

Kokkuvõte abisaaja ja tema lähedaste kaasamisest meditsiini- ja hoolduse integreeritud teenuse pakkumisel

Kokkuvõte rahvusvahelise projekti Sustain Eesti raportist

Sustain – Sustainable tailored integrated care for older people in Europe 2016–2019
(Sustain - Eakate jätkusuutlik kohandatud integreeritud hooldus Euroopas 2016-2019)



European
Commission

Horizon 2020
European Union funding
for Research & Innovation



praxis | mõttekoda

1. Sissejuhatus

Eakate osakaalu suurenemine rahvastikus mõjutab oluliselt riikide sotsiaal-majanduslikku keskkonda ning avaldab survet tervisesüsteemi jätkusuutlikkusele. Kompleksvajadused eeldavad aga tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujate kaasamist ravi protsessi. Sageli tunnetavad eakad, et tervishoiusüsteem on halvasti planeeritud, koordineerimata ning nende tervise ja sotsiaalhoolekande vajadustele ei pöörata piisavalt tähelepanu

Mõttekoda Praxis osales rahvusvahelises projektis SUSTAIN – Sustainable tailored integrated care for older people in Europe^{1,2} (kokku 14 organisatsiooni seitsmest riigist). Eakate osakaalu suurenemisega kasvab inimeste hulk, kes halvenenud tervise tõttu vajavad igapäevaseks toimetulekuks erinevaid tugiteenuseid, sealhulgas tervishoiu ja sotsiaalhoolekande kompleksteenuseid. Projekti eesmärk oli parandada integreeritud hooldusteenuseid kodus elavatele ja erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid vajavatele eakatele, tagades nende teenuste patsiendikesksuse, ennetusepõhisuse, efektiivsuse ja turvalisuse. Teiseks eesmärgiks oli teenuste kohandamine tervise- ja sotsiaalhoolekande süsteemiga Euroopa riikides. Projekti rahastab Euroopa Komisjon teadusuuringute- ja innovatsiooniprogrammist Horisont 2020.

Projekti alaeesmärgid olid järgmised:

- parandada pikaajalise hooldusega seotud teenuseid Austrias, Eestis, Saksamaal, Hollandis, Norras, Hispaanias ja Inglismaal;
- hinnata teenuste rakendamise protsessi;
- hinnata teenuste rakendumist ja kohaldatavust muu tervishoiusüsteemiga (sh Euroopa teistes regioonides);
- disainida ja rakendada kommunikatsioonistrateegia olemasolevate integreeritud pikaajalise hoolduse teenusete parandamiseks:
 - kommunikatsioonistrateegia sisaldab mh poliitikakujundajatele ja otsustajatele suunatud tegevuskava ülesandega disainida, luua ja säilitada süsteem, mis on fokuseeritud eakate keerukate vajadustega integreeritud hooldusele.

Iga riik kaasas projekti kaks organisatsiooni.

Eestist osalesid Alutaguse hoolekeskus ja MEDENDI.

Alutaguse hoolekeskus osutab eakatele suunatud integreeritud õendushoolduse teenust. Teenuse osutamisel lähtutakse inimese tervisliku seisundi hindamise alusel määratud vajadustest ja teenust pakutakse vastavalt püstitatud eesmärkidele õendus- või hooldusplaani alusel.

MEDENDI osutab koduõendusteenust. Teenuse osutamisel abistatakse patsiente, kelleks on eelkõige operatsioonijärgsed haiged, eakad, puudega patsiendid või mõnel muul põhjusel hooldus- ja järelravi vajavad inimesed.

Kuna projektis osalenud organisatsioonid olid erineva suunitluse, suuruse ja töökultuuriga, siis iga organisatsioon sõnastas enda jaoks konkreetse probleemi ja eesmärgi, mida projekti käigus lahendada. Eesti organisatsioonide peamised probleemkohad ja eesmärgid olid järgmised:

Alutaguse hoolekeskuses tunnetati integreeritud teenuse arendamise alustamisel ja uutele alustele viimisel puudust selgest, süsteemsest protsessikirjeldusest. Sooviti välja töötada optimaalsed rutiinid nii meeskonna kui hooldusteenuse saajate kaasamiseks. Seejuures arvestati, et lisaks teenuse saajate füüsilisele tervisele ja heaolule tuleb keskenduda ka psühholoogiliste, sotsiaalsete ja keskkonnast tulenevate vajaduste rahuldamisele.

MEDENDI kogemuste kohaselt eeldas integreeritud meditsiini- ja hooldusteenuse pakkumine paindlike suhetega võrgustikutöö käivitamist, kus osapoolte suhted kujunevad nii lepinguliselt kui praktilise tegevuse käigus. Kvaliteetse teenuse saavutamiseks tuleb tegeleda nii hoolduse efektiivsuse, teenusepakkujate koordineerimise kui klienditurvalisusega, suunates samal ajal abivajajat võtma ise enda eest vastutus. Seega tuli kliendikesksuse parandamiseks välja töötada süsteem, mis haaraks kõiki teenusesaajaga seotud teenuseid ja kus kogu ravi- ning hooldusprotsess oleks ühtselt juhitud.

Arusaadavalt oli tegemist ülesannetega, mis nõuavad aega, raha ning teadmisi siht- ja sidusrühmade hoiakute ja harjumuste muutmiseks. Käesolev kokkuvõte toob välja Sustain projektist selgunud põhjused, mis võivad takistada meditsiini- ja hoolduse integreeritud teenuse pakkumist Eestis ning soovitusel töö tõhususe, kliendikesksuse ja – turvalisuse ning ennetusele orienteerituse saavutamiseks. See on eestikeelne kokkuvõte inglise keelsest mahukast Eesti olukorda kirjeldavast raportist.³

1. <http://www.praxis.ee/tood/sustain>

2. <https://www.sustain-eu.org/ee/>

2. Mõisted

- Teenuse kasutaja – hooldusasutuses õendushooldusteenust saav või koduõendus-teenust vajav inimene. Ülevaate kontekstis mõistetakse teenuse kasutajat kui Alutaguse hoolekeskuse ja MEDENDI koduõendusteenust pakkuva organisatsiooni klienti.
- Mitteformaalne hooldaja - inimene, kes kodus aitab abisaajat: pereliige, lähedane, lähedane hooldaja (mitteformaalne või mitteametlik hooldaja või abistaja).
- Õendus- ja hooldusplaan – teenuse kasutaja jaoks välja töötatud plaan, mis hõlmab inimkeskset lähenemist ja teenuse kasutaja kõigi vajaduste hindamist. Plaan on toodud kokkuvõtte lisan.

3. Põhisõnumid

- SUSTAIN Eesti projekti tulemused on aidanud alustada arutelu teenuse kasutajate integreeritud hooldusteenuste planeerimise ja elluviimise vahendite ja viiside üle.
- Projekti tulemuste kohaselt on teenuse kasutajate kaasamine pikaajaline protsess, kus olemasolevad harjumused ja hoiakud võivad vajada muutmist. Selle saavutamiseks tuleb hoolekande ja abi osutamisel arvestada teatud objektiivseid (nt ajahaldus) ja subjektiivseid (nt eakate mõjuvõimu suurendamine, nende eelistused ja vajadused) tegureid.
- Integreeritud hooldussüsteemi arendamisel tuleb rohkem tähelepanu pöörata kliendi psühholoogilistele ja vaimsetele ressurssidele.
- Pikaajaline hooldus ei peaks koosnema ainult lühiajalise hoolduse episoodidest: tuleb arvestada tulevikuväljavaateid. Sellepärast tuleks mitteformaalset hooldajat vaadelda isikuna, kes toetab teenuse kasutajat ja aitab tal paremini tulevikus hakkama saada.
- Eestis on levinud vanaduse ja terviseprobleemidega seotud negatiivsed stereotüübid. Nimetatud arusaamad takistavad integreeritud hoolduse puhul katseid eakaid aktiivsemal osalemisel aidata. Lisaks eakate oma hooldusotsustesse kaasamisele tuleb leevendada ealist diskrimineerimist ühiskonnas.

- Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistide ületöötamine mõjutab klientide kaasatust. Seda illustreerib näiteks ühe intervjuueeritu vastus: *“Kui spetsialistidel pole aega kuulata, ei taha patsient rääkida”*. Seetõttu tuleks integreeritud hoolduse arendamisse kaasata teenuse standardite või muude tööjõupuudusega seotud lahenduste muutmine.
- Integreeritud hooldus nõuab mitmekülgse inimkeskse teabe haldamist. Selle saavutamiseks on vajalik koostöö asutuste ja finantssüsteemi vahel. SUSTAIN projekt oli esimene samm teenuse kasutajate täielikuma ja inimkeskse teabe kogumi loomisel. Edasine peaks keskenduma osapooli motiveerivatele seisukohtadele ja kõikidele osapooltele kasulike andmete kasutamise viisidele. Projektis uuriti, kas tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistide vahel peaks teabe jagamine olema elektrooniline või paber kandjal. Arvestades, et õendus-hooldusplaan on mõeldud vähenenud füüsilise ja vaimse võimekusega sihtrühmale ja kuna teenuse kasutaja isikliku panuseta ei oleks lahendus inimkeskne, siis ei saa nimetatud plaan olla 100%-selt elektrooniline. Teenuse iga kasutaja andmetes peab sisalduma teave, mis on saadud erinevate meediumide (audio-, video-, elektroonilised- ja paber kandjal põhinevad andmed) kaudu.

4. Kliendikesksuse saavutamise väljakutsed ning soovitusel lahenduste leidmiseks

Teenuse kasutaja vaatepunktist ilmnisid õendus-hooldusplaanide kasutuselevõtu hindamisel mitmed raskused. Paljud eakad ei teadnud projekti lõpus plaanist midagi või olid nad selle unustanud. Nii teenuse kasutajatele kui mitteformaalsetele hooldajatele valmistas raskusi eesmärkide ühise sõnastamise etapis esitatud küsimustest aru saamine. Kokkuvõtteks võib öelda, et oma hoolduse ja ravi plaanis kaasärääkimine ei olnud teenuse saajale ega tema lähedastele lihtne ega loomulik. Võimalik motivatsiooni puudus võis tuleneda ka asjaolust, et ei nähtud võimalusi teenuse paranemiseks.

„Abivajaja puhul jäi üldse diagnoosimata, mis on juhtunud. Siinemaani, jah. Siis ei saa ka tegelikult olla sellist andke-meile-programmi, eksju. Lihtsalt ongi see, et võimekus on välja selgitatud, mis tal on, ja et see ei langeks... Jah, seal toodi, et ealine iseärasus. Noh, kuna mina ise olen väga pikaealiste vanavanematega inimene, siis minu jaoks oli 73-aastase inimese puhul ealine iseärasus liiga vara. Või noh eakohane juhtum.“

Uute teenuspõhimõtete rakendamisele peab eelnema kliendi nõustamine. Ilma usuta muutuste edukusse ei ole mõtet muutusi algatada.

Üldiselt soovisid teenuse kasutajad säilitada kontrolli oma hoolduse üle. Sellest hoolimata tunnistasid eakad sellekohaseid raskusi.

Inimkesksuse põhimõtet rakendati sageli ainult teenusega alustamisel. Pikaajalise teenusekasutaja jaoks oli mittepersonaalne teenus levinum ja algatus selle rutiini muutmiseks tuli enamasti kasutajalt.

„Kuidas Teie olite kaasatud ravi ja abiga seotud otsuste tegemisse? Me vist ikka algul rääkisime... Ma ei tea, see tundub nüüd nii kaugel ajana praegu, et me ikka algul rääkisime läbi, et mis need asjad on, mida ta vajab.“

Eakad kaldusid väljendama vaid füüsilist heaolu puudutavaid soovide. Emotsionaalne heaolu ning unistused tundusid varjus olevat.

„Aga mil määral olete leidnud endale tuge, et tulla toime emotsionaalsete pingetega selles hooldussituatsioonis? Ainult oma perega, oma lastega, kes aitavad, kes on kõrval kogu aeg. Spetsialisti abi ei ole küll kasutanud. Ei ole osanud küsida.“

Sageli uuriti teenuse kasutaja eelistusi ja võimeid pereliikmetelt (mitteametlikelt hooldajatelt), teenusekasutajalt tema vajadusi ei uuritud. Sellisel juhul ei saa rääkida inimesekesksest teenusest või iseseisvuse säilitamise või suurendamise võimalustest.

„Kas tervishoiutöötajad on hinnanud ka teie vajadusi või küsinud te arvamus t kogu hoolduse- ja ravi protsessis? Mina küll ei mäleta, et keegi oleks küsinud.“

5. Ettepanekud töö tõhususe parandamiseks

Projekti käigus kasutusele võetud õendus-hooldusplaani tähendas, et töötajad järgivad eakate heaoluks vajalike meetmete täielikku nimekirja. Nii väheneks võimalus, et töö käigus midagi ununeb. Kõik töötajad olid ühel meelel, et professionaalne töö muutus tõhusamaks.

Teenuse kasutaja jaoks pakuti tõhususe parandamiseks välja idee, millele võib paralleelselt tuua koolisüsteemiga, kus kool ja õpetajad teevad koostööd lapsevanematega.

Kuna integreeritud teenuste osutamine peaks vähendama lähedaste poolt osutatavat hoolduskoormust, siis soovitasime Alutaguse hoolekeskusele kaasata lähedasi igapäevategevustesse nagu abivajajatega jalutamine, rääkimine, käsitöö tegemine või mõni muu mittemeditsiiniline tegevus. See annab võimaluse lähedaste kaasamiseks integreeritud teenuse osutamisel ja parandab ka erinevate osapoolte suhtlust.

6. Ennetusele keskendumise väljakutsed ning soovitused lahenduste leidmiseks

Õendus-hooldusplaani andmete analüüs näitas, et vaimse tervise teenused sisaldasid vaid ühe kasutaja hooldusplaanis, samas kui 30% teenuse saajatest teatasid, et kannatavad depressiooni all. Alutaguse hoolekeskust külastas kord kuus psühhiaater, seal oli võimalik mingitki abi saada. Vaid koduõendusteenusel olevatel patsientidel see võimalus reeglina üldse puudus.

„Tunnen küll, et vajaksin mingit psühholoogi või kellegi abi, perearst kirjutas isegi saatekirja. Helistasin kolm kuud, aga aega ei saanud. Siis lõin käega, nüüd nagu enam ei tunne suurt vajadust minna ka.“

Teenusekasutaja sai vajadusel ka teenusepakkuvalt ohutusjuhiste osas soovitusi. Mitteametlikud hooldajad tunnetasid õdede regulaarseid koduvisiite kui midagi, mis tekitas tunde, et kõik ohutuse tagamisega seotu on kontrolli all.

„Noh, eks see on juba omaette tugi, et see koduõde tuleb ja käib. On ikka kindel, et on keegi, kellelt võib küsida. Ta lubab endale iga kell helistada, kui on vaja küsida.“

„Kuidas saaks teie ravi parandada? Parandada? Noh, aegajalt mulle ikka pilk peale heita, et nagu vaadata, mida ma teen, kas ma teen õigesti jne.“

Sellisena oli paljudele peredele alaline perearst ja meditsiiniõde osa nende turvakavast.

Tõeliste turvameetmete osas tuli tõsiselt suhtuda asjaolusse, et teenuse saajad ja nende pereliikmed ei võtnud turvalisuse tagamise vajadust tõsiselt. Üks vestlus näitas, et mobiiltelefoni peeti turvalisuse peamiseks vahendiks. Isegi, kui see oli tegelikkuses kasutu.

„Kui olen üks ja tekib hädaolukord, mul on olemas valmisolekuplaan, mida teha. No helistan kiirabisse, see on plaan. No mul on mobiil ikka taskus ja niimoodi. Aga muidugi praegu on jah see häda, et ma ei näe. Ma ei näe neid numbreid, nii et ega ikka mingit plaani ei ole, oleneb olukorrast.“

Selgusid mitmed väärarusaamad. Arvati, et

- turvalisuse peaks tagama ainult sugulane ja turvaplaan ei ole vajalik;
- hooldaja või vabatahtliku läbiviidud kontrollkülastused aitavad valmis olla võimalikeks hädaolukordadeks;
- perekond vajab välist abi turvakava koostamiseks, vastasel juhul keskenduti tavaliselt vaid abivajaja terviseprobleemile ning ei nähtud laiemat pilti.

Integreeritud hooldust pakkuvad meeskonnaliikmed peaksid üldiste nõuannete asemel, nagu „teil on vaja teha rohkem füüsilisi harjutusi“ olema võimelised andma üksikasjalikke ja isikupärastatud ennetavaid juhiseid. Näiteks kui teenusekasutajal olid lamatised, oleksid spetsialistid pidanud teadma ja soovutama talle füüsilise vormi säilitamiseks vajalikke tegevusi. Teenuseosutaja peaks teenusekasutajat külastades andma informatsiooni lisavarustuse või meditsiiniteenuste vajaduste, samuti muude asjakohaste teenuste kättesaadavuse ning personaalse arengu ja plaani täitmise võimaluste kohta.

Mitu eakat väljendas suuremaid ootusi koduõe professionaalsuse osas seoses võimalike vajadustega lisavarustuse või meditsiiniteenuste järele.

„Kui keegi ei ütle mitte midagi, noh põhimõtteliselt tuleb see asi endal teada, keegi ei ütle mitte midagi. Ei sotsiaalosakonnas, ei mis abivahendit vaja läheb. Et ma tean, et mul on ratastooli vaja, aga kui mul oleks veel midagi juurde vaja ja mul oleks võimalus seda saada, siis keegi, noh pole kellegi käest küsida või keegi niisama ei ütle, siis ise ka ei tea.“

7. Turvalisuse saavutamine ning soovitusel lahenduste leidmiseks

Spetsialistide töö loomulikuks osaks peaks olema keskkonna kohandamist, liikumise abivahendeid, ennetusprogramme ja isikliku häirenu pu võimalust hõlmava ohutuse tagamine. Näiteks hoiatasid töötajad teenuse kasutajaid libeda põranda eest või selgitasid, kuidas vererõhumõõtjat korrektselt kasutada jms. Hoolekodu võis olla koduga võrreldes turvaline keskkond, kuid hoolekodu on olemuselt passiivne, mis võib pärssida teenusekasutajate enesega hakkamasaamist. Seega, kui teenuse kasutajad väljendasid soovi pöörduda koju tagasi, võisid nad olla kaotanud oskuse oma elu korraldada.

Intervjuud teenuse kasutajate ja hooldajatega viitasid määratud ravimitega seotud probleemidele. Teenuse kasutajad polnud kindlad, kas ravim on jätkuvalt vajalik või muretsesid kõrvaltoimete pärast. Enamik teenusekasutajaid ja hooldajaid väitsid, et määratud ravimite hilisemat ülevaatamist polnud kunagi toimunud. Ohutusega seotud olulise aspektina selgus ka, et võimalikke tervise halvenemisi vms ei olnud õendus-hooldusplaanis registreeritud.

Küsimuste tekkimisel anti teenuse kasutajatele ohutusjuhiste osas küll soovitusi, kuid sageli sisaldasid need väga üldist nõu või ei olnud need seotud teenuse kasutaja hetke vajadustega. Näiteks anti teenuse kasutajale soovitus „peate kõndima“ või „peate harjutusi tegema“. Sellised soovitusel olid kasutatud, kui inimesel oli valus liikuda. Samas võis spetsialistidel ja teistel töötajatel ning isegi toakaaslastel olla enam võimalusi ja seega abisaajale motiveerivam mõju püsida füüsiliselt ja vaimselt aktiivsemana. Seega peaks isikutevahelisi suhteid rohkem kasutama teenusekasutajate tervisliku seisundi säilitamiseks ja parandamiseks.

8. Ohud ja takistused meditsiini ja hoolduse integreeritud teenuse arendamisel hoolekandeesutuses ja koduõenduses

Projekti käigus plaaniti luua digitaalne keskkond integreeritud teenuse kõikide osapoolte vaheliseks andmevahetuseks. Ometi võeti selle asemel kasutusele paberikandjal õendus-hooldusplaan. Miks selline mitteinnovaatiline lahendus? Peamisteks põhjusteks olid:

- andmekaitse;
- töötajate e-oskused oleksid vajanud olulist parandamist;
- töövahend oli mõeldud oluliselt vähenenud füüsilise ja vaimse võimekusega sihtgrupile.

Kuna inimesekeskne lahendus ei ole ilma isiku enda sisendita võimalik, ei saanud 100% elektrooniline lahendus olla andmete kogumise platvormiks.

Oli ebareaalne eeldada, et põdurad kliendid täidavad nutitelefoni, tahvelarvuti või arvuti abil õendus-hooldusplaani. Projektis osalesid kaks peamist, omavahel teatud määral vastuolus olevate vajadustega olevat rühma:

- eri organisatsioonide spetsialistid ja
- piiratud elektrooniliste seadmete kasutamise võimaluse ja oskustega teenusekasutajad.

Iga järgmine lahendus peaks vastama mõlema poole vajadustele. Hoolduskava sisu jagamise protsess spetsialistide, organisatsioonide, teenusekasutajate ja mitteametlike hooldajate vahel tuleb disainida viisil, mis arvestab peamise sihtrühma (teenuse kasutajate) tegelikke võimeid.

8.1. Hoolekandeesutus

Intervjuud näitasid, et vajati enam ennetuspõhist lähenemist, kuid seda takistasid teenuse kasutajate vastumeelsus oma vajaduste väljendamisel ja pakutavate teenuste kasutuselevõtmisel.

„No mis ma siin ikka ütlen või tahan. Neil on niigi tööd nii palju ja tunnen, et olen koormaks neil oma vajadustega. Kui ikka midagi hullu on, eks ma siis ütlen ka, aga igapäevaselt mitte.“

„No mingeid asju vast saaks ka. Mõned käivad võimlemas ja kunstiga tegelemas. Ma võimelda ei taha, kardan, et jalg saab rohkem viga. Kunstiga võiks ju tegeleda.“

Sellisel juhul oli järgnev abi paratamatu. Teenuse saamine on paljudel inimestel aidanud säilitada sõltumatus (eriti kodus elavate abivajajate puhul). Samas ei ole statsionaarsed hoolekandeesutused tihti oma tegevust suunanud sellele, et tagada abivajajale iseseisvus ka kodus elades. Paljudel juhtudel on hooldekodu abivajaja jaoks viimane võimalus ning selle teadmine võtab eakal tihti ka turvatunde tuleviku osas. See toob kaasa ka passiivse suhtumise integreeritud hooldusesse. Samas leidis palju ka neid eakaid, kes olid just hooldekodus rahul ja teadvustasid endale ise, et kodus ei oleks üksi hakkama saanud enam.

„Ma tunnen ennast siin hästi. Kuna mul lähedasi ei ole, siis kodus ei saanud enam üksi hakkama ja tundsin seal ennast ebatavaliselt. Siin on kõik hästi organiseeritud ja on turvaline. Ma ei vajagi eritingimusi. Saan siin süüa, magada, on kindel rutiin.“

Intervjuude analüüs näitas, et teenuse kasutajate suhteliselt passiivne osalemine integreeritud hoolduse planeerimisel ja rakendamisel võis viidata eakate tulevikuväljavaadete puudumisele. See võis viia vähese motivatsioonini nii plaanide tegemisel (eesmärkide seadmisel) kui ka teenuse kasutajate julgustamisel personali poolt. Siiski ei tohiks pikaajaline hooldus olla lühiajalise hoolduse episoodide seeria, isegi kui kasutajad ise väljendavad soovi elada päev korraga.

Hoolekodus elavad inimesed tunnistasid, et töötajatel on väga suur töökoormus ja et tervishoiu ja hoolekande sektoris pole piisvalt töötajaid. Teenuse kasutajad soovisid hooldajaid nii vähe kui võimalik tülitada. See võis seletada, miks eakad rääkisid harva endale kõige olulisemast - tervisest ja heaolust. Nad vältisid spetsialistide häirimist ja pöördusid nende poole ainult väga oluliste teemadega, st materiaalsete asjade ja füüsiliste kannatustega seotuga.

Perekonnaliikmed näisid olevat hoolekodudes valdavalt kasutamata ressursid, samas kui paljud neist olid väljendanud soovi olla rohkem kaasatud. Perekonnaliikmete kaasamine oleks võinud leevendada personali töökoormust ja parandada teenuse kasutaja(te) heaolu.

Teenuse kasutaja perekond võis märgata puudujääke nende lähedase vajaduste käsitlemisel ja nad suhtlesid sel teemal töötajatega. See võis põhjustada olukorra, kus teenuse kasutajat ei kaasatud ja ta jäi oma vajaduste ja eelistuste aruteludes passiivseks - vestlus toimus pereliikme ja spetsialistide vahel.

Ehkki töötajad olid muutusteks valmis, ei soovinud teenuse kasutajad eesmärke aktiivselt seada ega individuaalseid andmeid igapäevaselt märkida. Selle vältimiseks oli vajalik teenuse kasutajate eneseteadvuse toetamisele suurema tähelepanu pööramine ja neile praktiliste eeliste selgitamine. Teiseks – ägeda haiguse või valu tõttu suure osa energiast loovutavatel eakatel oli raske ilma süstemaatilise toetuseta oma esmavajadustest kaugemale mõelda. Sellised teenuse kasutajad võisid muutuda passiivseks ja usaldasid teiste inimeste otsuseid. Nende heaolu toetamise ja parandamise huvides oli siiski väga oluline, et nende vajadused igakülgset ära hinnataks.

Lisaks eelöeldule tuleks teenusekasutajate kaasamist kohandada laiemalt kui ainult hoolekodudes. Näiteks oli paljudel teenusekasutajatel ebameeldivad kogemusi kiirabiga. Projektis osalejad kirjeldasid meditsiinitöötajate vaenulikkust ja ebainimlikku suhtumist eakatesse, mis võis õhustada hoolekodude püüdu tõsta eakate eneseteadlikkust. Eakate ja nende mitteametlike hooldajate vähene enesehinnang ja oskamatus vähendasid üldist valmisolekut osaleda aktiivsete partneritena integreeritud hooldusteenuses.

„Kui ei saanud kodus enam voodist püsti, kutsusin kiirabi. Kokku Ikka mitu korda, nii neli või viis korda, enam ei mäletagi. Ainult ühel korral tundsin, et mind ka aidati. Muidu nad olid väga kiirustavad ja pahandasid isegi minuga, et miks ma perearsti ei kutsu. Aga no ta ei tule ju. Tütar elab teises Eestis otsas ja poeg välismaal, nad ka ju ei saanud kohe tulla.“

Töötajate järjepidevus muutuste suhtes oli väga oluline. Esines olukordi, kus personal pöördus oma varasemate käitumismustrite juurde tagasi, kuna tal oli raskusi uue rutiini hoidmisega.

Eakad vajasid spetsialistidest enam aega nende heaoluga seotud asjaolude üle arutamisel. Töötajad peaksid teenuse kasutajaid rohkem julgustama, teenuse kasutajate eneseteadlikkuse tõstmine oleks pidanud eelnema kõigile teistele töötajate poolt kasutusele võetud meetmetele.

Samuti oleks pidanud töötajad eakaid mõjutama endale ise kohustusi võtma (nt tervislik toitumine, rohkem liikuda jms).

8.2. Koduõendus

Integreeritud hooldust saab määratleda kooskõlastatud teenuste kogumina (esmatasandi arstiabi, õendusabi, sotsiaaltöö jne). Kuid on ka teisi viise tervishoiuteenuste integreerimise taseme tõstmiseks. Intervjuud näitasid, et koduõe teenus oli arsti poolt määratuga võrreldes piiratum. Teenus jättis kogenud õe teadmised, oskused ja potentsiaali ära kasutamata. Näiteks halvenes heaolu probleemide käsitlemine.

Mõned patsiendid soovisid endale aruteludes osalemise õigust. Enda eest seismise võime sõltus patsiendi seisundist. Mures patsient või hooldaja ei seisnud enda eest. Enesekindlust pärssis ka teenuse kasutaja tunne, et ravi enam ei mõju. Patsiendid ei soovinud arsti ja meditsiiniõe aega kulutada, neil oli arusaam, et arstid peaksid tegelema raviga, mitte läbirääkimistega. Spetsialistid jätsid eakad sageli vestlustesse kaasamata kuna alahindasid nende võimet ennast esindada. Seetõttu tundsid eakad end arstidele nähtamatutena ja nende pereliikmed tegid otsuseid nende eest. Ametlik suhtlus oli suunatud hooldajale/saatvale isikule.

„Kas tervishoiutöötaja arutab teiega, mis on teie jaoks kõige tähtsam? No silmaarsti juures käisin eilegi. Ei mina ei tea, ikka arutas, et... Ta arutas rohkem väimehega kui minuga. Ju ta pidas mind vähe lollakaks vanainimeseks. No nii kaua kui silmi vaadati, nii kaua olin nähtaval, aga pärast olin nähtamatu. Naer. Mind ajas naerma kohe.“

Kui raskemate juhtude korral ei ole võimalik abivajajaga suhelda, siis ei ole võimalik abivajajale teenust ka individuaalselt tutvustada. Sellistel juhtudel peab aga tagama, et seda tehakse lähedastele või teistele mitteformaalsetele hooldajatele.

Kuna integreeritud hoolduskava ülesehitus ei saanud professionaalsete kasutajate jaoks soovitusi ega kriitilist tagasisidet, siis võis seda pidada heaks näiteks professionaalidele mitmekesise ja inimkeskse teabe kogumiseks. Samas oli ka palju arenguruumi. Näiteks selgus intervjuerimistulemustest klientide ja nende mitteametlike hooldajate poolt kogetud vanuseline diskrimineerimine (eelkõige kiirabibrigaadide või erakorralise abi osakonna töötajate poolt). Arvestades

vanuselise diskrimineerimise negatiivset mõju inimese enese kehtestamise võimele, soovitasime märkida sellise diskrimineerimise mõjud õendus-hooldusplaani ja integreerida need andmed teenusesse.

Ennetus- ja taastusravitöö tuleb hooldustöötajatel paremini sobitada teenuse kasutaja vajaduste ja olukorraga.

Teenuse kasutajad tajusid oma füüsilise võimekusega seotud detailsete ja isikustatud ennetavate juhiste puudumist.

„Õeldi, oli niisugune vastus ühesõnaga, et liikuge rohkem, võtke kaalust alla. Minu pea ei mõista seda, et kui mu jalad ei tööta, selgroog ei tööta, kuidas ma peaksin rohkem liikuma, kaalust alla võtma? Aga ainus nõuanne on, et liikuge ja võtke kaalust alla, aga ei räägita, kuidas? No kuidas? Liikuge, kõik! Kõik. Kahe karguga liigun, kiirabi viib üks ole, ratastool viib haiglasse, no kuidas ma siis liigun? Toas liigun jah, kahe karguga käin.“

Integreeritud hoolduse meeskond peaks olema niivõrd kompetentne, et soovitada inimestele füüsilise vormi säilitamiseks vajalikke tegevusi.

Paindliku transporditeenuse puudumine oli kodudes elavate abivajajate passiivsuse ja madala elukvaliteedi kõige suuremaks põhjuseks.

„Ja muidugi alati on kõige suurem probleem transport - kuidas saab haiglasse ja kuidas tagasi. Noh, nii tütre kui pojalt mõlemal on auto, aga mõlemad käivad tööl ja mõlemad on õpetajad... Kes ei saa keset päeva tulla ... mis tähendab seda, et sellel ajal... Noh, see on täielik probleem, et kuidas nad siis klapivad ja vahetavad ja noh, seda saab igaüks aru, et see on amet, kus on väga raske küsida kaks tundi vabaks, sest ma lähen isaga arstile.“

Puudega eakatele peaks vajalike sõitude (nt arsti külastused, inimeste emotsionaalseid, sotsiaalseid ja vaimseid vajadusi rahuldavad tegevused) jaoks olema transport paindlikult kättesaadav.

Koduõe hoolduse ulatus keskendus peamiselt konkreetsetele arsti poolt määratud protseduuridele. Ühelt poolt olid koduõe volitused ja õigused suhteliselt piiratud. Teiselt poolt arvutati teenuse hind külastuste kordade alusel, arvestamata õe kulutatud aega. Seepärast tuleb arvestada tervishoiuteenuste osutamise struktuursete piirangutega.

Teenuse kasutajatele tuleb tutvustada ja rõhutada hoolduse

mittemeditiinilisi aspekte. Samuti on oluline mõista, et eakate võime enda eest seista sõltub nende hetke enesetundest. Mures teenuse kasutaja või hooldaja ei suuda enda eest seista, seetõttu tuleb tähelepanu pöörata kliendi emotsionaalsele seisundile. Vajaduste hindamisel peaks teenuseid ennetavalt pakkuma, nt vaid ettevaatuse mõttes arsti kutsuma.

9. Poliitika kujundamise soovitused

- Parandada teabe jagamist eakate hooldamise teenuste osas. Selleks tuleb teabe jagamisse kaasata nii perearstid kui ka hooldusteenuste pakkujad - haiglad, erakorralise meditsiini osakonnad ning kogukonna ja perekonna esindajad. Eestis peaks see toimuma teabe jagamise süsteemi kaudu, näiteks turvalist ja õigeaegset ühendust võimaldav e-tervise süsteem. Selline ühenduvus hõlbustaks teabevahetust ja saaks reaalselt toetada personali teadlike otsuste tegemist.
- Parandada hoolduse koordineerimist tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkonnas. See on pikaajalise hoolduse tõhusa osutamise tagamisel kriitiline aspekt. Eestis on pikaajaline hooldus killustunud vähese koordineerituse ja teabe jagamisega tervishoiu episoodideks teenusepakkujate, tegevuspaikade ja teenuste vahel.
- Kaasata spetsialistide koolituste õppekavadesse teenuste ja teenusekasutajate perspektiivi arvestavat süsteemset mõtlemist.
- Rõhutada eakate hooldamisel nende vaimse tervise olulisust. See võib hõlmata õdede ja arstide õppekavade või hooldusprotseduuride muudatust.
- Luua platvorm, mis lihtsustab erinevate organisatsioonide ja töötajate vahelist teabevahetust.

10. Soovitused teenusepakkujatele

- Täiskoormusega hooldusravi või koduhooldusteenust pakkuvad asutused peaksid oma teenuste ulatust laiendama. Mitteametlikud hooldusteenuse pakkujad peaksid olema ennetavate tegevuste sihtrühmadeks ja partneriteks. Teiseks peaksid meditsiini- ja hooldusasutused võtma suurema vastutuse võimalike sihtgruppide õpetamise ja neile ennetavate teadmiste ja oskuste jagamise eest. Kliendid eeldavad, et perearstid võtavad initsiatiivi.

- Suutlikkuse suurendamiseks peaksid sellised asutused nagu Alutaguse vabatahtlikult ja sihipärasemalt kaasama pereliikmeid neid koolitades ja neile konkreetseid teenusepõhiseid ülesandeid andes. See eeldaks selliste asutuste koordineerimist. Sarnast lähenemist kasutatakse näiteks Diakooniahaigla palliatiivhoolduses.
- Projekti tulemused näitasid, et patsiendid olid oma hoolduskava kohta arvamuse avaldamisel pigem passiivsed. Teenuse kasutaja osavõtt peaks sisaldama tegevusi, kus hoolduskava, selle eesmärgid ja tulemused vaadatakse teenuse kasutajaga regulaarselt koos läbi ja tehakse vajadusel muudatusi. Esines olukordi, kus teenusesaajad küll osalesid oma hoolduskava väljatöötamisel, kuid hiljem ei palutud neilt selle kohta tagasisidet ega arvamust.
- Kõik töötajad tuleks koolitada märkama vaimse tervise probleeme ja nad peaks teadma, kuidas teenusekasutaja abi leiab.
- Tagada hea vaimse tervise edendamine, vaimse tervise probleemide ennetamine ja vaimse tervise probleemide varane märkamine hooldusasutustes. Selleks võib määrata vaimse tervise töötaja, õpetada teenuse kasutajatele strateegiaid oma vaimse tervise tagamiseks ja/või varakult vaimse tervise töötajate poole pöördumiseks. Eakate emotsionaalse seisundi alahindamine on levinud nähtus ja vajab laiemat arutelu. Meie kogemuste kohaselt julgevad teenuse kasutajad arutada vaid materiaalseid asju ja töötajate füüsilisi kannatusi; emotsionaalseid probleeme ei tõstatata.
- Parandada teenuse kasutajate füüsilist aktiivsust. Näiteks Alutagusel töötab füsioterapeut ja tööterapeut. Füüsiline aktiivsus on seotud iseseisva elamise võimega ja on hea vaimse tervise eeldus.

Integreeritud ravi- ja hooldusplaani eesmärkide seadmine

Plaani koostamise kaasatud osapooled:

Koostamise kuupäev

Muutmise kuupäev

Soovitud tulemus ja selleni jõudmine:

Hetkeolukord	Eesmärk	Tegevused	Vastutaja	Ajaraam	Saavutatud	Tulemus(ed)

Ravi- ja hooldusplaani on tutvunud: Patsient JAH EI

Perekond / Hooldaja [nimi / nimed]

JAH EI

Patsiendi nõusolek raviplaani jagamiseks

JAH EI

Teised osapooled [nimi / nimed]

JAH EI

Patsiendi nõusolek raviplaani jagamiseks

JAH EI

Patsiendi kinnitus:

Patsient

ja / või hooldaja

Olen plaaniga tutvunud ja nõustun

Toimetuleku tase. Igapäevased toimingud:

0 **Sõltumatu** – ei vajanud abistamist, sooritas toimingud iseseisvalt

1 **Mõningane abi (sh juhendamine ja korralduslik abi)** – isik osales toimingutes, kuid vajab mõnikord teiste abi (nt: vajab ainult eseme või seadme asetamist käeulatusse)

2 **Oluline abi** – isik osales toimingutes, kuid vajab kogu aeg teiste abi

3 **Täielik sõltuvus** – toimingute sooritamine täielikult teiste poolt

4 **Toimingut ei esinenud hindamisperioodil**

Kuupäev ja kellaaeg

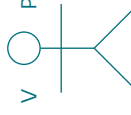
Täitja nimi ja allkiri

Jälgimist vajavad seisundid

Ravimid

Juhtumid

- vigastus/haav
 muu
 kukkumine
 põletus/kõrvetus
 mürgistus
 mälukaotus



Meeleolud



Lähedase ja/või inimese enda tähelepanekud

Koduõe tähelepanekud

Hooldustöötaja tähelepanekud

Kuupäev ja kellaaeg

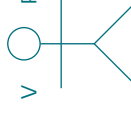
Täitja nimi ja allkiri

Jälgimist vajavad seisundid

Ravimid

Juhtumid

- vigastus/haav
 muu
 kukkumine
 põletus/kõrvetus
 mürgistus
 mälukaotus



Meeleolud



Lähedase ja/või inimese enda tähelepanekud

Koduõe tähelepanekud

Hooldustöötaja tähelepanekud

Kuupäev ja kellaaeg

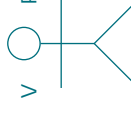
Täitja nimi ja allkiri

Jälgimist vajavad seisundid

Ravimid

Juhtumid

- vigastus/haav
 muu
 kukkumine
 põletus/kõrvetus
 mürgistus
 mälukaotus



Meeleolud



Lähedase ja/või inimese enda tähelepanekud

Koduõe tähelepanekud

Hooldustöötaja tähelepanekud

Spetsialistide vajadus

- füsioterapeut
 tegevusterapeut
 psühholoog
 sotsiaaltooldaja
 arst
 muu

Tugiteenuste vajadus

- koduhooldus
 transport
 toitlustus
 muu

Abivahendite vajadus

- rulaator
 tugiraam
 ratastool
 kargud

Kepp

- potitool
 vannitool

Lamatiste

- profülaktiline madrats
 muu

Sidemed

- mähkmed
 kaitsepüksid

Siiber

- uriinipudel
 kateeter

Koduõendus-hoolduslugu



MUU INFO JA TÄHELEPANEKUD

ERIVÄJADUSED

Kriitilised diagnoosid

Seisundid

(nt. kukkumisoht, mäluhäired, soole- või põiepidamatus, kroonilised valud, jms)

Eripärad

(k.a. alkoholi tarbimine, suitsetamine, jms)

Eri soovid

(inimese soovid, meelepärased asjad, harrastused jms)

Allergiad

KONTAKTANDMED

Lähedaste kontaktandmed

Esmane hooldaja peres

Spetsialistide kontaktandmed

Perearst / Pereõde

Koduõde

Teised spetsialistid

Nimi

Vanus / Sünnikuupäev

Suhtluskeel

eesti vene muu