

HOOLDUS- JA ÕENDUSABI TEENUSTE OSUTAMINE INTEGREERITULT

Kontseptsioon

I EAKATE HOOLDUS- JA ÕENDUSABI

1. Sissejuhatus

Eakate hoolduses on lisaks teenuste kättesaadavuse ebapiisavusele kujunenud oluliseks lahendamist vajavaks probleemiks hoolekande ja tervishoiu süsteemide eraldatus. Kahe süsteemi eraldatus tekitab tõsiseid lünki teenuste järjepidevuses ning loob ebasoodsa olukorra sihtgrupi jaoks, kes samas on üks haavatavamaid – valdavalt eakad (osalt erinevas vanuses), erinevas mahus hooldus- ja õendusabi vajavad isikud.

Käesoleva dokumendi eesmärgiks on lähtudes hetkeolukorrast Eesti hoolekande ja tervishoiu süsteemides pakkuda lahendusi hooldus- ja õendusabi teenuste paremaks korraldamiseks ning nende senisest sujuvamaks koostöömiseks ehk integratsiooniks.

2. Hetkeseis

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel osutatakse järgmisi teenuseid:

- **statsionaarne hooldusravi** – teenuseosutajaid 47, omavad Tervishoiuameti poolt väljastatud hooldushaigla tegevusluba, osutavad statsionaarset hooldusravi (sisult ööpäevaringset õendusabi ja arstiabi), omavad õigust osutada ka sotsiaalteenuseid, rahastab Eesti Haigekassa, suunajaks arst, ajaliselt piiratud 2 kuuga;
- **koduõendus-hooldusteenus** – teenuseosutajaid 43, omavad Tervishoiuameti poolt väljastatud tegevusluba iseseisva koduse õendusabi osutamiseks, suunajaks arst, rahastab valdavalt Eesti Haigekassa.
- **vähahaige kodune toetusravi** – teenuseosutajaid 1, omavad Tervishoiuameti poolt väljastatud tegevusluba vähahaige koduse toetusravi teenuse osutamiseks, suunajaks arst, rahastab Eesti Haigekassa.
- **geriaatriline hindamine** - teenuseosutajateks 7 aktiivravihaiglat, suunajaks arst või sotsiaaltöötaja, rahastab Eesti Haigekassa.

Sotsiaalhoolekande seaduse alusel osutatakse järgmisi teenuseid:

- **hooldamine hoolekandeesutuses** – üldhooldekodusid 118 neis 4970 klienti (2007), osutavad ööpäevaringse hooldamise teenuseid, ei oma õigust tervishoiuteenuste osutamiseks (kuigi paljudes asutustes töötavad õed), suunajaks KOV sotsiaaltöötaja või inimene või tema lähedased pöörduvad ise hooldekodu poole, tegevuslubade süsteem puudub; teenus ajaliselt piiramata;
- **päevakeskused** – 82 eakatele teenuseid osutavat päevakeskust (2005), põhiliselt tegeldakse huvitegevuse ja vaba aja sisustamisega, vähesel määral osutatakse ka päevahoiu teenust;
- **koduteenused** – teenuseosutajaid 682 (2005), 74 KOV ei osuta koduteenust. Toetatakse inimesi kodustes toimingutes (toidu toomine, valmistamine, kütmine, vestlemine jne), vähesel määral teostatakse ka hügieenitoiminguid (pesemine jne).

3. Olulisemad probleemid hooldus- ja õendusabis

1. Tervishoiu ja hoolekande süsteemide lahusus ning ebapiisav ja juhuslik integratsioon, mille tulemuseks on:

- **abi järjepidevuse ja mitmekülgse probleemi** sihtgrupi jaoks. Olukorras, kus hoolekandeesutuste klientidele on õendusabi halvasti kättesaadav ning hooldushaiglas viibimine ajaliselt piiratud, ei saa isikud vajadustest tulenevaid teenuseid. Kuna süsteemides on erinevad finantseerijad ja vastutajad (KOV ja Haigekassa) ning ka teenuseosutajad on erinevad, on raskendatud igakülgse abi kättesaadavus, kui isik vajab nii hooldus – kui õendusabi ning takistatud on ka inimese liikumine seisundi muutumisel hooldus- ja õendusabi teenuste vahel;
- **abi koordineerimise probleemid.** Olukorras, kus 2 süsteemi teenused erinevalt korraldatud ja rahastatud ning samas vajalikud samaaegselt samale sihtgrupile (nt ühele inimesele osutavad hooldus- ja õendusabi teenuseid samaaegselt erinevad teenuseosutajad), jääb sageli ebaselgeks, kes vastutab inimese kui terviku eest ning koordineerib, et vajalikud teenused olemasolevate võimaluste piires saaksid isikule osutatud.

2. Eakate vajadustele vastavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste ebapiisav ja ebaühtlane kättesaadavus, kuna:

- õendusabi teenused on ebapiisavalt ressursidega kaetud;
- hooldusabi tagamise vastutus, abivajaduse hindamine, abi korraldamine ja esmane järelevalve koondunud ühe institutsiooni – kohaliku omavalitsuse kätte. Inimesele osutatakse sageli teenuseid, mis kohalikul omavalitsusel olemas, mitte neid, mida inimene tegelikult vajaks. Paljudel kohalikel omavalitsustel puuduvad hooldusabiteenuste valikud;
- hooldusabi ja õendusabi teenuste finantseerimise põhimõtted on erinevad - õendusabi kulud katab Haigekassa; hooldusabi kuludest katab inimene või tema perekond 50,3 % ulatuses, kusjuures igal erineval juhul erinevas ulatuses. Arvestades, et hinnatase on 2008.aastal 4000-17 000 EEK kuu eest, ei ole väikese sissetuleku puhul teenus kättesaadav;
- on sihtgrupe, kelle jaoks vajalikud teenused puuduvad mõlemas süsteemis (nt ööpäevaringset hooldus- ja õendusabi vajavad sõltuvushäirega inimesed).

3. Eakate vajadustele vastavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste ebaühtlane kvaliteet

- õendusabi puhul on hooldushaiglate mehitatus hooldajatega erinev; esineb koolitatud personali nappus piirkonniti ja olemasoleva personali täiendkoolituse vajadus;
- hooldusabi puhul puuduvad hoovad üldhooldekodudele kehtestatud standardite järgimise mõjutamiseks (ei rakendata tegevuslubade süsteemi); puuduvad kaasaegsed standardid ja tegevusjuhised; on koolitatud personali nappus ja olemasoleva personali täiendkoolituse vajadus.

4. Koduses keskkonnas elamist toetavad teenused vähearenenud

- 74 KOV ei osuta koduteenust;
- koduõendus-hooldusteenuseid ja vähihaigete koduse toetusravi teenuseid osutatud 98 000 visiiti (2006), hinnatud vajadus ~500 000 visiiti aastas.

5. Ressursside ebaefektiivne kasutamine (teenuste vajadus sageli hindamata):

- teenuste vajadus sageli hindamata või hinnatud ebapädevalt;
- puuduvad ööpäevaringsele õendusabile (hooldusravile) suunamise ühtsed kriteeriumid;
- koduste teenuste puudumisel suunatakse isik institutsiooni.

4. Üldeesmärk

- **väärika vananemise toetamine läbi tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tugevama seostamise.**

Põhimõtteks isiku tasandil:

- abi osutamisel lähtutakse iga inimese vajadustest ja soovidest,
- toetatakse inimese toimetulekut harjumuspärases keskkonnas (kodus) nii kaua kui võimalik.

Põhimõtteks ühiskonna tasandil:

- hoolduse efektiivsuse suurendamine, sh kallite hooldusteenuste (asutushooldus) sihipärane kasutamine; avahooldusteenuste arendamine; abi osutamise vastutuse selgem jaotamine (nii korralduse kui finantseerimise osas).

5. Sihtgrupp

Enamasti eakad inimesed, kes tervislikust seisundist, funktsionaalse võimekuse langusest ja/või sotsiaalsest seisundist tulenevalt ei saa hakkama igapäevaelu toimingutega ning vajavad erinevas mahus hooldus- ja õendusabi. Integreeritud hooldusteenuse vajajaid võib esineda ka teistes vanusegruppides.

6. Alaeesmärgid ja tegevussuunad esitatud probleemide lahendamiseks

1. Abi järjepidevus ja teenuste mitmekülgsus on tagatud sihtgrupi vajadustele vastavalt:
 - tervishoiu- ja hoolekandeteenuste integreerimine tagamaks sihtgrupile mitmekülgset ja vajadustest tulenevat teenust.
2. Eakate vajadustele vastavad tervishoiu- ja hoolekandeteenused on kättesaadavad:
 - rahastamise pikaajaliselt jätkusuutliku süsteemi välja töötamine, mis ei sea isikuid (nende omakseid) vaesusriski;
 - teenuseid osutavate asutuste ja nende vastutuspiirkondade määratlemine (maakondlike arengukavade ülevaatamine ja uuendamine).
3. Osutatavad teenused on ühtlase ja hea kvaliteediga:
 - miinimumstandardite kehtestamine teenustele ja teenuseosutajatele, sh personaliga mehitatuse kohta;
 - tegevuslubade süsteemi ja tõhusa järelevalve loomine/rakendamine;
 - teenuseosutajate koolitamine.
4. Koduteenused on kättesaadavad ja võimaldavad hakkama saada kodustes tingimustes:

- koduse õendusabi rahastamise suurendamine;
- koduhooldusteenuse piisav osutamine.

5. Ressursside efektiivne kasutamine

- teenustele suunamise kriteeriumite väljatöötamine;
- esmatasandi hindamise teostajate koolitamine;
- geriaatrilise hindamise teenuse arendamine (komplitseeritud juhtude hindamiseks).

II TERVISHOIU JA HOOLEKANDE TEENUSTE INTEGREERIMINE TAGAMAKS SIHTGRUPILE VAJADUSTEST TULENEVAD TEENUSED

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

Integreeritud hooldus- ja õendusabi teenus sisaldab nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid.

7. Teenused

Hooldusabi eesmärgiks on toetada inimest igapäevaelu toimingutes ja iseseisva toimetuleku soodustamine.

Õendusabi eesmärgiks on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine läbi õendusabitegevuste.

Põhiteenused on:

- eluasemeteenus
- hooldusabi teenus
- õendusabi teenus
- nende erinevad kombinatsioonid

Mahult jaotuvad loetletud teenused päevasteks ja ööpäevaringseteks teenusteks.

Päevased teenused

Hooldusabi kodustes tingimustes ja koduse õendusabi (sh vähahaige koduse toetusravi) teenused ning päevakeskuse teenused võimaldavad inimestel jääda harjumuspärasesse keskkonda – koju võimalikult kauaks, tagades neile parima võimaliku elukvaliteedi ja toimetuleku.

Ööpäevaringsed ehk institutsionaalsed õendusabi ja hooldusabi teenused

Teenused tagavad inimeste toimetuleku ja parima võimaliku elukvaliteedi hooldusasutuses, juhul kui toimetulekut ei ole võimalik tagada kodus keskkonnas. Institutsionaalsete teenuste all ei kirjeldata antud dokumendis aktiivravi raames osutatavaid (geriaatrilisi) teenuseid.

Institutsionaalse õendusabi ja hooldusabi teenused:

- **Iseseisev statsionaarne õendusabi** – sageli aktiivravi järgne, ööpäevaringset õendusabi sisaldav teenus, mille järgselt haige suundub koju, ööpäevaringsele integreeritud hooldusabi ja päevase õendusabi teenusele või sureb;
- **suriija õendusabi (hospiits)** – sisaldab palliatiivset ravi, suures mahus ööpäevaringset õendusabi ja küllalt sageli ka arsti tegevusi ning ööpäevaringset hooldusabi. Pikkus võib olla erinev ja sõltub diagnoosist, kuid enamus juhtudel ei ole pikaajaline (valdavalt ~80% osas vähihaiged, ka progresseeruvaid degenereerivaid lihas-ja närvihaigusi põdevad haiged, raskete/üliraskete selja- või peajukahjustusega haiged jm) Kriteeriumiks õendusabi protseduuride vajamine suures mahus;
- **ööpäevaringne hooldusabi integreeritud päevase õendusabiga** – ööpäevaringset hooldusabi ja vajalikus mahus päevast õendusabi sisaldav teenus püsiva funktsioonihäirega, kroonilist haigust põdevad inimestele, kelle toimetuleku tagamine koduses keskkonnas ei ole võimalik või otstarbekas. Seega tegemist õendusabist ja ööpäevaringsest hooldusabist koosneva kompleksteenusega. Teenusele suunamisel on isikul hinnatud mõlema teenuse vajadus;
- **ööpäevaringne hooldusabi** – teenus püsiva funktsioonihäirega inimesed, kelle toimetuleku tagamine koduses keskkonnas ei ole võimalik või otstarbekas, kuna nad vajavad peamiselt suures mahus igapäevast või ööpäevaringset hooldusabi, võivad vajada periooditi ka õendusabi. Teenusele ei suunata isikuid, kellel on suunamise hetkel selge regulaarne õendusabi (õe pädevust nõudvate protseduuride) vajadus;
- **eluasemeteenus hooldusabiteenusega**– teenus igapäeva elu toimingutes kõrvalabi vajavatele inimestele. Hooldusabi ei ole ööpäevaringne (päevane). Sisuks eluasemeteenus koos võimalusega kasutada koduabi-, isikuabi-, toitlustus-, sotsiaalteenuseid.

8. Integreeritud teenuse rakendamise mudelid

- A. **Koostöövõrgustiku integreeritud mudel** – integreeritud teenuste korraldus, kus erinevaid teenuseid (nii hoolekande kui tervishoiuteenuseid) osutavad erinevad juriidilised isikud on oma tegevuse selgelt orienteerinud omavahelisele koostööle, kusjuures partnerid võivad vahetuda. Sellise integratsiooni puhul sõlmitakse suhted tegevuse tasandil lepingute/koostöölepete alusel.

Iseloomulikud tunnused:

- hooldekodus olevatele klientidele õendusabiteenuse tagamiseks sõlmib hooldekodu koostöölepingu koduõendus-hooldusteenuseid osutava juriidilise isikuga;
- hooldekodu omab koostöölepingut FIE-na töötava koduõega (omab tegevusluba koduõendus-hooldusteenuse osutamiseks), kes külastab regulaarselt või ka väljakutsel hooldekodu ning teostab vajalikke protseduure.

Mudeli tugevad küljed

- 1) tugineb tänasel olukorral, kus koostöö on erinevate juriidiliste isikute vahel juba vajaduse põhiselt kujunenud;
- 2) arvestab täna eksisteerivaid tervishoiukorralduse aluspõhimõtteid, kus kõik teenuseosutajad on eraõiguslikus vormis (SA, AS, OÜ või FIE);
- 3) ööpäevaringsele hooldusteenusele lisanduv õendusabi teenuse osutajal on tervishoiuteenuse osutaja tegevusluba ning eeldatavalt nõutav kvalifikatsioon;
- 4) lepingulistes suhetes olemine EHK-ga tagab kvaliteedi jälgimise – lepingu sõlmimisel saab rahastaja eelistada täiendkoolitustel osalenuid, ka teostatakse partnerite tegevuse üle kvaliteedikontrolli;
- 5) ööpäevaringsele hooldusteenusele lisanduv õendusabi rahastatakse EHK poolt arвете alusel, seega õe tegevus fikseeritav kindlate just õe pädevust nõudvate protseduuridena.

Mudeli nõrgad küljed:

- 1) kuna puudub koordineerimine, siis vajalike õendusabi teenuste kättesaadavus hooldekodus sõltub suuresti personali oma initsiatiivist ja hinnangust nende vajaduse kohta ning ka oskusest koostööpartnereid leida; välistatud pole siin, et vajadust hinnatakse ebaõigesti või et lihtsalt ei leita koostööpartnereid nende ebapiisava arvu ja ebaühtlase paiknemise tõttu (abi mitmekülgse probleemi);
- 2) kuna erinevaid teenuseid osutavad erinevad juriidilised isikud, siis vastutus inimese kui terviku eest hajutatud (võimalikud kvaliteediprobleemid);
- 3) erinevatesse juriidilistesse isikutesse kuulumine ei soodusta õe ja hoolduspersonali vahelist head koostööd ning õe juhendav roll hooldustegevuse juhina võib jääda realiseerimata (võimalikud kvaliteediprobleemid);
- 4) mitmetes suurtes hoolekodudes lahendatakse õe vajadus teistel ametikohtadel (nn tegevusjuhendajatena vms) töötavate õdedega, kelle kvalifikatsiooni ja täiendkoolituste kohta puudub ülevaade ning ka õigus selle kontrollimiseks regulatsiooni puudumise tõttu (võimalikud kvaliteediprobleemid);
- 5) koolitatud hooldajate vähesusest tulenevalt teostavad õed mitmeid tegevusi, mida võiks teha hooldajad (personali ebaratsionaalne kasutamine).

B. Integreeritud multifunktsionaalsete organisatsioonide mudel – integreeritud teenuste korraldus, kus piirkondlikul alusel tegutsevad multifunktsionaalsed asutused või organisatsioonid, mis suudavad eakatele pakkuda väärikaks toimetulekuks vajalike sotsiaal- ja tervishoiuteenuste täispaketi.

Iseloomulikud tunnused:

- asutus (üks juriidiline isik) vastutab teatud regioonis (maakond; 3-4 omavalitsust; muul alusel moodustatud regioon) õendusabi ja hooldusabi teenuste tagamise eest, pakkudes ise enamus vajalikke teenuseid;
- piirkondliku vastutuse tekkimine: kuna hooldusabi teenuse osutamise kohustus on KOV-l, moodustavad KOV-d juriidilise isiku (SA, AS vm), liituvad olemasolevate organisatsioonidega või sõlmivad lepingu mõne olemasoleva asutusega, delegerides teatud otsustusõiguse ja vastutuse.

Mudeli tugevad küljed:

- 1) kliendil on võimalus kergelt teenuste vahel liikuda, kuna muutused toimuvad ühe asutuse raames. Sisuliselt klient oma asukohta ei pea muutma, vaid muutub teenuste pakett tema jaoks;
- 2) on üks selge vastutaja kliendi eest ning vajalike teenuste kättesaadavus tagatakse, kuna sama asutus osutab kõiki teenuseid;
- 3) kõik töötajad alluvad ühele juhtimisele, vastutused ja töökohustused on selgemad ning koostöö tõhusam. Hooldajate juhendamist õe poolt lihtsam korraldada, mis tagab teenuse parema kvaliteedi;
- 4) vastutusalade määratlemine – (ideaalvariandis) on kõikides piirkondades teenuse kättesaadavuse eest vastutav asutus, mis tagaks teenuste parema kättesaadavuse;
- 5) tagab piisava klientuuri jätkusuutlikkuse tagamiseks.

Mudeli nõrgad küljed:

- 1) piirkondliku vastutuse panemine ühele asutusele võib osutada keeruliseks, kuna täna välja kujunenud skeemis on teenuseosutajad eaõiguslikud; probleem võib tekkida juhul, kus teenuseosutajaks KOV poolt moodustatud AS või SA kuulub ainult ühele KOV-le. Samas on kokkulepped siiski võimalikud ning ka teenuseosutajad on reeglina huvitatud klientidest;
- 2) KOV-l on väga erinev motivatsioon hakata koostööd tegema/ liituda suuremate asutustega;
- 3) pole tagatud piisav teenuste finantseerimine täna – Haigekassa õendusabi eest, KOV-de ja isikute suutlikkus maksta hooldusabi eest;
- 4) täies mahus rakendamine tähendaks mahukaid põhimõttelisi muudatusi nii korralduses kui rahastamises ning selle elluviimine nõuaks aega.

Tänast reaalsust arvestades on lähitulevikus ainuvõimalik mõlema mudeli samaaegne eksisteerimine.

Seega, **toimivad koostöövõrgustikud**, kus erinevaid teenuseid osutavad erinevad juriidilised isikud on oma tegevuse orienteerinud omavahelisele koostööle kui ka **tegutsevad multifunktsionaalsed asutused või organisatsioonid** teatava piirkondliku vastutusega, mis suudavad eakatele pakkuda väärrikaks toimetulekuks vajalike sotsiaal- ja tervishoiuteenuste täispaketi

9. Integreeritud teenuste finantseerimine

Isik ise ning KOV rahastavad:

1. ööpäevaringset hooldusabi

KOV rahastab:

2. kodust hooldusabi
3. päevakeskuse teenuseid

Eesti Haigekassa (EHK) finantseerib

1. iseseisvat statsionaarset õendusabi
2. hospiitsi teenust
3. koduõendusteenust
4. iseseisev päevane õendusabi (eeldab eraldi teenuse reguleerimist)

EHK, KOV ja isik finantseerivad ööpäevaringset hooldusabi integreeritud koduse või päevase õendusabiga.

Kui peale aktiivravi või iseseisvat statsionaarset õendusabi on hindamise tulemusena isiku vajaduseks ööpäevaringne hooldusabi ning õendusabi, tasutakse edaspidi osutatava **ööpäevaringse hooldusabi** osa eest praeguse tavapärase skeemi järgi (isik ise, KOV) ning **õendusabi osa** eest tasub Eesti Haigekassa. Eelduseks on teenuseosutaja vastava tegevusloa omamine.

Tugevus: skeemi võimalik rakendada tänaseid peamisi põhimõtteid hoolekande ja tervishoiuteenuste rahastamises oluliselt muutmata

Nõrkus: pikaajalises perspektiivis ei taga praegune ööpäevaringse hooldamise rahastamise skeem head ja ühtlast kättesaadavust.

10. Võimalikud meetmed probleemide lahendamiseks teenuste integreerimisel

LÄHITULEVIK

- **Parema koordineerimise tagamiseks vajab valdavalt võrgustikul tuginev süsteem juhtumikorraldajat ehk hoolduse koordinaatorit**, kelle tegevuse eesmärgiks oleks tagada abivajajatele võimalikult sobiv ja ökonoomne teenustepakett ning selle sujuv toimimine, oleks üheks lahenduseks eeltoodud koordineerimise puudumisest tingitud probleem vältimiseks. Juhtumikorraldaja peab valdama informatsiooni riigis osutatavatest teenustest ja teenuse osutajatest ning teenuste korraldamise põhimõtetest riigis. Juhtumikorraldaja peab omama teavet kliendi vajadustest (ehk hindamise tulemustest). Juhtumikorraldaja peab seisma hea selle eest, et klient saaks paigutatud asutusse, kus tema antud hetke vajadustele vastav teenuste tase on tagatud.

Juhtumikorraldaja võib olla:

*kohaliku omavalitsuse tasemel sotsiaaltöötaja näol – omab täna koolitust juhtumikorralduse põhimõtte rakendamiseks ja eeldatavalt head sidet kliendi ja tema perega ning täidab teatud osas täna sarnast funktsiooni, vajab täiendavat koolitust täiendava funktsiooni täitmiseks ning KOV funktsiooni täpsustamist selles osas;

*maakonna tasandi koordinaator – eeldab täiendava personali leidmist ja koolitamist.

Juhtumikorralduse põhimõtte rakendamine ei lahenda aga kvaliteediga seotud probleeme, mis selle mudeli toimimisel paratamatult tekivad.

- **Kvaliteediprobleemide ennetamiseks/vältimiseks võrgustikus on vajalik:**
 - 1) nõuete kehtestamine hoolekandeesutustele (sh personalile) koos toimiva järelevalvega;
 - 2) tegevusjuhendite (standardite) väljatöötamine ja rakendamine hoolekandeesutustes;
 - 3) väikeste hooldekodude ümberkujundamine pansionaatideks.

- **Õenduspersonali ratsionaalsemaks kasutamiseks on vajalik:**
 - 1) koolitada hooldajaid;
 - 2) eristada praeguses hooldusravis ööpäevaringse õega ja päevase õega astmed:
 - *need isikud, kellel seisundi hindamise tulemusena on kindel regulaarne, kuid mitte ööpäevaringne õendusabi teenuse vajadus lisaks ööpäevaringse hooldusabi vajadusele, suunatakse päevast õendusabi osutavasse asutusse;
 - *ööpäevaringset õendusabi ja hosiitsi teenust vajavad isikud suunatakse hosiitsi teenusele või aktiivravihaigla õendusabiosakonda.

- **Ressursside ratsionaalseks kasutamiseks:**
 - 1) teenustele suunamise kriteeriumite väljatöötamine;
 - 2) esmase hindamise juhise koostamine ja teostajate koolitamine;
 - 3) geriaatrilise hindamise teenuse arendamine (keeruliste juhtude hindamiseks);
 - 4) koduõendusteenuse rahastamise suurendamine;
 - 5) koduhooldusteenuse piisav osutamine.

PIKAAJALISES PERSPEKTIIVIS

Teenuste rahastamise jätkusuutliku süsteemi välja töötamine, mis ei sea isikuid (nende omakseid) vaesusriski ning tagab ühtlase teenuste kättesaadavuse ja süsteemi jätkusuutlikkuse (nt Võimalike pikaajaliste hooldusteenuste erinevate rahastamisskeemide analüüs rahvusvahelist kogemust arvestades, sh hoolduskindlustus jt).