolte funktsioonide, vastutuse, info liikumise, andmete kogumise põhjendatuse kohta, saada ülevaade valdkondade toimimisest ja sellest, mida soovitakse uue arenduse näol teha ja saavutada.

E-tervise funktsioonide täitmisel ilmnevad intervjuudest kogutud info põhjal järgmised probleemid.

- Takistusi loob tervise- ja sotsiaalvaldkonna erinev rahastamisskeem ning sealt tulenev nägemus, et sektorid peavad üksteisest lahus olema.
- Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna info on hetkel eraldi.

3.9.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Koostööd tehakse Sotsiaalministeeriumi, allasutuste ja erinevate osapooltega (probleemide detailsed tundjad), kes kasutavad e-teenuseid ja soovivad neid välja töötada. Oluline on koguda ratsionaalset ja arukat infot abivajava inimese kohta, mis liiguks infosüsteemides ja edasi andmetarbijatele. Info, mida kogutakse peaks abistama inimest, kelle kohta seda kogutakse. Kui süsteem ei toimi ilma infotehnoloogiata, siis ka infotehnoloogia sisse toomine ei tekita süsteemi.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Selgete eesmärkide seadmise vähesus.
- Puudub teadmus ja valmisolek selleks, et kõik infosüsteemid peavad omavahel suhtlema.

3.9.3. Infovajadus

Olukorra hindamiseks on vajalik teadmine, kellele lisanduvad tööülesanded, kes vastutab ja milline on info sisu.

3.9.4. Ettepanekud

1. Kokkulepete sõlmimine, st probleemsete küsimuste lahendamisele lähenevad kõik ühtemoodi ja on kindel otsus, millist mõõdikut kasutatakse.
2. Kokku tuleb leppida ka ressursside allikas infotehnoloogilise andmebaasi ülalpidamiseks ja jätkusuutlikkuseks.

3.10. Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad

3.10.1. KOV funktsioonid ja vastutus integreeritud hoolduse korraldamisel

Lähtudes kehtivatest seadustest (Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (edaspidi KOKS) ja Sotsiaalhoolekande seadus (edaspidi SHS) ning Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (edaspidi TTS), on KOV vastutus kahe teenuse liigi korraldamisel erinev. TTS ei omista KOV-le õigust ja kohustust korraldada tervishoiuteenuste osutamist. Erandi moodustavad maavanema funktsioonid, mis puudutavad perearstide töö korraldamist ja mille täitmine on võimalik halduslepinguga üle anda KOV-le. Meie andmetel on sellise halduslepingu sõlminud Harju maavanem Tallinna linnaga ja Tartu maavanem Tartu linnaga. Samas, seaduse paragrahv 51 annab õiguse rahastada tervishoiuteenuse osutamist linna ja valla eelarvest ja vastavalt sellele (rahastatavale teenusele ja rahastamise mahule) osaleda teenuse korraldamise mõjutamises.

Eespool viidatud õiguskantsleri analüüs (Härmsalu *et al* 2009) toob välja teenused, mille korraldusse sekkuvad KOV-d rahastamise kaudu kas suuremal või vähemal määral. Esimese grupi (suurem sekkumine) tervishoiuteenustest või raviga seotud probleemidest moodustavad ravimid (hüvitis), meditsiinilised- ja hooldusabivahendid (toetus) ning esmatasandi arstiabi. Teise grupi (väiksem sekkumine) moodustavad eriarstiabi, hooldusravi, järelravi ja hambaravi. Sekkumise määr on piiritletud omavalitsuste arvuga, mis ühte või teist teenust rahastavad. Rahastamine toimub eelarve ülesehituse aspektist nii tervishoiu kui ka hoolekande reall. Raha kasutuse otstarbekuse kohta pole teadaolevalt analüüse tehtud, kuid silmas pidades saadud infot teatud toetussüsteemide muutmise kohta, pole nad teatud hetkel ilmselt kõige otstarbekamad olnud.

KOV-i poolne tervishoiu või tervisevaldkonna rahastamine võib toimuda kahes erinevas vormis.

1. Teenuseosutajate rahastamine. Sellisel juhul tekib KOV-il sisuline kaasrääkimise õigus teenuse korraldamisel.
2. Tervishoiuteenuse saaja rahastamine (toetamine). Sellisel juhul puudub KOV-il võimalus kaasa rääkida teenuse korraldamisel.

Infovahetust ja koostööd puudutavad probleemid ei ole omaette probleemid, vaid on seotud konkreetse kasutatava mudeliga, st need pole olemuslikud, vaid korralduslikud, seega lahendatavad.

KOV roll teise valdkonna, sotsiaal(hoolekande) teenuste osutamisel on mitmene:

- 1) teenuste planeerimine;
- 2) teenuste korraldamine ja rahastamine;
- 3) teenuse osutamine KOVle kuuluvate subjektide kaudu;
- 4) kontroll.

Teenuste korraldusel on nii poliitiline kui ka tehnilis-administratiivne külge. Välja on kujunenud kaks selgelt eristuvat hoiakut, mis on tingitud nii objektiivsetest kui subjektiivsetest asjaoludest.

1. Rõhuasetus KOV poolt osutatavate teenuste arendamisele. Seda seisukohta esindavad ühelt poolt suurim omavalitsus Tallinna linn ja teisalt objektiivsete olude sunnil teatud väiksemad, perifeersed omavalitsused.
2. Teenuseosutajate vaba valiku mudel (teenuste ost erasektorilt, teenuste osas kus on ajalooliselt olemas munitsipaalne teenuseosutaja või pole erasektori esindajat tekkinud, n.ö. omatoodang).

Erinevate mudelite puhul on koordineerimise, infovahetuse jm probleemid erinevad. Esimesel juhul on KOV juhtida nii planeerimise, korraldamise, teenuse osutamise kui ka kontrolli (viimane koos maavanemaga) staadiumid ning infovahetus toimub süsteemi sees. Loomulikult on erinevate etappide eest vastutajajaks erinevad subjektid, kellel on omad erihuvid jms. Siiski on võimalik infot jagada erinevate subjektide vahel suhteliselt vabalt, st probleemid kui need on, on korralduslikud.

Teisel juhul on KOV vastutada planeerimise, korraldamise ja kontrolli alased tegevused. Teenuseosutaja (erasubjekt) huvi erineb selles protsessis märkimisväärselt KOV huvist, samas on ta info valdaja kliendi, tema vajaduste, ressursside jm kohta. KOV võib taotleda seda infot omale (näiteks kliendi hindamise info), aga juhul kui selle kogumine pole kahepoolset või normatiivselt sätestatud, siis seda ei tehta.

Indikatiivsed teemad KOV tegevuses on järgmised:

- 1) teenuste korralduse normatiivne reguleerimine (teenuste kirjeldused, suunamine, järjekord ja selle pidamise reeglid);
- 2) teenuse sisuline võimaldamine (teenuse olemasolu KOV-s, kokkulepe teiste teenuseosutajatega teenusele suunamiseks, vautšer vm mehhanism kliendi enda valikute garanteerimiseks);
- 3) kliendi õigused (õiguse ulatus, teenuse kvaliteet (standardid) jms), mis sisuliselt määrab ka kulutuste suuruse hoolekandele.

Teenuste korraldusega seotud küsimused on lahendatud erinevalt, kuid üldine tendents on regulatsioonide kasvu suunas.

Sotsiaalteenused jaotuvad regulatsiooni astme poolest kahte rühma.

1. Riigi poolt korraldatavad teenused (rehabilitatsioon, laste asendushooldus, abivahendite võimaldamine) mille puhul on regulatsiooni aste suhteliselt kõrge. Teenused on defineeritud, õigustatud subjektide ring on piiritletud, teenuseosutajate suhtes kehtestatud nõuded on teada, nõuded teenustele (standard) on välja töötatud. Teenustele suunamisel toimub kliendi vajaduste ja ressursside hindamine, mis üldjuhul toimub spetsialistide meeskonna poolt.
2. KOV poolt korraldatavad teenused, mille osas suuremad omavalitsused on kehtestanud rohkem, väiksemad vähem, regulatsioone. Valdavalt on KOV osutatavad teenused defineerinud, on olemas formaalne teenusele suunamise kord, nõuded teenuseosutajatele, mõningatel juhtudel (Tallinna linn) ka standardid (miinimumnõuded teenustele).

Pistelise analüüsi näitas, et hooldekodusse suunamisel on oluline tervishoiuteenuse osutaja seisukoht (Viljandi linnas kehtiv kord näeb ette arstitõendit tervisliku seisundi või hooldusvajaduse kohta, Tartu linnas meditsiinilis-ambulatoorse kaardi täitmist).

Hetkel pole võimalik kirjeldada, kuidas faktiliselt toimetulekut ja tervist kirjeldav pilt kokku pannakse. Kuid dokumendianalüüs näitab, et üldjuhul eeldatakse töös eakatega sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide koostegevust. Pisteline ja seni üldistuste tegemiseks ebapiisav analüüs näitas, et koduhooldusteenusele suunamisel kogutav või kasutatav info on mõnevõrra üldisem hooldekodusse suunamiseks vajalikust infost.

Hooldusravivõrgu arengukava (2002) näeb aastaks 2015 ette õendus-hooldusteenuse kolmepoolse rahastamise skeemi väljaarendamist (Haigekassa, klient, KOV). Osavõtt teenuse rahastamisest loob KOV-le seose kõigi teenusekasutajatega ja on eelduseks ka senisest tihedamaks infovahetuseks (KOV käsutuses on näiteks info, mis on saadud koduhooldusteenusele suunamisel, hooldaja määramisel jne).

Hoolekande kontseptsioon (2004) peab vajalikuks standardi kehtestamist sotsiaalteenustele. Kontseptsiooni kehtivuse tähtaeg läheneb ja seni on standardite kehtestamise tähtaeg teadmata. Kuid tuleb eeldada, et tulevikus hakkavad need valdkonna korraldust reguleerima ja kehtestavad selged kriteeriumid nii teenuseosutajatele kui ka teenustele. Hoolekande kontseptsioon kavandab ka integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise ja vastav kitsam kontseptsioon (Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritult) on üks samm selle poole liikumisel.

3.10.2. Sotsiaaltöötaja

Sotsiaaltöötaja puutub hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega kokku erinevates rollides:

- sotsiaaltöötaja – avalik teenistuja (KOV sotsiaalnõunik vm administraator);
- sotsiaaltöötaja – teenuseosutaja (koduhoolduse korraldaja vms);
- haigla sotsiaaltöötaja (k.a. geriaatrilise hindamismeeskonna liige).

Käesolevaga käsitletakse ainult sotsiaaltöötaja-teenuseosutaja rolle, sedagi suhteliselt kokkusurutud mahus. Kehtivad regulatsioonid ei kirjelda sotsiaaltöötaja tegevusele esitatavaid nõudeid väga põhjalikult. Olulisemad reeglid tulenevad

- Sotsiaalhoolekande seadusest;
- Avaliku teenistuse seadusest (juhul, kui sotsiaaltöötaja on avalik teenistuja);
- Sotsiaaltöötaja eetikakoodeksist (juhul, kui sotsiaaltöötaja on ESTA liige);
- valla või linna põhimäärusest, osakonna põhimäärusest, KOV hallatava asutuse põhimäärusest (erasektori puhul vastavatest erasektori tegevust puudutavatest regulatsioonidest);
- asutusesisesestest regulatsioonidest (s.h. kvaliteedihindamise süsteemidest) ja konkreetse ametikoha ametijuhendist.

Eaka kliendi ja tema vajaduste hindamine on viimastel aastatel muutunud sotsiaaltöötaja igapäevategevuse osaks, näiteks koduhoolduse teenuse määramisel, hooldaja määramisel, institutsionaalsele hooldusele suunamisel. Seega ei ole interRAI vm keerukamate hindamisinstrumentide kasutamisele võtmisel takistuseks vastavate esmaste kogemuste puudus, oskamatus nendega töötada või umbusk saadavate tulemuste suhtes.

Pigem on küsimusteks, millele peab ühe või teise instrumendi kasutuselevõtul vastuse saama:

- 1) kas hindamisinstrument on küllaldaselt neutraalne/objektiivne, st välistab tõlgitsused, subjektiivsuse jms;
- 2) kas teenus, mida osutatakse, vastab oma sisult (kirjelduselt) teenusele, mida osutatakse;
- 3) kas instrument on nii paindlik, et võimaldab arvesse võtta kliendi isiksusest ja elutingimuste erinevustest tulenevaid nõudeid.

Et illustreerida eelnevat küsimuseasetust, toome näite interRAI koduhoolduse hindamisinstrumendi kasutamisest (RAI koduhoolduse (RAI-KO) hindamise käsiraamat, versioon 2, 2003). Käsiraamat opereerib üldjoontes tuttavate terminitega, samas näiteks kasutatav sotsiaaleluruumi mõiste ei pruugi kattuda Eestis käibiva arusaamisega (ja sellest tuleneva toetuse määraga).

RAI-KO aprobeerimisprotsessi kohta ei ole publitseeritud uurimust (erinevalt institutsionaalse hoolduse hindamisinstrumendist, vt Urban 2006). Instrument on läbinud interRAI poolt aktsepteeritud aprobeerimisprotsessi nagu interRAI-HO. Mõlemal juhul kaasati protsessi ka teenuse osutajad. Kuna instrumendid on oma eesmärgilt suhteliselt lähedased (õendushoolduse- ja hooldusvajaduse hindamine) ja põhinevad MDS küsimustikul, on nad ka paljus tasandispetsiifiliselt sarnased. Kindlasti on mõlemas instrumendis küsimusi, mis vajaks veel kohandamist. Nagu interRAI instrumentide tutvustuses öeldud, on täna otstarbekam kasutada juba interRAI perekonna (*suite*) versiooni instrumente ja viia sisse Eesti konteksti sobivad aspektid. Perekonda kuuluvate RAI-HO ja RAI-KO kohandamise protsessi on alustatud Tartu Ülikooli Kliinikumis.

Narusson (2005) viitab oma analüüsis, et hindamisel tuleb muude dilemmaide kõrval lahendada küsimus, kas kasutada struktureeritud hindamisvahendit või teha intervjuu. Suhteliselt väikese klientide arvuga töötava sotsiaaltöötaja jaoks tundub intervjuu informatiivsem, klienti ja ka

töötajat säästev, samas instrumendiga võrreldavat tulemuslikkust (efekti) andev (samas jääb puudu ühtlustamise aspekt, mis minimeeriks inimeste erineva põhjalikkusega kaasnevat subjektiivsust).

Eaka kliendiga töötava sotsiaaltöötaja esmase koostöö-, infovahetuse jm võrgustiku moodustavad:

- 1) mitteformaalsed hooldajad;
- 2) formaalsed hooldajad (koduhooldusteenuse osutajad);
- 3) koduhoolduse tugivõrgustik (päevakeskus vm);
- 4) esmatasandi tervishoiuteenuse osutajad (perearst ja perearsti õde);
- 5) statsionaarse õendus-hooldusteenuse osutajad (hooldusravi haigla, hoolduskeskus vm).

Lähtudes olemasolevatest dokumentidest (Tartu maakonna eakate sotsiaalhoolekande arengukava 2006-2015; Valga maakonna hooldus- ja õendusabi võrgu arengukava 2009-2015) võib järeldada, et tulevikus planeeritakse kasutada sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldamisel nii koostöövõrgustiku integreeritud mudelit kui ka integreeritud multifunktsionaalsete organisatsioonide mudelit. Nimelt näeb Tartu maakonna vastav arengukava ette institutsioonide hierarhilise korralduse, alates hierarhia vundamenti moodustavatest pansionaatidest ja tippu jäävate hooldekeskustega. Teenuste arv ja keerukus kasvab selles hierarhias alt üles ja vastavalt liigub ka klient, info jne. Valga maakonna arengukava näeb eelkõige ette tervishoiuteenuse osutajate tegevuse laienemist hoolekande osas. Maakonna tõmbepiirkondadesse on planeeritud hoolduskeskused (kokku 3).

Lisaks on arvestatava kohtade arvuga Lõuna-Eesti Hooldekeskus (MTÜ Hellenurme Mõis), mis asub Palupera vallas ja teenindab kogu Eesti kliente.

Kõigis hoolduskeskustes hakatakse pakkuma järgnevaid teenuseid:

- statsionaarne õendusabi;
- hooldusabi integreeritult õendusabiga;
- hooldusabi;
- koduõendusteenus;
- päevakeskusteenused (päevahoid);
- koduteenused.

3.10.3. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ülesanneteks on hooldusvajaduse hindamine hindamisinstrumendi täitmise abiga (hindamist pole Sotsiaalhoolekandeseaduses täpsustatud), kodukülastuste tegemine, teenuste korraldamine, hooldekodusse suunamise järjekorra pidamine ning korrigeerimine vastavalt inimese vajadustele, eriolukordade lahendamine, teiste osapoolte esitatud dokumentatsiooni ja informatsiooni analüüs, lepingute sõlmimine ja eeskoste küsimused.

KOV sotsiaaltöötajad on seisukohal, et ainult hindamise läbiviimisel puudub mõte. Hindamise eesmärk peab seisnema tulemuses, st kuidas hakatakse inimese toimetulekut hindamise põhjal toetama, kuidas on kaardistatud vajadused, koostatud hooldusplaani, või abistatud inimest

hooldusplaani koostamise alusel ja pärast üle hinnatud, kas sellest hooldusplaani järgimisest oli kasu ja millised täiendavad vajadused olid tekkinud või võivad kujuneda.

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Hooldusvajaduste hindamisel ei kasutata tõendus põhiseid hindamisvahendeid, kasutusel olevad hindamisvahendid on erinevate instrumentide erinevate osade kohandused. Otsused teenuse osutamiseks ei ole põhjendatud, vaid põhinevad intuitsioonil, kogemusel.
- Inimeste ootused kohaliku omavalitsuse abile on palju suuremad, kui reaalselt pakkuda suudetakse.
- Osadel juhtudel näitavad inimesed oma abivajadust suuremana, kui see tegelikkuses on, et saada suuremat toetust. Antud olukorra kujunemise välistamiseks vajalikud andmed tervisliku seisundi ja tegeliku funktsioonide languse ulatuse kohta puuduvad, st ei ole perearstidelt kättesaadavad.
- Olemasolevates regulatsioonides nähakse hooldusvajadust ja selle hindamist lahus inimese tervislikust seisundist.
- Sotsiaaltöötaja rollide/tööülesannete täitmisele esitatakse kõrgeid ootusi. Sotsiaaltöötaja peab hindama inimese funktsionaalse languse ulatust, kuigi tal puudub sellealane ettevalmistus.
- Juhtumikorraldusliku meetodi rakendamise ülesanne ei kajastu sageli sotsiaaltöötajate ametijuhendites.
- Olemasolevad puude raskusastme määramise otsused ei anna sotsiaaltöötajatele juurde lisainfot hooldusvajaduse hindamisel, st ei kajasta funktsioonide languse ulatust.
- Olenevalt piirkonnast ja omavalitsusest on tööülesanded erinevalt reguleeritud, ülesanded võivad olla kas selgepiirilised või laialivalguvad.
- Sotsiaaltöötaja roll on dualistlik – ta peab täitma abistaja funktsiooni ja samas kasutama ressursse efektiivselt ning teostama nende kasutamise üle järelevalvet.
- Ennetavaid visiite ja kodukülastusi ei tehta ressursinappuse tõttu. Kodukülastusi tehakse juhtudel, kui keegi esitab taotluse või pöördumise kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajale.
- Piirkonna eakate vajadused on kaardistamata, puudub ülevaade nende probleemidest ning teenuste-ja hooldusvajadusest.
- Info abimeetmete kohta ei jõua hästi venekeelsete inimesteni.
- Üksikud eakad ei oska ega suuda abi küsida, sest neil puudub informatsioon oma õiguste kohta.
- Kulutused on optimeerimata. Inimene ei saa vajadustele vastavat teenust, vaid saab seda teenust, mis on hetkel käepärane.
- Teenuste osutamine vajadus on objektiivselt tõendamata ning teenuseid saavad enam need inimesed, kes seda valjuhäälselt nõuavad. Näiteks on puude raskusastme määramisel otsustavaks inimese isiklik ehk subjektiivne hinnang oma toimetulekule, mida võib inimene taotluslikult näidata raskemana, et saada suuremat toetust.

3.10.4. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja igapäevatöö ülesanded on juhtumikorraldusliku iseloomuga. Esmasteks partneriteks on kolleegid, lähedased, perearstid, koduõed, koduhooldustöötajad ja haigla sotsiaaltöötajad. Vähem tehakse koostööd erinevate teenuse osutajate, teiste KOV-de sotsiaaltöötajate, sotsiaalkindlustusameti, kodakondsus- ja migratsiooni ameti või hooldushaigla esindajatega.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Puudub koostöö koordineerija, koostöö on probleemikeskne, sellest tulenevalt juhuslik.
- Kogu süsteem on killustatud, iga instants tegeleb oma ülesannetega.
- Juhtumikorraldust ei suudeta teha, kuna juhtumite arv on 40 või 50 asemel 100 või enam, tegeletakse kõige hädavajalikumaga ja muude ülesannete täitmised sisuliselt peatuvad.
- Tervishoiuteenuste osutajad ei võta sotsiaaltöötajaid võrdsete partneritena. Spetsialisti hinnangut ei usaldata. Tervishoiusüsteemiga peab toimuma tihedam koostöö.
- Sotsiaaltöötajatel on raske perearste kätte saada, kui on vaja lahendada erakorralisi juhtumeid või kui sotsiaaltöötajad vajavad infot inimese tervisliku seisundi kohta. Puuduvad esmatasandi koostöö regulatsioonid, koostöövajadus ja ulatus on läbi arutamata ning lahti kirjutamata. Puudub ühine andmebaas informatsiooni otsimiseks ja jagamiseks (nt perearsti ja KOV sotsiaaltöötaja vahel).
- Puuduvad teadmised tervishoiuvaldkonnas pakutavatest abimeetmetest ja nende osutamisele seatud piirangutest.
- Mitteformaalseid hooldajaid on vähe kaasatud koostööprotsessidesse õendus- ja hooldusabi valdkonna arendamistegevustes.

3.10.5. Infovajadus

Enamuse informatsioonist saab sotsiaaltöötaja andmebaasidest ja telefonivestluste kaudu teistelt eriala spetsialistidelt. Olulise tähendusega informatsiooni jagavad perearst ja eaka lähedased. Info, mida KOV sotsiaaltöötajad peavad haldama on mitmekülgne (tervise seisund jm), sest hooldusvajaduse küsimustega tegelemist ja juhtumikorralduslike meetmete rakendamist ning sekkumist ei saa teostada ilma adekvaatsete andmete olemasoluta. Kui infot ei ole piisavalt ja see ei ole objektiivne, siis on tagajärjeks valede otsuste vastuvõtmine (sh abita jätmine), inimese valele teenusele suunamine, ressursside ebaotstarbekas rakendamine.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal mitmed probleemid.

- KOV sotsiaaltöötajale ei anta inimese tervise- ja funktsionaalse seisundi kirjeldust tervishoiusektori poolt, kuigi need on vajalikud andmed hooldusvajaduse määratlemisel, abimeetmete korraldamisel.
- Informatsiooni kogumise muudab raskeks asjaolu, et puuduvad ühine arusaam ja vorm millist infot erinevad osapooled vajavad. KOV sotsiaaltöötajatel on oma töö tegemiseks õigus ja vajadus saada teistelt institutsioonidelt informatsiooni, kuid teistel institutsioonidel ei ole õigust seda neile väljastada.
- Puuduvad ühtsed informatsiooni kogumise ja talletamise vormid.

- Hetkel kulub sotsiaaltöötajatel suurem osa tööajast info hankimisele telefoni teel, kuna puudub ühine andmebaas informatsiooni otsimiseks ja jagamiseks, nt perearsti ja KOV sotsiaaltöötaja jt partnerite vahel.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- kodakondsus, elamisload, isikut tõendava dokumendi kehtivuse aeg;
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- makstud toetused;
- kinnisvara (pärija) ja kes korraldab matused;
- perearst, eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- tervises seisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase,

toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);

- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abivahendite tõendi väljastamine;
- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;
- teenuste järjekorrad, vabad kohad;
- andmete riskiasutus.

3.10.6. Ettepanekud

1. Ühtse objektiivse meetodika ja hindamisinstrumenti ning infotehnoloogilise lahenduse kasutusele võtmine, et saaks määrata teenuseid vastavalt inimese individuaalsetele vajadustele, st inimesele osutatav abi on määratud ühtsetel alustel igas Eesti piirkonnas. Ühtse hindamisinstrumenti kasutuselevõtmine teeb tööd efektiivsemaks, st informatsiooni kogumise ja talletamise vormid peavad olema ühtsed. Kui on ühtne põhjendatud alustel välja töötatud meetodika ja mõõdik, siis on kõigile erinevatele partneritele, kes inimesega töötavad, selge, millele tuginedes üht või teist meetet inimese hooldusvajaduse, toimetuleku küsimuste lahendamisel rakendatakse.
2. Vajalik on lahti kirjutada hooldusvajaduse mõiste määratlus ja sisu, ja seda erinevatele osapooltele selgitada.
3. Info vahetamine ja hindamine peab toimuma tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesektori omavahelises koostöös.
4. Vajalik on kaardistada piirkonnas elavate eakate vajadused ning probleemid.
5. Hindamine peab olema pikemaajalisem, et jälgida toimetuleku dünaamikat.
6. Haigla sotsiaaltöötajate poolt kogutav andmestik ja sekkumistegevused peavad liikuma STAR-i ja olema nähtavad KOV sotsiaaltöötajatele.
7. Reguleerida juhendiga ära, kus ja kui palju on vajadust igal institutsioonil informatsiooni kätte saada, et tööd sujuvalt teha inimese abistamise protsessis.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Tegeleda sektoritevahelise teenuste tutvustamise, üksteise koolitamisega.
2. Korraldada sektorite vahelisi ümarlaudu antud sihtrühma küsimustega tegelemisel.
3. Kaasata enam mitteformaalseid hooldajaid õendus- ja hooldusvaldkonna arendustesse.

3.11. Koduõed

3.11.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Koduse õendusabi teenuse osutajaid, koduhoolduse ja ööpäevaringse hoolduse teenuse osutajaid võib käsitleda hooldus- ja õendusabiteenuste komplekssete (integreeritud) osutajatena. Tegemist on esmatasandi teenustega. Siia kuulub veel statsionaarne õendusabi, mida käesolevas analüüsis ei käsitleta.

Sotsiaalhoolekande seadus (RT 1995) nimetab sotsiaalteenuste hulgas koduteenuseid ja hooldamist hoolekandetasutuses, viimase hulka kuulub ka ööpäevane hooldusteenus. Sotsiaalhoolekannet omavalitsuse tasandil korraldavad linna- ja vallavalitsused.

Hoolekande kontseptsioon (Sotsiaalministeerium 2004) kirjeldab nimetatud hooldusteenuseid järgmiselt.

- Hooldamine – inimväärses eksisteerimiseks vajaliku sotsiaalse ja füüsilise ümbruskonna tagamine ning baasiliste vajaduste rahuldamine.
- Ööpäevane hooldamine hoolekandetasutuses – toimetuleku tagamine hoolekandetasutuses isikutele, kes erivajaduste või sotsiaalse olukorra tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama, vajades ööpäevaringset hooldamist ja abistamist ning nende toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega.
- Koduhooldusteenus sisaldab koduabi ja hooldusabi. Koduabi on isiku abistamine igapäevaeluks vajalike tegevuste, sealhulgas isiku eluruumide korrastamine ja kütmine, riiete ja jalanõude hooldus, toiduainete ja majapidamistarvete ostmine, sooritamisel ja asjaajamisel. Koduabi ei pea sisaldama abistamist remondi- ja aiatöödel. Hooldusabi komponent sisaldab isiku abistamist igapäevaelu tegevuste (sh abistamine pesemisel, riitumisel, söömisel, liikumisel ja hügieenitoimingutes) sooritamisel, mis on seotud isiku enese eest hoolitsemisega.

Koduhoolduse eesmärgiks on isiku võimalikult pikaajaline toetamine tema harjumuspärase keskkonnas – kodus. Koduhoolduse osutajateks võivad olla nii formaalsed kui mitteformaalsed hooldajad. Üldhooldekodu on vanuritele ja puuetega isikutele elamiseks ja hooldamiseks loodud asutus, kus ei osutata tervishoiuteenuseid (EHA 2004-2015).

Asutushoolduse osutamisel on oluline lisaks hooldusprotseduuridele ka hooldatava aktiveerimine (nt Sotsiaalteenuste nõuded, Tallinna LV korraldus 1215, 2010), mis hoiab ära isiku marginaliseerumise ja säilitab tema toimetulekut.

Teenuse osutamisel jälgib koduhooldaja isiku abivajaduse taset, antud hooldusplaani sobivust, muutuste korral pöörduv sotsiaaltöötaja või perearsti poole.

Koduõde hindab teenusele saabunud patsienti veekord, kasutades sobivat hindamisinstrumenti, koostab õendusplaani. Õendusplaani eesmärkide saavutamisel lõpetab teenuse, probleemide püsimisel või süvenemisel on vajalik hindamine ja uus tegevusplaan või suunamine teiste teenusetasanditele.

Ööpäevaringse hoolduse raames toimub kliendi hindamine saabumisel sobiva hindamisinstrumendiga, hooldusplaani koostamine, kliendi seisundi monitooring (hindamine) hooldusprotsessi käigus, vajadusel hooldusplaani muutmine, sh. vajadusel õendusabi-teenuse lisamine (perearsti konsultatsiooni otsusest lähtuvalt).

Hooldusteenuste osutamisel on olulisimaks väljundiks klientide elukvaliteet ehk lähtuda tuleb heaolu tagamise mudelist (CareKeys Eesti uuring 2006).

CareKeys Eesti uuringu tulemustes kirjeldatakse hoolduse kvaliteedi ja kvantiteedi sisendeid, mis määravad ka väljundi: elukvaliteedi. Elukvaliteeti mõjutavad tegurite hulgas on kliendi sotsiaalmajanduslik olukord, kehaline ja psühholoogiline tervis (oluline ka isiku taastumisressursi määramisel), sotsiaalne võrgustik, hooldus jt. Hoolduse tulemuslikkuse näitajaks on sihtefektiivsus ehk kui hästi on kliendi vajadused hooldusega kaetud.

Hooldusteenuste osutamisel on teenuse osutamise kvaliteedi ja sellest lähtuvalt ka teenuse tulemuste eest vastutavad teenuste korraldajad ja teenuste osutajad. Hooldusteenuste korraldamisel on kliendile kõige lähemal linna- ja vallavalitsused.

Hooldusvajaduse hindamiseks on võimalik kasutada instrumenti „Hindamisinstrument hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks”.

Enamasti võib hooldusvajadusega isikuga tegelemist vaadelda juhtumitööna, kus on eesmärgiks kliendile individualiseeritud abi tagamine koos ressursside efektiivsema kasutamisega. Juhtumikorralduse (sotsiaaltöö) kui protsessi käigus tuleb (Juhtumikorralduse käsiraamat 2006):

- 1) tagada kliendi juurdepääs abile, vähendades administratiivseid takistusi;
- 2) siduda klient erinevate teenuste pakkujatega;
- 3) toetada teenuste järjepidevust;
- 4) koondada vastutus ühele võtmetöötajale ehk juhtumikorraldajale;
- 5) tõsta abisüsteemi efektiivsust, tagades, et teenuseid osutatakse õigel ajal ja vajalikus mahus.

Üldjuhul on omavalitsustes kehtestatud (miinimum) nõuded hooldusteenustele suunamiseks ning põhimõtted teenuse eest tasumiseks.

Kliendi individuaalsete vajaduste katmiseks tuleb teenusele suunamise protsessis koos kliendiga alustada kliendi vajaduste hindamisest, muutuste vajaduse määramisest, olemasolevate ressursside hindamisest. Hindamise tulemustele toetudes tuleb koostada sekkumisplaan, siduda klient teenuse(te)ga, kus kliendi hooldusvajaduse regulaarsete vahendamiste alusel monitooritakse pidevalt hoolduse käiku (teenuse osutaja või juhtumikorraldaja), et hinnata selle tulemuslikkust. Lähtuvalt tulemustest hooldus (-juhtum) kas lõpetatakse või muudetakse sekkumisplaani. Sisuliselt on tegemist kvaliteedijuhtimisprotsessiga hoolduses (tsirkulaarne protsess) (Juhtumikorralduse käsiraamat 2006). Kvaliteedijuhtimine eeldab teenuse osutamise standardite olemasolu ja hooldusprotseduuride kirjeldusi ehk võimalust hinnata teenuse osutaja töö kvaliteeti ja võrrelda erinevaid teenuseosutajaid. Teenustele ja teenuste osutajatele miinimumstandardite kehtestamise vajaduse toob välja ka “Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritult. Kontseptsioon”. Hooldusprotseduuride kirjeldusi võib leida dokumendist “Eakate hooldamine ja hooldustegevused“ (Avahoolduse Arenduskeskus 2005).

Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava (EHA) 2015 (Eesti Tervishoiuprojekt 2001) on esimene dokument, kus kirjeldatakse eakate tervise- ja toimetulekuprobleeme ühtse kompleksina:

“Hooldusravi erinevus aktiiv- ja järelravist seisneb selles, et põhiliste teenustena osutatakse õendusabi- ja hooldusteenuseid.”

“Hooldusravi(blokk) hõlmab nii perioodilist kui kestvat õendusabi ning hoolekandeteenuseid. Nii aktiiv- kui hooldusravi on vajadusel ja teatud tingimustel võimalik osutada ka kodus, mis on samas ka kliendisõbralikum ja kulusäästlikum.”

Nii EHA 2015 kui ka EHA 2004-2015 kirjeldavad õendusabi kolmetasandilise süsteemina, millest esimeseks tasandiks on koduõendus.

Hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel kas koduhooldusel või ööpäevaringsel hooldusel tuleb arvestada perioodilise õendusabi ehk koduõendusteenuse vajadusega.

Koduõendus (*home nursing care*) on kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks koduses keskkonnas (Koduõenduse tegevusjuhend. EÕL, EHK, EGGA 2004).

Koduõendus on tervishoiuteenus, mis on reguleeritud “Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse” alusel välja antud määrusega „Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu”: teenuse osutajad, pädevusnõuded, teenuste ja protseduuride loetelu. EÕL, EHK ja EGGA poolt on 2004. a. koostatud „Koduõenduse tegevusjuhend”, 2005. a. viis EÕL Eesti Haigekassa tellimuse alusel läbi auditi „Pikaajalise koduõendusteenuse osutamise põhjendus”.

Koduõe tegevust kontrollib ja hindab Haigekassa.

Koduõde on kvalifitseeritud spetsialist, kes toimib vastavalt arsti poolt määratud raviplaanile ning teostab õendushooldusplaanis määratletud tegevusi (Koduõenduse tegevusjuhend 2004).

Koduõendusteenusele suunab teenuse vajajat (pere)arst, teenusele sisenemist võib algatada sotsiaaltöötaja, pereliikmed, hooldaja jt. Teenuse osutamiseks on vaja koostada patsiendi probleemide hindamise alusel õendusplaani.

Käsitletud dokumendid kirjeldavad nii hooldusele kui ka õendusteenusele suunamisel võrreldavaid tegevusi: patsiendi/kliendi vajaduste hindamine, tegevusplaani koostamine, teenusele suunamine, teenuse tulemuslikkuse hindamine. Kliendi/patsiendi sekkumisvajaduse hindamine, tegevusplaani koostamine nõuab meeskonnatööd, kus minimaalselt peavad olema esindatud esmatasandi spetsialistid: (pere)arst, sotsiaaltöötaja, õde ehk siduda tuleb hoolekande ja tervishoiu süsteemid, sest üldjuhul on teenuse vajaja multiprobleemsete vajadustega isik, kes vajab kompleksset teenustepaketti ning kellele on võimalik anda soovitusi ja koostada ühtset teenustepaketti ainult erinevate spetsialistide hinnangu alusel.

Tuukse välja juhtumikorraldaja vajadus hooldusprotsessi algatamisel ja juhtimisel, sh ka optimaalse ressursikasutuse juhtimisel. Juhtumikorraldajatena nähakse kas sotsiaaltöötajat või kvalifitseeritud üldõde. Iseloomulik on kliendi/patsiendi vajadustest lähtumine, isikule ühtse tervikliku teenustepaketi kujundamine, teenuste osutamise protsessi jälgimine ja hindamine ning teenuste järjepidevuse hoidmine.

Arvestades kliendi/patsiendi liikumisega erinevatel teenusetasanditel ja erinevate spetsialistide juures on oluline teda puudutava info kättesaadavus hooldusprotsessis osalevatele spetsialistidele. Erinevatel tasanditel teostatud hindamised on aluseks järgnevatele hindamistele ja toetavad uute tegevusplaanide koostamist. Teenusele sisenemisel piisab ka esmasest hindamisest, järgnevalt tuleb läbi viia põhjalikum hindamine antud soovitude täpsustamiseks.

Samas peab arvestama, et oluline on kasutada standardiseeritud hindamisinstrumente. Põhiliseks takistuseks tõenduspõhiste teenuste osutamisel on erinevate, omavahel võrreldamatute hindamisinstrumentide, protokollide ja protseduuride kasutamine.

Integreeritud teenuste puhul on vajaduste hindamine aluseks piirkonna erinevate teenuse osutajate ressursside optimeerimisel.

Patsiendi/kliendi andmete kättsaadavus vähendab teenuseosutajate ja hindajate aja- ja ressursikulu, võimaldab hinnata patsiendi/kliendi hooldusvajaduse dünaamikat ning teha operatiivsemaid otsuseid.

Kokkuvõtteks: sõltumata teenuse osutajast on hooldusprotsessis vajalik pidev monitooring, et hinnata teenuste sobivust, teenuseprotsessi sihipärasust ja tulemuslikkust, muutuste vajadust ehk kindlustada tulemuslik abi kliendile/patsiendile optimaalse ressursikuluga.

Monitooringute käigus erinevate teenuseosutajate juures hinnatakse korduvalt kattuvaid andmeid, mille kogumist ja käsitlemist on võimalik teha vähem aja- ja ressursimahukaks ühtlustatud hindamisinstrumentide süsteemi kasutamisel.

Hetkel kasutatakse väga erineva päritoluga hindamisinstrumente, paljud neist on koostatud asutusesiseselt, küsitav on nende tõenduspõhisus ja valiidsus. Samas on need dokumendid, mis otsustavad hoolduse tulemused ja kulud. Kindlasti on võimalik tõestada iga dokumendi usaldusväärsust, selleks on kindlad protseduurid, mis toovad kaasa kulusid. Olles tõestanud ühe dokumendi sobivust, tuleb tõestada nende koos kasutamise sobivust usaldusväärsust) suures süsteemis.

Koduõe ülesanneteks on inimese vajaduste ja funktsioonide hindamine ning hindamise tulemina hooldusplaani koostamine. Igapäevatöö põhifunktsioonideks on õendusprotseduuride läbiviimine, eakate ja tema lähedaste informeerimine, nõustamine, patsiendiõpetus. Vahehindamised toimuvad vastavalt teenuseosutaja töökorraldusele. Teenuse osutamisele on seatud ajalised piirangud. Teenuse pikendamise kohta teeb otsuse perearst, teenuse osutamise jätkamise ettepaneku teevad perearstile koduõed. Koduõed koostavad teenuse lõppemisel epikriisi, mis saadetakse perearstile, pikkade juhtude puhul koostatakse ka vaheepikriise.

Koduõdede töö eesmärgiks on vältida inimese seisundi halvenemist ja seda, et ei tekiks auku haigla ja esmatasandil osutatava koduõendusabi vahel.

Koduõdede funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed olulised probleemid.

- Saatekirjad, mida perearstid väljastavad ei kajasta seisundit, ettenähtud ravi, sotsiaalset tausta ammendavalt.
- Esmase visiidi tegemisel on palju üllatusmomente, st osadele inimestele on vaja kutsuda kiirabi või suunata nad edasi hooldushaiglasse või neil puudub sotsiaalne tugivõrgustik, st puuduvad abilised koduhooldus- ja erinevate enesehooldustoimingute teostamisel.
- Nõustamise läbiviimine inimese tervisliku seisundi halvenemisel on keeruline. Reeglina pole oskusi, et veenda eakat hooldushaiglasse minema. Palju on inimesi, kes ei soovi oma kodudest lahkuda, kuigi nad ise seal toime ei tule ja vajavad nt kas hooldushaigla või hooldekoduteenust. Nendel hetkedel on vaja tegeleda raskete otsustega ja kaaluda koos patsiendiga edasise elukorralduse argumente.
- Koduõelt oodatakse nii inimese kui tema lähedaste poolt, et nad peavad osutama kõrvalabi inimesele nii koduhooldus- kui ka enesehooldustoimingute sooritamisel.
- Informatsioon inimese koduse olukorra kohta pole jõudnud kohaliku omavalitsuseni või kui on jõudnud, siis puuduvad KOV-l vahendid abimeetmete rakendamiseks.
- On piirkondi, kus koduõel tuleb osutada teenust vahemaadel, mis ületavad teenuse hinnas sisalduva transpordi kulu. Sel juhul on raskusi transpordiküsimustega, sest omavalitsuste või abivajaja poolsed kompensatsioonimehhanismid on reguleerimata.
- Kui inimene liigub ühest süsteemi osast teise, siis mingil hetkel abimeetmete rakendamine katkeb, nt perearst ei tea, et inimene on kutsutud tagasi kirurgi vastuvõtule jms.

3.11.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Koostööd tehakse perearstide, KOV-de, KOV sotsiaaltöötajate, koduhooldustöötajate, valuravi kabinet, vähihaigete koduse toetusravi töötajate, nahaarstide, haigla sotsiaaltöötajate ja kiirabiga, vahel vajadusel hingehoidjatega. Koduõed uurivad kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatelt informatsiooni inimese tugivõrgustiku kohta. Koduõed jagavad ka ise perearstidele ja sotsiaaltöötajatele informatsiooni inimese kodusest olukorrast ning toimetulekust. Mõnede KOV-ga on sõlmitud kirjalikud koostöölepingud.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Parema ja põhjalikuma info saab eriarstidelt. Perearstide ja eriarstide vaheline koostöö info jagamisel inimese kohta peaks olema adekvaatsem. Koostöö on reguleerimata.
- Sihtrühma kuuluvatel inimestel on madal terviseteadlikkus, nad ei ole kursis erinevate abimeetmete võimalustega.
- Erinevad osapooled ei tegele ennetusmeetmete rakendamisega.
- Abivahendite toimetamine inimese koju on keeruline. Transpordikompensatsioonid on nende tegevuste läbiviimisel minimaalsed.
- Apteegid ei ole nõus sisse tellima koduõdedele vajalikke tarvikuid, nt kateetreid, toidulahuseid jm.
- Abivahenditega tegelemisel ning puudeastmete määramisel tuntakse puudust koostööst KOV sotsiaaltöötajatega.
- Paljud pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimesed vajavad nii koduhooldus- kui koduõendusteenust, st teenuste osutamist integreeritult.

3.11.3. Infovajadus

Hooldust ja õendust puudutav informatsioon on puudulik. Saatekiri ei ole sageli informatiivne ega anna suuniseid vajaliku õendusabi osutamiseks (sobivad sidumismaterjalid, salvid, plaastrid, haavandi suurus, staadium jm). Info kogumist lihtsustavad haiglate juures olevad andmebaasid, st tööd on lihtsam teha, kui on olemas ligipääs elektroonilistele haiguslugudele.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal mitmed probleemid.

- Osa inimese kohta käivast infost läheb teenuste osutamise vahel kaduma, nt perearstini ei jõua haiguslugude väljavõtted jm.
- Perearste on väga keeruline vajalikul momendil kätte saada, st vajalikku infot juurde küsida inimese seisundi kohta jm.
- Ka KOV-l puudub mitmetel juhtudel ülevaade antud sihtrühma kuuluvate inimeste abivajadusest ja sotsiaalsest taustast ning abilistest, kui koduõed nende poole pöörduvad.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida koduõde vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;

- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- perearst, eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- terviseseisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;
- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;
- andmete riskasutus.

3.11.4. Ettepanekud

1. Ühtse koostööpartnerite vahel kooskõlastatud inimese seisundit ja vajadusi kajastava hooldushaiglasse suunamise saatekirja vormi väljatöötamine/ühtlustamine ja kohustuslik kasutusele võtmine üleriigiliselt.
2. Juhtumikorraldaja ametikoha loomine maavalitsuse tasandil¹⁵, kes tagab teenuste osutamise järjepidevuse protsessides.
3. Koduse taastusraviteenuse edasi arendamine koostöös taastusraviarstide seltsi ja füsioterapeutide liiduga.
4. Integreerida omavahel koduhooldus- ja koduõendusteenuste osutamine. Koduõendusel viibiv inimene vajab reeglina ka hooldusteenust. Töötada välja selleks vajalik kord ja aluspõhimõtted, kutsuda kokku töörühm.
5. Ühtse infotehnoloogilise lahenduse kasutuselevõtmine erinevate osapoolte vahel, mis on vajalik ühise võrgu loomiseks, milles inimene saaks nii liikuda, et ravi järjepidevus ei katke info edasilikumise probleemide tõttu.
6. Elektroonilise interRAI metoodika ja ühtse hindamisvahendi kasutuselevõtmine inimese hooldusvajaduse hindamisel, hindamise teostamine erinevatel tasemetel ja ulatuses.

3.12. Hooldekodud

3.12.1. Funktsioonid pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimestega tegelemisel

Iga töötaja on hooldekodus kindlate ülesannete täitja: hooldaja vastutab igapäeva toimingute eest, õde tervishoiuteenuse eest, tegevusjuht vaba aja sisustamise eest ja aktiveerivate tegevuste eest. Osades hooldekodudes on määratletud hooldusastmed ning hooldusastmest sõltub koha maksumus ja teenuste intensiivsus. Väiksemates hooldekodudes värvatakse personali olenevalt rahalistest vahenditest ja reeglina on tööl juhataja, hooldajad ja õde. Suuremates hooldekodudes toimub erandolukordade lahendamine juhtumikorralduslikul põhimõttel. Iga teenusel viibiva inimese kohta koostatakse hooldusplaan või hoolduslugu, milles kajastuvad inimesed vajadused ning soovid.

Hooldekodude funktsioonide täitmisel esinevad intervjuudest saadud info põhjal mitmed probleemid.

- Hooldekodu igapäevatöö pole reguleeritud teenuse standarditega. Iga asutus koostab need ise ning lähtub seejuures oma võimalustest. Teenus peab olema olenemata piirkonnast ühetaoline. Teenuste ostmist reguleerib hetkel teenuse hind.
- Hooldusloo ning hooldusplaani vormi on hooldekodud ise koostanud.
- Reeglina täidab hooldekodu juhtaja mitut funktsiooni (nt on KOV sotsiaaltöötaja ja hooldekodu juhataja). Põhjuseks on rahapuudus.

¹⁵ Juhtumikorraldaja ülesannete sobivust kehtivasse MV ülesannete struktuuri pole käesoleva uuringu raames analüüsitud.

- Haritud hooldustöötajaid on vähe. Keeruline on leida koolitusrahasid hoolduspersonalile ja abivahendite muretsemiseks.
- Tervishoiu- ja aktiveerimisteenus on hooldekodus jäetud juhataja otsustada. Reeglina puuduvad selleks legaalsed ja rahalised vahendid. Perearstid ja pereõed ei suuda osutada teenust hooldekodu klientidele.
- Hooldekodude võimekus pole selgepiiriline ning hooldekodus on ka kliente, kes peaksid olema hooldusravis, kuid hooldekodu soovib inimesele pakkuda teenust elu lõpuni.
- Hooldekodudes ei jälgita eaka seisundi dünaamikat.
- Meeskondlikul hindamisel nähakse suurt eelist. Samas on meeskonna palkamine väikestele hooldekodudele probleemiks.
- Inimesed jõuavad järjest enam hooldekoduteenusele ulatuslikus abivajaduses, hõlmates enamasti meditsiinilisi vajadusi.
- Hooldekodu valdkonnad on suutlikkuse tasemel määratlemata – kes, mida ja missugust teenust suudab osutada (kõrgetasemelise hooldusabi vajadusi kattev teenus või madalatasemelise hooldusabi vajadusi kattev teenus, dementsetele osutatav teenus jm).

3.12.2. Koostöö- ja koordineerimise vajadus

Hooldekodu koostöö esmaseks partneriks on lähedased. Vajalikud on ka perearsti poolt väljastatud terviseseisundi kirjeldus, analüüsivastused, ravimite loetelu. Hea koostöö on eriarstidega (psühhiaater, taastusraviarstid) ning haiglatega. Oluliseks partneriks on omavalitsused, maavalitsused ja linnaosavalitsused. Osades piirkondades on omavalitsuse poolt suunatud inimestel hooldusvajadus dokumentatsioonis määratletud, osades mitte. Igapäevast koostööd tehakse ka Sotsiaalkindlustusameti, abivahendite pakkujatega. Osadel hooldekodudel on koostöölepingud kõrgkoolidega. Koostöö tagab hooldekodule vajalikud esmased andmed kliendi vajaduste kohta. Tervishoiu- ja hoolekande spetsialistide vaheline koostöö on piirkonniti erinev.

Koostöö ja koordineerimise puhul esineb intervjuudest saadud info põhjal mitmeid probleeme.

- Hooldekodusse suunamine on intuiitvne otsus, suunamine ei kasva välja seisundi objektivsest hindamisest ega hooldusplaanist ja inimene võib nii sattuda valele teenusele.
- Hooldekodus on probleemiks pideva meeskondliku hindamise puudumine, ent sekkumised peaksid välja kasvama eaka vajadustest.
- Inimese hooldekodusse viijatel on osadel juhtudel raskusi vajaliku saatekirja ja terviseseisundi kirjelduse kättesaamisega perearstidelt.
- Koostöö eakate tervise ja hoolduse kvaliteedi nimel pole piisav tervishoiu- ja hoolekandesektoris ning ei ole prioriteetne Eestis. Igapäevase koostöö partneritega muudab keeruliseks koostöötahte puudumine.
- Koostöö on soovituslikku laadi ning põhineb isiklikel kontaktidel, mitte üleüldistel regulatsioonidel.
- Teenuse tellijaid huvitab kohahind, mitte selle teenuse osutamise kvaliteet.
- KOV surve teenuse hinnale, kui ei langeta hinda, ostetakse hooldekodukoht mujalt.
- Väiksemates asutustes esineb personali puudus, inimressursi vähesuse ja palgafondi piiratuse tõttu.

3.12.3. Infovajadus

Hooldekodud vajavad põhjalikku infot inimese kohta selleks, et läheneda teenuse osutamisel inimese vajadustele ja soovidele tervikliku inimkäsitluse põhimõtteid arvesse võtvalt.

Info kogumisel ilmnesid intervjuudest saadud andmete põhjal mitmed probleemid.

- Kõige enam on puudu inimese terviseseisundit kajastavatest andmetest, need andmed saadakse reeglina kätte, kuid hooldekodu saab selle kohta info hilinevalt, millised terviseprobleemid inimesel esinevad, milline on tema edasine raviplaan, ka tal on esinenud nakkushaigusi, milline on sobiv dieet, milliseid ravi- ja hooldusvahendeid inimene kasutab jm.
- Puudub ligipääs infole, mida omavad KOV sotsiaaltöötajad (hooldusvajaduse eelhindamine), perearstid ja teised inimesega kokkupuutunud ametkonnad, info kättesaamine nõuab palju ajalist ressursi.
- Puudub varasem info inimese vaimse seisundi/kognitiivse võimekuse kohta, mis toob kaasa valeotsuste rakendamisega kaasnevad ohud.
- Puuduvad kokkulepped ja regulatsioonid hooldekodudele ligipääsu loomiseks inimese andmeid koondavatesse andmekogudesse.

Järgnevalt tuuakse välja andmed, mida koduõde vajab oma töö paremaks reguleerimiseks sihtrühma raames.

Üldandmed:

- isikuandmed – nimi, perekonnanimi ja isikukood;
- puue (sügavus, toetuse suurus, kehtivuse aeg), pensioni liik, ravikindlustus (haigekassa piirkond);
- elamistingimused (sh elukoht), kellega elab, kellele kuulub eluase;
- kellele kuulub hoolduskohustus;
- kontaktisikud (lähedaste kontaktid, seotud isikud, sh ametlik hooldaja, koduhooldustöötaja, eestkostja jm);
- abivahendi kaart (sh eraldatud abivahendid);
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused (hindamise koond ja osutatavad teenused digiloos);
- kinnisvara (pärija) ja kes korraldab matused;
- perearst, eriarstid.

Põhitööks vajalikud andmed:

- inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas;
- inimese huvid, huvitegevus;
- abistatava eripärad;
- abistatavat häirivad tegurid;
- terviseseisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused;

- ravimid ja ravi (millised, sagedus);
- osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused (koduõendusteenuse epikriis, tervishoiusotsiaaltöötaja hinnang ja tegevused, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi koondid digiloos);
- õendusprotseduurid (millised, sagedus);
- aktiveerimisharjutused (millised, sagedus);
- tervisekontrolli vajadus (millal);
- vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees);
- funktsionaalne seisund;
- osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms);
- ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus.

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamine:

- abistajad – kes, milles abistavad;
- hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid;
- andmete riskiasutus.

3.12.4. Ettepanekud

1. Töötada välja hoolduse standardid. Koostööpiirkondade loomine võib olla üheks ideeks, et tagada kvaliteet erineva võimekusega omavalitsuste asutustes.
2. Töötada välja valdkonna arengukava, mis on riiklikult reguleeritud ning mis arvestab hoolekande ja tervishoiu koostööd. Arengukava peab võimaldama teenuse osutajatele 5 aasta perspektiivis teenuste mahtu planeerida. See võimaldab planeerida ressursse.
3. Luua erialaspetsialistide komisjon, mis töötab välja regulatsioonid, piiritledes selgelt ülesanded ja vastutuse ning tulemuslikkuse hindamise. Vastutuse jagunemine hoolekande ja tervishoiu vahel peab saama selgemad piirid.
4. Ühtse koostööpartnerite vahel kooskõlastatud inimese seisundit ja vajadusi kajastava hooldekodusse suunamise saatekirja vormi väljatöötamine/ühtlustamine ja kohustuslik kasutusele võtmine üleriigiliselt.
5. Vajalik on ühtse hooldusloo vormide/dokumentatsiooni väljatöötamine üleriigilisena.
6. Vajalik on abivajadusega isikute kaardistamine, et planeerida hooldekodude kohti viie aasta perspektiivis.
7. Ühtse infotehnoloogilise lahenduse kasutuselevõtmine erinevate osapoolte vahel, mis on vajalik ühise võrgu loomiseks, et inimest puudutav info liiguks temaga kaasas, et nad saaksid inimest põhjalikumalt tunda, olla tuttav tema elulooga ja sellest lähtuvalt hooldusteenust paindlikumalt ja sisukamalt osutada.

8. Ühtse hindamisvahendi kasutuselevõtmine inimese hooldusvajaduse hindamisel, hindamise teostamine erinevatel tasemetel ja ulatuses. Ühise hindamisinstrumendi kasutamine võimaldaks teenusevajadust põhjendada.

Üldised ettepanekud eakate poliitika arendamiseks

1. Tegevusjuhi ja inimeste aktiveerimiskohustuse sisse viimine üleriigiliselt.
2. Psühholoogide või hingehoidjate teenuse tihedam kasutamine ja rakendamine, kuna elukohavahetus mõjub eakate psüühikale ruineerivalt.
3. Ühise terminoloogia ning koostöömudeli juurutamine.
4. Inimese vajaduste kindlaks määramise praktikas lihtsa, ühtse objektiivse ja teaduslikult tõendatud ning kiire hindamismetoodika kasutusele võtmine.

4. Tervishoiu- ja hoolekandesektori vahelise koostöö parimad praktikad

4.1. Eesti kogemused

Eesti kogemuste analüüsiobjektiks on hoolduse- ja hooldusravi (õendusabi) vajadusega eakate ja tööealiste isikute ravi ning hoolduse korraldus. Parima praktika näidete hulka kuuluvad asutused:

- mis osutavad teenuseid inimese kesksusest lähtuvalt, paindlikult ja mille lõppeesmärgiks on inimese vajaduste kompleksne rahuldamine, st asutused, mis on suutelised üksikjuhtumiga kohanduma;
- mis on tegelenud erinevate (sotsiaal- ja tervishoiuteenused) teenuste ja nende liikide edasiarendamisega (arengukava, koolitus, uued teenused, kombineerivad nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandeteenuseid, tegelevad juhtumikorraldusega, on olemas asutusesisene dokumenteerimise ja tagasiside kord, tehakse koostööd asutuseväliste partneritega);
- millel on pikemaajalised kogemused ja mille kohta on saadud positiivset tagasisidet inimestelt endilt, lähedastelt, haigekassast, KOV-st.

Parimate praktikate hulka on valitud 4 asutust: SA Pärnu Haigla, SA Koeru Hooldekeskus, SA EELK Tallinna Diakooniahaigla ja SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus. Oluliseks valiku kriteeriumiks oli nende asutuste integreeritud teenuste osutamine ja tihe koostöö kohaliku omavalitsusega.

Koeru Hooldekeskus ja Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus kaasati parimate praktikate analüüsi, kuna tegemist on Eestis ajaliselt kõige kauem integreeritud teenuseid osutanud asutustega, st kus kombineeritakse kooskõlas inimese vajadustega nii tervishoiu- või sotsiaalhoolekandeteenuste osutamist.

Tallinna Diakooniahaigla lülitati parimate praktikate käsitusse, kuna tegemist on esimese haiglaga Eestis, kus hakati osutama hospiitsteenust ja on oluliselt arendatud dementsusega isikutele abi osutamise käsitlust.

Pärnu haigla valiti välja parima praktika asutusena, sest seal alustati pilootprojektina ca 10 aastat tagasi hooldusravi pakkumist, mis toimib siiani edukalt. Sellele lisandub adekvaatse järelevi võimalus. Samuti oli Pärnu haigla valimise põhjuseks see, et saada uuringusse keskhaigla vaatenurka.

Parimate praktikate valikul sai lisaks lähtutud regionaalsest aspektist, mistõttu analüüsitakse Tallinna, Tartu, Kesk-Eesti ja Lääne-Eesti asutusi.

Uuringu eesmärk on dokumenteerida hea praktika näide, kus on esindatud hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamise protsessi kõik peamised etapid:

- a) abivajaduse hindamine ja teenustele suunamine ning abivajaduse vahhindamine teenuse vajaduse muutmiseks (teenuse pikkus ja sisu);

Küsimus: Milline info on olemas enne teenuse osutamist?

Tegevused: Dokumendid, intervjuu asutuse töötajaga.

- b) teenuste plaani (õendushoolduskava, hooldusplaani) koostamine ja teenuse osutamine (nt koduhooldusteenus, hooldekodu teenus, iseseisva koduse õendusabi teenus, hooldushaigla);

Küsimus: Milline on hooldusprotsess asutuses, kodus?

Tegevused: Koostöös õega või hooldusjuhiga dokumentide analüüs. Protsessi kirjeldus intervjuuna.

- c) abistamise protsessi tulemuslikkuse hindamine,

Küsimus: Millised on vahehindamised?

Tegevused: Dokumendid ja vestlus respondendiga, kes dokumente näitab.

- d) abistamise protsessi kvaliteedi ja tulemuste hindamine, tervishoiu- ja hoolekandepoliitiliste otsuste kujundamine (KOV, Sotsiaalministeerium, Haigekassa) ning teenuste vajaduse ja ressursside planeerimine.

Küsimus: Kuidas mõjutab edukas protsess asutuse olevikku/tulevikku?

Tegevused: Vestlus teemal kohalik arengukava, kvaliteedihindamise süsteem, suhted eaka lähedastega, tagasisidevormid.

4.1.1. SA Pärnu Haigla

SA Pärnu Haiglal on laialdane praktika tervishoiu ja hoolekande sektori vahelise koostöö osas hooldusvajadusega ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel.

Pärnu haiglas esineb erandina kõigist teistest Eesti haiglatest eraldi järeldravi üksus. Mujal haiglates toimub järeldravi aktiivravi osakondades aktiivravi jätkuna. Tõenäoliselt kujuneb tulevikus järeldravi üksusest geriaatria üksus, mis on samuti aktiivravi osa.

Pärnu Haiglas osutatakse geriaatrilise hindamise teenust. Patsienti jälgitakse ühe nädala jooksul ja seejärel tehakse kokkuvõtte tema meditsiinilistest ja sotsiaalsetest probleemidest ja koostatakse edasine hooldus ja raviplaan. Järeldravi üksuses hinnatakse valdav enamuse patsientidest. Geriaatrilise hindamise läbiviimiseks on Pärnu haiglas koostatud vastav juhend. Hindamisel kasutatakse interRAI metoodikat – metoodika juurutamist alustati 2002. aastal, mistõttu on praeguseks kogunenud 7-8 aastat kasutamiskogemust.

Kui eriarst märkab hooldusvajadusega ja pikaajaliste terviseprobleemidega patsienti, siis suunab ta inimese geriaatrilisele hindamisele või järeldravi üksusesse (arvestades patsiendi vajadusi). Saatekirja vormistab raviarst märkides sellele põhiprobleemi. Patsiendi jälgimine ja dokumentatsiooni täitmine toimub 7 päeva jooksul. InterRAI metoodika eeldab patsiendi seisundi muutuste jälgimist 14 päeva jooksul, mistõttu osa andmeid saadakse meditsiini dokumentatsiooni (haiguslugu, õenduslugu) andmete alusel. Samal ajal rakendatakse vajalikke diagnostika-, ravi- ja rehabilitatsiooni võtteid. Patsient võib hindamise ajal liikuda teise osakonda (teine aktiivravi osakond, järeldravi üksus, hooldusravi osakond) või ka koju.

Järgneb kokkuvõtte tegemine ning patsiendile koostatakse sobivaim ravi- ja hooldusplaan. Edasine juhtumi(hoolduse) korraldaja leitakse pereliikme või KOV sotsiaaltöötaja näol. Otsuse koopia antakse paber kandjal patsiendile või enamasti tema omastele, järgmisele ravi- või hooldusasutusele, perearstile, polikliiniku ambulatoorsesse kaarti ning vajadusel ka KOV sotsiaaltöötajale, kui tema jääb edasiseks juhtum korraldajaks. Alates 2010. aastast on kokkuvõtte salvestatud ka patsiendi E-terviseloo ja kasutajatele kättesaadav ESTER-i vahendusel.

Patsientidelt ja nende omastelt saadud tagasiside niisuguse praktika rakendamisest on üldiselt olnud positiivne. Patsiendid ja nende omaksed saavad info nii patsiendi probleemidest ja lahenduste võimalustest kui ka olemasolevatest sotsiaalsetest teenustest. Samuti on oluline moraalne tugi patsiendile ja nende omastele. Kirjeldatud süsteem loob olukorra, kus inimene tunneb, et temast hoolitakse ja ta ei ole oma probleemidega üksi. Samuti valmib selge plaan, mida järgida ja hoolduse järjepidevus on tagatud.

KOV saadud tagasiside on samuti positiivne, kuna patsientide probleemid on kaardistatud. Selgub, milliseid teenuseid oleks vaja arendada ning kuna interRai metoodika hindab objektiivselt inimeste abivajadust ja aitab välja sõeluda tõelised abivajajad, on vähendatud subjektiivsuse rolli, kus inimene või omaksed ise hindavad abivajaduse mahtu nii nagu see on näiteks puude vormistamise protsessis.

4.1.2. SA Koeru Hooldekeskus

SA Koeru Hooldekeskus tegutseb hooldusteenuseid osutava asutusena 1950. aastast, sihtasutusena 2003. aastast. Tegemist on riigi poolt asutatud sihtasutusega, mis tegutseb sihtasutuste seaduse alusel. Üheks tõukeks teiste tegurite kõrval, mis tingis riigi hallatava asutuse sihtasutuseks ümberkujundamise, oli Tervishoiuteenuste korraldamise seadusest tulenev tegutsemisvormi piirang õendus-hooldusteenuse osutajatele. Et garanteerida tervishoiuteenuse osutamise järjepidevus, reorganiseeriti asutus sihtasutuseks.

Sihtasutuse tööd juhib nõukogu, mida riigi esindajana juhib Järva maavanem. Side Koeru Hooldekeskuse oluliste partnerite – omavalitsustega – on nõukogu tasandil Järvamaa Omavalitsuste Liidu esindaja kaudu. Samuti teenib vastava seose kindlustamise eesmärki hooldekeskuse arengusuundade kooskõla peamiste maakondlike arengudokumentidega (Järvamaa hoolekandesüsteemi arendamise prioriteetsed suunad ja tegevused aastateks 2007-2013, Järvamaa hooldusvõrgu arengukava 2005-2015, Järvamaa arengulepe aastateks 2007-2013, Järvamaa psüühiliste erivajadustega täiskasvanute teenuste arengukava 2005-2015).

Koeru Hooldekeskus pakub statsionaarseid hooldus- ja tervishoiuteenuseid ning lisaks neile ambulatoorsed teenused. Hooldekeskuses on 215 kohta, millest 30 on määratud litsenseeritud statsionaarse hooldusravi teenuse osutamiseks – Haigekassaga sõlmitud leping garanteerib ravikindlustuse vahenditest teenuse rahastamise käesoleval aastal kuni 10 koha jaoks.

Koeru Hooldekeskuses osutatakse järgmisi teenuseid:

- statsionaarne hooldusravi (koos füsioteraapia teenusega);
- ambulatoorne hooldusravi (koduõendus-hooldusteenus);
- tasuline hooldusravi;
- eakate ööpäevaringne hooldus;
- Alzheimeri ja dementsuse diagnoosiga isikute ööpäevaringne hooldus;
- ajutine ööpäevaringne hooldus eakatele;
- psüühilise erivajadustega isikute ööpäevaringne hooldus;
- psüühilise erivajadustega isikute tugevdatud toetusega ööpäevaringne hooldus;
- psüühiliste erivajadustega isikute toetatud elamise teenus;
- psüühiliste erivajadustega isikute töö toetamise teenus;
- keskköögi teenus (60 000 toiduportsu Koeru Vallale);

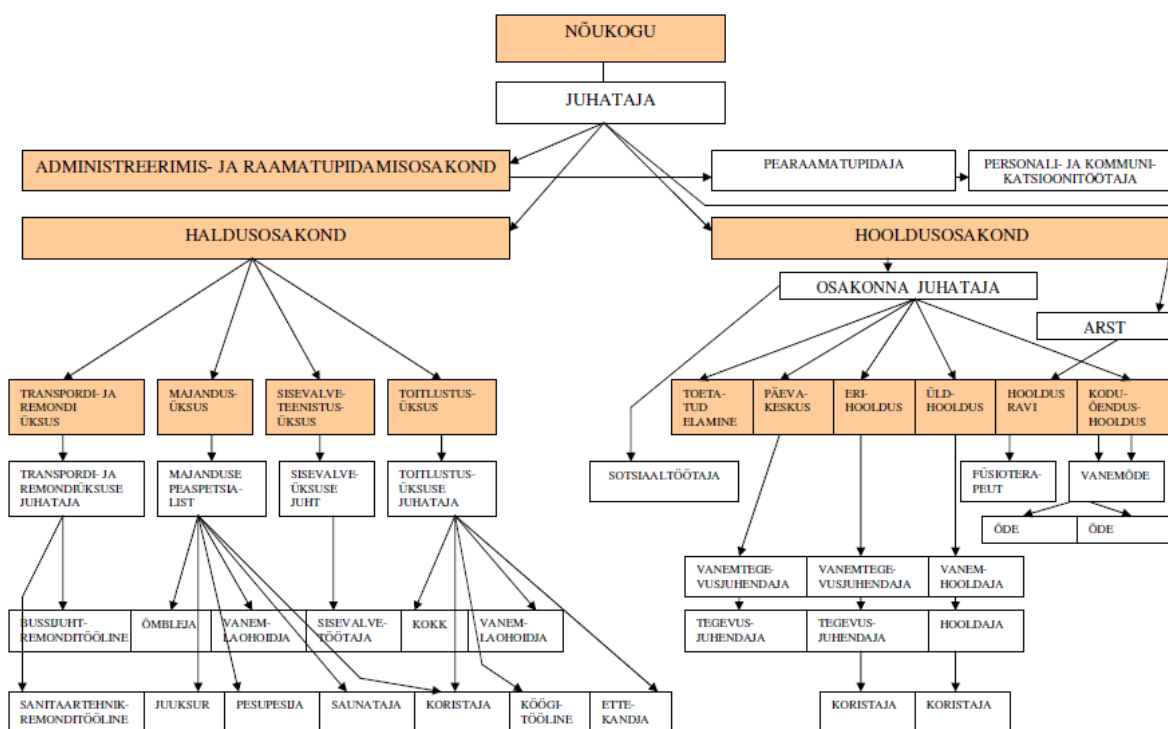
- abivahendite laenutus;
- saunateenus Koeru vallale;
- tavanditeenused.

Lisaks loetletud põhiteenustele osutatakse arvukalt tugi ja abiteenuseid.

SA Koeru Hooldekeskuse arengut suunab arengukava aastateks 2008-2013, mis sätestab kolm arengueesmärki:

- 1) Koeru Hooldekeskus on rahvusvaheliselt sertifitseeritud hoolekandevaldkonna kompetentsikeskus;
- 2) Koeru Hooldekeskuses on olemas ajakohane kvaliteetsete teenuste pakett, mis tagab klientide rahulolu;
- 3) Koeru Hooldekeskus on omavahenditega toime tulev, jätkusuutlik organisatsioon.

SA Koeru Hooldekeskuse organisatsiooni kirjeldab joonis 3.



Joonis 3. SA Koeru Hooldekeskuse struktuur (*Allikas:* SA Koeru Hooldekeskus).

Hooldekeskus osutab sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid, kasutades selleks integreeritud multifunktsionaalse organisatsiooni mudelit.

Hooldekeskuse partneriteks on

- 1) Eesti Haigekassa;
- 2) Sotsiaalkindlustusamet;
- 3) Järva maavalitsus;
- 4) Järvamaa omavalitsuste Liit;

- 5) AS Järvamaa Haigla;
- 6) omavalitsused, omavalitsuse sotsiaaltöötajad ja omavalitsuse territooriumil tegutsevad perearstid (peamiselt Järva maakond);
- 7) Koeru perearstid (hooldekeskuse elanikele esmatasandi tervishoiuteenuse osutajad);
- 8) teised sotsiaalhoolekande teenuste osutajad;
- 9) üksikisikud ja perekonnad.

Koeru Hooldekeskuse tegevuse aluseks on erinevad regulatsioonid – sihtasutuse seadus, sihtasutuse põhimäärus, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamist reguleerivad dokumendid). Suhted klientidega (või teenuste rahastajatega) baseeruvad lepingutel, sh lepingud Haigekassaga (stационаarne ja ambulatoorne hooldusravi), Sotsiaalkindlustusametiga (psüühiliste erivajadustega isikute rehabilitatsiooniteenused), kohalike omavalitsustega (üldhooldekodu teenus, dementsete ööpäevaringne hooldus), klientidega või nende esindajatega.

Teenuste osutamine iseenesest põhineb kolme tüüpi dokumentidel: raviplaan, hooldusplaan, rehabilitatsiooniplaan. Põhimõtteliselt sisaldavad nii raviplaan (näiteks juhul, kui ambulatoorse hooldusravi teenuse saaja on läbinud geriaatrilise hindamise) kui ka rehabilitatsiooniplaan (tehtud sotsiaalkindlustusameti poolt) hindamist. Hooldusplaani koostamise aluseks on samuti hindamine, kuid seda ei teosta kolmas osapool, vaid hooldekeskus. Nimelt korraldab hooldekeskus hiljemalt kahe nädala jooksul pärast isiku hooldusele suunamist tema hindamise. Hindamise tulemus on aluseks lepingu sõlmimiseks teenuse rahastajaga (isik, tema esindaja, kohalik omavalitsus vm). Hindamiseks kasutatavad instrumendid on välja töötatud hooldekeskuse poolt, need on oma olemuse poolest lihtsamad kui interRAI ja sisaldavad endas mini-mental testi, PSMS-i, ADL indeksit jm.

Iseenesest sisaldab selline hindamise praktika teatavad vastuolu, sest esmane või eelhindamine peaks toimuma asutusse suunamise eel suunaja poolt. Sellisel juhul toimuks asutuses lõplik ja esmast hindamist täpsustav hindamine. Olemasolevatel andmetel üldjuhul eelhindamist ei toimu, samuti ei toimu hooldekeskuses regulaarset (perioodilist) järelhindamist. Kliendi seisundis toimuvad muutused registreeritakse asutuse töökorralduslikes dokumentides (vahetuse kokkuvõtte jm) ja hooldusplaani märkuste osas. Hooldusplaani täitmise aruanne kooskõlastatakse kliendi või tema esindajaga.

Hooldekodu klientide meditsiiniline teenindamine on korraldatud perearstisüsteemi vahendusel (kas elukohajärgne perearst või asutuse asukohajärgne perearst). Isikud, keda teenindab kohalik perearst, on jaotatud kahe nimistu vahel. See tagab teenuste parema kvaliteedi (perearstide ühtlasema koormatuse sagedast abi vajavate isikute jaotumise mõttes). Vajadusel kasutatakse erakorralise meditsiini teenust (kiirabi). Hooldus-õendusteenusel olevate isikute meditsiiniliseks teenindamiseks on asutuse koosseisus arsti ametikoht. See tähendab, et vajadusel on võimalik raviplaani muuta (korrigeerida) kohapeal.

Suhtumine interRAI kasutuselevõttu on ettevaatlik, kuna ühelt poolt on paljude klientide kohta juba märkimisväärset hulgal olemas hindamisega kogutud infot (näiteks hooldaja määramisel hangitud info) ja teiselt poolt on antud asutuses praktikakogemused interRAI osas vähesed. Kuna tervishoiuteenuste ja hooldusteenuste osutamine on teineteisest administratiivselt lahutatud, siis pole hetkel ühe süsteemi otsused teise suhtes kohustuslikud ja seetõttu ei suudeta näha interRAI hindamise otstarbekust.

4.1.3. SA EELK Tallinna Diakooniahaigla

SA EELK Tallinna Diakooniahaigla (edaspidi Diakooniahaigla) on loodud 1999. aastal ning on ainuke kirikule kuuluv haigla Baltikumis (SA EELK Tallinna Diakooniahaigla 2010).

Diakooniahaigla teenused ja teenuste mahud käesoleval hetkel on järgmised:

- ööpäevaringne õendushooldus ehk hooldusravi (hooldusravi osakonnas 30 voodikohta, hospitsiosakonnas 12 voodikohta, hooldusravi osakonnas dementsusega patsientidele 18 voodikohta);
- ööpäevaringne hooldus (üldhooldekodu tüüpi pansionaadis 13 voodikohta);
- kodune õendusabi (koduõendus/avahooldus osakond, mis pakub õdede koduvisiite ja vajadusel lisaks ka hooldajate koduvisiite);
- intervallhooldus (lühiaegne, tavaliselt 7-14 päeva kestev hooldus selleks, et kodused hooldajad saaksid puhata).

Kõik need osakonnad töötavad omavahelises seoses, patsient liigub vajadusel ühelt teenuselt teisele, samas on teenused selgelt piiritletud ja üksteisest erinevad. Kokku saavad hooldusravi 60 patsienti, hooldust 13 klienti, koduõendust 72 patsienti (560 visiiti kuus). Hetkel on koduhooldusteenust vähem, kuna selle eest tasub klient täielikult.

Juhtumiuuring Diakooniahaiglas viidi läbi septembris 2010 ning informatsiooni andsid sotsiaaltöötaja, asutuse juhataja ja õendushoolduse osakonna juhataja. Tulemused on esitatud hooldusvajadusega inimese abistamise etappide kaupa.

1. Abivajaduse hindamine ja teenustele suunamine ning abivajaduse vahehindamine teenuse vajaduse muutmiseks (teenuse pikkus ja sisu).

Kodus osutatavate teenuste aluseks on suunamiskiri perearstilt. Asutushoolduse puhul on patsiendil kaasas väljavõte haigusloost. Vahehindamisteks on asutuses kasutusel vaheepikriisid. Kuna asutuses on palju teenuseid, siis inimeste liikumine „teenuste vahel“ on lihtsam. Abivajadust hinnatakse jooksvalt ning infovahetus asutusesiseselt liigub kiiresti. Hindamisinstrumentide väljatöötamisel on aluseks olnud erinevad hindamismeetodid, sh. interRAI. InterRAI küsimustikku on aga peetud ajamahukaks ja keerukaks ning asutuses kasutatakse asutuse töötajate poolt välja töötatud instrumenti, mis sisaldab erinevad osasid nagu isikuandmed, haiguse seisundi kirjeldus, füüsilise seisundi näitajad, sotsiaalne toimetulek ja seisund ning võrgustik. Valmisolek kasutada interRAI küsimustikku IT-lahendustele toetudes on olemas ning töötajad pooldavad seda.

2. Teenuste plaani (õendushoolduskava, hooldusplaani) koostamine ja teenuse osutamine (koduhooldusteenus, hooldekodu teenus, iseseisva koduse õendusabi teenus, hooldushaigla).

Nii koduhoolduses kui asutushoolduses täidetakse õendushoolduslugu. Hooldusloo planketid erinevad teineteisest vastavalt teenuse iseloomule. Koduhoolduse puhul on enam rõhku pandud toimetulekule ja sotsiaalsetele vajadustele, asutushooldusel viibiva inimese puhul keskendub hoolduslugu pigem igapäevaeluga hakkama saamisele füüsilistest vajadustest lähtuvalt. Nii koduhooldus- kui asutushooldusplaan täidetakse koos lähedastega. Mõlemad hooldusplaanid sisaldavad ka pidevat seisundihindamist võimaldavat vormi, kuid praktikas toimub vahehindamine vaid oluliste sündmuste korral.

3. Abistamise protsessi tulemuslikkuse hindamine.

Vahehindamisel täidetakse õendushoolduslugu ning vaheepikriise, kus on kirjas õendusprobleem, eesmärk, õendustegevus ja hinnang.

4. Abistamise protsessi kvaliteedi ja tulemuste hindamine, tervishoiu- ja hoolekandepoliitiliste otsuste kujundamine (KOV, Sotsiaalministeerium, Haigekassa) ning teenuste vajaduse ja ressursside planeerimine.

Diakooniahaiglal on koostamisel arengukava, kus on kirjeldatud teenused tulevikuks. Need on integreeritud teenus (õendusabi integreeritult hooldusabiga), st 24 tundi hooldust ja 8 tundi õendust ööpäevas; intervallhoolduse osutamine suuremas mahus; juurdeehituse planeerimine, et tagada enam hospiits- ja hooldusravikohti dementsusega inimestele; koolituskeskuse loomine ning töötajate pidev koolitamine (teemadeks palliatiivravi, dementsusega inimesed ja hospiits).

Pidevalt tehakse koostööd perearstide ja linnaosavalitsustega, et teenuseid muuta kättesaadavamaks ja neid edasi arendada.

4.1.4. SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus

SA Tartu Vaimse Tervise hooldekeskus loodi 1993. aastal. Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus on loodud 2003. aastal. Juba 1994. aastal hakati osutama teenuseid psüühikahäirega eakatele.

Vaimse Tervise Hooldekeskuse missiooniks on võimaldada psüühiliste erivajadustega isikutel säilitada või paranda nende toimetulekut igapäevaeluga nii, et nad on edukad ja rahul nende endi poolt valitud keskkonnas võimalikult vähese professionaalse sekkumisega.

Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses on kaks osakonda, rehabilitatsiooni ja toetavate teenuste osakond (sihtrühm psüühikahäiretega tööelised isikud) ning eakate hooldusosakond (sihtrühm psüühikahäiretega eakad). Käesolevas raportis keskendume parima praktika kirjeldamisel eakate hooldusosakonna tööle ja tegevustele.

Hea praktika näitena esitatakse Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse eakate hooldusosakond, kuna seal kombineeritakse psüühikahäiretega eakatele abi vastavalt nende vajadustele, osutatakse nii hoolekande- kui tervishoiuteenuseid. Eakate hooldusosakond on aastate jooksul laiendanud ja arendanud edasi teenuseid ning loonud juurde erinevaid teenuse liike. Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse eakate hooldusosakond on ka esimene asutus Eestis, kes hakkas teenust pakkuma dementsetele eakatele. Lisaks osaleb asutus erinevates teadusuuringutes (nt Dementsusega inimeste hooldamise probleemid ja hooldusteenuste arendamise vajadus Eestis, 2007) ja muudes kohalikes ning rahvusvahelistes valdkonna arendusprojektides (nt Tartu linna projekt koduhoolduse ja koduõenduse lõimumine või rahvusvaheline projekt RightTimePlaceCare). Eakate hooldusosakond on ka praktikabaasiks Tartu Tervishoiu Kõrgkoolile ning koos tehakse arendustööd, st viiakse läbi täiendkoolitusi spetsialistele dementsuse teemadel. Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses on olemas arengukava aastateks 2008 - 2012.

Eakate hooldusosakonnas osutatakse järgnevaid teenuseid:

- ööpäevaringne hooldusteenus Nõlvaku Hooldekeskuses (Nõlvaku 12), kus on 42-46 voodikohta;
- päevahooldusteenus Anne Päevakeskuses (Kaunase pst 22), kus on 35 kohta;
- ambulatoorne koduhooldusteenus 30-33 inimesele;
- ambulatoorne koduõendusteenus, kuus 13-15 raviuhtu.

Juhtumikorraldamisel tegeletakse ka erinevate teenuste omavahelise kombineerimisega, st inimene liigub vajadusel ühelt teenuselt teisele. Teenused on samas selgelt piiritletud, üksteisest erinevad.

Ööpäevaringset hooldusteenust rahastavad inimene ise ja lähedased, osadel juhtudel on kaasatud finantseerimisse KOV. Ühe kuu tasu ööpäevaringisel hooldusel on 10 507 krooni.

Päevahooldusteenusel saab inimene viibida esmaspäevast reedeni kella 7.00-st kuni 19.00-ni. Päevahooldusteenus on Tartu linna inimestele muidu tasuta, kuid inimene katab ise söögi- ja ravimite tasu st 46 krooni päevas (söömine kolm korda päevas). Päevahooldusteenusele võetakse inimesi ka väljaspool Tartut, mil omaosaluse hind on 246 krooni. Päevahooldusteenusele minek ja sealt koju tagasi saamine on korraldatud, st osutatakse ka transporditeenust ning käesoleval aastal on see Tartu linna piires tasuta, muidu maksab teenus 20 krooni päevas.

Koduhooldusteenust osutatakse nii Tartu linna psüühikahäiretega eakatele (teenus tasuta) kui väljastpoolt tulevatele isikutele, mil tunnihinnaks on 104 krooni.

Koduõendusteenust finantseerib põhiliselt Eesti Haigekassa, teenus on Tartu linna inimestele tasuta. Teenuse osutamist toetab ka Tartu linn.

Ööpäevaringsele hooldusteenusele, päevahooldusteenusele ja koduhooldusteenusele ei ole seatud ajalisi piiranguid, st inimene saab olla teenusel nii kaua, kui ta seda vajab. Koduõendusteenust osutatakse psüühikahäiretega eakatele vastavalt vajadusele, ühe ravijuhu pikkus on maksimaalselt 3 kuud, kuid vahhindamiste abiga on inimesel võimalik jääda ka pikemalt teenusele.

Juhtumiuuring viidi läbi Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses oktoobri alguses ja informatsiooni andis eakate hooldusosakonna juhataja. Tulemused on esitatud hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimese abistamise etappide kaupa.

1. Abivajaduse hindamine ja teenustele suunamine ning abivajaduse vahhindamine teenuse vajaduse muutmiseks (teenuse pikkus ja sisu).

Ööpäevaringsele hooldusteenusele saabumiseks väljastavad saatekirja perearst ja KOV, saatekirja vorm on töötatud välja asutuse poolt. Päevahooldusteenusele ja koduhooldusteenusele suunamisel on vajalik KOV saatekiri, st suunajaks on KOV sotsiaaltöötaja. Koduõendusteenusele suunamisel väljastab saatekirja perearst või eriarst. Teenusele saabumisel on inimesele kaasas ka haiguslugude väljavõtted.

Vahhindamisteks on asutuses kasutusel aktiveerimisplaan, hoolduskava ja kliendi põhihooldusvormid. Abivajadust hinnatakse jooksvalt ning infovahetus asutusesiseselt liigub kiiresti. Ööpäevaringse teenusel ja päevahooldusteenusel täidavad töötajad vastava vajalikku infot sisaldava iga töötaja pävaraporti ja valve üleandmise raporti, mis edastatakse järgmise valve personalile. Kord kuus on personalile üldkoosolekud, iga päev pävakoosolekud ehk valve ülevõtmise koosolekud.

2. Teenuste plaani (hooldusplaani, õendushoolduskava) koostamine ja teenuse osutamine (ööpäevaringne hooldusteenus, päevahooldusteenus, koduhooldusteenus, koduse õendusabi teenus).

Nii asutushoolduses kui koduhoolduses täidetakse isikukaart, mis koosneb erinevatest vormidest (isikuandmete kaart, ravimite kaart, arsti korralduste kaart, teenusele vastuvõtu- ja saatekiri, inimese iseloomustus, hoolduskava, kroonilisest psüühikahäiretest tingitud eritingimused või- tegevused, inimese elulugu, inimesele kaasas olevate esemete loetelu, kliendi põhihooldusleht, aktiveerimisplaan, koduõenduse vajaduse hindamise kaart) ja need erinevad teineteisest vastavalt teenuse iseloomule. Koduhoolduse puhul on enam rõhku pandud toimetulekule ja sotsiaalsetele vajadustele, asutushooldusel viibiva inimese puhul keskendub hoolduslugu pigem igapäevaeluga

hakkama saamisele füüsilistest ja psüühilistest vajadustest lähtuvalt. Nii koduhooldus- kui asutushooldusplaan täidetakse võimalusel koos lähedastega. Kõik hooldusplaanid sisaldavad pidevat seisundihindamist võimaldavat vormi. Praktikast toimub vahehindamine isiku teenusele saabumise järgselt kahe nädala järel ja siis oluliste sündmuste korral ning vastavalt vajadusele.

3. Abistamise protsessi tulemuslikkuse hindamine.

Vahehindamisel täidetakse aktiveerimisplaan, hoolduskava ja kliendi põhihooldusvormid, kus on kirjas olukorra kirjeldus, eesmärk, tegevused, hinnang, eriinfo, tegevusjuhised, hooldustoimingud.

4. Abistamise protsessi kvaliteedi ja tulemuste hindamine, tervishoiu- ja hoolekandepoliitiliste otsuste kujundamine (KOV, Sotsiaalministeerium, Haigekassa) ning teenuste vajaduse ja ressursside planeerimine.

Tulevikus on soov luua uus teenus ehk kodune põetusteenus psüühikahäiretega isikutele, kuid põhieesmärgiks on edasi arendada ja parendada hetkel pakutavaid teenuseid ning tegeleda töötajate ja ka teiste erialade esindajate pideva koolitamisega dementsuse teemal.

Töötajaid motiveeritakse tulemustasu ja sellega, et valitakse aasta parim töötaja. 1 kord aastas viiakse läbi teenusega rahulolu uuringud inimeste ja lähedaste seas. Asutuse poolt on koostatud infovoldikud, kliente ja lähedasi informeeritakse teenuse sisust, olemas on päevakava. Personali koosseisu kuuluvad hooldustöötajad, vastutav hooldustöötaja, tegevusjuhendaja, koduõde, hooldusjuht, psühhiaater ja perearst konsulantidena ning osakonnajuhataja. Pidevalt tehakse koostööd perearstide ja KOV-ga, et teenuseid muuta kättesaadavamaks ja neid edasi arendada.

4.2. Välisriikide kogemused

4.2.1. Hooldusvajaduse hindamine ja integreeritud hooldusteenused

Käesolev ülevaade põhineb suures osas CARMEN (*Care and Management of Services for Older People in Europe Network*) projekti (2004) materjalide „Integrating Services for Older People“ analüüsil. Antud võrgustik tegutseb EHMA (*European Health Management Association*) egiidi all. Selles projektis tuuakse välja eakatele suunatud integreeritud hooldusteenuste korraldamise olulised küljed ning selle raames tehtavad soovitusel integreeritud teenuste osutamiseks on koostatud 11 Euroopa riigi (Kreeka, Rootsi, Soome, Suurbritannia, Iirimaa, Itaalia, Holland, Belgia, Taani, Hispaania, Saksamaa) kogemuse põhjal.

Integreeritud hooldus on teenuste ja hooldusprotsesside hästi planeeritud ja organiseeritud komplekt, mis on suunatud multiprobleemsete isikute või sarnaste vajadustega/probleemidega isikute rühma vajaduste ja probleemide lahendamisele.

Integreeritud hoolduse rakendamiseks on vaja korrastada seadusandlust, teenuste rahastamist ja kindlustuse struktuuri. Integreeritud hoolduse võtmeprioriteet on teenuse järjepidevus.

Integreeritud hoolduses eristatakse kahte mudelit:

- integreeritud organisatsioonid – hierarhiline mudel,
- integreeritud võrgustik – sõltumatute partnerite omavahelise koostöö mudel.

Integreeritud teenuseid iseloomustavad mitmed olulised aspektid.

- Kliendikesksus, kliendi kaasatus hooldusprotsessi.

- Hooldusvajaduste hindamine. Eristatakse esmast, isiku vajaduste lihtsat hindamist ja igakülgset isiku vajaduste hindamist.
- Hoolduse juhised – tegevusjuhised isikute või spetsiifiliste probleemidega patsientide rühmade hoolduse juhtimiseks.
- Juhtumikorraldus.
- Integreeritud meeskonnatöö: multidistsiplinaarsed meeskonnad, organisatsioonidevahelised tervishoiu ja sotsiaalhoolduse professionaalide meeskonnad.
- Innovatiivne koostöö organisatsioonide ja süsteemide vahel, mis loob uue kvaliteedi.
- Informatsiooni korraldus. Koostööle orienteeritud süsteemides on informatsiooni liikumine määrava tähtsusega. Informatsioon on oluline professionaalidele, organisatsioonidele, patsiendile/kliendile, teenuse osutajatele (hooldajatele). Informatsiooni vahetuseks on otstarbekas kasutada elektroonilisi võimalusi.
- Juhtimine, strateegiline planeerimine, kvaliteedijuhtimine.

Projekti CARMEN raames analüüsitud 11 Euroopa riigi kogemus näitab, et integreeritud hoolduse toimimiseks on vajalikud hooldusvajaduse hindamised, mis omakorda tagavad teenuste kvaliteedi ja järjepidevuse. Hoolduse võrgustike toimimiseks on vajalik informatsiooni kättesaadavus ja kasutatavus teenuste erinevatel tasanditel.

4.2.2. InterRAI kasutuse kogemused välisriikides

InterRAI hindamisinstrumentide ja nende kasutuse kohta on tehtud mitmeid rahvusvahelisi uuringuid. Järgnevalt antakse ülevaade mõnede olulisemate uuringute tulemustest.

Põhjamaad (Taani, Rootsi, Soome, Island, Norra) teostasid perioodil 1998-2008 ühisprojekti NordRAI, mille käigus adapteeriti standardiseeritud hindamisinstrumentid (interRAI) Põhjamaadele, et läbi viia uuringuid ja kvaliteedi võrdlusi eakate hooldusteenuste korraldamises. Projekti kutsus ellu elanikkonna pikenev eluiga ja sellega seotud hoolduskulude kasv. Hooldusteenuste hindamisel ja kvaliteedivõrdlustes kasutati RAI instrumente. Tabelis 3 on ära toodud, millised instrumentid olid 2008. aastaks projektis osalenud riikides tõlgitud.

Norra oli esimene maa, kus hakati rutiinsete meditsiinidokumentide andmeid võrdlema interRAI instrumentide andmetega. Rootsi kasutab interRAI instrumente eeskätt teadustöös.

Mitmed olulise tähtsusega interRAI kasutamise projektid said Põhjamaades alguse juba ka varem. Näiteks DAN RAI loodi Taanis 1993. aastal ja selle käigus kasutati RAI instrumente põhiliselt teadus- ja uurimistöodes ning pidevalt praktikas mõnes õenduskodus. Aastal 1994 loodi Soomes FIN RAI ning 2000. aastal algas seal InterRAI-LTCF¹⁶ kasutuselevõtmine (2003. aastaks oli see kasutusel 1/3 hooldekodudes). InterRAI-HC ja interRAI-LTCF on Soomes samuti kasutusel individuaalsel hindamisel (2008. aastal tehti kokku 20 000 hindamist).

Islandil muudeti 1996. aastast kohustuslikuks interRAI-NH (*nursing home*) kasutamine kõikides õenduskodudes. Lisaks on interRAI-HC kasutusele võtmisel koduhoolduses ja koduõenduses. Teadus- ja uurimistöös kasutatakse interRAI-PC ja interRAI-AC hindamisinstrumente.

¹⁶ Vt täpsemalt ptk 2.2.

Tabel 3. Põhjamaades tõlgitud interRAI instrumendid 2008. aasta seisuga (*Allikas:* NordRAI 1998-2008).

	Taani	Soome	Island	Norra	Rootsi
InterRAI HC	x	x	x	x	x
InterRAI-LTC	x	x	x	x	x
IterRAI-PC			x	x	x
InterRAI-AC	x	x	x	x	x
InterRAI-PAC			x		
InterRAI-MH		x	x		
InterRAI-CMH		x			
InterRAI-PD				x	

Mitme riigi kogemusi kokkuvõtivatest projektidest on üks olulisemaid 2003. aastal läbiviidud „Implementing the Resident Assessment Instrument“¹⁷, milles osalesid Ameerika Ühendriigid, Kanada, Island, Iisrael, Itaalia, Hispaania, Inglismaa ja Wales ning Jaapan.

Eakate arvu suurenemine, hoolduskulude kasvu kontrollimatus, teenuste mittevastavus vajadustele, mitmesugused kvaliteediprobleemid viisid vajaduseni leida võimalus eakate hooldusteenuste korraldamiseks usaldusväärsete standardiseeritud meetoditega, mis võimaldaksid ühtlasi hooldus- ja õendusasutuste võrdlemist. RAI MDS (RAI-LTC) oli selles valikus sobiv RAP ja RUG süsteemidega.

Mainitud riikide kogemuse põhjal võib öelda, et RAI juurutamisel on oluline:

- objektiivne vajadus teenuste süsteemi korrastamiseks;
- poliitikute tugi;
- otsused valitsuse (parlamendi, ministeeriumi) tasemel;
- mitmesuguste era- ja teaduslike organisatsioonide tugi;
- adekvaatne ja teaduspõhine informatsioon, pilootuuringud;
- materjalide tõlked ja kohandamised;
- protsessis osalejate süstemaatilised koolitused;
- instrumendi kasutuselevõtuga samaaegne kompuuteriseerimine;
- protsessi samaaegne kulgemine alt üles ja ülevalt alla;
- protsessi konservatiivne planeerimine (üldjuhul pikaajaline protsess).

Projekt kirjeldab ka probleeme juurutamisel:

- asutused ei vasta teatud professionaalsuse nõuetele,
- puudub soov reforme ellu viia,
- puudub piisav teave interRAI süsteemi kohta,
- instrument on keeruline ja ajamahukas,
- kardetakse dokumentatsiooni mahu kasvu.

¹⁷ Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long Term Care in Eight Countries, 2003.

Üheks takistavaks faktoriks võib kujuneda ka administratiivse jaotuse muutus instrumendi juurutamise ajal riigis.

InterRAI instrumendi kasutuselevõtu aspekte kirjeldavad sarnaselt ka Austraalia, Kanada, USA ja Prantsusmaa teadlased 2009. aastal avaldatud ülevaateartiklis (Gray *et al* 2009), kus märgitakse ära järgmised olulised aspektid:

- poliitilise toetuse vajadus,
- juurutamiseks vajalike summade planeerimise vajadus,
- otsene seose interRAI instrumentide kasutamise ja komputriseerimise vahel,
- süsteemi efektiivsuse tõus seoses kogutud andmete kasutamisega erinevatel teenuste tasanditel (kaob vajadus paralleelseteks hindamisteks),
- sisuline muutus lähenemises teenuste osutamisele ehk teenus muutub kliendikeskseks.

Probleemidena nähakse:

- eraõiguslike teenuseosutajate osaline sõltumatus,
- seni erialakeskselt eakate probleeme hinnanud praktikud näevad ohtu professionaalsele autonoomiale,
- soovimatust minna üle oma asutuse jaoks sobivalt hindamismudelilt standardiseeritud tõenduspõhisele hindamismudelile.

4.3. InterRAI rakendamise senised praktikad

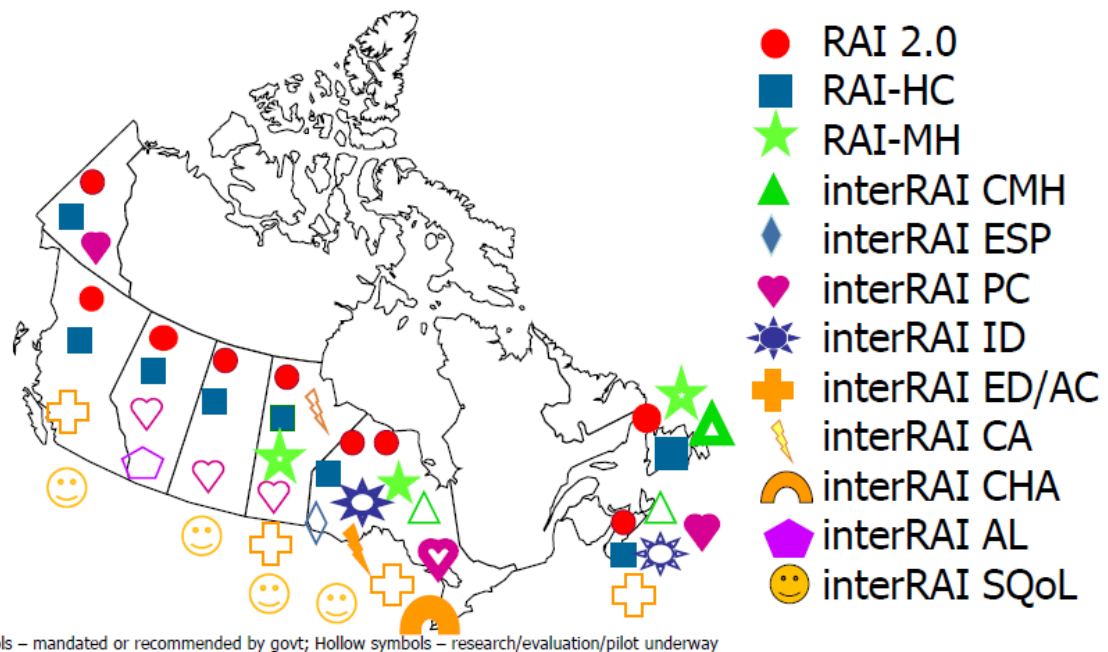
Seniste praktikate valikus ei ole aluseks võetud näidete ning Eesti sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi sarnasust ja rahastamismudeleid. Eesmärgiks on eakate vajaduste hindamiseks ja teenuste osutamise korrastamiseks sobiva standardiseeritud süsteemi leidmine. Olenemata hooldussüsteemide erinevusest on igas süsteemis vajalik teenuste osutamise sihipärasus ja ressursside mõistlik kasutamine, teenuste professionaalne kvaliteet ja võimalused kvaliteedi hindamiseks erinevate teenuseosutajate juures. Selleks tuleb leida abivahend, mis sobib erinevates administratiivsetes valdkondades. Nagu erinevatest uuringutest ja rakendamise kogemustest selgub, on interRAI hindamissüsteemi nähtud olulise vahendina integreeritud hooldussüsteemide kujundamisel.

4.3.1. Kanada kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel

Kuna Kanada on 10 provintsist ja 3 territooriumist moodustatud föderatsioon, tuleb tervishoiu korralduse aspektist Kanadat vaadelda kui 12 eri maast koosnevana (erandiks on Quebec). Kanada tervishoiu regulatsioon (*Canada Health Act*, 1984) kehtestab rahvuslikud standardid arstidele ja haiglatele, käsitledes põhiliselt teenuste rahastamist. Koduhoolduse ja õenduskodude osas on provintsid ja territooriumidel suured erinevused, rahvuslikud standardid ei ole nende teenuste puhul alati asjakohased. Provintsid vastutavad tervishoiuteenuste osutamise eest provintsid ise, territooriumidel rahastab tervishoiuteenuseid föderaalvalitsus (Hirdes 2010). Kuni 70% tervishoiu kuludest on kaetud avaliku sektori poolt, kuna hooldusteenuste osutamine on liikunud haiglast koju ja kogukonda.

Tervishoiu seadusandluses on alates 21. sajandist pidevalt täiendatud integreeritud hoolduse temaatikat ning kodus osutatavate teenuste vajadust. Samuti räägitakse rahvusliku tervishoiu kindlustusest enam, mis tugevdaks veelgi võrdsuse, solidaarsuse ja õigluse printsiipi (Romanov 2002). Samuti on Kanadas aktuaalseks teemaks mitteformaalsete hooldajate toetamine ning hoolduskoormus ja teenuste rahastamise süsteem (Le Goff 2003).

Lähtudes eakate inimeste terviseprobleemide keerukusest, osutatava teenuse ebarahuldavatest tulemustest ja koduteenuste kulude kasvust tekkis vajadus võrdleva hindamisega saadud kvaliteetse multidimensionaalse informatsiooni järele.



Joonis 4. InterRAI instrumentide kasutamise levik Kanada provintssides ja territooriumidel (Hirdes 2010).

1996. aastal muudeti Ontario provintsis kohustuslikuks RAI 2.0 kasutamine pikaravi haiglates/osakondades (*continuing care hospitals*). Alates 2002. aastast on RAI-KO kasutamine kohustuslik kõigi koduhoolduse klientide hindamisel, kes vajavad eeldatavalt teenust 60 päeva ja enam. Hindamine toimub juhtumikorralduse käigus spetsiaalsetes keskustes (*Community Care Access Centre, CCAC*), kus juhtumikorraldaja leiab kliendile sobiva asutuse ja korraldab lepingu sõlmimise. Tänapäevaks on 7 provintsi ja 1 territoorium juurutanud RAI-KO hindamise öenduskodudes ja pikaravi haiglates.

RAI 2.0 juurutamist rahvuslikul tasandil toetab CIHI (*Canadian Institute for Health Information*) CCRS (*Continuing Care Reporting System*) kaudu. CIHI on välja töötamas ka uut infosüsteemi interRAI LTCF instrumentidele.

2001. aastal viidi Manitoba provintsis läbi uuring interRAI-KO ja SACPAT hindamisvahendite võrdluseks. Analüüsi tulemusena kinnitati kogu provintsis kasutamiseks MDS KO vorm koduhoolduse vajaduse hindamiseks, kuna tegemist on valiidsel ja usaldusväärse instrumendiga (Information System Pilot ... 2001). Ontario provintsi planeerib uue RAI-KO instrumendi kasutusele võtta lähiaastate jooksul. 2005. aastast on nõutav RAI-MH kasutamine kõikide täiskasvanud patsientide hindamisel psühhiaatriakliinikutes, Manitoba ja Newfoundlandi provintsid planeerivad instrumendi juurutamist sealse jurisdiktsioonis. Newfoundlandis on piloottestimisel interRAI-CMH.

InterRAI kontakthindamise instrument (interRAI-CA) võeti kasutusele esialgu Ontario provintsis 2006. aastal, edaspidi ka mitmes teises provintsis. Kontakthindamise instrumendiga hinnatakse

- kas edasine RAI-KO hindamine on vajalik,
- õendus- või isikuabi teenuste osutamise vajadust,
- rehabilitatsiooni või hospitaliseerimise vajadust.

Kontakthindamise instrument on kasutusel ka baasinstrumendina lühiajalise, suhteliselt lihtsate probleemidega koduhoolduse vajaduse hindamisel ja edaspidiste teenuste osutamisel.

Palliativse ravi/hoolduse osutajateks on nii kogukonna agentuurid kui ka hospitsid. Ontario, Nova Scotia ja Yukoni territoorium on teatanud interRAI-PC juurutamise planeerimisest. Hetkel puudub aga rahvuslik infovahetuse süsteem.

Ontario provints on lisaks juurutamas interRAI-CHA (*Community Health Assessment*) instrumenti kogukonnas osutatavate sotsiaalteenuste toetuseks ja pimedate isikute vajaduste hindamiseks. Samuti kasutatakse interRAI-ID (*Intellectual Disability*) instrumenti teenuste ümberkorraldamisel ja intellektipuudega inimeste suunamisel kogukonda.

Koduhoolduses ja õenduskodudes on kasutusel InterRAI Clinical Assessment Protocols (*CAPs*), psühhiaatrias on kasutusel interRAI-MH CAPs (*Mental Health CAPs*). Paljud provintsid viivad läbi pilootuuringuid interRAI *Subjective Quality of Life* instrumendi kasutuselevõtmiseks õenduskodudes, teatud ulatuses ka kogukonna teenuste ja vaimse tervise osas.

RUG-III on kasutusel *case-mix*’il põhineva maksesüsteemina Ontario ja Alberta provintsid, teised kasutavad RUG süsteemi planeerimise eesmärgil.

Kanada kasutab interRAI instrumente väga laialdaselt ka teadustöös. Viimasel kümnendil on interRAI instrumentidega seotud projekte rahastatud 10 miljoni Kanada dollari ulatuses.

Kanada on pidanud vajalikuks luua integreeritud hooldus- ja tervishoiuteenuste informatsiooni süsteem, kuna

- võrreldavate vajadustega isikud saavad teenuseid erinevates tervishoiu- ja hoolekande sektorites, mis enamasti on teenuste kvaliteediprobleemide ja ressursikulu põhjuseks (komplekssete vajadustega isikud: eakad, mentaalsete probleemidega isikud, elulõpu hooldust vajavad inimesed; süsteemi tasandil: peab olema suuteline määrata, kes ja kus saab teenuse; isiku tasandil tuleb tegelda mitmete teenuse osutajatega);
- oluline on teenuste osutamise järjepidevus;
- muutused süsteemi ühes osas mõjutavad süsteemi teisi osi (suurendades koduteenuste mahtu vähendame pikaajalise hoolduse vajadust, samal ajal suurenevad pikaajalise hoolduse kulud, sest institutsioonides on ainult komplitseeritud juhud – case mix süsteem võimaldab planeerida ressursikasutust).

Teenuste agentuurid kasutavad personaalset terviseprofili infosüsteemi (*Personal Health Profiles*) andmevahetuseks võrgustike vahel. Loomisel on uus portaal arstidele, mis teeb kättesaadavaks interRAI hindamise tulemusel.

Provintside valitsustel on õigus kehtestada standardid igale hindamisinstrumendile. Enamus on teinud seda interRAI instrumentidest lähtuvalt.

CIHI on kehtestanud andmete rahvuslikud standardid instrumentidele, seda toetab rahvuslik andmevahetuse süsteem. On olemas kokkulepe interRAI-ga igale uuele instrumendile rahvuslike standardite koostamiseks. Provintsi tervishoiu kvaliteedi tagamise institutsioonid (nt Ontario

Health Quality Council) kasutavad koduhoolduses (*home care*) ja õenduskeskustes interRAI kvaliteediindikaatoreid, mis on kooskõlas CIHI poolt kehtestatud standarditega.

InterRAI kasutuselevõtmine tähendab suuri muutusi olemasolevas süsteemis. Ontario provintsi kogemused on toonud esile järgmised aspektid:

- standardiseeritud süsteemi rakendamine toob kaasa märgatava segaduse tervishoiusüsteemis, nõudes ressursse ja efektiivsust juhtimisprotsessides;
- komputriseeritud informatsioonisüsteemi olemasolu on eduka rakendamise eelduseks;
- arstide, juhtide, otsustajate pidev koolitamine nende instrumentide kasutamisest;
- tagasiside on huvirühmadele kriitilise tähtsusega, andmeid peab olema võimalik kasutada otsuste tegemiseks süsteemi kõikidel tasanditel;
- kuigi andmeid saab kasutada mitmetel eesmärkidel, peab olema väga selge andmete kliiniline tähendus nende kasutamiseks igapäevasel hoolduse osutamisel.

Kanada kasutab suurt osa interRAI perekonna instrumente. Instrumentid on kasutusel põhiliselt regionaalsel ja provintside tasemel. InterRAI muudab integreeritud süsteemile sobivaks:

- „ühesugune keel” – püsiv, ühtne terminoloogia kõigis instrumentides;
- ühesugune teoreetiline ja kontseptuaalne baas – hooldusplaanid põhinevad ühtsel kontseptsioonil;
- ühesugune kliiniline lähenemine (rõhuasetus) – enam funktsionaalne hindamine kui diagnoos;
- ühesugune andmete kogumise metoodika – hindamise professionaalsus ja kliinilised otsused lähtuvalt parimast informatsioonist;
- ühesugused põhielemendid – probleemide valdkonnad kõikides instrumentides (nt ADL jm);
- ühesugused alused hoolduse planeerimisel – sarnast populatsiooni teenindavale sektorile.

Kokkuvõttes on Kanada kogemused kinnitanud, et elanikkonna vananemisele reageerimine sõltub populatsiooni tasandil andmetest. Samuti on Kanada puhul tõendamist leidnud see, et interRAI perekonna instrumentid pakuvad integreeritud informatsiooni süsteemi, mis lubab identifitseerida ja vastata elanikkonna haavatava osa komplekssetele vajadustele kogu tervishoiu- ja hoolekandesektoris.

InterRAI instrumentid on alusbaasiks tõenduspõhise, teaduslikult usaldatavale integreeritud tervishoiu infosüsteemile, mis seostab omavahel süsteemi sektoreid. Kuigi on loodud ka teisi sektorispetsiifilisi lahendusi, ei taga need teaduslikku täpsust, võrreldavust ja suutlikkust toetada integreeritud hoolduse ühtsust (Hirdes 2010).

4.3.2. Belgia kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel¹⁸

Esimene RAI tegevusprojekt Belgias oli ajendatud Leuveni Katoliku Ülikooli (*Katholieke Universiteit Leuven*) teadusgrupi ACHG (*Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde*) teadusuuringust, milles võrreldi erinevaid hindamisinstrumente. Parimaks osutus RAI instrument ja ACHG töötas välja ka tarkvara esimese versiooni.

Projekti põhiliseks eesmärgiks oli kitsaskohtade ja motiveerivate aspektide leidmine RAI kasutamisel. Töös osales 9 koduhooldusorganisatsiooni, 10 õenduskodu ja 28 päevase geriaatrilise ravi haiglat. Teiseks eesmärgiks oli BelRAI loomine, põhiliselt interRAI rakendamiseks vajalikke tegevuste ja tingimuste kindlaksmääramiseks. Projekt lõppes 2006. aastal ja sellele järgnes RAI II tegevusprojekt, mille käigus, toetudes RAI I tulemustele, koostati täiendatud ettepanekud RAI kasutamise kitsaskohtade kõrvaldamiseks ja motiveerivate aspektide täpsustamiseks. RAI II soovitud olid järgmised:

- 1) luua uus veebipõhine instrumendi rakendus põhiliselt veebipõhise vajalike väljadega, lisada käsiraamat;
- 2) väljundite täiustamine CAP-de lisamisega lähtudes interRAI 2007. aasta versioonist;
- 3) perearstide motiveerimine RAI-MDS täitmiseks sündroomide ja diagnooside osas;
- 4) täiustada koolitust, sh koolituse võimalusi.

Projekti tulemusena esitati ametlik ettepanek valitsusele strateegilisteks tegevusteks, kus on kirjeldatud interRAI üldiseks kasutuselevõtuks vajalikud sammud ja tingimused.

Professor Decrercq, Leuveni Katoliku Ülikooli professor ja valitsuse poolt spondeeritava interRAI-LTCF ja interRAI-HC kasutuselevõtu projekti juht, on hetkesituatsiooni ja üldisi põhimõtteid interRAI instrumentide kasutuselevõtu kirjeldamisel toonud välja mitmeid olulisi aspekte.

- InterRAI instrumente kasutatakse hetkel hooldusvajadusega isikute vajaduste hindamisel ja hooldamisel: hoolduse planeerimisel (*geriatric care*); pikaajalise hoolduse võrgustikus – hooldekodudes, õenduskodudes, koduhoolduses kui ka koduõenduses; teadusuuringutes ja eakate hooldust käsitlevates uuenduslikes projektides, mille eesmärgiks on eakate koduse hooldamise võimaluste pikendamine. Pikaajalise hoolduse (LTCF) ressursside vajaduse hindamisel ei ole interRAI instrumendid hetkel kasutusel, arendused selles osas on võimalikud edaspidi. Intellektuaalsete ja kognitiivsete häiretega isikute hoolduses ja aktiivravi järgses hoolduses ei ole interRAI instrumendid veel kasutusel.
- InterRAI instrumentide juurutamine on järkjärguline protsess, mis nõuab aega ja finantse. Seetõttu ei ole interRAI süsteem ka praktikas reeglina nõutav, sageli on tegemist instrumentide testimisega. Kuna interRAI on hetkel kasutusel erinevas ulatuses nii institutsiooni-, teenuse- kui ka regioonikeskselt, on kommunikatsioon organisatsioonide ja teenuste vahel keeruline. Probleemi lahendusena nähakse üldist interRAI kasutuselevõttu.

¹⁸ The Resident Assessment Instrument (RAI) - Katholieke Universiteit ...
http://www.kuleuven.be/lucas/_pages/eng/research/elderly_care_2.html

Infovahetuse süsteemina on loodud BelRAI. Hetkel hooldusvajaduse hindamise kohustuslikud või soovituslikud standardid puuduvad, interRAI juurutamisel on eesmärgiks muuta need standardiks.

4.3.3. Soome kogemus interRAI instrumentide kasutamisest integreeritud teenuste osutamisel

Soomes ei ole hooldusvajadusega inimeste hindamisel kasutusel üleriigiliselt nõutavaid hindamisinstrumente. Organisatsioonid ja professionaalid võivad valida, mida nad õigeks peavad. Seetõttu on väga keeruline võrdlust teostada, kuid oluline on märkida, et üha enam organisatsioonid kasutavad interRAI hindamisinstrumente.

Soomes kasutab interRAI hindamisinstrumente 1/3 institutsionaalse hoolduse osutajatest ja 1/4 koduhoolduse osutajatest. Järjest enam kogukondi ja keskusi ühinevad vabatahtlikult interRAI-ga. Teenuse osutajad kasutavad InterRAI hindamist hooldusplaanide koostamisel, kõik muud hooldussüsteemi toetused põhinevad sellel informatsioonil.

Informatsiooni kogujateks (hindajateks) on õed ja teised spetsialistid. On saanud selgeks, et õed vajavad küllalt suures mahus juhendamist efektiivsete hooldusplaanide koostamisel olenemata interRAI kasutamisest või mitte. Kogutud andmed peavad olema praktilised ja konkreetsed, et neid võrrelda. Asutustes, kus on kasutusel interRAI hindamisinstrumentid, on teenuse kvaliteet ja residentide elukvaliteet muutunud oluliselt paremaks.

Soome Tervishoiu ja Sotsiaalhoolekande Instituut (*Institute for Health and Welfare, THL*) töötab ministeeriumi alluvuses. Nii ministeerium kui ka THL kasutavad THL-i valduses olevat andmebaasi otsuste tegemisel: institutsionaalse hoolduse asutuste arvu vähendamine koduteenuste mahu suurendamise kaudu jms. Baseerudes interRAI andmetele on kalkuleeritud mitmete piirkondade personali vajadust.

THL on sõlminud lepingu interRAI-ga, mis võimaldab organisatsioonidel kasutada instrumente (THL lepingu alusel) tingimusel, et andmete koopiad saadetakse THL-i, kus neid kasutataksegi teenuste planeerimisel riigi tasandil.

Andmeid kogutakse kaks korda aastas. Samuti on kaks korda aastas riiklik seminar RAI instrumentide kasutajatele, seminarides käsitletakse hoolduse planeerimise juhtimist ja korraldamist. Lisaks antakse tagasisidet: tagasiside andmed saadetakse kaks korda aastas igale osalevale üksusele.

InterRAI instrumentide kasutusest:

- interRAI-AC (*acute geriatric care*) kaheaastane pilootprojekt on lõppenud ja tulemused on positiivsed;
- interRAI-PA ja interRAI-PAC osas puudub praktiline kogemus;
- pikaajalise asutushoolduse võrgustikus (hooldekodud, õenduskodud) on kasutatud RAI instrumente juba 10 aastat, hinnang on hea;
- interRAI-MH ja interRAI-CMH osas on ainult paariaastane kogemus, seega on instrumentid veel juurutamise faasis;
- koduhoolduses (nii koduõendus kui koduhooldus) on 7-aastane RAI instrumentide kasutamise kogemus, hinnang on hea;
- 2011. aastal alustatakse interRAI-ID juurutamisega, alustatud on tõlkimisega;

- plaanis on hakata kasutama interRAI instrumente eakate hindamisel preventiivsetel koduvisiitidel.

Paljud administratiivsed keskused on alustanud RAI-l põhineva maksesüsteemi juurutamisega.

Soome on interRAI instrumente kasutanud juba enam kui 10 aastat ning kogemusest võib järeldada, et interRAI on kasulik, kuid nõuab pikka aega, et süsteem korralikult tööle hakkaks (Finne-Soveri 2010).

InterRAI tarkvara, mida Soomes kasutatakse, on välja töötatud RAIssoft Ltd poolt. Plaanis on lähiajal alustada oma tarkvarasüsteemi arendamist, kuid üheks segavaks faktoriks on interRAI perekonna mitte täies ulatuses kasutamine. Kasutamise edu tagavad järjepidev koolitus ja täiendamine ning järjepidev instrumentide kasutamine kogu riigis. THL on koostanud rahvuslikud soovitusel hooldusvajaduse hindamiseks. Need avaldati 2010. a. detsembris.

Üldistatult saab öelda, et **välisriikide kogemustes** põhjendatakse interRAI kasulikkust järgmiste peamiste asjaoludega:

- 1) inimene saab nõ õige teenuse (valikuteks kodu või institutsioon, hooldus või ravi), mis tagab teenuse efektiivsuse;
- 2) korrastab teenustele suunamise süsteemi ja vähendab dubleerivaid kulutusi, võimalik on planeerida inimeste jaotumist teenuste vahel vastavalt vajadusele;
- 3) võimaldab asutustel enda määratlemist süsteemis teenuste osutamise suutlikkuses, paraneb teenuste kvaliteet;
- 4) võimaldab kasutada ühtset hooldusplaani, mis loob võimaluse teenuste kvaliteedi võrdluseks ja info vahetamiseks;
- 5) võimaldab *case-mix* süsteemis planeerida kulutusi ja teha pikemaajalisi planeeringuid teenuste arendamisel;
- 6) võimaldab piirkondlikul ja riiklikul tasandil planeerida hooldussüsteemi ja selle toimimiseks vajalikke ressursse;
- 7) osapooled ja klient on teenuse kvaliteediga rahul.

5. InterRAI metoodika sobivus erinevatele osapooltele

Uuringust on ilmnunud, et erinevad koostööpartnerid soovivad kasutusele võtta ühtse metoodika baasil väljatöötatud hindamisvahendi pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega inimeste hindamisel. Antud sihtrühmaga tegelemise erinevad osapooled on viidanud sellele, et me toodame praktikat juurde, kus sisuline partnerlus sotsiaalhoolekande ja tervishoiu vahel ei toimi, kui me hindamisprotsessi küsimustega ei tegele ja valdkonda ühtse metoodika ja infotehnoloogilise lahendusega ei reguleeri. See tähendab kui praktika on reguleeritud, siis hakkab reguleerimata praktika osakaal tasapisi kahanema. Kui praktika on reguleeritud, siis seda kindlamalt tunnevad ennast erinevad osapooled, peamise osapoolena pikaajalise terviseprobleemi ja hooldusvajadusega inimene ning ta jõuab hindamise läbiviimise tulemusel õigete teenusteni.

Erinevate osapoolte nõudmised üldiselt kasutusele võetavate hindamismetoodika ja mõõdikute suhtes on alljärgnevad:

- üleriigiliselt võetakse kasutusele sobivaim hindamismetoodika antud sihtrühma raames;
- mõõdik integreerib ja mõõdab nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid vajadusi;
- hindamisvahendi kasutamise tulemusel selgub inimese hooldusvajaduse ulatus, seisundi koond, skoor, mis on seostatav sobiva teenuse tasemega;
- hindamissüsteem on seostatud juhtumikorraldusliku protsessi põhimõtetega;
- hindamisvahend on kasutatav koos infotehnoloogilise lahendusega, et andmed on riskkasutuses erinevate osapoolte vahel, andmebaasi abiga saavad hinnatud ja kaardistatud piirkonnas elavate inimeste vajadused ja selle alusel planeeritakse edasisi abimeetmeid;
- hindamisvahend on valideeritud, usaldusväärne, tõendus põhine, juurutatud (kohandatud kohalike vajadustega);
- hindamismetoodika keel on üheselt mõistetav, kasutatakse ühtset terminoloogiat;
- andmeväljadesse lisatakse ristid, kuid on olemas võimalused ka lahtiste vastuste andmiseks ja kokkuvõttev osa on jutustav erisuste kirjeldamiseks.

Lisaks soovivad erinevad osapooled, et elektroonilise hindamisvahendi puhul on olemas järelevalve andmete uuendamise ja sisestamise osas, st soovitakse infoteadete saamist, kui midagi on tähtsat. Infotehnoloogilise poole osas soovitakse ka kaugtöö võimalust (kodus töö tegemise võimalus). Ollakse seisukohal, et hindamisvahendi kasutajad peavad olema läbinud koolituse, et kujuneks võrreldav praktika hindamisvahendi kasutamisel. Hindamisvahendi kasutamine peab olema mugav, leevendus lõppkasutaja töökoormusele ning info sisestamise ja hankimise ajakulu peab olema tasakaalus.

Eesti spetsiifilise eripärana tuuakse esile see, et igapäevapraktikasse ei sobi hindamisvahendid, kus tuginetakse inimese vajaduste määramisel ainult inimese enda subjektiivsele probleemi määratlemisele. Eelnev seisukoht on tingitud ilmselt sellest, et Eestis on osutatavate ja eraldatavate abimeetmete maht väike ja seetõttu püüavad inimesed näidata iseenda abivajadust suuremana, kui see tegelikult on, et saada lisavahendeid ja teenuseid (kas rahaline toetus ja erinevad teenused, nt rehabilitatsiooniteenuse raames füsioteraapia teenus) toimetuleku tagamiseks.

InterRAI metoodika rakendamise suhtes olid intervjueritud spetsialistid üldiselt positiivselt meelestatud, positiivsemad kogemused olid hindamisvahendi kasutajatel ja geriaatrilise hindamise kokkuvõtte saanud spetsialistidel. InterRAI eeliseks peeti seda, et hindamise tulemusena saadakse

mitmekülgne ülevaade erinevatest inimese vajadustest, selgub tema hooldusvajadus. InterRAI liidab erinevaid sektoreid (tervishoid ja sotsiaalhoolekanne), st käesolevalt lähenetakse hindamisele meeskondlikult ehk summeeritakse erinevate spetsialistide teadmised ja pädevus. Praeguse hindamise tulemusena joonistuvad välja individuaalne aspekt ja erandid, võimalik on seisundi dünaamika jälgimine. InterRAI metoodika on sobiv professionaalsele hoolekandetöötajale, on objektiivne, põhjalik, struktureeritud, loogiline, hea keelega. Olemas on käsiraamat.

InterRAI puhul esitasid negatiivset tagasisidet enamasti need spetsialistid, kellel otsene kasutamiskogemus ja koolitus metoodika osas puudus. InterRAI mitesobivusena nähti hindamisvahendi pikkust ja ajamahukust, sotsiaalse tausta piiratud kajastamist, liigset detailsust, keerulisust, inimressursi puudumist selle kasutamisel ja seda, et osa andmeid, mida kogutakse, on Eesti inimestele võõrad, nt tulevikujuhised edasise elukorralduse osas (organdoonorus ja elustamistestament).

Kõlama jäi soovitus, et InterRAI HO ja KO vormi ülekasutamine ei ole põhjendatud, vaid lihtsamate probleemide korral vajatakse lihtsat ja lühikest ja keerulisemate probleemide puhul mitmekülgsemat hindamisvahendit. St erinevate osapoolte nägemuses on erineva hindamistaseme ja ulatusega ühtse metoodikaga hooldusvajaduse hindamisvahendite kasutusele võtmine. Teenustele sisenemisel soovitakse üksikute probleemide esinemise puhul ühtse objektiivse ja teaduslikult tõendatud kiire, lihtsa (nt perearst täidab 5-10 minutit) hindamismetoodika kasutusele võtmist. Keerulisemate ja komplekssete probleemide puhul eelistatakse mitmekülgsemat inimese hooldusvajaduse hindamist.

Sellest tulenevalt on koostatud ka edasised uurijatepoolsed soovitused ja põhjendused interRAI metoodika sobivuse osas.

- InterRAI hindamissüsteemid (RAI-HO ja RAI-KO) on hetkel Eestis ainsad hooldusvajaduse hindamise valdkonna praktikas kasutusel olevad tõenduspõhised hindamisvahendid.
- InterRAI metoodika ja hindamissüsteemid on sobivad, et selekteerida ning määratleda sihtrühma kuuluvate inimeste teenuste vajadust, esmajoones õendus- ja hooldusvajadust, sest vahend kajastab mitmekülgsest nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid valdkondi, fookus on inimese funktsioneerimisel. Integreerib erinevad teenused erinevatest sektoritest hooldusplaani.
- Hindamissüsteemis on olemas erinevad hindamisinstrumendid, et teostada hindamist erinevatel tasemetel ja ulatuses (12 erinevat, nt kontakthindamine, st lihtsamate probleemide ja teenuse vajaduse hindamisevahend jne).
- Elektroonilise versiooni rakendumisel eristuvad hooldustasemetete skoorid ja ressursikasutusgrupid.
- InterRAI metoodika ja hindamissüsteemide üleseehitus seostub juhtumikorraldusliku protsessi põhimõtetega, ta toetab spetsialisti ja inimest edasise hoolduse tasandi valimisel, isiku hoolduse korraldamisel, seisundi ning teenuste vajaduse dünaamilisel jälgimisel.
- Ära on tehtud suur töö kahe hindamisvahendi (RAI-HO ja RAI-KO) juurutamisel, olemas on käsiraamat ja organisatsioon EGGA näol, mis tegeleb valdkonna edasiarendamisega.
- Alternatiivid hetkel puuduvad, sest antud sihtrühma puhul hooldusvajaduse määramise eesmärgiga hindamisvahendite kasutusele võtmise muid arenguid ei ole teada.

Uurimismeeskonnal on ettepanek rakendada valdkonna edasisel arendamisel järgnevaid hindamisvahendite/mõõdikute/hindamisinstrumentide kasutamise tasemeid:

- **Kontakt hindamine** – InterRAI kontakt hindamine (suuna kätte andmine, milline teenus näidustatud, esmaste vajaduste kaardistamine, süsteemi sisenemine – pereõde, KOV sotsiaaltöötaja, perearst, vajadusel lisaks mõne spetsiifilise mõõdiku kasutamine) → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.
- **Mitmekülgne hindamine** (mitmekülgsete vajadustega inimese hindamine, k.a. hooldusvajaduse ulatuse dünaamika)

❖ **InterRAI MDS HO või KO vorm**

- 1) HO või KO (kojumineku planeerimisel) vorm - õendushoolduse osakonnad/haiglad (õde) ja tervishoiu sotsiaaltöötajad → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.
- 2) HO või KO (kojumineku planeerimisel) vorm - hooldekodu (hooldusjuht) → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.
- 3) KO vorm - esmatasand (pereõde + KOV sotsiaaltöötaja) → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.

❖ **Geriatriline hindamine st. keeruliste juhtumite hindamine InterRAI MDS KO või HO vorm + spetsialisti hindamine**

- 1) InterRAI MDS KO või HO vorm + spetsialisti hindamine - kompetentsikeskused või geriaatria osakonnad, liikuvad meeskonnad (meeskonda kuuluvad õde, arst ja sotsiaaltöötaja) → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.
- **Spetsialisti hindamine või valdkonna spetsiifiline hindamine** (nt insuldiskaala, muud diagnostilised testid või KOV sotsiaaltöötaja spetsiifilised küsimused, nt toimetulekutoetuse või mõne ühekordse toetuse määramisel, sotsiaaleluruumi eraldamisel jms) → hindamisest saadav info edastatakse järgmiste teenuste osutajatele.

InterRAI juurutamise protsessis on vajalik valdkondlik, sektoripõhiste testperioodide rakendamine (koolitus, probleemide kaardistamine ja nende põhjal kohanduste rakendamine ehk kasutajasõbralikkuse tagamine, ülemineku aeg). Protsessi peavad olema kaasatud: HOÜ, EGGA, EÕL, KOV, ETSA, ESTA, ETERS, EPS, KÕS, EHL, EHK, SKA, ministerium, IT spetsialistid jm osapooled ning partnerid.

5.1. InterRAI metoodika tugevused ja nõrkused

Tabel 4. InterRAI metoodika tugevused.

InterRAI tugevused		Allikad
1. Tõenduspõhisus	Hindamissüsteemi väljatöötamisel läbitakse pikk teaduslikult põhjendatud ja praktikas kontrollitud	InterRAI tutvustus (2010), Gray <i>et al</i> (2009),

InterRAI tugevused		Allikad
	<p>mitmete maade spetsialistidega koostööl põhinev protsess. InterRAI juurutamiseks erinevates riikides tuleb läbida ekspertide poolt kinnitatud protsess, mille tulemusena saab see meetoodika kasutusloa.</p> <p>Meetoodika sisaldab erinevatel hindamistasanditel ja erinevates valdkondades kasutamiseks sobivaid hindamisinstrumente.</p> <p>InterRAI meetoodika on maailmas enim kasutatud hindamismetoodika eakate ravi- ja hooldusvajaduse määramisel.</p>	<p>Carpenter (2006), Poss <i>et al</i> (2008), Hansebo <i>et al</i> (1998), Hirdes (2010b), Saks (2008), Information system ... (2001), Hirdes <i>et al</i> (2008), Ikegami (2004), InterRAI Contact ... (2006)</p>
<p>2. Ühtne professionaalne standardiseeritud hindamismetoodika</p>	<p>Kõikides hindamisinstrumentides kasutatakse interRAI puhul lähenemist, mis võimaldab rakendada ühtset meetoodikat nii tervishoiu- kui hoolekandesüsteemis erinevatel teenustel. See annab võimaluse mõista isiku probleeme ja vajadusi üheselt ning anda soovitusi kõigile osapooltele mõistetavas süsteemis. Lisaks paraneb seeläbi hindamisprotsessi dokumenteerimine.</p>	<p>InterRAI tutvustus (2010), Hirdes (2006), Jensdottir <i>et al</i> (2008), Hirdes (2010b), Saks (2008), Fries (2010), Finne-Soveri <i>et al</i> (2008)</p>
<p>3. Ühtne püsiv standardiseeritud terminoloogia</p>	<p>Ühtne terminoloogia kõikides hindamisinstrumentides lihtsustab erinevate valdkondade vahelist kooskõla informatsiooni käsitlemisel, soodustab meeskonnatööd ja lihtsustab personali koolitamist.</p>	<p>InterRAI tutvustus (2010), Gray <i>et al</i> (2009), Jonsson <i>et al</i> (2008), Hansebo <i>et al</i> (1998), Finne-Soveri <i>et al</i> (2010b), Hirdes (2010b)</p>
<p>4. Usaldusvärsus (korratavus, reliaablus)</p>	<p>Hindamise tulemuste sõltuvus hindajast on minimaalne, subjektiivsete hinnangute ja jah/ei vastuste arv on võimalikult väike (eriti interRAI perekonna "suite" puhul).</p>	<p>InterRAI tutvustus (2010), Information system ... (2001), Hirdes <i>et al</i> (2008)</p>
<p>5. Valdkondi integreeriv igakülgne hindamine</p>	<p>Abivajaduse meditsiiniliste ja sotsiaalsete probleemide igakülgne hindamine vähima mõistliku küsimuste arvuga (iga valdkonna hindamine iseseisvate instrumentidega suurendab oluliselt töömahtu).</p> <p>Kasutajate tagasiside võimaldab täiustada ja täpsustada hindamise aspekte, tuua välja hooldusvajaduse hindamiseks vajalikud põhielemendid ning hooldusvajaduse tulemusi enim mõjutavad võtmeelemendid ja tasandi spetsiifilised aspektid.</p>	<p>InterRAI tutvustus (2010), Carpenter (2006), Hansebo <i>et al</i> (1998), Hirdes (2010b), Hirdes (2010a)</p>
<p>6. Esiplaanil on isiku funktsionaalsus</p>	<p>Isiku funktsionaalsuse hindamiseks ja dünaamika jälgimiseks on meetoodikas mitmeid kompleksseid indekseid, mis võimaldavad anda kiire ülevaate isiku</p>	<p>InterRAI tutvustus (2010), Hansebo <i>et al</i> (1998), Jensdottir <i>et al</i></p>

InterRAI tugevused		Allikad
	<p>seisundist ja selle muutumisest.</p> <p>Välistab oluliste aspektide hindamata jätmise, mistõttu on hooldus sihipärane. Isiku erinevate vajaduste igakülgne hindamine ja probleemide lahendamine loob eeldused meeskonnatöök ja parandab abi osutamise tulemusi.</p>	(2008), Saks (2008), Carpenter (2006), Ikegami (2004), Finne-Soveri <i>et al</i> (2008)
7. Informatiivsed kliinilised protokollid	Kliinilised protokollid aitavad ravi- ja hoolduse probleemid välja selgitada oluliste valdkondade kaupa. Samuti sisaldavad need detailseid juhiseid hindamisel avastatud probleemidega edasi tegelemiseks.	InterRAI tutvustus (2010), Gray <i>et al</i> (2009), Carpenter (2006), Hansebo <i>et al</i> (1998), Hirdes (2006), Jonsson <i>et al</i> (2008), Ikegami (2004)
8. Tähelepanu optimaalsel ressursikasutusel	Metoodika võimaldab hinnata abivajaduse ressursimahukust ja prioriteetsust ning võimalusi ressursikasutuse optimeerimiseks.	Stiki Information Security; Jonsson <i>et al</i> (2008), Hirdes (2006), Case-mix ... (2010), Facility manual ... (2010)
9. Alus integreeritud hooldussüsteemile	Hooldusplaaniid põhinevad ühtsel kontseptsioonil, hoolduse planeerimise alused on ühtsed, otsuste tegemine on võimalik süsteemi kõikidel tasanditel ning andmed on üle kantavad ühest valdkonnast teise. Metoodika on koostatud spetsiaalselt ravi- ja hooldusvajaduse määramiseks ning on ravi ja hooldust osutavate asutuste vajadustega kooskõlas.	Gray <i>et al</i> (2009), Carpenter (2006), Hansebo <i>et al</i> (1998), Hirdes (2006), Hirdes (2010b)
10. Teenuste kvaliteedi hindamise vahend	Hindamismetoodika annab võimaluse hoolduse kvaliteedi võrdlemiseks (sh hinnata klientide rahulolu teenusega) teiste teenuse osutajatega nii omal maal kui ka teistes riikides. Kvaliteedi võrdlemise üheks väljundiks on teenuste võrdsel tasandil kättesaadavus sihtgrupile: nõuded peavad olema vastavuses teenuse kvaliteediga.	Gray <i>et al</i> (2009), Stiki Information Security, Hirdes <i>et al</i> (2005), Carpenter (2006), Hansebo <i>et al</i> (1998), Hirdes (2006), Finne-Soveri <i>et al</i> (2010b), Morris (2010), Finne-Soveri <i>et al</i> (2010c), Hawes <i>et al</i> (2003)
11. Võimaldab ressursside planeerimist	Metoodika võimaldab ressursside planeerimist kohalikul, piirkondlikul ja riiklikul tasandil.	Teare (2000), Hirdes <i>et al</i> (2005), Hirdes (2006), Carpenter (2006), Case-mix ... (2010), Facility manual ... (2010), Hawes <i>et al</i> (2003), Finne-Soveri <i>et al</i> (2008)

InterRAI tugevused		Allikad
12. Toetab integreeritud informatsioonisüsteemi	Tänu mitmeid valdkondi katvate hindamisinstrumentide olemasolule süsteemis võimaldab luua integreeritud informatsioonisüsteemi, kogudes andmeid andmebaasidesse, et saada infot järelevalve teostamiseks, hindamiseks, ressursside jaotamiseks jne.	Hirdes (2006), Hirdes (2010a), Hawes <i>et al</i> (2003)
13. Kultuurispetsiifiline, kohandatav	InterRAI instrumentide kasutuselevõtul on võimalik nende kohandamine kohalikele oludele: aktsepteeritud on kuni 5% muudatusi ühe instrumendi piires.	InterRAI tutvustus (2010), Interface ... (2009), Ikegami (2004), Finne-Soveri <i>et al</i> (2008)
14. Eestis kasutusel	Metoodika on Eestis kasutusel alates 2003. aastast ning kasutajate poolt hästi vastu võetud. Välja on töötatud ning praktikasse rakendatud koolitus Tartu Ülikoolis.	Urban ja Saks (2005), raporti ptk 2.3
15. Soodustab paremat kommunikatsiooni	InterRAI kasutusele võtmise tulemusena on teiste maade kogemuse alusel ravi- ja hooldusküsimuste lahendamine muutunud individualiseeritumaks, paranenud on kommunikatsioon erinevate osapoolte vahel õendus- ja hooldusprotsessis ning protsessi kaastakse enam pereliikmeid. Samuti on formuleeritud dokumentatsiooni nõuded.	Overview ... (2008)
16. Kliendikesksus	Inimesed leiavad, et InterRAI instrumenti kasutades mõistetakse nende vajadusi ja hindamisinstrument võimaldab mitmekülgset vajaduste üle arutleda.	Lambert <i>et al</i> (2009)

Tabel 5. InterRAI metoodika nõrkused.

InterRAI nõrkused		Allikad
1. Hindaja jaoks aeganõudev	RAI HO ja RAI KO vormid on aeganõudvad ja põhjalikud, mistõttu ei ole neid otstarbekas kasutada lihtsamate juhtumite puhul. ¹⁹	Thorsell <i>et al</i> (2006), Thorsell <i>et al</i> (2008)
2. Mõõdetavate valdkondade hulk	Mõõdetavaid valdkondi on liiga palju.	Thorsell <i>et al</i> (2006), Thorsell <i>et al</i> (2008)
3. Kliendi jaoks aeganõudev	Vajaduste hindamine võtab kliendi seisukohalt liiga palju aega.	Lambert <i>et al</i> (2009)

¹⁹ Uuringurühma ettepanek – lihtsamates olukordades on rakendatavad teised lühemad RAI hindamissüsteemid, nt RAI kontakthindamine.

InterRAI instrumentide (RAI KO ja RAI HO) vastavus hindamisvahendile/mõõdikule/hindamisinstrumentidele esitatavatele nõuetele/kriteeriumidele pikaajaliste terviseprobleemide ja hooldusvajadusega eakate hindamisel:

- on valideeritud (mõõdab seda, mida peab mõõtma, on sisuliselt toimiv) – vt. tabel 4 p. 1, 2, 3, 4, 5;
- on hea tundlikkusega (teeb kindlaks inimese erinevad vajadused) – vt. tabel 4 p. 5;
- töötab hindajate puhul sarnaselt, st esineb hindajate vaheline usaldusväärsus (ehk siis saadakse samad tulemused, olenemata inimesest, kes seda rakendab või kasutab) – vt. tabel 4 p. 4;
- on standardiseeritud (st süstemaatiliselt testitud, kohandatud, on tagatud tulemuste kooskõllalisus) – vt. tabel 4 p. 1, 5;
- hinnatakse ära kõik olulised valdkonnad ja inimese probleemid ning vajaduste ulatus – vt. tabel 4 p. 6, 7, 9;
- on adapteeritav erinevate kultuuridega populatsioonides – vt. tabel 4 p. 13;
- on koostatud spetsiaalselt ravi- ja hooldusvajaduse määramiseks, on hooldust ja ravi osutavate asutuste vajadustega kooskõllas – vt. tabel 4 p. 9;
- kogub andmeid andmebaasidesse, et saada infot järelevalve teostamiseks, hindamiseks, ressursside jaotamiseks – vt. tabel 4 p. 8, 11, 12;
- on isikukeskne – vt. tabel 4 p. 6;
- hindamissüsteem sisaldab kliendi vajaduste hindamist, eesmärkide seadmist, meetmete planeerimist, teenuste osutamist, tulemuste hindamist – vt. tabel 4 p. 6, 7, 10;
- tagab selle, et ei unustata mõnda aspekti hinnata – vt. tabel 4 p. 6.

5.2. Intervjuudest saadud hinnangud interRAI metoodikale

5.2.1. Positiivsed aspektid

Hindamisinstrumentide RAI-KO ja RAI-HO positiivsed omadused on kasutuskogemusega ja kasutuskogemusest spetsialistide arvamusel kohaselt alljärgnevad:

- sisaldavad kommentaaride lisamise võimalusi, avatud küsimusi ja võimaldavad lisada hindamise kokkuvõttesse nende küsimuste vastuseid;
- on kergesti kasutatavad, loogilised;
- isikukesksed, on terviklikku inimese käsitlemist toetav, st saadakse ülevaade erinevatest inimese vajadustest, selgub ravi- ja hooldusteenuste vajadus;
- hetkel hinnatakse inimese vajadusi meeskondlikult – tehakse teadmiste- ja pädevuspõhiseid otsuseid;
- selguvad erandid ja veel avastamata probleemid;
- sobiv professionaalsele tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetöötajale;
- objektiivne, loogiline;
- hea käsiraamat;

- ühtne keelekasutus;
- hindamissüsteem sisaldab kliendi vajaduste hindamist, eesmärkide seadmist, meetmete planeerimist, teenuste osutamist, tulemuste hindamist;
- hindamisvahendi kasutamine tagab selle, et ei jäeta mõnda aspekti hindamata, st midagi ei jää vahele või ei unustata küsida.

5.2.2. Negatiivsed aspektid

Negatiivsete aspektidena toodi välja:

- mõned alateemad, nt tulevikujuhised, meeleolulangusele ja kognitiivsele häirele suunatud sekkumisprogrammid, on meie keskkonnas võõrad teemad;
- kasutuskogemusega sotsiaalvaldkonna spetsialistid peavad RAI-HO instrumenti liiga meditsiini keskseks, st peavad koguma juurde sotsiaalset taustinformatsiooni, (nt majanduslik toimetulek, pärimisküsimused, põhjalik koduse keskkonna hindamine, mitteformaalse hooldaja vajadused jm);
- kasutuskogemusega spetsialistide sõnul on hetkel hindamisele kuluv aeg pikem, kuna puudub elektrooniline lahendus, probleemiks see, et hetkel vajalik nn topelt täitmine/andmete sisestus nii paber kandjal kui arvutis Excelis;
- kasutuskogemusega spetsialistid peavad RAI-KO ja RAI-HO vorme liiga detailiderohkeks, kardetakse täiendavat ajakulu, inimressursside puudumist, liigselt põhjalikku dokumentatsiooni.

5.3. *InterRAI kasutuselevõtu eeldused*

InterRAI kasutusele võtmiseks peavad olema täidetud järgmised eeldused:

- Poliitiline tahe (Hawes et al 2003, intervjuude materjalid)
- Riigipoolsed investeeringud (Gray et al 2009, Hawes et al 2003)
- Koolituse tagamine (Gray et al 2009, Hirdes 2006, Facility manual ... 2010, Hawes 2003)
- Esmatasandi spetsialistide jt motiveerimine (Interface ... 2009, Hawes et al 2003, intervjuude materjalid)
- Veebipõhisus, käsiraamatute koostamine (Stiki Information Security, Interface ... 2009, Facility manual ... 2010)

Vastasseisude põhjused nii Eestis kui maailmas (Gray et al 2009, Hirdes 2006, Jensdottir et al 2008, intervjuude materjalid):

- harjumus kasutada olemasolevaid, oma koostatud või osaliselt üle võetud instrumente;
- puudub hindamisharjumus, ei suuda näha (standardiseeritud) hindamise eeliseid;
- kasutusel professionikesksed instrumendid, uued võivad lõhkuda professionaalse autonoomia;

- sunnib tegelema multidistsiplinaarse lähenemisega, nt meditsiinis inimese toimetulekuteema jt probleemidega;
- erasektori sõltumatus väheneb, teenuse osutajad on sunnitud tegelema kvaliteediga.

6. InterRAI metoodika infotehnoloogiline rakendamine

Käesolev aruande peatükk kajastab interRAI infotehnoloogilise rakendamise analüüsi ja järeltõlge. Analüüsi objektidena on analüüsitud Sotsiaalteenuste Andmeregistrit (STAR) ja Tervise Infosüsteemi (TIS) ning nende võimalikku kasutamist keskse infotehnoloogilise lahendusena interRAI juurutamisel. Lisaks on analüüsitud mõlema süsteemi paralleelse kasutamise sobilikkust ning ka eraldiseisva infosüsteemi arendamise põhjendatust interRAI valguses.

Põhjused, et interRAI puhul on tegemist küsimustiku vormil baseeruva hindamisinstrumendiga, ei oma see väga spetsiifilisi tehnilisi nõudeid infotehnoloogiliseks rakendamiseks (nt kindel tehnoloogiline platvorm, nõuded programmeerimiskeelele ja arhitektuurile). Seetõttu on antud metoodika rakendamiseks infotehnoloogilise platvormi valikul olulisemateks kriteeriumiteks organisatsioonilised nõuded (kaasatud osapoolte rollid, vajalikud protsessid, nõuded andmetele ja nende käitlemisele jne) ning andmete tänane paiknemine ja kättesaadavus.

Teostatud analüüs jagunes kaheks etapiks, millest esimese raames teostati STAR-i ja TIS-i analüüs antud süsteemi puudutavate dokumentide alusel (dokumentide nimekiri on välja toodud kasutatud kirjanduse loetelus). Samuti teostati antud dokumentide valguses ka teiste võimalike alternatiivide analüüs interRAI rakendamiseks.

Teise etapi raames kaardistati organisatsioonilisi nõudeid ulatuses, mis võimaldaksid tuvastada kõige sobilikuma alternatiivi võimalikuks interRAI rakendamiseks. Samuti teostati antud etapis ekspertintervjuud STAR ja TIS infosüsteemide ekspertidega kogumaks informatsiooni hindamisinstrumendi rakendamise kohta mõlema infosüsteemi alusel.

Antud peatükk kajastab esmalt eelduseid, millega luuakse vajalik analüüsi raamistik. Eelduste juures on üldisel tasandil analüüsitud ka hetkeolukorda tuvastamiseks, millisel määral on tänane hooldusvajadustega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abistamise protsess toetatud infosüsteemide poolt. Antud tegevus võimaldab tuvastada, kas tänase protsessi juures on olulised tegevused ja protsessiosad kaetud mingi infosüsteemiga. Sellele järgnevalt on välja toodud iga infotehnoloogilise lahenduse tugevused, nõrkused ning piirangud interRAI rakendamisel. Viimase analüüsi osana on välja toodud hinnanguliselt sobivaim infotehnoloogiline lahendus interRAI juurutamiseks.

Projekti raames oli eesmärk saada ka esialgsed kuluhinnangud võimalikele alternatiividele, kuid küsitatud IT firmad ei olnud valmis kulu-eelarveid koostama. Selleks on vajalik detailanalüüsi läbiviimine eelistatud lahenduse osas. Küll aga on analüüsis kasutatud ekspertide hinnanguid, milline alternatiiv osutub tõenäoliselt kallimaks või odavamaks võrreldes teiste lahendustega.

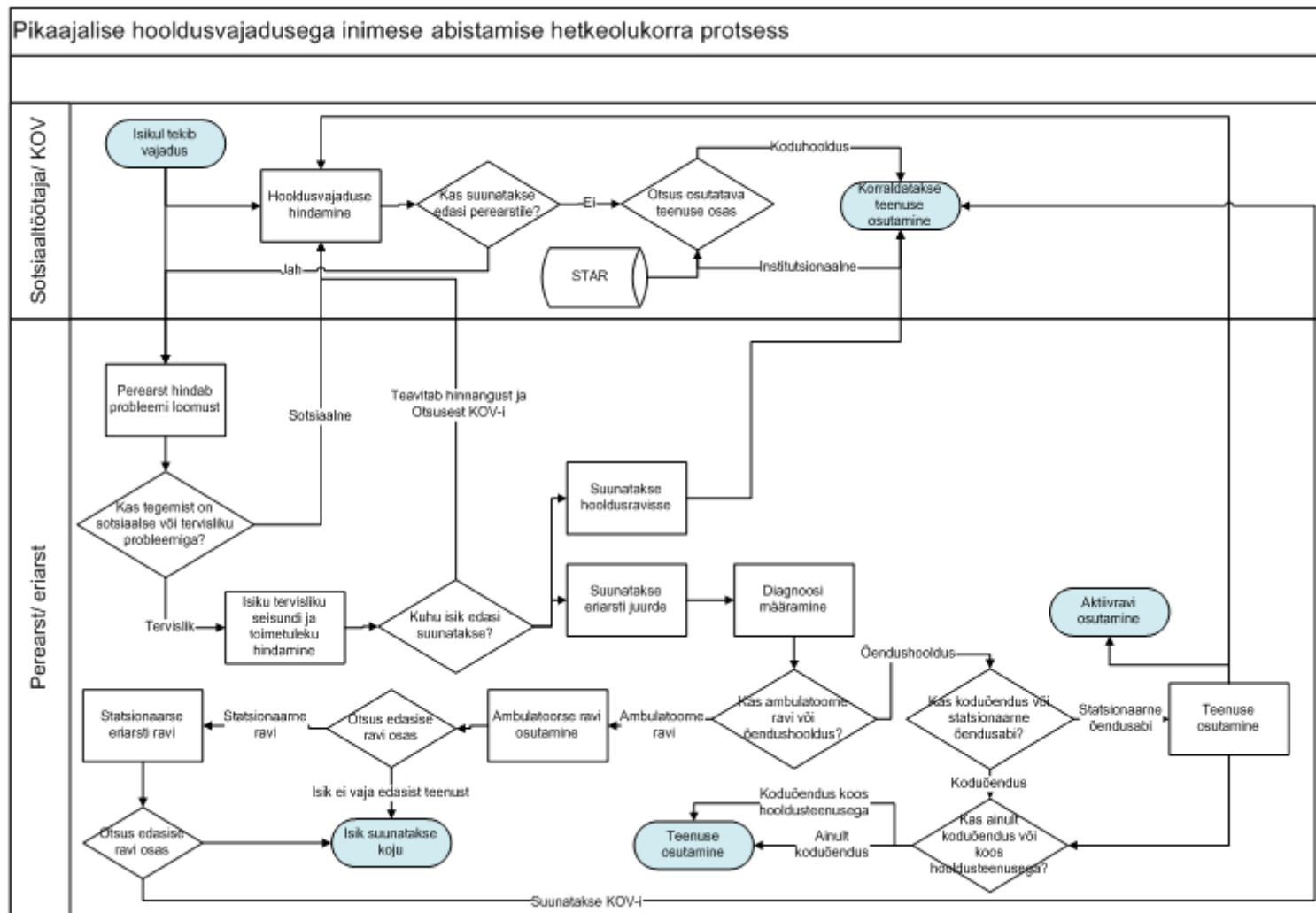
6.1. Eeldused

Analüüsi teostamisel ning iga alternatiivi tugevuste ja puuduste välja toomisel interRAI rakendamiseks lähtuti mitmetest olulistest eeldustest.

- InterRAI metoodika alusel teostatakse mitmeid ülesandeid, muuhulgas hooldusvajaduse hindamine, pikaajalise hooldusplaani koostamine, hooldusravi kvaliteedi hindamine, vajaliku sotsiaalteenuste mahu hindamine ja tulevikuprognoside teostamine. Uuringu raames teostatud intervjuude baasil toodi detailselt välja asjaolu, et loodav süsteem peab võimaldama pakkuda isikutele teadlikumat ja kiiremat teenust, viia läbi uuringuid ning olla

sisendiks tõhusamale poliitikakujundamise protsessile. See tähendab, et andmete haldamise kõrval on kriitilise tähtsusega protsessipõhine lähenemine.

- Pikaajalise hooldusvajaduse ja terviseprobleemidega inimestele sotsiaalteenuste osutamiseks on seotud mitmeid erinevaid osapooli. Peamisteks tasanditeks on kohaliku omavalitsuse ja sotsiaaltöötaja, pere- ja eriarst, haiglad, hooldekodud ning koduõed. Samuti on protsessi kaasatud Sotsiaalministeerium ja Haigekassa. Seetõttu on oluline operatiivne informatsiooni juhtimine ja selle kättesaadavus protsessi kaasatud osapoolte poolt ning andmete ajakohasus.
- Osapoolte rohkus tähendab ka seda, et praegusel hetkel ei ole valdav osa hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamisest ja abistamisest teostatud ühe osapoolte poolt. See tähendab lisaks, et hetkel ei ole praeguses protsessis ka peamist infotehnoloogilist lahendust, millega juba täna olulisel osal protsessi kaetakse. Näiteks kohalikud omavalitsused ja sotsiaaltöötajad kasutavad STAR-i, suuremad haiglad erilahendusi, perearstid kasutavad Perearstide infosüsteemi jne.
- Uuringu käigus kaardistatud hetkeolukorra protsessi kaardilt (vt joonis 5, joonis on ülevaatlilik ega kata kõiki võimalikke aspekte) on näha, et hetkel on hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abistamise protsess toetatud infotehnoloogiliste lahenduste poolt minimaalselt. Kohalike omavalitsuste tasandil kasutatakse STAR-i sotsiaaltöö korraldamiseks, samas on suuremates haiglates oma erilahendused teatud protsessisammude katmiseks.
- Läbiviidud intervjuude baasil kirjeldati soovitud olukorda, kus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abistamise protsess on terviklikult kaetud ühtse infotehnoloogilise lahenduse poolt ning kasutatud kõikide kaasatud osapoolte poolt.
- Hindamisinstrumendi tõhusal rakendamisel on kriitiline analüütilise ja protsessipõhise funktsionaalsuse (sh võimalike vaidluste ja erandite juhtimine) olemasolu infosüsteemis. Piiratud funktsionaalsusega andmeregister ei toeta antud eesmärkide saavutamist efektiivselt, kuna ei võimalda pakkuda isikutele terviklikku ja kiiret teenust. Kui teenuse osutamise protsess ei ole süsteemis kajastatud, siis vähendab see standardiseeritust (andmete tõlgendamiseks jäetav ruum suurem) ning seeläbi eesmärkide saavutamist.
- InterRAI juurutamise aluseks olev infotehnoloogiline lahendus peab olema piisavalt paindlik võimaldamaks täiendavaid funktsionaalsuse arendusi tulevikus. See võimaldab edaspidiselt mugandada süsteemi ja protsessi pakkumaks kvaliteetsemat ja integreeritumat teenust. Oluline on vältida süsteemi ülesehitamist dokumentide põhisel.



Joonis 5. Pikaajalise hooldusvajadusega inimese abistamise hetkeolukorra protsess.

Siinkohal on oluline välja tuua eeldusena ka kaasatud erinevate osapoolte hulka kuuluvate isikute arv, kes interRAI rakendamisel hakkaksid antud hindamisinstrumendiga töötama. Kasutajagrupid ja nende suurused koos interRAI kasutamise peamiste õigustega on väljatoodud allolevas tabelis. Kajastatud isikugruppide suurused on hinnangulised.

Tabel 6. Hinnanguline infosüsteemi kasutajate hulk osapoolte lõikes.

Kasutajagrupp	Hinnanguline kasutajate hulk grupis	Peamised õigused interRAI kasutamisel
KOV	250 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Eriarst	-	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Perearst	800 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Koduõendusteenuse osutajate esindajad	100 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Koduteenust osutavad sotsiaalhooldajad	100 isikut	peab saama vajalikul määral sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Ööpäevaringse hooldusteenuse osutajate esindajad	100 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Hooldushaiglate esindajad	100 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Geriaatrilise hindamise meeskonnad	100 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Tervishoiu sotsiaaltöötajad	60 isikut	peab saama täita interRAI küsimustikku, peab saama sisestatud küsimustike andmeid vaadata
Sotsiaalministeerium	20 isikut	peab saama koondeid, peab saama küsimustike andmeid vaadata
Haigekassa	20 isikut	peab saama koondeid, peab saama küsimustike andmeid vaadata

6.2. InterRAI ja ICF-i vahelised seosed

Eestis kasutatakse ICF-i ehk RFK (Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon) baasil loodud meetodikat püsiva töövõimetuse ekspertisiks ning puude raskusastme tuvastamiseks. Tulevikus on plaanis puude määramiseks kasutusele võtta WHODAS test. Neid fakte arvesse võttes on ära toodud mõlema instrumendiga kogutavad andmehulgad. Leidmaks, kuidas ühildub Eestis RFK baasil kogutav info ja interRAI, analüüsiti, milliseid andmeid erinevate instrumentidega kogutakse. Andmehulgad on toodud välja kahe erineva interRAI instrumendi lõikes. Raporti üks soovitusi on, et kasutusele tuleks võtta kontakthindamine, mistõttu on välja toodud ka sellega kogutavad andmed. Analüüsi käigus selgus, et kõigi viie instrumendiga kogutavate andmete hulgas on kattuvusi (vt tabel 7). Võrreldes RAI-HO ja RAI-KO-ga kogutud andmeid puude raskusastme määramisel kogutavate andmetega selgus, et RAI-HO ja RAI-KO abil on võimalik kätte saada enamik puude raskusastme

määramiseks vajalikud funktsioonilangust puudutavad andmed. Seega on võimalik, et interRAIga kogutud andmeid saab kasutada RFK koodide loomiseks, kasutades selleks vastavate algoritmide abi. Koodi loomine peaks toimuma lähteandmebaasis ning puuduolevate andmete päringu saab teostada interRAI andmebaasist.

Berg *et al* (2009) on analüüsinud võimalusi kasutada interRAI hindamisinstrumenti RFK operatsionaliseerimiseks. Uuringu käigus selgus, et 175-st interRAI osast 52-le määrati kehafunktsioonidega seotud koodid, 43 tegevustele ja osalustele, 34 keskkonnale, 1 kehastruktuurile, 17 ei kodeeritud ja 26 ei olnud võimalik defineerida. Kokkuvõttes kattis interRAI 43,2% kehafunktsioonide ning 50,6% tegevuste ja osaluse koodidest. Seega jõutakse artiklis järeldusele, et kontseptuaalsed kattumised võimaldavad interRAI abiga operatsionaliseerida RFKd kehafunktsioonide ja tegevuste ning osaluste valdkondades.

Eestis on RFK klassifikatsioon taastusravis kasutusel väga vähesel määral. Peamiste põhjustena on välja toodud ajapuudus ning väljaõppe puudumine. Põhinedes Berg *et al* (2009) järeldustele võib väita, et interRAI kasutuselevõtt suurendab RFK klassifikatsiooni kasutamist. Seda eeldusel, et osad RFK koodide saamiseks vajalikud andmed on juba interRAIga kogutud ning tarkvara abil ümberkodeeritud. Samas tuleb tähelepanu juhtida faktille, et maailma praktikas ei ole interRAId ja RFKd veel ühendatud. InterRAI ja RFK ühendamine nõuaks lisauuringuid instrumentidega kogutavate andmete kasutamise võimalikkusest, interRAI hindamisinstrumendi abiga kogutud info abil loodud RFK koodide reliaabluse testimist, vastava tarkvara arendamist ning kasutajate laiapõhjalist koolitust tagamaks interRAIga kogutava info akuraatsus ja üheseltmõistetavus.

Kui kõik eelnev töö on tehtud, võiks RFK ja interRAI ühendumine välja näha järgmine: RFK klassifikatsiooni kohuslane teeb puuduolevate andmete jaoks päringu interRAI infosüsteemi.

Tabel 7. Kogutavad andmed vaadeldavate instrumentide lõikes.

Andmed	RAI-KO	InterRAI kontakt-hindamine	RAI-HO	WHODAS 2.0 36-punktiline	Praegusel puude raskus-astme taotlemis el kogutav info inimeselt
Nimi, perekonnanimi, sugu, vanus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Isikukood	Jah	Jah	Jah		Jah
Elukoht	Jah		Jah		Jah
Kontaktandmed - aadress, telefon, postinideks	Jah		Jah		Jah
Rahvus	Jah		Jah		
Puue, haigekassa	Jah	Jah	Jah		Jah
Teenuse pakkuja	Jah		Jah		
Teenusele vasuvõtu aeg	Jah		Jah		
Kus viibis, elas enne vastuvõttu, vastuvõtu ajal	Jah		Jah	Jah	
Elas üksi, elas koos	Jah	Jah	Jah		
Tugiisikute andmed	Jah		Jah		
Eelnev elukoha või praeguse elukoha aadress (sõltub, kus viibis)	Jah		Jah		
Alalise elukohaga seotud viimase viie aasta andmed			Jah		

Andmed	RAI-KO	InterRAI kontakt-hindamine	RAI-HO	WHODAS 2.0 36-punktiline	Praegusel puude raskus-astme taotlemisel kogutav info inimeselt
Omandatud oskused, erialad			Jah		Jah
Eluajal peetud ametid			Jah		
Haridus	Jah		Jah	Jah	Jah
Suhtlemiskeel	Jah		Jah		
Vaimse tervise anamnees			Jah		
Vaimse vaegarengu/arenguhäiretega seotud seisundid			Jah		
Igapäevased tegevused (eelnev sooritus)			Jah		
Toa/palati number			Jah		
Hindamise kuupäev	Jah	Jah	Jah	Jah	
Perekonnaseis	Jah		Jah	Jah	
Hoolduse/ravi eest tasumise liik			Jah		
Hindamise põhjused	Jah	jah	Jah		
Seaduslik esindaja			Jah		
Tulevikujuhised	Jah		Jah		
Vegetatiivne seisund (komatoosne või mitte)			Jah		
Mälu	Jah		Jah	Jah	
Meenutamisvõime	Jah		Jah		
Kognitiivsed võimed otsuste tegemisel	Jah	Jah	Jah	Jah	
Deliiiriumi tunnused	jah		Jah		
Kognitiivse seisundi muutus	Jah		Jah		
Kuulmine	Jah		Jah	Jah	Jah
Suhtlemisvahendid/tehnikad, abivahendid	Jah		Jah		Jah
Väljendusviisid	Jah		Jah		Jah
Enese arusaadavaks tegemine	Jah		Jah		Jah
Kõne selgus			Jah		
Teistest arusaamise võime	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Muutused suhtlemises	Jah		Jah	Jah	Jah
Nägemine, muutused	Jah	Jah	Jah	Jah	
Nägemishäired	Jah		Jah		
Nägemise abivahendid	Jah		Jah		Jah
Depressiooni, ärevuse ja kurvameelsuse tunnused, enesehinnang	Jah	Jah	Jah		
Meeleolu püsivus, muutus	Jah	Jah	Jah	Jah	
Käitumise häired, muutus	Jah	Jah	Jah		
Insitiiv/kaasahaaratus, osalus	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Häiritud suhted, isolatsioon, osalemise muutused, suhtlemisoskused	Jah		Jah	Jah	
Minevikurollid			Jah		
Liikumatus voodis	Jah		Jah		Jah
Liikumise võime asendimuutmisel	Jah		Jah	Jah	Jah

Andmed	RAI-KO	InterRAI kontakt-hindamine	RAI-HO	WHODAS 2.0 36-punktiline	Praegusel puude raskus-astme taotlemisel kogutav info inimeselt
Kõndimine toas, koridoris, osakonnas, väljaspool osakonda või kodu, trepist käimine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Riietumine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Söömine	Jah		Jah	Jah	Jah
Tualeti kasutamine	Jah	Jah	Jah		Jah
Isiklik hügieen	Jah	Jah	Jah		Jah
Pesemine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Tasakaal			Jah		
Liikuvusulatuse funktsionaalne piiratus			Jah	Jah	
Liikumisviisid	Jah		Jah		
Voodis viibimine			Jah		
ADL ülesannete jaotus, rehabilitatsiooni potentsiaal, muutus	Jah		Jah	Jah	
Soolekontinents	Jah		Jah		
Põiekontinents	Jah		Jah		
Soole tühjendamine (sagedus, kõhulahtisus, kõhukinnisus jms)			Jah		
Abivahendid (nt püsikateeter, stoom, mähkmed jm), muutus	Jah		Jah		Jah
Diagnoosid (haigused, infektsioonid)	Jah	Jah	Jah		
Probleemsed seisundid (nt õhupuudus, tasakaaluhäired, iiveldus, oksendamine jms)	Jah	Jah	Jah		Jah
Valu (sagedus, intensiivsus, asukoht)	Jah	Jah	Jah		
Õnnetusjuhtumid, seisundite stabiilsus	Jah	Jah	Jah		
Toitumuslik seisund (mäluamine, neelamine, muutused, probleemid, dieet, toitumisviisid, kogused)	Jah	Jah	Jah		
Hammaste seisund	Jah		Jah		
Nahk (lamatised, haavandid, tüüp, probleemid, ravi, jalgade hooldus)	Jah	Jah	Jah		
Aktiivne tegevus /aeg, tegevuses olek, eeliskeskond, eelistused, soovid)	Jah		Jah	Jah	
Ravimid (arv, süsteravi, tarvitamise kestus)	Jah		Jah		
Ravid ja teenused (nt hapnikravi kodus, dialüüs, hosiipsiteenus, intervallhooldus jne)	Jah	Jah	Jah		Jah
Meeleolule ja kognitiivsele häirele suunatud sekkumised			Jah		
Õendusrehabilitatsioon, rehabilitatsiooni vajadus	Jah	Jah	Jah	Jah	
Haiglas viibimine, erakorraline abi, visiidid, korraldused, muutused analüüsides, muutused seisundis	Jah	Jah	Jah		Jah
Seadmed, tõkendid (voodivõred jms)	Jah		Jah		

Andmed	RAI-KO	InterRAI kontakt-hindamine	RAI-HO	WHODAS 2.0 36-punktiline	Praegusel puude raskus-astme taotlemisel kogutav info inimeselt
Asutushoolduselt lahkumise potentsiaal (väljakirjutamise võimalused, hoolduse vajaduse muutus)	Jah	Jah	Jah		
Hindamises osalejad	Jah	Jah	Jah	Jah	
Usk	Jah				
Hoolduse, ravi eesmärk, muutused (isiku soovid, spetsialisti soovitusel, vajatav teenus)	Jah	Jah	Jah	Jah	
Mitteformaalsed abistajad (elukoht, seotus, abi liik, ametlik hooldaja, abi ulatus)	Jah	Jah			Jah
Abistaja olukord	Jah	Jah			
IADL abi ulatus (toidu valmistamine, majapidamistööd, rahaga arveldamine, ravimite kasutamine, telefoni kautamine, poes käimine, transport, asjaajamine)	Jah	Jah		Jah	Jah
Preventsioon	Jah			Jah	
Eluviisid	Jah	Jah	Jah	Jah	
Kodune keskkond, elukorraldus, elukeskkond (kohandused, kaugused, ligipääs)	Jah	Jah		Jah	Jah
Majanduslikud raskused	Jah			Jah	
Läbiviidava hindamise number	Jah	Jah	Jah	Jah	
Töölane seisund, õppimisvõime, raskused õppimisel ja töötamisel, mõjud tööelule, sissetulekutele				Jah	Jah
Seksuaalelu	Jah			Jah	
Raskused viimase 30 päeva jooksul erinevate toimingute sooritamisel				Jah	
Terviseega tegelemisele kuluv aeg	Jah		Jah	Jah	
Perearst, eriarst					Jah
Erinevate abivahendite kasutamine (va inkontinentsi, nägemise, kuulmise puhul) nt rulaator, eriritetus im	Jah		Jah		Jah
Töökogemus					Jah
Töö iseloom					Jah
Soovid töötamise osas					Jah
Peenmotoorika					Jah
Raskuste kandmine					Jah
Abivahendi kasutamine õppimise, töötamise hõlbustamiseks					Jah
Juhendamine	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Järelevalve	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Lisakulud	Jah		Jah	Jah	Jah

Erinevatel sihtrühmadel kasutatakse erinevaid hindamisvahendeid ja andmete kogumise meetodikat. Ühildamise vajadus seisneb pigem statistilisel või aruandluse tasandil, mitte konkreetse hindamisinstrumenti küsimuse piires. Infotehnoloogilises mõistes tuleb detailanalüüsi raames kaardistada täpne aruandlusvajadus ning sellest tulenevad ootused andmetele. Kuna hindamisinstrumentide ühildamis-vajadus protsessi tasandil on piiratud, siis antud valdkond ei tohiks kujuneda oluliseks piiravaks teguriks infosüsteemi arendamisel.

6.3. Infotehnoloogilised lahendused interRAI rakendamiseks

Järgnevalt on analüüsitud erinevate kasutuselolevate infosüsteemide kasutamist ja täiesti uue rakenduse loomist interRAI meetodika rakendamiseks. Alternatiivsete lahenduse puhul tekkivad halduse ja vastutuse skeemid on esitatud tabelis 8.

Tabel 8. Halduse ja vastutuse skeemid erinevate alternatiivsete lahenduste puhul.

Alternatiiv	Haldaja	Vastutus
STARi baasil	STARi haldaja	STARi haldaja loob rakenduse, tagab selle halduse, sh kasutajaõiguste protsessid (esialgne idee on luua uutele kasutajatele eraldiseisev kasutajagrupp, mille ligipääs lubada vaid interRAI moodulile) ja avatud liidese infovahetuseks teiste infosüsteemidega. Liideste arendamine on iga infosüsteemi omaniku vastutus. SoM vastutab rakenduse ärinõuetele vastavuse eest. Liidestumine on eeldatud kujul, mis võimaldab ühekordset andmete sisestamist kuid tulemuste säilitamist nii keskses andmekogus kui liidestatud infosüsteemis patsiendi muude andmete juures.
TISi baasil	TISi haldaja	TISi haldaja loob rakenduse, tagab ligipääsu läbi väljakujunenud andmevahetuskihi, täiendamist vajab kasutajaõiguste protsess. Liidestumine on iga infosüsteemi omaniku vastutus. SoM vastutab rakenduse ärinõuete vastavuse eest.
Lokaalsed infosüsteemid	Erinevad	Iga süsteemi omanik vastutab süsteemi loomise ja ärinõuetele vastavuse eest. SoMi eestvedamisel lepatakse kokku andmete vahetamise põhimõtted.
Eraldiseisev veebipõhine rakendus	Valitud haldaja	SoM loob veebipõhise rakenduse ja vastutab teenuse pakkumise eest. Hindamistulemuste salvestamine lokaalsetesse infosüsteemidesse on iga süsteemikasutaja lahendada. ²⁰
Iseseisev interRAI rakendus liidestatud lokaalsete infosüsteemidega	Valitud haldaja	SoM loob avatud interRAI mooduli arvestades liidestumise nõudeid TIO-de poolt. Iga lokaalse infosüsteemi omanik vastutab liidestuse teostamise eest oma infosüsteemiga ning selle vastavuse eest nende ärivajadustega.

²⁰ Siin on mõeldud veebipõhist süsteemi nagu näiteks internetipank, mida arendatakse tsentraalselt, kasutamiseks tuleb sinna eraldi sisse logida ning millest on võimalik andmeid kokku lepitud standardi alusel ka lokaalseks kasutamiseks salvestada.

6.3.1. InterRAI rakendamine Sotsiaalteenuste Andmeregistri (STAR) baasil

Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR) on riigi keskne andmekogu/infosüsteem, mis on loodud läbiviidava omavalitsuste sotsiaaltöö korraldamiseks juhtumikorralduse põhimõttel. STARi peamiseks eesmärgiks on arendada välja elektroonne töökeskkond, mis aitab sotsiaaltöötajal oma tööd senisest hõlpsamini korraldada – osutada isikule vajalikku abi võimalikult shipäraselt ja kiiresti ning optimaalse töömahu ja kulutustega.

Veebipõhisus ja vastava funktsionaalsusega infotehnoloogiline lahendus annab võimaluse sotsiaaltöö juhtumite juhtumipõhiseks menetlemiseks, sotsiaalteenuste ja -toetuste ning muu abi osutamiseks, samuti toimingute administreerimiseks ja dokumenteerimiseks ehk elektroonilise toimiku pidamiseks. STAR-i baasil eksisteerib juba ka eelnev kogemus elektroonsete päringute ja infovahetusteenuste arendamiseks teiste riigi infosüsteemi kuuluvate andmekogudega, mis omakorda võimaldab registrit kasutaval sotsiaalametnikul saada oma tööülesannete täitmiseks vajalikke andmeid ja informatsiooni operatiivsel ja mugaval moel.

STAR-i üldise tutvustuse alusel on infosüsteemi kasutajagrupidena märgitud järgmised osapooled:

- kohalike omavalitsuste volitatud sotsiaalametnikud;
- maavalitsuste volitatud sotsiaalametnikud;
- sotsiaalteenuste osutajad;
- Sotsiaalministeeriumi töötajad.

6.3.1.1. Tehnilised aspektid

STARi puhul on võimalik ära kasutada interRAI rakendamisel mõningaid olemasolevaid arendusi. Samas on tegemist võrdlemisi standardsete aspektidega (sisselogimine, kasutajaliidest jne) ning interRAI poolt mitmeid seatavaid nõudeid ei ole STAR-ga kaetud (näiteks terviseinfo salvestamine, edastamine jt). STARi haldaja hinnangul eeldab interRAI arendamine STARi põhiselt päringute integreerimist ärilooigikas, mis tähendab andmearhitektuuri muutmist. See võib tähendada, et olemasoleva kasutajaliidese arendamine võib kujuneda hinnatust mahukamaks.

STAR-i positiivseks aspektiks on infosüsteemis arendatud spetsiaalne küsimustiku moodul, mis on samuti kasutatav hindamisinstrumentina, kuna interRAI baseerub suuresti küsimustiku meetodikal, võib STAR-i baasil olla loodud eeldused interRAI kuluefektiivseks rakendamiseks. See kehtib tingimuse puhul, et STAR-i küsimustiku moodul võimaldab katta samuti teisi interRAI eripärast tulenevaid asjaolusid (näiteks küsimustike haldamine juhtumipõhiselt, üksikute küsimustike sidumine otsustega, põhjalikum analüütika jne). Sõltuvalt interRAI küsimustiku struktuurist ja hindamisloogikast, ei pruugi aga STAR-i küsimustiku mooduli funktsionaalsus olla juba täna piisav katmaks interRAI vajadusi.

STAR-i baasil on juba loodud eeldused elanikele suunatud e-teenuste arendamiseks tulevikus. Näiteks sotsiaalteenuste ja -toetuste taotluste elektroonseks esitamiseks. Seda funktsionaalsust on võimalik kasutada interRAI puhul näiteks suhtluseks hooldatava lähedastega.

Samuti on STAR-i puhul eeliseks see, et tegemist on uue infosüsteemiga, mis rakendati 2010. aasta aprillis. Sellal tekkis kohustus kanda toimetulekutoetuse ja hooldamise eest makstava toetuse taotlemiseks ja maksmiseks vajalikud andmed ning hoolduse seadmise ja hooldaja määramise andmed STARi. See tähendab, et antud süsteem on arendatud kaasaegsete

tehnoloogiate alusel ning asetseb enda elutsükli (infosüsteemide elutsükliks peetakse 5-7 aastat) alguses.

STAR töötab täna kohalike omavalitsuste põhiselt. InterRAI mooduli lisandumisel ei piisa ainult uue kasutajagrupi loomisest, vaid tuleb muuta ka andmebaasi struktuure, täiendada funktsionaalsust ja muuta õiguste hierarhia üleschitust.

Samuti võib kaaluda alternatiivi, et hindamisinstrumendi loogika luuakse STAR-s ning andmete sidumine isikutega ning nende salvestamine toimuks mõnes teises infosüsteemis, näiteks TIS-is.

6.3.1.2. Protsessi aspektid

Peatüki alguses viitasime, et interRAI rakendamisel on oluline protsessipõhisus. STAR võimaldab juba olemasoleva funktsionaalsuse juures vähemalt järgmisi toiminguid:

- registreerida abivajavate isikute pöördumisi ja teenustele suunamist/saabumist;
- määrata neile sotsiaalteenuseid ja -toetusi või muud abi;
- algatada ja menetleda sotsiaaltöö juhtumeid jne.

Seetõttu oleks antud andmeregistri alusel interRAI rakendamine otstarbekas, kuna ühelt poolt ei tuleks sarnast funktsionaalsust uuesti arendada ning teiselt poolt ei teki tulevikus andmete dubleerimise ohtu.

Sotsiaalteenuste osutajatele on planeeritud saata STAR-i kaudu informatsiooni teenuseid saavate isikute kohta. InterRAI oleks sellisel juhul infosüsteemi täiendav funktsionaalsus põhjalikumate andmete kogumiseks teatud isikute osas. Samuti tähendab protsesside ühendamine lisaks dubleerimise vähendamisele suurenevat operatiivsust andmete käitlemisel ning üldise eesmärgi saavutamisel, milleks on kvaliteetsemad integreeritud teenused pikaajalise hooldevajadusega inimestele.

Lisaks on STAR-i baasil loodud esialgsed võimalused järelevalve teostamiseks nii sotsiaaltöö juhtumite menetlemise ja abi osutamise üle kui ka andmekogu pidamise ja andmete töötlemise nõuetele vastavuse üle. Kuna interRAI rakendamine eeldab samuti pikaajalise hooldusvajadusega inimese jälgimist, hooldust puudutavate otsuste vastuvõtmist ja teisi seotud tegevusi üle teatud ajaperioodi, siis tundub STAR-i ülesehitus olevat sarnane interRAI efektiivse rakendamise nõuetega.

Samuti on STAR-i baasil teostatud ka teisi funktsionaalsusi (näiteks pidada arvestust kulude kohta, registreerida teenuseosutamisi ning esitada kuluaruandeid haldusasutustele), mis toetaksid interRAI kuluefektiivset kasutuselevõttu antud infosüsteemi alusel.

InterRAI rakendamisel on oluline hinnata ka seda, kus säilitatakse teisi inimese, tema tervisliku seisundi ja saadava abiga seonduvaid andmeid. Seda eelkõige põhjusel, et andmete säilitamine tsentraalselt ühes andmekogus tagab nii teenuse pakkumise operatiivsuse ja järjepidevuse kui ka madalama arendusvajaduse liideste näol. Antud andmetüpe tänasel hetkel STAR-is aga ei käidelda ega hoita, samuti ei ole kasutamisel andmete versioneerimine.

6.3.1.3. Piirangud

STAR-i puhul kerkivad üles kaks peamist piirangut. Esiteks asjaolu, et kuigi STAR-il on määratud keskmine turbeaste (ISKE standardi alusel konfidentsiaalsus S2, terviklikkus T2 ja käideldavus K2), on see madalam Tervise Infosüsteemi turbeastmest. Lähtuvalt ISKEst on kriitiline jälgida, et kõrgema turvaklassiga seotud infosüsteemide liiga nõrk turve ei ohustaks kõrgema infosüsteemi turvalisust.

„Töö selles järgus tuleb hoolikalt jälgida süsteemidevahelisi seoseid, hoolitsedes selle eest, et oluliste infosüsteemidega seotud muude süsteemide liiga nõrk turve ei obustaks oluliste süsteemide turvalisust. Teisalt, kui kõige olulisemate andmete turvaklass on kõrge, ei ole otstarbekas määrata asutuse kõigile infovaradele seesama kõrgeim klass. Sellisel juhul tuleb luua alused asutuse tsoneerimisele eri turbeastmete järgi kaheks või kolmeks tsooniks, kui seda võimaldavad asutuse struktuur, ruumid, tehniline infrastruktuur ja muud konkreetset tingimused.“ (ISKE Rakendusjuhend Versioon 5.00, lk 20)

Antud juhul tähendab see, et STAR-i ja TIS-i vahel on küll võimalik korraldada andmevahetust, kuid täieliku integratsiooni (näiteks, et kasutaja logib sisse STARi ning käivitab sealt kaudu TISis oleva interRAI mooduli ning pärib patsiendi ajaloo kohta andmeid) teostamiseks on tõenäoliselt vajalik organisatoorsete turvameetmete ühtlustamine.

Teise aspektina STAR-i kasutamisel võib esile tuua praeguse hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise protsessi, kus valdav osa tegevustest on tehtud tervishoiu poolel ning kohaliku omavalitsuse ja sotsiaaltöötajate roll protsessis on väiksemamahulisem. Sellisel protsessist tuleneva piirangu puhul ei oleks parema alternatiivi eksisteerimisel õigustatud interRAI rakendamine STAR-i baasil. STAR-i haldaja hinnangul STAR ei saa võtta interRAId enda süsteemi osaks oma teise eesmärgi pärast. Samuti puudub omavalitsuste tasandil täna see inimressurss (sotsiaalvaldkonnas) kes suudaks sedavõrd suures süsteemis kiiresti orienteeruda (seda on tõestanud STAR-i rakendamine, mis on olnud ka kahe riikliku teenuse osas päris keeruline). Online kasutajatugi ja koolitus saab olema üheks märkimisväärseks kulukohaks interRAI rakendamisel ja juurutamisel.

6.3.2. InterRAI rakendamine Tervise Infosüsteemi (TIS) baasil

Tervise Infosüsteem on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid järgmistel eesmärkidel:

- tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks;
- tervishoiuteenuse kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks;
- rahva tervise kaitseks;
- tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks.

TIS on planeeritud ühtse meditsiinivaldkonna informatsiooni vahendamise keskkonnana Eestis. TIS on seaduse järgi ühtne andmekogu, kuid ta on üles ehitatud (ja arendamine jätkub) järkjärgult erinevate moodulitena.

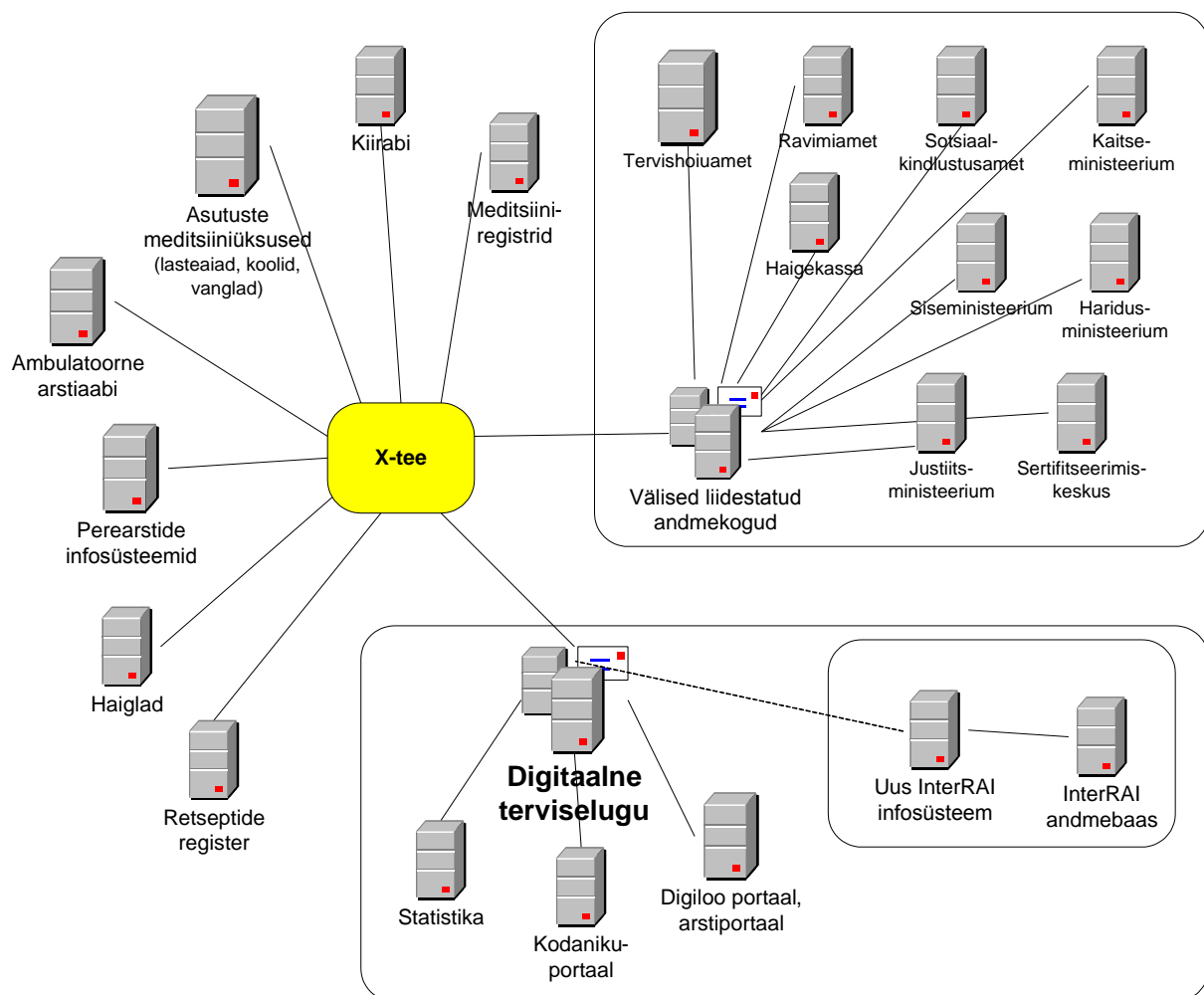
6.3.2.1. Tehnilised aspektid

TIS-i peamiseks tehniliseks eeliseks on tugev tehniline platvorm. Näiteks on TIS-i maksimaalne koormus 12 000 kasutajat minutis ning käideldavuse määr on olnud 98,3% (keskmiselt 2 katkestust kuus, ühekordse katkestuse maksimaalse kestvusega 2 tundi, vt TIS-i üldandmed). Seega on infosüsteem usaldusväärne (süsteemi töö stabiilsus on võrreldes eelmiste aastatega veelgi kasvanud ja 2011. aasta esimese 4 kuu jooksul pole plaanimata katkestusi esinenud) ning võimaldab suurt samaaegsete kasutajate hulka. Eeldatavalt ei tõsta interRAI rakendamine TIS-i baasil viimase koormust nii palju (ligi 1000-1500 täiendavat kasutajat), et see võiks usaldusväärsust mõjutama hakata. Lisaks kasutajate arvule mõjutab infosüsteemi jõudlust ka päringute ja käideldavate kirjete arvust ja mahukusest.

Alloleval joonisel (vt joonis 6) on näidatud Tervise Infosüsteemi tänane arhitektuur ning interRAI võimalik rakendamine selle baasil.

Joonis illustreerib Tervise Infosüsteemi laia kasutajaskonda, mis on tagatud läbi paljude erinevate liidestest. See loob tugevad eelised interRAI rakendamiseks, kuna paljud võimalikud huvigrupid on andmevahetusse juba täna kaasatud. Hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abistamise protsessi alusel on näha, et valdav osa antud protsessi tegevustest on teostatud tervishoiu poole peal. See tähendab, et need on teostatud osapoolte poolt, kes tänasel päeval vähemal või suuremal määral kasutavad Tervise Infosüsteemi.

InterRAI lahendamisel TIS-i puhul on eeliseks ka see, et kuigi see tähendaks uue infosüsteemi mooduli arendamist nagu illustreeritud alloleval joonisel, oleks tõrgete puhul mõjutatud ainult interRAI-ga seotud tegevuste teostamine. InterRAI rakendamisel teise infosüsteemi osana kaasneb aga risk, et probleemide puhul on mõjutatud kogu infosüsteem ning mitte ainult interRAI tegevustega seotud süsteemi osa.



Joonis 6. Tervise Infosüsteemi arhitektuur ja interRAI rakendamine selle alusel.

6.3.2.2. Protsessi aspektid

Protsessiaspekt on tugev soosiv faktor interRAI lahendamiseks tihedalt seotuna TIS-ga. Seda eelkõige seetõttu, et hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise hetkeolukorra protsessi valdav osa tegevustest teostatakse tervishoiu poole peal. Lisaks põhjusel, et tervishoiu poolel käideldakse valdavalt isiku tervisliku seisundiga seotud andmeid, mis peaksid interRAI rakendamisel olema kättesaadavad TIS-i kaudu, siis on see

tugev faktor otsimaks võimalusi TIS-i tugevamaks sidumiseks interRAI infotehnoloogilise lahendusega või teostamiseks antud lahendust TIS-i alusel.

6.3.2.3. Piirangud

Kui interRAI lahendatakse TIS-i baasil ning selleks ei kasutata olemasolevaid mooduleid, tähendaks see põhimõtteliselt uue andmekogu arendamist (kajastatud joonisel 6). See tähendaks suuremat arendusmahtu, kuid nagu eelnevalt kajastatud tooks see paralleelselt kaasa ka kõikide olulisemate huvigruppide kaasatuse.

Kasutatud algmaterjalide põhjal võib väita, et TIS on oma olemuselt limiteeritud protsessipõhise lähenemisega andmete kogum, mille põhiliseks ülesandeks on andmete säilitamine ning töötlemine. InterRAI rakendamiseks integreeritud teenuste osutamisel on oluline, et infosüsteem toetaks töövoogu.

TISi baasil loodava interRAI rakenduse puhul tuleb lahendada ka nende osapoolte liidestumine ja kasutaõiguste andmine, kes täna ei ole veel TIS-iga täies ulatuses liitunud ehk sotsiaalvaldkonna tulevased interRAI kasutajad.

6.3.3. InterRAI rakendamine STAR-i ja TIS-i koostoimel

STAR-i ja TIS-i koostoime tähendab siiski peamise kasutajaliidese realiseerimist ühe antud infosüsteemi alusel ning koostoime tähendaks automaatsete andmepäringute teostamist infosüsteemist, mille baasil interRAI rakendatakse, teise infosüsteemi. Lisaks mõlema infosüsteemi sobivuse analüüsile interRAI rakendamiseks, analüüsiti mõlema juures ka nende liidestamise võimalikkust.

STAR-i ja TIS-i koostoime võib olla realiseeritud ka täiendava infosüsteemikihi arendamisega STAR-i ja TIS-i infosüsteemide peale, kuhu tehtaks jooksvaid andmepäringuid. See aga eeldaks Sotsiaalministeeriumi hinnangul arhitektuurilisi muudatusi mõlemas infosüsteemis. Samuti oleks see liigitatav uue infosüsteemi arendamiseks, mida on analüüsitud järgmises alapeatükis.

6.3.4. InterRAI rakendamine eraldiseisva infosüsteemina

InterRAI rakendamine eraldiseisva infosüsteemina võib tähendada peamiselt kolme erinevat lähenemist, mis oleksid järgmised:

- ühise veebipõhise infosüsteemi loomine interRAI rakendamiseks;
- lokaalse(te) personaalse(te) infosüsteemide loomine (iga kasutajagrupp loob endale sobiva iseseisva rakenduse ning lepikse kokku andmete edastamise standardis);
- tsentraalselt luuakse hindamisinstrumendi funktsionaalsus ja hindamistulemuste andmekogu, millele kasutajaliideseid olemasolevate infosüsteemidega rajavad iseseisvalt kõik kasutajagrupid; neile kasutajatele, kes ei soovi interRAId kasutada läbi oma olemasoleva rakenduse, luuakse veebipõhine kasutajaliides (nagu esimeses alternatiivis).

Lokaalse infosüsteemi arendamine tähendab seda, et infosüsteemid arendatakse iga tulevase kasutajagrupi poolt eraldi ning installeeritakse kasutajate arvutitesse ja kasutatakse seeläbi lokaalselt. Selle alternatiivi puhul on risk kõrgem, et andmete edastus seotud osapoolte vahel ei ole regulaarne – lokaalselt andmeid salvestatakse, kuid ei edastata tehnilistel või organisatoorsetel

põhjustel teistele osapooltele. See võib tekitada omakorda riski, et integreeritud teenuseid ei suudeta pakkuda operatiivselt.

Samuti oleks selle alternatiivi rakendamiseks tarvis spetsiaalset tarkvara, mille arendamise maksumus oleks hinnanguliselt suurem kui interRAI arendamine tsentraalselt ja liidestamine juba olemasolevate infosüsteemidega. Samuti ei oleks märkimisväärsed ainult tarkvara arendamise kulud, vaid ka halduskulud. Seda põhjusel, et vaatamata uuenduste ja muudatuste jagamisele tsentraalselt, toimuks nende rakendamine hajusalt. Seeläbi võib tekkida kasutajatel probleeme, mis omakorda tähendab suurenenud IT tehnilise toe kulusid.

Iga käsitletud alternatiivi puhul eksisteerib riistvara risk, kui eksitakse mittefunktsionaalsete nõuete fikseerimisel. Lokaalse tarkvara alternatiivi rakendamisel on riistvarast tulenevad riskid kõrgemad, kuna andmeid töödeldakse ja salvestatakse lokaalselt. Kuigi eeldatavalt ei nõuaks interRAI lokaalne rakendus rohkem arvutustehnilist ressursi kui täna kasutuses olevad lokaalsed rakendused, tuleb seda riski siiski arvesse võtta, arvestades potentsiaalsete lõppkasutajate arvu.

Lokaalse personaalse lahenduse eeliseks on võimalus arendada infosüsteemi ainult konkreetsele kasutajale vajalikus mahus ning teostada liidestused vaid vajalikus mahus. Arvestades erinevate kasutajagruppide vajadusi (mis osutusi piiratud määral erinevaks), siis võib hinnata, et tegelikkuses toimuks sarnase funktsionaalsuse mitmekordne arendamine, st finantsvahendite ja aja ebaotstarbekas kasutamine.

Igal kasutajal personaalse tarkvara kasutamise variant on vastuolus kogu interRAI kasutuselevõtu põhimõttega – ei ole võimalik kohustuslikuks kuulutada ja ühiselt kasutama hakata, kui igäüks peab seejärel hakkama oma lahendust arendama. Meie hinnangul võib see võtta aastaid enne kui kõik osapooled jõuavad endale sobival hetkel lahenduse välja töötada, neid uuendada, omavahel liidestada jne. Edaspidi on keerukas tagada kõikide väljaarendatud süsteemide jooksvat uuendamist, liideste hoidmist jm, kui arenduspartnereid ja vastutavaid arendaid on mitmeid.

Samas toodi uuringu keskmes olnud intervjuude baasil välja, et teatud osapooltel on tööülesannete loomusest tulenevalt vaja interRAI-d kasutada lokaalselt (näiteks koduhoolduse puhul). Samas saab antud takistust lahendada võrdlemisi efektiivselt ka veebipõhise infosüsteemi puhul, mistõttu käesolevaga lokaalse infosüsteemi analüüsile rohkem ei keskenduta ning vaadeldakse põhjalikumalt teisi alternatiive.

6.3.4.1. Tehnilised aspektid

Uue eraldiseisva infosüsteemi arendamine ei ole tavaolukorras soovitatav – riiklike infosüsteemide on juba täna palju, nende liidestamine ja haldus nõuavad olulisel määral ressursse. Uue infosüsteemi rajamist toetavad mõned olulised asjaolud. Tulevased kasutajate tänased olemasoleva infosüsteemid on erineva turbeastmega. Uue infosüsteemi puhul on lihtsam luua lahendus, kus on arvestatud kõigi osapooltele vajaliku info jagamisel nende tänaste infosüsteemi turbeastmetega.

Oluline osa interRAI kasutamist toetavatest andmetest tuleb TIS-st. STARi kasutavad täna igapäevases töös üks suur tulevane interRAI kasutajate grupp. STARi täiemahuliseks integreerimiseks TISiga tuleb lahendada muuhulgas ISKE nõuete küsimus. Juhul kui selgub, et STARi täieulatuslikuks integreerimiseks on vajalik turbeastme tõstmine (nt organisatoorsed meetmed), siis kaasnevad sellega täiendavad kulutused.

Lisaks räägib uue infosüsteemi arendamise poolt asjaolu, et kuna hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise protsessis osalevad nii sotsiaalhoolekande kui tervishoiu inimesed, siis uue infosüsteemi puhul saab tõhusalt vähendada riski, et ühe valdkonna esindajad on võimelised võimaliku turvaaugu või muu turvalisuse

probleemi tõttu nägema andmeid, millele neil juurdepääsu olla ei tohiks. Sellisel juhul on infosüsteemis sisalduvad andmed piiratud ainult interRAI kasutamiseks vajalike andmetega.

6.3.4.2. Protsessi aspektid

Uue infosüsteemi arendamise suurim väärtus protsessi aspektis on see, et kogu lahendus koos sisalduva funktsionaalsusega vastaks interRAI rakendamiseks vajalikele nõuetele. Kõik protsessid, tegevused ja erandid saab arendada vastavalt interRAI spetsiifikale ning kasutajate poolsetele nõuetele.

Eestis on arendatud riiklike infosüsteeme domineerivalt valdkonna põhiselt (nt sotsiaalvaldkonnas, tervise valdkonnas, põllumajanduses, maksunduses jne). Samas valdkondade üleste infosüsteemide arendamise kogemus on seni olnud piiratud (näiteks riiklike ja struktuurifondi erinevate toetuste menetlemise infosüsteeme on loodud mitmeid, kuigi baasprotsess on neil sama).

Seetõttu on olemasolevate infosüsteemide pinnalt keeruline välja töötada mõlemale valdkonnale (sotsiaal- ja tervishoiu-) protsessi mõistes sobivat lahendust.

6.3.4.3. Piirangud

Uue infosüsteemi arendamine tähendab aga antud valdkonna IT maastiku (rakenduste ja tehniliste lahenduste hulk ning otstarve) muutumist komplitseeritumaks. Keerukam IT maastik toob endaga kaasa paratamatult suurenevad halduskulud ning võib mõjutada kasutajate rahulolu, kuna teatud tööülesannete täitmiseks peab kasutaja hakkama navigeerima mitme erineva infosüsteemi vahel.

Teine piirang uue infosüsteemi arendamisel on kuluefektiivsuse aspekt. Uue infosüsteemi arendamine tähendab suuremaid arendamismahtusid ning seeläbi ka suuremat kulubaasi.

Lisaks toimuks antud lahenduse puhul teatud andmete ja tegevuste dubleerimine, kuna paljud vajalikud andmed on kättesaadavad teistest andmekogudest. See loob olukorra, kus integreeritud teenuste pakkumine pikaajalise hooldusvajadusega inimestele ei pruugi olla kõige efektiivsem. Selle riski maandamiseks on vajalik detailne analüüs, kuidas juba olemasolevaid andmeid (nt isikuandmed) integreerida loodavasse infosüsteemi.

Antud alternatiivi puhul on oht ka andmete kvaliteedile. Kui andmed on osaliselt saadavad teistest andmekogudest, siis hakkavad kasutajad neid uues süsteemis vähem sisestama ning üle teatud ajaperioodi võib puudulik andmete kvaliteet hakata mõjutama teenuste pakkumist klientidele.

6.4. Alternatiivsete lahenduste maksumuse hinnang

Tabelis 9 on toodud peamised kulud, mis kaasnevad erinevate alternatiivide rakendamisega. Sarnaseid kulutusi, mis iga alternatiivi puhul on hinnanguliselt samas suurusjärgus, ei ole tabelis eraldi välja toodud. Projekti eelarve on võimalik koostada pärast esmase teostamisotsuse tegemist ning selle põhjal detailanalüüsi koostamist. Praeguses faasis (nagu ka esitatud vahemikest on näha) erinevad ekspertide hinnangud süsteemi kulude osas väga oluliselt.

Sarnaseks kulutuseks iga alternatiivi korral on detailanalüüs interRAI õigusruumi, äriprotsessi, infomudeli (klassifikatsiooni ja andmekoosseisu), kasutusmudeli koostamiseks ja rakenduste mudeli koostamiseks: 15-25 tuhat eurot (siia ei ole arvestatud sisemise töötaja maksumust erinevate tulevaste kasutajate poolt; selle töö maht võib olla mõned korrad suuremad kui välispartneril, kes detailanalüüsi lõplikult kokku paneb).

Olemasoleva infosüsteemi baasil (nt STAR, TIS vms) interRAI mooduli arendamine jääb eeldatavalt 30-100 tuhande euro vahemikku ning eraldi infosüsteemi loomine jääb eeldatavalt vahemikku 70-150 tuhat eurot. Need esialgsed hinnangud IT ettevõtetelt, praeguste süsteemide haldajatelt, TTO-de esindajatelt ja sõltumatutelt ekspertidelt sisaldavad vaid arenduseelarvet. Oluliseks kulukomponendiks on ka kohalik infosüsteemide muutmine ja liidestamine, mis sõltuvalt tarkvarast võib jääda vahemikku 5-35 tuhat eurot. Erinevate liideste tegelik hind võib kujuneda kulude osas kaalukeeleks, sõltuvalt kumba vahemiku otsa eri alternatiivide puhul enamik liidestest jääb. Jooksvad halduskulud, mis sõltuvalt valitud lahendusest, on samuti erinevad.

Tabel 9. Alternatiivsete lahenduste hinnangulised kulud.

Lahendus-alternatiiv	Ekspert hinnang kulude mahule võrreldes teiste alternatiividega	Mooduli arendamine	Liidesed ja muudatused olemasolevatesse infosüsteemidesse	Kesksüsteemi halduskulud aastas	Peamised kulud mõjutavad põhjused
STAR-i baasil	Keskmine	50-100	5-35 iga süsteemi kohta	Kuni 30	STAR-i täiendamine kasutajahalduseks ja interRAI mooduli arendamiseks; STAR-i halduskulude suurenemine kui interRAI tõttu tuleb tõsta turvaklassile vastavaid meetmeid; liideste loomine teiste infosüsteemidega.
TIS-i baasil	Keskmine	30-50	STARi liides 20-25 tuhat. TTO-de liidesed 15-20 tuhat iga süsteemi kohta	Kuni 30	InterRAI kesksüsteemi/TIS mooduli liideste mudeli ja rakenduse arendamine. Eeldatud on, et hindamisakt ja seotud päringud on inimese tervise loo osad ning käituvad sarnaselt seniste TIS dokumentidega. Tulenevalt pääsuõiguste uudsusest (mitte-mediitsiiniline kasutajaskond) võib tekkida vajadus TIS teenustemudeli täiendamiseks uute pääsukontrollidega.
Lokaalsed infosüsteemid, hindamislehe edastamine TIS-i digitaalse sõnumina	Kõrge	70-520	5-35 andmevahetuse lahenduse loomiseks	30-120 (sh ka lokaalsete süsteemide halduskulud)	Sama või sarnase funktsionaalsuse mitmekordne arendamine.
Eraldiseisev infosüsteem liidestatud lokaalsete infosüsteemidega	Keskmine	70-150	5-35 iga süsteemi kohta	Kuni 30	Liideste loomine lokaalsete infosüsteemidega; eraldiseisva infosüsteemi arendamine. Vajadusel turvanõuete tõstmine lokaalsete süsteemide juures.
Veebipõhine infosüsteem	Madal	70-100	-	Kuni 30	Infosüsteemi arendamine.

Antud tabelis on hinnatud vaid IT lahenduse otseseid kulusid, siin ei ole arvestatud näiteks tööprotsesside muutmise, andmete topeltsisestusest (veebipõhise rakenduse korral) tulenevat kulu jms.

InterRAI litsentside kulusid ei ole eelarvesse arvestatud, kuna kasumit mitte-taotleva korralduse puhul ei tule litsentsitasusid maksta. Väljavõte interrai.org kodulehelt:

InterRai organisatsiooni eesmärgiks on interRai instrumentide võimalikult efektiivne ja laiapõhjaline kasutamine. Seetõttu saavad interRaid litsentsitasuta kasutada kõik, kasumit mitte-taotlevad organisatsioonid nagu valitsused, hooldusasutused, teadlased.

6.5. Kokkuvõte

Ideaalseks lahenduseks on võimalus, kus tulevased interRAI kasutajad läbi oma tänase peamise infosüsteemi pöörduvad interRAI mooduli poole, mis võimaldab läbi viia hindamist, tutvuda patsiendi eelmiste hindamiste jm taustainfoga ning vajadusel siduda tulemusi oma kohaliku infosüsteemiga (nt toetuse avalduse vms-ga). See võimaldab kasutajatel jätkata tööd oma väljakujunenud töölaual. Kasutajatele oleks kõige mugavam (seda tõstis teiste seas esile Haiglate Liit) kui hindamisinstrument integreeritakse täies mahus olemasolevate protsesside ja infosüsteemidega (lokaalsed) ning tsentraalsesse baasi edastatakse andmeid standardsel kujul. Selle alternatiivi rakendamine osutub oluliselt kallimaks, kuid võimalik, et saavutatav efektiivsus tööprotsesside paremast korraldamisest kaalub selle üles.

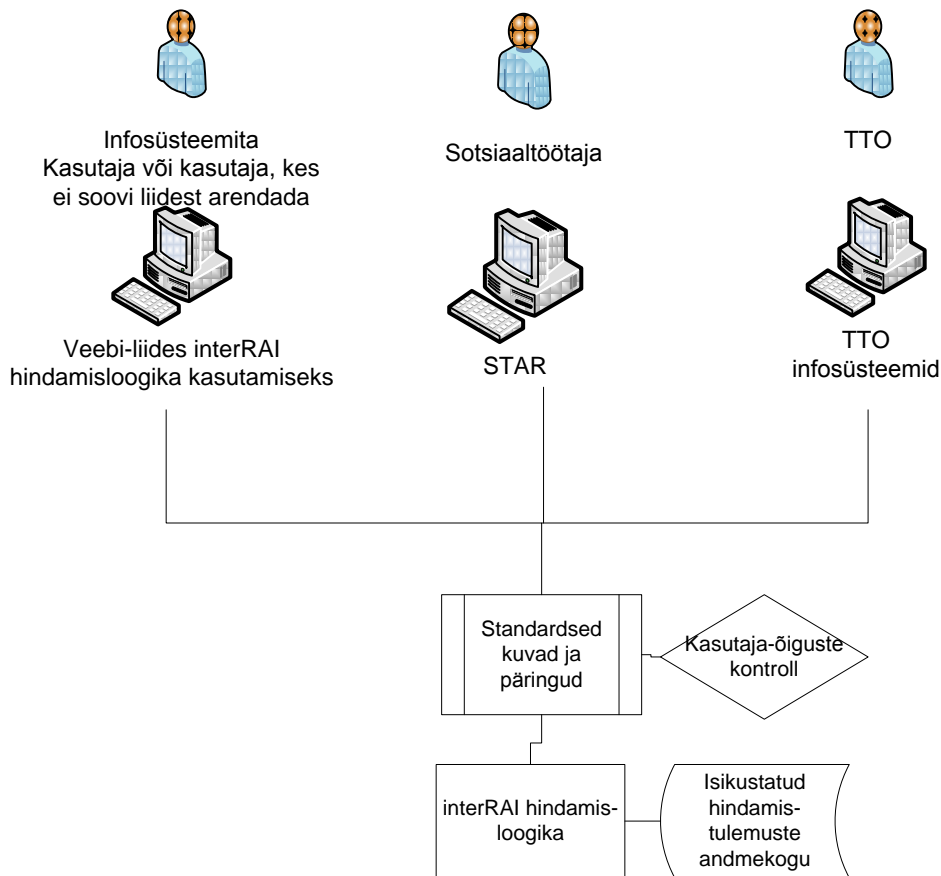
Neile tulevastele kasutajatele, kes täna oma infosüsteemi ei oma või ei soovi täis-integratsiooni, tuleb luua ka täiendava teenusena veebipõhine kuva, mis võimaldab hindamisinstrumenti kasutada. Patsiendile endale ja tema lähedastele on soovitatav luua ligipääsuks liides läbi patsiendiportaali (asub TIS-i juures), mis võimaldab isikuandmete edastamist ja hindamistulemusega tutvumist.

Vaatamata asjaolule, et interRAI rakendamiseks on kuluefektiivne otsida võimalust kasutada peamise infosüsteemina juba mõnda eksisteerivat infosüsteemi, tundub eelnevas analüüsis kajastatud kriteeriumite alusel olevat õigustatud uue infosüsteemi arendamine, mis liidestatakse lokaalsete infosüsteemidega. Seda eelkõige põhjusel, et hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise protsessi on kaasatud nii tervishoiu kui ka sotsiaalhoolekande osapooled, kes kasutavad erinevaid infosüsteeme. Samuti oleks õigustatud uue infosüsteemi arendamine võimalike turvaintsidentide riski maandamiseks ja integreerimiseks tänaste juba kasutusel olevate infosüsteemidega.

Konfidentsiaalsetele andmetele ligipääsuks tuleb samuti luua uus õiguste kontrollimise põhimõte – kui täna kasutatakse Tervishoiutöötajate registrit isiku tuvastamiseks, siis kõik tulevasi interRAI kasutajaid sinna kantud ei ole. Seetõttu tuleb leida projekti ettevalmistamisel lahendus, mille alusel mitte-meditsiinivaldkonna töötajatele antakse vajadusel ligipääs hooldusvajadusega inimesi meditsiinilistele andmetele.

Kui uue infosüsteemi arendamisel lähtutakse sarnastest põhimõtetest nagu STAR-i ja TIS-i puhul seni, siis selle kasutuselevõtt ei too kaasa täiendavaid kulutusi lõppkasutajate tasandil (uued arvutid vms), väljaarvatud juhul kui soovitakse hindamisküsimustikku täita ka ilma interneti ühenduseta, näiteks kaasakantavas seadmes. Sellisel juhul peaks rakendus toetama küsimustiku lokaalset salvestamist ning üleslaadimist hindamistulemuse saamiseks.

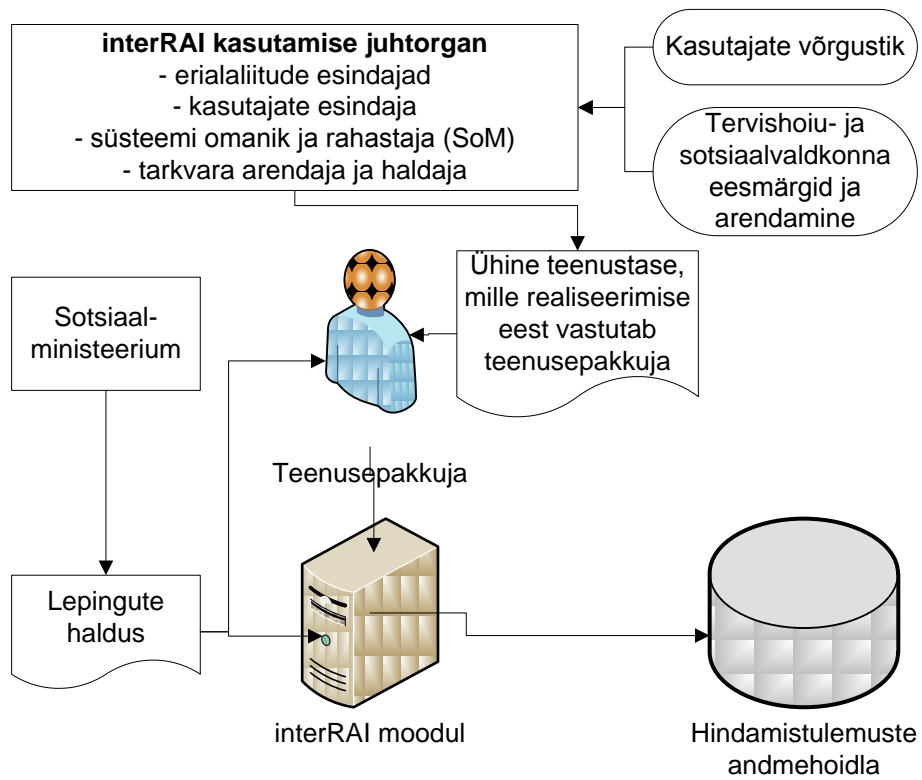
Ülevaatlikult on soovitatav lahendus kujundatud ka joonisel 7.



Joonis 7. InterRAI soovituslik lahendamine infosüsteemina.

Majanduslikult efektiivse lahenduse saavutamiseks soovitame kaaluda mõne olemasoleva baas- arhitektuuri ja arendus/halduskeskkonna kasutamist (näiteks E-tervise Arendamise Sihtasutuse või Sotsiaalministeeriumi juures). Valestimõistmise vältimiseks – siinkohal ei peeta silmas interRAI arendamist mõne olemasoleva andmekogu baasil, vaid ainult arhitektuuri ühiskomponentide kasutamist ning olemasoleva meeskonna tarkvaraarendamise kogemuse maksimaalset kasutamist.

Sellise mudeli põhjal kujuneks üldine vastutuse jaotus nagu kujutatud joonisel 8. Analoogne ühtse hindamisinstrumendi juhtimise struktuur on üles ehitatud ka näiteks Uus-Meremaal.



Joonis 8. InterRAI juhtimise struktuur.

7. Valmisolek standardiseeritud hindamisinstrumendi rakendamiseks

Käesolev aruande peatükk kajastab valmisolekut rakendada standardiseeritud hindamisinstrument hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamiseks ja abistamiseks kaasatud osapoolte poolt. Antud peatükis on analüüsitud peamisi karakteristikuid, mida nähakse rakendamise valmisolekut mõjutavate teguritena. Lisaks on hinnatud peamisi võimalikke tegevusi, mis aitaksid maksimaalselt saavutada osapoolte valmisolekut standardiseeritud hindamisinstrumendi rakendamiseks.

Valmisoleku hindamine viidi läbi struktureeritud intervjuude osana, mille raames küsiti 70 seotud osapoolte esindaja käest järgmised küsimused:

- Mis võiks saada takistuseks infosüsteemide kasutamisel, et hinnata hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste funktsioone ja vajadusi?
- Kuidas hindate pikaajaliste hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste tegelevate osapoolte valmisolekut võtta kasutusele üleriigiline ühtne (infotehnoloogiline) lahendus?

Antud metoodiline lähenemine võimaldas koguda osapoolte valmisoleku kohta põhjalikumalt informatsiooni ning tuvastada detailsel tasandil erinevate osapoolte poolt peamiste takistustena nähtavaid aspekte.

Valmisoleku hindamise nalüüs on ülesehituslikult jagatud kaheks, millest esimeses osas analüüsitakse peamisi valmisolekut takistavaid tegureid. Antud analüüsis lähtutakse järgmistest takistavate tegurite valdkondadest:

- süsteemi tasand (oskused, tehnoloogilised aspektid);
- osapoolte ja keskkonnaga seotud takistavad tegurid (protsess, korraldus, ressursid);
- põhimõttelised tegurid (instrumendi kasutamise vabatahtlikkus, üleminek uuele süsteemile).

Teises osas on käsitletud peamisi võimalikke tegevusi valmisoleku suurendamisel ühtse standardiseeritud hindamisinstrumendi edukaks juurutamiseks. Lisaks on analüüsitud võimalikke tegevusi, mis on vajalikeks eeldusteks valmisoleku ja muutuste juhtimise protsessi saavutamiseks.

7.1. Valmisolekut takistavad tegurid

Intervjuudes toodi välja hulk valmisolekut takistavaid tegureid, mida vastanud näevad oluliste takistustena ühtse hindamisinstrumendi rakendamisel. Samas tuleb tõdeda, et paljud väljatoodud tegurid on nõ standardsed, mis kaasnevad valdava osa suuremate muutustega ning seeläbi seotud rohkem kaasatud osapoolte skeptitsismi ja madala teadlikkusega kui tegeliku tänase situatsiooniga.

7.1.1. Süsteemi tasandi valmisolekut piiravad tegurid

Süsteemi tasandil toodi valmisolekut piiravate teguritena peamiselt välja andmekaitse ning süsteemi töökindluse ja usaldusväarsusega seonduvad aspektid.

Antud tegurite juures on oluline märkida, et tegemist ei ole otseselt praegusest situatsioonist tulenevate piirangutega vaid aspektidega, mida kaasatud osapooled näevad ohuna hindamisinstrumendi efektiivsel juurutamisel.

Kõige rohkem tundsid intervjueeritavad muret süsteemi võime üle kaitsta käideldavaid isikuandmeid. Ohtudena nähakse nii turvalisust (sissemurdmise oht, turvaaugud) kui ka kasutajahaldust, mis tuleneb sellest, et ühtse hindamisinstrumendi rakendamisel on kaasatud osapoolte esindajate arv suur ning andmetüüpe palju, mis muudab kogu kasutajatehalduse komplekssemaks ning nõuded rangemaks.

Teise süsteemi tasandi tegurina toodi välja hindamisinstrumendi rakendamiseks kasutatava infosüsteemi enda usaldusväärsus. Peamiste ohtudena hindamisinstrumendi efektiivsele kasutuselevõtule nähakse järgmisi aspekte.

- Infosüsteemi vajalike liideste hulk, mille loomine on vajalik ühtse hindamisinstrumendi rakendamiseks – tekitab täiendava riski süsteemi töökindlusele. See tähendab, et liideste hulga suurenedes kasvab ka oht, et teatud hetkedel ei ole protsessis osaleval osapoolel võimalik pääseda ligi vajalikele andmetele, mida päritakse teistest andmebaasidest.
- Süsteemi kasutajasõbralikkus (sh infosüsteemi toimingute kiirus). Paljud intervjueeritavad on seisukohal, et eksisteerivate, võrdlemisi madalate arvutikasutamisoskuste juures, vähendab keeruline infosüsteem valmisolekut seda kasutada mistõttu satub küsitavuse alla süsteemis olevate andmete aktuaalsus ja kvaliteet.

Süsteemi tasandi võimalikud ühtse hindamisinstrumendi rakendamise valmisolekut mõjutavate teguritega tegelemine ei ole efektiivse juurutamise kriitiliseks eelduseks. Samas on tegemist oluliste tähelepanekutega, mis võivad mõjutada üdist valmisolekut süsteemi kasutuselevõtmisel mistõttu on vajalik nendega arvestamine infosüsteemi kujundamisel.

Kõik küsitletud osapooled kinnitasid arvutite olemasolu ning ei neile teadaolevalt on ka teistel kolleegidel või potentsiaalsetel kasutajagrupidel ligipääs arvutile või oma arvutitöökoht olemas. InterRAI kasutuselevõttu takistava tegurina ei mainitud intervjuudes vajadust täiendavaid arvuteid soetada. Juhime siinkohal tähelepanu, et kui otsustatakse, et interRAIle ligipääs peab olema kasutajatel pidevalt, siis mobiilseid IT vahendeid (sülearvuti, tahvelarvuti vms), tulevastel kasutajatel täna ei ole.

7.1.2. Osapoolte ja keskkonnaga seotud valmisolekut piiravad tegurid

Antud valdkonna alla liigituvad tegurid on peamisteks valmisolekut piiravateks asjaoludeks. Järgnevalt väljatoodud tegurite puhul tõusevad esile mitmed probleemsõlmed hindamisinstrumendi efektiivseks rakendamiseks ning seeläbi saab nende alusel välja tuua mitmeid olulisi tegevusi, mis vajavad märkimisväärset tähelepanu enne laialdast standardiseeritud hindamisinstrumendi rakendamise alustamist.

Esimene peamine tegur on piiratud teadmiste hulk spetsiifiliselt interRAI'ist. Kuid ka üldisemalt ei ole osapooltele selge, mida tähendab standardiseeritud hindamisinstrumendi kasutuselevõtt – milliseid uusi teadmisi ja oskusi on vaja, kas ülemineku aeg on piisav ning millist abi pakutakse ülemineku perioodil.

Antud valmisolekut piirava teguri puhul kerkivad üles esimesed kriitilised tegevused, mis vajavad teostamist enne standardiseeritud hindamisinstrumendi üle-Eestilist rakendamist. Nimelt on vajalik tulenevalt kasutusele võetava hindamisinstrumendi spetsiifikast hinnata ja kaardistada osapoolte gruppide (sotsiaaltöötaja, perearst jne) lõikes, milliseid teadmisi ja oskusi on vaja täiendada või õpetada. Hindamisinstrumendiga mitteseotud, kuid intervjuu baasil välja toodud

puudusena nähakse näiteks ka madalat arvutikasutamisoskust (sh vastumeelsus elektroonse hindamismeetodi kasutamise suhtes), mille parendamise vajalikkust nähakse olulise kriteeriumina kõikides vastajagruppides.

Teise peamise tegurina saab esile tõsta võimaliku uue hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abistamise protsessi erinevuse praegusest protsessist. Lisaks vähestele teadmisele, mis uue protsessiga kaasneb, tähendab viimase rakendamine ümber kohandumist. Uuele protsessile üleminek (selle sisulise erinevuse puhul praegusest protsessist) tähendab vajadust hinnata, millised on iga seotud osapoolte nõuded üleminekuprotsessile, milliseid võimalikke vahendeid uue protsessi täitmiseks igal osapooltel vaja on. Lisaks tähendab see tsentraalset hindamist, milliseid täiendavaid struktuuriüksusi (sh komisjonid jms) või toetavaid protsesse on vaja juurutada. Uue protsessi suur erinevus praegusest situatsioonist tekitab ka üldist valmisoleku vähenemist, mis omakorda tähendab vajadust pikema üleminekuperioodi järele.

Kolmanda peamise valmisolekut pärssiva tegurina nähakse piiratud ressursse, nii ajalisi kui finantsilisi. Piiratud ajalise ressursi puhul nähakse võimaliku valmisolekut pärssiva tegurina uue hindamisinstrumendi kasutamisele kuluvat täiendavat aega. Kuna kõikide osapoolte töökoormus on juba praegu suur, tekitab see nii vastuseisu uue hindamisinstrumendi kasutuselevõtuks kui ka selle rakendamise korral seal sisalduvate andmete madalat kvaliteeti, mille tingib instrumendi kasutamine minimaalses kohustuslikus ulatuses. Finantsressursside piiratuse puhul tuuakse välja võimalikud kaasnevad vajadused teha kulutusi koolitustele, arvutitele ja täiendavale personalile. Kui ajaliste ressursside piiratus oli välja toodud võrdses ulatuses kõikide osapoolte gruppide poolt, siis finantsressursside piiratuse tõid intervjuueritavatest välja eelkõige tervishoiu valdkonna esindajad.

Antud aspektis osapoolte valmisoleku tõstmiseks on vajalik selgitada hindamisinstrumendi kasutuselevõtuks tehtavate vajalike kulude katmise printsiipe. Kui kulud otsustatakse jagada kõikide osapoolte vahel, siis tekib vajadus töötada välja rahastamismudel, mis oleks aktsepteeritud kõikide osapoolte poolt ning mis tagaks hindamisinstrumendi rakendamise vajalikus ulatuses.

Läbiviidud intervjuude põhjal võib üldist arvutikasutamise oskust pidada piisavaks, aga kuna tulevaste kasutajate ring on lai, siis nende hulgas võib olla ka inimesi, kelle üldised arvuti kasutamise oskused võivad takistada elektroonilise hindamisinstrumendi kasutuselevõttu. Kuna meie hinnangul on tegemist üksikute juhtudega, siis ei ole põhjendatud üldise arvutikoolituse planeerimine vaid vajadusel korraldab selle oma töötajatele iga huvigrupp eraldi.

7.1.3. Põhimõttelised valmisolekut piiravad tegurid

Peamise valmisolekut mõjutava tegurina antud alajaotuses saab välja tuua võimaliku vabatahtlikkuse standardiseeritud hindamisinstrumendi juurutamisel. Intervjuude baasil toodi ühe aspektina välja (millel ka antud valmisolekut piirav tegur põhineb), et hetkel ei saa tulenevalt regulatiivsest keskkonnast teha hindamisinstrumendi kasutamist kohustuslikuks. Kui hindamisinstrumendi rakendamine saab olema vabatahtlik, hinnatakse selle kasutuselevõttu madalaks. Piiratud kasutajaskond tähendaks ühelt poolt riski efektiivsele rakendamisele (eesmärk jääb puuduliku rakendamise tõttu saavutamata) ning teiselt poolt ebaühtlast andmekvaliteeti ja andmete mittetäielikkust (hindamisinstrumendi kasutegur jääb kasutajatele madalaks).

7.2. Vajalikud tegevused valmisoleku tõstmiseks

Valmisolekut piiravate tegurite analüüsi tulemusena selgus, et üldine valmisolek ühtse hindamisinstrumendi rakendamiseks on olemas. Seda eelkõige põhjusel, et valmisolekut piiravate faktorite puhul on tegemist tüüpiliste asjaoludega, mis kaasnevate suurte muutuste juhtimise projektidega, ning valmisoleku saavutamise ei eelda struktuursete muudatuste tegemist süsteemis tervikuna (v.a. võimalik seadusemuudatus interRAI kohustuslikuks kasutuselevõtuks).

Eelmises alapeatükis kajastatud valmisolekut mõjutavad faktorid on valdavalt tingitud teadmatusest, kuidas hindamisinstrumendi rakendamine praktikas toimuks ning mis sellega erinevatele osapooltele kaasneb. Sellele vaatamata on valmisoleku tõstmiseks vajalik teostada mitmeid olulisi tegevusi.

1. Kommunikatsioon. Kõiki osapooli hõlmav laiapõhjaline kommunikatsioon on kriitiline eeldus ühtse hindamisinstrumendi rakendamisel. Läbimõeldud kommunikatsioon võimaldab vähendada kõikide valmisolekut piiravate tegurite mõju ning seotud osapoolte suurem kaasatus läbi kommunikatsiooni tõstab üldist valmisolekut muutuste läbiviimiseks.
2. Koolitused. Standardiseeritud hindamisinstrumendi efektiivne rakendamine eeldab teatud määral uute teadmiste ja oskuste omandamist ja rakendamist. Seetõttu on oluline, et seotud osapooled oleksid piisavalt koolitatud eelkõige kahes aspektis. Esiteks on vajalik koolitada hindamisinstrumendi sisulistest küsimustes –kuidas toimub selle kasutamine, milline on uus protsess jne. Teiseks tuleb läbi koolituste tagada kaasatud osapoolte piisavad oskused arvuti ja loodava infosüsteemi kasutamiseks.
3. Tugi üleminekuperioodil. Lisaks koolitustele on oluline pakkuda põhjalikku tuge kaasatud osapooltele terve üleminekuperioodi jooksul.
4. Rahastamismudeli välja töötamine. Valmisoleku tagamiseks ja eelduste loomiseks hindamisinstrumendi edukaks rakendamiseks on vaja koostada täpne rahastamismudel, mis oleks aktsepteeritud kõikide osapoolte poolt.
5. Lisaks on vaja hinnata milliseid toetavaid protsesse ja struktuuriüksusi (komisjonid jms) on vaja rakendada, et toetada ühtse hindamisinstrumendi juurutamist riigiüleselt.

8. InterRAI rakendamise soovituslik tegevuskava

Valmisoleku analüüsi käigus selgus, et juhul kui infosüsteem on läbimõeldud, vastab vajadustele, muudab lõppkasutajate töö efektiivsemaks ning on töökindel, on osapooled selle suhtes positiivselt meelestatud. Samas töid intervjueritavad välja mitmeid takistusi infosüsteemi efektiivsele rakendamisele, mida on analüüsitud pikemalt valmisoleku peatükis ning kus on ära toodud üldiselt vajalikud tegevused valmisoleku tõstmiseks.

Vaadeldes üldisi tegevusi detailsemalt võib infosüsteemi kasutuselevõtmise soovitusliku rakenduskava jagada mitmeteks tegevusteks, mida vaadeldakse alljärgnevatel alapeatükkides.

8.1. Üldtegevused

Projekti üldiseks koordineerimiseks tuleb koordineeriva asutuse koosseisu luua ajutine interRAI rakendamise eest vastutava projektijuhi ametikoht. Projektijuht juhib interRAI töörühma, mille liikmeteks on asjassepuutuvad otsustajad (nt vastavate valdkondade asekanterid, peamiste kasutajagruppide erialaliitude esindajad). Esialgsel hinnangul ei ole projektijuhi töökoht täisajaline, vaid teostatav muude töökohustustega paralleelselt. Vastavalt projektijuhi hinnangule võib projekti teostamisel vajalik olla projekti assistendi kaasamine, kes teostaks eelkõige projekti administreerimisega seotud ülesandeid.

Ühe esimese ülesandena tuleb alustada interRAI metoodika ja infosüsteemi kohustuslikuks kasutuselevõtuks vajalike õigusaktide ettevalmistamisega. Oluline on ka välja töötada infosüsteemi rakendamise ja ülalpidamise rahastamismudel, sh tuleks pöörata tähelepanu kuludele nagu kasutajagruppide koolitused; arvutiparkide uuendamised; infosüsteemi hooldamine ja haldamine ning analüüsida võimalusi infosüsteemi jooksvate haldamiskulude katmiseks (tsentraalselt või kasutajate poolt proportsionaalselt).

Kuna tegemist on muudatusega, mille kasutajaskond on piiratud (kuni 2500 inimest), ei nähta vajadust eraldi kommunikatsioonispetsialisti palkamiseks, vaid piisab läbimõeldud teavitusplaanidest, mille elluviimise eest vastutab projektijuht. Selle koostamisel on soovitatav kaasata Sotsiaalministeeriumi vastava valdkonna spetsialiste.

Infosüsteemi kasutuselevõtu hetkeks peab juba olema alustanud tööd kasutajatugi. Kuna interRAI kasutajaskond ei ole suur, on kasutajatugi võimalik lahendada koordineerivas asutuses olemasolevate inimressursside põhjal. Käivitusperioodil on kasutajatoe töökoormus oodatavalt kõrgem. Soovitame täiendavalt analüüsida teiste analoogsete infosüsteemide kasutajatoe pöördumiste arvu, et täpselt planeerida vajalik ressurss eelkõige käivitusperioodiks ja ka edaspidiseks. Professionaalselt korraldatud kasutajatugi on üks olulisemaid elemente positiivse fooni loomisel ja infosüsteemi omaks võtmisel kasutajate poolt.

Projekti lõppedes tuleb teostada projekti tulemuste hindamine, et vajadusel võtta ette parendustegevusi.

8.2. IT lahendusega seotud tegevused

Tagamaks süsteemi vastavus lõppkasutajate vajadustele, on infosüsteemi arendamise nõustamiseks vaja luua lõppkasutajatest töörühm. Töörühma liikmete valikul tuleb silmas pida,

et selle liikmeskond oleks piisava suurusega, et esindatud oleksid kõige olulisemad lõppkasutajate grupid, kuid oleks piisavalt väike, et efektiivselt töötada. Lõppkasutajatest töörühma esmaseks ülesandeks saab sisulise sisendi andmine lähteülesande koostamisele ja täiendamisele. Infosüsteemi valmides on töörühm selle esimene testija ning annab konstruktiivset tagasisidet eesmärkide saavutamise kohta.

Infosüsteemi hankimine peaks toimuma riigihanke korras ning ajakavas on arvestatud sellest tulenevate tähtaegadega.

8.3. Koolitused

Valmisoleku analüüsis selgus, et mitmed vastanutest vajavad interRAI metoodika alast (täiend-) koolitust. Selle läbiviimine on oluline ka selleks, et maksimaalselt tagada ühesugune indikaatorite tõlgendamine. Vastava koolituse peab läbima ka koordineeriva asutuse juurde loodav lõppkasutajatest töörühm. Klassiruumi koolitused toimuvad projekti käigus. Nende lõppedes on võimalik vaadata videokoolitusi, mis salvestatakse toimuvate koolituste raames. Projekti lõppedes on soovitatav korraldada klassiruumi koolitusi vastavalt vajadusele, kuna kasutegur taolistel koolitustel on suurem.

Infosüsteemi alase koolituse soovitame lisada infosüsteemi arendamise hanke osaks. Alternatiivina on võimalik projektijuhil leida koolitajad, kes omaksid nii interRAI baasteadmisi, infosüsteemi detailseid teadmisi ning koolitamise oskust.

Kuna lõppkasutajate hulk on ühe tsentraalse koolituse jaoks liiga suur, oleks kõige efektiivsem jagada Eesti regioonideks, koolitada iga regiooni jaoks välja üks inimene, kes siis kohalikul tasandil koolitusi läbi viib. Taoline koolitusviis tagab ka paremad tulemused, kuna lõppkasutajatel on otsekontakt koolitajaga.

Hiljem lisanduvate interRAI infosüsteemi kasutajate koolitamiseks soovitame luua ülevaatliku e-koolituse, kus õpetatakse, kuidas ja mida tuleb arvutisse installeerida, et süsteem töötaks ning kuidas kasutada infosüsteemi. Samuti salvestada klassiruumis toimunud koolitused, et neid oleks võimalik hiljem vaadata.

Kuna uus infosüsteem saab olema veebipõhine (kuigi tulenevalt erinevatest liidestatud süsteemidest võib konkreetne töölaud olla kasutajate lõikes teatud määral erinev), on lõppkasutajal vajalik standardkonfiguratsiooniga arvuti. Intervjuude käigus ei selgunud, et mõnel osapoolel puuduks ligipääs arvutile, küll aga toodi välja, et arvutid võivad olla kohati vananenud. Kuna viimati mainitu võib olla üheks takistuseks süsteemi efektiivsel rakendamisel, on oluline, et infosüsteemi arendamisel võetaks arvesse vajadus, et süsteem peab töötama ka vanematel arvutitel. Riski maandamiseks on tegevuskavas ette nähtud ka lühike e-koolitus, mis näitlikult õpetab mida on vaja teha, et süsteem tööle hakkaks ning õpetab seda kasutama. E-koolitus võimaldab ka uutel lõppkasutajatel õppida infosüsteemi kasutama ning võimaldab olemasolevatel jooksvalt teadmisi täiendada.

Tabelis 10 on detailsed rakendustegevused ära toodud ajalises järgnevuses.

8.4. InterRAI rakendamise hinnangulised kulud

Üldtegevuste (vt tabel 11) all on kulud töötasudele (sh projektijuht, lõppkasutajatest tööruhm ja kasutajate lisatasud), otsekuludele (sh transpordikulud) ja interRAI alasele kommunikatsioonile. InterRAI kasutuselevõtt tähendab ka iga liitva asutuse puhul analüüsi, mis ulatuse praegune teenindusprotsess ja kogutavad andmed vajavad muutmist tulenevalt üleminekust interRAIle. See võib tähendada ka vajadust kasutatavaid infosüsteeme kohendada.

InterRAI infosüsteemi arendamise kulu on praeguste andmete järgi keeruline hinnata, seetõttu põhineb hinnang teistele sarnastele projektidele tehtud/tehtavate kulutuste suurusjärgul ning olemasoleval informatsioonil.

Projekti raames küsisime esialgseid kuluhinnanguid pakutud alternatiividele, kuid IT firmad on nõus kulukalkulatsiooni teostama alles detailanalüüsi läbimisel. Seetõttu peab projekti praeguses faasis tuginema eksperthinnangutele kulude osas, mis on ka tavapraktika enamuste IT arendusprojektide puhul. Pärast otsuse vastuvõtmist süsteemi arendamisega edasi minna ning detailanalüüsi koostamist saab enne lõpliku projekti käivitamist küsida täpsustatud hinnapakumised. Kui need peaksid oluliselt erinema eksperthinnangutest tuleb projekti käivitamise otsus üle vaadata.

IT jooksvad halduskulud sõltuvad oluliselt taas lõplikult valitud alternatiivist – näiteks võib olla majutusressurs juba olemas ning täiendavaid kulusid selleks tegema ei pea, samuti ei pruugi olla vajalik eraldiseisva administraatori palkamine vaid samuti lahendada see töökohustuste ümberkorraldamisega mõnes olemasolevas meeskonnas. Käivitamis-perioodi helpdesk funktsioon, kus tuge on enamal määral vaja, on arvestatud IT arendustegevuse hulka.

Liidestamise arendamise kulud sõltuvad konkreetsete lahenduste eripärastest ja lõplikult interRAIga liitujate arvust. Antud etapis samuti keeruline hinnata.

Koolituste osas on välja toodud eraldi interRAI metoodika koolitus (mis sisaldab ka videokoolitusele tehtavaid kulutusi) ning infosüsteemi alased koolitused.

Tabel 11. InterRAI rakendamise kulude hinnang eraldiseisva infosüsteemi korral

Tegevus	Maksumus (tuh eurot)
Üldtegevused	
projekti admin kulud (vajadusel täiskohaga projektijuht/analüütik 2000 x 24 kuud; 10 000 koosolekud ja transport huvigruppide kaasamiseks) sh võimaliku seadusandlikud muudatused	15 - 60
Liituvate asutuste seotud äriprotsesside analüüs ning muutmine	Ei ole hinnatud
IT lahendusega seotud kulud	
IT detailanalüüs (konsultatsioonitasud: tehnilise spetsifikatsiooni koostamine, tasuvusanalüüs, riigihanke läbiviimine)	15 - 25
IT lahenduse arendus (eksperthinnangud 3-lt sõltumatult IT arendusprojektide juhilt)	70 - 150
IT lahenduse halduskulud aastas (eeldades majutust olemasolevas keskkonnas)	Kuni 30
Liideste arendamine ja lokaalsete süsteemide arendamine	5 - 35 iga süsteemi kohta

Tegevus	Maksumus (tuh eurot)
Koolitused	
interRAI metoodika koolitused	120 - 180
interRAI IT süsteemi koolitused	50 - 90
Kokku	300 - 630

Kokkuvõte

Käesolevas raportis on analüüsitud, millised on erinevate osapoolte funktsioonid ja vastutuse jagunemine, samuti andmete ning koostöövajadus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel selgitades seejuures välja tänases korralduses eksisteerivad probleemid. Samuti käsitletakse seda, kas ja millises ulatuses ning millistel juhtudel sobib interRAI kasutuselevõtmiseks erinevate osapoolte funktsioonide täitmiseks antud sihtgrupi puhul. Lisaks on vaadeldud parimaid praktikaid koostööst tervishoiu- ja hoolekandesektori vahel Eestis ja välismaal. Uuringu käigus väljaselgitatud hetkeolukorra alusel on tehtud ettepanekud ja soovitusel, kuidas saaks tervishoiu- ja hoolekandesektori vahel hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel tõhustada koostööd, tegevuste koordinaatsiooni ning andme- ja infovahetust. Omaette uurimisprobleemina on uuritud ja tehtud ettepanekuid, millised infotehnoloogilised lahendused oleksid kõige sobivamad ühtse hindamisinstrumendi rakendamiseks (sh mis oleksid vajalikud rakendustegevused).

Uuringu tulemused kinnitavad, et olemasolevatest hindamisinstrumentidest vastab interRAI süsteem kõige paremini Eesti vajadustele.

Järgnevalt on esitatud analüüsi tulemused vastavalt püstitatud uurimisküsimustele.

Millised on erinevate osapoolte²¹ funktsioonid ja vastutuse jagunemine, samuti andmete ja infovahetuse ning koostöövajadus hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel?

Esmatasandi osapooled lähtuvad igapäevases töös vajaduste hindamisele vastavatest eesmärkide seadmistest ja teenuse osutamisest ning administratiivseid kohustusi täitvad osapooled jälgivad protsessi kulgemise sujuvust. Praeguses süsteemis on rõhuasetus peamiselt ravil ja õendusel ning vähem tegeletakse rehabiliteerivate ja aktiveerivate tegevustega.

Tervishoiuga seotud osapoolte eesmärgiks on paranemine ning hoolekande valdkonnas tegutsevatel osapooltel on eesmärgiks toimetulek igapäevaeluga ehk funktsioneerimine. Teenuse erinevad eesmärgid viivad ka erineva koordineerimise mudelini ning praktikas toimib hetkel kas võrgustiku- või asutusepõhine töö. Meditsiini mudel toetab enam asutusesisest toimimist ning hoolekande töötajad tegutsevad enam võrgustikutöö põhimõtete alusel.

Mis on tänases korralduses eksisteerivad probleemid, nende põhjused ja tagajärjed?

Kuna Eestis on vähe teenuse osutajaid, kus teenused on omavahel integreeritud, on enamasti pikaajalise hooldusvajaduse ja krooniliste haigustega inimeste abistamisel võimalik arvestada üksikute asutuste või teenuse liikidega. Selle peamiseks tagajärjeks on see, et inimesed ei pruugi saada oma vajadustele vastavat teenust ja ressursse kasutatakse ebaadekvaatselt.

Poliitika planeerimisel tuleb lähtuda pingetest, mida põhjustab käesoleva süsteemi puudulik funktsioneerimine. Respondendid mainivad nii ühiskonnas eksisteerivaid kui ka asutustes kogetavaid pingeid, mille maandamiseks on vajalik valdkonna põhimõtete (hoolekande ja tervishoiu integreeritud lähenemise struktuur ja võimalused) läbi vaatamine ning kindlasti selge ja korrektse info jagamine. Samuti on oluline kõikidele struktuuri elementidele ühise eesmärgi

²¹ KOV sotsiaaltöötaja, perearst, eriarst, koduse õendusabi teenuse osutajad, koduhoolduse, ööpäevaringse hoolduse teenuse osutajad, hooldushaiglad, geriaatrilise hindamise meeskonnad, kohalikud omavalitsused, Sotsiaalministeerium, Haigekassa, E-tervise SA.

seadmine ja sõnastamine (nö. integreeritud hoolduse ja tervishoiu eesmärgi sõnastamine). Et mõista paremini teiste erialade eripära, oleksid vajalikud ühisüritused ja kohtumised.

Uuringu käigus leidsid kinnitust mitmed olulised probleemid.

- Osapooled ei kasuta ühist, tõenduspõhist hindamisinstrumenti või metoodikat. Instrumendid on välja töötatud neid kasutavate spetsialistide poolt ning tulemused on kas rohkem või vähem pädevad.
- Teenusevajaduse vastavust vajadustele on keeruline kontrollida.
- Inimesed satuvad nö. kallimatele teenustele, kuna vajadused on kaardistamata ning esmast hindamist ei toimu.
- Puudub teenuste osutamise järjepidevus. Spetsialistid ei vastuta inimese käekäigu eest pärast teenuselt lahkumist.
- Puudub järelkontroll teenuse osutamise järjepidevuse osas.
- Puudub ühine andmebaas hoolekande ja tervishoiu valdkonna spetsialistidele, et hoida kokku algandmete otsimisele kuluvat aega. Üldandmed peavad liikuma inimesega kaasas teenustelt teenusele liikumisel sõltumata sellest, millist hindamisvahendit kasutatakse.
- Tervishoiu ja hoolekande vastandumise tulemusena pole leitud koostööks aega. Puuduvad riiklikud juhised hoolekande ja tervishoiu koordineeritud tegevuseks.
- Valdkonna areng pole poliitilise huvi keskmes ning pikaajalise hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste koordineeritud teenuse vajaduse ja teenuse osutamise arendamine on jäänud 7-9 aastat arengus maha.

Millised on parimad praktikad koostööst tervishoiu ja hoolekande sektori vahel (sh interRAI rakendamisel) hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel Eestis ja välismaal?

Parimad praktikad Eestis: SA Pärnu Haigla (sh interRAI rakendamisel), Tallinna Diakooniahaigla, Koeru Hooldekeskus, SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus.

Parimad praktikad välismaal: Soome, Kanada ja Belgia interRAI rakendamisel.

Väliskogemuse puhul põhjendatakse interRAI kasulikkust järgmiste aspektidega:

- inimene saab õiget teenust (valikuteks kodu või institutsioon, hooldus või ravi), mis tagab teenuse efektiivsuse ja ressursside kestlikku kasutamise;
- see korrastab teenustele suunamise süsteem ja vähenevad dubleerivad kulutused, võimalik on planeerida inimeste jaotumist teenuste vahel vastavalt abivajadusele;
- see võimaldab asutustel enda määratlemist süsteemi teenuste osutamise suutlikkuses, paraneb teenuste kvaliteet;
- see võimaldab kasutada ühtset hooldusplaani, mis loob võimaluse teenuste kvaliteedi võrdluseks ja info vahetamiseks;
- see võimaldab *case-mix* süsteemis planeerida kulutusi ja teha pikemaajalisi planeeringuid teenuste arendamisel;
- see võimaldab optimaalselt planeerida pikaajaliste hooldus- ja õendusabi vajadusega isikutele suunatud teenuste võrgustikku piirkondlikul ja riiklikul tasandil;

- see võimaldab parandada inimese ja erinevate osapoolte rahulolu abistavate teenuste kvaliteediga.

Kas ja kuidas on vaja tervishoiu ja hoolekande sektori vahel hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel tõhustada koostööd, tegevuste koordineerimist ning andme- ja infovahetust isiku probleemide ja vajaduste hindamisel, abi kavandamisel (eesmärkide ja vahendite paikapanel), abi osutamisel (teenuste osutamisel) ja protsessi juhtimisel ning osutatava abi tulemuste hindamisel?

Olulisemad ettepanekud olukorra parandamiseks (vt ptk 3).

- Defineerida hooldusvajadus ja selle hindamine. Vajadusepõhine hindamine peab olema tulevikus aluseks hooldusplaani koostamisele ja teenuste osutamisele.
- Ühtse, tõendus- ja kohandatud, igakülgset funktsiooni mõõtvat (hindamise eesmärgile vastava vähima mõistliku küsimuste arvuga), arvutipõhise hindamismetoodika rakendamine igapäevases töös, kaasa arvatud tervishoiu ja hoolekande esmatasand.
- Valdkondadevahelist koostööd reguleeriv juhend peab olema osapooltega koostöös välja töötatud, heaks kiidetud ja kasutatav.
- Hinnata koolituse vajaduse maht, leida vahendid koolitajate koolitamiseks ja välja töötada ajakava personali koolitamiseks.
- Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna pädevusega spetsialistide koolitamine ja juhtumikorralduse põhimõtete rakendamine igapäeva praktikas.

Kas ja millises ulatuses ning millistel juhtudel sobib interRAI kasutuselevõtmiseks erinevate osapoolte funktsioonide täitmiseks hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel?

InterRAI sobib kasutuselevõtmiseks erinevate osapoolte funktsioonide täitmiseks hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste abistamisel. Uuringu tulemustest saadud põhjendused InterRAI meetoodika sobivuse osas:

- InterRAI hindamissüsteemid (RAI-HO ja RAI-KO) on hetkel Eestis ainsad hooldusvajaduse hindamise valdkonna praktikas kasutusel olevad tõendus- ja kohandatud hindamisvahendid.
- InterRAI meetoodika ja hindamissüsteemid on sobivad, et selekteerida ning määratleda sihtrühma kuuluvate inimeste teenuste vajadust, esmajoonel õendus- ja hooldusvajadust, sest vahend kajastab mitmekülgset nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid valdkondi, fookus on inimese funktsioneerimisel. Meetoodika integreerib erinevad teenused erinevatest sektoritest hooldusplaani.
- Hindamissüsteemis on olemas erinevad hindamisinstrumendid, et teostada hindamist erinevatel tasemetel ja ulatuses (12 erinevat, nt kontakthindamine, st lihtsamate probleemide ja teenuse vajaduse hindamisevahend jne).
- Elektroonilise versiooni rakendamisel eristuvad hooldustasemetel skoorid ja ressursikasutusgrupid.
- InterRAI kasutamine võimaldab optimaalselt planeerida pikaajaliste hooldus- ja õendusabi vajadusega isikutele suunatud teenuste võrgustikku piirkondlikul ja riiklikul tasandil.

- InterRAI metoodika ja hindamissüsteemide üleseehitus seostub juhtumikorraldusliku protsessi põhimõtetega, ta toetab spetsialisti ja inimest edasise hoolduse tasandi valimisel, isiku hoolduse korraldamisel, seisundi ning teenuste vajaduse dünaamilisel jälgimisel.
- Ära on tehtud suur töö kahe hindamisvahendi (RAI-HO ja RAI-KO) juurutamisel, olemas on käsiraamat ja organisatsioon EGGA näol, mis tegeleb valdkonna edasiarendamisega.
- On olemas interRAI metoodika internetipõhine koolitusprogramm Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Täienduskoolituskeskuse juures.
- Alternatiivid interRAI metoodika kõrval hetkel puuduvad, sest antud sihtrühma puhul hooldusvajaduse määramise eesmärgiga hindamisvahendite kasutusele võtmise muid arenguid ei ole teada.

Millised infotehnoloogilised lahendused oleksid kõige sobivamad interRAI rakendamiseks?

Vaatamata asjaolule, et interRAI rakendamiseks on kuluefektiivne otsida võimalust kasutada peamise infosüsteemina juba mõnda eksisteerivat infosüsteemi, tundub eelnevas analüüsis kajastatud kriteeriumite alusel olevat õigustatud uue infosüsteemi arendamine.

Seda eelkõige põhjusel, et hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise protsessi on kaasatud nii tervishoiu kui ka sotsiaalhoolekande osapooled, kes kasutavad erinevaid infosüsteeme. Võimalike turvaintsidentide riski maandamiseks ja integreerimiseks tänaste juba kasutusel olevate infosüsteemidega, oleks õigustatud uue infosüsteemi arendamine.

Lisaks toetab uue infosüsteemi arendamist asjaolu, et turbeastmete erinevuse tõttu ei saa STAR-i Tervise Infosüsteemiga täieulatuslikult liidestada. Kuna aga valdav osa hooldusvajadusega pikaajaliste isikute vajaduste hindamise ja abi osutamise protsessist on teostatud tervishoiu poolel, siis on TIS-ga liidestamine kriitilise tähtsusega. Tulenevalt loetletud asjaoludest, on soovitatav kaaluda interRAI rakendamiseks uue infosüsteemi arendamist.

Kui uue infosüsteemi arendamisel lähtutakse sarnastest põhimõtetest nagu STAR-i ja TIS-i puhul seni, siis selle kasutuselevõtt ei too kaasa täiendavaid kulutusi lõppkasutajate tasandil (uued arvutid vms), väljaarvatud juhul kui soovitakse hindamisküsimustikku täita ka ilma interneti ühenduseta, näiteks kaasakantavas seadmes. Sellisel juhul peaks rakendus toetama küsimustiku lokaalset salvestamist ning üleslaadimist hindamistulemuse saamiseks.

Millised oleksid interRAI rakendamiseks vajalikud rakendustegevused ning hinnanguline ajaraam ja kulu süsteemi käivitamiseks?

InterRAI rakendamiseks on vajalik teostada mitmeid tegevusi.

1. Kommunikatsioon. Kõiki osapooli hõlmav laiapõhjaline kommunikatsioon on kriitiline eeldus ühtse hindamisinstrumendi rakendamisel. Läbimõeldud kommunikatsioon võimaldab vähendada kõikide valmisolekut piiravate tegurite mõju ning seotud osapoolte suurem kaasatus läbi kommunikatsiooni tõstab üldist valmisolekut muutuste läbiviimiseks.
2. Koolitused. Standardiseeritud hindamisinstrumendi efektiivne rakendamine eeldab teatud määral uute teadmiste ja oskuste omandamist ja rakendamist. Seetõttu on oluline, et seotud osapooled oleksid piisavalt koolitatud eelkõige kahes aspektis. Esiteks on vajalik koolitada hindamisinstrumendi sisulistes küsimustes –kuidas toimub selle kasutamine,

milline on uus protsess jne. Teiseks tuleb läbi koolituste tagada kaasatud osapoolte piisavad oskused arvuti ja loodava infosüsteemi kasutamiseks.

3. Tugi üleminekuperioodil. Lisaks koolitustele on oluline pakkuda põhjalikku tuge kaasatud osapooltele terve üleminekuperioodi jooksul.
4. Rahastamismudeli välja töötamine. Valmisoleku tagamiseks ja eelduste loomiseks hindamisinstrumendi edukaks rakendamiseks on vaja koostada täpne rahastamismudel, mis oleks aktsepteeritud kõikide osapoolte poolt.
5. Lisaks on vaja hinnata milliseid toetavaid protsesse ja struktuuriüksusi (komisjonid jms) on vaja rakendada, et toetada ühtse hindamisinstrumendi juurutamist riigiülel.

Hinnanguliselt kulub süsteemi rakendamiseks 2 aastat ja 300-630 tuhat eurot.

Kirjandus

1. **Alter, C., Evens, W.** Evaluating your practice: a guide to self-assessment. New York, 1990.
2. **Bull, M., Roberts, J.** Components of a Proper Hospital Discharge for Elders. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, Vol. 35, No. 4, pp. 571-581.
3. **Cannaby, A.-M., Parker, G.S., Parker, R.** Identifying Barriers to Improving the Process of Discharging Patients from Hospital. *Primary Health Care and Development*, 2003, Vol. 4, pp. 49-56.
4. **Carpenter, G. I.** Accuracy, validity and reliability in assessment and evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system. *Age and Ageing* 2006, No 3, Vol 5, pp. 327-329.
5. Case Mix for Washington State Medicaid Nursing Home Payment. 03.09.2010 [http://www.aasa.dshs.wa.gov/professional/casemix/].
6. **de Stampa, M.** Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of Integrated Care*, 2010, Vol 10. <http://www.ijic.org/>
7. Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. Department of Health of the United Kingdom, 2003. [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4116525.pdf].
8. Eakate hooldamine ja hooldustegevused. Avahoolduse Arenduskeskus, 2005. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Eakad/taeiendav_teave/Eakate_hooldamine_ja_teenused.pdf].
9. Eesmärgid ja nende täitmine. Sotsiaalministeerium, 2010. [http://www.sm.ee/meie/eesmargid-ja-nende-taitmine.html].
10. Eesti E-tervise Sihtasutus. [http://www.e-tervis.ee/].
11. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse määrus nr. 42 19. veebruarist 2009. a (Riigi Teataja I 2009, 16, 99), jõustunud 1.07.2009. [https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13231527].
12. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004-2015. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_hooldusravivorgu_arengukava_2004-2015.pdf].
13. Eesti Hooldusravivõrgu arengukava 2015. Sotsiaalministeerium, Eesti Tervishoiuprojekt 2001. [http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2048/1/Sotsiaalministeerium2001.pdf].
14. Eesti Vabariigi ravikindlustuse seadus. Vastu võetud Riigikogus 19. juunil 2002. a (RT I 2002, 62, 377). [https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13299845].

15. **Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D., Brummell, K.** Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2001, 323, pp. 1-9.
16. Facility Manual for Case-mix Classification. Minnesota Department of Health, Case-mix Review, 2010.
17. **Finne-Soveri, H.** Improving quality of care within long-term care services through RAI-benchmarking in Finland, 2010a.
18. **Finne-Soveri, H., Hammar, T., Noro, A.** Measuring the quality of long-term institutional care in Finland. *Eurohealth* 2010b, Vol 16, No 2
19. **Finne-Soveri, H., Heikilä, R., Lindman, K., Noro, A.** Quality of care in institutional- and home care during 2001-2009 in Finland Tallinn, 2010c (multidistsiplinaarne konverents).
20. **Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P. V., Ljuggren, G., Grue, E. V., Jensdottir, A. B., Björkgren, M., Lindman, K., Schroll, M., Sorbye, L. V.** Nord RAI Network and Research in the Care of Older Persons. Final Report 1998-2008. Stakes 2008.
21. **Fries, B. E.** Introduction to interRAI and its Assessment Instruments. Millist abi vajab eakas inimene? InterRAI - põhjendatud otsused, õige abi eakale! Tallinn, 2010 (multidistsiplinaarne konverents).
22. Geriaatriameeskondade audit. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA), 2004, audiitor K. Saks.
23. **Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. B., Henrard, J-C., Hirdes, J. P., Steel, K, Morris, J. N.** Sharing Clinical Information Across Care Settings: the Birth of an Integrated Assessment System *BMC Research* 2009.
24. **Hansebo, G., Kihlgren, M., Ljunggren, G., Winblad, B.** Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, Vol 28, 3, pp. 642-653.
25. **Hawes, C., Vladeck, B. C., Morris, J. N., Charles D. Philips, C. D., Fredeking H.** Implementing The Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking of Long Term Care in Eight Countries. Executive Summary. 2003. Milbank Memorial Fund
26. Hindamisinstrument hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks. Sotsiaalministeerium.
27. **Hirdes, J. P., Chase, M., Fries, B. E., McKillop, I.** An Evaluation of the Use of the RUG III/HC Case Mix Classification System to Estimate Resource Intensity of Long-Stay CCAC Clients. Project Report 2005
28. **Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J., Frijters, D., Finne-Soveri, H., Gray, L., Björkgren, M., Gilgen, R.** Reliability of the interRAI suite assessment instruments: a 12 country study of an integrated health information system *BMC Health Services Research* 2008, 8:277
29. **Hirdes, J. P.** Addressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated information system. *Age and Ageing* 2006, 35, 329-331.
30. **Hirdes, J. P.** InterRAI Assessment Instruments as Part of Health and Social Service Information Systems. Millist abi vajab eakas inimene? InterRAI - põhjendatud otsused, õige abi eakale! Tallinn, 2010a (multidistsiplinaarne konverents).

31. **Hirdes, J. P.** InterRAI family of mental health Assessment Instruments: Current and Future Directions. Helsinki, 2010b.
32. Home-based long-term care: report of a WHO study group, WHO 2000. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf].
33. Hooldekodu ja hooldekodusse suunamine. Tartu Linnavalitsus. [http://www.tartu.ee/index.php?lang_id=1&menu_id=2&page_id=3955].
34. Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritult. Kontseptsioon. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/HOOLDUS-_JA_OENDUSABI_TEENUSTE_OSUTAMINE_INTEGREETITULT_kontseptsioon.pdf].
35. Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine. Etapp III (finantseerimissüsteemi kirjeldus) ja lõppraport 2009. PricewaterhouseCoopers Advisors, 2010. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Etapp_III_Finantssusteeim.pdf]
36. Hoolekande kontseptsioon. Sotsiaalministeerium, 2004. [http://213.184.49.171/est/HtmlPages/Hoolekandekontseptsioon2004/\$file/Hoolekande%20kontseptsiooni%20eel%20C3%B5u.doc].
37. **Härmsalu, G., Palu, K., Talpsepp, P.** Ravikindlustusega hõlmamata isikute olukord Eesti Vabariigi kohalikes omavalitsustes. Õiguskantsleri Kantslei, 2009. [http://www.oiguskantsler.ee/public/resources/editor/File/Ravikindlustusega_h_lmamata_isikute_olukord_Eesti_Vabariigis.pdf].
38. **Ikegami, N.** Using Residential Assessment Instrument – Minimum Data Set care planning instruments in community and institutional care: Introduction by Chair. Geriatrics and Gerontology International 2004, 4, pp. 271-273
39. Information system Pilot for Home Care in Winnipeg – Screening , Assessment and Care Planning Automated Tool (SACPAT) and InterRAI Minimum Data Set (MDS) (MB 121). Manitoba Health, 2001.
40. Integrating Services for Older People. European Health Management Association (EHMA), 2004.
41. Interface research group ACHG. The Resident Assessment Instrument. K.U. Leuven 2009
42. InterRAI Contact Assessment (version 9). Canadian Version. Assessment Manual. InterRAI CA Coordinating Committee, interRAI Instruments and Systems Development Committee, 2006.
43. InterRAI tutvustus: [http://www.interrai.org/section/view/].
44. Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu. Sotsiaalministri määrus nr. 55 13. augustist 2010. a. (RTI, 18.08.2010, 57, 388). [https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13349460].
45. **Jensdottir, A.-B., Jonsson, P., Noro, A., Jonsen, E., Ljunggren, G., Finne-Soveri, H., Schroll, M., Grue, E., Björnsson, J.** Comparison of nurses and physicians documentation of functional abilities of older patients in acute care –patients records compared with standardized assessment. Scandinavian Journal of Caring Science 2008; 22; 341-347.

46. **Jonsson, P. V., Noro, A., Finne-Soveri, H., Jensdottir A.-B., Ljunggren, G., Bucht, G., Grue, E. V., Björnson, J., Jonsen, E., Scroll, M.** Admission profile is predictive of outcome on acute hospital care. *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 20, No 6, 2008.
47. Juhtumikorralduse käsiraamat. Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž, 2006. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/Juhtumikorralduse_k%C3%A4siraamat.pdf].
48. Kiirabi ja perearstide koostöö ning tasaarveldamise kord. Sotsiaalministri määrus nr. 133 19.detsembrist 2001. a. (RTL, 31.12.2001, 139, 2062). [<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=86964>].
49. **Kingston, E.R.** Ways of Thinking About the Long-term care of the baby-Boom Cohorts. *Journal of Aging & Social Policy*, 1996, Vol. 7, No. 3&4, pp. 3-23.
50. Koduõenduse tegevusjuhend. Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon (EGGA), Eesti Õdede Liit (EÕL) ja Eesti Haigekassa (EH), 2004. [http://veeb.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/koduoendus.pdf].
51. **Kolk, H.** Eakad patsiendid perearsti praksises, 2010. [http://www.arpo.ut.ee/Loengud/Eakad_patsiendid_perearsti_praksises.pdf].
52. **Krikmann, Ü., Taba, P., Paju, T., Rubovitš, I., Vasar, M.** Patsiendi informeeritus kui eeldus osalemiseks ravimeeskonnas. *Sotsiaaltöö*, 2003, nr 6, lk 32-34.
53. **Lambert, S., Cheung, W-L., Davies, S., Gardner, L., Thomas, V.** Comparison of two tools developed to assess the needs of older people with complex care needs. *Journal of Research in Nursing*, 2009, 14, 5, pp. 421-436.
54. **Le Goff, P.** Home Care, and Caring for Persons Suffering from a Long-term Loss of Independence: a Funding Model for Canada (PRB 02-50E), Parliamentary Research Branch, Economics Division. January 2003. <http://publications.gc.ca/site/eng/291999/publication.html>
55. **McKenna, H., Keeney, S., Glenn, A., Gordon, P.** Discharge planning: an Explanatory Study. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, Vol. 9, No. 4, pp. 594-601.
56. Meetme «Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine» toetuse andmise ja toetuse kasutamise seire, tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus nr. 70 10. juulist 2009. a. (RTL 2010, 21, 383). [<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13307033>].
57. **Morris, J. N.** Self Report Quality of Life. Tallinn, 2010 (multidistsiplinaarne konverents).
58. **O'Leary, Z.** *Researching Real-World-Problems: A Guide to Methods of Inquiry.* London, 2005.
59. Overview of the Resident Assessment Instrument (RAI), 2008. [http://www.adldata.com/References/MDS_RAI/Overview_of_the_Resident_Assessment_Instrument_%28RAI%29.htm]
60. **Pahk, M.** Geriaatiline hindamine ja teenuste planeerimine hoolduse ja ravi korraldamisel SA TÜ Kliinikumis. Tartu Ülikool, 2006 (bakalaureusetöö).
61. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Sotsiaalministri määrus nr. 2 6. jaanuarist 2010.a. (RTL, 14.01.2010, 3, 52). [<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13263878>].

62. Perekonnaseadus. Vastu võetud Riigikogus 12. oktoobril 1994. a. (RT I 1994, 75, 1326).
[<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1011053>].
63. **Peterson, K.** Hoolduse vajadusega isikute seisundi hindamine – olukorrast Eestis. Perekarstide vaatenurk. InterRAI – põhjendatud otsused, õige abi eakale! Eesti Perekarstide Selts, 2010 (multidistsiplinaarne konverents).
64. Pikaajalise hoolduse korraldus Eestis: Hoolekande ja õendusabi teenuste osutamine. EGGA ettepanek Sotsiaalministeeriumile, 31.08.2006.
[http://www.egga.ee/Integreeritud_hoolduse_korraldus_Eestis.pdf].
65. **Poss, J. W., Hirdes, J. P., Fris, B. E., McKillop I., Chase M.** Validation of Resource Utilization Groups Version III for Home Care (RUG-III/HC): Evidence From a Canadian Home Care Jurisdiction. *Medical Care* 2008, Vol 46, 4, pp. 380-387.
66. **Potthoff, S., Kane, L. R.** Hospital Discharge Planning: Issues Surrounding a Complex Process. *Research Brief*, 1995, Vol 3, No 2, University of Minnesota.
67. **Procter, S., Wilcockson, J., Pearson, P., Vicky, A.** Going Home from Hospital: the Carer/Patient Dyad. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, Vol. 35, No. 2, pp. 206-218.
68. **Rentsch, D., Luthy, C., Perneger T. V., Allaz, A.-F.** Hospitalisation Process Seen by Patients and Health Care professionals. *Social Science & Medicine*, 2003, Vol. 5, No. 3, pp. 571-576.
69. **Reuben, D. B., Solomon D. H.** Geriatric Assessment. *Journal of American Geriatric Society*, 1989, Vol. 37, 6.
70. **Rockwood, K., Mitniski, A.B., MacKnight, C.** Some Mathematical Models of Frailty and Their Clinical Implications *Rev Clin Gerontol*, 2002, Vol 12, pp. 109-117.
71. **Romanov, R. J.** Building on Values – the Future of Health Care in Canada, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
72. **Saks, K.** Geriaatriliste meeskondade koolitus: RAI hindamise instrumentide kasutamine. Täiendkurse materjal, 2003.
73. **Saks, K.** Hooldusest sõltuv elukvaliteet, hoolduse kvaliteet ja hoolduse juhtimise kvaliteet. *CareKeys Eesti uuringu tulemused*. Tartu Ülikooli Kirjastus, 2006.
74. **Saks, K.** Hooldusravi vajadusega isiku käsitus. Ettekanne, 2008.
75. **Saks, K., Oja, K., Kivisaar, S.** Services for the Aged at Risk of Marginalization, 2003.
[http://www.egga.ee/Services_for_the_elderly_at_risk_of_marginalization_in_Estonia.pdf].
76. Sihtasutus Koeru Hooldekeskuse arengukava 2008-2013.
[<http://www.koeruhk.ee/media/Dokumendid/Koeru%20Hooldekeskuse%20arengukava2008-2013.pdf>]
77. Soltun Nursig Home. Case Study. Stiki Information Security.
78. Sotsiaalhoolekande seadus. Vastu võetud Riigikogus 8. veebruaril 1995. a. (RT I 2010, 41, 240).
[<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12851852>].
79. Sotsiaalhoolekanne. Sotsiaalministeerium, 2010.
[<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne.html>].

80. Sotsiaalministeeriumi arengukava 2011-2014. Sotsiaalministeerium, 2010.
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Sotsiaalministeeriumi_arengukava_2011-2014.pdf].
81. Sotsiaalse kaitse ja kaasatuse riiklik aruanne 2006-2008, Euroopa Liidu avatud koordineerimise meetodi raames. Sotsiaalministeerium, 2006.
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalne_kasatus/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklikud_aruanded/Sotsiaalse_kaitse_ja_kasatuse_riiklik_aruanne__2006-2008_.pdf].
82. STAR-i kasutusjuhend.
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/STAR/uus_star/Kasutusjuhend_eeesti_keeles.doc].
83. STAR-i rakendumine. Sotsiaalministeeriumi poolt teostatud veebiküsitluse kokkuvõte, 2010.
84. STAR-i tutvustus.
[<http://www.sm.ee/nc/tegevus/sotsiaalteenuste-ja-toetuste-andmeregister-star/mis-on-star.html?print=1>].
85. STAR-ist üldiselt.
[<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalteenuste-ja-toetuste-andmeregister-star/kkk/starist-uldiseelt.html>].
86. Sunhild Nursing Home. Case Study. Stiki Information Security.
87. **Teare, G. F.** RUG III. Case-mix Classification and Funding in Long Term Care. 2000.
88. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud Riigikogus 9. mail 2001. a. (RT I 2010, 41, 240), jõustunud 1.09.2010.
[<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=965572>].
89. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. Sotsiaalministri määrus nr. 128 15. detsembrist 2004. a. (RTL, 28.12.2004, 158, 2376)
[<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=828314>].
90. **Thorsell, K. B. E., Nordstöm, B., Nyberg, P., Sivberg, B. V.** Can care of elderly be measured? A method for estimating the individual care of recipients in community health care. BMC Geriatrics, 2006.
91. **Thorsell, K. B. E., Nordstöm, B., Nyberg, P., Sivberg, B. V.** Measuring care of the elderly: psychometric testing and modification of the Time in Care instrument for measurement of care needs in nursing homes. BMC Geriatrics, 2008, 8:22, pp. 1-8.
92. TIS-i põhimäärus. [<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13015769>].
93. TIS-i tutvustus. [<http://www.etervis.ee/tervise-infosustee.html>].
94. TIS-i üldandmed. [https://riha.eesti.ee/riha/main/inf/tervise_infosustee].
95. **Tisler, M.** Hapra eaka haiglast väljakirjutamine: tervishoiusotsiaaltöötajate poolt tajutud eetilised konfliktid edaspidiste ravi- ja hooldusotsuste tegemisel. Tartu Ülikool, 2010 (magistritöö).
96. **Tisler, M.** Hoolduse vajadusega isikute seisundi hindamine – olukorrast Eestis. Tervishoiusotsiaaltöötajate vaatenurk. InterRAI – põhjendatud otsused, õige abi eakale! Eesti Tervishoiusotsiaaltöötajate Assotsiatsioon, 2010 (multidistsiplinaarne konverents).

97. **Tisler, M.** Kliendi aktiivraviarutusest väljakirjutamise planeerimisel esinevad takistused tervishoiusotsiaaltöötajate hinnangul. Tartu Ülikool, 2004 (bakalaureusetöö).
98. **Urban, R.** Rahvusvahelise geriaatrilise hindamise instrumendi RAI-MDS-NH kohandamine Eestis kasutamiseks ja kohandatud instrumendi usaldusväärsuse hindamine. [<http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/10062/1131/5/urban.pdf>].
99. **Urban, R., Saks, K.** Rahvusvahelise geriaatrilise hindamise meetodi rakendamine Eestis. Eesti Arst 2005, 84(6), lk 408-415.
100. **van Haastregt J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., Crebolder, H. F. J. M.** Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. British Medical Journal, 2000, Vol. 320, No. 18, pp. 754-758.
101. Õendushoolduse osutamise nõuded. Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon (EGGA), Hooldusravi Osutajate Ühendus (HOÜ), Eesti Õdede Liit (EÕL) ja Eesti Haigekassa (EH), 2007. [http://www.haigekassa.ee/files/est_raviarutusele_ravijuhendid_andmebaas_tunnustatud/tegevusjuh.doc].

Lisad

Lisa 1. Küsimustik

Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüsi koostamine

Lp vastaja

Käesoleva intervjuu tulemusi **kasutatakse uurimustöös *InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüsi koostamine***.

Intervjuu küsimustik on koostatud tervishoiu ja hoolekande spetsialistide koostöös.

Analüüsi käigus otsitakse vastuseid järgmistele küsimustele:

Millised on erinevate osapoolte (kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötaja, perearst, koduse õendusabi teenuse osutaja, koduhooldajad, eriarst, ööpäevaringse hoolduse teenuse osutaja, hooldushaigla jpt.) ülesanded pikaajaliste terviseprobleemidega hooldust vajavate inimeste abistamisel?

Milliseid andmeid ja informatsiooni vajab osapool oma funktsiooni täitmiseks?

Kuidas on korraldatud erinevate osapoolte koostöö ning andmete ja infovahetus ja millised on lahendamist vajavad probleemid?

Kui hästi tuntakse interRAI või muid meetodikaid, kas ja kuivõrd interRAI kasutuselevõtt vastab erinevate osapoolte huvidele?

Millised on konkreetsed soovitusel interRAI elektroonse versiooni või võimalike alternatiivsete hoolduse ja õendusabi vajaduse hindamise standardiseeritud hindamisinstrumentide kasutuselevõtmiseks?

Käesolev intervjuu on anonüümne, Teid on valitud vastajaks kui valdkonna informanti, asjatundjat, kes valdab infot antud valdkonna kohta või kes puutub igapäevaselt kokku hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega. Teie personaalseid vastuseid eraldi ei avaldata, neist koostatakse kitsama valdkonna koond (näiteks perearstide seisukohad). Kogutud andmeid kasutatakse ainult uurimustöök. Eeldame, et olete teemast huvitatud ja Teie vastused annavad analüüsiks uudset ja huvipakkuvat infot.

InterRAI hindamisinstrument aitab mõõta inimese abi vajadust. InterRAI meetodika võtmesõnadeks on hoolduse- ja raviküsimuste koos käsitlemine, teadmispõhisus, meditsiini- ja hoolekandeteemade ühendamine ja inimese mitmekülgsete probleemide kajastamine. InterRAI mõõdikuid on siiani välja töötatud väga erinevateks olukordadeks, mil inimese vajadusena võib ilmuda näiteks koduhooldusteenus, asutushooldusele minek, koduõendusteenus jne. Seega on interRAI küsimustik, mis kajastab inimese kõiki funktsioone ja vajadusi ning seda täidab eriala

spetsialist koostöös abivajava inimesega. Kui küsimustik on täidetud, saab reeglina erialaspetsialist lühikese koondi tulemustest ning teab edaspidi, millist teenust inimene vajab.

Täpsemat infot leiate inglise keeles InterRAI kodulehelt aadressiga <http://www.interrai.org> ning eesti keeles InterRAI-KO (koduhooldus) käsiraamatust asukohaga: http://www.ttk.ee/~kristel/geriaatria_ja_oendus/RAI_KO_kasiraamat.pdf

UURINGUS OSALEMISE NÕUSOLEKUVORM

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringu eesmärkidest ja sisust ning ma kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan täiendavat informatsiooni uuringu teostajalt:

Jüri Kõre, sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituudi juhataja, sotsiaalteaduskond, Tartu Ülikool, Tiigi 78, Tartu 50410.. Juri.Kore@ut.ee

Uuritava allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi:

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Intervjuu küsimustik

I TÖÖ JA TÖÖKOGEMUSE KIRJELDUS

Palun esmalt vastata Teie töökohta ja töökogemust puudutavatele küsimustele.

1. Milline on Teie ametikoht?
2. Palun kirjeldage lühidalt, kuidas Te puutute oma töös kokku hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega?
3. Palun hinnake, kui suur osa Teie tööajast kulub tegelemisele nimetatud inimeste probleemidega (90%, 70%, 50%,)
4. Kui kaua Te olete selles valdkonnas töötanud?

II FUNKTSIOONID JA VASTUTUS

Palun järgnevalt vastata Teie igapäevatööd puudutavatele küsimustele, mis on seotud hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega.

5. Milliseid ülesandeid Te täidate igapäevatöös tegeledes hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimestega?
6. Kui loogiliselt ja põhjalikult on reguleeritud Teie igapäevatöö?
7. Milline on informatsioon, mille te peaksite saama, kui hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimene teie juurde (Teie asutusse) tuleb?
8. Millise informatsiooni peaksite ideaaljuhul saama?
9. Millise osa infost peate ise koguma?
10. Kuidas ja kes langetavad teie igapäevatöös hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimese kohta tehtavaid otsuseid?

III KOOSTÖÖ ERINEVATE OSAPOOLTEGA

Järgnevalt palun vastata küsimustele, mis puudutavad erinevate osapoolte (asutusesisene ja väline koostöö sh. kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötaja, perearst, koduse õendusabi teenuse osutaja, koduhooldajad, eriarst, ööpäevaringse hoolduse teenuse osutaja, hooldushaigla jpt.)koostööd, kui tegelete hooldust vajava ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimesega.

11. Kellega Te teete koostööd hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste vajaduste hindamisel ja abistamisel asutusesiseselt?
12. Milliseid takistusi Teil esineb asutusesisesel koostööl?
13. Kuidas peaks koostööd parandama?
14. Kellega Te teete koostööd hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste vajaduste hindamisel ja abistamisel asutuseväliselt?
15. Kuidas on koostöö korraldatud?
16. Palun kirjeldage partnerite koostööprotsessi ja ülesandeid.
17. Milliseid takistusi Teil esineb koostöös peamiste partneritega?

18. Kellega ja kuidas peaks koostööd parandama?

19. Milline võiks Teie hinnangul olla käesoleval hetkel parim koostöömudel, püüdke seda kirjeldada või iseloomustada.

IV KOORDINEERIMINE

Järgnevalt palun vastata küsimustele, mis puudutavad hooldusvajaduse ja pikaajaliste terviseprobleemidega inimese abistamise koordineerimist.

20. Palun kirjeldage Teie asutusesisest tegevuste korraldamist ja koordineerimist, et kindlustada pikaajaliste hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste toimetulek igapäevaeluga.

21. Palun kirjeldage asutuste ja partnerite vahelist tegevuste korraldamist ja koordineerimist, et kindlustada pikaajaliste hooldusprobleemidega inimeste toimetulek.

22. Milliseid uusi partnereid peate vajalikuks kaasata hoolekande ja tervishoiu korraldamisse?

23. Kas Te tooksite kuni kolm näidet hästi toimiva koordineerimise kohta sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisel Eestis?

V EAKATE VAJADUSTE/FUNKTSIOONIDE HINDAMINE JA MÕÕDIKUD

Järgnevalt palun vastata küsimustele, mis puudutavad eakate funktsioone ja vajadusi.

24. Kas olete ise kasutanud mõnda mõõdikut/hindamisvahendit pikaajaliste hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste hooldusvajaduse hindamisel?

25. Milliseid mõõdikuid teate pikaajaliste hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste hooldusvajaduse hindamiseks?

26. Milliseid inimese funktsioone Te olete nende mõõdikute/hindamisvahenditega hinnanud?

27. Kas kasutate hindamisel spetsialistide meeskonda?

28. Millist lisaväärtust meeskondlikul hindamisel saaksite/saite?

29. Millist mõõdikut/hindamisvahendit sooviksite kasutada igapäevatoos? Miks?

30. Kas peate vajalikuks kasutada hooldusteenuste ja õendusteenuste vajaduse hindamisel ühtset metoodikat? Palun põhjendage.

VI INTERRAI TUNDMINE JA KASUTAMINE

Järgnevalt palun vastata küsimustele, mis puudutavad interRAI mõõdikut üldisemalt ja selle kasutamist Eestis..

31. Mida teate interRAI mõõdikust/hindamisvahendist?

32. Milliseid positiivseid külgi toote välja interRAI puhul?

33. Milliseid negatiivseid külgi toote välja interRAI puhul?

34. Kuidas hindate kasutatavate mõõdikute valideerimise ja teadusliku tõestamise vajadust?

VII MÕÕDIKUTE KASUTAMISE INFOTEHNOLOOGILINE LAHENDUS

Järgnevalt palun vastata küsimustele, mis puudutavad infotehnoloogilist lahendust, et rakendada hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste funktsioonide ja vajaduste hindamist.

35. Milline võiks olla infotehnoloogiline lahendus eakate funktsioonide ja vajaduste hindamisel?
36. Millist kasu Te näeksite oma töös ühtse üleriigilise hindamisinstrumendi kasutamisest ja andmete koondamisest vastavasse andmebaasi?
37. Mis võiks saada takistuseks infosüsteemide kasutamisel, et hinnata hooldusvajadusega pikaajaliste terviseprobleemidega inimeste funktsioone ja vajadusi?
38. Millised oleksid võimalikud muutused praegustes nõuetes infosüsteemile, kui kasutusele võetaks ühtne üleriigiline hindamisinstrument?
39. Kuidas hindate pikaajaliste hooldus- ja terviseprobleemidega inimeste tegelevate osapoolte valmisolekut võtta kasutusele üleriigiline ühtne infotehnoloogiline lahendus?
40. Kes peaks olema ühtse infotehnoloogilise lahenduse arendamise ja toimimise tagamise eestvedaja/vastutaja? Palun põhjendage.

Suur tänu intervjuu eest!

Lisa 2. Intervjueritud institutsioonide nimistu

Eesti Geriaatrite Selts

Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon

Elva Haigla

E-tervise SA

Haigekassa

Ida-Tallinna keskhaigla

Ida-Viru Keskhaigla

Ida-Viru Maavalitsus

Jõgeva Haigla

Järvamaa Haigla

Keila Haigla

Keila Sotsiaalkeskus

Keila Taastusravikeskus

Kilingi-Nõmme Tervise- ja Hoolduskeskus

Kiviõli Linnavalitsus

Koduõdede Seltsing

Koduõendus OÜ

Koeru Hooldekeskus

Leevi Hooldekodu

Lõuna-Eesti Haigla

Läänemaa Haigla

Lääne-Tallinna Keskhaigla

Medendi OÜ

Merivälja pansionaat

Nõo Hooldekodu

Peipsiveere Hooldusravikeskus

Perearstid Harjumaalt, Tallinnast, Ida-Virumaalt ja Järvamaalt

Põhja-Eesti regionaalhaigla

Päevakeskus Kalda

Pärnu Haigla

Pärnu Linnavalitsus

Rakvere Haigla

Ristipalo pansionaat
Rõngu Hooldusravikeskus
Sindi Linnavalitsus
Sotsiaalministeerium
Taastusraviarstide Selts
Tallinna Diakooniahaigla
Tallinna Linnavalitsus
Tartu Linnavalitsus
Tartu Ülikooli Kliinikum
Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž
Vaimse Tervise Hooldekeskus
Villa Benita
Võru Linnavalitsus
Vähihaigete Toetusravi
IT lahendusele hinnangute saamiseks pöördui täiendavalt järgnevate ekspertide poole:
Meelis Zujev, SoM (STAR)
Janek Metsallik, e-Tervise SA (TIS)
Tiit Laud, TÜ Kliinikum
Meditiinivaldkonna infosüsteeme arendav tarkvarafirma
Ühe keskhaigla IT juht
SoM haldusalas infosüsteeme arendanud projektijuht
Eestis paikneva rahvusvahelise tarkvara-arendus ettevõtte projektijuht

Lisa 3. Tööks vajalikud andmed

Põhitööks vajalikud andmed ja InterRAI-ga kattuvus

Inimese soovid, eesmärgid hoolduse ja ravi korraldamise osas	InterRAI
Inimese huvid, huvitegevus	InterRAI
Abistatava eripärad	InterRAI
Abistatavat häirivad tegurid	InterRAI
Tervises seisund, diagnoosid sh kroonilised haigused, psühhiaatrilised haigused	InterRAI
Ravimid (sh soodustused, retseptid, ravimite võtmise plaan)	InterRAI
Osutatud ja osutatavad tervishoiuteenused – dokumentatsioon (perearstiteenus, pereõeteenus, koduõendusteenus, vähihaigete koduse toetusravi teenus, geriaatrilise hindamise teenus, statsionaarne õendushooldusteenus, järelraviteenus, taastusraviteenus, statsionaarse ja ambulatoorse eriarstiabi teenused, tervishoiusotsiaaltöötaja, psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi teenuse osutamise koondid)	InterRAI
Osutatud ja osutatavad sotsiaalhoolekandeteenused ning toetused (kas nt koduhooldusteenus, tasuline koduhooldus, ajutine hooldus hooldekodus, sotsiaaleluase, toit ratastel, turvanupp, invatakso, eluruumi kohandamine, abivahendid või nt täiendavad sotsiaaltoetused, toimetulekutoetus jms)	InterRAI
Õendusprotseduurid (millised, sagedus)	InterRAI
Aktiveerimisharjutused (millised, sagedus)	InterRAI
Vaimne seisund/kognitiivne võimekus (teadvus, dementsus, orientatsioon, depressioon, agressioon, initsiatiiv, stress, kujunemise anamnees)	InterRAI
Funktsionaalne seisund (ADL ja IADL)	InterRAI
Ohutegurid – nt ravirežiimist mitte kinnipidamine, keskkonnast tulenevad ohud, turvalisus	InterRAI

Ravi- ja hooldusprotsessi korraldamise andmed:

Abistajad – kes, milles abistavad	InterRAI
Tervisekontrolli vajadus (millal)	InterRAI (tervisekontrolli vajadus tuleb märkida teenusele suunamise saatekirjale või hooldusplaani)
Hoolduse korraldamise võimalused sh materiaalsed ressursid	InterRAI
Teenuste järjekorrad, vabad kohad	InterRAI ei võimalda, ei saa eeldada hindamisvahendilt
Andmed teenuste kvaliteedi hindamiseks läbi auditite	InterRAI
Andmete riskasutus erinevate tervishoiuteenuseid osutavate asutuste vahel ja ametkondliku info vahetamine teenuste planeerimiseks	InterRAI infotehnoloogiline süsteem võimaldab

Lisa 4. Protsessis osalevad osapooled ja nende rollid

Asub eraldi failis (interRAI_l6ppraport_Lisa 4.xls).