

PIKAAJALISE HOOLDUSE KORRALDUS EESTIS: Hoolekande ja õendusabi teenuste osutamine

1.1 Sissejuhatus:

Eesti Vabariigi põhiseadus on aluseks igäihe põhiõigusteks ja väärrikuseks. Avalik võim peab tagama nende õiguste realiseerumise. Nendel õigustel peab põhinema ka erinevatele vanusegruppidele vajaminevate hoolekande- ja raviteenuste, sh. hooldusraviteenuste ehk õendushoolduse osutamine.

Euroopa sotsiaalharta ning Eesti vanuripoliitika alused sisaldavad hulgaliselt täpsustavaid sätteid edukale vananemisele kaasaaitamiseks nii üldise strateegilise planeerimise kui ka tervishoiu ning hoolekande valdkonnas. Need sätted on aluseks ka eakate pikaajalise hoolduse arendamisel ja korraldamisel.

Hooldusteenused on esmatasandi integreeritud teenused, kuhu kuuluvad nii õendushooldus (hooldusravi) kui hoolekanne.

1.2 Hetkeseis:

Teenuseosutajaid:

õendushooldus (hooldusravi): statsionaarse hooldusraviteenuse osutajaid 47; koduõendusteenuse osutajaid 43;

täiskasvanute hoolekanne: üldhooldekodusid 112 (2005.), päevakeskusi 94 (2004), koduteenuse osutajaid 697.

Õendusabi osutamises esinevate probleemide peamisteks põhjuseks on hooldushaigete seisundi ja vajaduste ühtsete hindamiskriteeriumide puudumine (RAI juurutamine venib), osaliselt sellest tingitud ebaotstarbekas ressursikasutus erinevate teenusetasandite kasutamisel (me tõepoolest ei tea, kas kõik õendushoolduskodus-hooldushaiglas- viibivad patsiendid seda vajavad, kas hooldekodu klient pole mitte hooldusravi vajav patsient), ebapiisav õendushoolduse teenuse rahastamine ja arstliku pädevuse (geriaatria) vähesus.

Üldjuhul puudub hooldusravi ja hoolekande teenuseid osutavate asutuste vaheline koostöö ja reguleeritud töökorraldus.

1.3 Eesmärk:

Käesolevas dokumendis kirjeldatud hooldusteenuste korralduse ja integreeritud teenustesüsteemi eesmärgiks isiku tasandil on hooldusvajadusega inimestele parima võimaliku elukvaliteedi saavutamine, isiku individuaalsetest vajadustest lähtumine ja toimetuleku tagamine harjumuspäras keskkonnas (kodus) võimalikult kaua.

Eakatele pakutavate teenuste toel peaks ka tervise- ning toimetulekuhäiretega eakatel olema võimalus jätkata inimväärset elu ning osaleda aktiivselt avalikus, sotsiaal- ja kultuurielus.

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

1.4 Sihtgrupp:

Hooldusravi- ja hoolekandeteenuseid vajavad isikud.

Integreeritud hooldusteenuse vajajaid võib esineda kõikides vanusegruppides, kuid enamuse nendest moodustavad eakad inimesed..

2. Integreeritud hoolduse korraldamise põhimõtted ja võimalused Eestis

2.1 Taust:

Integreeritud hooldus on üheks tänapäevaste hooldusteooriate keskseks märksõnaks. Seda mõistet selgitab hästi EL projekti CARMEN poolt välja töötatud definitsioon, millele tuginame ka käesolevas dokumendis: “Integreeritud hooldus on teenuste ja hooldusprotsesside hästi planeeritud ja hästi organiseeritud kompleks, mis on suunatud multiprobleemsete isikute või sarnaste vajadustega/probleemidega isikute rühma vajaduste ja probleemide lahendamisele.”

Integreeritud hooldus sisaldab nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid.

Integreeritud hooldus on kliendikeskne, mitte teenustekeskne lähenemine hooldusele. Integreeritud hooldus ei ole lahendus kõikidele hooldusega seotud probleemidele, kuid aitab kaasa pikaajaliste, komplekssete ja mitmekesiste probleemidega eakate inimeste elukvaliteedi parandamisele. Samas on selline hooldus pikemas perspektiivis ka kulusäästlik, vähendab asutushoolduse ja haiglaravi vajadust ning võimaldab pereliikmetel jätkata töötamist.

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

- (eaka) isiku vajadustele vastav
- individualiseeritud
- multidistsiplinaarne
- ravi, rehabilitatsiooni ja hoolduse järjepidevus
- ühised infobaasid erinevate teenuste pakkujatel
- paindlik
- sujuvalt toimiv
- koostöö mitteformaalsete hooldajatega

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

2.2 Integreeritud hoolduse rakendamine Eestis (joonis 1)

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

Perearst on võtmeisik hooldusraviteenustele suunamisel ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja hoolekandeteenusele suunamisel. Kui isiku vajadus kasvab ainult hooldusravi või ainult hoolekandeteenusest laiemaks, siis lahendatakse isikule teenuste korraldamine juhtumikorralduse põhimõttel. Sellise mudeli puhul on kesksel

kohal **juhtumikorraldaja** ehk **hoolduse koordinaator**, kelle tegevuse eesmärgiks on tagada abivajajatele võimalikult sobiv ja ökonoomne teenustepakett ning selle sujuv toimimine. Mitmete maade uuringud on näidanud juhtumikorralduse eelist teenuste osutamise järjepidevuse tagamisel ja asutushoolduse vajaduse vähenemist kuni poole võrra.

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

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

Juhtumikorraldaja põhilised tegevused:

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

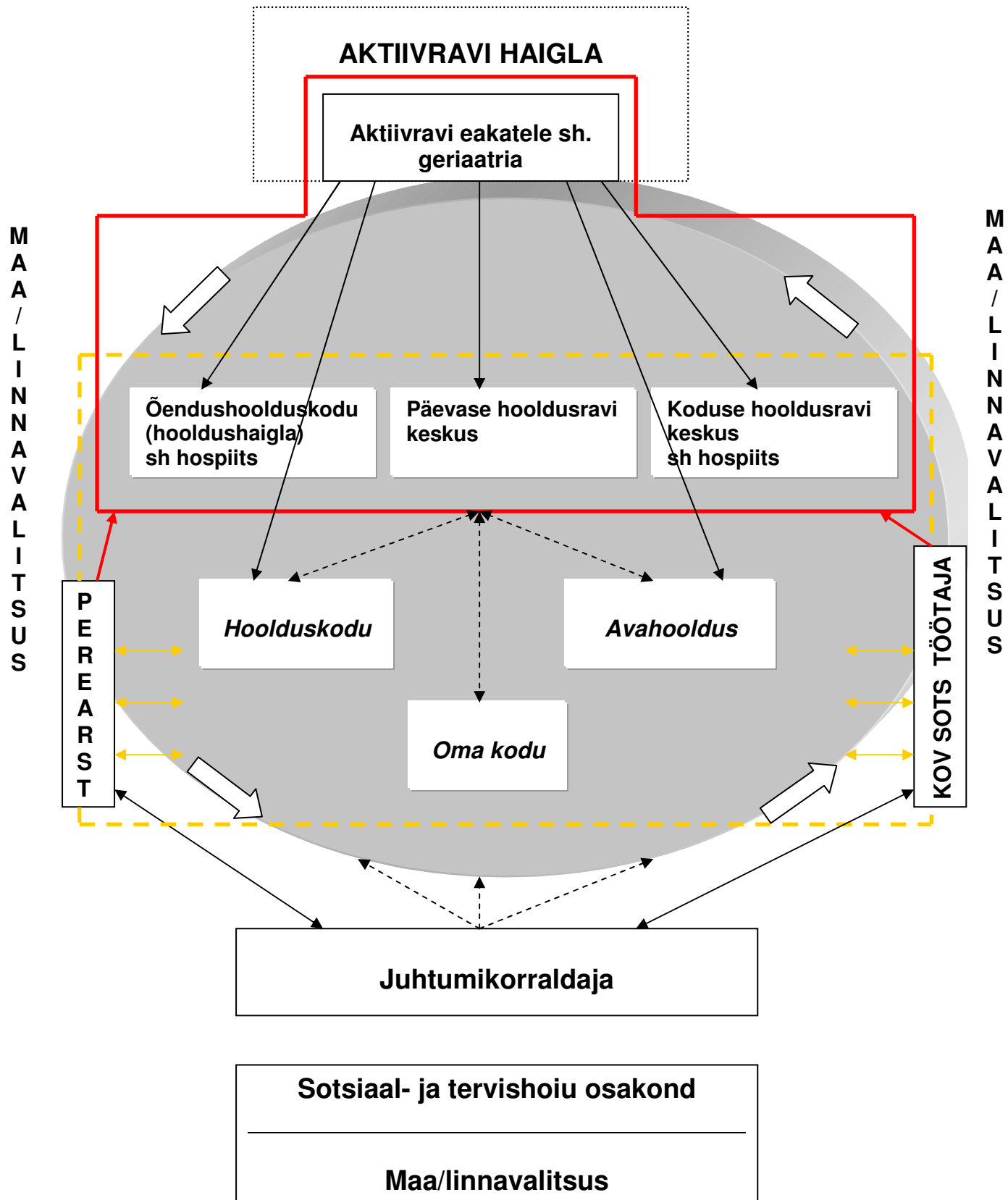
Vajaduste hindamise ja teenusele suunamise võib teha omavalitsuse tasandil esmatasandi hindamise baasil (piirkonna sotsiaaltöötaja ja perearsti ning pereõe koostöös), kuid juhtumikorraldaja peab saama kogu hindamise ning hooldusplaani puudutava informatsiooni.

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

Praegu Eestis juurduma hakkava praktika kohaselt on kõige sobivam alustada juhtumikorraldusega maavalitsuste tasandil (samuti suuremates linnades), kus on ka esmatasandi tervishoiu vastutus ja järelevalve. Tsentraalne koordineeritus on eeldatavalt neutraalne ja tagab kvaliteetsema järelkontrolli ning järelevalve, sh. ka finantside kasutamise osas. Alternatiiv oleks hoolekandetasutuste juures või kohalikus omavalitsuses. Viimases on hoolekande vastutus, kuid puudub igale teenuseliigile järelevalve pädevus.

Joonis 1.

Integreeritud teenuste korraldus



3. Pikaajalise hoolduse põhimõtted

Tänapäevane teenustesüsteem on indiviidi(kliendi)keskne ja pakutav teenustepakett koostatakse indiviidi vajadustest lähtuvalt sihiga tagada isikule suhteline iseseisvus ning võimalus kasutada üldisi avalikke teenuseid. Eakate pikaajaline hooldus sisaldab nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid, mis võivad olla rahastatud erinevast allikast, kuid teenuste osutamine peab olema hästi koordineeritud.

Sotsiaalhoolekande teenustest on eakatele olulised sotsiaalnõustamine, proteeside, ortopeediliste ja muude abivahenditega varustamine, koduteenused, eluasemeteenused, hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandeesutuses.

Hooldusraviteenused on õendusabi tervishoiuteenused, mis osutatakse kodu-, päeva – ja institutsionaalsete teenustena.

Lisaks on eakate hoolduses olulised mitmesugused rehabilitatsiooniteenused (sh kodune taastusravi), perearsti- ja aktiivraviteenused, mille vajaduse hindamiseks peavad nii hoolekande- kui õendushooldustöötajad olema kompetentsed, kuid mida antud dokumendis pikemalt ei käsitleta.

Hooldusraviteenused võivad osutada vajalikuks kõikidel teenustesüsteemi tasanditel ja lisanduvad vajadusel hoolekandesüsteemi teenustepaketti, kuid hooldust tuleb eristada raviteenusest:

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

Mõlema teenuse osutamiseks peavad olema täidetud teenuse osutamise miinimumnõuded (seadusandlus) ja kvaliteedinõuded. Kvaliteedi hindamise kriteeriumid ja vahendid peavad olema selged, asjakohased, valiidsed ja mõõdetavad.

4. Vastutus

Isikul ja perekonnal on kohustused

- abivajaduse ennetamiseks,
- abivajaduse korral õigus ja kohustus osaleda abi korraldamisel,
- oma ressurside kasutamiseks.

Omavalitsused kui abivajajale kõige lähemal asuvad institutsioonid kannavad põhivastutust teenuste pakkumisel nii korralduse kui ressursikasutuse osas (subsidiiaarsuse põhimõte).

Riik määrab seadusandlikult kindlaks esmatasandi kohustused, kehtestab teenuste miinimumi loetelu, teenuste osutamise nõuded ja järelevalve korralduse.

Omavalitsustel on soovitatav välja töötada hoolekandeteenuste osutamise ja arendamise juhised:

- kohapeal osutatavad teenused
- omavalitsuse haldusalast väljaspool osutatavad teenused

Teenuste vajaduse maht on erinev ja ühe omavalitsuse, ka maavalitsuse piires kõikide teenuste kättesaadavuse korraldamine ei ole mõistlik ressursikasutus.

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

Hooldusravi korralduse eest kannavad vastutust riiklikud struktuurid ning seda planeerivad ja arendavad maavalitsused (linna- ja linnavalitsused). Otstarbekas on nii riiklikult kui piirkondlikult käsitleda arengukavades hooldusravi- ja hoolekandeteenuseid ühes kontekstis, kuna nende teenuste sihtrühm on sama ning teenuste vajadus sageli kombineeritud.

5. Hooldusravi- ja hoolekandeteenuseid osutavad asutused ja nende pädevus

Hoolekande ja õendusabi teenuseid võivad osutada selleks tegevusloba omavad asutused vastavalt kehtivale seadusandlusele. Tegevusloa taotlemise kriteeriumid ja miinimumnõuded kehtestab riik.

Praktikas on hoolekandeteenus kujunemas konkurentsiteenuseks ja seetõttu on hoolduskodude ja teiste sotsiaalteenuseid osutavate asutuste planeerimine vaba ettevõtluse küsimus.

Riigi poolt finantseeritav õendushooldus on planeeritud sihtgrupi suuruse alusel maakonniti, mis on aluseks ka haigekassale õendushoolduse (hooldusravi) finantseerimisel. Uued õendushoolduse (hooldusravi) teenusepakkujad peavad lisaks tegevusloale saama ka maakonna kooskõlastuse.

Teenuste pakkumisel on oluline jälgida majanduslikult efektiivset teenuste mahu alampiiri.

Avahooldusteenuseid (koduõendus, päevaõendus, koduhooldus, päevahooldus) võivad osutada üksikisikud (füüsilisest isikust ettevõtjad), iseseisvad avahooldusüksused (omavalitsuste sotsiaalosakonna allasutused, mittetulundusühingud, erakapitalil põhinevad äriettevõtted jmt) või institutsionaalset hooldust või õendushooldust pakkuvad asutused.

Allpool on toodud institutsionaalset teenust pakkuvate asutuste kirjeldused. Teenuseid saab osutada nn. monofunktsionaalses asutuses, hästi toimivad ka üheks keskuseks koondunud erinevad teenuste osutajad: hoolduskeskus/ tervisekeskus koos perearstikeskusega. Viimane on kliendi seisukohast mugav, kuna esmatasandi teenused on ühes kohas kättesaadavad. Hoolduskeskuse võivad moodustada ka geograafiliselt eraldi asuvad teenustepakkujad.

Ressursikasutuse seisukohast on mõistlik osutada mitmeid teenuseid ühtse juhtimise all (institutsionaalne hooldus ja õendushooldus, ambulatoorne õendusabi jt. kombinatsioonid). Samas on lepingute alusel võimalik integreeritud koostöö eri alluvuses asutuste vahel.

Institutsionaalset teenust pakkuvad asutused integreeritud hoolduse süsteemis

Geriaatriaosakond

Kuulub eriarstiabi osutavate osakondade nimistusse, kuid on funktsionaalselt tihedalt seotud hooldusraviga ning hoolekandega, kuna patsientide sihtgrupp on neis kõigis ühine. Geriaatriaosakond on geriaatriliste teenuste kõrgeim kompetentsikeskus piirkonnas (spetsialistide tuumikus on arst-geriaater, geriaatriaõde, tervishoiu sotsiaaltöötaja ning taastusspetsialist).

Asub aktiivravihaiglas; teenuse osutamine on ajaliselt piiratud.

Tegevused: diagnostika (k.a. geriaatriline seisundi hindamine) ja ravi.
Arstiabi, õendusabi, rehabilitatsioon, sotsiaalnõustamine.

Õenduskodu (hooldusravi haigla)

Töötab iseseisva asutusena / hoolduskeskuse koosseisus / haigla alluvuses
Osutab nii ajutist kui ajaliselt piiramata tervishoiu (sh hospiitsi) ja hoolekande teenuseid (vajadusel elu lõpuni): õendusabi, füsioteraapia, tegevusteraapia, isikuabi, majutus-, toitlustus-, sotsiaalteenused, aktiveerimine.
Ei sisalda pidevat arstiabi (konsultandid, s.h. perearst vajadusel).
Dementsetele isikutele teenus spetsialiseeritud osakonnas.

Hoolduskodu

Töötab iseseisva asutusena või on hoolduskeskusega seotud.
Osutab nii ajutist kui ajaliselt piiramata hoolekandeteenust.
Isikuabi, majutus-, toitlustus-, sotsiaalteenused (s.h. aktiveerimine)
Õendusabi tagatakse pere- või koduõenduseks (vastavalt lühi- või pikaajalise vajaduse korral), hoolduskeskusega seotud asutuses katab lühiajalise vajaduse õenduskodu õde.
Dementsetele isikutele teenus spetsialiseeritud osakonnas.

Teenuskodu (toetatud elamine, pansionaat, eakate kodu)

Töötab iseseisva asutusena või on hoolduskeskusega seotud.
Ajaliselt piiramata teenus (sisaldab ka ajutist teenust).
Kohandatud eluruumid, mille eest klient tasub kasutuskulud.
Võimalik kasutada koduabi-, isikuabi-, toitlustus-, sotsiaalteenuseid.
Õendusabi pere- või koduõde teenusena, hoolduskeskusega seotud asutuses katab vajaduse õenduskodu õde.

6. Ettepanekud

6.1. Ettepanekud teenuste finantseerimiseks

Haigekassa finantseerib kõik aktiivravihaiglate teenused, arvestades teenuste hinna hulka ka tervishoiuasutuses töötavad sotsiaaltöötajad (tervishoiu sotsiaaltöötajad).
Õenduskodus finantseerib Haigekassa lühiajalise teenuse täies mahus (kuni 2 kuud), pikaajalise teenuse puhul finantseerib haigekassa tervishoiuteenuse osa (vajadusel elu lõpuni).

Sotsiaalhoolekanne (omavalitsus, tulevikus ehk Hoolduskassa) finantseerib õenduskodus pikaajalise teenuse hoolduskulud (vajadusel ka õenduskodu sotsiaaltöötaja kulud), muude hoolekandeteenuste kulud täies mahus.

Koduõendusteenuse kirjeldus ning hind on ümbertöötamisel – see peaks sisaldama nii kvalifitseeritud õe kui hooldusõe või hooldaja teenust.
Vajalik on ka välja töötada erinev hind koduõde teenusele, mida pakutakse suurele hulga üheskoos elavatele inimestele (näiteks hoolduskodus).
Koduõde teenuse finantseerib haigekassa.

Klientide omaosalus peaks sisalduma nii hooldusravis kui hoolekandes.

Klientide omaosalus kummaski süsteemis ei tohi sõltuda laste/lastelaste omamisest. Kõne alla tuleb omaosaluse diferentseerimine hooldust vajava inimese enese majandusliku olukorra alusel.

6.2. Ettepanekud teenusetasandite korrastamiseks

Välja töötada teenuste kirjeldused, miinimumnõuded ja kvaliteedinõuded kõikide hooldusteenuste (hooldusravi ja hoolekandeteenuste) kohta vastavalt kinnitatud arengukavadele.

Geriaatriaosakondade loomine, hooldushaiglate vastavusse viimine õenduskodu nõuetega.

Välja töötada Eestile sobiv hooldusklientide ressursikasutuse grupid, tuginedes RAI metoodikale.

6.3. Ettepanekud juhtumikorraldaja teenuse loomiseks maa/linna valitsuste juurde

Välja töötada hoolduse juhtumikorraldaja kvalifikatsiooninõuded ja tööjuhendi näidis.

Välja töötada hoolduse juhtumikorraldaja finantseerimise süsteem.

6.4. Geriaatriaosakondade loomine

Kinnitada geriaatria eriala ja käivitada geriaatrite koolitus.

Välja töötada geriaatria voodipäeva hind, geriaatriaosakonna miinimumnõuded ja kvaliteedinõuded.

Ettepanekud esitatud EV Sotsiaalministeeriumile 31. 08.2006

EGGA juhatus