

**Abi- ja toetusvajaduse
hindamisvahendi analüüs
ning hoolduskoormuse
hindamise metoodika ja
hindamisvahendi
väljatöötamine**

Lõppraport | 2023

Analüüs viidi läbi **Sotsiaalministeeriumi** tellimusel.

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekoda, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

Autorid:

Priit Purge

Anni Kurmiste

Gerli Paat-Ahi

Katrin Tsuiman

Merlin Nuiamäe

Töö valmimisse panustasid:

Uuringu valmimisse panustasid Praxisest ka Elisa Kender, Aleksander Michelson, Mariliis Öeren, Maali Käbin ja Zrinka Laido.

Suure panuse andsid projekti kaasatud juhtrühma liikmed: Agnes Sõlg (SKA), Aika Kaukver (SKA), Anu Blum (SKA), Elen Preimann (SoM), Iti Mürsepp (SKA), Kadri Mets (SoM), Ketri Kupper (SoM), Maarja Seppel (SoM), Meeli Tuubel (SoM), Tiina Linno (SoM), Õnne Liv Valberg (SoM), Ülle Riisalo (SKA).

Täname kõiki hindamisvahendite katsetamises osalenud SKA ja KOV-ide töötajaid.

Soovitav viide käesolevale väljaandele: Purge P., Kurmiste A., Paat-Ahi G., Tsuiman K., Nuiamäe M. Abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendi analüüs ning hoolduskoormuse hindamise metoodika ja hindamisvahendi väljatöötamine. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2023

Sisukord

Sisukord	3
Mõisted	4
Lühendid	6
Lühikokkuvõte	7
Abstract	9
Sissejuhatus	11
1. Abi- ja toetusvajaduse hindamine	15
1.1. Abivajadusega inimeste hindamise korraldus Eestis	16
1.2. Rahvusvaheliselt kasutatavad ATV hindamisvahendid	24
2. Katsetatav ATV hindamisvahend	30
3. Hoolduskoormuse hindamine	32
3.1. Rahvusvaheliselt kasutatavad HK hindamisvahendid	32
3.2. Hoolduskoormuse hindamisvahendi väljatöötamine	38
4. Teiste riikide praktikad abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel	43
4.1. Holland	43
4.2. Inglismaa	46
5. Eesti KOV-ide senised praktikad abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel	50
6. Hindamisvahendite katsetamine	54
6.1. Intervjuude tulemused	57
6.2. Hindamislehtede analüüsi tulemused	68
6.3. ATV ja HK hindamisvahendite integreerimine	78
7. Kokkuvõte, järeldused ja ettepanekud	82
7.1. Järeldused	85
7.2. Ettepanekud	87
Kasutatud kirjandus	91
Lisad	99
Lisa 1. Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise mudel nelja tasandi lõikes	100
Lisa 2: BAS küsimustik (inglise keeles)	101
Lisa 2: BAS küsimustik (inglise keeles) (jätk)	102
Lisa 3. ZBI küsimustik (eesti keeles)	103
Lisa 4. CRA küsimustik (inglise keeles)	104
Lisa 5. CSNAT küsimustik (inglise keeles)	105
Lisa 6. Hoolduskoormuse hindamisvahendi juhendmaterjal (eesti keeles)	106
Lisa 7. Hoolduskoormuse hindamisvahendi juhendmaterjal (vene keeles)	123

Mõisted

Abi- ja toetus- vajadus	Inimene ei suuda iseseisvalt oma toimetulekut tagada ega ühiskonnaelus osaleda, mistõttu vajab lühemat või pikemat aega või püsivalt sotsiaalhoolekandelist abi.
Hooldamine	Igasugune abi osutamine, mis on tingitud hooldatava puudest, pikaajalisest füüsilise või vaimse tervise probleemist või kõrgest vanusest, millest tulenevalt on tema igapäevane toimetulek ja tegevus piiratud. Hooldamine võib hõlmata mitmesuguseid tegevusi, nt hooldatavale toidu valmistamist, tema eluruumide koristamist, hooldatava abistamist rahaasjade korraldamisel, uude kohta minekul või hooldatava transportimist poodi või arsti juurde, abistamist hügieenitoimingute tegemisel (riietumine, pesemine, tualetis käimine) või kodus liikumisel (nt voodist tõusmisel) (1,2).
Hoolduskoormus	Hooldamisega kaasnevad negatiivsed tunded, stress ja kohustused, mis võivad negatiivselt mõjutada hoolduskoormusega inimese enda igapäevaeluga toimetulekut, füüsilist ja vaimset tervist ning ühiskonnaelus osalemise võimalusi (1).
Hooldusvajadus	Kõrvalabi vajadus, mis tuleneb inimese puudest, pikaajalisest füüsilise või vaimse tervise probleemist või kõrgest vanusest, mis ei võimalda iseseisvalt hakkama saada (2).
Mitteametlik hooldaja (omastehooldaja)	Igas vanuses hoolduskoormusega inimene, kes hooldab (enamasti tasuta) oma pereliiget või lähedast, kel on tuvastatud krooniline haigus, puue või muu pikaajaline tervise puudujääk või hooldusvajadus, tehes seda väljaspool kutse- või ametlikku tööd. Sotsiaalhoolekande seaduse tähenduses on omastehooldaja hoolduskoormusega inimene (3).
Puue	Puude mõiste on rahvusvahelises ja teaduskirjanduses teistsuguse sisuga, kui see on kasutuses Eesti seadustes. Rahvusvaheline ja teaduskirjandus kasutab mõistet <i>disability</i> , millel on laiem kultuuriline ja sotsiaalne mõõde. Eestis on paralleelselt laiemas rahvusvahelise mõistega levinud selle kasutamine riigipoolse puude määratlusena, millel on meditsiiniline ja ka sotsiaalne komponent (4). Puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Puue tuvastab Eestis Sotsiaalkindlustusamet ning selle määramisel eristatakse kolme raskusastet: keskmine, raske ja sügav puue (5). Siinses analüüsis kasutatakse Eesti kontekstis mõistet puue enamasti riigipoolse puude tuvastamise tähenduses ning rahvusvaheliste näidete juures laiemas tähenduses.
Tegevuspiirang	Inimese enesehinnanguline piirang igapäevategevustes, mis tuleneb tema terviseseisundist, mitte rahalistest, kultuurilistest vms tervisega mitte seotud põhjustest. Tegevuspiirang ei kattu ametlikult määratava puude ega töövõime kategooriatega: tegevuspiirangu esinemine võib olla

laiem, kuna inimese hinnang enda igapäevategevuste piiratusele kehtib ka siis, kui tal vähenenud töövõimet või puuet ametlikult tuvastatud ei ole. Hinnata saab nii üldist tegevuspiirangut kui ka selle esinemist mõnes kitsamas valdkonnas (2). Selles analüüsis on tegevuspiirangu mõistet kasutatud rahvusvaheliste hindamisvahendite tutvustamisel.

Tegevusvõime

Sotsiaalhoolekande seaduse tähenduses inimese suutlikkus tulla toime oma elu korraldamisega võimalikult iseseisvalt, sh igapäevaeluga toimetulekul, töötamisel ning ühiskonnaelus osalemisel. Inimese tegevusvõimet mõjutavad tema füüsiline ja vaimne tervis, teadmised ja oskused, motivatsioon ja kogemused, mis on vajalikud oma kohustuste täitmiseks ja õiguste realiseerimiseks ühiskonnas (2).

Töövõime

Töövõimetoetuse seaduse alusel määratletud inimese töö tegemise võime. Pikaajalisest tervisekahjustusest tulenevalt võivad inimesel olla tegutsemise ja osalemise piirangud, mille tõttu võib tema töövõime ulatus olla vähenenud. Töövõime ulatust hindab Töötukassa, määratledes selle järgnevalt: töövõime ei ole vähenenud, osaline töövõime või puuduv töövõime (6).

Lühendid

ATV	Abi- ja toetusvajaduse hindamisvahend; lühendit kasutatakse vaid hindamisvahend
BAS	Hoolduskoormuse hindamise skaala (<i>Burden Assessment Scale</i>)
CRA	Hooldaja reaktsiooni hindamisvahend (<i>Caregiver Reaction Assessment</i>)
CSNAT	Hooldajate toetusvajaduste hindamisvahend (<i>Carer Support Needs Assessment Tool</i>)
EHK	Erihoolekanne
HK	Hoolduskoormuse hindamisvahend; lühendit kasutatakse vaid hindamis-
hindamisvahend	vahendist rääkides
I-CAN	Toetusvajaduse klassifitseerimise ja hindamise vahend (<i>Instrument for the Classification and Assessment of Support Needs</i>)
IDEAS	India puude hindamise skaala (<i>Indian Disability Evaluation and Assessment Scale</i>)
ISTE	Isikukeskne erihoolekande teenusmudel
KOV	Kohalik omavalitsus
KOV-hindaja	Kohaliku omavalitsuse töötaja, kes projekti raames hindas inimeste abi- ja toetusvajadust ning hoolduskoormust
MDS	Struktureeritud laiaulatuslik andmete kogum (<i>Minimum Data Set</i>)
NHS	Ühendkuningriikide riiklik tervishoiuteenistus (<i>United Kingdom National Health Service</i>)
RAI-HO	InterRAI LTCF – asutushoolduse hindamisvahend, mis on kohandatud Eesti vajadustele
RAI-KO	InterRAI HC – koduhoolduse hindamisvahend, mis on kohandatud Eesti vajadustele
RFK	Rahvusvaheline funktsioneerimise, puude ja tervise klassifikatsioon (ICF – <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
RTPC	<i>Right Time Place Care</i> projekt
SHS	Sotsiaalhoolekande seadus
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SKA-hindaja	Sotsiaalkindlustusameti töötaja, kes projekti raames hindas inimeste abi- ja toetusvajadust ning hoolduskoormust
SRT	Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus
STAR	Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister
ZBI	Zariti hooldajakoormuse hindamise intervjuu (<i>Zarit Burden Interview</i>)
TK	Töötukassa
TVH	Töövõime hindamine
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon (<i>World Health Organization</i>)
WHODAS 2.0	Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamise vahend (<i>WHO Disability Assessment Schedule</i>)

Lühikokkuvõte

Sissejuhatus

Järjest vananeva ja suureneva abivajadusega ühiskonna kontekstis on tähtis, et sotsiaalteenused ja tugi abivajajatele oleksid kättesaadavad kõigile võrdsetel alustel. Oluline on tagada abivajavatele inimestele ja nende hoolduskoormusega lähedastele vajadusele vastav piisav abi ja ligipääs teenustele. Ühtne abi- ja toetusvajaduse ning lähedaste hoolduskoormuse hindamine loob ühetaolise aluse otsustamiseks, millist abi inimene võib vajada.

Eestis ei ole seni omavalitsustele riiklikult soovituslikku ühtset ATV hindamisvahendit välja pakutud ja valideeritud. Samas selline võimalik riiklikult soovitusliku kasutamise potentsiaaliga hindamisvahend on juba välja töötatud ning seda on aastast 2019 SKA-s ja isikukeskset erihoolekande teenusmudelit katsetavates KOV-ides rakendatud. Käesoleva analüüsi käigus katsetati seda ATV hindamisvahendit laiemalt erinevate sotsiaalhoolekande sihtrühmadega viies erinevas KOV-is (Tallinn, Kohtla-Järve, Jõgeva vald, Alutaguse vald, Hiiumaa vald). Seni on Eestis kõik KOV-id küll abi- ja toetusvajadust hinnanud, kuid kasutanud selleks erinevaid hindamisvahendeid. Samuti ei ole kasutusel ühtset hindamisvahendit, et selgitada välja, millisest hetkest alates on hooldajal selline hoolduskoormus, mis takistab tema isiklikku elu ja töötamist, osalemist ühiskondlikes tegevustes jmt.

Eesmärk

Analüüsi eesmärk oli analüüsida ATV hindamisvahendi sobivust erinevate täisealiste hoolekande sihtrühmade abivajaduse hindamiseks, töötada välja ja katsetada HK hindamisvahendit ning hinnata, kas ja kuidas on võimalik integreerida abi- ja toetusvajaduse hindamist hoolduskoormuse hindamisega. Lisaks kirjeldatakse raportis, kuidas on korraldatud abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamine Eestis ja teistes riikides.

Metoodika

Uurimisülesannete täitmiseks kasutati kombineeritud meetodeid. Esmalt tehti ülevaade teaduskirjandusest, analüüsiti dokumente ja teiste riikide kogemusi. Tuginedes ülevaatele loodi uudne teaduspõhine HK hindamisvahend. Küsitleti ka kohalikke omavalitsusi, et selgitada, millised on nende senised kogemused seoses abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamisega. Olemasolevat ATV hindamisvahendit ei ole varem sotsiaalkaitse sihtrühmade abivajaduse hindamisel ja abimeetmete valiku tegemisel põhjalikult analüüsitud. Mõlemat hindamisvahendit katsetades andsid KOV-i ja SKA spetsialistid oma hinnangu hindamisvahendite sobivuse kohta. Peale hindamisi intervjueriti nii KOV-i ja SKA spetsialiste kui ka abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamisprotsessis osalenud hinnatavaid. Samuti analüüsiti hindamislehti, et hinnata küsimuste omavahelist tugevust ja valiidsust lõppskoori kujunemisel.

Tulemused

Analüüsi tulemused näitasid, et ATV hindamisvahend on üldiselt abivajaduse hindamiseks sobiv ja annab hindajatele piisavat informatsiooni abivajaduse tuvastamiseks ja sobiva abimeetme valimiseks, kuid selle Excelis täitmine oli hindajatele liialt koormav. Mõned katsetamisel osalenud hindajad nimetasid keeruliseks hindamiseks vajaliku info kogumist abivajavalt inimeselt, kui inimene ei olnud erivajaduse tõttu võimeline tavapäraselt vestluses osalema või küsimustele vastama. Omavalitsuse hindajad vajavad hindamisvahendite kasuta-

miseks täiendavat koolitust. Leiti, et suure tõenäosusega oleksid KOV-hindajad valmis hindamisvahendit kasutama, kui hindamisvahendi tehnoloogiline lahendus oleks kasutajasõbralikum ja hindamisvahendi metoodilist juhist on täiendatud kõikide sihtrühmade vajaduste vaatest lähtuvalt. Ka HK hindamisvahend, mis uuringu raames välja töötati, on sobiv, et hoolduskoormus välja selgitada ja hinnata hooldajate toetusvajadust. HK hindamisvahendiga olid hindajad rohkem rahul kui abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendiga. Samas leiti, et hoolduskoormusega inimestel oli keeruline täpselt hinnata kirjeldatud tegevustele kulutatud aega, eriti kui elati koos abivajajaga.

Kokkuvõte

Hindamisvahendite katsetamisel selgus, et mõlemad hindamisvahendid omasid kõrget valiidsust ja reliaablust ning annavad hindajatele piisavat usaldusväärset, vajalikku ja eesmärgipärast informatsiooni. ATV hindamisvahendit on võimalik kasutada erinevatel sihtrühmadel abivajaduse hindamisel ning katsetamises olevad ATV ja HK hindamisvahendid võimaldavad teatud ulatuses andmete integreerimist, kui eesmärk on tuvastada mõlema sihtrühma abi- ja toetusvajadus koos ning pakkuda toetavaid teenuseid ja tuge integreeritult. Sealjuures on eelduseks, et hindamisvahend on elektrooniliselt täidetav.

Analüüsi piirangud

Analüüsi suurimaks piiranguks oli planeeritust tunduvalt väiksem KOV hindajate poolt abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamiste läbiviimine (planeeritud 200-st hindamisest viidi läbi 73) ja hinnatavate väike intervjuude maht (planeeritud 35-st hinnatavast intervjuueriti 15). Intervjuudest KOV hindajatega küll selgus, et hindamisi tehti mõnevõrra rohkem, kuid ainult 73 inimest olid nõus oma hindamise tulemuste jagamisega analüüsis kasutamiseks. Väiksema arvu hindamiste läbiviimise põhjuseks võib pidada nii hindajate ajapuudust, hindamiseks sobivate klientide valimist ja mitteleidmist kui ka KOV-hindajate vastumeelsust uue hindamisvahendiga hindamisel. Hinnatavate väike arv tulenes eelkõige nende tahtmatusest uuringus osaleda. Seetõttu on analüüsis väljatoodud hinnatavate hinnangud ka üsna üldsõnalised ning hindamiste tulemusel tehtud järelduste juures peab arvestama, et need hõlmavad vaid teatud osa KOV-hindajate vaadet.

Abstract

Background

In the context of demographic changes, it is essential that social services and support are available on an equal basis. To ensure adequate assistance to those in need and their relatives, the assessment of the need for assistance and support must be harmonized. It is also important to ensure that caregivers have access to services and support, when they suffer with considerable burden of care, which could be assessed with a caregiver's burden assessment tool.

In Estonia, a nationally recommended and unified need for assistance and support assessment tool for municipalities has not been proposed and validated so far, although an assessment tool with such potential has already been developed and has been implemented by the Social Insurance Board and some local municipalities testing the person-centred special care service model since 2019. During this analysis, this assessment tool was tested more broadly with different social welfare target groups in five different local municipalities (Tallinn, Kohtla-Järve, Jõgeva, Alutaguse, Hiiumaa). Until now, local municipalities have assessed the need for assistance and support but using different tools for this purpose. A unified assessment tool to find out caregiver's burden has not been in use either.

Aim

The purpose of the analysis was to find out the suitability of the need for assistance and support assessment tool for various groups of adults in need of assistance, to develop and test a caregiver's burden assessment tool and to analyze whether and how it would be possible to integrate the two tools. Additionally, the report describes how assessments are organized in Estonia and other countries.

Methods

Combined methods were used to carry out the research tasks. First, a review of scientific literature was conducted, and documents and practices of other countries were analyzed. Based on the review, an evidence-based caregiver's burden assessment tool was created. Second, local municipalities were questioned, to find out their previous experiences regarding assessing the need for assistance and support and caregiver's burden. The existing tool for assessing the need for assistance and support has not been thoroughly analyzed from the point of view of suitability for a wider social welfare target group and in selecting assistance measures. Third, by testing both assessment tools, the local municipality and Social Insurance Board specialists evaluated the suitability of the tools via interviews. Furthermore, assessment sheet questions were analyzed to assess the reliability, mutual strength, and validity in forming the final scores.

Findings

The results of the analysis showed that the tool for assessing the need for assistance and support is generally suitable. It provides sufficient information for the specialists, however filling the tool out in Excel was burdensome. Some specialists critiqued the layout of the tool, which made it difficult to gather information from individuals who were not able to properly communicate or answer questions due to a special need. Specialists need additional training for using the tool. However, with high probability, local municipality specialists are ready to use the tool if it was more user-friendly and would allow, for example, for certain out-of-context questions to be skipped.

According to the feedback from specialists, the caregiver's burden assessment tool, which was developed as part of the study, is also suitable for its aim – finding out the burden of the caregiver. In general, specialists were more satisfied with this tool in comparison to the need of assistance and support tool since it is more user-friendly. However, it was evaluated, that it is difficult for caregivers to accurately estimate the time spent on the caregiving activities, especially if they live with the person they care for.

Conclusions

The testing showed high validity and reliability of both tools. The tools can provide sufficient information to the evaluators. The need for assistance and support assessment tool can be used for assessing the need for assistance and support within different social welfare target groups and the caregiver's burden assessment tool works also according to its aim. Some specialists evaluate, that it would be possible to integrate the tools, if the aim is to identify the need for assistance in both target groups and to provide services and support in an integrated manner. However, integrating the tools only works on the premise, that the integrated tool is available in a user-friendly electronical environment, and it has no duplicate questions.

Limitations of the analysis

The biggest limitation of the analysis was the significantly smaller number of assessments done by specialists than expected (out of the planned 200 assessments 73 were received) and the smaller number of interviews with specialists (15 of the planned 35 specialist interviews). Interviews with municipality specialists revealed that somewhat more assessments were made, but only 73 of those assessed agreed to share the results of their assessment for use in the analysis. The reasons for the smaller number of evaluations can be attributed to lack of time, not finding suitable clients, and the reluctance of local municipality specialists to evaluate with new evaluation tools. The small number of those evaluated was primarily due to their reluctance to participate in the study. Therefore, the assessments presented in the analysis are general, and the conclusions made should be viewed critically.

Sissejuhatus

Strateegia „Eesti 2035“ üheks eesmärgiks on tõhustada pikaajalise hoolduse süsteemi, sh töötada pikaajalise hooldusvajaduse ennetamiseks välja vastavate teenuste süsteem, juurutada varajase märkamise põhimõtet ning luua selleks hindamissüsteemid ja -vahendid. Sotsiaalhoolekande korraldamine on terviklik protsess, mis algab abi vajava inimese märkamisest ja abivajaduse hindamisest. Varem on Eestis tehtud küll teiste hindamisvahenditega seotud analüüse (nt InterRAI kasutamise seotult), kuid ATV hindamisvahendit ei ole seni sotsiaalkaitse siht-rühmade abivajaduse hindamisel ja abimeetmete valiku tegemisel põhjalikult analüüsitud. Samuti puuduvad hoolduskoormuse hindamise meetodika ja HK hindamisvahendi väljatöötamisega seotud analüüsid, kuigi erinevate analüüsidega on hinnatud suuremate elanikkonnarühmade piiranguid, hoolduskoormust ja teenuste vajadust.

„Heaolu arengukava 2023–2030“ ühe alameesmärgina nähakse, et vanemaealised on ühiskonnas sotsiaalselt kaasatud, neile on tagatud võrdsed võimalused ning nad on majanduslikult hästi toimetulevad. Alameesmärgi tegevused hõlmavad iseseisvat toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid ja vajadustele vastavaid hooldusvõimalusi, et leevendada pereliikmete ja lähedaste hoolduskoormust. Seejuures keskendutakse eesmärgipärastele ja kvaliteetsetele sotsiaalteenustele, mis vastavad inimese tegelikule abivajadusele. Tuleb tõdeda, et vajaduste hindamine ei ole alati piisav või asjakohane – põhjuseks on see, et puuduvad universaalsed hindamismeetodikad ja -vahendid või neid kasutatakse vähe. Käesolev analüüs toetab riigi pikaajalise arengustrateegia „Eesti 2035“ ning nii Eesti kui ka ÜRO säästva arengu eesmärke, sh sidusa ühiskonna tagamist ning teenuste võrdsetel alustel kättesaadavust.

2015. aasta detsembris valitsuse otsusega¹ loodud hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm töötas muu hulgas välja omasteholdajate tugisüsteemi loomise poliitikasuunised. Neile tuginedes on Sotsiaalministeerium ümber kujundamas pikaajalise hoolduse korraldust, et vähendada omasteholdajate hoolduskoormust ning tagada hooldusvajadusega inimestele ühtlaselt kättesaadavad ja kvaliteetsed integreeritud teenused ning inimesekeskne hooldus. Toetusmeetmete aluspõhimõtete hulgas nimetati vajadust tagada omasteholdajatele tugi eelkõige mitterahaliste hüvedega ning hooldussuhte tekkimisel hooldatavale ja omasteholdajale toetavad teenused, mis vastavad mõlema poole vajadustele. 2022. aasta aprillis saatis sotsiaalministeerium avalikule kooskõlastamisele sotsiaalhoolekande seaduse väljatöötamise kavatsuse, millega pakuti välja tulevase hooldereformi esialgsed suunad.²

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

ATV hindamisvahend loodi aastatel 2016–2017 projekti „Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks“ raames. Projekti lõppraportis on kirjeldatud uut isikukeskset ja paindlikku erihoolekande teenusmodelit. Hindamisvahendi esimest prototüüpi katsetas aastatel 2017–2018 erihoolekandeteenuse uue teenusmodeli katseprojekti raames kaheksa kohalikku omavalitsust (KOV) ja ajavahemikus 12.2017–03.2018 hindasid erihoolekandeteenuse osutajad 283 inimese teenusevajadust. Tagasisidet arvestades arendati hindamisvahendi prototüüpi edasi.

Tänaseks on ATV hindamisvahend kasutusel erihoolekande ja sellega koos sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusevajaduse hindamisel ning isikukeskse erihoolekande teenusemodeli raken-

¹ [Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma moodustamine](#), RTK, 15-1572/05

² [Sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus](#), RTK, 1.1-11/5941-2

damisel 28 KOV-is. Peale selle on üksikute KOV-ide sotsiaaltöötajad (nt 2018. aastal Pärnu linn ja Põhja-Pärnumaa vald) testinud hindamisvahendit abi- ja toetusvajaduse väljaselgitamisel omavalitsusse pöörduvate inimeste puhul, kes ei olnud psüühikahäirega inimesed. Kõiki KOV-e hõlmavalt pole vahendit katsetatud.

ATV hindamisvahendit kasutatakse eri sihtrühmade abi- ja toetusvajaduse hindamiseks ning SKA ja SoM-i poolt on kaalutud ka selle laiendamist. Hindamisvahend on peamiselt kasutusel psüühikahäiretega inimeste abivajaduse hindamisel – see on kitsam sihtrühm kui tänased SRT kasutajad ja KOV-i pöörduvad abivajajad. Analüüs ja teadmine, kas tegu on usaldusväärse hindamisvahendiga erinevate sihtrühmade (SRT ja KOV teenuste kasutajate) toetusvajaduse väljaselgitamisel, praegu veel puudub. Riigi tasandil on plaanis lähiajal alustada ka ärianalüüsi teostamisega sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (STAR) arenduste jaoks ning luua sellega KOV-ide sotsiaaltöötajale esmane abivajaduse hindamise vahend, mis põhineb ATV hindamisvahendil. Selle sobivust tuleb analüüsida eri sihtrühmade puhul, kuna vahendit niivõrd laial sihtrühmal rakendades on vaja kindlust, et see sobib abi- ja toetusvajaduse hindamiseks ja toetab ühtset praktikat sotsiaalhoolekande abimeetme määramisel. Samuti on oluline, et protsess oleks kõikidele osalistele arusaadav – nt puuetega inimestele, nende lähedastele, abivajaduse hindajatele, teenuseosutajatele ja KOV-i sotsiaaltöötajatele. Ühtne ja standardiseeritud raamistik võimaldab hiljem hinnata, kas ja millisel moel võivad teenuste vajadus, kättesaadavus ja kvaliteet erineda. Eelnevalt hinnatud abivajadusele tuginedes saab teenuse osutamise ajal kontrollida, kas teenus vastab inimese abivajadusele.

Hoolduskoormuse hindamine

Hooldajana peetakse silmas sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) § 26 alusel KOV-i poolt määratud hooldajat (nn ametlik hooldaja, kes ei tee seda oma kutse- või ametliku töö ajal ning kes ei pruugi olla ka abivajava inimese lähedane) (1). Siiski jääb suur osa abi andmisest Eestis lähedaste kanda (nn mitteametlikud hooldajad ehk omastehooldajad), kes panustavad pereliikme abistamisele märkimisväärselt nii rahalist kui ka ajalist ressursi, kuid kelle hoolduskoormust ja toetusvajadust KOV-i poolt välja ei selgitata. Praegu ei ole Eestis võimalik määrata nii ametlike kui mitteametlike hooldajate hoolduskoormuse taset, samuti ei ole selge, milliseid toetusmeetmeid võivad konkreetse hoolduskoormusega hooldajad vajada. Kokkuvõttes on toetusmeetmeid vaja kõigile hooldajatele, olenemata sellest, milline seos on hooldajal hooldatavaga. Ka puudub riigil ühtne teaduspõhine meetod, et selgitada välja, millisest hetkest alates on hooldajal selline hoolduskoormus, mis takistab tema isiklikku elu ja töötamist, osalemist ühiskonnaelus jm.

2022. aastast lisandus KOV-i abi- ja toetusvajaduse hindamiskohustust reguleeriva SHS sätetele selgemalt sõnastatud punkt, mis kohustab KOV-i välja selgitama, milline on hoolduskoormusega inimeste toetusvajadus. SHS kohaselt selgitab KOV välja ka selle isiku toetusvajaduse, kes hooldab abivajavat isikut väljaspool oma kutse- või ametlikku tööd, võttes arvesse isiku tegeliku hoolduskoormust, toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid. Muudatusega toodi esile hoolduskoormusega inimeste sihtrühm, kes võivad vajada KOV-i abi, kuid kes ei ole määratud SHS-i alusel hooldajaks. Seetõttu on KOV-idel vaja standardiseeritud hindamisvahendit ja juhendmaterjale hoolduskoormuse taseme (nt tundide arv nädalas vms) ning hooldaja toetusvajaduse hindamiseks. Hindamise eesmärk on tagada KOV-ides ja riigis üldisemalt hoolduskoormusega inimeste võrdne kohtlemine.

Tulenevalt eeltoodust on analüüsi ülesanded:

1. Viia läbi ATV hindamisvahendi analüüs;
2. Töötada välja HK hindamisvahend koos juhendmaterjalidega ja viia läbi selle analüüs;
3. Hinnata, kas ja kuidas on võimalik integreerida abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse tasemete ja hoolduskoormusega inimeste toetusvajaduse hindamine.

Uurimisküsimused on:

- Milline on ATV ja HK hindamisvahendite usaldusväärsus?
- Kuidas sobivad ATV ja HK hindamisvahendid sotsiaalhoolekande abimeetmete vajaduse üle otsustamiseks?
- Kuidas sobivad ATV ja HK hindamisvahendid kõikide täisealiste abivajavate hoolekande sihtrühmade esmaseks abivajaduse hindamiseks, sh hoolduskoormuse ja sellega toime- tulekuks vajaliku abi hindamiseks?
- Millised on ATV ja HK hindamisvahendite tugevused ja nõrkused?
- Kuidas täiustada hindamise metoodikat või milline võiks olla vajadusel alternatiivne rahvusvaheliselt tunnustatud metoodika/hindamisinstrument abi või teenuse vajaduse hindamisel?

Töö tehti kolmes etapis ning eesmärkide täitmiseks kasutati kombineeritud meetodeid:

	1. ATV hindamisvahendi analüüs	2. HK hindamisvahendi väljatöötamine	3. Abi- ja toetusvajaduse hindamise ja hoolduskoormuse tasemete ja hoolduskoormusega inimese toetusvajaduse integreerimine
I etapp	Kirjanduse analüüs rahvusvaheliselt kasutatavate ATV ja HK hindamisvahendite kohta Kirjanduse analüüs nii Eesti kui välisriikide praktikate ja kogemuste kohta Küsitlusuuring KOV-ide seniste hindamispraktikate kohta		
II etapp	Olemaoleva ATV hindamisvahendi katsetamine KOV-ides ja SKA-s Intervjuud hindajate ja hinnatavatega ning hindamislehtede analüüs	HK hindamisvahendi ja juhendmaterjali väljatöötamine HK hindamisvahendi katsetamine KOV-ides ja SKA-s Intervjuud hindajate ja hinnatavatega ning hindamislehtede analüüs	
III etapp	Ettepanekud ATV hindamisvahendi parendamiseks	Ettepanekud HK hindamisvahendi parendamiseks.	Kirjanduse ning intervjuude analüüsi põhjal soovitusel hindamisvahendite integreerimiseks
	Lõppraporti esitamine Täiendatud HK hindamisvahendi ja juhendmaterjali esitamine		

Töö tulemusena:

1. Selgub, kas ATV hindamisvahend sobib kõikide täisealiste hoolekande sihtrühmade abivajaduse hindamiseks KOV-is ja SKA-s;
 - a. Selgub ATV hindamisvahendi usaldusväärsus (valiidsus ja reliaablus);
 - b. Selgub ATV hindamisvahendi tugevused ja nõrkused abivajaduse hindamisel;
 - c. Vajadusel tehakse ettepanekud ATV hindamisvahendi meetodika täiustamiseks või antakse soovitus alternatiivse rahvusvaheliselt tunnustatud meetodika /hindamisinstrumendi kasutamiseks;
2. Valmib HK hindamisvahend koos juhendmaterjaliga (eesti ja vene keeles). Valminud hindamisvahendi kasutuselevõtt aitab tagada, et sarnase hoolduskoormusega inimestele on tagatud võrdsetel alustel KOV-i tugi ja riigi sotsiaalsed garantiid;
3. Antakse hinnang, kas ja kuidas oleks võimalik integreerida abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse tasemete ja hoolduskoormusega inimeste toetusvajaduse hindamine.

1. Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Integreeritud hooldusteenuste edendamine on tervishoius ja sotsiaalhoolekandes rahvusvaheline prioriteet (7). Inimeste keskmine eluiga pikeneb, suurenenud on krooniliste või pikaajaliste haiguste ja nendega kaasuvate haiguste esinemissagedus. Selline olukord suurendab ühiskonnas nõudlust ja vajadust integreeritud teenuste järele (7). See tähendab koordineeritud hooldustegevust, mille eesmärk on edendada tervist ja ennetada terviseprobleeme, samuti diferentseerida teenuseid vastavalt individuaalsetele vajadustele. Inimkeskse koordineeritud abi- ja toetusvajaduse tagamiseks on vaja kompleksset hindamist (8).

Tulemuslik abi- ja toetusvajaduse hindamine hõlmab endas süsteemset ja eesmärgipärast informatsiooni koondamist, mis peab samas olema enam, kui vaid faktide kogumine ja kirjeldamine. Abi- ja toetusvajadust hinnates peab hindaja teadma, mis eesmärgil ta mingit teavet kogub, olema suuteline seda analüüsima ja mõistma selle tähendust abivajaja jaoks. Samuti otsustama saadud info põhjal, millist abimeedet inimesele pakkuda ning kuidas tagada vajalik abi. Kõik see nõuab põhjalikke teadmisi ja oskusi, sealhulgas analüüsivõimet ning oskust mõelda kriitiliselt ja kaalutlevalt. Kuigi hindamise algusetapis võivad hindaja vaist ja elukogemus olla heaks lähteasukohtadeks, peavad otsuseid tasakaalustama nii kriitiline mõtlemine kui ka analüütilised arutlused ja tuginemine tõenditele. Järjest enam integreeritakse kogu maailmas omavahel tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteeme, et parandada inimkeskselt abivajajate heaolu (9).

Inimese üldine toimimine on kogum keerulistest protsessidest, mis on tihti mõjutatud haigustest või organismi talitlusest ja psühholoogilistest kõrvalekalletest (10), mistõttu on abivajaduse hindamine keeruline. Kuna abivajadust ja tegevuspiiranguid on raske iga inimese eripära arvestades määratleda ja mõõta, on pikalt otsitud head hindamisvahendid. Näiteks võib hindamise teha keeruliseks see, et inimesel võib olla tegevuspiirang, mis kitsendab tema tegevust mitmes eluvaldkonnas.

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on aastatepikkuse rahvusvahelise uurimis- ja arendustöö põhjal välja töötanud rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsiooni (RFK). Klassifikatsioon on mõeldud inimese funktsioneerimisega seotud info dokumenteerimiseks, kasutades kirjeldava hinnangu asemel koode ning probleemi ulatust väljendavaid määrajaid (11). RFK tugineb biopsühhosotsiaalsele aluspõhimõttele ja kirjeldab inimese funktsioneerimisvõime ja selle piirangutega seotud situatsioone, andes tervikliku raamistiku info süstematiseerimiseks ja luues ühtse standardkeele terviseiga seotud seisundite kirjeldamiseks (12). Silmas tuleb pidada, et RFK ei ole hindamisvahend, see ei välista ega ja asenda erialaspetsiifilisi teste ja kliendikeskseid meetodikaid, vaid võimaldab kokkulepitud ühtses keeles dokumenteerida ja edasi anda inimese hetkeolukorda (13). RFK raamistik on olnud aluseks paljudele teistele hindamisraamistikele, mille põhjal on riigid ja teadlased modifitseerinud enda jaoks sobilikke, et hinnata inimkeskselt abi- ja toetusvajadust (13).

Sotsiaalhoolekande abimeetmete eesmärk on suurendada inimese elukvaliteeti, kui tal esinevad lühemat või pikemat aega takistused enesehoolduses ja toimetulekus. Teenuste eesmärk on kompenseerida tervisekahjustusest tulenevat mõju inimese füüsilisele ja vaimsele toimimisele, mitte parandada või kõrvaldada kahjustust, mis on sageli tervishoiuteenuste eesmärk (14). Seetõttu on KOV-i ja SKA tasandil abi- ja toetusvajaduse hindamisel olulisim koguda kokku info, millele tuginedes mõista ja analüüsida, milline olemasolevatest sotsiaalhoolekande abimeetmetest kompenseerib puudujäägid inimese toimetulekus ja enesehoolduses. Seejuures ei ole

sotsiaalvaldkonna abimeetmete valikul enamasti vajadust ja ametnikel ka pädevust, et mõõta inimese kehaliste struktuuride funktsioneerimise taset. Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vallas abi integreeritud korraldamisel saab mõlemas valdkonnas koguda andmeid vastavalt valdkondlikule vajadusele ja erialasele pädevusele. Kui kogutud info on mõlema valdkonna spetsialistidele kättesaadav, saab sellele tuginedes valida inimese vajadustele sobiva abimeetme. See on ka põhjus, miks Eestis otsitakse KOV-i ja riigi tasandile sobivat abi- ja toetusvajaduse hindamise meetodikat, mis aitab teha sotsiaalhoolekande abimeetmete vahel inimese vajadustele vastavalt kaalutusotsuseid ja valikuid.

Järgnevalt on esitatud ülevaade hindamise korraldusest Eestis ja rahvusvahelises teaduskirjanduses viimase 10 aasta jooksul viidatud hindamisvahenditest. Valitud on need, mida Eestis on varem kasutatud või mis põhinevad sarnastel meetodilistel alustel, nagu Eesti jaoks välja töötatud ja analüüsi raames katsetatav ATV hindamisvahend.

1.1. Abivajadusega inimeste hindamise korraldus Eestis

Inimene võib elukaare jooksul oma tervises seisundi ja iseseisvalt toimetuleku raskuste tõttu abi vajada lühikest või pikemat aega või püsivalt. Eestis on abi saamine korraldatud selliselt, et abi saab erinevatest valdkondadest ja eri haldustasanditel (riik, KOV). Näiteks tervishoius saab abi esmatasandilt ja eriarstiabi, sotsiaalabi on samuti mitmetasandiline – SKA ja KOV ning tööhõive on riiklikul tasandil jaotatud SKA ja Töötukassa (TK) vahel. Abivajaduse ilmnemisel ja pöördumisel riigiameti või KOV-i poole hinnatakse inimest selles süsteemis kasutusel oleva hindamisvahendi ja meetodikaga konkreetsete abimeetmete saamiseks (nt tööturuteenused või toetused, erihoolekandeteenused või puudega inimeste sotsiaaltoetused). Inimesel on õigus kasutada vajaduse korral ühel ajal mitme valdkonna abimeetmeid, kuid ametkondades hindamise aluseks olevat ja kogutud infot riigi ja KOV-i tasandil ei vahetata. KOV-ile on teada riigi tasandil tehtud otsus puude hindamise või tööturu teenuse kohta, kuid mitte inimese seisundit kirjeldav info. Samuti ei ole KOV-i tasandi hindamise andmed ja tulemused kättesaadavad riigi tasandil tervise-, sotsiaal- ja tööhõivesüsteemile. Järgnevalt on toodud lühike ülevaade abivajadusega inimese hindamistest riigi ja KOV-i tasandil.

Hindamine puude tuvastamiseks

Puude tuvastamiseks viib SKA läbi hindamise, millesse on kaasatud arstid-ekspertid. Eesmärk on määratleda inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis võib koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestada inimese ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Hindamisel tuvastatakse puue ja määratakse selle raskusaste: keskmine, raske või sügav. Tööealistel inimestel lähtutakse hindamisel igapäevastest tegutsemise ja osalemise piirangutest ning vanaduspensioniealistel kõrvalabi, juhendamise ja järelevalve vajadusest (5).

Puude tuvastamise taotlusega annab inimene ka ise hinnangu oma toimetulekule ja hakkamasaamisele. Seejärel hindab ekspertarst inimesel esinevaid piiranguid, tuginedes taotluse andmetele ja tervise infosüsteemis raviarstide sisestatud eelneva viie aasta tervise-andmetele (5, 14).

Puude raskusastet hinnatakse dokumentide alusel ja inimene ekspertarstiga ei kohtu. Puude tuvastamise käigus hinnatakse inimese toimetulekut tervikuna, st arvesse võetakse kõik kõrvalekaldeid põhjustavad piirangud, mis võivad üksteist võimendada. Kui piirangud esinevad

mitmes keha struktuuris või funktsioonis, tuvastatakse puude raskusaste neis igaihes eraldi. Ekspertarst hindab piiranguid nullist neljani (0 – piirangut ei tuvasta, 4 – esineb täielik piirang). Puude raskusastme tuvastamisel võetakse arvesse järgmist (16):

- tervises seisundit;
- tegevusvõimet;
- kõrvalabi, juhendamise ja järelevalve vajadust, mis on suurem inimese eakohasest abivajadusest;
- kõrvalabi ja juhendamise vajadust, mis esineb inimesel tehniliste abivahendite kasutamisest hoolimata;
- elukeskkonda;
- rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral selles ettenähtud tegevusi.

Otsusele märgitakse puude liik (nt liikumispuue, nägemispuue jne), mis kujuneb suurima kõrvalekaldega keha struktuuri või funktsiooni järgi. Puude raskusastme otsuse vormistab SKA ametnik (dokumentide menetleja). Tööealisel inimesel on võimalik ühe ja sama taotlusvormiga ühel ajal taotleda nii puude raskusastme tuvastamist (hindab SKA) kui ka töövõime hindamist (hindab TK). Tööealise inimese puude raskusastme ja töövõime ulatuse tuvastamisel hinnatakse vastavalt töövõime hindamise metoodikale tema toimetulekut ja hakkamasaamist seitsmes valdkonnas (vt täpsemalt allpool Töövõime hindamine).

Tööealise inimese puude raskusastme hindamisel võetakse arvesse taotluses sisalduvaid andmeid; ekspertarsti arvamust seitsme valdkonna võtmetegevuste sooritamisel esinevate piirangute raskusastmete arvvaartuse kohta ja muid asjasse puutuvaid andmeid. Puude raskusastme tuvastamise aluseks on iga valdkonna kohta võtmetegevuste sooritamisel esinevate piirangute raskusastmete arvvaartuste aritmeetiline keskmine (17,18). Puue ja selle raskusaste tuvastatakse valdkonna järgi, milles esinevad piirangud on kõige suuremad. Puude raskusastme määramisel sõnastatakse inimese piirangud ja kõrvalabi vajadus otsuses viisil, nagu on näha allolevas tabelis (tabel 1).

Tabel 1. Puude raskusastmetele vastavad piirangute ja kõrvalabi vajaduse kokkuvõtte tööealistel ja vanaduspensioniealistel inimestel (5)

Puude raskusaste	Tööealise piirangud	Vanaduspensioniealise anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle
Keskmine	Esinevad raskused igapäevasel tegutsemisel või ühiskonnaelus osalemisel.	Vajab regulaarset kõrvalabi või juhendamist väljaspool oma elamiskohta vähemalt korra nädalas.
Raske	Igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on piiratud.	Vajab kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval.
Sügav	Igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on täielikult takistatud.	Vajab pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäev läbi.

Puude tuvastamise ja raskusastme määramise eesmärk ei ole selgitada välja inimesele vajalik sotsiaalhoolekande abimeede, vaid puude raskusaste võib anda inimesele õiguse kasutada riiklike ja KOV-ide kehtestatud puuetega inimestele mõeldud hüvitisi, mis on reguleeritud

seadustega (nt puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses, ühistranspordiseaduses, muuseumiseaduses).

Puude raskusastme tuvastamise aluseks olev info (inimese ja ekspertarsti hinnang) ja hindamise tulemus on KOV-i sotsiaaltöötajale vajalikud, et hinnata abi- ja toetusvajadust ja valida hoolekande abimeede, kuna need kajastavad inimese terviseseisundist tulenevaid toimetulekuraskusi. Ka vähendab selle info kasutamine dubleerivate andmete kogumist. Samas ei ole KOV-i abimeetmete rakendamise eeltingimuseks puude raskusaste.

Töövõime hindamine

Töövõime hindamise (TVH) viib läbi TK ning hindamisse on kaasatud ekspertarstid, kes on praktiseerivad tervishoiuteenuse osutajad. TVH eesmärk on tuvastada pikaajalise tervisekahjustusega inimese töövõime ulatus (6) ja anda hinnang pikaajalisele tervisekahjustusele ehk püsivale terviseseisundile, mis eelduste kohaselt ei muutu oluliselt vähemalt kuue kuu vältel. Hindamisel vaadatakse, kuidas inimese terviseseisundist tulenevad piirangud mõjutavad tema töötamist, hinnatakse piirangute prognoosi ja eeldatavat kestust. Ekspertarsti pädevuses on (19):

- seostada tegutsemisvõime vähenemine objektiivse põhjusega, s.o diagnoosiga;
- objektiveerida tegutsemisvõime vähenemine;
- arvestada haiguse võimaliku prognoosiga;
- hinnata haiguse ja/või funktsioonihäire raviga või abivahenditega kompenseeritust.

Hindamise aluseks on inimese taotlus, milles ta kirjeldab oma tegutsemisvõimet ja piiranguid erinevates eluvaldkondades. Alates 1.07.16 hindab TK püsiva töövõimetuse asemel säilinud töövõimet. TVH metoodika on Sotsiaalministeeriumi tellimusel koostatud 2013. aastal Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi poolt. Metoodikat on järgnevatel aastatel täiendatud ja korrigeeritud, arvestades metoodika rakendamisel selgunud vajadusi ja ettepanekuid. Töövõimet hinnatakse seitsmes kehalise ja vaimse võimekuse valdkonnas võtmetegevuste põhjal, mille kindlaks määramisel on lähtutud Euroopa meditsiini- ja sotsiaalkindlustuse ühenduse koostatud tegutsemise ja osaluse jaotiste kogumist, mis omakorda põhineb RFK-l. Valdkonnad on (19):

- liikumine;
- käeline tegevus;
- teabe edasiandmine ja vastuvõtmine;
- teadvusel püsimine ja enesehooldus;
- õppimine ja tegevuste sooritamine;
- muutustega kohanemine ja ohu tajumine;
- suhtlemine.

Igas valdkonnas hinnatavad võtmetegevused on tegevused, mis on vajalikud töösooritusteks või annavad ülevaate töösoorituseks vajalikust funktsioonist (nt teatud kaaluga eseme tõstmine, eri tasapindadel liikumine, teise inimesega kontakti loomine) (19). TK ekspertarst hindab inimese suutlikkust sooritada tegevusi vastavalt RFK-s määratletud tegutsemispiirangute raskusastmele:

- 0 – EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0–4%;
- 1 – KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5–24%;
- 2 – MÕÕDUKAS probleem (keskmise, tuntav, ...) 25–49%;
- 3 – RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50–95%;
- 4 – TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96–100%.

Töövõime ulatust hinnatakse vastavalt TVH otsustustingimustele ja tegutsemispiirangute raskusastmete skoorimise tulemustele. Kui inimesel esineb töövõimet välistav seisund, määratakse töövõime puudumine ainult diagnoosi või haigusseisundi alusel. Sellisel juhul võib hinnata lihtsustatud korras: ekspertarst kontrollib terviseandmete põhjal välistava seisundi ja koostab eksperdiarvamuse (19). Nii puude raskusastme määramisel kui ka TVH-l on suur roll meditsiinilisel ja valdkondlikul ekspertteabel (6). Ekspertarsti hinnangu põhjal vormistab TK ametnik TVH otsuse, kus määratletakse töövõime järgnevalt (6):

- Inimese töövõime ei ole vähenenud, kuna töötamine ei ole takistatud;
- Inimesel on osaline töövõime, kuna tema töötamine on osaliselt takistatud;
- Inimesel on puuduv töövõime, kuna ta ei ole võimeline töötama.

Vähenenud töövõime puhul on inimesel õigus saada töövõimetoetust ja TK tööturu abimeetmeid (erinevaid teenuseid ja hüvitisi). TVH tulemused KOV-ide sotsiaalhoolekande abimeetmetele õigust ei anna.

TVH aluseks olev info (inimese ja ekspertarsti hinnangud) ja hindamise tulemusel vormistatud otsuse sisu on KOV-i sotsiaaltöötajale abi- ja toetusvajaduse hindamisel ja sobiva sotsiaalhoolekande abimeetme valikul oluliseks abiks, kuna need kajastavad inimese terviseseisundist tulenevaid toimetulekuraskusi. Võimalus seda infot KOV-is abivajaduse hindamisel kasutada vähendab dubleerivate andmete kogumist. Samas ei ole TVH või vähenenud töövõime tuvastamine KOV-i abimeetmete saamise eeltingimus.

Erihoolekande teenusevajaduse hindamine

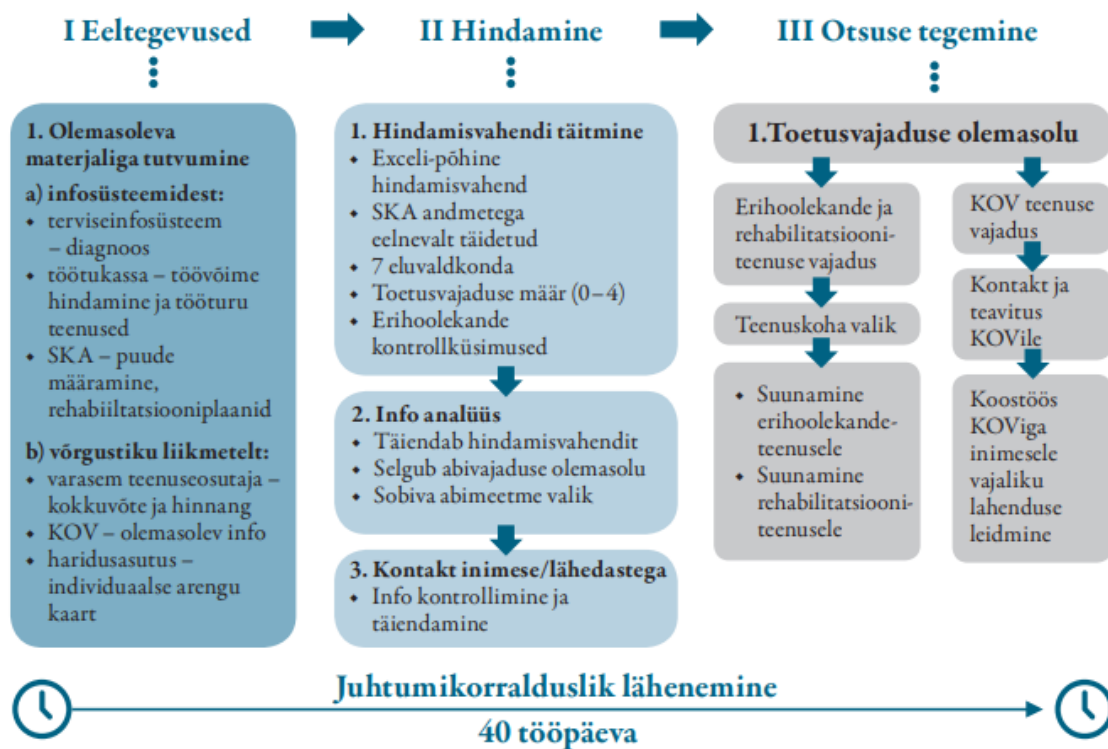
EHK-teenusevajadust hindab alates 2019. aasta aprillist SKA³. Teenused on mõeldud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega inimestele, kes vajavad igapäevaelus EHK tegevusjuhendaja juhendamist, nõustamist, kõrvalabi või järelevalvet ning kellele teiste sotsiaalhoolekande abimeetmetega ei ole võimalik vajalikku abi osutada (1).

EHK-teenusevajaduse hindamise eesmärk on tuvastada:

- abi- ja toetusvajaduse olulistes eluvaldkondades elukvaliteedi tagamisel – kas ja millises ulatuses inimene vajab juhendamist, nõustamist, kõrvalabi või järelevalvet;
- raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire tunnused;
- riskikäitumine, mille tõttu ei ole võimalik kasutada teisi sotsiaalteenuseid.

Esmalt esitab inimene taotluse SKA-le, et saada EHK-teenuseid, misjärel SKA teenusekonsultant viib läbi hindamise, kasutades ATV hindamisvahendit (joonis 1). (20)

³ Enne 01.04.2019 kontrollis ja hindas SKA juhtumikorraldaja erihoolekandeteenust taotleva inimese SKA-le esitatud kohustuslike dokumentide põhjal (rehabilitatsiooniplaan ööpäevaringsetel teenustel ja psühhiaatri hinnang toetavatel teenustel), kas neis on nimetatud sobiv erihoolekandeteenuse liik. Juhul kui teenuse liik oli dokumentides olemas ja inimene vastas sotsiaalhoolekande seaduses kehtestatud teenuse saamise kriteeriumitele, vormistas SKA ametnik haldusotsuse teenuse saamiseks.



Joonis 1. Tegevussammud ja protsess erihoolekande-teenusevajaduse hindamisel (20).

EHK-teenusevajaduse väljaselgitamiseks kaasatakse inimene ehk abivajaja, tema lähedased ja teised osalised. SKA lähtub teenusevajaduse hindamisel teenuse eesmärkidest, mille puhul on erihoolekandeteenus õigustatud, inimese toetusvajadusest, toimetuleku-, tegevus- ja osalusvõimest, tervise seisundist, töövõime hindamise ning tööturu teenuste osutamise andmetest (1).

Seega tuginetakse hindamisel teabele, mis on teenust taotleva inimese kohta olemas riiklikes andmebaasides. Enne intervjuerimist vaatab teenuste konsultant üle kogu kättesaadava ja vajaliku teabe (nt TVH andmed, varasemad rehabilitatsiooniplaanid ja teenuste osutamisel kogutud info, puude tuvastamisel ja töövõime hindamisel esitatud info ja hinnangud, terviseinfosüsteemi andmed diagnoosi kohta jms). Infot täiendatakse inimeselt ja/või tema lähedastelt saadud andmetega hetkeolukorra kohta (21).

Abivajadust hinnatakse seitsmes valdkonnas, mis on olulised elukvaliteedi tagamisel: sotsiaalsed suhted, vaimne tervis, füüsiline tervis, hõive ja õppimine, vaba aeg ja huvitegevus, elukeskkond ning igapäevaelu toimingud. Igas valdkonnas määratletakse inimese toetusvajaduse määr astmetel 0–4 (vt ptk Hindamisvahendite katsetamine) (21).

Hindamise tulemusel selgub, millistes eluvaldkondades ja mil määral on inimesel vaja kõrvalist abi ja toetust. Samuti see, kas inimesel esineb psüühikahäirest tulenevalt riskikäitumist, mille tõttu ei saa ta kasutada teisi sotsiaalhoolekande abimeetmeid, nt KOV-i sotsiaalteenuseid (21).

EHK-teenustel on 11 alaliiki. Väiksema abivajadusega (meelde tuletamist, nõustamist ja juhendamist vajava) psüühikahäirega inimese vajadust on võimalik katta toetavate teenustega, sh kui inimene elab kodus. Suurema ja äärmuslikuma abivajaduse korral (nt ööpäev läbi pideva juhendamise, kõrvalabi ja järelevalve vajadus) on piisav abi tagatud ööpäev läbi hoolekandetasutuses EHK-teenusel elades (21). Kogutud andmetele tuginedes vormistab SKA teenuse-

konsultant otsuse, kas inimese elukvaliteedi hoidmiseks või tõstmiseks ning toimetuleku tagamiseks on vaja EHK-teenust ning milline alaliik on sobivaim (1).

EHK-teenusevajaduse hindamine toetub sotsiaalkaitse põhimõtetele, mille kohaselt tuleb asutustel, sh tervishoiusüsteemi asutustel, alusandmete kogumisel, andmete vahetamisel ja avaliku teenuse osutamise, tõhususe, aktiivse abistamise, kiire kättesaadavuse ja juurdepääsu tagamisel teha koostööd inimest vähimal viisil koormates (22). Samuti on oluline kaalutus-õiguse põhimõte, millest tulenevalt on SKA-l EHK-teenusevajadust hinnates õigus kaaluda sobivaimate abimeetmete vahel, tuginedes hindamisel kogutud andmetele ning pidades silmas inimese eluolust tulenevaid asjaolusid ja tema huvisid (23).

EHK-teenusevajaduse hindamisel võib selguda, et inimese vajadustele vastab KOV-i abimeede, kuid SKA hindamise tulemus ei anna inimesele õigust KOV-i teenustele. KOV-il omakorda on inimese abivajaduse väljaselgitamise kohustus (1). Samasugustele sotsiaalkaitse ja haldusmenetluse põhimõtetele toetub abivajava inimese hindamine ja sobiva abimeetme valik KOV-i tasandil.

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine

SRT vajadust tööealistel ja vanaduspensioniealistel hindab alates 01.01.2016 SKA teenusekonsultant, v.a esmasesse psühhoosi haigestunud inimeste puhul, kelle teenusevajadust hindab ravimeeskond. Teenuse eesmärk on õpetada ja arendada igapäevaelu oskusi, suurendada võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja töötamise eelduste ettevalmistamist puudega ja/või vähenenud töövõimega inimestel. (24)

SRT vajaduse hindamise käivitab inimese taotlus. Seejärel hindab SKA teenusekonsultant selleks väljatöötatud hindamisküsimustike abil (23) SRT vajadust. Psüühikahäirega inimeste hindamiseks kasutatakse ATV hindamisvahendit. Eakate ja tööealiste puhul, kellel ei ole psüühikahäiret, kasutatakse WHODAS 2.0 küsimustikust kahte versiooni, pikka – 36 küsimust – ja lühikest – 12 küsimust. Seejuures saab teenuste konsultant ise otsustada, kumba varianti kasutab. Praktikast on kasutusel enamasti lühike versioon – 12 küsimust.

Teenusevajaduse väljaselgitamisse kaasatakse inimene ehk abivajaja, tema lähedased ja teised osalised. SRT vajaduse hindamine toimub üldjuhul SKA klienditeeninduses, kus on tagatud privaatsust ja segamatut vestlust võimaldavad tingimused, või hoolekandeesutustes kohapeal. Põhjendatud erivajaduse korral läheb SKA teenuste konsultant hindama kliendi koju (24).

SKA lähtub SRT vajaduse hindamisel teenuse eesmärkidest – sellest, kas SRT osutamine on õigustatud, inimese toimetuleku-, tegevus- ja osalusvõimest, tema terviseseisundist ning TVH, tööturu teenuste osutamise ja puude tuvastamise andmetest. Tööealise inimese puhul saab SKA varasemate TK hindamiste ja osutatud teenuste kohta lisainfot. Teenuste konsultant saab hindamisel tugineda teabele, mis on inimese kohta olemas riiklikes andmebaasides. Kogutud andmetele tuginedes vormistab SKA teenuste konsultant otsuse, kas inimese arendamiseks ja ühiskonnaelus osalemise suurendamiseks, õppimise toetamiseks ja töötamise eelduste ettevalmistamiseks on vaja SRT-d. SKA teenusekonsultant seab koos inimese ja/või tema lähedasega üldeesmärgi, mis peaks olema saavutatav SRT lõppedes (1).

Hindamisel võib selguda, et inimese vajadustele vastavad muud abimeetmed (nt KOV-ist, tervishoiu- ja haridussüsteemist või TK-st), kuid SKA hindamise tulemus ei anna inimesele õigust neile teenustele. Konsultandi ülesanne on anda inimesele teada teiste teenuste kasutamise võimalustest ja teda nõustada.

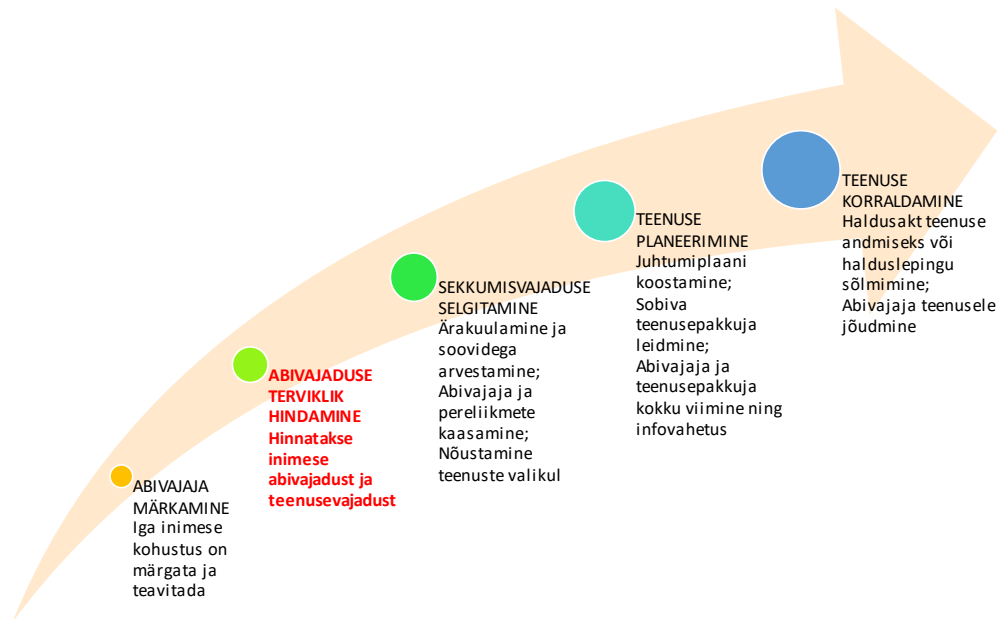
Kohaliku omavalitsusüksuse hindamiskohustus

KOV on terviklikult kogu esmatasandi sotsiaalhoolekande korraldaja. Igal KOV-il on ülesanne korraldada oma elanikele sotsiaalteenuste osutamist, eakate hoolekannet, sotsiaaltoetuste ja muu sotsiaalabi andmist. Sealjuures on KOV-il õigus, võime ja kohustus lähtuda oma elanike vajadustest ja huvidest ning seaduste alusel iseseisvalt korraldada ja juhtida sotsiaalhoolekannet, arvestades oma piirkonna arengu iseärasusi. Samuti saab KOV valida, kas ta osutab teenuseid ise või ostab need sisse teenusepakkujalt, sh teeb teenuste osutamiseks koostööd naabervalla või linnaga (25). SHS-is on KOV-idele kehtestatud korraldavate sotsiaalteenuste miinimumloetelu ja -nõuded. Omavalitsuse poolt täiskasvanutele korraldava kümne kohustusliku sotsiaalteenuse hulka kuuluvad koduteenus, väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, varjupaigateenus, turvakodu-teenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine ja võlanõustamisteenus (1). Seega on KOV-il kohustus tagada oma elanikele vajaduse ilmnemisel vähemalt SHS-is loetletud sotsiaalteenuste kättesaadavus. Samas võib KOV vastavalt oma elanike vajadustele korraldada ka teisi sotsiaalteenuseid, mis aitavad kaasa elanike heolule ja elukvaliteedile (25).

SHS-i kohaselt on KOV-idel kohustus selgitada abi saamiseks pöördunud inimese abivajadus, sellele vastav abi ja tagada vajalike teenuste olemasolu ning vajaduse korral toetada inimest teenuse kulude katmisel (1). Samuti peavad KOV-id kehtestama teenuse saamise tingimused sotsiaalhoolekandeline abi andmise korras, tuvastades abivajaja tervikliku abivajaduse, tagades teenuse osutamise vajalikul moel ja mahus ning korraldades inimese jõudmise teenustele (26). Samas on KOV vaba otsustama, milline abi või sotsiaalteenus vastab kõige paremini inimese vajadustele (27). See tuleneb kaalutusõiguse põhimõttest – vajadust hinnates on haldusorganil ehk KOV-il õigus tugineda sobivaima abimeetme valikul hindamisel kogutud andmetele ning pidada silmas inimese eluolust tulenevaid asjaolusid ja huvisid (23).

KOV-i hindamiskohustuse täitmisel tuleb toetuda sotsiaalkaitse koostöö põhimõttele. Selle kohaselt tuleb asutustel, sh tervishoiusüsteemil, teha andmete vahetamisel ja muudel juhtudel koostööd, et tagada avaliku teenuse osutamine, tõhusus, aktiivne abistamine, kiire kättesaadavus ja juurdepääs inimest vähimal viisil koormates (22). Abivajaduse tuvastamisel ei saa jätta inimesele vajalikku teenust andmata (28).

Alloleval joonisel (joonis 2) on esitatud teenuste korraldamise tervikprotsess, kuid käesolev analüüs keskendub abivajaduse tervikliku hindamise kohustusele. Kuigi KOV-i tasandil on üldiselt teada, mis aspekte peaks abivajaduse väljaselgitamisel hindama, siis palju keerulisem on neil leida sobivaid hindamisvahendeid, millega abivajadust terviklikult hinnata (29). 2020. aastal KOV-i sotsiaaltöötajate seas (ca 30 sotsiaaltöötajat) korraldatud uuringust ning käesolevas uuringus 2022. aastal KOV-i sotsiaaltöötajate (27) seas tehtud küsitlusest (vt ptk Eesti KOV-ide senised praktikad abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel) selgus, et suur osa KOV-idest kohandab olemasolevaid hindamisvahendeid (InterRAI, Sotsiaalministeeriumi 2005. aastal välja töötatud hindamisvahend, mujalt leitud hindamisvahend) vastavalt oma oskustele ja vajadustele. Kohandamisvajaduse põhjusena toodi sobivust sihtrühmale ning mõnel korral märgiti ära ka piirkonnast tulenevat eripära (30).



Joonis 2. Sotsiaalteenuste korraldamise protsess KOV-i tasandil (28).

2021. aasta analüüsis „Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine“ soovitati abivajaduse hindamiseks ja teenuste osutamiseks kasutada neljatasandilist süsteemi (lisa 1):

- **Esimesel tasandil** – KOV-is hinnatakse inimese üldist abivajadust. On oluline, et abivajaja oskaks KOV-i poole pöörduda ja tema abivajadusega tegeletaks kiiresti, kuna see ennetab jõudmist järgmistele tasanditele;
- **Teisel tasandil** kaasatakse abivajaduse hindamisel spetsialistid ning inimene võib vajada (enamasti ajutiselt) tervishoiu-, töövaldkonna- või haridussüsteemi teenuseid;
- **Kolmas tasandil** eeldab pikemaajalisi nii SKA, TK, KOV-i kui ka tervishoiusüsteemi kompleksteenuseid (nt rehabilitatsiooniteenus, taastusravi);
- **Neljas tasandil** tähendab, et inimene on kiiret sekkumist vajavas seisundis ja vajab kohest sekkumist. Selleks võib olla äge terviseprobleem, mille tõttu vajab inimene kohe haiglaravi; õnnetusjuhtum, mille tagajärjel on vaja psühholoogilist kriisinõustamist vms. Olenemata sellest, kas kohest sekkumist pakutakse keskselt (nt erakorralise meditsiini osakond, Päästetameti, SKA) või kohalikul tasandil, lasub KOV-il suur roll, sest KOV peab olema valmis inimese esmase sekkumise järel vastu võtma ja tagama talle vajaliku abi.

Analüüsi fookuses on eelkõige esimese tasandi hindamine, millele tuginedes tuleb teha otsus sotsiaalhoolekande abimeetmete vahel, et säilitada inimese elukvaliteet ja toetada toimetulekut igapäeva eluga. Neljatasandilise süsteemiga jaotatakse hindamine hierarhiliselt. Samas võib abivajadusega inimene olla oma tervise või muude elukaesündmuste või kriiside tõttu enne KOV-i poole pöördumist kasutanud nt tervishoiuteenuseid või taotlenud puude tuvastamist ja TVH-d. Seega on juba tehtud teise, kolmanda või isegi neljanda taseme hindamine. Nende hindamiste andmed annavad vajalikku infot KOV-i tasandil hindamiseks, et saada terviklik ülevaade inimese abi- ja toetusvajadusest ja teha kiire asjakohane otsus, milliseid toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid ta vajab.

SHS-ist tulenevalt peab KOV välja selgitama nende poole abi saamiseks pöördunud inimese abivajaduse ja sellele vastava abi. SKA hindab inimese abi- ja toetusvajadust EHK-teenuse ja SRT

vajaduse tuvastamisel. Hindamisel tuleb silmas pidada inimese vajadusi. Andmete kogumise dubleerimise vältimiseks tuleb abivajadust hinnata terviklikult ja ühelaadselt, et inimene ei peaks läbima korduvaid hindamisi ja esitama samu andmeid, mis on juba kogutud. See annab võimaluse jagada nii riigi kui KOV-i tasandi hindamise andmeid, kasutada neid otsuste tegemisel ja loob eeldused, et inimene jõuab vajaliku abini kiiremini. Senine abivajadusega inimeste hindamise praktika ja SHS-ist tulenev sotsiaalteenuste korralduse ja abivajaduse hindamise regulatsioon ei ole seda kahjuks võimaldanud (1). Vajaduspõhise ja üle-eestiliselt võrdse kohtlemise tagamiseks peab olema loodud ühtne abi- ja toetusvajaduse hindamissüsteem.

1.2. Rahvusvaheliselt kasutatavad ATV hindamisvahendid

Abi- ja toetusvajaduse hindamine ja selle käigus saadav info tagab abivajajale asjakohasimate teenuste kättesaadavuse ja loob võimalused tema seisundi paranemiseks (31,32). Hindamist on vaja ka selleks, et planeerida vajaduspõhiseid teenuseid, kasutada ressursse põhjendatult ning saavutada juhtumikorralduse rakendamisel abi osutamise käigus järjepidevus (33). Abi- ja toetusvajaduse hindamine on kompleksne tegevus (34), kus juhtumikorraldaja hindab abivajajat rutiinse tervikliku hindamise käigus, et tuvastada abivajaja funktsionaalsete võimete vähenemine ja vajadus erinevate sotsiaalhoolekande teenuste järele (35) ning planeerida ja vajaduse korral jälgida erinevaid sekkumisi (nt teraapiad).

Inimese abi- ja toetusvajaduse hindamiseks on välja töötatud erinevad hindamisvahendid, kuid siiani pole suudetud luua universaalset vahendit, mis sobiks kõigile ja igasuguse abi- ja toetusvajaduse hindamiseks. Järgnevalt lühike ülevaade rahvusvaheliselt kasutatavatest ATV hindamisvahenditest. Väljatoodud hindamisvahendid on valitud selle järgi, kui kasutatavad need erinevate sihtrühmade (nt erihoolekanne, eakad, psüühiliste häiretega inimesed jne) peal on ja kui palju neid on kasutatud. Käesoleva analüüsi eesmärgiks ei ole rahvusvahelisi hindamisvahendeid võrrelda analüüsis kasutatava ATV hindamisvahendiga, vaid anda neist ülevaade, kuid sobivusel saab soovitusi seostada ka ehk mõne rahvusvahelise hindamisvahendiga.

International Resident Assessment Instrument, InterRAI

InterRAI koondab laia koostöövõrgustikku teadlastest ja spetsialistidest enam kui 35 riigist, kes on aastate jooksul loonud hindamisvahendeid, et aidata puude ja keeruka diagnoosiga inimesi. InterRAI hindamisvahendite väljatöötamisega alustati 1988. aastal, eesmärgiga hinnata kliendi funktsionaalset seisundit (sh selle taastamise ja säilitamise kontekstis) (36). InterRAI hindamisvahendeid peetakse esimesteks, mis võimaldavad inimese seisundi igakülgset hindamist ja peaksid seega sobima kasutamiseks nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis.

InterRAI hindamisvahendite aluseks on MDS (*Minimum Data Set*) ehk struktureeritud laiaulatuslik andmete kogum, mis saadakse inimese kompleksse tervisliku, funktsionaalse ja psühhosotsiaalse seisundi hindamise tulemusena. MDS on maailmapraktikas seni kõige ulatuslikumalt testitud ja hinnatud seisundi hindamise meetodika (33). Peale selle pakub InterRAI hindamisprotsessi toetamiseks ja analüüsi tõhustamiseks välja hea kasutusmugavusega analüüsitarkvara, mis sisaldab sobivusalgoritme, *case-mix*-klassifikatsioonisüsteeme, andmete integreerimise tööriistu jm häid kogemusi (33).

InterRAI võimaldab praegu kasutada 21 erineva spetsifikatsiooniga hindamisvahendit:

Akuutravi ja taastusravi

- **InterRAI AC** (*Acute Care*) – akuutravi hindamisvahend;
- **InterRAI AC-CGA** (*Acute Care for Comprehensive Geriatric Assessment*) – akuutravi terviklik geriaatriline hindamisvahend;
- **InterRAI CRA** (*Community Rehabilitation Assessment*) – kogukondliku rehabilitatsiooni hindamisvahend;
- **InterRAI PAC** (*Post-Acute Care*) – akuutravijärgne hindamisvahend.

Täiskasvanute ja eakate hooldus

- **InterRAI CU** (*Check-Up*) – kogukonnas iseseisvalt elavate inimeste hooldusvajaduste hindamisvahend;
- **InterRAI CHA** (*Community Health Assessment*) – kogukonnas elavate inimeste tervisliku seisundi hindamisvahend;
- **InterRAI HC** (*Home Care*) – koduhooldusteenuseid kasutavate inimeste vajaduste, tugevuste ja eelistuste hindamisvahend;
- **InterRAI ID** (*Intellectual Disability*) – intellekti- või arengupuudega inimeste vajaduste, tugevuste ja eelistuste hindamisvahend;
- **InterRAI LTCF** (*Long Term Care Facility*) – pikaajalise hoolduse teenuseid ja hoolekandeesutustes (sh õenduskodudes) elavate inimeste vajaduste, tugevuste ja eelistuste hindamisvahend;
- **InterRAI PC** (*Palliative Care*) – palliatiivses hoolduses või hospiitsi teenusel olevate inimeste vajaduste, tugevuste ja eelistuste hindamisvahend.

Lapsed ja noored

- **InterRAI ChYMH** (*Child and Youth Mental Health Instrument and Adolescent Supplement*) – laste ja noorte vaimse tervise hindamisvahend ning lisa noorukite hindamise korral;
- **InterRAI ChYMH-DD** (*Child and Youth Mental Health Instrument for Developmental Disabilities*) – laste ja noorte vaimse tervise hindamisvahend arenguhäirete puhul;
- **InterRAI PEDS-HC** (*Child and Youth Pediatric Home Care*) – laste ja noorte pediatrilise koduhoolduse hindamisvahend.

Vaimne tervis

- **InterRAI AS** (*Addictions Supplement*) – sõltuvushäirete ja teiste kaasnevate vaimse tervise häiretega seotud vajaduste hindamisvahendi lisa;
- **InterRAI CMH** (*Community Mental Health*) – vaimse tervise hindamisvahend koduhoolduses;
- **InterRAI ESP** (*Emergency Screener for Psychiatry*) – psühhiaatria erakorraline hindamisvahend;
- **InterRAI FS** (*Forensic Supplement*) – kohtuekspertiisi lisa hindamisvahendile, mis on loodud spetsiaalselt kasutamiseks vanglates ja paranduskeskustes;
- **InterRAI MH** (*Mental Health*) – vaimse tervise hindamisvahend hooldusasutuses.

Lisaks

- **InterRAI AL** (*Assisted Living*) – toetatud elamise hindamisvahend;
- **InterRAI CA** (*Contact Assessment*) – kontakthindamise ehk esmatasandi hindamisvahend.

InterRAI hindamisvahendite kasutamine eeldab abivajaja seisundi regulaarset jälgimist, hindamist ning hooldusvajaduse dokumenteerimist, mis omakorda võimaldab (ja kohustab) sihipärasest hoolduse planeerimist ja koos sellega mõistlikku ressursikasutust. Seepärast on oluline, et InterRAI hindamisvahendite kasutamisel toimiks hoolduse ja ravi korraldamisel koostöö eri valdkondade spetsialistide vahel (33).

Eestis otsustati InterRAI hindamisvahendid kasutusele võtta Sotsiaalministeeriumi osalusel 2002. aastal, misjärel kohandati InterRAI LTCF hindamisvahendist koduhoolduse (InterRAI-KO) ja asutushoolduse (InterRAI-HO) hindamisvahendid Eesti vajadustele ning tunnistati sobivaks kasutamiseks Eesti hoolekande- ja tervishoiusüsteemis. InterRAI-HO-d on sobiv kasutada pikaajaliselt hooldusravil ja hooldekandeesutustes viibivate inimeste (patsiendid, hooldatavad) teenusevajaduse hindamiseks ning õendus- või hooldusplaani koostamiseks. InterRAI-KO-d on sobiv kasutada koduhooldusel viibivate või lühiajaliselt hooldusravi- või hoolekandeteenusel olevate inimeste teenusevajaduse hindamiseks (33).

Maailmas on InterRAI hindamisvahendid ulatuslikult kasutusel näiteks USA-s, Kanadas, Soomes ja Islandil. Hindamisvahendeid kasutatakse veel Norras, Saksamaal, Poolas, Hollandis, Hispaanias, Iisraelis, Šveitsis, Belgias, Austraalias, Uus-Meremaal ja vähesel määral Rootsis ja Itaalias. Enim on kasutusel kodu- ja asutushoolduse hindamisvahendid, aga samas kasutatakse ka InterRAI-PC, InterRAI-PAC, InterRAI-AC, InterRAI-MH hindamisvahendeid, millele lisanduvad osas riikides kohalikele oludele vastavalt täiendatud hindamisvahendid (InterRAI-AL jt) (33). Hiljuti avaldasid Kristinsdottir jt (37) artikli, kus InterRAI koduhoolduse hindamisvahendiga hinnati viies Euroopa riigis 65-aastaste ja vanemate koduhoolduse klientide vajadusi AdHOC (2001–2002) ja IbenC (2014–2016) projektide raames. Leiti, et enamikus osalevates riikides halvenesid kümne aasta jooksul koduhoolduse klientide kognitiivsed (mõõdetuna kognitiivse jõudluse skaalal) ja funktsionaalsed võimed (mõõdetuna igapäevaelu tegevuste hierarhia skaalal). Koduhoolduse kliendid, kes saavutasid füüsilisel ja kognitiivsel skaalal kõrge tulemuse, said ka koduhooldust oluliselt kauem kui need, kes said madala tulemuse. Uuringus järeldati, et paljudes Euroopa riikides elavad vanemad inimesed oma kodus, hoolimata halvenevatest füüsilistest ja kognitiivsetest võimetest ja seetõttu olid ka selle rühma koduhooldusteenused suurenenud (37).

The World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 on üldine puude või tegevuspiirangu hindamise vahend, et pakkuda standardiseeritud meetodit tervise ja tegevuspiirangu mõõtmiseks eri kultuurides (38). WHODAS 2.0 kontseptsiooni aluseks on WHO rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsiooni ehk RFK (ingl ICF *International Classification of Functioning, Disability and Health*) põhimõtted (39), kus funktsioneerimisvõime hindamisel arvestatakse inimese tervisenäitajaid, keha funktsioone ja struktuure, tegutsemis- ja osalusvõimet ning personaalseid ja keskkonnategureid (40). Hindamisvahend on mõeldud rahvatervishoiu spetsialistidele, arstidele, teistele tervishoiutöötajatele (nt rehabilitatsiooni-spetsialistid, füsioterapeudid ja tegevusterapeudid), tervisepoliitika planeerijatele, sotsiaalteadlastele ja teistele tegevuspiirangu- ja terviseuuringutega seotud isikutele. Samuti võib see kasulik olla üldtervishoiutöötajatele, psühhiaatritele, psühholoogidele, neuroloogidele ja sõltuvushäiretega töötavatele spetsialistidele,

sest asetab vaimse tervise ja sõltuvusprobleemid võrdsele alusele teiste üldtervise valdkondadega (39).

WHODAS 2.0 on hindamisvahend, mis hindab kliendi võimet viimase kuu jooksul sooritada tegevusi kuues funktsioneerimisvaldkonnas (39):

- **tajumine** – hindab suhtlemist ja arusaamist; spetsiifilised valdkonnad, mida hinnatakse, hõlmavad keskendumist, mäletamist, probleemide lahendamist, õppimist ja suhtlemist;
- **liikumine** – hindab selliseid tegevusi nagu seismine, kodus ringi liikumine, kodust väljumine ja kõndides pikema vahemaa läbimine;
- **enesehooldus** – hindab hügieeni eest hoolitsemist, riietumist, söömist ja üksi hakkama saamist;
- **inimestevaheline lävimine** – hindab suhtlemisoskust ja võimet suhelda teiste inimestega ning raskusi, mis võivad tervises seisundi tõttu lähedaste või võõrastega suhtlemist takistada;
- **igapäevased toimingud** – hindab raskusi igapäevategevustega toimetulekul (sh koduste kohustuste, vaba aja, töö ja kooliga seotud tegevused);
- **osalemine** – hindab sotsiaalseid oskusi, näiteks kogukondlikes tegevustes osalemist, vastaja ümbruskonnas esinevaid takistusi ja muid probleeme, näiteks eneseväarikuse säilitamist.

Kõigi kuue valdkonna jaoks pakub WHODAS 2.0 funktsioneerimise ja tegevuspiirangu profiili ja kokkuvõtlikku mõõdikut, mis on usaldusväärne ja rakendatav kõigis kultuurides ja kõigi täiskasvanud elanikkonnarühmade puhul (38). Vahend ei pea silmas konkreetseid haigusi, millest tulenevalt saab sellega võrrelda haigustest tingitud tegevuspiiranguid (41).

WHODAS 2.0-l on kolm versiooni, mis erinevad pikkuse ja kasutamise viisi poolest. Täisversioonis on 36 ja lühiversioonis 12 küsimust, vahepealse variandina kasutatakse ka 12 + 24 versiooni. WHODAS 2.0 eristab teistest tegevuspiirangute hindamisvahenditest selle otsene seos RFK-ga (39). Sellest tulenevalt on WHODAS 2.0 praegu maailmas üks juhtivaid tegevuspiirangu mõõtmise vahendeid.

Teadlased on leidnud, et hoolimata mõningatest uuringus väljatoodud piirangutest ja puudustest, on WHODAS 2.0 versioonid näidanud usaldusväärseid psühhomeetrilisi (oskuste, teadmiste, võimete, hoiakute, isiksuseomaduste ja õpitulemuste võimalikult objektiivne mõõtmine) omadusi, olenemata populatsiooni tüübist, keelest või riigist (42).

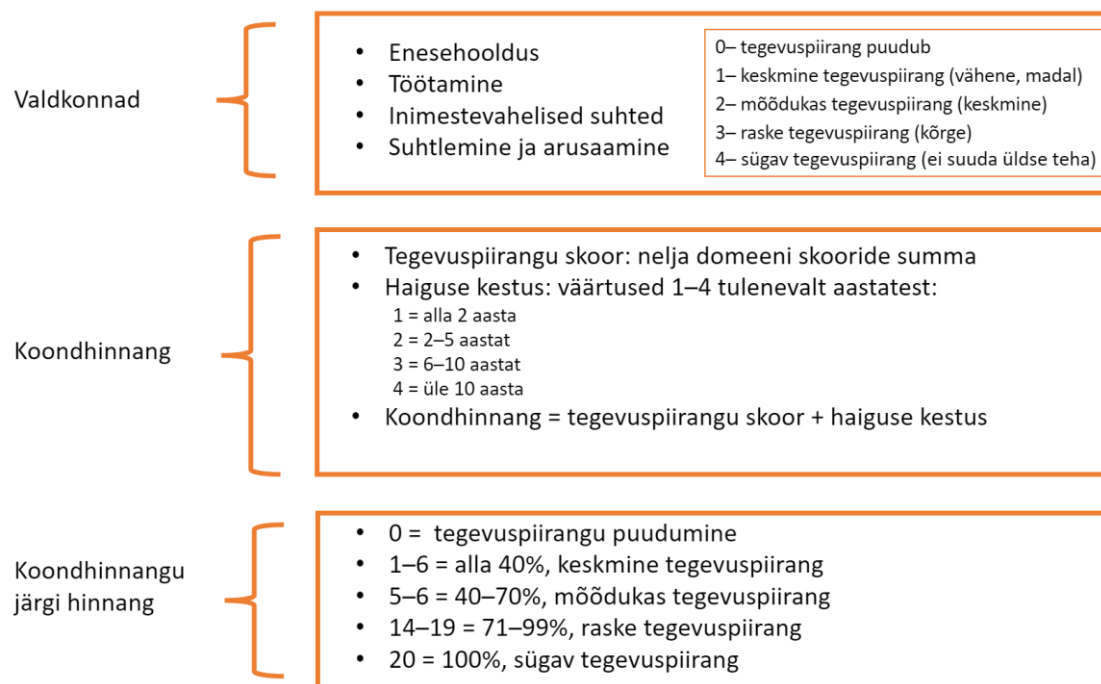
Indian Disability Evaluation and Assessment Scale, IDEAS

IDEAS põhineb WHO loodud puude hindamisvahendil WHODAS 2.0 (39), mida on täiendatud India kultuuri arvesse võttes. Eesti oludes on WHODAS 2.0 36 punkti küsimustikule tehtud kolm piloteerimist ja küsimuste sõnastust muudetud Eesti oludele sobivaks. Indias kasutatakse vahendit psüühikahäirest tulenevate tegevuspiirangute hindamiseks (38). Sellega hinnatakse tegevuspiirangut terviklikult mitmes valdkonnas, et tuvastada funktsionaalsete võimete vähenemist, planeerida ja jälgida terapeutilisi sekkumisi ning vajadust rakendada sotsiaalhoolekande skeeme. Tegevuspiirangut hinnatakse järgmise nelja valdkonna abil (38):

1. Enesehooldus – keha hügieen, üldine enese ja tervise eest hoolitsemine, mis hõlmab näiteks pesemist, tualeti kasutamist, riietumist ja söömist;
2. Töötamine – palgatöö, majapidamistööd, õppimine mis tahes kujul;

3. Inimestevahelised suhted (sotsiaalsed suhted) – teistega suhtlemise alustamine ja suhete hoidmine;
4. Suhtlemine ja arusaamine – suhtlemine ja teistest arusaamine suuliste, kirjalike ja mitteverbaalsete sõnumite loomise ja mõistmise kaudu.

Valdkonnad ja punktide määramine on selgitatud järgmisel joonisel (joonis 3). Hindamine toimub neljas valdkonnas, millest igaühes hinnatakse skaalavahemikus 0–4. Nelja valdkonna skooride summale (tegevuspiirangu skoor) lisandub haiguse kestuse põhjal saadud skoor skaalavahemikus 1–4. Koondhinnangu saamiseks tuleb tegevuspiirangu skoor ja haiguse kestuse põhjal saadud skoor kokku liita, mille alusel saadakse skoor, mis võrdub rahvusvahelise tegevuspiirangu skoori protsendiga; sh arvestatakse, et 40% alates algab hoolekandeteenuste vajadus.



Joonis 3. Valdkonnad ja punktiarvestus (IDEAS 28) (38).

Subramanyami jt (38) uuringus leiti, et WHODAS 2.0 hindamisvahendit on võimalik kohandada ka erinevat kultuurilist omapära arvesse võttes. Samas leiti, et hindamisraamistik on piirav, et seda sobib kasutada peamiselt psüühikahäirete puhul ning sellega on keeruline hinnata haiguse kestust episoodiliste häirete puhul.

IDEAS on positiivne näide, kuidas on võimalik WHODAS 2.0 hindamisvahendit edukalt kohandada oma kultuuri ja keskkonda ja seeläbi tõsta hindamisvahendi usaldusväärsust.

Instrument for the Classification and Assessment of Support Needs, I-CAN

Toetusvajaduste klassifitseerimise ja hindamise vahend I-CAN (43) on uuenduslik veebipõhine abivajaduse hindamise tööriist, mis põhineb olemuselt RFK-l ja *American Association and Intellectual and Developmental Disabilities* intellektipuude teoreetilistel mudelitel (44). See mõõdab, profileerib ja kirjeldab igapäevaelus osalemiseks vajalikku toetuse liiki ja suurust, kasutades selleks isikukesket lähenemist. Hindamisvahendi abil alustatakse poolstruktureeritud intervjuuga hindamist selliste küsimustega nagu „Räägi mulle endast ja mis sulle

meeldib?" ja „Millised on sinu pikaajalised unistused ja eesmärgid?“. Seejärel mõõdetakse I-CAN-iga tuge, mida inimene vajab oma unistuste ja eesmärkide saavutamisel ning hakkama saamisel igapäevaste tegevustega suhtlemise, tervishoiu ja arstiabi, isikliku hügieeni ja koduste toimetuste vallas. Seega minnakse I-CAN-i metoodikaga kaugemale inimese põhivajaduste täitmisel piirangute hindamisest ja uuritakse lähemalt toetust, mida inimene vajab, et saavutada või hoida tema soovitud elustiili ja -kvaliteeti (43). I-CAN-i hindamisvahendis on RFK tegevus- ja osalusvaldkonna täiendatud kolme tervise ja heaolu valdkonnaga, mille tulemusel on moodustunud kokku 12 valdkonda:

- liikumine (*Mobility*);
- kodune elukorraldus (*Domestic Life*);
- enese eest hoolitsemine (*Self Care*);
- kogukondlik, sotsiaalne ja ühiskondlik elu (*Community, Social and Civic Life*);
- suhtlemine (*Communication*);
- õppimine ja teadmiste rakendamine (*Learning & Applying Knowledge*);
- üldised ülesanded ja nõudmised (*General Tasks and Demands*);
- elukestev õpe (*Life Long Learning*);
- inimestevaheline suhtlus ja suhted (*Interpersonal Interactions & Relationships*);
- käitumisraskused (*Behaviours of Concern*);
- vaimne ja emotsionaalne tervis (*Mental & Emotional Health*);
- füüsiline tervis (*Physical Health*).

Iga valdkond jaguneb omakorda neljaks hinnatavaks alateemaks. Näiteks valdkond liikumine jaguneb järgmiselt: reisimine ja kohanemine, esemete kandmine ja liigutamine ühest kohast teise, kõndimine ja liikumine ning transpordi kasutamine. Füüsiline tervis on ainus valdkond, mis jaguneb tervisesüsteemide põhjal kümneks alateemaks. Hinnatakse poolstruktureeritud intervjuuna ja punktiarvestus toimub kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete vastuste abil. I-CAN-i hindamisvahendiga hindab üks või kaks hindajat abivajadust toetuse sageduse (*frequency*) (0 – mitte kunagi; 5 – pidev toetusvajadus terve päev) ja toetuse taseme (*level of support*) kaupa (0 – puudub; 5 – täielik / füüsiline abi). Peale selle hinnatakse kombineeritud abi intensiivsust, mis kujuneb eelneva kahe skaala hinde liitmise teel (45).

Riches jt (46) võrdlusuuringus võrreldi I-CAN-i varasemaid versioone psüühikahäiretega inimeste hindamiseks mõeldud ICAP-i (*Inventory for Client and Agency Planning*) hindamisvahendiga ja leiti, et kahe hindamisvahendi vahel on kõrge korrelatsioon, välja arvatud füüsilise tervise ning vaimse ja emotsionaalse tervise valdkonnas. Tõenäoliselt tulenes see asjaolust, et need kaks valdkonda on toetusvajaduse taseme määramise peamised tegurid ja muutuvad tõenäoliselt aja jooksul kõige enam. Autorid leidsid samuti, et I-CAN on kasulik ja praktiline vahend tegevuspiiranguga inimeste toetusvajaduse hindamiseks, kaasates inimest ennast, tema perekonda ja sõpru (46).

2. Katsetatav ATV hindamisvahend

EHK-teenuste ümberkorraldamise ja arendustegevuse käigus töötati Sotsiaalministeeriumi ja Trinidad Wiseman OÜ koostöös aastatel 2016–2017 välja isikukeskse erihoolekande teenusemudeli (ISTE) prototüüp ja uudne lähenemine abivajaduse hindamisele (47). Teenusmudeli üheks osaks on sotsiaalhoolekandelist abi vajava inimese abi- ja toetusvajaduse hindamine. Lähenemine toetab Eesti sotsiaalteenuste kvaliteedijuhises (48) väljatoodud, mille kohaselt on kõik Eestis pakutavad sotsiaalteenused lähtuvalt oma eesmärgist ja sisust alati suunatud inimese elukvaliteedi tõstmisele ja säilitamisele. Hindamisvahendi koostamisel analüüsiti Eestis kasutusel olevad hindamisvahendeid, millega tuvastatakse sotsiaalteenuste ja sotsiaalhoolekande vajadust: KOV-ide kasutatavad hindamisvahendid, Sotsiaalministeeriumi 2005. aastal loodud „Hindamisvahend hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks“, psühhiaatrilis-psühholoogiline skaala toimetulekupertentsiaali ja rehabiliteeritavuse hindamiseks (PPS-1), riskikäitumise hindamisvahend, rehabilitatsiooniteenusevajaduse eelhindamise vahend, töövõime hindamisvahend ja WHODAS 2.0.

Lähtudes nendest materjalidest ja isikukesksest lähenemisest, jõuti EHK-teenuste süsteemi arendusprotsessis seisukohale, et isikukeskse ja paindliku lähenemise saavutamiseks tuleb vältida teenuste korraldaja ja rahastaja tasemel ametnike detailidesse laskuvaid, sageli dubleerivaid, tegevusvõimet ja toimetulekuuskusi tuvastavaid hindamisi (49). ATV hindamisvahendi abil määratletakse inimese toetusvajadus seitsmes eluvaldkonnas ja see võimaldab eluvaldkondade kaudu ja vastavate teemade abil tuvastada inimese toetusvajaduse määra astmetel 0–4. Tuginedes hindamistulemusele, jõuab inimene konkreetse teenuseosutaja juurde, kus on võimalik teha detailsem hindamine ja planeerida konkreetsemaid sekkumisi, mille eesmärgipärasust ja tulemuslikkust on võimalik hiljem mõõta juba vastavalt spetsiifilisele hindamismetoodikale (47).

Aastatel 2016–2017 välja töötatud ISTE prototüüpi (sh ATV hindamisvahendit), kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on KOV, on SKA ja KOV-ide koostöös katsetatud alates 2019. aastast. 2022. aastal oli SKA sõlminud koostöölepingud 28 KOV-iga, kes osalesid konkursil „Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses 2022“. Täna on ATV hindamisvahend kasutusel ISTE teenusmudelit katsetavates KOV-ides, SKA teenusekonsultantidel EHK-teenusevajaduse hindamisel ja ühe vahendina kahest SRT vajaduse hindamisel.

Hindamine

Enne hindamist kogutakse kokku abivajaja kohta leiduv info ja vaadatakse üle oluline taustainfo, mis on seotud abi- ja toetusvajaduse hindamise teemade ja valdkondadega:

1. dokumentatsioon;
2. info formaalsetest kanalitest (nt koolisüsteemist väljuva noore puhul haridussüsteemis tehtud individuaalse arengu kaardid, arenguplaanid);
3. info andmebaasidest (päringud, mis annavad infot SKA hindamisest ja teenustest, TK hindamisest ja teenustest, võimaluse korral terviseinfosüsteemi andmed terviseseisundi ja KOV-i osutatud teenuste kohta, varasemate teenuste kasutamisel loodud ja kogutud info jms).

Kui selgub, et inimese kohta on riiklikes süsteemides juba tehtud hindamisi (nt töövõime hindamine, rehabilitatsiooniplaan, puude raskusastme tuvastamine), siis tutvutakse nende

materjalidega ning kasutatakse seal olevat infot toetusvajaduse hindamisel. Siinkohal on küll SKA hindajatel võrreldes KOV hindajatega oluline eelis, kuna nemad näevad ka toetatud hindamiste sisu, KOV hindajad näevad vaid otsuseid. Inimesega ja/või tema lähedastega kohtudes saab eeltäidetud lahtreid värskendada, täiendada või parandada, kui veendutakse, et dokumentide ja/või infosüsteemide põhjal eeltäidetud info ei vasta tõe (49).

Hindamisvahendi abil hinnatakse inimese iseseisvat toimetulekut ja toetusvajadust seitsmes eluvaldkonnas (49):

1. **sotsiaalsed suhted** – üks küsimus toetusvajaduse astme määramiseks;
2. **vaimne tervis** – kolm küsimust toetusvajaduse astme määramiseks;
3. **füüsiline tervis** – kolm küsimust toetusvajaduse astme määramiseks;
4. **hõive** – üks küsimus toetusvajaduse astme määramiseks;
5. **vaba aeg ja huvitegevus** – üks küsimus toetusvajaduse astme määramiseks;
6. **elukeskond** – üks küsimus toetusvajaduse astme määramiseks;
7. **igapäevatoimingud** – viis küsimust toetusvajaduse astme määramiseks.

Kommentaari lahteris täpsustatakse konkreetse inimese spetsiifilisi vajadusi, lisades selles eluvaldkonnas inimese kohta käiva faktilise info. Vaimse tervise, füüsilise tervise ja igapäevatoimingute valdkond jaotub mitmeks toetusvajadust määratlevaks küsimuseks, kuna need valdkonnad on mitmetahulisemad ning vajavad mitut küsimust, et mõista, millises tegevuses inimene täpsemalt abi võib vajada. Toetusvajaduse astmed on järgmised (tabel 2) (49):

Tabel 2. Toetusvajaduse astmed (49)

Aste	Toetusvajadus	Toimetulek
0	Iseseisev	Ei vaja toetust.
1	Madal toetusvajadus	Toimetulek kergelt häiritud. Vajab meeldetuletust ja nõustamist.
2	Keskmine toetusvajadus	Toimetulek mõõdukalt häiritud. Vajab regulaarset (1–4 korda nädalas) juhendamist ja abi.
3	Kõrge toetusvajadus	Toimetulek väga häiritud. Vajab igapäevaselt kõrvalabi ja toetust.
4	Äärmuslik toetusvajadus	Võimetu toime tulema või tegelema. Vajab püsivalt hooldust ja/või järelevalvet või tegevuste ülevõtmist teise isiku poolt.

Toetusvajaduse astme ja sobiva sotsiaalhoolekande abimeetme valikul on üldine põhimõte, et kui toetusvajaduse astmed jäävad vahemikku 0–2, siis vajab inimene toetavaid või kogukondlike sotsiaalhoolekande abimeetmeid, sest ta ei vaja konkreetses eluvaldkonnas abi ööpäev läbi. Kui inimese toetusvajaduse astmed jäävad eluvaldkonnas vahemikku 3–4, siis vajab ta kindlasti abi igapäevaselt või ööpäev läbi ja sobilikeks abimeetmeteks võivad olla vastavad ööpäevaringsed abimeetmed või ka tegevused teise inimese poolt (nt õiguste eest seismine ja asjaajamine eestkostja poolt) (49). Kohtudes ja abivajaduse hindamise jaoks lisainfot kogudes tuleb inimesega vestelda, pidades kinni olulistest hindamisvahendis olevatest teemadest ja toetudes iga eluvaldkonna juures välja toodud teemadele. Hindamise käigus tuleks inimeselt ja tema lähedastelt küsida üksnes neid küsimusi, mille kohta teistes ametlikes allikates info puudub (49).

3. Hoolduskoormuse hindamine

Elanikkonna vananemise ja vanusest tingitud haiguste tõttu on nõudlus hooldajate järele suurenenud (50). Meditsiinilised ja kultuurilised muutused ühiskonnas on kaasa toonud olukorra, kus hooldaja rolli ja tema heaolu on aina keerulisem defineerida (51). Hooldajad on need, kes pakuvad tuge inimestele, kelle iseseisev toimetulek on raskendatud ja kes vajavad pidevat kõrvalabi. Hooldajad võivad olla nii formaalsed (nt hooldustöötajad, KOV-i määratud ametlikud hooldajad) kui ka mitteformaalsed ehk omastehooldajad (nt pereliikmed, sõbrad jpt) (52). Pereliikmed on lähedaste pikaajalise hoolduse tagamisel võtmetähtsusega (53). Paljud uuringud märgivad, et omastehooldajad kogevad märkimisväärset koormust konkreetsete haiguste, näiteks Parkinsoni tõve, dementsuse, tõsiste vaimse tervise häirete ja lõppstaadiumis vähiga inimeste hooldamisel (53). Hooldajaks olemine võib nõuda nii füüsilist, psüühilist ja sotsiaalset panust kui ka rahaliselt suuri väljaminekuid, mistõttu võib see roll kaasa tuua üleliigse koormuse ja hakata hooldaja heaolu negatiivselt mõjutama (52).

Mõistet „hoolduskoormus“ hakati kasutama 1980. aastatel, kui USA professor Steven Zarit selle määratles. Hooldaja koormust mõistetakse kui krooniliselt haiget, puudega või eakat pereliiget või teist inimest hooldava inimese koormust. Hooldaja koormus on seotud nii hooldatava kui hooldaja heaoluga, mistõttu on oluline mõista hooldaja koormusega seotud mõõdet (majanduslikku, sotsiaalset, tervislikku ja juriidilist) (53). Näiteks Zariti loodud HK hindamisvahend Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu (*Zarit Burden Interview*) on kasutusel ülemaailmselt ning tõlgitud ka eesti keelde. Aastate jooksul on selle põhjal välja töötatud teisi HK hindamisvahendeid, millest igaüks on veidi erineva fookusega. Sageli on need kas haigus- või easpetsiifilised (nt palliatiivse ravi, krooniliste haiguste või dementsusega inimeste hooldajatele) või mõeldud konkreetsete protsesside hindamiseks. Paljude hindamisvahendite sobivust on uuritud ka mitme konkreetse haiguse raames (52).

Zarit määratles hoolduskoormust kui määra, mille puhul hooldajad tajuvad, et hooldamine on avaldanud negatiivset mõju nende emotsionaalsele, sotsiaalsele, rahalisele, füüsilisele ja vaimsele toimetulekule (54). Paljud uuringud on näidanud, et pikemaajalisem hoolduskoormus mõjub hooldaja heaolule negatiivselt, kusjuures suureneb hooldajate suremus (55), halveneb nende enesehügieen (56), suureneb sotsiaalne isoleeritus (57), depressioon ja ärevus (58) ning süvenevad rahalised raskused (59). 2014. aastal tehtud uuring näitas, et suur hoolduskoormus mõjutab tugevalt nii hooldatavaid kui ka hooldajaid. Hooldatavate heaolu mõjutab eelkõige hülgamine hooldaja poolt ja institutsionaliseerimine (60). Mõned analüüsid on välja toonud hoolduskoormusega seotud riskitegurid, milleks on näiteks naissugu, madal haridustase, kooselu hooldatavaga, depressioon, sotsiaalne isoleeritus, rahalised raskused, pikaajaline hooldamine, kesised toimetulekustrateegiad jms (54). Sealjuures on selgunud, et mida kauem hooldajad tunnevad suurt hoolduskoormust, seda tõsisemalt süvenevad negatiivsed mõjud (62, 63). Teisalt võib ka lühiajaline hooldamine olla väga stressirohke ja kurnav, näiteks kui hooldataval on raske haigus või hooldatav on laps (64, 65).

3.1. Rahvusvaheliselt kasutatavad HK hindamisvahendid

Järgnevas peatükis kirjeldame rahvusvahelistes analüüsid käsitletud HK hindamisvahendeid, mida on hoolduskoormuse ja sellega seonduvate oskuste, teadmiste, võimete, hoiakute, isiksuse-

omaduste ja tulemuste võimalikult laialdasel ja objektiivsel mõõtmisel eeskujuks seatud ja esile tõstetud. Hindamisvahendite kirjeldamisel on arvesse võetud kahte aspekti: valiidsust ehk kehtivust ja reliaablust ehk usaldusväärsust. Hindamisvahendite valikul tugineti 2009. a tehtud Whaleni ja Buchholzi analüüsile (65), mis selgitas eelmainitud väärtustele tuginedes välja ülemaailmselt levinud HK hindamisvahendid. Analüüsis kajastati nii objektiivset (hooldaja elukeskkonna eri aspektide muudatused ja/või häired) kui ka subjektiivset (hooldaja stressitunnetus seoses tema olukorraga) hoolduskoormust (65). Kuigi Whalen ja Buchholz uurisid põhjalikult rohkem kui 70 kehtivat ja usaldusväärset HK hindamisvahendit, siis käesolevas analüüsis kitsendatakse valikut järgmiste lisakriteeriumitega:

- käsitletakse kõige kõrgema usaldusväärsuse hinnanguga hindamisvahendeid;
- HK hindamisvahend on kasutusel Euroopa riikides, mis on Eestile sarnasema sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi ning kultuurilis-poliitilise taustaga;
- HK hindamisvahendite kohta on olemas vähemalt kaks teadusallikat alates aastast 2011.

Lisakriteeriumid sõnastasid autorid selleks, et kasutada Whaleni ja Buchholzi töötulemusi parimal moel analüüsi eesmärkidest lähtuvalt. Whalen ja Buchholz ei seadnud enda töös HK hindamisvahendeid paremusjärjestusse, kuna nad tõdesid, et hindamisvahendid on loodud erinevatel eesmärkidel ja nende sisu pole võimalik võrrelda. Whaleni ja Buchholzi sõnul ei ole mõistlik hindamisvahendeid paremuse järgi järjestada, sest iga HK hindamisvahend on mõne aspekti hindamiseks vajalik (65).

Burden Assessment Scale, BAS

BAS on Reinhardi jt 1994. a loodud rahvusvaheliselt tunnustatud skaala (66), millega on võimalik hinnata hooldaja igapäevast koormust. BAS-iga hinnatakse objektiivset ja subjektiivset omastehooldajate hoolduskoormust hindamisele eelneval kuuel kuul. BAS-i küsimustik koosneb 19 küsimusest (lisa 2) ning keskendub peamiselt raske psüühikahäirega (nt ärevushäired, depressioon, skisofreenia) inimese hooldajatele ja nende püsivatele stressikogemustele. 10 küsimusega hinnatakse objektiivset koormust ning ülejäänud üheksa keskenduvad subjektiivsele koormusele. BAS on teaduskirjanduses kasutust leidnud üle Euroopa – näiteks Rootsis (67), Saksamaal (68) – aga ka mujal maailmas, näiteks Ameerika Ühendriikides (69), Kanadas (70), Austraalias (71), Türgis ja Tais. (68)

BAS hõlmab laia omastehooldajate hoolduskoormuse ja kurnatuse hindamise spektrit. Küsimustik koosneb viiest teemavaldkonnast (68):

1. takistatud tegevused (nt puudumine töölt või koolist);
2. isiklik kurnatus (nt väsimus, hooldaja rollis löksus olemise tunne);
3. ajaline perspektiiv (nt tuleviku pärast muretsemine);
4. süütunne (nt kartus muuta hooldatava tervislik seisund halvemaks);
5. sotsiaalse toimetuleku raskused (nt muretsemine hooldatava tervise pärast).

Küsimustele vastatakse Likerti skaala abil vahemikus 1–4 (1 = üldse mitte, 2 = vähe, 3 = keskmiselt ja 4 = kõrgel tasemel) – mida kõrgem on väärtus, seda suurem on koormus. Teaduskirjanduse põhjal võiks viie valdkonna asemel olla neli valdkonda (68) ning need võiksid olla sõnastatud järgmiselt (70):

1. rolli kitsendus (nt tuntakse ennast ainult hooldajana);
2. perekondlik mõju (sh teiste lähedastega suhtlemine);
3. piinlikkus (nt kas hooldaja tunneb oma rolli pärast piinlikkust);

4. süütunne või muretsemine (nt hooldaja muretseb, kas teeb hooldatava jaoks piisavalt).

Samuti on teaduskirjanduses kajastatud BASi küsimustikku esialgse viie valdkonnaga, kuid nende all olevad küsimusi on modifitseeritud vastavalt vajadusele (71). Üldiselt tõdetakse teaduskirjanduses, et küsimuste valdkondadesse jagamine on keeruline ja see sõltub paljuski sihtriigist ja inimestest (teadlased, ametnikud, tervishoiuspetsialistid jne), kes skaalat riigi jaoks kohandavad. Teaduskirjanduses on BAS-i hindamisvahendi kehtivust ja usaldusväarsust hinnatud väga heaks, kuid valimid on uuringutes olnud väikesed ja homogeenid. (68)

Hunger jt (68) leidsid 2016. aastal, et saksa keelt kõnelevate riikide jaoks on vaja meetodikat, mille abil hinnata omastehooldajate hoolduskoormust, kes hooldavad vaimse tervise häiretega inimesi. Sobiva vahendi leidmiseks tõlgiti BAS-i küsimustik meditsiinipsühholoogia instituudis (*Institute of Medical Psychology*) saksa keelde ja tõlge valideeriti koostöös küsimustiku loojatega. Seejärel analüüsiti selle hindamisvahendi sobivust faktoranalüüsiga. Uuringusse kaasati 215 omastehooldajat, kes hooldasid peamiselt depressiooni või ärevushäiretega lähedast. Regressioonanalüüsiga hinnati ka teisi sõltuvaid muutujaid (nt vanus, sugu, haridus, tööstaatus ja perekonnaseis), mis võisid mõju avaldada (68). Uuringu tulemusel leiti, et saksakeelne nelja valdkonnaga (takistatud tegevused, isiklik kurnatus, ajaline perspektiiv ja süütunne) BAS küsimustik on sobivaim HK hindamisvahend (68). Kokkuvõttes kinnitas analüüs, et BAS-i küsimustik on hooldajate kogemuste ja hoolduskoormuse hindamiseks väga hea. BAS-i küsimustiku abil on võimalik efektiivselt hinnata objektiivset ja subjektiivset hoolduskoormust. Tõdeti, et 19 küsimusest koosnev BAS-i küsimustik on kasutajasõbralik ja ajaliselt sobiv hindamisvahend, vastamine ei võta liialt kaua aega. Uuringuga leidis kinnitust ka see, et riikide erinevad sotsiaal- ja tervishoiusüsteemid ja kultuurid mõjutavad hoolduskoormuse tekke põhjuseid (nt Lõuna-Euroopas on hoolduskultuur erinev Põhja-Euroopast ning seetõttu ei pruugi samad hindamisvahendid mõlemasse piirkonda väga hästi sobida) (68).

Zarit Burden Interview, ZBI

ZBI on teadusuuringute järgi ülemaailmselt kõige levinum HK hindamisvahend (65). Selle esimene, 1980. aastal loodud versioon koosnes 29 küsimusest, kuid aastate jooksul on seda toimetatud ja lühendatud – ajakohastatud versioon koosneb 22 küsimusest. Küsimustiku lühemad versioonid varieeruvad 1–18 küsimuse vahel (72,73), sealjuures kuue küsimusega küsimustikku peetakse 22 küsimusega versiooni kõrval optimaalseimaks (74). Seitsme küsimusega küsimustikku on kasutatud näiteks palliatiivse ravi puhul hoolduskoormuse hindamiseks (75).

Käesolevas uuringus keskendutakse 22 küsimusega hindamisvahendile, sest seda on teaduskirjanduses kõige rohkem kajastatud. ZBI-d on kasutatud enim subjektiivse hoolduskoormuse hindamiseks hooldajate puhul, kes on hooldanud eri diagnoosiga (nt dementsus, ajutrauma, vähk, südame-veresoonkonna haigused) inimesi (76). Vahendit on tunnustatud nii psühhomeetriliste omaduste kui ka kultuuriülesuse tõttu – ja see on teaduskirjanduse väitel maailmas laialt levinud – seda on kasutatud Euroopas Hispaanias ja Prantsusmaal (77), aga ka näiteks Ameerika Ühendriikides, Jaapanis, Lõuna-Koreas, Kanadas, Brasiilias, Singapuris ja mujalgi (65). Hindamisvahendi teisi versioone on samuti üle maailma palju kasutatud, nt Portugalis (78).

ZBI koosneb 22 küsimusest, mida hinnatakse viiepunktilisel Likerti skaalal (0 – mitte kunagi, 4 – peaaegu alati) ja mille osade punktisumma jääb vahemikku 0–88 punkti, kus kõrgem summa viitab kõrgemale hoolduskoormusele. Summat, mis on 17 punkti või üle selle, peetakse

märkimisväärseks hoolduskoormuseks, millest alates vajaks inimene lisatuge (76). Levinud on ka teistsuguse skaala ja punktide arvuga ZBI versioonid (79). Näiteks eestikeelne versioon (lisa 3) on loodud 2001. aastal (80).

Kui esialgu oli ZBI-s üks valdkond, siis aja jooksul on teaduskirjanduses hindamisvahendile juurde loodud erinevaid, kuid mitte ühel ajal kehtivaid valdkondi, nagu näiteks (76):

1. hooldamise tagajärjed (nt halvenenud sotsiaalsuhted);
2. hooldatava sõltuvus hooldajast (nt hooldatava suur abivajadus);
3. kurnatus ja ebakindlus (nt vihatunne, väsimus, tervise halvenemine);
4. süütunne ja enesekriitika (nt ebakindlus hooldamisel);
5. piinlikkus, viha ja frustratsioon (nt piinlikkus hooldatava pärast);
6. psühholoogiline koormus (nt kurnatus ja tervise halvenemine);
7. emotsionaalsed reaktsioonid (nt piinlikkus, vihatunne);
8. isiklik pinge (nt väsimus, koormatus);
9. pinge hooldaja rollis (nt väsimus, koormatus).

ZBI-d tunnustatakse teaduskirjanduses väga usaldusväärseks, eriti dementsuse, vähi ja ajutraumaga inimeste hooldajate puhul. Küsimustiku sisu on peetud ka väga sarnaseks BAS-i sisuga (76).

Teaduskirjandusest selgub, et kuigi ZBI-d peetakse heaks hooldajate HK hindamisvahendiks, siis peamiselt on ZBI-d kasutatud uuringutes psühholoogiliste tervisemuredega hooldajate hoolduskoormuse hindamiseks. 2018. aastal tehti Hispaanias uuring (81), mille eesmärk oli hinnata, kas skisofreeniapatsientide hooldamine mõjutab omastehooldajate elukvaliteeti, täpsemalt, kas 1) demograafilised näitajad, 2) hoolduskoormus, 3) sotsiaalne ja professionaalne toetus ning 4) leibkonna toimimine aitavad prognoosida hooldaja elukvaliteeti. Tulemusena leiti, et teiste näitajate (1, 3 ja 4) hulgas prognoosib elukvaliteeti kõige täpsemini ja paremini just ZBI abil mõõdetud HK (81). Madalam hoolduskoormus tähendab kõrgemat elukvaliteeti ja vastupidi.

2019. aastal uurisid Landfeldt jt (82) ZBI sobivust hoolduskoormuse hindamisel nende hooldajatel, kes hooldasid Duchenne lihasdüstroofiaga inimesi (82). Uuringust selgus, et ZBI psühholoogilised omadused ei pruugi olla nii tugevad, kui varem arvati – eeldatava ja tegeliku hoolduskoormuse vahel oli märkimisväärne lahknemine. Peale selle ilmnis, et mõned hindamisvahendi küsimused võivad olla üleliigsed ega pruugi olla eesmärgipärased. Ka leiti, et ZBI ei ole sobiv, et hinnata väikese hoolduskoormusega hooldajate koormust (nt hooldatava kauged sugulased). Kõige mõjuvama järeldusena leidsid autorid, et ZBI skaala ei ole sobiv seetõttu, et vastajad ei pruugi näiteks vahet teha vastustel „harva“, „mõnikord“ ja „üsna tihti“, mis tähendab, et skaalat võiks ZBI puhul edaspidi kohendada (82). Küll aga tõdesid Landfeldt jt (82), et ZBI on usaldusväärne hindamisvahend ning selle abil on võimalik eristada vähemalt nelja hoolduskoormuse taset. Siiski tõi uuring välja ka selle, et ühevaldkonnaga ZBI ei ole eelnimetatud sihtrühma puhul sobiv vahend, sest ei võimalda saada hoolduskoormuse kohta koguhinnangut.

Caregiver Reaction Assessment, CRA

CRA-d on teaduspublikatsioonides kasutatud peamiselt subjektiivse hinnangu saamiseks omastehooldajatelt, kes abistavad halvenenud füüsilise ja/või kognitiivse võimekusega eakaid inimesi, samas sobib see ka dementsuse või vähidiagnoosiga eakate, samuti ka laste, noorte ja ka tööealiste inimeste omastehooldajate koormuse hindamiseks. CRA-d eristab teistest hindamisvahenditest asjaolu, et sellega ei hinnata hoolduskoormust, vaid hooldajate positiivseid

reaktsioone hooldamisele. Peale selle saab CRA-ga hinnata hooldaja reaktsiooni muutusi aja jooksul (51).

CRA on üle maailma tunnustatud hindamisvahend, et hinnata erinevate terviseseisunditega inimeste hooldajate reaktsiooni. Üle-euroopaline projekt RightTimePlaceCare (edaspidi RTPC), mis kajastas kogemusi dementsusega inimeste hooldamisel, valis CRA omasteholdajate ja ametlike hooldajate reaktsioonide hindamise parimaks vahendiks (83) – põhjendusega, et see on hooldajate rahulolu hindamiseks efektiivne mitme valdkonnaga vahend (84).

CRA loodi 1992. aastal ja see hõlmab 24 näitajat, mis on jagatud nelja valdkonna vahel (lisa 4), samuti on olemas versioone, kus on päevakava ja tervise valdkonnad eraldi ehk kokku on viis valdkonda (85). Valdkondade punktid tulenevad iga näitaja skooride keskmisest (vahemikus 1–5), nende punktide kogusummat ei arvestata (85). Valdkonnad on järgmised (86):

1. mõju päevakavale ja tervisele (nt isiklike tegevuste lõpetamine hooldamise tõttu, töölt puudumine, füüsilise ja vaimse tervise halvenemine, väsimus);
2. enesehinnang (nt tahtmine hooldada, hea enesetunne hooldamisel);
3. perekondliku toe puudumine (nt perekond ei toeta hooldamisel, perekondlikud suhted on katkenud);
4. mõju majanduslikule olukorrale (nt finantsvahendite puudumine).

Näitajaid hinnatakse Likerti skaalal 1–5 (1 – ei nõustu üldse, 5 – nõustun täielikult). Hindamisvahendis on ka näitajaid, mille puhul on skaala vastupidine ehk 1 – täielikult nõus, 5 – üldse ei ole nõus ning sel juhul on indikaatori juures vastav märgistus – *reversed* ehk vastupidine. Kõrgem skoor enesehinnangu valdkonnas viitab suuremale rahulolule seoses hooldamisega, ülejäänud nelja valdkonna puhul on olukord vastupidine – kõrgem skoor viitab negatiivsetele tunnetele seoses hooldamisega (81, 87).

CRA hindamisvahendit on teaduskirjanduse andmetel kasutatud Hollandis (88), Norras (89), Hispaanias (51) ning üks suuremahuline uuring on tehtud kaheksas Euroopa riigis korraga (Eesti, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Hispaania, Rootsi, Holland ja Suurbritannia) (79). CRA kehtivust ja usaldusväärsust on tunnustatud ka Ameerika Ühendriikides (87), Hiinas (90), Indoneesias (91) ja Brasiilias (92) tehtud uuringutes.

Alvira jt avaldasid 2015. aastal uuringu, mis tehti Euroopa Liidu projekti RTPC raames ja milles osalesid Eesti, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Hispaania, Rootsi, Holland ja Suurbritannia (79). Uuringu eesmärk oli hinnata dementsusega inimeste ja nende omasteholdajate positiivseid ja negatiivseid reaktsioone ning reaktsioonide seoseid hooldajate ja hooldatavate terviseseisundiga koduhoolduses (ingl *home care*) ja pikaajalise hoolduse institutsioonides (ingl *long-term care institution*) (79). Uuringus osales 2014 dementsusega inimest ja nende omasteholdajat. Uuringus hinnati CRA abil hooldajate reaktsioone hooldamisele ja hoolduskoormuse hindamiseks kasutati ZBI-d. Uuringu tulemusel selgus, et seosed CRA valdkondade ja hoolduskoormuse vahel olid märkimisväärsed ja enamasti tugevalt seotud ehk omasteholdajate puhul on suurem hoolduskoormus otseselt seotud madalama enesehinnanguga. Perekonna toetuse puudumise valdkonnas oli samuti selge seos suurenenud hoolduskoormusega, küll aga olid seosed väiksemad valdkonnas „Mõju majanduslikule olukorrale“. Hoolduskoormuse tase on keskmiselt seotud ka päevaplaani valdkonna ja suurel määral valdkonnaga „Mõju tervisele“ (79).

Kokkuvõttes selgus, et riikide võrdluses on hoolduskoormuse ja hooldajate reaktsioonide seoste vahel erinevused. Suurimad erinevused tulenesid tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide erinevustest Lõuna- ja Põhja-Euroopa riikide vahel, nagu Hispaania ja Rootsi. Leiti, et kultuurilised erinevusi

peaks hindamisvahendi uuendamisel kindlasti arvesse võtma. Kinnitati üle, et mida rohkem negatiivseid reaktsioone omasteholdajal on, seda intensiivsemalt tunneb ta stressi ja pinget. Suured erinevused olid ka omasteholdajate ja institutsionaalse hoolduse hooldajate vahel – omasteholdajad kipuvad tundma rohkem negatiivseid reaktsioone ja seetõttu peaks nende reaktsioonide vähendamine, regulaarne hindamine ja professionaalne tugi olema esmatähtis (79).

Carer Support Needs Assessment Tool, CSNAT

CSNAT on hooldajate toetusvajaduste hindamisvahend (lisa 5), mida kasutatakse pikaajalise tegevuspiiranguga abivajajate hoolduskoormusega lähedaste või hooldajate koormuse hindamiseks (93). CSNAT loodi toetusvajaduste mõõtmiseks, mille puhul tuletatakse vajadus erinevate hoolduskoormusele viitavate näitajate põhjal (50).

Uuringu raames, mis eelnes CSNAT-i väljatöötamisele, tuvastati 14 teemat, mis hõlmavad hooldajate toetusvajadusi. Valdkonnad jagunevad kahte rühma, mis kirjeldavad hooldajate rolli ja tuge, mida nad võivad vajada palliatiivse haigusega lähedase hooldamisel kodustes tingimustes. Hooldajate toetusvajaduste otsese mõõtmise struktureerimiseks kasutati 14 valdkonda, võimaldades hooldajatel ise hinnata, millistes valdkondades nad rohkem toetust vajavad. Leiti, et CSNAT on sobiv vahend, et mõõta hooldaja toetusvajadust ning sellel on olemas kõik hoolduskoormusega seotud tunnused ja kriteeriumid (94).

Hindamisvahend koosneb 15 küsimusest, mis katavad järgmisi teemasid (95):

- hooldatava seisundi mõistmine;
- isikliku aja olemasolu;
- ravimite võtmine ja haiguse sümptomite haldamine;
- finantsilised, juriidilised ja tööga seotud probleemid;
- hooldustegevused;
- oma emotsionaalsete probleemidega tegelemine;
- teadmine, kelle poole mure korral pöörduda;
- enda tervise eest hoolitsemine;
- abivahendite kasutamine hooldamisel;
- uskumused ja vaimsed probleemid;
- haigusest rääkimine hooldatavaga;
- praktiline tugi kodustes tegevustes;
- teadmine, mida tulevikus seoses hooldamisega oodata;
- ööpäev läbi kestva hooldamisest puhkamine;
- muu... (avatud vastus).

CSNAT võimaldab hooldajal tuvastada valdkonnad, milles ta vajab rohkem tuge, misjärel võib hindaja vestelda hooldaja konkreetsete toetusvajaduste üle nendes valdkondades ja toetuse üle, millest võiks abi olla. See erineb tavapärasest praktikast, kus hooldaja vajaduste väljaselgitamine on puudu või teisejärguline osa abivajaduse hindamisprotsessist. CSNAT tagab, et vajaduste hindamisele järgneb sobilike ja vajalike toetusmeetmetega sekkumine (93).

Kreyer jt (96) tegid Saksamaal CSNAT-i saksakeelse versiooni valideerimise uuringu, mille raames tõlgiti hindamisvahend saksa keelde, 15 peres, kus oli omasteholdaja, korraldati kognitiivne testimine ja katsetati hindamisvahendit. Tulemustest selgus, et loodud saksakeelne versioon KOMMA oli lühike, kergesti mõistetav ja lihtsasti täidetav. Küsimused hindasid hooldajate toetusvajadusi piisavalt (96).

Aoun jt (97) tegid uuringu, mille eesmärk oli tuvastada ja käsitleda dementsusega inimeste omastehooldajate toetusvajadusi ning hinnata hooldajate kogemuste kaudu, kas CSNAT-i kasutamine koduhoolduses oli omastehooldajate jaoks sobiv ja asjakohane. Uuringus osalesid Lääne-Austraalia dementsusega inimeste omastehooldajad. Uuringu ajal hinnati kahel korral seitsmenädalase vahega omastehooldajaid CSNAT-i hindamisvahendiga. Esimene kontakt oli esmakohtumisel ja teine kord kohtuti seitsme nädala möödumisel. CSNAT-i lähenemisviis hõlbustas peres omastehooldaja ja toetust pakkuva isiku arutelu toetusvajaduste üle. Leiti, et hindamisvahendiga saab omastehooldajate puhul kindlaks määrata füüsilise ja psühhosotsiaalse toetusvajaduse ning seada prioriteedid õigeaegse toetuse saamiseks. Selline isikukeskne lähenemine on kooskõlas praeguse rahvusvahelise trendiga, mis seab esmatähtsaks subjektiivsuse ja kogemused, mis hõlmavad väärtusi, eelistusi ning psühhosotsiaalseid ja eksistentsiaalseid muresid (97). Uuringu põhjal järeldati, et kuna hindamisvahendiga hinnates oli võimalik toetusvajadus välja selgitada ja seeläbi tuge pakkuda, mis oli sobiv ka omastehooldajate hinnangul, siis võib CSNAT-i kasutamine tavapraktikas olla teostatav ja potentsiaalselt kulutõhus. Artiklis järeldati ka, et CSNAT-i abil hindamiseks ja vajaliku info kogumiseks saab edukalt kasutada telefonikõnesid ja teisi elektroonilisi viise (st omastehooldaja saab vastata telefoni teel või elektrooniliselt), mis on eriti sobiv nooremate omastehooldajate puhul (97).

3.2. Hoolduskoormuse hindamisvahendi väljatöötamine

SHS kohaselt peab KOV selgitama välja abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi, sealhulgas tuleb KOV-il välja selgitada abi vajavat inimest hooldava isiku toetusvajadus, võttes arvesse tema tegelikku hoolduskoormust, toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid (1). Projekti käigus töötati KOV-idele välja ühtne hoolduskoormuse hindamisvahend (eestikeelne lisa 6 ja venekeelne lisa 7), mis tagab üle KOV-ide sarnasema praktika ja hoolduskoormusega inimeste võrdsema kohtlemise. Lisaks võimaldab see tänasega võrreldes saada tulevikus parema ülevaate hoolduskoormusega inimeste sihtrühma suurusest, hoolduskoormuse mahust, tasemetest ning nende toetusvajadustest, et osutada hoolduskoormusega inimestele vajaliku abi ja tuge ning aidata kaasa uute toetavate teenuste arendamisele.

Hindamise eesmärk on selgitada välja, milline on hoolduskoormusega inimese koormuse tase ja toetusvajadus: millised on tema peamised tegevused, neile kuluv aeg ning kuidas see mõjutab toimetulekut, tervist ning ühiskonnas osalemise võimalusi. Hindamise tulemustele tuginedes saab KOV-i sotsiaaltöötaja ülevaate inimese hoolduskoormusest ja vajadusest lisaabi järele. KOV saab seejärel pakkuda inimesele tuge hoolduskoormusega toimetulemisel ja/või selle leevendamisel.

Hindamisvahendi väljatöötamisel peeti silmas, et see võtaks parimal moel arvesse välismaal kasutatavaid ja psühhomeetriliselt tunnustatud hindamisvahendeid, mida käsitleti eelmises peatükis. Ka on hindamisvahendi väljatöötamisel arvestatud 2022. aastal elanikkonna hoolduskoormuse uuringus (Sotsiaalministeerium/Euroopa Sotsiaalfond 2022) kasutatud küsimustikuga ning sellega, et hindamisvahendit kasutakse hiljem erineva profiiliga hoolduskoormusega inimeste seas. Uuringu raames hinnati ka seda, et kas ja kuidas on HK hindamisvahendit võimalik ühildada ATV hindamisvahendiga.

HK hindamisvahendi väljatöötamine toimus neljas etapis:

Esimeses etapis koostati 2011–2021 teaduskirjandusele tuginedes HK hindamisvahendite ülevaade (vt ptk 3.1. Rahvusvaheliselt kasutatavad HK hindamisvahendid). Kvalitatiivse analüüsi tulemusena koostati nimekiri küsimustest, mis esinesid eelnevalt teaduskirjanduse abil uuritud hindamisvahendites. Seejärel hakati neid sorteerima ning koostatavasse hindamisvahendisse valima. Uurimisrühm ja projekti juhtrühm hindasid küsimusi järgmiste kriteeriumite alusel: pikkus, teabelementide arv igas punktis, selgus, liiasus ja sihtrühmale sobiva sõnavara kasutamine. Nii kõrvaldati hindamisvahendist negatiivsed väited, mitmetähenduslikud terminid, kordused, reaktsiooniviited ja lühendid.

Teises etapis loodi hindamisvahendi esimene versioon, kasutades eelmises etapis koostatud küsimusi. Küsimusi analüüsiti, et kontrollida, mil määral on küsimused hindamisvahendi suhtes representatiivsed (sisu kehtivus) ja milline on nende üldine kvaliteet (selgus, täpsus ja asjakohasus). See võimaldas kõrvaldada küsimused, mille tähtsus oli ebaselge ning millest oli raske aru saada. Hindamisvahendi koostamisse oli kaasatud analüüsi juhtrühm, kes tegi hindamisvahendi ülesehituse ja sisu kohta asjatundlikke ettepanekuid, mida arvestati hindamisvahendis muudatuste tegemisel. HK tasemete kujunemise ja skoorimise meetodika valikul lähtuti kirjanduse ülevaate etapis vaadeldud hindamisvahendite meetodikast. Loodud hindamisvahendi teemaplokkide jaotust ja küsimuste iseloomu arvesse võttes osutus kõige sobilikumaks IDEAS 28 hindamisvahendi tasemete määramise ja skoorimise meetodika (joonis 3) (38). Seejärel valmis Exceli vormingus hindamisvahendi esmane versioon, mis tõlgiti ka vene keelde. Peale hindamisvahendi loomist tehti juhendmaterjal hindamisvahendi kasutamise kohta ning ka see tõlgiti vene keelde.

Kolmandas etapis analüüsiti hindamisvahendi usaldusväarsust ja valiidsust. Analüüsi eesmärk oli kontrollida iga küsimuse ja teemaploki asjakohasust, milleks katsetati küsimustikku viies KOV-is ja SKA-s. KOV-id valiti katsetamiseks suuruse, piirkondliku tausta ja vabatahtlikkuse kriteeriumite alusel ning tellijaga koostöös. Hoolduskoormuse hindamisel paluti vastata hindamisvahendi küsimustele ja lisalehele loodi ka tagasisidevorm, kus hindaja sai kommenteerida ja anda hinnangu hoolduskoormuse tasemete määramisel. Tagasiside võimaldas hinnata küsimuste ja hoolduskoormuse tasemete selgust. Seejärel, tuginedes saadud tagasisidele, tehti HK hindamisvahendis vajalikud muudatused ja loodi lõplik versioon. Hindamisvahendi sisemine valiidsus (Cronbach'i alfa) oli kogu vahendi puhul $> 0,7$.

Neljandas etapis valideeriti nii eesti- kui ka venekeelseid hindamisvahendi küsimusi ja omadusi (usaldusväarsus ja valiidsus). Selles tegevusetapis hinnati täpsemalt küsimustiku faktoriaalset struktuuri, kehtivust ja tundlikkust hoolduskoormuse hindamise suhtes.

HK hindamisvahendi kirjeldus

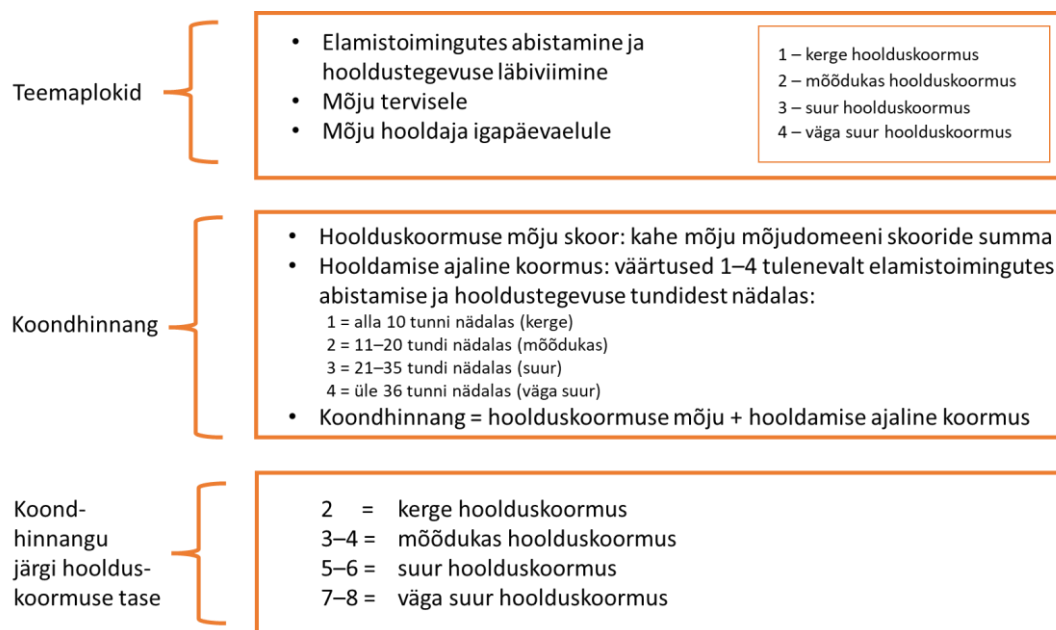
Hoolduskoormuse hindamisel kogutakse andmeid hooldustegevuste ajalise mahu, sellest tuleneva mõju kohta hooldaja tervisele, igapäevaelule ja majanduslikule toimetulekule. Hoolduskoormust hindavad küsimused jagunevad neljaks teemaploki:

1. abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevused (17 küsimust);
2. mõju tervisele (10 küsimust);
3. mõju igapäevaelule (9 küsimust);
4. mõju majanduslikule toimetulekule (5 küsimust).

Hindamise tulemusel määratletakse hooldaja hoolduskoormuse tasemel 1–4 (1 „kerge“, 2 „mõõdukas“, 3 „suur“, 4 „väga suur“). **Hoolduskoormuse koondhinnang** arvestatakse kokku kolme teemaploki küsimuste vastustest

- abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevused;
- mõju tervisele;
- mõju igapäevaelule.

Hindamisvahendis annab iga eelnimetatud teemaplokk eraldi skoori. Nende skooride liitmisel tekib koondhinnang, mis näitab hoolduskoormuse taset. Skoorimisest jäeti välja teemaplokk „Mõju majanduslikule toimetulekule“, kuna see üldjuhul ei mõjuta hoolduskoormuse taset, kuid iseloomustab pigem toetusvajaduse olulisust (joonis 4).



Joonis 4. HK skoori kujunemine.

Hooldamise ajaline koormus

Hooldamise ajalise koormuse skoor arvutatakse teemaploki „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevus“ küsimustes märgitud reaalse ajalise mahu järgi põhimõttel, et väga suur hooldamise koormus on üle 36 tunni nädalas. Teemaploki skooripunktide järgi antakse hinnang hoolduskoormusele ja sellele kuluvale ajale, nagu on välja toodud allolevas tabelis (tabel 3).

Tabel 3. Hoolduskoormusele kuluv aeg

Skoor*	Hoolduskoormus	Punktid
1–10 h	kerge hoolduskoormus	1
11–19 h	mõõdukas hoolduskoormus	2
20–35 h	suur hoolduskoormus	3
> 36 h	väga suur hoolduskoormus	4

* tundide (h) arv nädalas, mis kulub hooldajal hooldustegevuseks

Mõju tervisele

Teemaplokk „Mõju tervisele“ sisaldab 10 küsimust. Kaheksa vastust annavad hindepunktid, mis võetakse arvesse teemaploki skoori arvutamisel (tabel 4), et hinnata hoolduskoormusega kaasnevat mõju hooldaja tervisele. Kokku on teemaploki maksimaalne võimalik punktide arv 32. Näiteks juhul, kui punktide summa jääb vahemikku 25–32, on hoolduskoormuse mõju hooldaja tervisele väga suur.

Tabel 4. Hoolduskoormuse mõju tervisele

Skoor*	Koormus	Punktid
0–25% (1–8)	kerge	1
26–50% (9–16)	mõõdukas	2
51–75% (17–24)	suur	3
76–100% (25–32)	väga suur	4

Mõju igapäevaelule

Teemaplokk sisaldab üheksat küsimust hooldustegevuste mõju kohta hooldaja igapäevaelule. Hindepunktid antakse skoori arvutamisel erinevalt. Vastuste punktisumma põhjal arvutatakse välja teemaploki skoor, mille järgi hinnatakse hoolduskoormusega kaasnevat mõju hooldaja igapäevaelule. Kokku on maksimaalne võimalik punktide arv 32. Näiteks juhul, kui punktide arvu summa jääb vahemikku 25–32, on hoolduskoormuse mõju hooldaja igapäevaelule väga suur (tabel 5).

Tabel 5. Hoolduskoormuse mõju igapäevaelule

Skoor*	Koormus	Punktid
0–25% (1–8)	kerge	1
26–50% (9–16)	mõõdukas	2
51–75% (17–24)	suur	3
76–100% (25–32)	väga suur	4

Hoolduskoormuse koondhinnang

Hoolduskoormuse koondhinnangu arvutamiseks leitakse kõigepealt **hoolduskoormuse mõju skoor**. Selleks liidetakse kahe mõju teemaploki skoorid, mille tulemusena saadakse hinnang hoolduskoormuse mõjust hooldajale. **Hoolduskoormuse mõju skoori** arvutamisel eeltoodud valemi põhjal saadud punktide arvu summa on aluseks hoolduskoormusega kaasneva mõju koondhinnangule. Skoor iseloomustab hooldustegevuse mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele.

$$\text{Hoolduskoormuse mõju skoor} = \text{mõju tervisele} + \text{mõju igapäevaelule}$$

Minimaalne võimalik punktide arv on kaks ja maksimaalne kaheksa. Näiteks juhul, kui hoolduskoormuse mõju skoor jääb vahemikku 5–6, on hoolduskoormusega kaasnevatest mõjudest tulenevalt hooldajal suur hoolduskoormus (tabel 6).

Tabel 6. Hoolduskoormuse mõju

Skoor	Koormus	Punktid
2	kerge hoolduskoormus	1
3-4	mõõdukas hoolduskoormus	2
5-6	suur hoolduskoormus	3
7-8	väga suur hoolduskoormus	4

Hoolduskoormuse koondhinnangu arvutamiseks liidetakse hoolduskoormuse mõju skoorile hoolduskoormuse aja skoor. Minimaalne võimalik punktide arv on kaks ja maksimaalne kaheksa. Hoolduskoormuse koondhinnangu põhjal selgub ka hooldaja hoolduskoormuse tase. Näiteks juhul, kui hoolduskoormuse koondhinnang jääb vahemikku 7-8 on hooldaja hoolduskoormuse tase 4 ehk väga suur (tabel 7).

$$\text{Hoolduskoormuse koondhinnang} = \text{hoolduskoormuse mõju skoor} + \text{hoolduskoormuse aja skoor}$$

Tabel 7. Hoolduskoormuse koondhinnang

Skoor	Koormus	Punktid
2	kerge hoolduskoormus	1
3-4	mõõdukas hoolduskoormus	2
5-6	suur hoolduskoormus	3
7-8	väga suur hoolduskoormus	4

HK hindamisvahendi kasutamise hõlbustamiseks on loodud juhendmaterjal nii eesti kui ka vene keeles ning lähemalt saab nendega tutvuda lisades 6. ja 7. Juhendmaterjalis selgitatakse nii hindamisvahendi sisulist kui ka kasutamise seonduvat poolt.

4. Teiste riikide praktikad abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel

Käesolevas peatükis on kirjeldatud valitud riikide praktikaid abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel. Välisriikide abi- ja hooldusvajaduse hindamise kogemusi analüüsiti lisaks teaduskirjandusele ka kvalitatiivselt avaldatud allikate põhjal. Välisriikide kogemuse analüüsi käigus võeti vaatluse alla riigid, kus on nii abi- ja toetusvajaduse kui ka hoolduskoormuse hindamine mõnda aega juba toimunud ning selle kasutatavuse kohta ka piisavalt materjale välja antud.

4.1. Holland

Pikaajalist hoolduse valdkonda on Hollandis alates 2015. aastast põhjalikult reformitud ja seda reguleerivad 2021. aasta seisuga kolm seadust:

- Pikaajalise hoolduse seadus (*Long-term Care Act*) – reguleerib asutustes (hoolekandeesutused) ja kogukonnas (koduhooldus) hoolekannet inimestele, kes vajavad ööpäev läbi järelevalvet.
- Ravikindlustuse seadus (*Healthcare Insurance Act*) – reguleerib koduõendust ja isikuhooldust ja seda rahastavad tervisekindlustusandjad.
- Sotsiaaltoe seadus (*Social Support Act*) – reguleerib kohalike omavalitsuste poolt abi vajadusega inimeste toetamist.

Hollandis on integreeritud tervishoiusüsteem, kus on juurdunud Bismarcki traditsiooniline sotsiaalkaitsesüsteem, mis põhineb riiklikul, kutseorganisatsioonide ja tervisekindlustuse ühisel juhtimisel. Teenuste osutamisel on Holland liikunud järjest enam selle poole, et sotsiaalteenuseid korraldavad kohalikud omavalitsused (98). Eesmärk on lähtuda põhimõttest: „võimalikult kohalik, vajadusel piirkondlik“. Omavalitsused, kes on uute ülesannete jaoks liiga väikesed, peavad tegema omavahel koostööd või isegi ühinema, et sotsiaalhooldekande korraldamiseks oleks olemas vajalikud teadmised, oskused ja teenused (99).

Sotsiaaltoe seaduse (WMO) järgi peavad KOV-id toetama inimesi professionaalse hooldusega või kasutama teisi abi- ja toetusmeetmeid, et võimaldada inimesel elada võimalikult kaua oma kodus. Pakutavad toetused või teenused võivad olla: nõustamine ja koduhooldus, mitteametlike hooldajate puhkus, kaitstud kodu vaimupuudega inimestele ja abi koduvägivalla korral. Neid teenuseid osutavad KOV-id inimestele tasuta ning KOV-idel on võimalik teenuste kättesaadavust vabalt iseseisvalt korraldada.

Hollandi sotsiaalhoolekandesüsteemi kirjeldus

Hollandis toimib integreeritud hooldussüsteem, kus teenused tagatakse vastavalt iga inimese vajadustest lähtuvalt (sh nii sotsiaal kui tervishoiuteenused koos). Sotsiaalhoolekanne on Hollandis tervishoiu osa ning valdkonda rahastatakse tervishoiuga integreeritult, mis peaks pakkuma elanikkonnale laiaulatuslikku tervisekaitset. Sotsiaalhoolekandesüsteemi hulka kuuluvad ravikindlustusel põhinev sotsiaalkindlustussüsteem (*social health insurance system*),

isikupõhine pikaajalise hoolduse süsteem (*single-payer social insurance system for long-term care*) ja kohalike omavalitsuste sotsiaalhoolduse süsteem (*tax-funded social care scheme*) (100).

Sotsiaalkindlustussüsteemis konkureerivad inimestele sotsiaaltagatiste pakkumisel erinevad kindlustusettevõtted. 2006. aastal kasutusele võetud süsteem kohustab kõiki elanikke ostma sotsiaalkindlustuspoliisi, mis katab riiklikult kehtestatud ja kindlaksmääratud hüvitised. Kindlustusandjad peavad aktsepteerima kõiki kindlustusega liitujaid, kuid tihti esineb pakutavate poliiside kvaliteedis ja hinnas suuri erinevusi. Kindlustussüsteem hõlmab kogu eriarstiabi, esmatasandi arstiabi, ravimeid, meditsiiniseadmeid, täiskasvanute vaimse tervise probleemidega tegelemist ja koduõendusteenust.

Isikupõhine pikaajalise hoolduse süsteem on vabatahtlik individuaalne kindlustusel põhinev süsteem pikaajalise hoolduse jaoks, mida pakub piirkondlikult domineeriv ravikindlustusandja. See süsteem kutsuti ellu 2015. aastal ulatusliku reformi käigus, et piirata pikaajalise hoolduse suurenevaid kulutusi.

Kohalike omavalitsuste sotsiaalhoolduse süsteem on maksudest rahastatav sotsiaalhoolekande süsteem, mis toimib kohalike omavalitsuste kaudu. See süsteem on riiklikult reguleeritud rahvatervise juhendite poolt, kus omavalitsused peavad tagama mitmesugused teenused, sh sõeluuringud, vaktsineerimine ja tervisedendus (100).

Seadusandluses on kokku on lepitud, et integreeritud hooldussüsteem peab olema ennetav, multidistsiplinaarne ja hästi koordineeritud, mis on kohandatud konkreetse abivajaja vajadustele ja eelistustele. Integreeritud hoolduse lähenemine on Hollandis praegu veel haigusspetsiifiline ja suunatud kahele peamisele rühmale: (1) krooniliste haigustega inimesed ja (2) nõrga tervisega vanemad inimesed (99).

Inimeste raviotsustamises ja tegevustes juhendatakse varem kokkulepitud 14 hooldusstandardist, mille alusel koostatakse abivajajatele isiklik hooldusprogramm. Programmi ellu viiv hooldusmeeskond (tavaliselt KOV-i tasandil) koordineerib hooldust ja maksab teenuste eest protsessi kaasatud hooldusteenuse pakkujatele. Samas on inimestel võimalik loobuda hooldusmeeskonna pakutavast integreeritud hooldussüsteemist ja korraldada ise enda või lähedase jaoks vajalikku hooldust. Eriti keerukate probleemide korral, kus on oluline integreerida arstiabi, sotsiaalhooldust (sh ka toetusi) ja/või koduhooldust ning ka kogukondlike teenuseid, on vaja valdkondade väga head koostööd (101). Kohalikud omavalitsused, kes on ühtlasi teenuse korraldajad ja vahel ka osutajad, võivad asendada professionaalse hoolduse teiste lahendustega (nt kogukonnateenustega) ja kaasata seeläbi rohkem naabreid või vabatahtlikke. Kui varem oli abivajadusega inimestel õigus vaid professionaalsele sotsiaalsele toetusele ja koduhooldusele, siis nüüd on inimeste vajaduste hindamist lihtsustatud ja eeldatakse, et seeläbi saab vajalikke teenuseid ja sihitatud abi paremini osutada (102). Järjest enam tekib uusi hooldajaid toetavaid lahendusi ja teenuseid.

Aastatel 2008–2020 on Hollandis kokku rakendatud üle 125 uuendusliku lähenemisviisi. Üheks näiteks on projekt U-CARE, mille eesmärk on parandada 60-aastaste ja vanemate abivajajate tuvastamist ja jälgimist. U-CARE programm kasutab spetsiaalset tarkvara, et selgitada välja potentsiaalsed abivajajad, kellele erialase väljaõppega õed pakuvad integreeritud hooldusprogrammi. Tulemusena loodetakse abivajavate inimeste arvu vähendada (103).

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Abi- ja toetusvajadust hinnatakse Hollandis sotsiaalhoolduse seadusel (WMO) põhineval isikukesksete lahenduste ja individuaalse lähenemise põhimõttel. Siia alla kuuluvad füüsilise, vaimse või psühholoogilise puudega inimeste, sealhulgas intellektipuudega ja eakate abivajaduse hindamine.

Hindamise korraldamise kohustus on KOV-il, kelle toetusel on loodud piirkondlikud multidistsiplinaarsed meeskonnad, kelle ülesanne on selgitada välja inimeste toetus- ja abivajadus ning pakkuda neile kohaliku võrgustikku kaasates tuge. Hindamisel on meeskondadel vabadus tegutseda olukorrast lähtuvalt loovalt ja paindlikult. Kui kohaliku võrgustiku tugi jääb ebapiisavaks, kaasatakse hooldusprotsessi professionaalsed teenusepakkujad (104). Kuigi viimaste ülesandeid kirjeldatakse seadustes väga üldiselt, on KOV-id seadnud neile sotsiaalsete probleemide tulemuslikuks lahendamiseks kõrged ootused (105). KOV-i abivajaduse hindajad on märkinud hiljutises analüüsis, et pikaajalise hoolduse hindamismenetlused on Hollandis liiga ranged ja tõrjuvad pikaajalisest hooldusest sõltuvaid inimesi. Analüüsi kohaselt põhjustab see abivajaduse ja hoolduse pakkumisel lahkkelisid sotsiaalkindlustuse pakkujate ja KOV-i vahel, kuna hindamismenetluse käigus määratakse muu hulgas, milline organisatsioon või KOV maksab osutatava hoolduse kulud (106).

Hindamise tulemusel KOV-i osutatavate teenuste ja toetuste alla kuuluvad mh päevased tegevused, rahalised toetused, mitteametliku hooldaja toetused (nii teenused kui rahaline toetus), vabatahtlike abi, varjupaiga teenus pikaajaliste vaimse tervise häiretega inimestele või perevägivalda ohvriks langenud meestele, naistele ja lastele, sotsiaalne tugi kodututele ja ka rahaline toetus inimestele, kellel on kroonilise haiguse või haigusseisundi tõttu märkimisväärsed lisakulutused. Eesmärk on, et inimesed saaksid jätkuvalt olla ühiskonna täisväärtuslikud liikmed ja neil oleks võimalik jätkata kodus elamist (104).

Hollandi varasemal tervishoiu seadusel (AWBZ) põhinev lähenemisviis on nüüdseks asendatud vajadustel põhineva lähenemisviisiga. Kui varem oli abivajadusega inimestel õigus üksnes professionaalsele sotsiaalsele toetusele ja koduhooldusele, siis nüüd saab KOV hooldamistegevusse kaasata rohkem naabreid või vabatahtlikke. Nii on kohalikel omavalitsustel paremad võimalused, et hinnata inimeste vajadusi. Eeldatakse, et nad korraldavad seeläbi hooldust tõhusamalt, pöörates muu hulgas tähelepanu abivajaja enesekindluse tõstmisele ja hakkama saamisele (102).

Hoolduskoormuse hindamine

Hollandis toetavad nii valitsus kui ka KOV-id mitteametliku hooldust ja soodustavad seda mitmete meetmete ja toetustega. KOV-id näiteks toetavad mitteametlikke hooldajaid informatsiooniga ja asendushoolduse võimalusega. Hollandis ei ole inimesed seadusest tulenevalt kohustatud pereliikme eest hoolitsema, samas arvestavad nii KOV-id kui ka hooldust korraldavad meeskonnad alati mitteametliku hoolduse võimalustega. Seega tähtsustakse, tunnustatakse ja väärtustatakse omastehooldajate rolli formaalsete hooldajate kõrval aina enam (107). Omastehooldajate ja koduse hoolduse toetamine on sotsiaalhoolduse seaduse (WMO) järgi omavalitsuste kohustus (108). Küll aga toimub HK hindamine igas omavalitsusel erinevalt ning keskvalitsus pakub sellel teemal omavalitsustele nii tuge, nõustamist kui ka koolitust (109).

Omastehooldajate toetamiseks eraldatakse riigieelarvest KOV-idele rahalised vahendid, mis võimaldavad pakkuda eri viisil toetust. Enamikus KOV-ides on hooldajatel võimalik saada hooldamisega seotud küsimustes infot ja muud abi. Peale selle pakuvad KOV-id vaimse tervise

tuge, koolitusmaterjale, nõustamist, kursusi ja rahalist toetust, kuid toetusmeetmed oma-avalitsustes on erinevad (109).

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkondade katuseorganisatsioonide ActiZ, Zorgthuisnl, Vilans, V&VN ja ZonMw koostöös loodi infokeskus *Care for Better (Zorg voor Beter)*, kus avaldatakse materjale hooldusteemadel, muu hulgas ka HK kohta. Keskuse kodulehel avaldati 2021. aastal hollandikeelne hoolduskoormuse hindamise ja hoolduskoormusega kaasnevate probleemide lahendamise juhend (AQUA *Advies- en expertgroep Kwaliteitstandaarden*). Keskuse sihtrühm on omastehooldajatele tuge pakkuvad inimesed (perearstid, pereõed, kohalike omavalitsuste spetsialistid jms) (110,111).

4.2. Inglismaa

Inglismaal vastutab puudega seotud sotsiaalhooldusteenuste osutamise eest riiklik tervishoiuteenistus (NHS), millel on kokku seitse piirkonda, mis toetavad kohalikke omavalitsusi ühtsema ja jätkusuutlikuma abi pakkumisel. Abi- ja toetusvajaduse hindamise (sh hooldajate hindamise) ning abi pakkumise kohustus on 2015. aastal Inglismaal jõustunud hooldusseaduse (*Care Act*) kohaselt KOV-idel (112). KOV-id peavad tagama abivajaja iseseisvuse ja heaolu ning andma abivajajale asjakohast infot hoolduse ja toetusvõimaluste kohta (113). Inimesed, kellel on puudest, õnnetusest või haigusest tulenevad tegevuspiirangud, mida olemasolevate KOV-i teenustega ei ole võimalik rahuldada, kvalifitseeruvad NHS-i pakutavale tasuta sotsiaalhooldusele, mida korraldab ja rahastab üksnes NHS.

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Abi- ja toetusvajadust hindavad KOV-ide täiskasvanute sotsiaalteenuste osakonna töötajad, nt sotsiaaltöötajad ja tööterapeudid (Eesti kontekstis tegevusterapeudid, kes toetavad inimest tema taastumisel töö leidmisel). Abivajajat saab taotluse esitamisel lisaks kohalikule NHS-ile abistada mõni kohalik heategevusorganisatsioon, nagu *Citizens Advice Bureau*, kes aitab leida vajalikku informatsiooni ja suunab inimese abini (114). Hindamise vajadusest saab teada anda nii inimene ise kui ka tema sugulased või sõbrad – olenemata inimese abivajaduse tasemest ja finantsilisest olukorrast (114). Samuti saab hindamisele suunata perearst (115).

Üldjuhul toimub hindamine KOV-i vastavas keskses, kuid vajaduse korral hinnatakse nii veebis kui ka telefoni teel ning see kestab üldjuhul umbes tund aega. Abivajajalt küsitakse, kuidas ta saab hakkama igapäevaste toimingutega, nagu näiteks pesemine, riietumine ja toidu valmistamine (114). Samuti võidakse küsida spetsiifiliste tegevustega hakkama saamise kohta, nagu näiteks tee keetmine või toolilt püsti saamine. Kui hindamisprotsessi käigus tuvastatakse, et vajadus on kodu kohandamise (nt ukseava laiendamise) järele, tehakse eraldi kodukeskkonna hindamine (116).

Hindamisprotsessis tuleb hindajal arvestada hooldusseaduses (117) sätestatud punktidega ja asjaoluga, et hindamine

- toimuks kõigi abivajajate puhul, hoolimata nende majanduslikust olukorrast;
- tuleb tagada igale abivajajale, kelle puhul on kohalikul omavalitsusel arvamus, et tema vajadused on rahuldamata;
- kaasaks inimese ja vajaduse korral tema hooldaja või esindaja (nt eestkostja);
- toimuks vajadustest lähtudes, arvestades selle mõju inimese heaolule ja elu eesmärkidele, mida soovitakse saavutada.

Abi- ja toetusvajaduse hindamisel peavad olema täidetud järgmised kolm kriteeriumit:

1. KOV peab kontrollima, kas inimese vajadused tulenevad haigusest, füüsilistest või vaimsetest häiretest või on mõlemaga seotud. Siinkohal hinnatakse füüsilisi, vaimseid, sensoorseid, õpi- või kognitiivseid tegevuspiiranguid ja haigusi, samuti erinevate ainete kuritarvitamisest tulenevat ajukahjustust.

2. Tulenevalt abivajadusest peavad KOV-id kaaluma, kas inimene suudab järgmisi tegevusi või tingimusi täita:

- söögi tegemise oskuste säilitamine;
- isikliku hügieeni oskuste säilitamine;
- tualettruumi kasutamine;
- sobivalt riietumine;
- kodu turvaline kasutamine;
- elukvaliteedi säilitamine;
- pere- või teiste suhete arendamine ja hoidmine;
- juurdepääs tökohale ja sellega tegelemisele, koolitusele, haridusele või vabatahtlikule tööle;
- kohalikus kogukonnas vajalike rajatiste või teenuste kasutamine, sealhulgas ühistransport ja puhke võimalused või -teenused;
- täisealise lapse eest hoolitsemisega seotud kohustuste täitmine.

Tegevuste ja tingimuste täitmisel puudub hierarhia – kõik on abikõlblikkuse määramise otsustusprotsessis võrdselt olulised. Abi- ja toetusvajaduse taseme määramisel peavad KOV-id kõikides abikõlblikes tingimustes hindama täiskasvanu võimet loetletud tegevusi etteantud kriteeriumide järgi sooritada. Hooldusseaduse (117) määruste kohaselt tuleb hindamisel arvestada samuti olukordi, kus inimene:

- ei suuda praegu ega tulevikus paranedes ilma abita eelnimetatud tegevusi sooritada, nt vajab ta ka edaspidi abistamist või talle peab meelde tuletama isikliku hügieeni olulisust;
- suudab tegevusi sooritada ilma abita, kuid tegevus põhjustab talle märkimisväärset valu, stressi või ärevust;
- suudab tegevust sooritada või tervisetulemeid saavutada ilma abita, kuid see ohustab või võib ohustada tema enda või teiste tervist või ohutust;
- suudab tegevusi sooritada või tervisetulemeid saavutada ilma abita, kuid see võtab tal tunduvalt kauem aega, kui tavaliselt eeldatakse, ja see võib põhjustada kurnatust.

Tervisetulemid on mõõdetavad näitajad, mis kirjeldavad inimese tervislikku seisundit. Nende mõõtmisel saab hinnata muutust tervises seisundis (118).

3. Kui inimesel ei õnnestu kahte või enam nimetatud tervisetulemit saavutada või tegevust sooritada, peavad KOV-id kindlaks tegema, kas ja mil määral on mõjutatud inimese heaolu. KOV peab kaaluma, kui võrd mõjutab või omab tõenäolist mõju inimese üldisele heaolule tema suutlikkus sooritada tegevusi kahes või enam nimetatud valdkonnas (115).

Hindamisel antakse mõistele „oluline“ abivajadusest tulenevalt tihti erinev tähendus. Hindamisprotsessi mõju on abivajajale ülisuur, mõjutades tema heaolu ja võimalusi iga päev toime tulla. See, mis ühe inimese jaoks on oluline, ei pruugi seda teistel juhtudel olla teise inimese jaoks. Samuti ei pruugi samade teenuste mõju olla inimestele ühesugune. Seega uurivad KOV-i spetsialistid, kuidas inimese vajadused mõjutavad järgmisi heaolu valdkondi:

- isiklik väärikus (hõlmab ka austust inimese vastu);

- füüsiline ja vaimne tervis ning emotsionaalne heaolu;
- kaitse kuritarvitamise ja hooletuse eest;
- inimese võime kontrollida igapäevast elu;
- töö, haridus, koolitus või vaba aja veetmine;
- sotsiaalne ja majanduslik heaolu;
- kodused, perekondlikud ja isiklikud suhted;
- elamispinna sobivus;
- täiskasvanu panus ühiskonda.

Pärast hindamist saadetakse inimesele üldjuhul ühe nädala jooksul hindamistulemused, kus kirjeldatakse, millist tüüpi tuge ja hooldust ta vajab. Koostatakse hooldus- ja toetusplaan, mille KOV-i spetsialistid regulaarselt sõltuvalt vajadusest üle vaatavad. Abivajaduse korral hinnatakse eraldi inimese majanduslikku toimetulekut, et selgitada välja tema maksevõimekus abi eest ise tasuda. Kui hooldust vajava inimese säästud ja vara jäävad alla 23 250 naela, aitab KOV vajalike teenuste eest tasuda, kuid see oleneb siiski säästude suuruselt. Vara väärtuse hulka ei arvestata kinnisvara, kui inimene kasutab seda oma elukohana. Näiteks alla 14 250-naelaste säästude korral KOV inimesele vajalike teenuste eest maksimalkohustust ei kehtesta. Kui säästud jäävad vahemikku 14 250 – 23 250 naela, saab KOV määrata inimese omaosaluse määra, mida hooldatav peab ise tasuma (114). Juhul kui leitakse, et hooldatav ei kvalifitseeru hooldus- ja tugiteenustele, peab KOV siiski pakkuma tasuta informatsiooni ja nõu, kuidas kohalikus kogukonnas tasuta või siis ka tasu eest abi saada. Kui inimene ei ole hindamise tulemustega rahul, on tal võimalik otsus edasi kaevata KOV-i sotsiaalhoolduse ombudsmanile (114).

Hoolduskoormuse hindamine

Hoolduskoormuse hindamise eesmärk on välja selgitada, kuidas ja mil viisil on võimalik hooldaja elu lihtsamaks teha. Hooldajate osakaalu hindamisel elanikkonnas toetatakse kahele erinevale allikale:

- 2021. aasta perearstide patsientide uuringu (*GP Patient Survey*) tulemusel leiti, et ligikaudu 18% Inglismaa elanikkonnast, kes on vähemalt 16-aastased on hooldajad (119);
- 2011. aasta rahvaloenduse tulemusena hinnati, et tasustamata hooldajaid on Inglismaal 10,2% (5,4 miljonit), kellest 58% on naised ning 6,5% (3,5 miljonit) tegeleb hooldamisega 1–19 tundi nädalas, 1,4% (721 000) 20–49 tundi nädalas ning 2,4% (1,3 miljonit) 50 või rohkem tundi nädalas (120).

Hindamist saab taotleda igaüks, kes on vähemalt 18-aastane. Hinnata on võimalik paralleelselt hooldatava abi- ja toetusvajaduse hindamisega. Hindamisel küsitakse, kuidas hooldaja saab hooldamisega hakkama, sh kuidas see mõjutab füüsilist ja vaimset tervist, tööd, vaba aega ja suhteid. Üldjuhul hinnatakse otsekontaktis, kuid osas KOV-ides pakutakse võimalust hinnata ka üle veebi või telefonitsi. Seejärel saab anda hooldajale hoolduskoormuse leevendamise puhuks järgmisi soovitusi:

- hoolduskohustuse üleandmine kellelegi teisele, et ise puhata;
- füüsilist aktiivsust soodustavate tegevuste pakkumine stressi maandamiseks (nt spordiklubi liikmelisus);
- abi taksokulude eest tasumisel, kui inimene ise autot ei juhi;
- abi majapidamis- ja aiatöödel;
- ergonoomiliste hooldusvõtete kasutamine;
- kontakti loomine kohalike tugigruppidega;

- nõustamine hooldajatele mõeldud soodustuste vallas (nt hooldajatoetus).

Hindamisotsus saadetakse üldjuhul ühe nädala jooksul ning abile kvalifitseerumise korral tehakse sarnaselt abi- ja toetusvajaduse hindamisel määratud kriteeriumitel majandusliku olukorra hindamine ning koostatakse hooldus- ja tugiplaan. Juhul kui KOV leiab, et hooldaja ei kvalifitseeru tugiteenustele, peab KOV sarnaselt abi- ja toetusvajaduse hindamisele pakkuma tasuta informatsiooni ja nõu, kuidas vajaduse korral abi saada. Kui inimene ei ole hindamise tulemustega rahul, on võimalik otsus edasi kaevata KOV-i sotsiaalhoolduse ombudsmanile. Peale omastehooldajate on Inglismaal tegutsemas hooldusteenust pakkuvaid ettevõtteid, kelle töötajad pakuvad abivajajatele hooldaja teenuseid. Tänapäevaks on juba üle 80 teenusepakkuja Inglismaal hakanud kasutama hooldaja toetusvajaduse hindamiseks CSNAT-i hindamisvahendit.

5. Eesti KOV-ide senised praktikad abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel

Ajavahemikus 08.08.2022 – 30.09.2022 tehti Eesti KOV-ide hulgas veebiküsitlus, mille eesmärk oli koguda infot kogemuste kohta abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamisel. Küsitluse ankeet saadeti välja kõigi 79 KOV-i sotsiaalvaldkonna eest vastutavale inimesele. Küsitlus tehti anonüümsena, vastuseid ei seostatud ühegi konkreetse KOV-iga. Igale KOV-ile saadetud küsimustikku sai täita ainult ühe korra, mis kindlustas, et iga vastatud küsimustik oli ainulaadne (st erinevast KOV-ist). Esialgu planeeriti küsitluse kestuseks kaks nädalat. Selle aja jooksul saadi vastuseid vaid 27 KOV-ilt. Et vastanute arv oleks suurem, pikendati küsitlust nelja nädala võrra. Küsitluse tähtaja pikendamisel tuletati iga nädal KOV-idele küsitluses osalemist meelde ja pikendatud aja jooksul vastas veel 16 KOV-i. Küsitluse tulemused on summeeritud ja esitatud osakaaluna kõikide küsitlusele vastajate hulgast.

Küsitlusele vastasid sotsiaalhoolekande valdkonna töötajad 43 KOV-ist (54% Eesti kõigist KOV-ideist). Vastanutest ligi pooled (47%) olid osakonnajuhatajad, neljandik (28%) olid sotsiaaltöötajad või spetsialistid ning viiendik (21%) sotsiaalnõunikud.

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Peaaegu kõik küsitlusele vastanud KOV-id (ühe erandiga) tegelevad abi- ja toetusvajaduse hindamisega ning korraldavad abi osutamist vajalikes tegevustes. Olenevalt KOV-i suuruselt, varieerub hindamisega tegelevate töötajate arv vahemikus 1–63, mis teeb keskmiseks 6,8 hindajat KOV-i kohta. Võttes aluseks 2022. aasta rahvastiku andmed, on küsitlusele vastanud KOV-ides keskmiselt üks abi- ja toetusvajaduse hindaja 2340 elaniku kohta.⁴ Samas on varieeruvus väga suur – väiksema rahvaarvuga KOV-ides on hindajate suhe elanikesse suurem ja suuremates väiksem.

Hoolduskoormuse hindamine

Vastanud KOV-ideist 70% hindab abivajavat isikut hooldava isiku toetusvajadust ehk hoolduskoormust ja 30% ei hinda. Selline jaotus tuleneb tõenäoliselt asjaolust, et küsitlusel osalenud KOV-id pole selleks veel sobilikku hindamise metoodikat leidnud. Usutavasti hinnatakse enamikus KOV-ides hooldaja vajadusi ja koormust hooldatava abi- ja toetusvajaduse hindamise käigus ja iga abivajajaga ei kaasne hoolduskoormusega lähedast. Hoolduskoormuse hindamisega tegeleb küsitluses osalenud KOV-ides keskmiselt iga teine abi- ja toetusvajadusega tegelev sotsiaalhoolekande spetsialist. 2022. aasta rahvastikuregistri andmete järgi tegeleb samades KOV-ides hoolduskoormuse hindamisega keskmiselt üks sotsiaalhoolekande spetsialist 3890 elaniku kohta.

Hindamise aluseks olevad hindamisvahendid

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

88% KOV-ideist märkis, et nad kasutavad abi- ja toetusvajaduse hindamiseks varem väljatöötatud hindamisvahendeid, mis on oma ülesehituselt enamjaolt erinevad. Veidi üle poolte (53%)

⁴ KOV-is ATV hindamisega tegelevate töötajate arvu ja samas KOV-is elavate inimeste arvu suhe.

küsitlusele vastanud KOV-idest kasutavad hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks ESF-i toetusel loodud hindamisvahendit või sellele sarnast 178-punktilise hinnanguga süsteemi. 13% KOV-idest kasutab oma töös 2005. aastal Sotsiaalministeeriumi loodud soovitusliku materjali „Hindamisvahend hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks“ originaalversiooni või selle kohandusi. 30% hindamisvahenditest olid ülesehituselt erinevad ja hindamisvahendi originaalversioon ei olnud tuvastatav, kuid selle valdkonnad olid sisu poolest omavahel sarnased. KOV-id on hindamisvahendeid endale käepärasemaks muutnud ja kohandanud vastavalt hindajate vajadustele ja olemasolevatele teenustele. Enamik (91%) vastajatest leidis, et nende kasutatavad hindamisvahendid on abivajaduse hindamiseks sobivad või siis tuleks neid veidi täiendada. Ainult 5% vastajatest leidis, et kasutatav vahend abi- ja toetusvajaduse hindamiseks pigem ei sobi.

Hoolduskoormuse hindamine

KOV-idest, kus tegeletakse hoolduskoormuse hindamisega, vastasid ligikaudu pooled (53%), et nad kasutavad selleks konkreetset hindamisvahendit, küsimustikku või toetavaid küsimusi ehk siis pooltel hoolduskoormuse hindamiseks hindamisvahendit kasutusel pole. Hindamisvahendite lähemal vaatlusel selgus, et need on pigem sotsiaalteenuste ja hooldusvajaduse, mitte koormuse hindamiseks. Hoolduskoormuse hindamiseks kasutati:

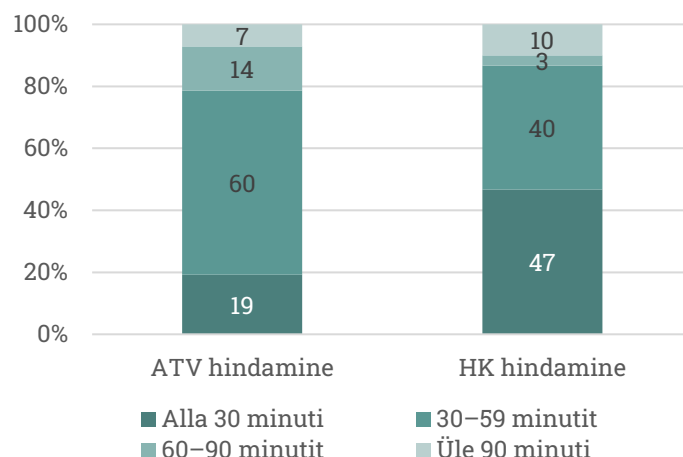
- hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuse määramise instrumenti (40%);
- ise loodud hindamisvahendit (30%);
- hooldustoetuse ja -vajaduse hindamisvahendit (20%);
- sotsiaalteenuste mõõtmise hindamisvahend (10%).

Enamik (94%) küsitluses osalenud KOV-idest, kellel oli nende enda hinnangul HK hindamisvahend olemas, märkisid selle sobivaks, samas leidis ligi pool (56%), et see küll sobib hoolduskoormuse hindamiseks, kuid vajab siiski täiendamist. Ainult 6% HK hindamisvahendi kasutajatest leidis, et nende kasutatav hindamisvahend või -vahendid selleks ei sobi.

Hindamistele kuluv aeg

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Küsitlusele vastanud KOV-id on personali ja nende tööülesandeid planeerides arvestanud, et hindamise peaks saama ära teha ühe tunni jooksul. Enamik vastajatest (79%) ütles, et abi- ja toetusvajaduse hindamisele kulubki tavaliselt vähem kui tund ning nendest omakorda neljandik märkis, et nendes KOV-ides kulub ühele hindamisele vähem kui pool tundi. Üle tunni kulub abi- ja toetusvajaduse hindamisele viiendikul (21%) kõigist vastanud KOV-idest (joonis 5).



Joonis 5. Abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamisele kuluv aeg.

Hoolduskoormuse hindamine

Üldjuhul on KOV-id personali ja nende tööülesandeid planeerides arvestanud, et hoolduskoormuse hindamise peaks tegema kuni 60 minuti jooksul. Enamik (87%) küsitluses osalenud KOV-ide esindajatest ütles, et hindamisele kulub tavaliselt vähem kui tund, neist umbes pooled märkisid, et neil kulub ühele hindamisele alla poole tunni. Vastajatest 13% väitis, et nende KOV-is kulub hoolduskoormuse hindamisele enam kui tund (joonis 5).

Vajadus ATV ning HK hindamisvahendite järele

Küsitlusest selgus, et enamik (95%) vastajatest pidas oluliseks, et KOV-ides oleksid kasutusel standardsed ATV ning HK hindamisvahendid ning ainult väike osa (5%) ei pidanud seda oluliseks. Küsimustikule vastajad leidsid, et ühtsed hindamisvahendid on olulised, kuna:

- see võimaldab ühtlustada hindamismeetodit üle riigi ja vähendab hindamisel erinevaid lähenemisi;
- ühtne hindamisvahend, mis on koostatud koostöös KOV-iga, ühtlustab arusaamasid ja annab parema selguse ka inimese jaoks;
- ühine dokumentatsioon annab turvatunde, et spetsialistid saavad hindamisest aru ühtemoodi, kuna hindamine kui niisugune võib olla subjektiivne;
- inimesed liiguvad omavalitsuste vahel ja ühtselt hinnatud andmed saab vajaduse korral võrrelda, mis annab ressursi kokkuhoiu.

Samas leidsid küsimustikule vastajad, et:

- teenused on erinevad ja hindama peab spetsiifiliselt teenuse sobivusega seostuvat abivajadust;
- kui tuua paralleel meditsiinist, siis ei saa ühe hindamisvahendiga hinnata kõiki terviseprobleeme, samuti ei saa seda teha hoolekandes;
- kindlasti on teenuste osutamisel omavalitsustes oma spetsiifika, kuid hea oleks siiski tugineda üldisemale hindamisvahendile, mille rakendamisel lisada oma erisusi;
- võiks olla küll ühtne hindamisvahend, kuid see ei tohiks olla liiga pikk ega võtta liiga palju aega.

Üks vastajatest lisas, et nad hindavad hoolduskoormust avatud vestluse kaudu – nõustavad, kuulavad ära ja pakuvad lahendusi koormuse vähendamiseks.

Küsitluse lõpus lisasid küsimustikule vastajad teema kohta nende jaoks järgmisi olulisi punkte:

- Praegu katsetamisel oleva hindamisvahendi suurim puudus on, et see ei arvesta piisavalt kliendi psüühilist erivajadust (abivajaja puhul, kes ei kvalifitseeru erihoolekande teenuse saajaks, kuid vajab näiteks järelevalvet, turvalist teenuskeskkonda väljaspool kodu (päevakeskuses) jms);
- Ainus uute vahenditega tulekuga kaasnev hirm on, et need on liiga pikad, täitmiseks ajamahukad ja klienti väsitavad;
- Aegade jooksul oleme ise hindamisvahendit lühemaks teinud aga kindlasti ei ole see lõpuks ideaalne;
- Kliendid on tihti häiritud, kui küsitakse küsimusi, mis on juba arstiga läbi arutatud – milleks teha sama hindamine uuesti?

Ka leidsid küsimustikule vastajad, et hooldaja hoolduskoormust hinnatakse vaatluse ja vestluse käigus registriandmete kontrollimisel – millistes toimingutes ja kui tihti ta hoolealune abi vajab ning kui raske ja mis liiki puue tal on – ning fikseeritakse see üldisel vormil, milleks võib näiteks olla „abivajaduse hindamise kaart sotsiaalteenuse osutamiseks“.

6. Hindamisvahendite katsetamine

ATV ning HK hindamisvahendi katsetamise eesmärk oli välja selgitada, kas olemasolev ATV hindamisvahend on piisavalt usaldusväärne inimese abivajaduse hindamiseks nii riigi kui omavalitsuse tasandi abimeetmete määramiseks ning kas HK hindamisvahend on omaste-hooldajate ja hooldajate koormuse ning toetusvajaduse hindamiseks sobiv. Selleks katsetati hindamisvahendeid ajavahemikus 8. augustist 2. detsembrini 2022 viies KOV-is ja SKA-s. KOV-ide valikul lähtuti piirkondlikest ja halduslikest erinevustest ning sellest, et katsetamises osalevatest KOV-idest ei oleks enam varem ISTE teenusmodeliga seotud.

Eestis on 79 KOV-i, mis jagunevad 15 linnaks ja 64 vallaks. Siinse uuringu jaoks jaotati KOV-id tulenevalt halduslikust erinevusest viieks rühmaks. Igast rühmast valiti koostöös tellijaga välja üks KOV, kus katsetati nii ATV kui HK hindamisvahendit.

- **Suured linnad:** Tallinn, Tartu, Pärnu ja Narva ([katsetaja Tallinn](#)).
- **Peamiselt venekeelse elanikkonnaga piirkonnad:** Narva, Kiviõli, Kohtla-Järve ([katsetaja Kohtla-Järve](#)).
- **Domineeriva linnalise keskusega piirkonnad:** Võru, Rakvere, Jõgeva või Viljandi ja selle ümbruskonna vallad, kus nii meditsiinilised kui ka sotsiaalteenused on tihti koondunud linna ([katsetaja Jõgeva vald](#)).
- **Hajaasustuse ja suure territooriumiga piirkonnad:** piirkonnal võib küll olla oma keskus (nt Mustvee), kuid inimestel on pikk tee sotsiaalteenusteni ([katsetaja Alutaguse vald](#)).
- **Keskmise või väiksema suurusega vallad, kus ei ole suurt infrastruktuuri:** vallas on oma sotsiaalhoolekande spetsialist, kes tunneb oma valla inimesi ja püüab läheneda personaalselt, samas on pakutavate abi- ja tugiteenuste valik väike ([katsetaja Hiiumaa vald](#)).

Abi- ja toetusvajaduse hindamine on SHS-i § 15 järgi KOV-i kohustuslik toiming, mille käigus selgitatakse välja inimese abi- ja toetusvajadus ning see, millistes eluvaldkondades on abi vaja, et igapäevaste tegevustega toime tulla ja säilitada elukvaliteet. Hindamise käigus märkisid hindajad saadud info katsetamisel olevatesse hindamisvahenditesse. Sealjuures hinnati täpsemalt, millistes tegevustes hooldaja abi vajas, et hoolduskoormust vähendada. Hindamise käigus saadud andmed esitasid hindajad pärast kõiki hindamisi anonüümselt (ilma isikut tuvastava infota) uuringu meeskonnale. HK hindamisvahendile andsid hindajad tagasiside vormi kaudu tagasisidet hoolduskoormuse skoori sobivuse kohta, mis aitas analüüsi käigus paremini aru saada hoolduskoormuse tasemete muutmise vajadusest.

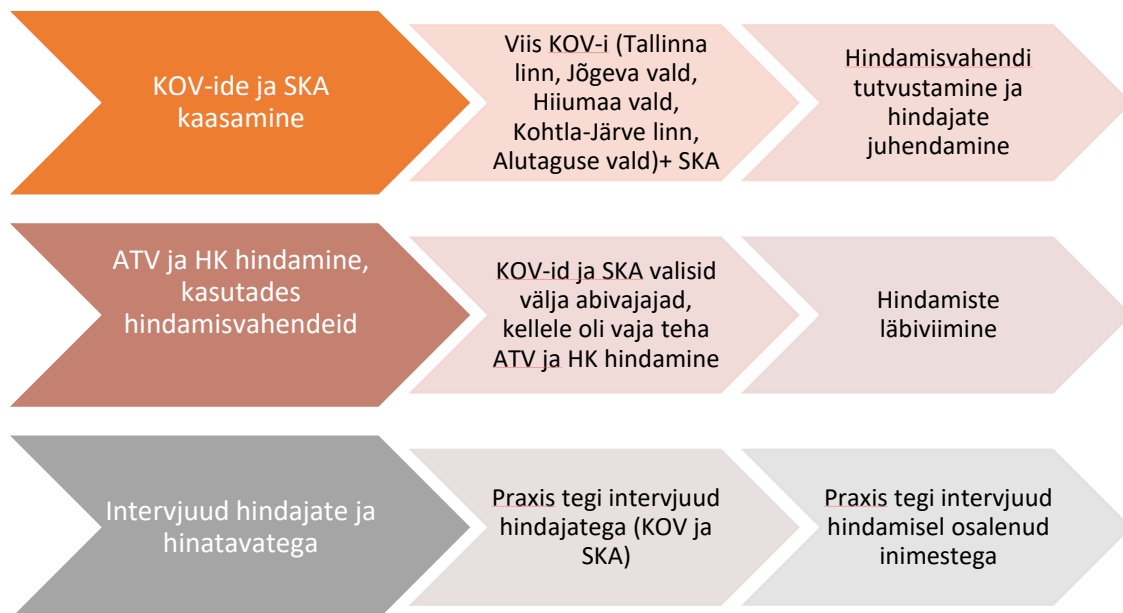
Osalejate taust

Katsetamisse kaasati KOV-i ja SKA sotsiaalvaldkonna 22 spetsialisti-hindajat, kes olid pärit Tallinna linnast (n = 6), Alutaguse vallast (n = 2), Hiiumaa vallast (n = 3), Kohtla-Järve linnast (n = 3), Jõgeva vallast (n = 4) (edaspidi KOV-hindajad) ja Sotsiaalkindlustusametist (n = 4) (edaspidi SKA-hindajad). Abivajaduse hindamine on nende spetsialistide igapäevase töö osa. Projekti raames katsetati ATV hindamisvahendit, mis oli enamiku KOV-i hindajate jaoks uus tööriist. SKA hindajad kasutavad alates 2019. aastast katsetamisel oleva ATV hindamisvahendiga sisult sama vahendit, et tuvastada EHK teenuse ja SRT vajadust. Katsetamisel jäeti ATV hindamisvahendist välja mõned üld- ja isikuandmete lahtrid, kuna vastavad andmed on KOV-idele kättesaadavad STAR-ist ning need andmed ei olnud seotud inimese abi vajadusega erinevates eluvaldkondades.

Poliitikauuringute Keskus Praxis korraldas koostöös Sotsiaalministeeriumiga hindajatele hindamisvahendite kasutamise seminari ja infotunnid, et hindajad saaksid hindamisvahenditega lähemalt tutvuda ning vajaduse korral lisainfot küsida. Enne katsetamisega alustamist kinnitasid hindajad projektis osalemist kirjaliku nõusolekuga. Hindamisvahendeid katsetati eri taustaga inimestel (sugu, vanus, puue, töövõime jne). Eeldus oli, et hindamisel kasutatakse ka varem kogutud ja olemasolevaid andmeid (näiteks enne hindamist sisestada hindamisvahendisse STAR-ist kättesaadav info – puude raskusaste vms).

Arvestati, et abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse tuvastamisel ja vastavate abimeetmete määramisel on igal KOV-il oma praktika. Projekti käigus abivajajaid eraldi hindamisele ei kutsutud. Kui hindamisvahendite katsetamisel osalenud inimene oli omasteholdaja või kui ATV hindamise ajal selgus, et hinnataval on hooldaja, siis hinnati projekti käigus väljatöötatud HK hindamisvahendi abil ka hooldaja HK-d.

Hindajate ning hinnatavatega tehti katsetamise lõpus süvaintervjuud, et koguda hindamisel saadud kogemuste kohta tagasisidet. Uuringu korraldamise ja katsetamise protsess on esitatud alloleval joonisel (joonis 6).



Joonis 6. Hindamisvahendite katsetamise protsess.

Intervjuud

Hindamise järel intervjuerisid Praxise analüütikud nii hinnatavaid kui ka hindajaid. Intervjuud toimusid inimesele sobivas keskkonnas – telefoni teel või veebirakenduste (nt Zoom või Microsoft Teams) vahendusel. Intervjuu fookuses oli hindamisvahendite kasutamise kogemus ja sobilikkus, pidades silmas nii hindajaid kui ka hinnatavaid. Intervjuude eelduseks oli kirjalik nõusolek intervjuus osaleda, intervjueritaval oli igal ajahetkel võimalik uuringus osalemisest keelduda.

Intervjuerimiseks koostati poolstruktureeritud intervjuukavad, mis võimaldasid tuua hindamisvahendite juures välja nüansse, mida oli eelnevalt raske ette näha. Poolstruktureeritud kavade kasutamine jättis piisavalt valikuvõimalusi, et käsitleda teemasid ja esitada küsimusi sellisel viisil, mis kindla juhtumi puhul oli tulemuslik ja informatiivne.

Andmete analüüsimiseks kasutati temaatilist analüüsi (TA), mis on paindlik kvalitatiivne meetod. Kuna TA puhul sõltuvad paljud otsused teoreetilistest lähtekohtadest, on oluline märkida, et käesolevas uuringus kasutati TA kogemuslikku (ingl *experiential*) lähenemist, sest uurimisküsimused olid seotud vastajate kogemuse ja seda mõjutavate teguritega. Kasutati koodipuul põhinevat TA-d, mis üldiselt sobib kõige paremini rakendusuuringutesse, kus on vaja täita kindlad tellija poolt määratud uurimisülesanded. Koodipuul põhinev TA soodustab koostöist ja efektiivset, kiire graafiku ja tähtaegadega määratletud analüüsi, mille eesmärk on vastata varem (nt tellija poolt) paika pandud teabevajadustele. Intervjuude analüüsi tulemused seostati kirjanduses käsitletuga ning tuvastati tegurid, mis mõjutavad hindamisvahendi kasutamist, tõlgendamist ja sellest arusaamist.

Hindamislehtede andmeanalüüs

Hindamisvahendite abil kogutud anonüümsete andmete põhjal tehti kvantitatiivne andmeanalüüs, et testida hindamisvahendite omadusi. Täpsemalt hinnati hindamisvahendi sisemist valiidsust, kehtivust ja tundlikkust hindamise tasemete suhtes.

Hindamisvahendite küsimuste usaldusvääruse hindamiseks kasutati Cronbachi alfat (ehk Cronbachi kordajat), millega hinnati üksuste sisemist järjepidevust iga teguri sees. Aktsepteeritavaks Cronbachi alfa väärtuseks loeti $\geq 0,7$. Korrelatsioonanalüüsiga leiti hindamisvahendis olevate küsimuste omavahelised seosed. Regressioonanalüüsi abil leiti hindamisvahendis esinenud küsimuste ja domeenide panus lõppskoori kujunemisse. Erinevatest hindajatest tulenevat hindajasisest usaldusväärust testiti korrelatsioonanalüüsiga. Statistilise olulise nivooks võeti $p < 0,05$.

Eetilised ja andmekaitse aspektid

Uuring kooskõlastati Tervise Arengu Instituudi eetikakomiteega (otsus nr 1103). Abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisprotsessis osalejalt küsiti nõusolekut, kas tema kohta hindamise käigus kogutud andmeid võib uuringus anonüümselt kasutada. Uuringusse kaasati ainult need inimesed, kes olid selleks oma kirjaliku nõusoleku andnud. Hinnatavatele edastati enne intervjuud info uuringu eesmärkide ja andmete kasutamise kohta, et vältida kohale ilmumisest tingitud survet uuringus osaleda.

Nii hinnatavate kui hindajatega tehtud intervjuud salvestati ja kustutati peale uuringu raporti esitamist tellijale. Kokkuvõtete tegemisel ei kasutatud inimese isikuandmeid ja jäeti välja info, mille põhjal oleks võimalik isik tuvastada. Intervjueeritava nõusolekul tehtud intervjuud salvestati ning nendest tehti isikuandmeteta kokkuvõtted. Intervjuude kokkuvõtted kustutati peale uuringu raporti esitamist tellijale.

Tööülesanded andmete töötlemisel olid määratletud nii, et kõigi teemadega tegelesid vaid Praxise analüütikud. Hindaja salvestas hindamistulemused oma arvutisse, misjärel tegi neist Praxise jaoks isikuandmeteta koopia ja saatis faili krüpteerituna Praxise projektijuhi e-maili aadressile. Andmeid koguti vaid sel määral ja selle kohta, mis oli vajalik uurimisküsimustele vastamiseks.

6.1. Intervjuude tulemused

Abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamise katseprojektis osales kokku 22 sotsiaaltöö spetsialisti: neli SKA-st ja 18 viiest KOV-ist. Peale hindamisi neid kõiki intervjueriti. SKA-hindajate keskmine tööstaaž oli neli aastat – ühel inimesel oli abi- ja toetusvajaduse hindamisega seotud töökogemust alla ühe aasta, teistel alates 2019. aastast. KOV-hindajate tööstaaž oli keskmiselt 5–6 aastat, kuid oli ka neid, kes olid äsja tööd alustanud ja neid, kes sellel alal juba üle 20 aasta töötanud. Vähem kui aasta oli selles valdkonnas töötanud vaid kaks KOV-hindajat.

Abi- ja toetusvajaduse hindamine (hindajad)

SKA-hindajad on ATV hindamisvahendit kasutanud juba alates 2019. aastast ning keskmiselt teevad nad aastas üle saja hindamise. Erinevalt KOV-hindajatest on nad saanud hindamisvahendi kasutamiseks põhjaliku koolituse ja lisakoolitusi enda hinnangul ei vaja.

Kui suuremates KOV-ides on sotsiaaltöötajatel tihti oma kindel valdkond, millele nad spetsialiseeruvad (nt eestkoste teemad, psüühiliste erivajadusega inimesed, toetuste valdkond jne), siis väiksemates KOV-ides tegeles üks sotsiaaltöötaja sisuliselt kõigi teemadega. Katsetatavat hindamisvahendit oli varem kasutanud ainult üks KOV-hindaja. Projekti raames tehti katsetatud hindamisvahendiga üle 60 abi- ja toetusvajaduse hindamise (51 puhul andsid hinnatavad kirjaliku nõusoleku, et nende andmeid võib analüüsis kasutada), keskmiselt tegi üks KOV-hindaja neli hindamist (kõige vähem üks ja kõige rohkem kaheksa hindamist). Kuna osades KOV-ides tegi hindamisi korraga kaks töötajat, on keeruline öelda, kui palju ühe hindaja kohta ATV hindamisvahendiga hindamisi tehti.

Üldine hinnang hindamisele, kasutades ATV hindamisvahendit (hindajad)

Hinnangud ATV hindamisvahendi kasutamisele olid kohati küll vastuolulised, kuid tulemused võimaldavad eristada hinnanguid ATV hindamisvahendi sisulisele ja tehnilisele lahendusele. Sealjuures hinnangud tehnilise lahenduse kohta olid ühtlased, kuid sisulise lahenduse kohta väga erinevad.

Enamik hindajaid leidis, et **hindamine on põhjalik ja annab kliendist hea ülevaate**. Peale selle nimetas mitu hindajat, et **hindamisvahend** aitas mõista vaimse tervise küsimuste tähtsust. Enamikule meeldis hindamisel kogutud **info põhjal loodav hindamise kokkuvõte**.

Mõned hindajad nimetasid, et hindamisvahendis olid **teemaplokid ebaloogiliselt ja ebamugavalt järjestatud ning sellise hindamise täitmine on ressursimahukas** (nt toodi välja et psühholoogilise ploki küsimused tulid liiga järsku). ATV hindamisvahendi Exceli faili tehnilist lahendust nimetasid kõik KOV-hindajad suurimaks puuduseks. Exceli fail hindamisvahendina on hindajale ebamugav ning seda eriti väikse ekraaniga arvuti puhul. Katsetajad nimetasid keeruliseks ka teemaplokkide vahel liikumist. Hindamist kergendaks liikumine ülevalt alla ridadel, mitte ühel real vasakult paremale veergudes. Katsetamine näitas, et hindamisvahendi **ebamugav tehniline tööriist tekitab mitmel hindajal kogu katsetamise vastu negatiivse hoiaku**.

Hoolimata sellest, et ATV hindamisvahend on palju põhjalikum kui praegused hindamisvahendid, leidis umbes **kolmandik KOV-hindajatest, et igapäevaseks kasutamiseks nad ATV hindamisvahendi Exceli faili enda töölauale ei võtaks**. Samas avaldati arvamust, et iga uue asjaga harjumine võtab aega ja küllap ajapikku harjutakse ka sellega.

Positiivse aspektina tõi enamik KOV-hindajaid välja, et üleriigilise rakendamise korral annab ATV hindamisvahendi kasutamine võimaluse KOV-ide andmeid võrrelda. Samuti ei pea kliendi liikumisel ühest KOV-ist teise kohe uuesti hindamisega tegelema hakkama.

SKA-hindajad andsid ATV hindamisvahendile positiivsema tagasiside kui KOV-hindajad. Neid ei seganud hindamisel Exceli faili lahendus ja teemavaldkondade vahel liikumine. Positiivne tagasiside on selgitatav sellega, et kõigil oli ATV hindamisvahendi kasutamisel varasem kogemus. Kui SKA teenusekonsultantidel tuleb ühes aastas hinnata ligikaudu 100 abivajajat, siis katsetamisel osalenud KOV-hindaja oli hinnanud keskmiselt vaid nelja inimest. KOV-hindajate ettepanekud hindamise ja hindamisvahendi muutmiseks on esitatud peatüki lõpus.

Hindamise ettevalmistus, läbiviimine, ajakulu (hindajad)

Enamik **KOV-hindajaid kontrollis** enne hindamist STAR-ist, kas inimese kohta on asjakohast ja hindamiseks vajalikku infot, milleks olid valdavalt puude raskusastme tuvastamise otsus, töövõime hindamise otsus ja varem kasutatud teenused. Hindamiste aluseks olevale sisulisele infole (sh töövõime ja puude otsuse aluseks olevatele inimese tegevusvõime kirjeldusele ja ekspertarstide infole) KOV-il ligipääs puudub. Samas oli KOV-hindajaid, kelle sõnul ei ole neil võimalik STAR-ist üldse eelinfot saada. Enam kui pooltel KOV-hindajatel kuulus ettevalmistuse hulka ka hindamisvahendi väljatrükkimine.

SKA-hindajad tõi välja, et neil kulub palju aega inimese kohta olemasoleva eelinfo, sh riiklikes andmebaasides olevate hindamisotsuste ja sisuliste kirjelduste (töövõime ja puude hindamine, varasemad rehabilitatsiooniplaanid) kogumiseks. SKA-hindajad kasutasid võimalust märkida hindamisvahendisse eelnevalt kogutud olemasolev info ja vajaduse korral kontrolliti see hindamisel inimese käest küsides veelkord üle.

Mõned KOV-hindajad tõi välja et **hindamisvahend aitab püsida raamides ja jälgida hindamise eesmärki.** Samas nimetasid KOV-hindajad hindamist pikaks ja väsitavaks, kuna nad selgitasid inimestele pikalt hindamisvahendis olevaid küsimusi. Kogu hindamisprotsessi tegi ilmselt väsitavaks ja ajakulukaks ka asjaolu, et veidi **üle poolte KOV-hindajatest läks inimese juurde koju väljatrükitud hindamisvahendiga** (lehti on kokku umbes 10 lk) ning alles **hiljem sisestati paberile kogutud info arvutisse.** Siiski oli ka neid, kes sisestasid kohapeal kohe hindamistulemused arvutisse ja mõnel juhul käidi ka kahekesi hindamas – üks küsis ja teine sisestas vastuseid. **Hindajad, kellel oli parem arvuti kasutamise oskus, eelistasid sisestada info otse arvutisse ja need, kes ennast arvutiga koduselt ei tundnud, kasutasid väljatrükitud hindamisvahendit.**

Keskmiselt kulus **SKA-hindajatel üheks hindamiseks 1–1,5 tundi, koos eeltöö ja otsuse vormistamisega info- ja dokumendihaldussüsteemis oli ajakulu 3–4 tundi. KOV-hindajate ajakulu oli samuti kokku 3–4 tundi,** mille hulka arvestati ettevalmistus (umbes 1 tund), kohapealne hindamine (1–2 tundi) ja hilisem andmete sisestamine arvutisse vormile (1–2 tundi). Hindamise aeg oleneb sellest, kui palju tuli inimesele küsimusi ümber sõnastada ja selgitada. Vahel oli vaja kogu vajaliku info saamiseks küsida veel mitu lisaküsimust. Hajaasustusega KOV-ides arvestati hindamisele kuuluva aja hulka ka sõidule kuluv aeg. Toodi välja, et sellisel kujul hindamisi üle kahe päeva teha ei jõua.

ATV hindamisvahendi sobivus (hindajad)

Peaaegu **kõik hindajad leidsid, et ATV hindamisvahend on väga põhjalik ja sealt saadud info katab suure osa hindamise aspektidest. SKA-hindajad leidsid, et ATV hindamisvahend sobib**

kõikide SKA-sse pöördunud inimeste abivajaduse hindamiseks, et otsustada, kas inimesele on sobivaks abimeetmeks EHK teenus (sh kas koos või ilma SRT-ta). Osad hindajad leidsid, et **katsetatud ATV hindamisvahend ei pruugi sobida kõikidele sihtrühmadele (nt eakad, intellektipuudega).** Hindamisvahend võiks sobida rohkem tööealistele kui eakatele – kodus abi vajava eaka **hindamiseks on hindamisvahendis ebavajalikke küsimusi.** Oli üksikuid hindajaid, kes väitsid, et sellise pika hindamisvahendi kasutamine pole otstarbekas, kuna nad saavad juba 10–15-minutilise vestluse järel aru, mis teenust inimene vajaks.

Abi- ja toetusvajaduse hindamist viidi läbi nii eesti kui ka vene keeles (vene keeles viidi läbi 20% hindamistest) ja katsetatavad hindamisvahendid olid samuti mõlemas keeles. Hindajad ei toonud intervjuude käigus välja seda, et venekeelne hindamisvahend ei oleks sobinud või et oleks ebakorrektselt tõlgitud. Samas peab arvestama siin ka sellega, kui hindajal ja hinnataval on erinevad emakeeled, siis võib tekkida probleeme pigem keeleoskuse tasandilt (nt hindaja ei oska teises keeles piisavalt selgelt küsimust ümber sõnastada) kui hindamisvahendi enda sobivusest.

Mahuka hindamisvahendi kasutamine näib hindajatele põhjendatud juhtudel, kus inimese tervislik seisund järsult halveneb ja teenuseid on vaja muuta. Samas tuleb KOV-hindajate tagasisidesse suhtuda kriitiliselt, kuna hindamisvahendi juhendis on öeldud, et küsimusi võib vahele jätta, mis oli mitmel hindajal jäänud märkamata. Kui hindajad oleksid ebavajalikud küsimused vahele jätnud, poleks see protsess olnud hinnatavate jaoks tõenäoliselt nii koormav.

Enamus hindamisvahendit katsetanud KOV-hindajatest leidsid, et hindamisvahend sobib kõigile kasutamiseks, samas mõned hindajad tõid intervjuudes välja, et hindamisvahend ei pruugi näiteks sobida:

- intellektipuudega inimestele, kuna nende puhul ei osata küsimusi piisavalt hästi ümber sõnastada. Samal ajal kasutavad SKA hindajad intellektipuudega inimeste hindamiseks just seda hindamisvahendit ning hindamisvahendis info saamisel tuleb lähtuda muudest allikatest tulenevale infole (lähedased, tugiisikud, riiklikud andmed);
- koduteenuse vajaduse hindamiseks, sest see pole konkreetse teenuse sisuliste tegevuste määramiseks piisavalt spetsiifiline ja detailne. Näiteks nimetati koduhooldusteenuse puhul vajadust uurida, kas vesi on toas, kuidas kütmine toimub jne, mida aga ATV hindamisvahendis konkreetselt ei küsita. Seega annab abi- ja toetusvajaduse hindamine esmase sisendi inimese toetusvajaduse kohta, kuid KOV-il või teenuseosutajal võib tekkida teenuselepingu sõlmimisel vajadus detailsemate andmete küsimiseks. Samas saab sellekohast infot märkida kohe ATV kommentaaride lahtritesse.

Suur osa hindajatest leidis siiski, et ATV hindamisvahend on esmaseks hindamiseks sobiv ja aitab inimestel jõuda vajalike teenusteni.

ATV hindamisvahendi küsimuste asjakohasus, vajalikkus ja selgus (hindajad)

Katsetamise tagasiside näitas, et mitmed KOV-hindajad ei olnud juhistega põhjalikult tutvunud, mis peegeldus näiteks selles, et nad eeldasid, et peavad küsima kõigilt kõiki küsimusi või siis ei osatud hinnatavatele lahti seletada mõne küsimuse sisu või ei saanud ise küsimustest aru. Hindajatel, kes ei olnud juhiseiga tutvunud oli seega inimese abivajaduse kohta info kogumisel raskusi. Kuna osal KOV-hindajatel selliseid murekohti polnud, jäi mulje, et hindajad, kes olid eelnevalt tutvunud hindamise juhiseiga, said eluvaldkondade küsimustest ja infokogumisest poolstruktureeritud intervjuu vormis hästi aru ja küsimustega saadi inimese abivajaduse kohta kätte põhjalik ja terviklik info.

Peaaegu kõik **KOV-hindajad leidsid, et küsimusi oli liiga palju, samas SKA-hindajad pidasid küsimuste hulka sobivaks. Mitmed KOV-hindajad olid rahul vaimse tervise plokiga, kuna senistes hindamisvahendites on puudunud võimalused hinnata psüühikahäiretega inimeste vajadusi ja see annab võimaluse küsida küsimusi (nt vaimse tervisega seotult), mida muidu oleks ehk ebamugav teha. Samal ajal leidis ka neid, kes leidsid, et vaimse tervise küsimustele oli pööratud hindamisvahendis liiga palju tähelepanu või, et vaimset tervist puudutavad küsimused olid hinnatavate jaoks ebamugavad ja võisid tekitada soovi mitte vastata. Peaaegu kõik hindajad tõid välja, **seksuaalsuhete küsimust peeti ebaolulisteks** ja kohati ka ebaeetilisteks. Mõned hindajad tõid ebaolulisena välja **diagnoosiga seotud küsimusi**, kuna see info pole tegelikult esmase abivajaduse hindamise seisukohast oluline ja kaks hindajat ka kahtlesid kas neil on üldse õigus diagnoosiga seotud küsimusi küsida. Tihti puudub hindajatel meditsiiniline haridus ja nad ei saa ka diagnoosidest aru. Samas on just diagnoos mõne teenuse saamise eelduseks.**

Segadust tekitavateks küsimustena toodi hindajate poolt välja veel järgnevad:

- Küsimused, kus sooviti anda mitu vastusevarianti, kuid olemasoleva tehnilise lahenduse puhul polnud see võimalik (nt kui oli soov vastata, et abi korraldab nii pereliige kui ka KOV);
- Küsimus püsti seismise kohta (kas inimene suudab iseseisvalt 30 minutit püsti seista). Näiteks ei saanud hindajad ja hinnatavad aru, kas on mõeldud 30 minutit ühe koha peal seismist või ka liikumist;
- Küsimus inimese sotsiaalsete suhete kohta, mida hindajad ei osanud tihti hinnatavale arusaadavalt selgitada (nt ei saadud ka aru, kui inimene oli öelnud, et ei suuda iseseisvalt suhelda ja suhteid luua, siis mis kujul see toetus peaks täpsemalt välja nägema);
- Kognitiivse võimekuse tõttu toetusvajaduse küsimus, kus ei saadud aru, mida sellega mõeldud on;
- Küsimused olulisemate vajaduste (spetsialisti, lähedase hinnang) ja „sotsiaalse võrgustiku kohta, kus hindajad tundsid vajadust täpsema selgituse järele;
- Elukeskkonna teemaplokk (täpsemalt küsimus selle kohta, kas inimene vajaks uut elupinda), mis oli hinnatavale segadust tekitav ning võis tekitada valelootuse, et hinnataval on võimalik saada uus elupind;
- Riskikäitumisega seotud küsimused, kus inimene üldjuhul ei oska hinnata, kuidas tema tavapärane elustiil riskikäitumisest erineb.

Tekkinud küsimustele annab vastuse abi- ja toetusvajaduse metoodiline juhend, millega ei olnud mitmed hindajad enne hindamist tutvunud.

Hindamisvahendis tundi puudust järgmistest küsimustest:

- hinnatava aktiivsuse kohta, sh kas inimene on üldse motiveeritud nt enda pesemisest, jalutamisest jms;
- inimese elukeskkonna kohta üldiselt, nagu vee olemasolu, küte jms.
- majandusliku toimetuleku ja koduse keskkonna hindamise kohta, mida peeti nii teenuste kui ka toetuste vajaduse hindamisel oluliseks.

Kõik SKA-hindajad ning iga neljas KOV-hindaja pidasid **küsimusi üldjoontes asjakohasteks ja selgeteks**. Kõik SKA-hindajad leidsid, et **küsimused on head ja põhjalikud ning aitavad abivajaduse hästi välja selgitada**. Leiti, et küsimused katavad kõiki olulisi valdkondi ja midagi puudu ei olnud. Küsimused on konkreetsed ning hiljem saab nende põhjal kiirelt olulisi aspekte otsida. Üldiselt leidsid hindajad, et **ATV hindamisvahendi küsimused võimaldasid tuvastada abivajaduse ning suunata nad sobivatele teenustele**.

Hindajate ettepanekud ATV hindamisvahendi muutmiseks

Hindajad leidsid, et **üleriigiline ühtne hindamisvahend oleks hea, kuid testitav vahend on siiski liiga pikk ja kohmakas ega ole kasutajasõbralik. Hindajate soovitud hindamisvahendi kohta olid järgmised:**

- KOV-i hindajatele peavad olema kättesaadavad samad andmed nagu SKA hindajatele – riiklikes andmebaasides olevate hindamiste sisulised kirjeldused inimese tegevusvõime kohta (töövõime ja puude hindamine, varasemad rehabilitatsiooniplaanid), et vähendada dubleerivate andmete küsimist. See kõik võimaldab hindajal hindamisprotsessi paremini ette valmistada;
- Kõikidel sotsiaalkaitse valdkonna ametitel (KOV-idel, SKA-l, TK-l), kes määravad inimesele sotsiaalkaitse hüvitisi ja teevad hindamisi, peaks olema ligipääs inimese hindamisega seotud infole. Samuti inimesele määratud abimeetmete loetelule reaalajas;
- Hindamine peab toimuma elektroonilisel töölaual (nt STAR-is), mida on mugav täita ka abivajaja juures kodus, sh nii arvuti kui ka tahvelarvutiga;
- Küsimustik peaks võimaldama ebavajalike küsimuste ja valdkondade vahele jätmist, kui on näha, et abivajajalt ei ole mõtet ühte või teist küsimust või tervet teemaplokki küsida (nt hõive valdkond eakatel). Praeguses Exceli failis ei ole küsimuste vahele jätmine mugav.;
- Võiks olla selgelt märgitud, millised teemavaldkonnad on minimaalselt kohustuslikud ja millised võiks vastavalt juhtumile vahele jätta;
- Luua elektroonilise töölaua arenduse valmimiseni võimalus täita ATV hindamisvahendit Exceli failis, liikudes teemavaldkondade vahel ridadel ülevalt-alla;
- Vaimse tervise teemaplokk võiks olla hindamisvahendi lõpus, sest siis on inimesed intervjuu käigus n-ö rohkem üles soojenenud ning nendel teemadel on kergem infot koguda.

Abi- ja toetusvajaduse hindamine (hinnatavad)

Uuringu raames tehti ATV hindamisvahendi kohta tagasiside saamiseks intervjuud ka hinnatavatega. Kuigi esialgne nõusolek intervjuuks saadi 11 hinnatavalt, siis õnnestus intervjuu lõpuks teha viiega. Hinnatavad olid neljast KOV-ist, kusjuures kahel juhul oli tegemist inimesega, kes oli nii abivajaja kui ka hooldaja rollis. Kolmel juhul pöördusid abivajajad ise KOV-i poole, ülejäänud juhtudel lähedased või soovitas pöörduda TK. Samuti olid erinevad inimeste abivajadused – mõnel oli vaja üksnes sotsiaaltransporti, kuid oli ka neid, kellel oli abi vaja enamiku tegevustega. Viie abivajajast kaks elasid üksi ja kolm mõne lähedasega.

Üldiselt pidasid abivajajad hindamist vajalikuks ja küsimused tundusid neile asjakohastena. Samas tõi üks abivajaja välja, et ta oli just läbinud töövõime hindamise protsessi, kus koguti suur osa küsitavat infot ja ta ei saanud aru, miks on vaja kaks korda samadele küsimustele vastata. Need abivajajad, kellel oli nii abi- ja toetusvajaduse kui hoolduskoormuse hindamine, tundsid kohati segadust hindamisvahendite eesmärgi osas. Oli ka neid, kes ütlesid, et küsimused tundusid normaalsed.

Mõni hinnatav ütles, et küsimustik oli liiga pikk ja ta väsis lõpuks ära. Eriti nendel juhtudel, kui inimesel oli kaks hindamist. Samas oli ka neid, kes ütlesid, et hindamine ei olnud nende jaoks pikk ja kestis isegi alla tunni. Üldiselt hindamise ajal probleeme ei olnud ja sotsiaaltöötajad olid samuti meeldivad. Mõne hinnatava jaoks ei olnud kõik küsimused alati arusaadavad, sh miks midagi küsitakse. Näiteks kui äsja on puuet pikendatud, siis miks küsib sotsiaaltöötaja puude kohta veel eraldi. Üks abivajaja tõi välja, et talle jäi segaseks hindamise eesmärk.

Seda, kas hindamise tulemusel midagi muutus, abivajajad üldiselt öelda ei osanud. Need teenused, mis olid enne, on ka praegu ja uusi teenuseid intervjuu ajaks juurde ei olnud tulnud.

Eraldi töid abi- ja toetusvajaduse hindamise läbinud inimesed välja selle, et nad ei tea alati, kuhu ja kelle poole abivajadusega pöörduda. Samuti öeldi, et oleks vaja tugiisikut, kes aitaks asjaajamisel, nt taotluste täitmisel, pangas käimisel vms. Näiteks tunnevad abivajajad tugevalt puudust vaimse tervise teenustest, abivahendite kasutamise koolitustest jms.

Hoolduskoormuse hindamine (hindajad)

Kuna tegemist oli uue hindamisvahendiga, ei olnud keegi hindajatest seda enne projekti algust kasutanud. Projekti käigus tegid hindajad üle 30 hoolduskoormuse hindamise (nõusolek saata hindamisvahend Praxisele anti 22 juhul), keskmiselt tegi üks hindaja 2–3 hindamist (kõige vähem üks ja kõige rohkem kuus hindamist). Mõnes KOV-is on praktika, et hindab kaks hindajat, mistõttu ei ole võimalik tuua iga hindaja kohta täpset hindamiste arvu.

Üldine hinnang hindamisprotsessile, kasutades HK hindamisvahendit (hindajad)

Enamik HK hindamisvahendit katsetanud töötajaid andis sellele positiivse üldhinnangu, esitades ka mitmeid täiendusettepanekuid. Vaid üks hindajatest andis kogu hindamisprotsessile ainult negatiivse tagasiside, toomata välja ühtegi positiivset külge või asjaolu. Hindamisvahendit hinnati põhjalikuks, loogiliseks ning hooldaja koormusest head ülevaadet andvaks. Toodi välja, et hindamisvahendi tulemused toetavad hindajat ning aitavad paremini põhjendada hooldusega seotud otsuseid. Nimetati, et hindamisvahend aitab hoida hindamise protsessi fookuses ning liikuda erinevate asjakohaste temade sees. Samuti hinnati heaks küsimustiku formaati ning võimalust kasutada etteantud valikvastuseid.

Negatiivse aspektina tõi enamik KOV-hindajaid välja tehnilise lahenduse Excelis, kuigi seda nimetati kasutajamugavuse poolest paremaks kui ATV hindamisvahendit. Enamik KOV-hindajaid märkis vastused paberile ning andmed sisestati hiljem Excel faili. Hindamise ajal andmete arvutisse ja Excelisse sisestamist peeti ebasobivaks, kuna see takistab avatud ja usaldusliku suhtlemist hinnatavaga.

Arvati veel, et hindamine võiks olla lühem, kuna hoolduskoormus selgub ka hooldatavaga vesteldes ja teda või tema kodu vaadeldes. Üks hindaja nimetas hindamisprotsessi liiga pikaks olukorras, kus esmalt tehakse hooldaja abil abivajaja abi- ja toetusvajaduse hindamine ja seejärel kohe hoolduskoormuse hindamine.

Kuigi üldine hinnang hindamisele oli pigem positiivne, avaldasid intervjuueeritavad hindamisvahendi kasutusele võtmise puhul vastuolulisi arvamusi. Ühelt poolt leiti, et hindamisvahend tegi töö raskemaks, kuid samas saadi põhjalikku infot olukorra kohta, milles on abivajaja ja kui palju hooldaja tegelikult abistab. Mitu hindajat tõi välja, et nad võtaksid hindamisvahendi kasutusele, kuid hindamise tulemus ei muuda hooldaja jaoks midagi ning hooldajatele ei ole suure hoolduskoormuse leevendamiseks abimeetmeid. **Käesoleval ajahetkel jäi neile arusaamatuks, mida saadud tulemuse ja andmetega peale hakata.** Oli ka hinnanguid, et **pigem ei võtaks hindaja hindamisvahendit kasutusele, kuna ollakse oma hindamisvahendiga juba harjunud** ega nähta vajadust uute vahendite järgi.

Üldistes hoolduskoormuse hindamise protsessi hinnangutes ei olnud märgatavaid erinevusi KOV-hindajate või SKA-hindajate tagasisides või suurema ja väiksema hindamis- ja töökogemusega spetsialistide vahel. Erinevustena saab välja tuua, et SKA-hindajad ei pidanud

hindamisvahendi tehnilise keskkonna ehk Exceli lahendust negatiivseks ning osati näha seoseid ATV ja HK hindamisvahendi teemade vahel. Ka tehti ettepanekuid kahe hindamisvahendi andmete integreerimiseks, ennekõike abistavate tegevuste ja sellele kuluva aja plokis.

Hindamise ettevalmistus, hindamine ja ajakulu

Eelneva info ja andmete kogumist või ettevalmistust hoolduskoormuse hindamiseks enamik katsetamisel osalenud hindajatest ei teinud. Üksikud hindajad nimetasid, et vaatasid STAR-ist olemasolevaid andmeid. Samuti nimetati, et vajalik oleks näha hooldatava kohta riigi tasandil tehtud töövõime hindamisel ja puude tuvastamisel tehtud hindamiste sisu, mis annaks ettekujutuse hooldaja tegevuse kohta, kuid seda võimalust KOV-hindajal ei ole. Üks katsetamisel osalenud hindaja nimetas, et valmistab ennast vaimselt ette, kuna hindamisel käsitletakse raskeid teemasid.

Enamik hindajaid printis hindamist ette valmistades küsimustiku välja või kirjutas teemad ja küsimused märksõnadena paberile, mille põhjal korraldati hindamine hooldaja koduses keskkonnas. Paberandmed sisestati hiljem Excelisse.

Hindamise ja andmete sisestamise aspektist nimetati positiivsena küsimuste asetust Exceli ridadel, mis võimaldas liikuda küsimuste vahel ülevalt alla ja tekst oli suuremas formaadis. Samuti nimetati positiivsena hinnata aitavat juhendit.

Mõned hindajad nimetasid hindamise korraldust keeruliseks, kuna tundus, et raske oli täita HK hindamisvahendit ja samal ajal loomulikult vestelda. Reaalses hindamispraktikas sõnastavad hindajad küsimusi ümber ja selgitavad nende tähendust, misjärel leitakse etteantud valikutest sobivad vastused.

Kõik hindajad tõid välja, et **kõige keerukam ja ajamahukam oli tegevuste tabelis tundide arvestamine.** Enamasti ei ole hooldajad sellisel viisil oma tegevusi nädalas arvestanud. Hindajad tõid tundide arvestamise keerukuse eriti välja juhtudel, kui hooldaja elab koos abivajava inimesega või tabelis olevaid tegevusi tehakse samal ajal. Näiteks kui hooldatakse tegelikult ööpäev läbi, siis tuleb tegevustele kuluv aeg või igapäevaste tegevuste tegemine hooldaja jaoks (koristamine, söögi tegemine jm majapidamistööd) liiga mahukas. Samas saab hooldaja neid teha üheaegselt (toit valmib pliidil ning samaaegselt saab koristada), või kui hooldaja kasutab hooldustegevuse tulemusi ka ise (sööb ise sama sööki, mida valmistab hooldatavale ja elab samas korteris, mida koristab hooldatava jaoks). Samuti nimetas mitu hindajat tegevustele kuluva aja arvestamist keeruliseks, kui hooldaja alles alustab hooldamist, kuna puudub ettekujutus tegelikust ajakulust.

Hindamise juures nimetas mitu hindajat emotsionaalselt raskeks küsimuste esitamist hooldamise mõju kohta. Need küsimused vallandasid hooldajatel emotsioone ja töid sageli kaasa pisaraid.

Ajakulu jaguneb kahe tegevuse vahel: intervjuuna andmete kogumine ja andmete vahendisse sisestamine ja korrastamine. Intervjuu ja andmete kogumine võttis aega minimaalselt 30–80 minutit, andmete hindamisvahendisse sisestamine ja korrastamine 15–45 minutit. **Kõige sagedamini nimetati intervjuu ja andmete kogumise ajakuluks umbes 1 tund, mida hindajad pidasid mõistlikuks.** Ajahinnang oli sarnane nii KOV- kui ka SKA-hindajatel. Samas avaldati arvamust, et kogemuse kasvades peaks kogu hindamine (nii andmete kogumine kui korrastamine) jääma ühe tunni piiresse. Suurima ajakuluna toodi välja tundide arvutamist

tegevuste tabelis. KOV-i hindajate sõnul on HK hindamine neile lisategevus, mida tuleb tulevikus arvestada nende tööülesannete ja tööaja planeerimisel.

HK hindamisvahendi sobivus ja kasulikkus

Enamik katsetamisel osalenud hindajaid leidis, et **hindamisvahend võimaldas hoolduskoormust hästi hinnata**. Kompaktselt sai kätte vajaliku info ning kasulikuna toodi välja küsimustiku kokkuvõtet, mis annab hea ülevaate hoolduskoormusest.

Nimetati, et **mõjude skoorid olid üldjuhul sobivad ning valdavalt ühtis hindamisvahendiga saadud hoolduskoormuse tase hindaja arvamusega hooldaja hoolduskoormusest**. Oli mitu hindajat, kes leidsid, et HK hindamisvahendi koormuse skoor ülehindab hoolduskoormust, samas oli ka neid, kes arvasid vastupidist. Seega oli olukordi, kus hindajal tuli kohendada tegevustele kuluvat tundide arvu, et koondtulemus oleks vastav hooldaja või ka hindaja arvamusele.

Koormuse ülehindamist esines hindajate sõnul olukorras, kui hooldaja elas koos hooldatavaga, ning tegevusi tundidesse arvestades tuli lõpptulemus väga kõrge. Seetõttu kahtlesid mõned KOV-hindajad hindamisvahendi sobivuses KOV-i vajadustele. Samuti toodi välja, et inimese enda hinnang mõnes valdkonnas ei ühtinud hindamise tulemusega, nt hindas hooldaja mõju tervisele kergeks, kuid hindamisvahend andis tulemuseks „möödukas“.

Hindamist viidi läbi nii eesti kui ka vene keeles (vene keeles viidi läbi 20% hindamistest) ja HK hindamisvahend oli lisaks eesti keelele tõlgitud ka vene keelde. Ükski hindaja seda välja ei toonud, et vene keelne hindamisvahend ei sobinud. Samas peab arvestama et kui hindajal ja hinnataval on erinevad emakeeled, siis võib tekkida probleeme pigem keeleoskuse tasandilt (nt hindaja ei oska teises keeles piisavalt selgelt küsimust ümber sõnastada nagu HK hindamisvahendis tegema pidi) ning HK hindamisvahendi enda sobivust või mitesobivust see ei mõjuta.

HK hindamisvahendi küsimuste asjakohasus, vajalikkus ja selgus (hindajad)

Enamik hindajaid pidas suuremat osa **hindamisvahendi küsimusi asjakohaseks ja hindamisel vajalikuks**. Mitme hindaja hinnangul olid väga asjakohased küsimused mõju hindamisest hooldaja tervisele ja igapäevaelule, sest nende küsimustega inimesed avanesid ja jagasid hooldusega seotud vajalikku infot. Vaid üks hindaja leidis, et küsimused mõjust hooldaja igapäevaelule ei ole asjakohased. Teine hindaja leidis, et küsimused mõjust hooldaja tervisele on liiga isiklikud ja otsekohesed ning võõrale hindajale ei pruugi hooldaja anda tõeseid vastuseid.

Majandusliku toimetuleku ja hooldamise eest hooldatavalt või tema pereliikmelt tasu/pärandi saamise teemaplokk ei olnud enamiku hindajate hinnangul asjakohane ja vajalik, kuna see info ei ole seotud hoolduskoormusega. Ka ei ole hooldajatoetuse suurus seotud hooldaja majandusliku toimetuleku või võimaliku pärandiga tulevikus. Hindajad nimetasid, et ka hooldajatel oli sissetuleku ja pärandiga seotud teemadel ebamugav vestelda. Samas oli ka üksikuid erandeid, mil hooldaja vestles neil teemadel meelega.

Intervjuudes töid üksikud hindajad välja mõned küsimused erinevate domeenide juures, mida ei peetud samuti asjakohaseks või vajalikuks (vt Hindamisvahendi küsimuste piisavus ja ettepanekud hindamisvahendi paremaks muutmiseks).

Enamasti nimetasid hindajad **küsimusi piisavaks ning olid arvamusel, et küsimustikku ei ole vaja midagi lisada**, pigem mõned küsimused tuleks välja võtta. Üks hindaja tõi välja, et küsimustikus ei küsita konkreetselt hooldusest tulenevat mõju hooldaja vaimsele tervisele ning

see tuleks küsimustikku selgemalt lisada. Enamik hindajaid oli arvamisel, et **küsimustikust tuleb välja võtta majandusliku toimetulekuga seotud küsimused, kuna need ei ole asjakohased ning saadud info ei ole kasutatav ja vajalik hooldaja toetamisel hoolduskoormusega toimetulekul**. Üks hindaja tõi välja, et küsimused koolituste ja vajaliku teabe kohta on liiga detailsed ja sisult korduvad.

Hindajaid nimetasid **enamiku küsimuste sisu ja vajaduse arusaadavaks, kuid toodi välja ka küsimused, mis ei olnud üheselt mõistetavad**. Samuti tõi enamik hindajaid välja, et küsimused on keeruliselt sõnastatud ja neid **sõna-sõnalt lugedes saavad inimesed neist valesti aru**. Seetõttu sõnastasid hindajad vajaduse korral küsimusi ümber ja muutsid ka sõnastust, et küsimuse sisu oleks hooldajale mõistetav. Mitme hindaja hinnangul on hindamisvahend uus ja neil ole veel vilumust, kuidas inimestele küsimusi selgitada ja ümber sõnastada, et saada kätte vajalikku sisulist teavet, ja inimene saaks teha valikuid olemasolevate vastuste vahel.

Mitme hindaja sõnul ei olnud üheselt arusaadavad järgnev:

- Küsimused MAJ01 – MAJ03. Majandusliku toimetuleku mõjude hindamisel jäi ebaselgeks, kelle sissetulekuid ja isiklike kohustusi on silmas peetud;
- Küsimus HJI03 – 4. Küsimuse sõnastust ja sisu „Mul on hooldamise tõttu võimalik teha vähem kulutusi oma leibkonnale muudeks vajalikeks tegevusteks” oli keeruline mõista;
- Küsimuse HT02 tegevuste tabelis tegevused 15 ja 16. Ebaselgeks jäi, kuidas saab olla ööpäev läbi järelevalve kergem või raskem, kuidas toimub ja milles erineb kergema või raskema järelevalve arvestamine nädala tundideks ning kuidas lisada ööpäev läbi järelevalve tegevusena nädala tundide juurde. See küsimus tekitas segadust juhul, kui hooldatav ja hooldaja olid ühe leibkonna liikmed.

Nii hindajatele kui hinnatavatele oli selge hooldustegevuste tabel ja vajadus määratleda tegevustele kuluvat aega tundides ühes nädalas, kuid selle arvestamine oli inimestele keeruline. See oli eriti näha olukorras, kui elati koos või kus leibkonnas on mitu pereliiget, kelle vahel hoolduskoormus jaguneb.

Hindajate ettepanekud HK hindamisvahendi muutmiseks

Hindajad tegid ettepanekud, mis muudaksid hindamise kiiremaks ja mugavamaks ning HK hindamisvahendi kasutamise lihtsamaks. Kuna enamik hindajaid katsetas nii ATV kui HK hindamisvahendit, siis on ettepanekud paljuski seotud mõlemaga.

- Hooldustegevuste tabelis olev tegevuste loetelu peab ühtima abivajaduse hindamise eluvaldkondade ja tegevustega. Nii saab abivajava inimese hindamisel kohe seostada hooldaja tegevused ja neile kuluva aja;
- Teatud juhtudel võiks hooldustegevuste ja hoolduskoormuse hindamine olla lihtsustatud variandis – näiteks kui abivajaduse hindamisel on suurem osa hooldatava tegevustest hinnatud 4 palliga ehk äärmuslikuks abivajaduseks, on hoolduskoormuse hindamine lihtsustatud või enamasti eeltäidetud;
- Hooldustegevustele kuluva aja arvestuse tundides võiks üle vaadata ja kaaluda võimalust hinnata tegevustele kuluvat aega näiteks skaalaga. Hindajad pakkusid erinevaid skaala kasutamise variante: ajalise kulu arvestus 10 palli süsteemis; hinnangute skaala – vähemõõdukalt-suurel määral;
- Hooldajal võiks olla hooldustegevustele kuluva aja arvestamiseks tegevuspäevik, mida tuleks täita näiteks nädal aega enne hoolduskoormuse hindamist ja see oleks aluseks hoolduskoormuse tegevuste tabeli tundide arvestusele;

- Iga teemaploki all või kõrval võiks olla kommentaaride lahter sarnaselt abivajaduse hindamisega, et hoida konkreetse teemaga seonduv infot või kommentaarid teema juures koos, mitte ühes suures vabateksti väljal küsimustiku all.

Muud ettepanekud seoses hoolduskoormusega (hindajad)

Hindajad esitasid intervjuudes ettepanekuid hooldajate hoolduskoormuse leevendamiseks ja elukvaliteedi toetamiseks:

- Hooldusvabad päevad, mil hooldustegevusi teeb asendushooldaja (terve päev, nädal või ka teatud tunnid päevast);
- Hooldajale emotsionaalse toe ja seltsi pakkumine;
- Päevahoiuteenus suure hooldusvajadusega inimesele;
- Veebipõhised jututoad või seminarid kogemuste jagamiseks;
- Psühholoogiline nõustamine ja erapooletu spetsialistiga kohtumised hooldussõltuvuse tunnistamiseks ja vähendamiseks;
- Riiklikult (või KOV-i tasandi) korraldatud hooldajate teadmiste ja oskuste suurendamise veebikoolitused, abistavate tehniliste võtete videod ja vaimset tervist toetavad tugigrupid.

Hoolduskoormuse hindamine (hinnatavad)

HK hindamisvahendi kohta tagasiside saamiseks intervjueriti ka hinnatavaid, kellega projekti käigus välja töötatud hindamisvahendit katsetati. Kokku tehti 10 intervjuud ning intervjueritavate hulgas olid esindatud inimesed Kohtla-Järvelt, Tallinnast, Elva ja Tõrva vallast ning Jõgeva ja Lääne maakonnast. Üks intervjueritav elas üksi, teised koos kas abikaasa, ema, laste või mitme lapsega. Intervjueritavate hulgas oli nii neid ($n = 7$), kes hooldasid ainult üht (ema, last, lähedast), aga ka neid ($n = 3$), kes hooldasid mitut inimest (last või lapsi ja ema). Kolmel intervjueritaval ei ole ühtegi inimest, kes hooldamisel abistaks, ülejäänutel oli vähemalt üks inimene, kes vajaduse korral saab abiks olla. Kolm intervjueritavat pöördus abisooviga ise KOV-i või SKA poole, neli kutsusid hindajad kohale, et hindamisvahendit katsetada. Üks inimene jõudis hindamisele TK kaudu ning kaks inimest ei avaldanud, kuidas nad hindamiseni jõudsid.

Viis intervjueritavat ei osanud või ei soovinud öelda, millist abi nad vajaksid, et hooldamise ja igapäeva eluga paremini toime tulla. Kaks inimest vastasid, et sooviksid abi kõiges, milles võimalik, üks neist soovis tuge ööpäev läbi. See viitab, et hoolduskoormusega inimeste abivajadust peab ka teatud objektiiivsete näitajate abil hindama. Üks hinnatavatest sõnas, et sooviks lihtsalt inimest, kellega muredest rääkida, aga vahel ka rahalist tuge ja infomaterjale, et teada saada, kust abi leida. Ka teine intervjueritav nõustus ja tõdes, et sooviks infomaterjale, tugirühma ja rahalist tuge ning paindlikku tööd. Üks intervjueritavatest oli kindel, et ei soovi üldse abi. Teatud abi mõned intervjueritavad juba ka said – üks kasutas sotsiaaltransporti, üks sai puudega inimese sotsiaaltoetust ja hooldajatoetust ning üks tõdes, et teda abistab võimalus hooldatav vahel päevakeskusesse saata.

Hoolduskoormuse hindamise emotsionaalne mõju

Üheksa inimest kümnest sõnas, et nende jaoks oli **hindamise protsess meeldiv, mugav ja sellele polnud midagi ette heita**. Intervjuerijaid hinnati positiivseteks ja pädevateks inimesteks, kes vajaduse korral oskasid küsimusi täpsustada ja selgitada, kui midagi segaseks jäi. Hindajad suhtusid hinnatavatesse hästi ning mainiti, et tore oli teada, et keegi tunneb nende vastu huvi ning tekkis lootus, et tulevikus on võimalik ka abi saada. Hinnatavad tundsid end üldiselt hästi ning hindamisprotsess oli sujuv.

Üks hinnatav, kes üldiselt jäi rahule, tões aga, et kohati tekkis tal kurbuse tunne ja ta ei mõistnud, miks ta peab taas tõestama oma abivajadust, kuigi koormus on niigi suur. Seda tões ka teine intervjueeritav, kes sõnas, et oli hämmingus ja häiritud, sest pidi jällegi vastama küsimustele, millele oli enda sõnul eri ametnikele hiljuti juba vastanud.

HK hindamisvahendi küsimuste asjakohasus, vajalikkus ja arusaadavus, piisavus ning muudatusettepanekud

Üldiselt leiti, et hoolduskoormusega inimeste toetusvajaduse hindamine oli asjakohane ja vajalik ning küsimusi oli pigem piisavalt. Pooled intervjueeritavad tunnistasid, et nad ei mäleta hindamist väga hästi ega oska detailselt täpsustada, kas küsimused olid sobilikud või mitte. Öeldi, et isegi kui hindamise ajal tundus, et mõni teema jäi käsitlemata, siis intervjuul see ei meenunud. Mõned vastajad tõesid, et nende jaoks jäi **asjakohasus segaseks** – nt ei olnud mõni küsimus nende ja nende hooldatava(te) puhul kohane, samas ei osatud konkreetseid näiteid enam meenutada.

Paar intervjueeritavat **kahtles ka hindamise ja küsimuste vajalikkuses**. Näiteks üks intervjueeritavatest oli puude taotlemiseks just sarnastele küsimustele vastanud. Ühele vastajale jäi segaseks, miks üldse hinnatakse. See võib viidata sellele, et hindaja ei selgitanud hindamise eesmärki piisavalt selgelt. Teatud küsimused tekitasid samuti segadust, et mida nendega soovitakse täpsemalt teada saada – üldiselt oli sel juhul hindaja selgitustest abi, aga oli kordi, kui ka hindaja ei osanud täpselt selgitada. Üks hinnatav, kes hooldab psüühikahäirega inimest, tões, et tema jaoks oli puudu psüühikahäirega inimese hooldamisega seotud spetsiifilisi küsimusi, kuid täpseid näiteid ta tuua ei osanud.

Küsimustest said üldiselt kõik hinnatavad aru ning keeruliste küsimuste puhul oli võimalus hindajal täpsustada. Intervjueeritavad tõesid, et sotsiaaltöötaja selgitustest oli pigem piisavalt abi. Kui enamik küsimusi olid selged, siis intervjuudest jäi kõlama üks küsimus, millele oli hinnatavatel keeruline vastata ja mis käsitles hooldustegevustele kuluva aja kirjeldamist. **Peaaegu kõik hinnatavad tõesid, et neil oli raske hooldamisele kuluvat aega kokku arvutada. Toodi välja, et inimesed ei jälgi kulutatud aega nii, et oskaksid seda tundide kaupa kirjeldada, ning iga päev võib olla hooldamisel erinev. Tõdeti, et tunde hinnati umbkaudselt.** Üks intervjueeritav tõi välja, et sellele küsimusele vastamist oleks hõlbustanud see, kui küsimustega oleks olnud võimalik eelnevalt tutvuda. Eraldi toodi välja majandusliku toimetuleku ploki küsimusi, mis jäid kohati segaseks. Paar intervjueeritavat tões, et neile meenus tagantjärele detaile, mida nad hindamise ajal ei osanud jagada. Vajaduse korral sai oma mõtteid täpsustada.

Hoolduskoormuse hindamise aeg ja hinnang sellele

Kolm inimest ei suutnud meenutada, kui kaua neil hindamine aega võttis, kuid samas probleeme see ei tekitanud, sest aeg möödus kiiresti ning hindamine oli meeldiv. Ühel intervjueeritaval möödus hindamine erakordselt kiiresti – kõik võttis tema sõnul aega 15 minutit ning see oli tema hinnangul piisavalt kiire.

Tavapäraseim hindamisele kuluv aeg oli üks tund või veidi üle või alla selle. Hinnatavate sõnul oli see üldiselt **piisav, et küsimustele vastata**. Ühel hinnataval kulus hindamiseks poolteist tundi ning ta tões, et tegelikkuses oli ta arvestanud vähema ajaga. Ligi tunniajalist hindamist peeti sobilikuks ning üks intervjueeritav tões, et kauem ei suudakski küsimustele vastata ja hindamisel osaleda.

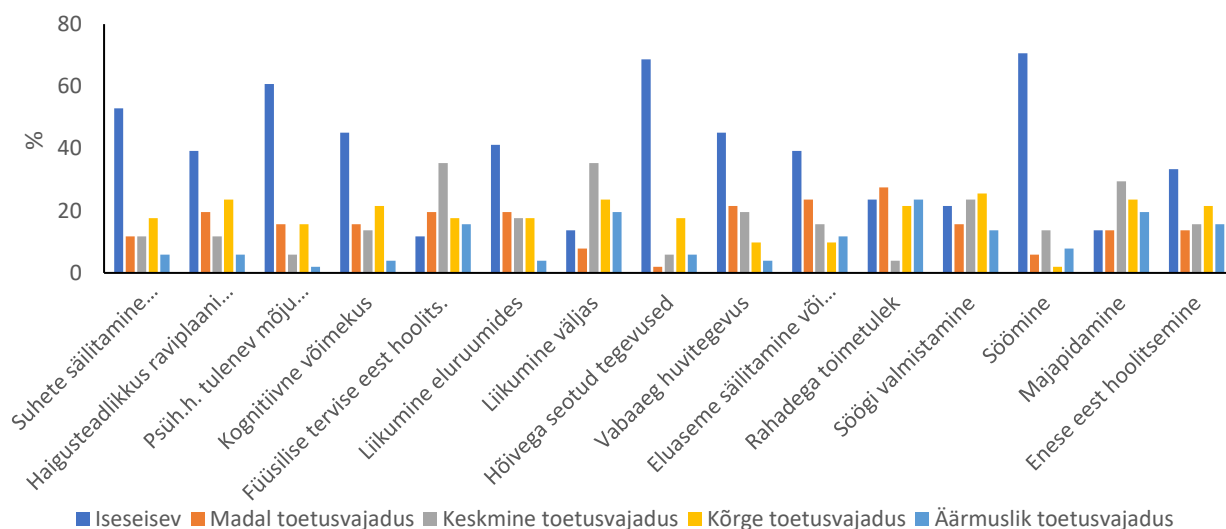
6.2. Hindamislehtede analüüsi tulemused

Abi- ja toetusvajaduse hindamine

Tulemused esitatakse SKA- ja KOV-hindajate kohta eraldi, kuna KOV-hindajate jaoks oli tegemist uue töövahendiga, kuid SKA-hindajad on alates 2019. aastast selle hindamisvahendi pikemat versiooni⁵ oma töös kasutanud.

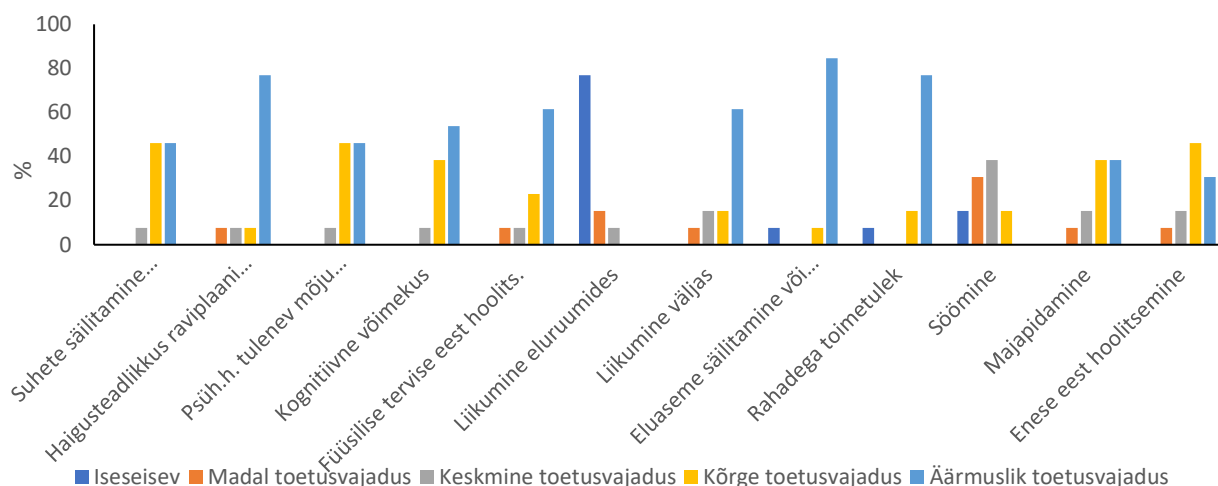
Analüüsides hindamislehtedel olevat infot inimese abivajaduse astmete põhised ja eluvaldkondade lõikes, andis abi- ja toetusvajaduse hindamine iga inimese kohta personaalselt abivajaduse profiili. Abivajaduse profiil näitab hinnatud inimese kohta, millistes eluvaldkondades ja milliseid tegevusi ta vajab oma toimetuleku toetamiseks (tabel 2).

Kõikide hinnatud inimeste koondandmed näitavad hinnatud inimeste abivajaduse koondprofiili (joonis 7 ja joonis 8). Abivajaduse koondprofiil kirjeldab kõiki hinnatud inimesi läbi eluvaldkondade ja abivajaduse astmete luues piirkondliku või ka üleriikliku pildi abivajadusega inimestest.



Joonis 7. KOV-is hinnatud inimeste abivajaduse koondprofiil (n=51).

⁵ Katsetamisel kasutasid KOVID hindamisvahendi versiooni, mille üldandmete plokist (A-osa) olid välja jäetud abivajava inimese isikuandmed, mis on KOV-idele kättesaadavad STAR-ist. Samuti eemaldati katsetamisel B-osast - Sotsiaalteenuste kasutamine, hindamisvahendi väljad, mis nimetasid varasemaid abimeetmeid ja nende kehtivuse aega, kuid mis ei andnud infot inimese abivajaduse kohta hindamise hetkel (omandatud haridustase, eestkoste andmed, rehabilitatsiooniplaani olemasolu ja selle kehtivuse aeg, kasutatud rehabilitatsiooniteenused, nende kasutamise aeg, diagnooside loetelu, sotsiaalteenuste loetelu, mida on inimene kasutanud).



Joonis 8. SKA-s hinnatud inimeste abivajaduse koondprofiil (n=13).

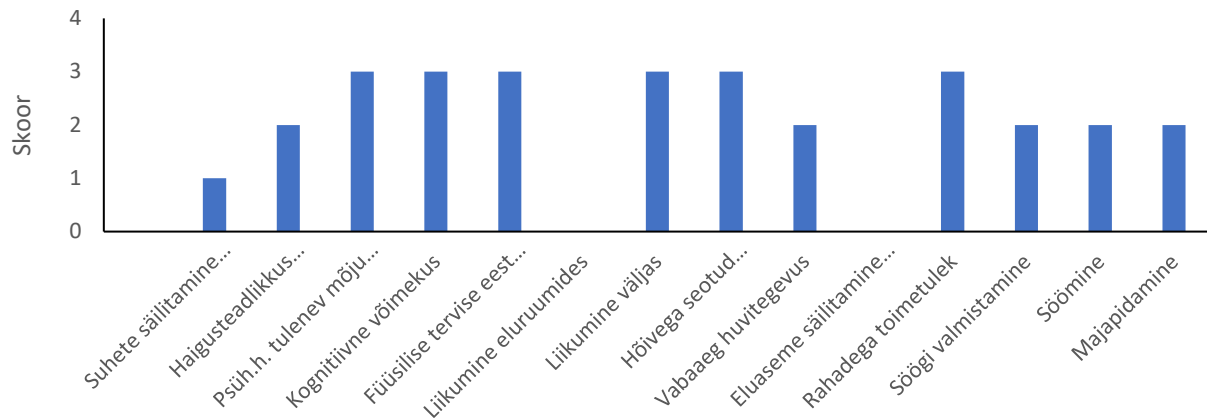
KOV-hindajate poolt hinnatud 51 inimese abivajaduse koondprofiil toob välja KOV-i pöördunud inimeste abivajaduse konkreetsetes eluvaldkondades. Analüüsist nähtub, et KOV-ide poolt hinnatud inimestest on enamik iseseisvad sotsiaalsete suhete, psüühikahäirest ja kognitiivsest võimekusest tuleneva mõjuga toimetulekul, hõive ja söömisega seotud tegevustes. Äärmuslikku toetusvajadust oli hinnatud vähestel. Enam esines äärmuslikku toetusvajadust, majapidamise korrashoiul, enese eest hoolitsemisel, rahadega toimetulekul ja väljaspool kodu liikumisel. Suurem hulk KOV-ide poolt hinnatud inimestest on keskmise toetusvajadusega ehk vajavad 1–4 korda nädalas juhendamist ja kõrvalabi. Hinnatutest suurem osa vajab seda füüsilise tervise, väljapool kodu liikumise ning igapäevaelu toimingutega seotud eluvaldkonnas söögi valmistamise ja majapidamise korrashoiuga seotud tegevustes.

Kõikide SKA-hindajate poolt hinnatud inimeste abivajaduse koondprofiil toob välja, et hinnatud 13-st inimesest oli kümnel inimesel äärmuslik toetusvajadus haigusteadlikkuse kujunemise toetamisel ja raviplaani jälgimisel, rahadega toimetulekul ning 11-l inimesel eluaseme säilitamisega seotud valdkonnas. Samas olid kümme inimest täiesti iseseisvad eluruumides liikumisel. Üle poolte abivajavatest vajavad igapäevaselt abi sotsiaalsete suhete, oma psüühikahäirest tuleneva mõju tõttu igapäevaelule ja enese eest hoolitsemise valdkonnas.

Abivajaduse koondprofiil kirjeldab hinnatud inimesi läbi eluvaldkondade ja abivajaduse astmete. Abi- ja toetusvajaduse hindamise tulemusel saadud hinnatud inimeste abivajaduse koondprofiil annab üldkogumis konkreetsele kohalikule omavalitsusele aga ka riigile ülevaate, kui palju on omavalitsuses ja/või riigis abivajavaid inimesi, kellel on igapäevaelu tegevustest, nt enesehooldustoimingutes vaja meelde tuletamist/nõustamist, kui paljudel on vaja juhendamist, kui paljudel on vaja kõrvalabi ning kui paljudel on vajalik enesehooldustoimingu tegevused teise inimese poolt üle võtta ehk inimene ei suuda neid tegevusi ise teha. Sellele infole tuginedes saab omavalitsus võimaluse planeerida ressursse ja kavandada sotsiaalhoolekande tegevusi vastavalt oma elanikkonna hinnatud vajadustele.

Üksikisiku abivajaduse profiil (joonis 9) annab suunise, milliseid tegevusi vajab abivajadusega inimene konkreetsetes eluvaldkonnas. Sellele tuginedes saab KOV-i sotsiaaltöötaja otsustada, milline abimeede katab konkreetse inimese abivajaduse. Nt inimene kellel on keskmine abivajadus liikumisel väljaspool kodu (st vajab 1-4 korda nädalas abi) võib vajada

sotsiaaltranspordi teenust. Söömise toimingutes kõrge abivajadusega inimene vajab kõrvalabi igapäevaselt. Seda abi saab tagada koduteenusel koduhooldustöötaja poolt isikuabi tegevustega või lähedaste poolt, kellele langeb sellega hoolduskoormus.



Joonis 9. Näide KOV-is hinnatud ühe inimese abivajaduse profiilist

KOV-hindajad

Ajavahemikul 15. augustist kuni 2. detsembrini 2022 tegid KOV-hindajad üle 60 hindamise, millest 51 puhul andsid hinnatavad kirjaliku nõusoleku, et nende andmeid võib analüüsis kasutada, kellest 21% olid vene keelt rääkivad isikud. Eesti ja vene keelt rääkivate isikute vahel ei esinenud erinevusi hindamislehtede täitmisel. Hinnatavatest veidi üle poole (57%) olid naised, hinnatavate keskmine vanus oli $69,3 \pm 19,5$ eluaastat ja neist 59%-l ei olnud ametlikku hooldajat. Hinnatavatest kolmveerandil (78%) oli juba varem diagnoositud üks või mitu terviseprobleemi, veidi enamatel (84%) oli tuvastatud puue (keskmine, raske, sügav). Kolmandikul (35%) hinnatavatest oli puuduv töövõime ja 4%-l osaline töövõime, ülejäänute töövõimet ei olnud hinnatud. Abivahendeid kasutas samuti kolm neljandikku (75%) hinnatavatest. Kahte või enamat erinevat abivahendit vajas 61% hinnatavatest. Sotsiaalsõrgustik, kellega abivajaja suhtleb ja kes teda toetab, oli olemas kõigil hinnatud abivajajatel.

ATV hindamisvahendi juures hinnati erinevate eluvaldkondade küsimuste omavahelist tugevust lõppskoori hindamisel (tabel 8 Tabel 8). Esitatud küsimuste omavaheline tugevus oli 0,93, mis kinnitab küsimuste väga tugevat omavahelist seost ja järjepidevust lõppskoori kujunemisel. Küsimuste omavahelise tugevuse suurendamiseks võib kaaluda mõne küsimuse („Haigusteadlikkus, raviplaani järgimine“, „Liikumine eluruumides“, „Hõivega seotud tegevused“) ümbersõnastamist või selgitamist juhendis, kuid mitte hindamisvahendist väljavõtmist, kuna vastasel juhul väheneks hindamisvahendi küsimuste omavaheline tugevus ja järjepidevus võrreldes varasemaga.

Tabel 8. Abi- ja toetusvajaduse hindamislehtede analüüsi tulemused (KOV)

Hinnatav valdkond	Skoor	95% CI**		p***
Sotsiaalsed suhted				
Suhete säilitamine, taastamine, loomine	1,1 ± 1,4	0,75	1,53	0,21
Vaimne tervis				
Haigusteadlikkus, raviplaani järgimine	1,4 ± 1,4	1,01	1,79	0,03*
Psüühikahäiretest tulenev mõju käitumisele, tegevustele	0,8 ± 1,2	0,49	1,19	0,03*
Kognitiivne võimekus	1,3 ± 1,3	0,88	1,64	0,65
Füüsiline tervis				
Füüsilise tervise eest hoolitsemine	2,1 ± 1,1	1,76	2,44	0,81
Liikumine eluruumides	1,3 ± 1,3	0,9	1,62	0,00*
Liikumine väljas	2,3 ± 1,1	1,97	2,67	0,92
Hõive				
Hõivega seotud tegevused	0,7 ± 1,3	0,51	1,33	0,78
Vaba aeg ja huvitegevus				
Vabaaeg huvitegevus	0,8 ± 1,0	0,74	1,42	0,59
Elukeskkond				
Eluaseme säilitamine või saamine	1,3 ± 0,2	0,94	1,74	0,00*
Igapäevatoimingud				
Rahadega toimetulek	2,0 ± 0,2	1,54	2,42	0,73
Söögi valmistamine	2,0 ± 0,2	1,60	2,36	0,70
Söömine	0,7 ± 0,2	0,36	1,08	0,75
Majapidamine	2,3 ± 0,2	1,90	2,62	0,04*
Enese eest hoolitsemine	1,7 ± 0,2	1,33	2,19	0,50

* Panustab oluliselt mudeli kujunemisse ($p < 0,05$)

** 95% usaldusvahemik – 95% tõenäosusega jääb üldpopulatsiooni puhul skoor (väärtused) sellesse vahemikku

*** Olulisuse tõenäosus - näitab antud valimi sobivust nullhüpoteesiga. Nullhüpotees eeldab, et mõõdetud nähtuste vahel ei ole seost.

ATV hindamisvahend hindab inimese toetusvajadust seitsmes eluvaldkonnas ja 15 küsimuse põhjal tuli kokku abi- ja toetusvajaduse skoor. Kasutades analüüsis ISTE projektis rakendatud abivajaduse hindamise skoori jaotust, selgus andmetest, et kolmandikul (34%) hinnatavatest oli toetusvajadus väike (0–14 punkti), kolmandikul (34%) keskmine (16–30 punkti), neljandikul (26%) suur (31–45 punkti) ja 6%-l äärmuslik (46–60 punkti). Regressioonanalüüsist selgus, et küsimused kokku panustavad väga tugevalt ($R^2 = 0,94$) skoori kujunemisse, samas olid küsimused „Haigusteadlikkus, raviplaani järgimine“, „Psüühikahäiretest tulenev mõju käitumisele, tegevustele“, „Liikumine eluruumides“, „Eluaseme säilitamine või saamine“ ja „Majapidamine“ mudeli kujunemisel kõige olulisemad ($p < 0,05$). Samas selgus korrelatsioonianalüüsi käigus, et puuduvad olulised seosed ($p > 0,05$) hindamisvahendi skoori, skoori põhjal tuletatud abi- ja toetusvajaduse hindamise skoori jaotuse ja KOV-hindajate hinnangul sotsiaalhoolekande abimeetme vajaduse ja sobivate sotsiaalhoolekande abimeetmete arvu vahel. Lihtsustatult öeldes tähendab see, et hindamisvahendist tulenev skoor ei iseloomusta KOV-hindajate valikut abi osas – kui palju ja millised sotsiaalhoolekande abimeetmed sobivad abivajaja toetamiseks.

Seega saab oletada, et kuigi hindamisvahendi skooril ja sellest tulenevatel jaotustel on omavahel tugev seos, siis KOV-hindajad seda skoori teenuste määramisel arvesse ei võta ja määravad abimeetmeid pigem vestluse ja sisetunde alusel.

SKA-hindajad

Ajavahemikus 15. augustist 2. detsembrini 2022 toimus neljal SKA-hindajal 13 hindamist, kus hinnatavad andsid kirjaliku nõusoleku, et andmeid võib uuringu raames kasutada. Kõik hindamised vaatas üle neutraalne SKA-hindaja (teenusekonsultant), kes hindas abivajajale sobilikku teenust hindamisvahendi abil.

Hinnatavatest üle poole (69%) olid mehed keskmise vanusega $27,1 \pm 7,9$ eluaastat. Kõigil oli juba varem diagnoositud üks või mitu terviseprobleemi ja tuvastatud puue (keskmise 8%, raske 15%, sügav 77%). Hinnati abivajajaid üle Eesti (Elva vald, Haapsalu linn, Harjumaa, Läänemaa, Röpina vald, Tõrva vald, Valga linn), veidi vähem kui poolte alaline elukoht oli Tallinn. Kuna enamikul (77%) oli varem tuvastatud kehtiv raske puue, ei tulnud andmetest välja olulist statistilist seost kehtiva puude raskusastme ja ulatuse ning abi- ja toetusvajaduse astme ja toetusmeetmete vahel.

SKA-hindajad kasutavad hindamiseks pikka ATV hindamisvahendit, kus lõppskoori arvutamiseks kasutatud küsimused on välja toodud allpool.

ATV hindamisvahendi juures hindasime erinevate eluvaldkondade küsimuste omavahelist tugevust lõppskoori hindamisel. Küsimuste omavaheline tugevus oli 0,95 (Cronbachi alfa > 0,7), mis kinnitab küsimuste tugevat omavahelist seost lõppskoori kujunemisel. Ainukesena ei olnud statistiliselt oluline seos skoori kujunemisel küsimusel „Liikumine eluruumides“. Korrelatsioonanalüüs näitas samuti statistiliselt olulisi seoseid küsimuste ja lõppskoori vahel, samas ainult ühe küsimuse puhul „Liikumine eluruumides“ ei leitud statistiliselt olulist seost ehk „Liikumine eluruumides“ ei ole statistiliselt oluline teema või siis liiga üldine teema, mida skoori saamiseks küsida (tabel 9).

Tabel 9. ATV hindamislehtede analüüsi tulemused (SKA)

Hinnatav valdkond		Skoor	95% CI**		p***
Sotsiaalsed suhted					
	Suhete säilitamine, taastamine, loomine	3,4 ± 0,7	2,99	3,78	0,00*
Vaimne tervis					
	Haigusteadlikkus, raviplaani järgimine	3,5 ± 1,0	2,95	4,12	0,00*
	Psüühikahäiretest tulenev mõju käitumisele, tegevustele	3,0 ± 0,7	2,99	3,78	0,00*
	Kognitiivne võimekus	3,5 ± 0,7	3,06	3,86	0,00*
Füüsiline tervis					
	Füüsilise tervise eest hoolitsemine	3,4 ± 1,0	2,80	3,97	0,00*
	Liikumine eluruumides	0,3 ± 0,6	-0,07	0,69	0,10
	Liikumine väljas	2,7 ± 1,0	2,68	3,93	0,00*
Elukeskkond					
	Eluaseme säilitamine või saamine	3,6 ± 1,1	2,94	4,29	0,00*
Igapäevatoimingud					
	Rahadega toimetulek	3,5 ± 1,1	2,86	4,22	0,00*
	Söömine	1,5 ± 1,0	0,95	2,12	0,00*
	Majapidamine	3,1 ± 1,0	2,50	3,65	0,00*
	Enese eest hoolitsemine	3,0 ± 0,9	2,44	3,55	0,00*

* Panustab oluliselt skoori kujunemisse ($p < 0,05$)

** 95% usaldusvahemik – 95% tõenäosusega jääb üldpopulatsiooni puhul skoor (väärtused) sellesse vahemikku

*** Olulisuse tõenäosus - näitab antud valimi sobivust nullhüpoteesiga. Nullhüpotees eeldab, et mõõdetud nähtuste vahel ei ole seost.

Uuringu raames vaadeldi hindamisvahendi sobivust ennekõike SRT ja EHK-teenuste määramisel. SKA-hindajate täidetud hindamisvahendi vaatas üle veel teinegi kogenud SKA-hindaja, andes hindamisvahendis esitatud andmetele toetudes oma hinnangu SRT ja EHK-teenuste vajadusele. Analüüsist selgus, et EHK-teenusevajaduse hindamisel said teenusekonsultandid umbes pooltel juhtudel tulemuseks sama teenuse, umbes pooltel juhtudel oli teenus küll nimetuselt erinev, kuid sisult sama ning ainult ühel juhul jõudsid hindajad teistsuguse tulemuse ja teenuseni (tabel 10). SRT hindamisel jõudsid hindajad samade inimeste puhul enamikul (85%) juhtudel sama tulemuseni ja kahel juhul hindasid SKA-hindajad SRT vajadust erinevalt.

Tabel 10. EHK-teenusevajaduse hindamisel määratud teenused

Nr	ATV SKOOR	EHK vajadus	Hindaja 1		Hindaja 2	
			Määratud EHK teenused	SRT vajadus	Määratud EHK teenused	SRT vajadus
1	23	Jah	IET / TE	Jah	TE	Jah
2	30	Jah	ÖE	Ei	ÖE	Ei
3	35	Jah	IET / ÖE	Ei	IET / ÖE	Ei
4	14	Jah	TE	Jah	TE	Jah
5	45	Jah	IET pnh	Ei	ÖL	Ei
6	42	Jah	ÖL / IET pnh	Jah	ÖL	Jah
7	34	Jah	IET / TE	Ei	KE	Jah
8	41	Jah	IET pnh / IET /IETa / ÖE	Jah	ÖT / IET pnh	Jah
9	37	Jah	IETa / ÖE / IET pnh	Jah	IETa	Jah
10	39	Jah	ÖE	Ei	ÖE	Ei
11	41	Jah	IETa / ÖEa / IET pnh	Jah	ÖE / IET pnh	Jah
12	41	Jah	IET pnh / ÖE	Jah	IET pnh	Jah
13	40	Jah	IET / ÖE	Jah	IET / ÖE	Ei

ATV – abi ja toetusvajadus; EHK – erihooletusteenus; SRT – sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus; IET – igapäevaelu toetamise teenus; TE – toetatud elamise teenus; ÖE – ööpäevaringne erihooletusteenus; IET pnh – igapäevaelu toetamise teenus päeva ja nädalahoiuteenusena; IETa – igapäevaelu toetamise teenus autisminähtega inimesele; ÖEa – ööpäevaringne erihooletusteenus autisminähtega inimesele; ÖL – ööpäevaringne erihooletusteenus lapsele; KE – kogukonnas elamise teenus.

Järgnevas tabelis (tabel 11) tuuakse välja kehtiva puude raskusastme, abi- ja toetusvajaduse taseme ja määratud toetusmeetmete vahelised suhted. Korrelatsioonanalüüsi tulemusel selgus, et eelnevalt tuvastatud puudel oli oluline ($p < 0,05$) positiivne korreleeruv seos ATV hindamisvahendiga saadud skoori ($R = 0,56$) ja tasemega ($R = 0,58$). See tähendab, et võib väita, et kõrgem kehtiv puude raskusaste tähendab üldiselt ka kõrgemat abi- ja toetusvajaduse taset.

Tabel 11. ATV hindamisel määratud abivajaduse tasemed tulenevalt KOV- ja SKA-hindajate eelnevalt tuvastatud puude raskusastmest

Puue	ATV Tase	Osakaal
Ei ole puuet määratud (n = 8)	Madal	43%
	keskmine	29%
	kõrge	28%
Keskmine (n = 8)	Madal	88%
	keskmine	12%
Raske (n = 27)	madal	22%
	keskmine	52%
	kõrge	22%
	äärmuslik	4%
Sügav (n = 21)	madal	5%
	keskmine	10%
	kõrge	38%
	äärmuslik	47%

Abi- ja toetusvajaduse hindamislehtede analüüsi tulemused:

1. ATV hindamisvahendi küsimuste vahel esines väga tugev omavaheline seos, mis kinnitab küsimuste omavahelist seost ja järjepidevust lõppskoori kujunemisel;
2. Küsimuste omavahelise tugevuse suurendamiseks võib kaaluda mõne küsimuse („Haigusteadlikkus, raviplaani järgimine“, „Liikumine eluruumides“, „Hõivega seotud tegevused“) teisiti sõnastamist, kuid mitte hindamisvahendist väljavõtmist, kuna vastasel korral küsimuste omavaheline tugevus ja järjepidevus varasemaga võrreldes väheneks;
3. Kuigi hindamisvahendi skooril ja sellest tulenevatel jaotistel on omavahel tugev seos, siis KOV-hindajad seda skoori teenuste määramisel arvesse ei võta ja määravad abimeetmeid pigem vestluse ja sisetunde järgi;
4. EHK-teenusevajadust hindasid teenuste konsultandid üldiselt sarnaselt ning ainult ühel juhul jõudsid hindajad erineva tulemuseni. SRT vajaduse hindamisel jõudsid hindajad samuti enamikul juhtudel sama tulemuseni.

Hoolduskoormuse hindamine

Katsetamise käigus kasutasid hindajad HK hindamisvahendit 22 juhul, millest 18% juhtudel oli hindamisel osalevaks isikuks vene keelt rääkiv isik. Eesti ja vene keelt rääkivate isikute vahel ei esinenud erinevusi hindamislehtede täitmisel. Keskmiselt kulus selle vahendiga hindamiseks $57,0 \pm 12,8$ minutit, kusjuures kolmandik (36%) hindajatest märkis, et neil kulus hoolduskoormuse hindamiseks 60 minutit. Hinnatavatest (hooldajatest) enamiku (82%) keskmine vanus oli $57,6 \pm 11,3$ eluaastat. Pooltel juhtudel oli hinnatav määratud ametlikuks hooldajaks ja neist omakorda 72% juhtudel hooldas ta oma leibkonna liiget. 81% hinnatavatest olid täieliku töövõimega ja viiendikule (18%) oli tuvastatud keskmine puue. Tulemustest selgus, et veidi enam kui pool (62%) hinnatavatest käis lisaks lähedase hooldamisele tööl ja neist omakorda 71% töötas täiskohaga. Sagedamini (64%) oli tegemist 3–4-liikmelise leibkonnaga, kus üldjuhul (77%) puudusid alaealised lapsed.

Hooldatavad olid keskmiselt $53,0 \pm 29,8$ aasta vanused. Noorim hooldatav oli kaheksa-aastane ja vanim 93-aastane. Mehi ja naisi oli hooldatavate hulgas võrdselt, erivajadustega lapsi hooldasid

pooled, ema või isa kolmandik (36%) ning muud sugulast 14% hooldajatest. Enamik hinnatavatest (82%) hindas oma hoolduskoormust väga suureks, kümnendik (9%) suureks ning 5% kergeks või mõõdukaks.

HK hindamisvahendi kvantitatiivses analüüsis hindasime esimese ülesandena küsimuste omavahelisi seoseid nelja teemaploki all, milleks olid:

1. Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevused (17 küsimust);
2. Mõju tervisele (9 küsimust);
3. Mõju hooldaja igapäevaelule (9 küsimust);
4. Mõju majanduslikule toimetulekule (5 küsimust);

Teemaploki „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine“ all oli 17 küsimust, milles hindajal tuli märkida, kui mitu tundi nädalas hooldaja keskmiselt hooldatavat eri tegevustes aitab. Samuti pidi hindaja märkima, millistes hooldatava abistamise ja hooldamisega seotud tegevustes vajab hooldaja lisaabi, millistes osaliselt abi (keegi teine võiks samuti hooldatavat siin aidata) ning milliseid tegevusi võiks hooldatavale osutada täielikult keegi teine (kas vastavaid teenuseid osutav isik või asutus). Analüüsist tuli välja, et keskmiselt kulub hooldajal oma lähedase hooldusele 177⁶ (SD ± 157,6) tundi nädalas. Kõige suurema ajalise koormuse moodustavad ööpäev läbi järelevalve, igapäevaste koduste toimingute tegemine ja hooldavale seltsi pakkumine (tabel 12). Keskmiselt tuleb hooldaja praegu iseseisvalt toime 8,1 ± 5,4 tegevusega, samas osalist abi vajatakse keskmiselt 2,5 ± 2,5 tegevusega. Hinnatavad leidsid, et neid tegevusi võiks täielikult keegi teine osutada keskmiselt 1,4 ± 2,1 tegevuse puhul.

Tabel 12. Hooldustegevustele kuluv aeg (tundides, standardhälve)

Hooldustegevus	Tunnid, SD*
Enesehooldus ja hügieenitoimingud	7,9 ± 7,8
Regulaarsed tervisetöid	2,1 ± 2,5
Igapäevased kodused toimingud	10,6 ± 7,0
Vajalike kaupade hooldatavale koju toomine	4,5 ± 3,6
Majast väljas liikumisabi osutamine	2,2 ± 2,6
Abistamine transpordiga	1,2 ± 1,2
Abistamine töötamisel või õppimisel	0,5 ± 1,4
E-teenuste kasutamisel abistamine	0,6 ± 0,7
Abistamine uute ülesannete lahendamisel	1,6 ± 1,9
Hooldatava esindamine teiste inimestega suhtlemisel	1,7 ± 1,6
Abistamine vajalike asjade meelespidamisel	2,3 ± 2,8
Abistamine ühiskonnaelus osalemisel	1,2 ± 2,1
Hooldatavale seltsi pakkumine	9,6 ± 14,5
Hooldatava toetamine psühholoogiliste probleemidega	3,5 ± 3,6
Kergem ööpäev läbi järelevalve	15,3 ± 46,8
Raskem ööpäev läbi järelevalve	21,2 ± 39,5
Hooldamisaeg kokku	177,0 ± 157,6

⁶ Siinkohal peab arvestama, et hindamisvahendis oli võimalik märkida tunde nii, et hooldustegevustele kuluv tundide kogusumma saigi kokku suurem tulla kui nädala tundide koguarv.

** Standardhälve - iseloomustab tunnuse hajuvust ehk mida suurem on standardhälve, seda suurem on tunnuse väärtuste hajuvus.*

Teemaplokkist „Mõju tervisele“ võeti skoori arvutamisel arvesse üheksa küsimust (HM01–HM09), kus küsimuste omavahelise tugevuse analüüs näitas Cronbachi alfa väärtuseks 0,85, mis näitab küsimuste vahel tugevust ja järjepidavust ning kinnitab, et need sobivad mõõtma mõju tervisele. Kõige nõrgem omavaheline koosmõju oli küsimustel HM01, HM05 ja HM06. Eemaldades need küsimused hindamisvahendist, tugevnes seos küsimuste vahel (Cronbachi alfa = 0,90). Seega kinnitas analüüs, et hindamisvahendi teemaploki „Mõju tervisele“ tugevuse suurendamiseks võib hindamisvahendist või hoolduskoormuse skoori hindamisest eemaldada küsimused HM01, HM05 ja HM06 või siis need ümber sõnastada.

Teemaplokkist „Mõju hooldaja igapäevaelule“ võeti skoori arvutamisel arvesse samuti üheksa küsimust (HKI01, HKI02, HKI03-1, HKI03-2, HKI03-3, HKI03-4, HKI03-5, HKI03-6, HKI03-7). Küsimuste tugevuse hindamisel saadi Cronbachi alfa väärtuseks 0,75, mis samuti iseloomustab küsimuste piisavalt tugevat seost. Kõige nõrgem küsimuste koosmõju oli küsimustel HKI02, HKI03-2 ja HKI03-3. Põhjuseks võis olla see, et küsimuse HKI03-3 struktuur oli teistest küsimustest erinev. Eemaldades need küsimused hindamisvahendist, tugevnes seos küsimuste vahel (Cronbachi alfa = 0,86). Seega kinnitas analüüs, et hindamisvahendi teemaplokk „Mõju igapäevaelule“ tugevuse suurendamiseks võib hindamisvahendist või skoori hindamisest eemaldada küsimused HKI02, HKI03-2 ja HKI03-3 või sõnastada need parema arusaadavuse nimel ümber.

Regressioonianalüüsi tulemusel hinnati HK hindamisvahendi teemaplokkide skoori mõju lõppskoori kujunemisse. Kuna lõppskoor kujuneb hooldamise koormuse ja hoolduskoormuse mõju skoorist, siis selgus analüüsi järel, et teemaplokkid „Mõju tervisele“ ja „Mõju igapäevaelule“ panustasid oluliselt hoolduskoormuse mõju skoori kujunemisse ($R^2 = 0,95$). Samuti näitas regressioonianalüüs, et lõppskoori kujunemisse panustasid oluliselt nii teemaploki „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine“ kui ka „Hoolduskoormuse mõju“ skoor ($R^2 = 0,90$), mis näitab hindamisvahendi skoori tugevust.

Analüüsides regressioonianalüüsi käigus iga eraldiseisva teemaploki panust lõppskoori, selgus, et kõige enam panustavad lõppskoori kujunemisse teemaploki „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine“ ja „Mõju tervisele“ skoor ($R^2 = 0,80$). Samas teemaplokkil „Mõju hooldaja igapäevaelule“ lõppskoori kujunemisse olulist mõju ei olnud.

Hoolduskoormuse hindamislehtede analüüsi tulemused:

1. Teemaplokkide „Mõju tervisele“ ja „Mõju hooldaja igapäevaelule“ küsimustel on oluline seos ja kokkusobivus (Cronbachi alfa $\geq 0,7$). Samas, kui võtta teemaplokkist „Mõju tervisele“ välja või sõnastada ümber küsimused HM01, HM05, HM06, muutub teemaplokk ühtlasemaks (tugevamaks);
2. Teemaplokkis „Mõju igapäevaelule“ on küsimustel samuti oluline seos, tugevus ja kokkusobivus (Cronbachi alfa $\geq 0,7$). Samas, võttes küsimused HKI02; HKI03-2 ja HKI03-3 välja, muutus hindamisvahend tugevamaks. Küsimuste hindamisvahendisse jätmisel peaks küsimuse HKI03-3 kindlasti üle vaatama ja ümber sõnastama;
3. Vaadates regressioonianalüüsiga skooride mõju lõppskoorile, siis oli näha, et koormuse skooril ja mõju skooril oli oluline panust lõppskoori kujunemisse. Samas, vaadates kolme teemaploki eraldi mõju lõppskoori kujunemisse, selgus, et teemaploki „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine“ skooril ja „Mõju tervisele“ skooril oli oluline panus lõppskoori kujunemisse (85%), aga „Mõju igapäevaelule“ skooril seda ei olnud.

6.3. ATV ja HK hindamisvahendite integreerimine

Käesoleva analüüsi üheks ülesandeks oli hinnata, kas ja kuidas on võimalik integreerida abi- ja toetusvajadusega ja hoolduskoormusega inimeste hindamist. Soovitused tuginevad kirjandusele, hindamisvahendite teemade, küsimuste ja vastuste andmeväljade sisulisele võrdlusele ja katsetamisel osalenud hindajate tagasisidele (peamiselt SKA-hindajad) ning elektroonilise töölaua eelduslikele funktsionaalsustele.

Rahvusvahelises kirjandusest võib leida küll viiteid inimese abi- ja toetusvajaduse hindamisel inimese andmete integreerimisele (nt InterRAI tööriistad andmete integreerimiseks), kuid kinnitust ei leidnud hindamispraktika, kus abivajavat inimest ja hoolduskoormusega lähedast või hooldajat hinnatakse üheaegselt ühe hindamisvahendiga. Kasutusel on erinevad hindamisvahendid abivajavale inimesele ja hoolduskoormusega inimesele.

Nagu tõi välja ka katsetamise käigus saadud tagasiside, võib samaaegselt kahe hindamise läbiviimine olla ajaliselt koormav nii abivajavale inimesele, hooldajale, kui ka hindajale.

Samas näitab hindamisvahendite sisuline analüüs ja ka katsetamisel saadud tagasiside, et ATV ja HK hindamisvahendite integreerimine on võimalik ja asjakohane. Seda eelkõige teemade ja küsimuste suhtes, kus see on andmete omavahelise sisulise seose tõttu võimalik (tabel 13). See võimaldab siduda omavahel kahe hindamise käigus kogutavat infot ning vähendada dubleerivalt info küsimist ja ajalist koormust nii hindajale kui hoolduskoormusega inimesele. See on eriti oluline olukordades, kus abivajav inimene ise ei ole hindamisel suuteline esitada vajalikku infot, teistest andmeallikatest ei ole infot saada ning peamine info edastaja on hooldaja.

Tabel 13. HK ja ATV hindamisvahendite tegevusvaldkondade omavaheline seostamine hindamisvahendite integreerimise korral

	HK hindamisvandis küsimuse HT02 tegevuste loetelu	ATV hindamisvahendi eluvaldkondade teema ja küsimus, millega on seos ja/või kattuvus
1	Enesehooldus ja hügieenitoimingud (nt üle keha pesemine, riietumine, toitmine, tualetis käimine, mähkmete vahetamine jms)	Igapäevaelu toimingud – enese eest hoolitsemisega seotud tegevustes toetusvajadus
2	Regulaarsed tervisetoomingud (ettenähtud ravimite andmine, hooldatava süstimine, tema haavade puhastamine, haavasidemete vahetamine, vererõhu mõõtmine jms)	Füüsiline tervis - füüsilise tervise eest hoolitsemine ja tervishoiuteenuse kättesaamisel toetusvajadus
3.	Igapäevaste koduste toimingute tegemine (hooldatavale söögi tegemine, koristamine, muud majapidamistööd, muru niitmine jms)	Igapäevaelu toimingud – majapidamisega seotud tegevustes ja korrashoiul ning söögi valmistamisega seotud tegevustes toetusvajadus
4.	Apteegist ravimite, poest toidu ja muude vajalike kaupade hooldatavale koju toomine	Füüsiline tervis - füüsilise tervise eest hoolitsemisel, söögi valmistamisel ja igapäevaeluks vajalike kaupade soetamisel toetusvajadus

5.	Kodust väljas jalgsi ringi liikumise abistamine, sh majast välja aitamine (ustest väljumine ja treppidel liikumine, poodi, apteeki, postkontorisse, bussipeatusesse jm saatmine)	Füüsiline tervis – liikumisel väljaspool eluruume toetusvajadus
6.	Abistamine transpordiga (nt hooldatava sõidutamise arsti juurde, poodi, apteeki jms)	Füüsiline tervis – liikumisel väljaspool eluruume toetusvajadus, sh transpordi planeerimine, kasutamisel toetamine
7.	Abistamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel	Hõive - töö, õppimise vm hõivega seotud tegevuste juures toetusvajadus Vaba aeg ja huvitegevus - vaba aja ja huvitegevuse juures toetusvajadus
8.	E-teenuste kasutamine (e-poest toidu, ravimite vm tellimisel, internetist teenuste, toetuste või muu info leidmisel, digiallkirja andmisel, e-kirjade, avalduste koostamisel jms)	Igapäevaelu toimingud – asjaajamisel toetusvajadus
9.	Abistamine keeruliste või uute ülesannete lahendamisel (remonditööde või kodumasinatate paranduse korraldamine, uute asjade või töövahendite kasutamise õppimine, uude kohta minek ja seal orienteerumine jms)	Igapäevaelu toimingud – majapidamisega seotud tegevustes ja korrashoiul toetusvajadus Füüsiline tervis – liikumisel väljaspool eluruume toetusvajadus
10.	Hooldatava abistamine või tema esindamine teiste inimestega suhtlemisel (arsti, ametnike, teiste võõraste, tuttavate ja sugulastega jms)	Sotsiaalsed suhted ja pere toetamine - sotsiaalsete suhete säilitamisel, taastamisel või loomisel toetusvajadus Igapäevaelu toimingud – asjaajamisel toetusvajadus
11.	Abistamine vajalike asjade meelespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel	Vaimne tervis – kognitiivse võimekuse tõttu toetusevajadus
12.	Abistamine ühiskonnaelus osalemisel (hobidega tegelemine, üritustel, ringides, päevakeskuste tegevustes osalemine jms)	Vaba aeg ja huvitegevus - vaba aja ja huvitegevuse juures toetusvajadus
13.	Hooldatavale seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, uudiste või mälestuste jagamine ja muu arutamine kas silmast silma, telefoni või veebisuhtluse kaudu	Sotsiaalsed suhted - Sotsiaalsete suhete säilitamine, taastamine või loomine
14.	Hooldatava toetamine psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul (üksilduse, depressiooni, ärevuse, suitsiidi- või surmamõtetega toimetulek)	Vaimne tervis - psüühikahäirest tulenev mõju käitumisele ja tegevusele Riskikäitumise ilmingute esinemine
15.	Kergema ööpäevaringse järelevalve pakkumine (inimene saab eeltooduga iseseisvalt hakkama, kuid on vaja jälgida, et ta ei kukuks ega vigastaks end, st ennetada ohtlikke olukordi)	Vaimne tervis – riskikäitumise ilmingute esinemine. Ohtlike olukordade ennetamine tähendab, et inimene võib tervisest tulenevalt jätta enda hooletusse või käitub ennast kahjustavalt.

16.	Raskema ööpäevaringse järelevalve pakkumine (inimene ei saa eeltooduga iseseisvalt hakkama ning lisaks on vaja jälgida, et ta ei vigastaks end, st ennetada ohtlikke olukordi)	Vaimne tervis – riskikäitumise ilmingute esinemine Ohtlike olukordade ennetamine tähendab, et inimene võib tervisest tulenevalt jätta enda hooletusse või käitub ennast kahjustavalt.
-----	--	--

ATV ja HK hindamisvahendite teemade, küsimuste ja vastuste sisuline võrdlus näitab, et oluline sisuline seos on abi- ja toetusvajaduse hindamisel eluvaldkondade teemade ja HK hindamisvahendis IV teemaploki „Abistamine (elamis)toimingutes ja hooldustegevustes“ küsimuse HT02 tabelis loetletud tegevuste vahel. Kõik HT02 tabelis loetletud tegevused on võimalik jaotada oma sisu poolest ATV hindamisvahendis olevate eluvaldkondade teemade ja küsimuste alla.

All olevas tabelis on esitatud HT02 tegevuste loetelu ning selle seos ATV hindamisvahendi eluvaldkondade teema ja küsimusega.

Sellest tulenevalt on võimalik luua integreeritud lahendus nt järgmiselt:

Kui abivajaval inimesel on tuvastatud abi- ja toetusvajaduse hindamisel mingis eluvaldkonnas abivajadus (toetusvajaduse astmeks märgitud vähemalt 1-4) ja abivajadust ei ole kaetud teenusega, vaid pereliikme, eestkostja ja/või muu isiku poolt, siis on tõenäoline, et see on kaetud hoolduskoormusega inimese tegevusena. See tähendab, et sellisel juhul peab hoolduskoormuse hindamisel HT02 tabeli loetelus esitatud tegevus olema täitmiseks kohustuslik. Tehniline lahendus võiks luua võimaluse nt nende tegevuste esiletõstmiseks ja/või välistama, et tegevustele kuluv aeg märgitakse „0“-ks või skaalal astmega „Mitte kunagi“. Samuti on sel juhul tegevuse juurde kohustuslik märkida, kas hooldaja vajab täiendavat abi või mitte.

Näide:

- ATV hindamisvahendis on märgitud, et abivajaval inimesel on eluvaldkonnas „Igapäevelu toimingud“ küsimuse „Enese eest hoolitsemine“ juures märgitud abivajaduseks 4 - äärmuslik toetusvajadus, ta vajab püsivat hooldust ja/või järelevalvet ja tegevuste üle võtmist teise isiku poolt. Samuti on märgitud, et toetus on korraldatud pereliikmete poolt. See tähendab, et HK hindamisvahendis HT002 tegevuste tabelis on juba näha ja esile tõstetud HT002 tabelis punktis 1 hooldaja tegevustena: Enesehooldus ja hügieenitoimingud (nt üle keha pesemine, riietumine, toitmine, tualetis käimine, mähkmete vahetamine jms). Hindamisel ei ole sellisel puhul vajalik hooldajalt küsida, kas ta teeb neid tegevusi, vaid saab uurida ja asuda täitma sellele tegevusele kuluvat aega ning kas hooldaja vajab selle juures täiendavat abi.

Selline sisuline hindamisvahendite integreerimine loob võimaluse lihtsamalt seostada hooldaja tegevusi eelnevalt hinnatud abivajava inimesele osutava abiga. Samas ei ole eeltingimuseks, et abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamine viiakse läbi ühe tervikuna ja ühe kohtumise raames.

Hindajatele peab jääma võimalus paindlikult koostöös abivajava inimese ja hooldajaga otsustada, mitme kohtumisega saadakse piisav terviklik ülevaade ja info inimese abi- ja toetusvajadusest ja hooldaja hoolduskoormusest ning koormamata seejuures inimest liigselt ja jäädes nende menetlustegevustega seaduses ettenähtud ajalise piiri sisse. Seda peavad võimaldama ja toetama omavahel integreeritud ATV ja HK hindamisvahendite elektroonilised lahendused.

Integreerimise eesmärki silmas pidades on vajalik seostada omavahel abivajava inimese abi- ja toetusvajaduse hindamine ja tema hooldaja hoolduskoormuse hindamine. Seda on võimalus teha

läbi isikukoodide või elektroonilise andmebaasi loodava koodiga. Isikukoodi puhul on vaja ATV hindamisvahendisse lisada andmeväli hooldaja nime ja isikukoodiga. Samuti on HK hindamisvahendi III teemaplokis vaja küsimuse L02 "Mitut leibkonna liiget Te abistate või hooldate?" ja "Mitut inimest Te väljaspool leibkonda abistate või hooldate?" lisada hooldatavate nimede juurde isikukoodi väli. See võimaldab seostada abivajava inimese abi- ja toetusvajaduse hindamist hooldaja hoolduskoormuse hindamisega.

Hoolduskoormuse tegevuste ja abi- ja toetusvajaduse eluvaldkondade omavahelisel integreerimisel saab elektroonilise lahenduse olemasolul vajadusel avada ja vaadata abi- ja toetusvajaduse hindamisel kogutud abivajavat inimest kirjeldavat infot (konkreetse eluvaldkonna juures kommentaarid ja olulised vajaduste lahtrid), mis tuleb nähtavale HT002 tabeli vastava tegevuste ploki juures. See toetab hooldajat, kui on vaja määratleda nendele tegevustele kuuluvat aega.

Samuti annab see võimaluse vaadata üle abi- ja toetusvajaduse hindamisel kogutud infot ja selle seost hooldaja tegelike tegevustega. Juhul kui hooldaja nimetab, et ta abistab inimest nt HT002 tabelis tegevusega nr 11 „Abistamine vajalike asjade meelespidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel“, kuid abi- ja toetusvajaduse hindamisel on märgitud, et inimene on iseseisev ja ei vaja kognitiivse võimekuse tõttu abi, siis võib olla abi- ja toetusvajaduse hindamisel inimese seisund hinnatud paremaks, kui see tegelikult on.

Soovitused integreerimiseks on esitatud eeldusel, et hindamisvahendid on kasutatavad elektroonilises keskkonnas.

7. Kokkuvõte, järeldused ja ettepanekud

Töö eesmärk oli analüüsida olemasolevat ATV hindamisvahendit KOV ja SKA (EHK ja SRT) vaates, töötada välja HK hindamisvahend ning seda analüüsida. Lisaks kirjeldatakse raportis, kuidas on korraldatud abi- ja toetusvajaduse ning hoolduskoormuse hindamine Eestis ja teistes riikides.

Enne hindamisvahendite katsetamist küsitleti Eesti kohalikke omavalitsusi, et saada ülevaade nende senisest abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamise kogemusest. Küsitlusele vastas 43 KOV-i (vastamismäär 54%). Peale HK hindamisvahendi väljatöötamist ja hindajate koolitamist kaasati hindamisvahendite katsetamisse SKA ja viis KOV-i. Hindajatelt saadi hindamislehed (isikut tuvastava infota), mille põhjal hindamislehti analüüsiti. Peale hindamisi intervjueriti hindajaid (n = 22) ja hinnatavaid (n = 14). Piirkondade valikul pöörati tähelepanu sellele, et esindatud oleksid suurlinna (Tallinn), venekeelse elanikkonnaga (Kohtla-Järve), domineeriva linnalise keskusega (Jõgeva vald) ja hajaasustusega piirkonna (Alutaguse vald) ning keskmise või väikse suurusega valla (Hiiumaa vald) KOV-ide spetsialistid.

ATV hindamine. Teaduskirjanduse analüüsi tulemusel selgus, et üle maailma on kasutusel mitmesuguseid ATV hindamisvahendeid, mille eesmärgid ja ülesehitus võivad märkimisväärselt erineda. Analüüsiti nelja abivajaduse hindamiseks loodud hindamisvahendit (InterRAI, WHODAS2.0, IDEAS ja I-CAN), mis kõik on erineva fookusega ega võimalda kõigi abivajajate puhul ühetaolist kasutamist. Analüüsis on eraldi välja toodud Hollandi ja Inglismaa praktikad, kus sarnaselt Eestile on mõlemas riigis nii abi- ja toetusvajaduse kui ka hoolduskoormuse hindamise eest vastutajaks KOV. Hollandis korraldavad abi- ja toetusvajaduse hindamist piirkondlikud erialaspetsialistide meeskonnad ning vajaduse korral kaasatakse professionaalseid teenusepakkujaid. Inglismaal hindavad abi- ja toetusvajadust peamiselt KOV-ide sotsiaaltöötajad, kaasates vajaduse korral terapeute. Inglismaal kontrollivad hindajad, kas inimese vajadused tulenevad haigusest, füüsilistest või vaimsetest häiretest või on mõlemaga seotud (hinnatakse füüsilisi, vaimseid, sensoorseid, õpi- või kognitiivseid tegevuspiiranguid ja haigusi, samuti erinevate ainete kuritarvitamisest tulenevat ajukahjustust).

Katsetatava ATV hindamisvahendiga sama hindamisvahendit on SKA Eestis kasutanud alates 1.04.2019. Analüüsi eesmärk oli katsetada seda ka KOV-ides. KOV-id kasutasid hindamiseks erinevaid hindamisvahendeid, samas pooled KOV-id kasutasid hooldusvajaduse ja sotsiaalteenuste määramiseks ESF-i toetusel loodud hindamisvahendit või sellele sarnast meetodikat. KOV-id on olemasolevaid hindamisvahendeid endale käepärasemaks kohandanud vastavalt hindajate vajadustele ja osutatavatele teenustele. Enamik leidis, et nende kasutatavad hindamisvahendid on abi- ja toetusvajaduse hindamiseks sobivad või siis tuleks neid veidi täiendada. Ainult 5% vastajatest leidis, et kasutatav vahend abi- ja toetusvajaduse hindamiseks pigem ei sobi. Üldjuhul kulus KOV-idel abi- ja toetusvajaduse hindamiseks oma olemasolevate vahenditega 60 minutit. Järgnevalt on toodud kokkuvõttev tabel (tabel 14) ATV hindamisvahendi tugevustest, nõrkustest, eeldustest ja alternatiividest nii KOV kui SKA lõikes. Siinjuures peab arvestama ka seda, et ATV hindamisvahendiga hinnanud hindajate positsioon olid mõnevõrra erinevad (SKA-hindajatele oli tunduvalt rohkem kogemusi kui KOV-hindajatel), siis kasutamiskogemust kirjeldavad hinnangud ei ole ka päris võrreldavad. Samuti oli intervjueritavate spetsialistide arv väga erinev (22 KOV-hindajat ja vaid 4 SKA-hindajat), siis peab arvestama, et väljatoodud tugevused ja nõrkused ei pruugi kogu sihtrühma vaadet arvestada.

Tabel 14. ATV hindamisvahendi tugevused, nõrkused, eeldused ja alternatiivid

	KOV	SKA (SRT/EHK)
Tugevused	<p>ATV hindamisvahend on esmaseks hindamiseks sobiv ja aitab kaasa sellele, et inimene saaks asjakohaseid teenuseid.</p> <p>ATV hindamisvahend on põhjalik ja võimaldab kliendist hea ülevaate saada.</p> <p>ATV hindamisvahend aitab püsida raamides ja jälgida hindamise eesmärki.</p> <p>ATV hindamisvahend aitab hindajal küsida ka ebamugavamaid küsimusi.</p>	<p>ATV hindamisvahend on esmaseks hindamiseks sobiv ja aitab kaasa sellele, et inimene saaks asjakohaseid teenuseid.</p> <p>ATV hindamisvahend on põhjalik ja võimaldab kliendist hea ülevaate saada.</p> <p>ATV hindamisvahend sobib SKA-sse pöördunud EHK ja SRT taotlejate abivajaduse hindamiseks.</p>
Nõrkused	<p>ATV hindamisvahendi kasutamine Exceli kujul on väga ajamahukas ja ebamugav.</p> <p>ATV hindamisvahendi teemaplokid on kohati ebaloogilised mugavaks kasutamiseks ja küsimusi on liiga palju,</p>	<p>ATV hindamisvahendi kasutamine Exceli kujul on väga ajamahukas ja ebamugav,</p>
Eeldused	<p>ATV hindamisvahendi kasutamine eeldab hindaja kogemust ja juhendiga tutvumist.</p> <p>ATV hindamisvahend eeldab arvutiga kliendi juures kohal käimise võimalust ja mugavat keskkonda vahendi täitmiseks.</p>	<p>ATV hindamisvahendi kasutamine eeldab eelnevalt kliendi kohta info kogumist riiklikest registritest mis on väga ajamahukas.</p> <p>ATV hindamisvahendi kasutamine eeldab hindaja kogemust ja juhendiga tutvumist.</p>
Alternatiivid	<p>Kuigi hindamiseks on rahvusvaheliselt välja töötatud erinevaid vahendeid, siis käesoleva töö kontekstis ei ole põhjust arvata, et mõni neist sobiks KOV-idele abi- ja toetusvajaduse hindamiseks paremini.</p> <p>Arvestades et KOV-hindajad olid põhimõtteliselt ATV hindamisvahendiga rahul (rahulolematus tuli peamiselt Exceli vormist), siis ei ole vajadust hakata mõnda teist rahvusvahelist vahendit kasutama, vaid tuleks kohandada ATV hindamisvahendit ja juhendit.</p>	<p>Arvestades et SKA-hindajad on ATV hindamisvahendiga oma sihtrühma abivajaduse hindamisel rahul ja vahend on usaldusväärne, siis alternatiivsete vahendite väljapakkumiseks vajadust ei ole.</p>

HK hindamine. Täna puudub ühtne teaduspõhine vahend, mille abil selgitada, millisest hetkest alates on hooldajal hoolduskoormus, mis takistab tema isiklikku elu ja töötamist, osalemist ühiskondlikes tegevustes jm. Rahvusvaheliselt on levinud mitu HK hindamisvahendit, mida siiski otseselt üle riigi ei kasutata – neid kasutatakse vastavalt vajadusele ja võimalustele. Infot selle kohta, kas mõni riik kasutab standardiseeritud vahendit, ei leitud. Sarnaselt ATV

hindamisvahenditele on ka HK hindamisvahendid eriilmelised, mis on loodud spetsiifilistele sihtrühmadele ning võivad hõlmata erinevaid teemasid. Üks teaduskirjanduses levinuimaid hindamisvahendeid on Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu. Sellest on loodud eri keeltes ja eri pikkusega versioone, mida on aastate jooksul ajakohastatud. Üldiselt mõõdab enamik HK hindamisvahendeid subjektiivset hoolduskoormust. Kõiki vaadeldud hindamisvahendeid peeti valiidsseteks ja usaldusväärseteks.

Hollandis hinnatakse igas KOV-is hoolduskoormust küll erinevalt, kuid keskvalitsus pakub sellel teemal tuge, nõustamist ja koolitust. Muuhulgas on Hollandis loodud infokeskus, kus on olemas juhendid hoolduskoormuse hindamiseks, aga ka hoolduskoormusega kaasnevate probleemide lahendamiseks. Inglismaal hindavad hoolduskoormust samuti KOV-ide sotsiaaltöötajad. Hinnata on võimalik paralleelselt abi- ja toetusvajaduse hindamisega ja hinnatakse nii vahetult, silmast-silma, kui ka telefoni või veebi teel. Hindamisel küsitakse peamiselt, kuidas hooldaja saab hooldamisega hakkama (sh kuidas hooldamine mõjutab tema füüsilist ja vaimset tervist, tööd, vaba aega, suhteid jne) ning hindamise järel tehakse hooldaja jaoks sobiv kava, kuidas hoolduskoormust vähendada. Kuigi hoolduskoormuse hindamisel ei ole Inglismaal ühtset kohustuslikku vahendit, siis järjest enam kasutatakse selleks CSNAT-i hindamisvahendit.

Katsetamisele eelnenud küsitluse andmed näitasid, et ligikaudu kolmveerand KOV-idest hindab hoolduskoormust, neist omakorda pooltes kasutatakse selleks konkreetset hindamisvahendit, küsimustikku või toetavaid küsimusi. Hindamisvahendite lähemal uurimisel selgus, et küsimustikud on pigem sotsiaalteenuste ja hooldusvajaduse, mitte hoolduskoormuse hindamiseks. Ajakulu ühele hindamisele oli pooltel alla ja pooltel üle 30 minuti. Kuna ühtset tõenduspõhist hindamisvahendit Eestis praegu kasutusel ei ole, töötati välja uus hindamisvahend koos juhenditega hoolduskoormuse tasemete väljaselgitamiseks ja hoolduskoormusega isikute toetusvajaduse hindamiseks. Hindamisel kogutakse andmeid hooldustegevuste ajalise mahu, sellest tuleneva mõju kohta hooldaja tervisele, igapäevaelule ja majanduslikule toimetulekule. HK-d hindavad küsimused jagunevad nelja teemaploki vahel: „Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevused“, „Mõju tervisele“, „Mõju igapäevaelule“, „Mõju majanduslikule toimetulekule“. Hindamise tulemusena määratletakse hoolduskoormuse järgmised tasemed: kerge, mõõdukas, suur ja väga suur. Hindamisvahendi rakendatavust testiti nii eesti kui vene keeles erineva profiiliga kohalikes omavalitsustes.

HK hindamisvahendiga olid hindajad nii tehnilise lahenduse kui ka küsimustiku osas rohkem rahul kui ATV hindamisvahendiga. Peaaegu kõik hindajad töid välja, et abivajajatel oli keeruline hinnata nii täpselt ja nii paljudele tegevustele kulutatud aega, eriti kui elati koos abivajajaga. Samuti tekitasid nii hinnatavates kui ka hindajates ebamugavust ja segadust majandusliku teemaploki küsimused. Ei mõistatud, miks on need küsimused hoolduskoormuse hindamise juures vajalikud ning miks see teemaplokk on nii detailne. Käesoleva analüüsi kontekstis on oluline mõista, et HK hindamisvahenditest on kaks versiooni, üks mis töötati välja projekti alguses ning millele hindajad andsid tagasisidet ning teine mis töötati välja hindajate tagasiside põhjal ja vajab veel valideerimist.

ATV ja HK hindamisvahendi integreerimine. Hindamisvahendite katsetamine ja analüüs tõi välja, et ATV ja HK hindamisvahendite integreerimine on võimalik ja asjakohane. Seda eelkõige teemade ja küsimuste suhtes, kus see on andmete omavahelise sisulise seose tõttu võimalik. Oluline sisuline seos on abi- ja toetusvajaduse hindamisel eluvaldkondade teemade ja HK hindamisvahendis IV teemaploki „Abistamine (elamis)toimingutes ja hooldustegevustes“ küsimuse HT02 tabelis loetletud tegevuste vahel. Täpsemad soovitusel integreerimiseks on

esitatud punktis 6.3. Seda peavad võimaldama ja toetama ATV ja HK hindamisvahendite elektroonilised lahendused.

7.1.Järeldused

ATV ja HK hindamisvahendi rakendatavusest ülevaate saamiseks on analüüsi raames läbi töötatud üle 100 dokumendi ja kogutud infot 36 intervjuust ning analüüsitud 86 hindamislehte. Selle töö tulemusena jõudis uurimismeeskond järgmiste järeldusteni:

1. ATV ja HK hindamisvahendid on usaldusväärsed.

Tulenevalt hindamisvahendite küsimuste omavahelisest seosest ja mõjust lõppskoori kujunemisele, annavad hindamisvahendid piisavat usaldusväärset informatsiooni nii abi- ja toetusvajaduse kui hoolduskoormuse tasemete kohta ning aitavad hindajatel määrata vajalikke teenuseid või teisi toetusmeetmeid. Juhul, kui kasutusele võetakse hindamisvahendid, mida muudetakse, on vajalik neid uuesti testida.

2. ATV hindamisvahend sobib sotsiaalhoolekande abimeetmete vajaduste üle otsustamiseks.

Katsetatud ATV hindamisvahendit on võimalik kasutada erinevatel sihtrühmadel (erineva abivajadusega inimesed, sh erihoolekande teenuste, rehabilitatsiooniteenuste, KOV-ide korraldatud sotsiaalteenuste võimalikud vajajad) ja hindamisvahend sobib esmaseks abivajaduse hindamiseks kõigil KOV-i pöördunud abivajajatel, samuti nii EHK kui ka SRT taotlenud abivajajatel.

3. HK hindamisvahend sobib hoolduskoormuse väljaselgitamiseks.

HK hindamisvahend võimaldab hooldaja hoolduskoormust ja toetusvajadust hinnata, andes hea ülevaate hoolduskoormuse tasemetest ja skooridest. Samas on hooldustegevuse ajaline hindamine ajamahukas ja majandusliku toimetuleku hindamine pole asjakohane. Selleks et hindamisvahendit sobivamaks muuta, peaks kaaluma mõningate küsimuste ümbersõnastamist või eemaldamist.

4. HK hindamisvahendit on võimalik kasutada koos ATV hindamisvahendiga.

HK ja ATV hindamisvahendid võimaldavad teineteise integreerimist (nt samast leibkonnast hooldaja ja hooldatav või kui hinnatav on eri juhtumite korral nii hooldaja kui ka abivajaja rollis). On oht, et see muudaks hindamisvahendi liiga mahukaks. Asjakohane on elektroonilise töölaua puhul kahte hindamisvahendit omavahel tehniliselt integreerida abi- ja toetusvajaduse tegevusvaldkondade ja hoolduskoormuse tegevuste osas.

5. Hindamisvahendite kasutamine eeldab head kasutajamugavust ja hindajate professionaalset väljaõpet.

Hindamisvahendid erinevad siiani KOV-ides kasutusel olevatest hindamisvahenditest ja vajavad seetõttu hindaja professionaalset väljaõpet, kuna abivajaduse hindamine hõlmab endas süsteemset ja eesmärgipärast informatsiooni koondamist, mis peab samas olema enam, kui vaid faktide kogumine ja kirjeldamine. Kõik see nõuab põhjalikke teadmisi ja oskusi, sealhulgas analüüsivõimet ning oskust mõelda kaalutlevalt. Kuigi hindamise algusetapis võivad hindaja

vaist ja elukogemus olla heaks lähteasukoosiooniks, peavad otsuseid tasakaalustama nii kriitiline mõtlemine kui ka analüütilised arutlused ja tuginemine tõenditele.

Abi- ja toetusvajaduse hindamise efektiivsust mõjutab tugevalt hindamisvahendi juhendiga tutvumine, kuna hindajate negatiivne hoiak kujunes tehnilise kasutajasõbralikkuse ja vähese juhendamise foonilt, samas polnud hindajatel piisavalt aega ega motivatsiooni hindamisvahendi juhendisse süvenemiseks.

6. Hindamisvahendid peavad olema elektroonilises keskkonnas täidetavad.

Nii ATV kui HK hindamisvahendid Exceli kujul kasutamiseks on ajamahukad ja kohati keerulised ning töö lihtsustamiseks võiksid need hindamisvahendid töötada elektroonilises keskkonnas, milleks võiks olla näiteks hindajatele juba tuttav STAR. Tehniline lahendus peab võimaldama vastavalt vajadusele erinevaid teemaplokke ja küsimusi mugavalt vahele jätta.

7.2. Ettepanekud

Eelneva analüüsi tulemustele ja järeldustele ning rahvusvahelistele uuringutele tuginedes koostas uuringumeeskond soovitud abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamise paremaks korraldamiseks. Tehakse järgmised ettepanekud:

1. Tagada KOV-i sotsiaaltöötajatele asjakohaste andmete kättesaadavus.

KOV-hindajatele peavad olema kättesaadavad samad andmed nagu SKA-hindajatele – riiklikes andmebaasides olevate hindamiste sisulised kirjeldused inimese tegevusvõime kohta (töövõime ja puude hindamine, varasemad rehabilitatsiooniplaanid), et vähendada inimeselt korduvat andmete küsimist ja võimaldada hindajal hindamisprotsessi paremini ette valmistada.

Asja- ja ajakohaste andmete kättesaadavuse tagamiseks on vaja:

- Arendada STAR-i juurde vastav moodul riiklikest andmebaasides oleva info kättesaamiseks.

2. Tagada ATV ja HK hindamisvahendite kasutajasõbralik rakendamine.

Mõlemaid hindamisvahendeid peaks olema tehniliselt mugav kasutada. Hea, kui vahendit saaks täita elektroonilisel töölaual (nt STAR-is) ka abivajaja juures kodus nii arvutis kui ka tahvelarvutis. Kasutajamugavus võiks motiveerida KOV-ide töötajaid hindamisvahendeid kasutusele võtma. Samas tuleb arvestada, et töölaud peaks võimaldama täita hindamisvahendit ka netiühendusega. STAR-iga ühendamine annaks võimaluse informatsiooni andmebaasidest hõlpsamini koondada, et vähendada dubleerimist. Samas peab arvestama, et STAR-is täitmisel peab KOV-i hindajatele olema tagatud sülearvutite või tahvlite kasutamine ja koolitused nende kasutamiseks.

Kasutajasõbraliku hindamisvahendi tagamiseks on vaja:

- Arendada STAR keskkonda nii abi- kui toetusvajaduse kui hoolduskoormuse elektrooniliselt täidetav küsimustik, mis oleks mugavalt täidetav nii tahvli kui arvutiga;
- Disainida elektrooniline töölaud vastavalt KOV sotsiaaltöötajate vajadustele kaasates neid juba ka disainiprotsessi;
- Leida ressursid (KOV tasandil) tahvlite ja sülearvutite tagamiseks kõigile hindamist läbiviivatele sotsiaaltöötajatele ja nende koolitamiseks neid kasutama.

3. Suurendada KOV-i sotsiaaltöötajate teadlikkust ja oskusi abi- ja toetusvajaduse ja hoolduskoormuse hindamisel.

Praegu võib hindajate intervjuude põhjal järeldada, et KOV-ide sotsiaaltöötajate oskuste ja kogemuste tase on ebaühtlane. Seega on vaja tase ühtlustada ning suurendada KOV-ide sotsiaaltöötajate teadlikkust kasutada sobivate abimeetmete määramisel hindamisvahendi andmeid ja võimalusi. Oluline on, et enne hindamisvahendite kasutusele võtmist oleks võimalik hindajaid koolitada, õppekavad ja materjalid tuleb riigi poolt tagada. Samuti tuleks koostada sotsiaaltöötajatele juhendmaterjale mõlema hindamise tulemuste ja olemasolevate abimeetmete omavaheliste seoste ja rakendamise võimaluste kohta (sh ka abivajaduse hindamisel kogutud erineva info seostamine olemasolevate abimeetmetega jms). Näiteks oleks mõistlik luua virtuaalses keskkonnas infokeskus – õppemoodul, kus oleks võimalik täita ka lühike enesekontrolli test ja tekitada korduvate küsimuste koht. Oluline on ühtlustada ATV ja HK

hindamisvahendites ja tulemustes kasutatavat sõnavara ning tõsta KOV-ide sotsiaaltöötajate teadlikkust hindamistulemuste sisulisest tähendusest hoolekande abimeetmete tagamisel.

Sotsiaaltöötajate teadlikkuse ja oskuste tõstmiseks on vaja:

- Viia läbi regulaarseid koolitusi hindamise läbiviimise teemal;
- Ühtlustada ATV ja HK hindamiste tulemustes kasutatavat sõnavara, mh asendada abi- ja toetusvajaduse 1. astme nimetuses sõna „madal“ sõnaga „kerge“;
- Luua virtuaalses keskkonnas infokeskus ja õppemoodulid.

4. Võimaldada ATV ja HK hindamisvahendite koos kasutamist.

Kuna nii ATV kui ka HK hindamisvahendeid on võimalik koos kasutada (nagu kasutati ka läbiviidud katsetamise käigus), siis peaks vältima dubleerivaid küsimusi (nt hoolduskoormuse puhul hooldustegevused ja tegevusvaldkonnad). Uue tehnilise lahenduse korral on see võimalik eeldusel, et vastavaid plokk saab automaatselt välja lülitada, või siis kasutada edasi kahte vahendit. Kattuvad küsimused, mis on olulised nii abi- ja toetusvajaduse kui hoolduskoormuse korral, peaks olema esile tõstetud, et need kindlasti vastatud saaks. Oluline on, et nende vahendite koos kasutamist toetaks sobiv elektrooniline keskkond, mis hõlbustaks hindamisvahendite täitmist.

Selleks et ATV ja HK hindamisvahendeid oleks võimalik kattuva sihtrühma puhul koos kasutada, on vaja:

- Arendada STAR keskkonnas eraldi moodulid nii ATV kui HK hindamisvahendi kohta, võimaldades dubleerivaid teemasid ühildada;
- Luua üldine sektsioon teemadega, mis praegu kattuvad mõlemas vahendis;
- Arendada STAR keskkonda eraldi küsimuste plokk majandusliku toimetuleku kohta, mida saaks vajadusel kasutada nii abi- ja toetusvajaduse kui hoolduskoormuse hindamise puhul ja mis oleks kasutatav ka eraldiseisvalt.

5. Vaadata põhjalikult üle ja vajadusel täiendada abi- ja toetusvajaduse hindamise meetodilist juhist.

Enne hindamisvahendi kasutuselevõttu tuleb vaadata põhjalikult üle ning vajadusel täiendada hindamise meetodilist juhist:

- Kirjutada selgemalt välja abi- ja toetusvajaduse eluvaldkondade küsimuste juures olevad juhised - need peavad aitama ühetaoliselt mõista konkreetse eluvaldkonna küsimusi ja selgemalt seostada kõikide täisealiste sotsiaalhoolekande sihtgruppide vajadustega, mitte ainult vaimse tervise haigusega inimeste vajadustega;
- Kirjutada selgemalt välja eluaset kirjeldava info kogumise juhised, mh milliste eluvaldkondade alla ja kuidas lisada eluaset kirjeldavat info, nt vee- ja kütteallika olemasolu;
- Kirjutada selgemalt välja juhised teemade „Haigusteadlikkus ja raviplaani järgimine“, „Liikumine eluruumides“, „Hõivega seotud tegevused“ kohta;
- Kirjutada selgemalt välja juhised teemaploki „Riskihindamine“ küsimuste kohta;
- Täiendada juhist vajadusel näidetega mis aitaks hindamise tulemusele toetudes teha valikuid olemasolevate abimeetmete vahel ja toetab haldusmenetluses kaalutusotsuse tegemisel;

- nt tuua välja mõned näited, kus on toodud eluvaldkonnas abivajaduse aste ja inimese personaalset toimetulekut kirjeldav eripära ja info, millele tuginedes on esitatud näitena võimalik sotsiaalhoolekande abimeede (see annab sotsiaaltöötajatele parema arusaamise, kuidas terviklik eluvaldkondade ülene esmase abivajaduse hindamise tulemused on seotud inimesele vajaliku abi osas otsuse tegemise, sotsiaalkaitse põhimõtete ja haldusmenetlusega).

6. Muuta ATV hindamisvahendit kompaktsemaks ja mugavamaks.

Katsetamisel kasutatud mahukas Exceli kujul olev ATV hindamisvahend ei olnud ühest küljest füüsiliselt mugav kasutada, kuid teisalt oli ka mitmeid küsimusi või teemaplokke, mis võiks hindajate hinnangul olla kompaktsemad ja mugavamad

Selleks, et ATV hindamisvahend oleks mugavam ja kompaktsem, oleks vaja:

- Luua võimalus valida loetelus mitu varianti nende teemaplokkide juures, kus on küsimus „Kas ja kuidas on toetus korraldatud?“;
- Luua võimalus valida loetelus mitu varianti nende küsimuste juures, kus on mitu vastusevarianti, nt „Kas inimene kasutab abivahendeid? Märki, millist kasutab?“;
- Nimetada metoodilises juhises ja luua elektroonilisel töölaual visuaalselt selgelt eristus kohustuslikest küsimustest;
 - Tervikliku hindamise ja valiidsuse säilitamise eesmärgist lähtuvalt on minimaalselt kohustuslikud küsimused iga eluvaldkonna esimene küsimus, millest selgub, kas inimene on selles eluvaldkonnas abivajadusega ja sellele järgnev toetusvajaduse astme valik, mis panustab skoori ning täpsustavad kommentaarid, mis kirjeldavad inimese ainulaadset eripära;
 - Märkida selgelt ära küsimused, mis on minimaalselt kohustuslikud ja vajalikud skoori kujunemiseks ning millised võiks vastavalt juhtumile vahele jätta (nt iga eluvaldkonda puudutav esimene küsimus, mille vastusest sõltub kas saab teised vahele jätta);
- Arendada elektroonilise töölaua vaade selliselt, et teemavaldkondade vahel oleks võimalik mugavalt edasi-tagasi liikuda;
- Vaimse tervise teemavaldkond paigutada hindamise lõppu, sest siis on inimesed intervjuu käigus n-ö üles soojenenud ning altimad ka neile küsimustele vastama;
- Kaaluda abivahendite kasutamise küsimuse lisamist iga teemaploki lõppu või arendada tulevikus alternatiivina välja lahendus, et inimese abivahendid tuleksid andme-registritest hindamisvahendisse automaatselt. Abivahendi toomine eluvaldkonna juurde võimaldab paremini näha, millist abivahendit kasutatakse või on vaja eluvaldkonnas toimetuleku parendamiseks või säilitamiseks.

7. Muuta HK hindamisvahend konkreetsemaks ja lühemaks.

Kuigi HK hindamisvahendiga olid hindajad rohkem rahul kui ATV hindamisvahendiga, tulid analüüsi käigus siiski välja mõned aspektid, mida oleks oluline muuta. Eelkõige on järgnevalt väljatoodud ettepanekud seotud küsimustiku lühendamise, majandusliku ploki ümberkujundamise ja hooldaja tegevuste ajalise koormuse mõõtmisega:

- Hoolduskoormuse hindamise juhendis peaks selgemalt välja tooma hoolduskoormuse arvutamise põhimõtted, sh eristada selgelt hooldaja ja hooldatava kooselamine või eraldi elamine;

- Muuta hooldustegevustele kuluva aja arvestust (nt erinevate kategooriate vähendamine, erinevate skaalade kasutamine, ajalise kulu arvestus) 5 palli süsteemis, hinnangute skaala –Mitte kunagi; Aeg-ajalt; Kord nädalas; Kord päevas; Sageli; Pidevalt;
- Lisada iga teemaploki juurde kommentaaride lahter täpsustusteks;
- Lühendada küsimustikku, jättes ära küsimuse, millel ei olnud hindamislehtede analüüsi põhjal tugevat seost teiste küsimustega. Selleks on küsimus: HM01 „Milliseks Te hindate oma tervist üldiselt?“;
- Eemaldada küsimused, kus on koos kaks küsimust (nt HM05 ja HKI2) ja asendada „Kas ja kui sageli Te ...“ asemel „Kui sageli Te ...“;
- Muuta küsimuste järjekorda loogilisemaks, nt küsimused HKI03-2 („Mul on head suhted oma hooldatavaga“) ja HKI03-3 („Teiste abistamine ja/või nende hooldamine tekitab minus hea tunde“) on kaks positiivset küsimust negatiivsete vahel;
- Ühtlustada tegevuste tabelit I-CAN teemaplokkidega, mis sisaldab mh psüühikahäirega inimese hooldaja vaatest spetsiifilisi tegevusi;
- Muuta majandusliku toimetuleku ploki küsimusi, kuivõrd nii hindajate kui ka hinnatavate jaoks tundus see plokk ebavajalikult detailne. Kuna selle ploki peamine eesmärk on teada saada, kas hooldamise tõttu tunneb inimene majanduslikku survet või tema majanduslik toimetulek on tänu hooldamisele halvenenud, siis on ettepanek küsida selles ploki neli küsimust. Nendest esimene selgitab välja inimese leibkonna üldise elujärje ning edasised küsimused selle, kas inimese kehvem majanduslik toimetulek ja kehvem elujärg on tingitud või mõjutatud HK-st. Küsimused võiksid olla järgmised:
 - Kuidas kirjeldaksite oma leibkonna praegust elujärge? (elame mugavalt praeguse sissetulekuga / saame hakkama praeguse sissetulekuga / praeguse sissetulekuga on raske hakkama saada / praeguse sissetulekuga on väga raske hakkama saada);
 - Kas teil on hooldamisega seotud igakuiseid kulusid, mida teile ei hüvitata? (jah/ei). *Kui inimene vastab ei, siis rohkem küsimusi ei tule. Kui vastab jah, siis küsitakse edasi;*
 - Milliseid hooldamisega seotud kulusid teile praegu ei hüvitata (teenused, hooldusvahendid jne)?
 - Kuivõrd mõjutab hooldamine negatiivselt teie majanduslikku toimetulekut? (ei mõjuta üldse negatiivselt / mõjutab vähesel määral / mõjutab keskmiselt / mõjutab suurel määral / mõjutab väga suurel määral).

Kasutatud kirjandus

1. Sotsiaalhoolekande seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/107062022005?leiaKehtiv>
2. Sotsiaalministeerium. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring, 2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf
3. Riigikantselei. (2017). Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne.
4. Õiguskantsleri büroo. Inimõigused. (2022). <https://www.inimõigusteraamat.ee/>
5. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13114771?leiaKehtiv>
6. Töövõimetoetuse seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/102122022014?leiaKehtiv>
7. WHO. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. World Health Organization; 2018. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.49. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458>
8. Alderwick H, Dixon J. The NHS long term plan. BMJ 2019;364:184.
9. Sullivan-Taylor P. Integrated Care Regulation, Assessment, and Inspection - A Collaborative Learning Journey. Int J Integr Care 2019;19(1):8.
10. Seger W. The rediscovery of the social side of medicine: philosophy and value of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Electron Physician 2018;10(3):6426–9.
11. Hanga K. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon. Sotsiaaltöö 3/2020; <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/rahvusvaheline-funktsioneerimisvoime-klassifikatsioon>
12. Sotsiaalkindlustusamet. „RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“ . Kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks 2020.
13. WHO. The international classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health 2001.
14. Malley J, Fernandez Plotka JL. Measuring Quality in Social Care Services: Theory and Practice. Annals of Public and Cooperative Economics 2010;81.
15. Töövõime hindamiseks, puude raskusastme tuvastamiseks ning hüvitiste määramiseks ja maksmiseks vajalike tervise infosüsteemi andmete loetelu ja päringute perioodid. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/129052018011?leiaKehtiv>
16. Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/122032021002>
17. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13114771?leiaKehtiv>
18. SKA (2020). Puude tuvastamine. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puude-tuvastamine>
19. Sotsiaalministeerium (2020). Töövõime hindamise metoodika.

20. Tsuiman K. Lihtsamalt ja kiiremini erihoolekandeteenusele. *Sotsiaaltöö*. 2019;5.Sotsiaalkindlustusamet.
21. Sotsiaalkindlustusamet. Abi- ja toetusvajaduse hindamise metoodiline juhend 2021:25.
22. Sotsiaalseadustiku üldosa seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015003?leiaKehtiv>
23. Haldusmenetluse seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/123022011008?leiaKehtiv>
24. Sotsiaalkindlustusamet (2022). Sotsiaalne rehabilitatsioon Kasutatud 26. 08.2022. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon>
25. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006?leiaKehtiv>
26. Olle V. Valdade ja linnade korraldatavate kohustuslike kohalike sotsiaalteenuste probleeme. 2019;1:30–42.
27. Sotsiaalhoolekandelise abi andmise kord. Riigi Teataja. Kasutatud 16.11.2022, <https://www.riigiteataja.ee/akt/403102019005?leiaKehtiv>
28. Sotsiaalkindlustusamet (2020). Sotsiaalteenuste korraldamine kohalikus omavalitsuses. Juhend kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö ametnikule.
29. Paat-Ahi G, Purge P, Tillemann K, Randväli A. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine. *Praxis*. 2021 <https://www.praxis.ee/tood/omavalitsuste-teenuste-detsentraliseerimine>
30. Paat-Ahi G, Purge P, Tillemann K, Randväli A. KOV tasand intervjuud. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud omavalitsuste valdkonna spetsialistidega. *Praxis*. 2020.
31. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson ML. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care* 2017;17(4):2.
32. Seddon D, Robinson C. Carer assessment: continuing tensions and dilemmas for social care practice. *Health Soc Care Community*. jaanuar 2015;23(1):14–22.
33. RAKE. InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs. 2011. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/interrai_tarkvara_kasutuselevotmise_voimaluste_analyys.pdf
34. Verdugo MA, Aguayo V, Arias VB, García-Domínguez L. A Systematic Review of the Assessment of Support Needs in People with Intellectual and Developmental Disabilities. *IJERPH* 2020;17(24):9494.
35. Camino J, Mioshi E. Assessment of Functional Abilities in Older Adults (BADLs, IADLs). Pachana NA, toimetaja. *Encyclopedia of Geropsychology* https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_266
36. Morris JN, Hawes C, Fries BE, Phillips CD, Mor V, Katz S, et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist* 1990;30(3):293–307.
37. Kristinsdottir IV, Jonsson PV, Hjaltadottir I, Bjornsdottir K. Changes in home care clients' characteristics and home care in five European countries from 2001 to 2014: comparison based on InterRAI - Home Care data. *BMC Health Serv Res* 2021;21:1177.

38. Subramanyam AA, Singh S, Raut NB, John T. Disability Assessment in Geriatric Psychiatry and Social Welfare Measures in Geropsychiatry in India. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2021;43(5_suppl):S78–87.
39. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, Organization WH. Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization; 2010. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>
40. Sotsiaalkindlustusamet. „RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel“. Kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks. Sotsiaalkindlustusamet; 2020
41. Hanga K, DiNitto D, Leppik L. Initial assessment of rehabilitation needs using the WHODAS 2.0 in Estonia. *Disability and Rehabilitation* 2016;38(3):260–7.
42. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2017;39(23):2347–80.
43. Arnold SRC, Riches VC, Stancliffe RJ. I-CAN: The Classification and Prediction of Support Needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2014;27(2):97–111.
44. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EM (Pat), Reeve A, et al. *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*, 10th ed. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation; 2002.
45. Verdugo MA, Aguayo V, Arias VB, García-Domínguez L. A Systematic Review of the Assessment of Support Needs in People with Intellectual and Developmental Disabilities. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(24):9494.
46. Riches VC, Parmenter TR, Llewellyn G, Hindmarsh G, Chan J. I-CAN: A New Instrument to Classify Support Needs for People with Disability: Part I. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2009;22(4):326–39.
47. Trinidad Wiseman. Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks. Trinidad Wiseman OÜ; 2017
48. Sotsiaalkindlustusamet. Eesti sotsiaalteenuste kvaliteedijuhised. Sotsiaalkindlustusamet; 2018.
49. Sotsiaalkindlustusamet. Abi ja toetusvajaduse hindamise meetodiline taust ja juhised. Sotsiaalkindlustusamet; 2020.
50. Ewing G, Austin L, Grande G. The role of the Carer Support Needs Assessment Tool in palliative home care: A qualitative study of practitioners' perspectives of its impact and mechanisms of action. *Palliat Med* 2016;30(4):392–400.
51. Alvira C, Kostov B, Farré M, Zabalegui A, Cabrera E, Risco E, et al. Validity and Reliability of the Spanish Caregiver Reaction Assessment Scale for Caregivers of People with Dementia. *Int J Nurs Pract* 2021;27.
52. Whalen K. A Comparison of Tools Used to Screen for Caregiver Burden: a Systematic Review. *Indiana Center for Evidence Based Nursing Practice*; 2007.
53. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* 2020;7(4):438–45.
54. Loo Y, Yan S, Low L. Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: a review with an Asian perspective. *smedj*. 2021; <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/RA-2019-117-epub.pdf>
55. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999;282(23):2215.

56. Hoffman GJ, Lee J, Mendez-Luck CA. Health Behaviors Among Baby Boomer Informal Caregivers. *The Gerontologist* 2012;52(2):219–30.
57. Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. Role of Social Support in Predicting Caregiver Burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2012;93(12):2229–36.
58. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia: Predictors of caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing* 2012;68(4):846–55.
59. Salmon JR, Kwak J, Acquaviva KD, Brandt K, Egan KA. Transformative Aspects of Caregiving at Life's End. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;29(2):121–9.
60. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA* 2014;311(10):1052.
61. Bevans M, Sternberg EM. Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*. 2012;307(4).
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2012.29>
62. Tamayo GJ, Broxson A, Munsell M, Cohen MZ. Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(1):E50–7.
63. Priya Ss, Shavi G, Sanga R, Shankar S, Lalithambigai G, Rahila C, et al. Assessment of the perceived stress and burden of family caregivers of the head-and-neck cancer patients at a tertiary care cancer center: A cross-sectional study. *J Can Res Ther* 2021;17(4):1039.
64. Tanco K, Prado B, Qian Y, Park M, Liu D, Guzman-Gutierrez D, et al. A Comparison of Caregiver Burden of Patients with Advanced Cancer in Different Palliative Cancer Care Settings. *Journal of Palliative Medicine* 2021;24(12):1766–75.
65. Whalen KJ, Buchholz SW. The Reliability, Validity and Feasibility of Tools Used to Screen for Caregiver Burden: a Systematic Review. Valparaiso University; 2009.
66. Reinhard SC, Gubman GD, Horwitz AV, Minsky S. Burden Assessment Scale for Families of the Seriously Mentally Ill. *Evaluation and Program Planning*. 1994;17(3):261–9.
67. Ivarsson AB, Sidenvall B, Carlsson M. The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scand J Caring Sci* 2004;18(4):396–401.
68. Hunger C, Krause L, Hilzinger R, Ditzen B, Schweitzer J. When Significant Others Suffer: German Validation of the Burden Assessment Scale (BAS). *PLoS ONE*. 2016;11(10).
69. Guada J, Land H, Han J. An Exploratory Factor Analysis of the Burden Assessment Scale with a Sample of African-American Families. *Community Ment Health J* 2011;47:233–42.
70. Murdoch DD, Rahman A, Barsky V, Maunula SCD, Cawthorpe D. The use of the burden assessment scale with families of a pediatric population. *Community Mental Health Journal*. 2014;50(6):703–10.
71. Page A, Hooke G, O'Brien N, de Felice N. Assessment of distress and burden in Australian private psychiatric inpatients. *Australasian Psychiatry* 2006;14(3):285–90.
72. American Psychological Association. Zarit Burden Interview. American Psychological Association; 2020.

- <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit>
73. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a New Short Version and Screening Version. *The Gerontologist* 2001;41(5):652–7.
 74. Yu J, Yap P, Liew TM. The Optimal Short Version of the Zarit Burden Interview for Dementia Caregivers: Diagnostiv Utility and Externally Validated Cutoffs. *Aging & Mental Health* 2018;23(6):706–10.
 75. Kühnel MB, Ramsenthaler C, Bausewein C, Fegg M, Hodiament F. Validation of Two Short Versions of the Zarit Burden Interview in the Palliative Care Setting: a Questionnaire to Assess the Burden of Informal Caregivers. *Support Care Cancer* 2020;28:5185–93.
 76. Al-Rawashdeh SY, Lennie TA, Chung ML. Psychometrics of the Zarit Burden Interview in Caregivers of Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs* 2016;31(6):21–8.
 77. Martin Carrasco M, Salvado I, Nadal Alava S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptacion para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (caregiver burden interview) de Zarit [Adaptation to our setting of Zarit's Caregiver Burden Interview]. *Revista de gerontologia*. 1996;6(4):338–45.
 78. Alves S, O'Caioimh R, Ribeiro O, Teixeira L, Molloy DW, Paul C. Screening for Caregiver Burden in the Community: Validation of the European Portuguese Screening Version of the Zarit Burden Interview (ZBI-4). *Clin Gerontol* 2022;45(3):525-537.
 79. Saks K, Allev R, Soots A, Kõiv K, Kolk H, Paju I, et al. *Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis*. Tartu: Tartumaa Trükikoda; 2001.
 80. Alvira C, Risco E, Cabrera E, Farré M, Rahm Hallberg I, Bleijlevens MHC, et al. The association between positive–negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* 2015;71(6):1417–34.
 81. Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2018;22(1):25-33.
 82. Landfeldt E, Mayhew A, Straub V, et al. Psychometric properties of the Zarit Caregiver Burden Interview administered to caregivers to patients with Duchenne muscular dystrophy: a Rasch analysis. *Disabil Rehabil* 2019;41(8):966-973.
 83. Verbeek H, Meyer G, Leino-Kilpi H, Zabalegui A, Rahm Hallberg I, Saks K, et al. A European Study Investigating Patterns of Transition From Home Care Towards Institutional Dementia Care: the Protocol of a RightTimePlaceCare Study. *BMC Public Health*; 2012.
 84. Alvira C, Kostov B, Farré M, Zabalegui A, Cabrera E, Risco E, et al. Validity and Reliability of the Spanish Caregiver Reaction Assessment Scale for Caregivers of People with Dementia. *Int J Nurs Pract* 2021 Aug;27(4):e12848
 85. Post MWM, Festen H, van de Port IG, Visser-Meily JMA. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. *Clinical Rehabilitation* 2007;21:1050–5.

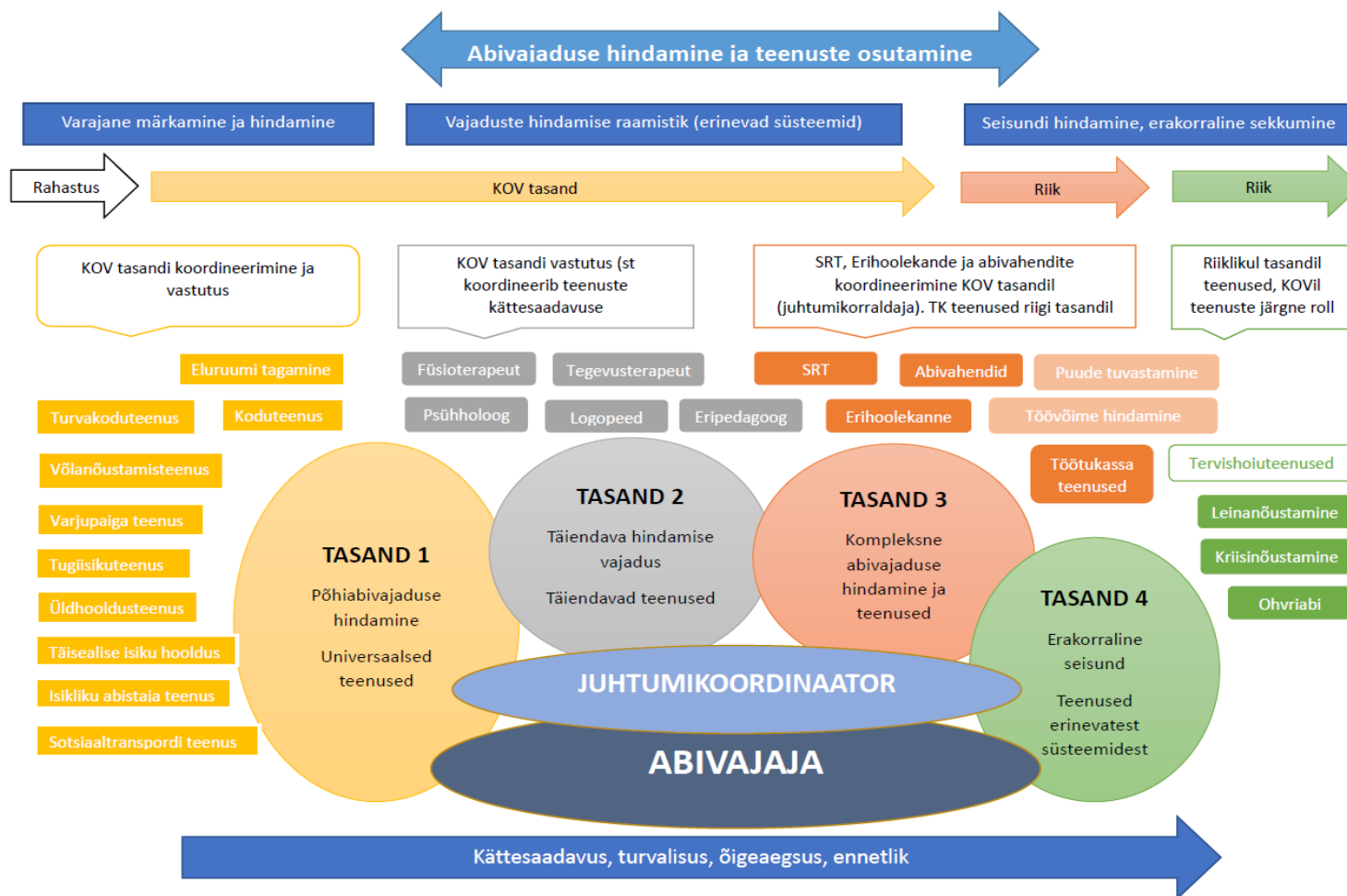
86. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for Caregivers to Persons with Chronic Physical and Mental Impairments. *Research in Nursing & Health* 1992;15:271–83.
87. Petrinec A, Christopher B, Douglas S. Caregiver reaction assessment: psychometric properties in caregivers of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology* 2017;26:862–5.
88. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, van den Bos GAM. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Social Science & Medicine* 1999;48:1259–69.
89. Grov EK, Fosså SD, Tønnessen A, Dahl AA. The caregiver reaction assessment: psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of Norwegian cancer patients in late palliative phase. *Psycho-Oncology* 2005;15(6):517–27.
90. Ge C, Yang X, Fu J, Chang Y, Wei J, Zhang F, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Caregiver Reaction Assessment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011;65(3):254–63.
91. Kristanti MS, Vernooij-Dassen M, Utarini A, Effendy C, Engels Y. Measuring the Burden on Family Caregivers of People With Cancer. Cross-cultural Translation and Psychometric Testing of the Caregiver Reaction Assessment–Indonesian Version. *Cancer Nurs*. 2021;44(1):37–44.
92. Rochelly do Nascimento Mota F, Fonseca Victor J, da Silva MJ, Soares ES, Batista Oria MO, Marques MB, et al. Validity and reliability of the Brazilian version of the Caregiver Reaction Assessment. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(2).
93. Ewing G, Grande G. Development of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: A qualitative study. *Palliat Med* 2013;27(3):244–56.
94. Ewing G, Brundle C, Payne S, Grande G. The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for Use in Palliative and End-of-life Care at Home: A Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013;46(3):395–405.
95. Austin L, Ewing G, Grande G. Factors influencing practitioner adoption of carer-led assessment in palliative homecare: A qualitative study of the use of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT). *PLoS One* 2017;12(6):e0179287.
96. Kreyer C, Bükki J, Pleschberger S. Development of a German version of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT): The process of translation and cultural adaptation. *Palliative & Supportive Care* 2020;18(2):193–8.
97. Aoun SM, Toye C, Slatyer S, Robinson A, Beattie E. A person-centred approach to family carer needs assessment and support in dementia community care in Western Australia. *Health & Social Care in the Community* 2018;26(4):e578–86.
98. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W. The Netherlands: health system review, health systems in transition. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. 2010;12:1–229.
99. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, Jong J, Van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. *Health systems in transition*. 2016;18:1–240.
100. OECD. State of Health in the EU The Netherlands Country Health Profile 2021. OECD, European Union; 2021.
101. Van Oostrom S, Picavet S, Gelder B, Lemmens L, Hoeymans N, Verheij R, et al. Het voorkomen van multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking: analyses van de LINH 3;2020.

102. Smits J. Country report on disability assessment - Netherlands. 2019.
103. Bleijenberg N. Personalized primary care for older people: an evaluation of a multicomponent nurse-led care program. [Utrecht, Netherlands]: Utrecht University; 2013.
104. Ministerie van Volksgezondheid W en S. The Dutch health care system - About us - National Health Care Institute. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>
105. Belastingdienst. Vrijstelling voor maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg. 2020
https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/za_kelijk/btw/tarieven_en_vrijstellingen/vrijstellingen/gezondheidszorg/vrijstelling_voor_maatschappelijke_ondersteuning_en_langdurige_zorg
106. Smits J. Task 2017–2018 Disability assessment – country report. 2018; p 2–23.
107. Prevo L, Hajema K, Linszen E, Kremers S, Crutzen R, Schneider F. Population Characteristics and Needs of Informal Caregivers Associated With the Risk of Perceiving a High Burden: A Cross-Sectional Study. *Inquiry* 2018;55.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0046958018775570>
108. Government of the Netherlands. Long-term care at home. 2021.
<https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home>
109. Eurocarers. Towards carer-friendly societies. Eurocarers country profiles.. Eurocarers; 2021. <https://eurocarers.org/country-profiles/netherlands/>
110. Zorg voor Beter. About Zorg voor Beter. 2022. <https://www.zorgvoorbeter.nl/over-ons>
111. Zorg voor Beter. Signaling caregiver overload. 2017.
<https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/overbelasting-herkennen>
112. NHS. Carer's assessments - NHS. 2022 [tsiteeritud 11. märts 2022].
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carers-assessments/>
113. NHS. The NHS Long Term Plan. 2019. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
114. NHS. Getting a social care needs assessment. nhs.uk. 2018 [tsiteeritud 11. märts 2022].
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/getting-a-needs-assessment/>
115. Carers UK. Assessments - Your guide to getting help and support in England. Carers UK; 2021. https://www.carersuk.org/images/Factsheets/2021-22_factsheets/Assessments_-_England_April_2021-22.pdf
116. NHS. Home adaptations for older people and people with disabilities. nhs.uk. 2018 [tsiteeritud 11. märts 2022]. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/home-adaptations/>
117. Care Act. Queen's Printer of Acts of Parliament; 2014.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/part/1/crossheading/assessing-needs/enacted>
118. Eesti Haigekassa. Tervisetulemid. Haigekassa. 2020. Kasutatud 22. 09.2022.
<https://www.haigekassa.ee/insuldi-juhtprojekt/tervisetulemid>
119. NHS. GP Patient Survey. 2021. <https://gp-patient.co.uk/analysistool>

120. Office for National Statistics. 2011 Census. 2011.
<https://www.nomisweb.co.uk/census/2011/lc3304ew>

Lisad

Lisa 1. Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise mudel nelja tasandi lõikes



Lisa 2: BAS küsimustik (inglise keeles)

BURDEN ASSESSMENT SCALE

I am going to read a list of things which other people have found to happen to them because of their relative's illness. Would you tell me to what extent you have had any of the following experiences in the past six months.

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

Because of (name's) illness, to what extent have you:

____ 1. Had financial problems

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 2. Missed days at work (or school)

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 3. Found it difficult to concentrate on your own activities

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 4. Had to change your personal plans like taking a new job, or going on vacation

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 5. Cut down on leisure time

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 6. Found the household routine was upset

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 7. Had less time to spend with friends

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 8. Neglected other family members' needs

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 9. Experienced family frictions and arguments

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 10. Experienced frictions with neighbors, friends, or relatives outside the home

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 11. Became embarrassed because of (name's) behavior

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 12. Felt guilty because you were not doing enough to help

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

____ 13. Felt guilty because you felt responsible for causing (name's) problem

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>9</u>
Not at all	A little	Some	A lot	NA

Lisa 2: BAS küsimustik (inglise keeles) (jätk)

- ____ 14. Resented (name) because s/he made too many demands on you
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |
- ____ 15. Felt trapped by your caregiving role
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |
- ____ 16. Were upset about how much (name) had changed from his or her former self
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |
- ____ 17. Worried about how your behavior with (name) might make the illness worse
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |
- ____ 18. Worried about what the future holds for (name)
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |
- ____ 19. Found the stigma of the illness upsetting
- | | | | | |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>9</u> |
| Not at all | A little | Some | A lot | NA |

Lisa 3. ZBI küsimustik (eesti keeles)

Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu

esmase hooldaja koormuse hindamiseks.

Mõtle iga väite puhul, kui sageli sul seda esineb:

- 1 - mitte kunagi
- 2 - harva
- 3 - mõnikord
- 4 - küllalt sageli
- 5 - peaaegu alati

1. Kas sa tunned, et su sugulane küsib rohkem abi kui ta vajaks?
2. Kas sa tunned, et aja tõttu, mis oled temaga, jääb väheseks aega iseenda jaoks?
3. Kas sa tunned stressi hooldades oma sugulast ja samal täites teisi ülesandeid peres või tööl?
4. Kas sa tunned piinlikkust oma sugulase käitumise pärast?
5. Kas sa tunned end vihasena, olles oma sugulase lähedal?
6. Kas sa tunned, et sinu suhted teiste pereliikmete või sõpradega muutuvad halvemaks sinu hooldatava sugulase tõttu?
7. Kas sa kardad seda, mida tulevik võib tuua sinu sugulasele?
8. Kas sa tunned, et sinu sugulane on sinust sõltuv?
9. Kas sa tunned pinget, kui oled koos oma hooldatava sugulasega?
10. Kas sa tunned, et su tervis on kannatanud sellest ajast, kui hakkasid sugulast hooldama?
11. Kas sa tunned, et sul pole oma sugulase tõttu nii palju privaatsust kui sooviksid?
12. Kas sa tunned, et su sotsiaalne elu on kannatanud hooldamise tõttu?
13. Kas sa tunned end ebamugavalt sugulase pärast kui sõbrad on külas?
14. Kas sa tunned, et su sugulane näib lootvat hoolduses ainult sinu peale nagu oleksid sina ainukene, kellest ta võiks sõltuda?
15. Kas sa tunned, et sul pole piisavalt raha hoolitsemaks oma sugulase eest (lisaks oma teistele kulutustele)?
16. Kas sa tunned, et ei suuda hoolitseda kauem oma sugulase eest?
17. Kas sa tunned, et oled kaotanud kontrolli iseenda elu üle oma sugulase haigusest alates?
18. Kas sa soovid, et võiksid hooldamise jätta kellegi teise hooleks?
19. Kas sa tunned ebakindlust selles osas, mida teha?
20. Kas sa tunned, et peaksid tegema rohkem oma sugulase jaoks?
21. Kas sa tunned, et saaksid oma sugulast paremini hooldada?
22. Kas sa tunned end hooldades koormatuna?

Lisa 4. CRA küsimustik (inglise keeles)

Items and factors

Factor 1. Impact on schedule and health

- 1. My activities are centered on care for FM
- 5. It takes all my physical strength to care for FM
- 7. Have to stop in middle work to provide care for FM
- 8. Health has gotten worse since I've been caring for FM.
- 14. Eliminated things from schedule since caring for FM
- 16. Constant interruptions make it difficult to relax
- 18. Since caring for my FM, it seems like I'm tired
- 20. Visit family and friends less since caring for FM

Factor 2. Caregiver self-esteem

- 6. I enjoy caring for FM
- 10. Caring for my FM makes me feel good
- 12. I feel privileged to care for FM
- 19. I really want to care for FM

Factor 3. Lack of family support

- 3. My family works together at caring for my FM*
- 9. Since caring for my FM, I feel family has abandoned
- 11. Difficult to get help from family in caring for my FM
- 13. Others have dumped caring for my FM onto me
- 17. My family left me alone to care for FM


Factor 4. Impact on finances

- 22. Financial resources are adequate*
- 23. It is difficult to pay for FM.
- 24. Caring for my FM puts a financial strain on me

Lisa 5. CSNAT küsimustik (inglise keeles)

Your support needs

We would like to know what help you need to enable you to care for your relative or friend and what support you need for yourself. For each statement, please tick the box that best represents your needs at the moment.

Do you need more support with...					Do you need more support with...				
	No	A little more	Quite a bit more	Very much more		little more	Quite a bit more	Very much more	
1					9				
2					10				
3					11				
4					12				
5					13				
6					14				
7					15				
8					... anything else (please write in) 				

The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) Copyright © 2009 (version 2.0) University of Cambridge (Centre for Family Research) / The University of Manchester (Division of Nursing, Midwifery and Social Work). All rights reserved.

Gail Euing (Cambridge) and Gunn Grande (Manchester) have asserted their moral rights to be identified as authors of the CSNAT. Please do not remove this notice from the CSNAT or any copies. Copying and use of the CSNAT is subject to registration and agreement of the CSNAT Terms of Use at <http://csnat.org>

**Lisa 6. Hoolduskoormuse
hindamisvahendi juhendmaterjal (eesti
keeles)**

*HOOLDUSKOORMUSE HINDAMISE
METOODILINE JA TEHNILINE JUHIS*

Sissejuhatus

Sotsiaalhoolekande seaduse (edaspidi SHS) kohaselt peab kohalik omavalitsus (edaspidi KOV) selgitama välja abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi, sealhulgas tuleb KOV-il välja selgitada abi vajavat inimest hooldava isiku toetusvajadus, võttes arvesse tema tegelikku hoolduskoormust, toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid (SHS § 15 lg 4).

Hoolduskoormuse hindamisvahend on koostatud Sotsiaalministeeriumi tellitudkonkursi “Abi- ja toetusvajaduse hindamisinstrumenti analüüs ning hoolduskoormuse hindamise metoodika ja hindamisvahendi väljatöötamine” raames.

Käesolev juhise koosneb hoolduskoormuse hindamise metoodilisest juhise, hoolduskoormuse taseme määramisel valdkonna ehk domeeni skoori aluspõhimõtete selgitustest ning hindamisinstrumenti kasutamise tehnilisest juhise.

Hoolduskoormuse hindamise eesmärk

Hoolduskoormuse hindamise eesmärk on selgitada välja, milline on hoolduskoormusega inimese hoolduskoormuse tase ja milline toetusvajadus on hoolduskoormusega inimesel, kes **hooldab abivajavat inimest väljaspool oma kutse- või ametlikku tööd**. Omavalitsusel on kohustus toetada hoolduskoormusega inimest selles rollis. Eesmärk on välja selgitada hoolduskoormusega inimese poolt läbiviidavad tegevused, neile kuluv aeg ning kuidas see mõjutab inimese toimetulekut, tervist ning ühiskonnas osalemise võimalusi. Hindamine võimaldab välja selgitada, millist lisatuge või leevendust võib inimene vajada oma ülesannete täitmisel, et hooldussituatsioonis paremini toime tulla – nt nõustamist, koolitust, infot, toetavaid teenuseid, puhkust või on vajalik hinnata rahalise toetuse vajadust. Ühtsetel alustel hoolduskoormuse hindamine loob omavalitsutele ühtse praktika hoolduskoormusega inimestest ülevaate saamisel ning võimaldab korraldada vajalikke meetmeid, et osutada hoolduskoormusega inimestele vajalikku abi ja tuge.

Hindamise tulemustele tuginedes saab omavalitsuse sotsiaaltöötaja ülevaate hoolduskoormusega inimese koormusest hooldustegevustes ja vajadustest täiendava abi järgi. Selle tulemusena saab kohalik omavalitsus vajadusel tagada inimesele efektiivsemalt tuge hoolduskoormusega toimetulemisel või selle leevendamisel. Hoolduskoormuse hindamisel kogutakse andmeid hooldustegevuste ajalise mahu, sellest tuleneva mõju kohta hooldaja tervisele, igapäevaelule ja majanduslikule toimetulekule. Hoolduskoormust hindavad küsimused jagunevad neljaks teemavaldkonnaks:

1. Abistamine elamistoimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine (17 küsimust)
2. Mõju tervisele (10 küsimust)
3. Mõju igapäevaelule (9 küsimust)
4. Mõju majanduslikule toimetulekule (5 küsimust)

I Metoodiline juhised hindamisinstrumendi kasutamiseks

Ettevalmistavad tegevused ja alusmaterjali kogumine

Enne hoolduskoormusega inimese hindamist kogutakse kokku, vaadatakse üle ja tutvutakse kogu sotsiaaltöötajale kättesaadava olulise taustainformatsiooniga, mis on seotud hoolduskoormuse hindamisega – nt hooldatava inimese abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendist saadav info ja muu info, mis saab olla sotsiaaltöötajale teada hoolduskoormusega inimese kohta läbi formaalsete kanalite ja andmebaasidest (nt STAR-i andmepäringutest kättesaadav info, rahvastikuregistrijärgne elukoht, andmed hooldaja töövõime, puude raskusastme olemasolu ja leibkonna kohta). Olemasolevatele andmetele tuginedes on võimalik osad küsimustiku lahtrid eeltäita ning oluline on, et sotsiaaltöötaja ei küsiks hinnatavalt üle infot, mis on kättesaadav mujalt. Inimest küsitledes saab eeltäidetud lahtrid värskendada/täiendada/parandada, kui hindamise käigus selgub, et informatsioon ei vasta tõele.

Küsimustiku ülesehitus

Hindamisvahend koosneb kokku 8 osast.

1. Hindamise läbiviimise andmed
2. Hooldaja isikuandmed
3. Leibkond ja hooldatav(ad)
4. Abistamine (elamis)toimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine
5. Hoolduskoormuse mõju hooldaja tervisele
6. Hoolduskoormuse mõju hooldaja igapäevaelule
7. Hooldaja majanduslik toimetulek
8. Lisamärkused

Hindamisvahend koosneb peamiselt etteantud valikvastustega küsimustest. Hoolduskoormust hinnates tuleb inimesel valida vastuste hulgast sobivaim ning sotsiaaltöötaja märgib küsimustikku inimese olukorda kõige täpsemalt kirjeldava vastuse. Küsimustikus on kaks küsimust (küsimused HKI04 ja MAJ04), millele valides vastuse variandiks "JAH", on järgmistele nende küsimuste teemadele vastamine välistatud.

Eeldus on, et hindamisel küsitakse küsimusi kujul, nagu need on küsimustikus kirjas. Samas on sotsiaaltöötajal õigus ja kohustus vajadusel küsimusi ümber sõnastada ja muuta küsimustiku teemade järjekorda vastavalt hindamise olukorrale, pidades siiski kinni hindamise teemadest ja toetudes domeenide lõikes välja toodud küsimustele.

Kui sotsiaaltöötaja on inimesega varem töötanud ja inimese hoolduskoormusest teadlik ning hooldatava abivajaduse hindamine on värskest toimunud, mille käigus on saadud täpsed andmed hooldaja tegevuste kohta, siis ei pea sellekohast informatsiooni inimeselt detailselt uuesti üle küsima. Oluline on, et sotsiaaltöötaja saaks kätte informatsiooni kõikide teemavaldkondade kohta ja vastused küsimustele, mis annavad kokkuvõtte inimese hoolduskoormusest ning abistamise ja hooldusega kaasnevatest tegevustest.

Hindamisvahendi küsimustiku alguses on väljad hindamise toimumise aja (kuupäev), kestuse (alguse ja lõpu kellaeg) ning hindamise läbiviija nime märkimiseks.

Küsimustiku lõpus on lahter "VIII Lisamärkused", millesse saab hindaja kirjutada täiendavat infot, märkuseid ja kommentaare, mis on hindaja hinnangul oluline ja vajalik hoolduskoormuse hindamisel ja hooldaja olukorra kirjeldamisel ning mida ei olnud võimalik kajastada hindamisküsimuste vastustes.

Hindamise teemavaldkonnad

Järgnevalt on kirjeldatud hindamisvahendi iga osa eesmärki ja olulist infot, mida tuleb hindamise läbiviimisel antud teema juures silmas pidada ning kuidas hindamisvahendit täita.

I Hindamise läbiviimise andmed

Hindamisvahendi algusesse märgitakse kuupäeva täpsusega, millal hindamine läbi viiakse. Samuti on hindamisvahendi piloteerimise etapis oluline arvestada hindamisele kuluvat aega, et teada saada, kas hindamisele kuluv aeg on sobilik kasutamiseks. Selleks tuleb hindamisvahendisse märkida hindamisega alustamise ja lõpetamise kellaeg. Samuti märgitakse hindamist läbiviiva sotsiaaltöötaja nimi.

II Hooldaja isikuandmed - hooldaja profiili-info

Hindamise 1. osa eesmärk on koondada kokku **hooldaja isikuandmed (küsimused 1-14a)** ja luua hooldajat kirjeldav profiil. Selleks on hooldajat iseloomustavad demograafilised andmed – nimi, isikukood, sünnikuupäev, vanus ja sugu. Lisaks info, kas hooldaja on KOV poolt määratud hooldaja, milline on tema töövõime ja puue, rahvastikuregistri järgne elukoht ja tegelik elukoht. Samuti info hooldaja peamise suhtluskeele ja muude suhtluskeelte kohta ning tööalane hõivatus. Juhul kui hooldaja töötab, siis tuleb märkida hooldaja töökoormus ja töötamise vorm: palgatöötaja, iseendale tööandja, muu vorm. Vastusevariandi "Muu vorm" valikul tuleb seda täpsustada vabateksti väljal.

Lisaks tööhõive staatusele võib hooldajal olla ka muu sotsiaalne staatus: nt õpilane/üliõpilane, pensionär, kodune, lapsehoolduspuhkusel, ajateenija või asendusteenistuja või muu staatus, mis ei ole eelnevalt nimetatud. Juhul, kui hindamise käigus selgub, et hooldaja puhul on vajalik märkida "Muu staatus", tuleb seda täpsustada vabateksti väljal. Muu sotsiaalne staatus võib olla seotud inimese tegevusega kogukonnas või muu regulaarselt täidetavate ülesannetega ja see hõlmab kohustusi, mida ei saa paigutada eelpoolt loetletud staatuste alla (nt vabatahtlikus korras laulukoori juhatusse kuulumine, kogukonna vabatahtlikud ühendustes ja/või seltsingute tegevustes osalemine vms).

Selles hindamise osas kogutakse andmeid, mis on hooldaja kohta suures osas kättesaadavad infosüsteemidest. Vajadusel (nt andmete puudumisel või andmete õigsuses kahtlemise korral) tuleb inimese käest küsida hindamise sissejuhatuses täiendavat informatsiooni ja/või üle kontrollida infosüsteemidest eeltäidetud andmeid.

III Hooldaja leibkond ja hooldatav(ad)

Leibkonnaliikmeteks nimetatakse inimesi, kellega jagatakse ühist eluruumi või majanduslikke ressursse.

Küsimus L01 - Hooldaja leibkonnaliikmete arv. Eesmärk on saada infot hooldaja leibkonna suuruse kohta. Märkida tuleb leibkonna kõikide liikmete arv kokku, kaasaarvatud hooldaja ise, tuues eraldi välja alaealiste arv. Vastuse lahtrisse tuleb kirjutada numbriline vastus nt 1, 2 jne. Alaealiste arvu märkimisel arvutab tabel automaatselt täisealiste leibkonna liikmete arvu.

Küsimus L02 - Eesmärk on saada infot, kas hooldatav(ad) on hooldaja leibkonnaliikmed või elavad väljaspool hooldaja leibkonda ning mitut inimest abistatakse ja/või hooldatakse.

Küsimus koosneb kahest alateemast. Esmaselt tuleb märkida numbriline vastust, mitut leibkonnaliiget ja/või leibkonnavälisest inimest hooldatakse. Seejärel panna kirja hooldatava nimi, sugu, vanus täisaastates ning määratleda hooldaja suhe hooldatavaga, valides sobiv vastus rippmenüüst etteantud vastuste hulgast. Vajadusel on võimalik vastust täpsustada iga hooldatava andmerea lõpus vabateksti väljaga lahtris.

IV Abistamine (elamis)toimingutes ja hooldustegevuste läbiviimine

Domeeni küsimuste eesmärk on teada saada:

- kui kaua on hooldaja tegelenud inimes(t)e abistamise ja hooldamisega,
- milliseid toiminguid ja tegevusi ta läbi viib
- kui palju aega selleks kulub
- millistes tegevustes vajab hooldaja täiendavat abi.

Küsimus HT00 - Küsimuse eesmärk on saada infot, kui kaua on konkreetne inimene täitnud hoolduskoormusega kaasnevaid ülesandeid. Vastust saab märkida aastates ja kuudes. Kui hooldaja on tegelenud hooldusülesannetega alla aasta, tuleb märkida aeg kuudes ning aasta lahtri võib jätta tühjaks. Kui hooldaja on alles alustanud hooldustegevusi ja täitunud ei ole veel ühte kuud, siis tuleb märkida kuude lahtrisse vähemalt 1 kuu (ümmardamine täiskuudeks üles poole).

Küsimuse HT01 (elamistoimingud ja hooldustegevused ning neile kuluv aeg – tegevuste loetelu ja tundide arv/nädalas) ja **HT02** (tegevused, milles vajate täiendavat abi) vastamine on koondatud kokku ühte tabelisse.

Küsimus HT01 - Vastates tuleb mõelda kõigile hooldatavatele, keda hooldaja abistab ja kelle nimed on märgitud küsimuse L02 juurde.

Küsimuse eesmärk on teada saada, milliseid tegevusi teeb hoolduskoormusega inimene. Kui hooldatavat abistatakse loetelus olevates tegevustes, tuleb selle tegevuse juurde märkida, milline ajaline kulu (täisarvulistest tundides) on hooldajal keskmiselt ühes nädalas sellele tegevusele. Iga tegevuse ajaline kulu tuleb panna tabelisse kirja numbritena. Juhul kui tegevusele kulub vähem kui 1 tund, siis tuleb aja kulu märkida 15 minutilise täpsusega järgmiselt: 15 minuti = 0,25, 30 min=0,5 ja 45 min= 0,75. Juhul, kui mõnes tegevuses hooldatavat ei abistata, tuleb selle tegevuse juurde märkida vastuseks 0. Tundide arvu märkimise veerg on küsimustikus tähistatud tumedama värviga. Tabeli lõppu tuleb arvutuse teel kogu hooldamisele ja abistamisele kuluv aeg tundides.

Küsimus HT02 – Küsimuse eesmärk on välja selgitada, millistes hooldatava abistamise ja hooldamisega seotud tegevustes hooldaja ei vaja täiendavat abi, milliste puhul vajab abi osaliselt (keegi teine võiks samuti hooldatavat neis aidata) ning milliseid tegevusi võiks hooldatavale osutada täielikult keegi teine (kas vastavaid teenuseid pakkuv isik või asutus).

Tabelis on iga tegevuse juures, peale tundide arvulahtrit, võimalik ära märkida hooldaja abivajadus selles tegevuses. Iga tegevuse puhul tuleb hooldajal valida kolme vastusevariandi vahel:

1. *Ma ei vaja praegu täiendavat abi*
2. *Ma vajaksin osaliselt abi*
3. *Seda abi võiks täielikult osutada keegi teine*

Hindajal tuleb iga elamistoimingu ja hooldustegevus juures hooldaja vastusele tuginedes märkida hooldaja abivajadus tehes sobiva vastuse veergu X.

NB: Küsimustikku tuleb märkida hooldaja abivajadus nende tegevuste osas ka siis, kui hooldaja mõnda loetelus nimetatud tegevust hindamise ajal ei osuta, kuid hooldatav siiski vajab seda (juba nüüd või teadaolevalt lähitulevikus) ning seda võiks kas osaliselt või täielikult osutada keegi teine.

Küsimuse eesmärk on saada teada, millised on konkreetsed tegevused, milles on vaja hooldajat toetada, et leevendada tema hoolduskoormust. Kui hoolduskoormusega inimene ei suuda teha hooldatavale vajalikke tegevusi, võib hooldatav jääda ilma temale vajalikust abist.

Küsimuste HT01 ja HT02 tabelisse koondatud tegevused - Vastamisel tuleb arvestada, kas hooldaja abistab inimest loetletud tegevustes.

1. Enesehooldus ja hügieenitoimingud (nt üle keha pesemine – saunas, dušši all, hammaste pesu, riietumisel kodus ja välja minekuks, tualetis käimine, mähkmete vahetamine jms) - tegevused on seotud inimese enese eest hoolitsemise ja isikliku hügieeni toimingutega.
2. Regulaarsed tervisetoomingud (ettenähtud ravimite andmine, ravimite võtmise meelde tuletamine, haiguse sümptomitele tähelepanu juhtimine, hooldatava süstimine, tema haavade puhastamine, haavasidemete vahetamine, vererõhu mõõtmine jms) - tegevused on seotud inimese terviseseisundi jälgimise, tervise seisundi stabiilsena hoidmise, tagasilanguste vältimise, raviskeemi jälgimise ja/või muu vajadusega teha toiminguid, mis on seotud inimese tervisega.
3. Igapäevaste koduste toimingute tegemine (hooldatavale toidu valmistamine, toidu soojendamine, toidu tõstmine taldrikule, joogi valamine tassi, toidu tükeldamine, söögiriistade kasutamine, aga ka koristamisega seonduvate tegevuste ja muude majapidamistööde tegemine, pesu pesemisel abistamine, kodumasinade kasutamine ja parandamine, muru niitmine, väiksemad remonditööd, jm majapidamistööd)- tegevused on seotud inimese majapidamise ja igapäevase elukeskkonna korrahoiu ja elamisväärsena hoidmisega.
4. Apteegist ravimite, poest toidu ja muude vajalike kaupade hooldatavale koju toomine – tegevused, mis on seotud hooldatavale eluks hädavajalike kaupade koju toomisega kuna, et hooldatav ei käi ise kodunt väljas.
5. Kodust väljas jalgsi ringi liikumisel abistamine, sh majast välja aitamine (ustest väljumine ja treppidel liikumine, poodi, apteeki, postkontorisse, bussipeatusesse jm saatmine) - tegevused, mis jäävad inimese kodust välja ning milles inimene vajab teise inimese poolt kõrvalist abi, kuna ta ei saa iseseisvalt väljapool kodu liikuda.
6. Abistamine transpordiga (nt hooldatava sõidutamine arsti juurde, poodi, apteeki, sauna jms) - tegevused, kus hooldaja tagab inimesele transpordi ning abistab ja saadab teda avalike teenusteni jõudmisel ja nende kasutamisel.
7. Abistamine töötamisel või õppimisel, sh huviharidusega tegelemisel - tegevused mis on kõik seotud töösamaste tegevustega, nagu töö täiskohaga, osalise koormusega töö, õppimise või ka näiteks vabatahtliku töö tegemise toetamisega. Mõelda tuleb, kas hooldaja toetab hooldatavat töökohal, selleks, et inimene saaks teha tööd.
8. E-teenuste kasutamine (e-poest toidu, ravimite vm tellimisel, internetis teenuste kasutamine, toetuste või muu info leidmisel, digiallkirja andmisel, e-kirjade ja avalduste koostamisel/vastamisel jms) - tegevused, mis on seotud tehnoloogia kasutamisega ning milles tuleb hooldatavat toetada.
9. Abistamine keeruliste või uute ülesannete lahendamisel (remonditööde või kodumasinade paranduse korraldamine, uute asjade või töövahendite kasutama õppimine, uude kohta minek ja seal orienteerumine jms) - tegevused, mida hooldatav ei ole varasemalt ise teinud või on need osutunud hooldatavale keeruliseks tema halvenenud tervisliku olukorra tõttu.
10. Hooldatava abistamine või tema esindamine teiste inimestega suhtlemisel (arsti, ametnike, teiste võõraste, tuttavate ja sugulastega jms) - tegevused, kus hooldatav ei ole võimeline, ei taha või on tal keeruline suhelda võõraste inimestega ning selle tõttu tuleb hooldajal toetada inimest suhtlemisega seotud olukordades.
11. Abistamine vajalike asjade meelepidamisel või vajalikele tegevustele keskendumisel. - tegevused olukordades, kui hooldataval on kognitiivsed raskused ja mäluprobleemid ning hooldaja abistab inimest.

12. Abistamine ühiskonnaelus osalemisel (hobidega tegelemine, üritustel, ringides, päevakeskuste tegevustes osalemine jms) - tegevused, et hooldatav saaks tegeleda omale meelepärase tegevusega ning hooldaja toetab teda selles või abistab teda huvitegevuste leidmisel ja nendes osalemisel jms.
13. Hooldatavale seltsi pakkumine, igapäevane suhtlemine, uudiste või mälestuste jagamine ja muu arutamine kas silmast silma, telefoni või veebisuhtluse kaudu – tegevused, kus hooldaja sisustab ise hooldaja igapäevast aega ning annab tema elule väärtust ja tähendust läbi isikliku suhtlemise, uudiste ja mälestuste jagamise.
14. Hooldatava toetamine psühholoogiliste raskuste ja probleemidega toimetulekul (üksilduse, depressiooni, ärevuse, suitsiidi- või surmamõtetega toimetulek) - tegevused, kus hooldataval on teada vaimse tervise mured ja sümptomid ning hooldaja on teadlikult inimesele esmaseks psühhosotsiaalse toe pakkujaks.
15. Kergema ööpäevaringse järelevalve pakkumine (inimene saab eeltooduga iseseisvalt hakkama, kuid on vaja jälgida, et ta ei kukuks ega vigastaks end, st ennetada ohtlikke olukordi).
16. Raskema ööpäevaringse järelevalve pakkumine (inimene ei saa eeltooduga iseseisvalt hakkama ning lisaks on vaja jälgida, et ta ei vigastaks end, st ennetada ohtlikke olukordi)
17. Hooldatava abistamine muudes olulistest tegevustes, täpsustada (vabatekst). Juhul kui hooldaja teeb veel tegevusi, mida ei olnud võimalik märkida eelpool loetelus nimetatud tegevuste alla, siis on võimalus kirjutada need tegevused punkti 17 alla. Lisatud tegevuse juurde tuleb samuti märkida sellele kuluv aeg ja kas hooldaja vajab selles tegevuses abi.

V Mõju tervisele

Domeenis on 10 küsimust (**HM01-HM10**), millega küsitakse hooldaja hinnanguid oma terviseiga seotud olukordadele. Küsimuste eesmärk on teada saada, kuidas hoolduskoormus on avaldanud mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele ning kas tal on võimalust hoolduskoormust jagada.

Hindajal tuleb märkida sobiv vastus etteantud valikvastustest.

Küsimusele HM01 - milline on hooldaja hinnang oma tervisele üldiselt, saab vastata valikvastustega: *Väga hea, Hea, Ei hea ega halb, Halb ja Väga halb.*

Küsimustele HM02 – HM09 - hooldaja füüsilise ja vaimse tervise kohta saab vastata valikvastustega: *Mitte kunagi, harva, mõnikord, sageli, pidevalt.*

Küsimusele HM10 - kui palju on hooldajal inimesi, kellega ta saab vajadusel hoolduskoormust jagada, on võimalus vastava valikvastustega: *Mitte ühtegi, 1-kuni 3, 3 kuni 5, rohkem kui 5.*

VI Mõju hooldaja igapäevaelule

Domeeni eesmärk on teada saada, kui suureks hindab hooldaja ise oma hoolduskoormust ja kuidas see mõjutab tema igapäevaelu, töö- ja/või koolikohustuse täitmist ning isiklike suhteid. Samuti kogutakse infot, milline teave või koolitus aitab hooldajat hoolduskoormusega paremini toime tulla.

Hindajal tuleb märkida sobiv vastus etteantud valikvastustest.

Küsimusele HKI01 - kui suureks hindab inimene oma hoolduskoormust, saab vastata valikvastustega: *Ei tunne mingit koormust, Tunnen vähest koormust, Tunnen mõõdukat koormust, Tunnen suurt koormust, Koormus on talumatult suur.*

Küsimusele HKI02 - kas ja kui sageli hooldaja tunneb, et hooldatav on valmis abi ja hooldust vastu võtma ainult temalt, saab valida sobiva vastuse järgmiste valikute hulgast:

Mitte kunagi, harva, mõnikord, sageli, pidevalt.

Küsimuses HKI03 koosneb kahest osas. Esimene osa sisaldab nelja väidet hoolduse mõju kohta hooldaja igapäevaelule ja suhetele. Iga väite kohta tuleb valida sobiv vastus järgmiste valikute hulgast:

Ei nõustu üldse, Pigem ei nõustu, Pigem nõustu, Nõustun täielikult.

Teises osas on kolm küsimust hoolduskoormusega kaasnevate võimalike igapäevaelu tegevustest loobumiste kohta. Igale küsimusele tuleb valida sobiv vastus järgmiste valikute hulgast:

Üldse mitte, Osaliselt, Täielikult, Ei ole kohaldatav.

Küsimusele HKI04 - millised koolitused ja teave oleksid olulisemad, et toetada hooldajat abistamise ja hooldamisega toimetulekul, vastamiseks on esitatud loetelu erinevate teemadega, mida võib hooldaja oma teadmiste tõstmiseks vajada. Vastavalt hooldaja vajadustele tuleb märkida vastuseks "JAH" või "EI" .

1. Ma ei tunne praegu vajadust koolituste ega teabe järele seoses teiste abistamise või hooldamisega (→ välistab ülejäänud vastusevariandid)
2. Teadmised või eneseabitehnikad, kuidas hooldajana toime tulla iseenda ülekoormuse, stressi, meeleolulanguse, ärevuse või negatiivsete mõtetega
3. Teadmised ja tehnikad, kuidas toetada hooldatava toimetulekut stressi, ärevuse, meeleolulanguse või või negatiivsete mõtetega
4. Teadmised abistaja või hooldaja õigustest ja abi saamise võimalustest
5. Teadmised hooldatava õigustest ja abi saamise võimalustest
6. Teadmised hooldatava juriidiliste toimingute teostamisest (nt hooldatava esindamine, varaga seotud toimingud jms)
7. Teadmised hooldatava diagnoosi(de) spetsiifikast (sh haiguse progresseerumine, rehabilitatsiooni võimalused, tuleviku väljakutsed jms)
8. Praktilised teadmised hooldustoimingute teostamiseks
9. Muud koolitused või teave, mis? (täpsustage vabatekstina)

VII Hooldaja majanduslik toimetulek

Domeeni küsimuste eesmärk on saada infot, kas hooldajal võib hoolduskoormusega kaasneva majandusliku toimetuleku halvenemine. Koguda tuleb infot, millised on hooldaja rahalised sissetulekud, kas hooldaja katab oma isiklikest vahenditest ka hooldamisega seotud kulud või on hooldamisega seotud kulude katmine korraldatud hooldaja sissetulekute väliselt ning millisel viisil.

Küsimused MAJ01 - MAJ02 on seotud hooldaja sissetulekute ja hooldamisega kaasnevate kulude hindamiseks. Vastustena tuleb märkida hooldaja poolt nimetatud rahalised summad eurodes.

Küsimust MAJ03 - kui suur summa jääb hooldajale kätte peale hooldamiseks kuluvate summade ei pea küsima, kuna see vastus arvutatakse Excel-faili valemite poolt eelmise kahe küsimuse vastustest.

Küsimusele MAJ04 - kas hooldaja saate abistamise või hooldamise eest rahalist tasu või muid materiaalseid hüvesid kas hooldatavalt endalt või mõnelt tema pereliikmelt või tuttavalt, vastamiseks on esitatud võimalikud vastuse variandid. Hindajal tuleb märkida vastavalt hooldaja poolt nimetatud tegelikult olukorrale vastuseks "JAH" või "EI" .

1. Ma ei saa abistamise ega hooldamise eest hooldatavalt endalt ega tema pereliikmetelt mingit tasu (→ välistab ülejäänud vastusevariandid)
2. Saan rahalist tasu hooldatavalt endalt
3. Saan rahalist tasu hooldatava pereliikmelt või tuttavalt

4. Saan muid materiaalseid hüvesid hooldatavalt endalt
5. Saan muid materiaalseid hüvesid hooldatava pereliikmelt või tuttavalt
6. Mulle on lubatud kokkulepitud osa hooldatava pärandusest

Küsimusele MAJ05 – millega palutakse hooldajal hinnata oma majanduslikku toimetulekut, saab vastata valikvastustega: *täiesti rahuldav, pigem rahuldav, pigem ebarahuldav, täiesti ebarahuldav.*

Kokkuvõte

Hindamisvahendi teine leht **Kokkuvõte** luuakse automaatselt eelnevalt täidetud **Küsimustiku** lehele sisestatud andmete põhjal. Sellele lehele ei sisesta sotsiaaltöötaja midagi – kõik, mida on vaja muuta, parandada või sisestada, tuleb teha lehel **Küsimustik**. Kõik, mida seal muudetakse, kajastub lehel **Kokkuvõte**.

Kokkuvõtte lehele kanduvad **Küsimustiku** lehelt andmed hindamise toimumise aja (kuupäev), hindaja (nimi), hoolduskoormusega inimese (perekonnanimi ja isikukood), tema elukoha ja hooldatavate arvu kohta.

Kokkuvõtte lehe tabelites on esitatud hoolduskoormuse tasemed (vt II peatükk Hoolduskoormuse taseme määramine) ning konkreetse inimese hoolduskoormuse taseme ehk koondhinnangu aluseks olevad hoolduskoormuse domeenide skooripunktid ja hinnangud. Need tulevad **Kokkuvõtte** lehele automaatselt **Küsimustiku** lehe täitmise järel ning arvutatakse hindamisvahendis olevate valemite alusel.

Hoolduskoormuse tase ja skooride kujunemine on lahti selgitatud II peatüki Hoolduskoormuse taseme määramine all.

Hindamisküsimustiku kasutamise tagasiside leht

Hoolduskoormuse hindamisküsimustik on uudne ja esmakordne sellelaadne hindamisvahend, mis annab võimaluse määratleda hoolduskoormuse tasemeid. Selleks, et saada katsetamisel oleva hindamisvahendi kohta tagasisidet, palume samuti ära täita hindamisvahendis oleva **Tagasiside** lehe. **Tagasiside** eesmärk on koguda hindaja hinnangut sellele, kas hindamisvahend töötab eesmärgipäraselt.

Palume hindajal märkida iga domeeni lõikes, kas hindamisvahendi poolt pakutav iga domeeni hoolduskoormuse skoori põhjal antud hinnang oli ka hindaja hinnangul sobilik ja vastas hooldaja hoolduskoormusele. Juhul kui see ei olnud hindaja arvates asjakohane, siis tuleb lisada hindaja enda subjektiivne domeeni kohta käiv hoolduskoormuse hinnang, lähtudes läbiviidud hindamisel saadud infost ja hooldaja poolt antud vastustest.

Samuti on iga domeeni all lahter, kus saate täpsustada oma hinnangut ja kommenteerida vaba tekstina vastava domeeni skoori.

II Hoolduskoormuse taseme määratlemine

Hindamise tulemusel määratletakse hooldaja hoolduskoormus tasemel 1-4.

1	KERGE
2	MÕÕDUKAS
3	SUUR
4	VÄGA SUUR

Hoolduskoormuse koondhinnang ehk hoolduskoormuse tase arvestatakse kokku kolmest osast: hoolduskoormusele kuluvast ajast ja hoolduskoormusega kaasnevatest mõjudest hooldajale - mõju tervisele ja mõju igapäevaelule.

Hindamisvahend annab hoolduskoormuse taseme arvutamiseks eelnimetatud kolme domeeni lõikes skoorid. Domeenide skoorid annavad kokku hoolduskoormuse koondhinnangu, millel põhineb hoolduskoormuse tase. Arvutamine toimub hoolduskoormuse mõjude skoori ja hoolduskoormuse aja skoori põhjal, mis annab kokku hoolduskoormuse koondhinnangu.

Hoolduskoormuse aeg

Hoolduskoormusele kuluva aja skoor arvutatakse elamistoimingutes abistamise ja hooldustegevuste läbiviimiseks kuluva reaalse ajalise mahu järgi tabelis välja toodud põhimõttel, kus on arvestatud maksimaalseks hooldamise koormuseks 40h nädalas. Domeeni skooripunktide järgi antakse hinnang hoolduskoormusele ja sellele kuluvale ajale vastavalt all olevale tabelile. Nt juhul kui hooldaja koormus ületab 36h piiri, on selles domeenis hinnang tema hoolduskoormusele - väga suur hoolduskoormus.

<i>Skoor - (Tundide (h) arv nädalas, mis kulub hooldajal hooldustegevuseks)</i>	<i>Hoolduskoormus</i>	<i>Punktid</i>
1-10 h	Kerge hoolduskoormus	1
11-19 h	Mõõdukas hoolduskoormus	2
20-35 h	Suur hoolduskoormus	3
>36 h	Väga suur hoolduskoormus	4

Mõju tervisele

Mõju tervisele domeen sisaldab 10 küsimust. Nendest 8 küsimuse (HM02, HM03, HM04, HM05, HM06, HM07, HM08, HM09) vastused annavad hindepunktid, mis võetakse arvesse domeeni skoori arvutamisel järgmisel põhimõttel.

<i>Vastus</i>	<i>Punktid</i>
Mitte kunagi	0
Harva	1
Mõnikord	2
Sageli	3
Pidevalt	4

Domeeni skoori arvutamisel kasutatava 8 küsimuse vastuste punktide summa põhjal arvutatakse välja domeeni skoorid. Nende järgi antakse hinnang hoolduskoormusega kaasnevale mõjule hooldaja tervisele vastavalt all olevale tabelile. Kokku on domeeni Mõju tervisele maksimaalne võimalik punktiarv 32 punkti. Nt juhul, kui vastuste punktide summa jääb vahemikku 25-32 on hoolduskoormuse mõju hooldaja tervisele väga suur.

Skoor (Maksimaalne võimlik punktide arv on 32 punkti)	Koormus	Punktid
0-25% (1-8)	Kerge	1
26-50% (9-16)	Mõõdukas	2
51-75% (17-24)	Suur	3
76-100% (25-32)	Väga suur	4

Mõju igapäevaelule

Domeen sisaldab 9 küsimust (HKI01, HKI02, HKI03_1, HKI03_2, HKI03_3, HKI03_4, HKI03_5, HKI03_6, HKI03_7) hooldustegevuste mõju kohta hooldaja igapäevaelule. Kõigi 9 küsimuse vastused annavad hindepunktid skoori arvutamisel vastavalt tabelis olevale põhimõttele.

Küsimuse HKI01 vastuste hindepunktid

Vastus	Punktid
Ei tunne mingit koormust	0
Tunnen vähest koormust	1
Tunnen mõõdukat koormust	2
Tunnen suurt koormust	3
Koormus on talumatult suur	4

Küsimuse HKI02 vastuste hindepunktid

Vastus	Punktid
Mitte kunagi	0
Harva	1
Mõnikord	2
Sageli	3
Pidevalt	4

Küsimuste HKI03_1 ja HKI03_4 vastuste hindepunktid

Vastus	Punktid
Ei nõustu üldse	0
Pigem ei nõustu	1
Pigem nõustun	2
Nõustun täielikult	3

Küsimuste HKI03_2 ja HKI03_3 vastuste hindepunktid

Vastus	Punktid
Ei nõustu üldse	3
Pigem ei nõustu	2
Pigem nõustun	1
Nõustun täielikult	0

Küsimuste HKI03_5, HKI03_6 ja HKI03_7 hindepunktid

Vastus	Punktid
Üldse mitte	0
Osaliselt	2
Täielikult	4
Ei ole kohaldatav	0

Domeeni skoori arvutamisel kasutatava 9 küsimuse vastuste punktide summa põhjal arvutatakse välja domeeni skoor. Nende järgi antakse hinnang hoolduskoormusega kaasnevale mõjule hooldaja igapäevaelule vastavalt all olevale tabelile. Kokku on domeeni Mõju igapäevaelule maksimaalne võimalik punktiarv 32 punkti. Nt juhul, kui vastuste punktide summa jääb vahemikku 25-32 on hoolduskoormuse mõju hooldaja igapäevaelule väga suur

Skoor (Maksimaalne võimalik punktide arv on 32 punkti)	Koormus	Punktid
0-25% (1-8)	Kerge	1
26-50% (9-16)	Mõõdukas	2
51-75% (17-24)	Suur	3
76-100% (25-32)	Väga suur	4

Hoolduskoormuse koondhinnang

Hoolduskoormuse koondhinnangu arvutamiseks leitakse kõigepealt **hoolduskoormuse mõju skoor**. Selleks liidetakse kahe mõju domeenide skoorid, mille tulemusena saadakse hinnang hoolduskoormuse mõjust hooldajale.

$$\text{Hoolduskoormuse mõju skoor} = \text{Mõju tervisele} + \text{Mõju igapäevaelule}$$

Hoolduskoormuse mõju skoori arvutamisel eeltoodud valemi põhjal saadud punktide summad on aluseks hoolduskoormusega kaasnevale mõjule koondhinnangu andmiseks. Hoolduskoormuse mõju skoor iseloomustab hooldustegevuse mõju hooldaja füüsilisele ja vaimsele tervisele.

Minimaalne võimalik punktide arv on 2 ja maksimaalne võimalik punktide arv on 8. Nt juhul kui hoolduskoormuse mõju skoor jääb vahemikku 5-6 on hoolduskoormusega kaasnevatest mõjudes tulenevalt hooldajal suur hoolduskoormus.

Skoor (Maksimaalne võimalik punktide arv on 8 punkti)	Koormus	Punktid
2	Kerge hoolduskoormus	1
3-4	Mõõdukas hoolduskoormus	2
5-6	Suur hoolduskoormus	3
7-8	Väga suur hoolduskoormus	4

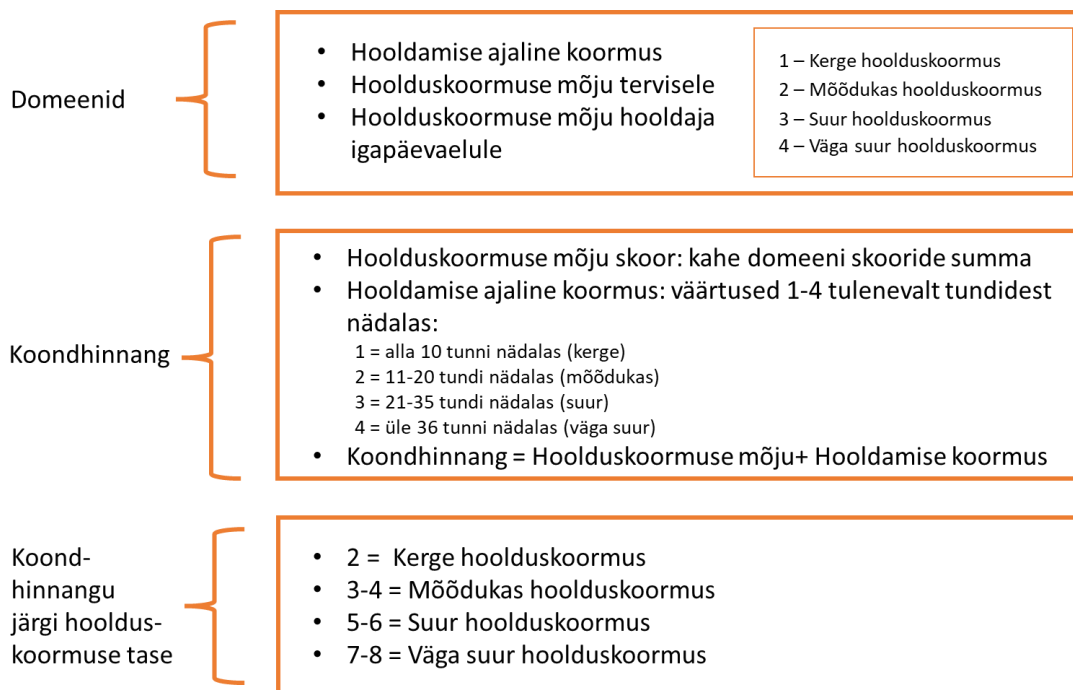
$$\text{Hoolduskoormuse koondhinnang} = \text{Hoolduskoormuse mõju skoor} + \text{Hoolduskoormuse aja skoor}$$

Hoolduskoormuse koondhinnangu arvutamiseks liidetakse hoolduskoormuse mõju skoorile hoolduskoormuse aja skoor. Minimaalne võimalik punktide arv on 2 ja maksimaalne võimalik punktide arv on 8. Hoolduskoormuse koondhinnangu põhjal selgub ka hooldaja hoolduskoormuse tase. Nt juhul kui hoolduskoormuse koondhinnang jääb vahemikku 7-8 on hooldaja hoolduskoormuse tase 4 ehk väga suur hoolduskoormus.

Skoor (Maksimaalne võimalik punktide arv on 8 punkti)	Koormus	Punktid
2	Kerge hoolduskoormus	1
3-4	Mõõdukas hoolduskoormus	2

5-6	Suur hoolduskoormus	3
7-8	Väga suur hoolduskoormus	4

Joonisel 1. on välja toodud skemaatiline hoolduskoormuse hindamise meetoodika.



Joonis 10. Hoolduskoormuse hindamine

III Tehnilised juhised hindamisinstrumendi (Excel-faili) kasutamiseks

Sissejuhatus

Hindamisinstrument asub Microsoft Exceli keskkonnas. Excelis toimiv hindamisvahend on analüüsitavaid andmeid võimaldav lihtsaim ajutine lahendus inimese hoolduskoormuse hindamiseks. Excel võimaldab analüüsida tehtud hindamiste andmeid ning hoida tervikpilti hindamistest ja hoolduskoormusega inimeste toetusvajaduse määrast.

Hindamisinstrumendi kasutamine nõuab algelisi teadmisi Exceli kasutamisest. Küsimustik on jaotatud domeenide lõikes küsimusteks ning vastusevariandid koosnevad valikvastustest (nimekirjast valitavad) ning vabateksti väljadest. Valemitega sisustatud lahtrid ehk lahtrid, mida hindaja **modifitseerida ei tohi**, on märgitud halli taustaga.

Hindamisvahendit kasutatakse ülevalt alla, alustades hindamise läbiviimise ja isikuandmetest.

Faili avamine

Faili avades oodake rahulikult, kuni fail on töövalmis. Juhul kui laadimine võtab kaua aega ning leht läheb valgeks ja ekraanile ilmub sinine pöörlev ratas, ärge midagi vajutage ning oodake kannatlikult, kuni fail avaneb.

Fail koosneb 3 lehest. Esimesel lehel on enamus lahtreid sotsiaaltöötaja poolt täidetavad hindamisprotsessis kogutud informatsiooniga, aga ka automaatselt täituvate valemitega. Küsimustiku leht on loodud viisil, et oleks võimalik andmed analüüsida ja saada statistikat.

Teine leht **Kokkuvõte** luuakse automaatselt eelnevalt täidetud küsimustiku lehele sisestatud informatsiooni põhjal. Sellel lehel ei muuda ega sisesta sotsiaaltöötaja midagi – kõik, mida on vaja muuta, parandada või sisestada, tuleb teha **Küsimustik** lehel. Kõik, mida muudetakse **Küsimustik** lehel, kandub läbi valemite ja skooride infona **Kokkuvõte** lehele. Sisuliselt on tegu kokkuvõttega küsimustele antud vastuste tulemusel arvatud skooridest ja hinnangutest hoolduskoormusele.

Kolmas leht **Tagasiside** on mõeldud hindajale hindamisvahendi tagasiside andmiseks. Siin peab hindaja andma tagasisidet konkreetse inimese hoolduskoormuse hindamise tulemuse kohta. Tagasiside lehel palume märkida iga domeeni lõikes, kas hindamisvahendi poolt pakutav hoolduskoormuse hinnang/skoor oli hindaja hinnangul sobilik ja lisada vajadusel enda subjektiivne hoolduskoormuse hinnang/skoor.

Küsimustiku täitmine

Küsimustiku lehe täitmist tuleb alati alustada küsimustiku täitmise kuupäeva ja kellaaja märkimisega. Inimese isikukoodi kopeeri ja kleebi alati *Kleebi* valikuga „123“, sest nii tulevad väljale ainult numbrilised väärtused. See võimaldab koheselt välja arvutada inimese sünnikuupäeva ja vanuse. Sünnikuupäeva ja vanuse lahtrid on **hallid**, need on täidetud valemiga ning neid **lahtreid ei tohi muuta**. Sinna ilmub info ise, kui on isikukoodi lahtrisse on sisestatud isikukood.

Olukorras, kus midagi läheb valesti ja tahad faili taastada:

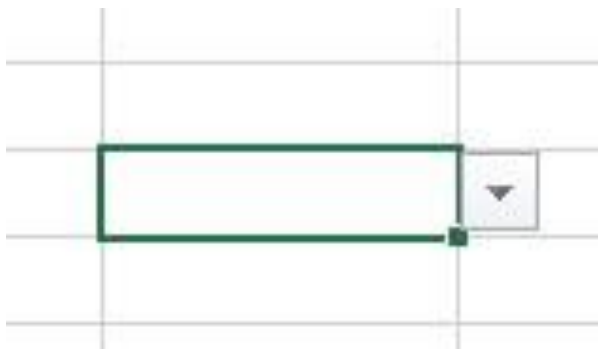
- Vajuta oma Exceli failile parema hiire klõpsuga, vali *Atribuudid*, vali *Vanemad versioonid*.
- Vali *Ava* ja tuleb *Viimane versioon*. Valides *Viimane versioon*, on võimalik taastada eelmine kasutusel olev versioon, kus vigasid ei ole. See, millal viimane versioon on salvestatud, sõltub konkreetse asutuse infotehnoloogia reeglitest.

Vabateksti välja vastused

Vabateksti väljad on vastuste sektsioonis **valge taustaga tühjad väljad**. Nendesse väljadesse on sotsiaaltöötajal võimalik kirjutada vastuseid nii, nagu hinnatav ütleb või eelnevalt olemasolevast informatsioonist selgub (nt nimi, elukoht, sissetulekud jms). Sellisel juhul tuleb lahtrisse sisestada võimalikult konkreetne, lühike ja faktidel põhinev info, mis on seotud konkreetselt selle valdkonnaga, mida hetkel täidetakse.

Valikvastused

Valikvastused on **oranži taustaga väljad ning neile klõpsates ilmub kasti ülesse paremasse nurka nool** (vt. Joonis 2. Valikvastuste lahter). Noolele vajutades avaneb rippmenüü. Küsimusele on võimalik valida ainult üks vastus. Nendesse väljadesse on hindamisraamistiku skaala abil tuletatud vastusevariandid, mille vahel peab sotsiaaltöötaja valima, et märkida üles sobivaim vastusevariant, mis hinnatava seisukorda kirjeldab.



Joonis 11. Valikvastuste lahter

Valemid

Valemitega sisustatud lahtrid ehk lahtrid, mida hindaja **modifitseerida ei tohi**, on märgitud **halli taustaga**. Järgnevalt on välja toodud valemid, mida vastuste puhul on kasutatud. Juhul kui Excelist on valemid mingil põhjusel kadunud, on võimalik käesolevast juhendmaterjalist need leida ja asendada.

Sünnikuupäev:

```
=MID(C14;6;2)&"."&MID(C14;4;2)&"."&IF(MID(C14;1;1)="3";"19"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="4";"19"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="5";"20"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="6";"20"&MID(C14;2;2);))))
```

Vanus:

```
=(C4-C15)/365
```

Väisealiste liikmete arv:

```
=C38-C39
```

Hooldamine nädalas kokku (h):

```
=SUM(C61:C80)
```

Ma ei vaja praegu täiendavat abi (märkida X):

```
=COUNTIF(D61:D80;"X")
```

Ma vajan osaliselt abi (märkida X):

```
=COUNTIF(E61:E80;"X")
```

Seda tegevust võiks täielikult osutada keegi teine (märkida X):

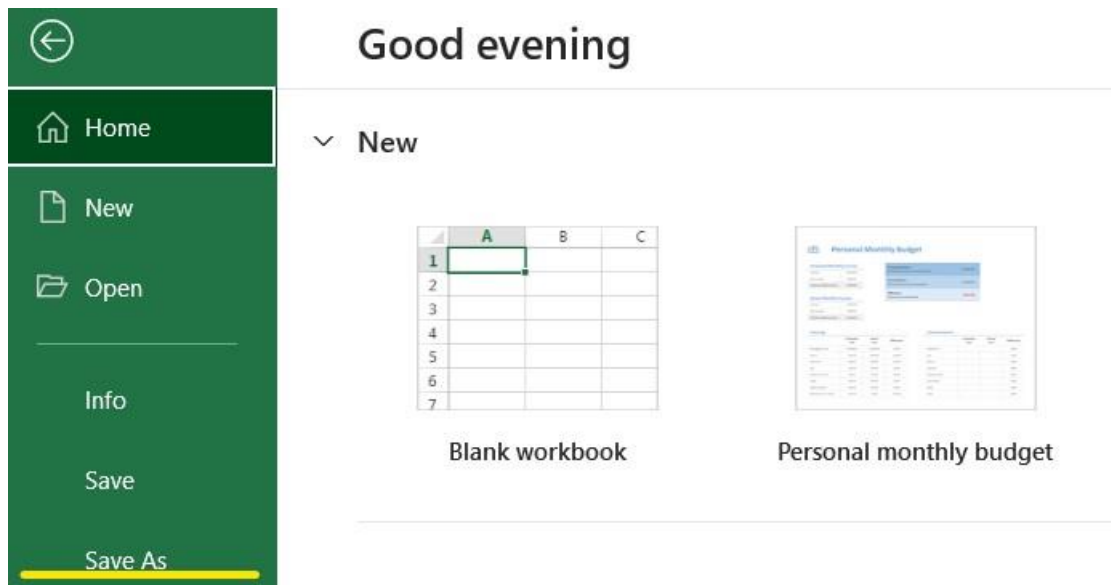
```
=COUNTIF(F61:F80;"X")
```

Peale hooldamiseks kuluvate kulutuste tegemist kätte jääva raha summa eurodes:

```
=F124-F125
```

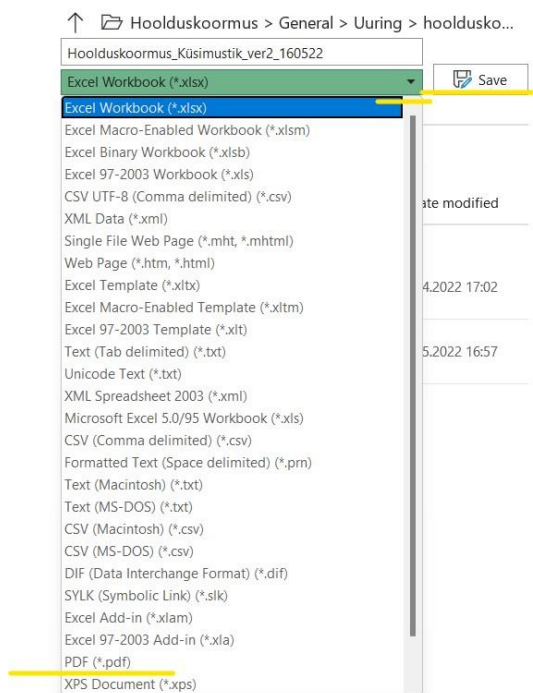
Kokkuvõte ja salvestamine

Kui inimese kohta on hindamine alustatud või ka juba lõpetatud, saab lehel **Kokkuvõte** näha skooride numbrilist määratlust ning hoolduskoormuse skoori hinnangut hoolduskoormusele. Kokkuvõtte saab salvestada, kui avada **Kokkuvõte** leht, seejärel vajutada inglise keeles *File* → *Save as* (vt. Joonis 3.) või eesti keeles *Fail* → *Salvesta kui*.



Joonis 12. Save as funktsioon

Seejärel saab valida, millise failina soovite lehte salvestada. Valides nimekirjast PDF, klõpsake selle peale ja seejärel vajuta inglise keeles *Save* (vt. Joonis 3.) või eesti keeles *Salvesta*. Sellisel juhul on **Kokkuvõte** leht salvestatud PDF-ina teie arvutisse sinna kausta, mille ise valite.



Joonis 13. PDF valik ja salvestamine

Enne salvestamist kontrollige, et kõik vajalikud väljad on informatsiooniga täidetud ning hoolduskoormuse skoorid, hinnangud ja koondhinnang on lehel olemas. Samuti täidetud kõik küsimustiku vastuste väljad.

Salvestatud faili saab avada, välja trükkida, krüpteerida, digiallkirjastada ja ka teile vajalikule e-posti aadressile saata. Kui mõne aja pärast on vaja uuesti hinnata sama hooldaja hoolduskoormust, siis saab sama inimese andmetega väljatrükki korrata kõike eelnevat silmas pidades.

Enne hindamisvahendist väljumist salvestage oma tehtud töö, klõpsates nuppu *Salvesta*. Salvestamine võib võtta natuke aega. Seejärel võite hindamisvahendi sulgeda.

**Lisa 7. Hoolduskoormuse
hindamisvahendi juhendmaterjal (vene
keeles)**

*МЕТОДИЧЕСКОЕ И
ТЕХНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО
ОЦЕНИВАНИЮ НАГРУЗКИ ПО
УХОДУ*

Введение

Согласно Закону о социальном обеспечении (далее ЗоСО) местное самоуправление (далее МСУ) должно определить потребность обратившегося за помощью лица в помощи и соответствующую ей помощь, в том числе МСУ должно определить потребность в поддержке лица, осуществляющего уход за лицом, нуждающимся в помощи, с учетом обстоятельств, влияющих на его фактическую нагрузку по уходу, нуждаемость и участие в жизни общества (часть 4 статьи 15 ЗоСО).

Инструмент для оценивания нагрузки по уходу составлен в рамках заказанного Министерством социальных дел конкурса «Анализ инструмента по оценке потребности в помощи и поддержке и разработка методики оценки нагрузки по уходу и оценочного инструмента».

Настоящее руководство состоит из методического руководства по оцениванию нагрузки по уходу, разъяснений базовых принципов сферы (показателя домена) при определении уровня нагрузки по уходу и из технического руководства по использованию оценочного инструмента.

Цель оценивания нагрузки по уходу

Цель оценивания нагрузки по уходу заключается в том, чтобы выяснить уровень нагрузки по уходу на человека с нагрузкой по уходу и потребность в поддержке у человека с нагрузкой по уходу, **который ухаживает за нуждающимся в помощи человеком вне своей профессиональной или официальной работы**. Местное самоуправление обязано поддерживать человека с нагрузкой по уходу в этой роли. Цель состоит в том, чтобы выяснить действия, проводимые человеком с нагрузкой по уходу, время, которое на них уходит, и как это влияет на умение человека справляться в повседневной жизни, его здоровье и возможности участия в обществе. Оценивание позволяет выяснить, какая дополнительная поддержка или смягчение может потребоваться человеку при выполнении своих задач, чтобы лучше справиться с ситуацией по уходу – например, консультирование, обучение, информация, поддерживающие услуги, отпуск – или необходимо оценить потребность в финансовой поддержке. Оценивание нагрузки по уходу на общих основаниях создает для самоуправлений единую практику при получении обзора о людях с нагрузкой по уходу и позволяет организовать необходимые меры для оказания необходимой помощи и поддержки людям с нагрузкой по уходу.

Основываясь на результатах оценивания, социальный работник самоуправления получает обзор нагрузки человека с нагрузкой по уходу в действиях по уходу, а также обзор потребностей в дополнительной помощи. В результате этого, при необходимости, местное самоуправление может обеспечить человеку более эффективную поддержку, чтобы справиться с нагрузкой по уходу или смягчить ее. При оценивании нагрузки по уходу собираются данные о временном объеме действий по уходу, о вытекающем из этого влиянии на здоровье попечителя, его повседневную жизнь и финансовое благополучие. Вопросы, оценивающие нагрузку по уходу, делятся на четыре тематических направления:

1. Оказание помощи в домашних делах и проведении действий по уходу (17 вопросов)
2. Влияние на здоровье (10 вопросов)
3. Влияние на повседневную жизнь (9 вопросов)
4. Влияние на финансовое благополучие (5 вопросов)

I Методическое руководство по использованию оценочного инструмента

Подготовительные действия и сбор базового материала

Перед оценкой лица с нагрузкой по уходу собирают, рассматривают и знакомятся со всей доступной социальному работнику важной общей информацией, связанной с оценкой нагрузки по уходу – например, информация, получаемая из инструмента оценки потребности подопечного лица в помощи и поддержке, и иная информация, которая может быть известна социальному работнику о человеке с нагрузкой по уходу через формальные каналы и из баз данных (например, информация, доступная из запросов данных STAR, место жительства согласно регистру народонаселения, данные о трудоспособности попечителя, наличии степени инвалидности и домохозяйстве). Основываясь на имеющихся данных, можно предварительно заполнить некоторые графы анкеты, и важно, чтобы социальный работник не переспрашивал у оцениваемого информацию, доступную в других местах. Опрашивая человека, можно обновить/дополнить/исправить предварительно заполненные графы, если в ходе оценки выяснится, что информация не соответствует действительности.

Структура анкеты

Оценочный инструмент состоит суммарно из 8 частей.

1. Данные о проведении оценки
2. Личные данные попечителя
3. Домохозяйство и подопечный(-е)
4. Оказание помощи в действиях (домашних делах) и проведение действий по уходу
5. Влияние нагрузки по уходу на здоровье
6. Влияние нагрузки по уходу на повседневную жизнь попечителя
7. Финансовое благополучие попечителя
8. Дополнительные примечания

Оценочный инструмент состоит в основном из вопросов с имеющимися выборочными ответами. Оценивая нагрузку по уходу, человек должен выбрать наиболее подходящий вариант из ответов, а социальный работник указывает в анкете наиболее точный ответ, описывающий положение человека. В анкете есть два вопроса (вопросы НКЮ4 и МАЮ4), на которые, выбрав вариант ответа «ДА», невозможно ответить по следующим темам вопросов.

Предполагается, что при оценивании будут задаваться вопросы в том виде, как они записаны в анкете. В то же время социальный работник имеет право и обязан при необходимости переформулировать вопросы и изменить последовательность тем анкеты в зависимости от ситуации с оценкой, придерживаясь при этом тем оценки и опираясь на вопросы, приведенные по доменам.

Если социальный работник ранее работал с человеком, ему известно о связанной с уходом нагрузке этого человека и оценка нуждаемости в помощи при уходе за подопечным была проведена недавно, в ходе чего были получены точные данные о деятельности попечителя, то у человека не нужно подробно переспрашивать эту информацию. Важно, чтобы социальный работник получил информацию обо всех тематических областях и ответы на вопросы, которые дают заключение о связанной с уходом нагрузке человека, а также о действиях, сопутствующей оказанию помощи и уходу.

В начале анкеты оценочного инструмента есть поля для указания времени проведения оценки (дата), продолжительности (время начала и окончания) и имени лица, проводящего оценку.

В конце анкеты имеется графа «VIII Дополнительные примечания», в которую оценщик может написать дополнительную информацию, замечания и комментарии, которые, по мнению оценщика, важны и необходимы при оценке нагрузки по уходу и описанию положения попечителя и которые невозможно было отразить в ответах на вопросы по оцениванию.

Тематические области оценки

Ниже описана цель каждой части оценочного инструмента и важная информация, которую следует иметь в виду при проведении оценки по данной теме и при заполнении оценочного инструмента.

I Данные о проведении оценки

В начале оценочного инструмента указывается с точностью до даты, когда проводится оценка. Также на этапе тестирования оценочного инструмента важно учитывать время, затрачиваемое на оценку, чтобы выяснить его соразмерность. Для этого в оценочном инструменте следует указать время начала и окончания оценки. Также указывается имя и фамилия социального работника, проводящего оценку.

II Персональные данные попечителя – профильная информация о попечителе

Цель 1-й части оценки – объединить **личные данные попечителя (вопросы 1-14а)** и создать профиль, описывающий попечителя. Для этого имеются демографические данные, характеризующие попечителя: имя и фамилия, личный код, дата рождения, возраст и пол. Кроме того, информация о том, является ли попечитель попечителем, которого назначило МСУ, какая его трудоспособность и инвалидность, место жительства согласно регистру народонаселения и фактическое место жительства. Также информация об основном языке общения попечителя и других языках общения, а также его трудовая занятость. Если попечитель работает, то следует указать рабочую нагрузку и форму работы попечителя: наемный работник, частный предприниматель, другая форма. Выбирая вариант ответа «Другая форма», ее следует уточнить в поле для свободного текста.

Помимо статуса трудовой занятости, попечитель может иметь и другой социальный статус: например, ученик/студент, пенсионер, нахожусь дома, в отпуске по уходу за ребенком, срочнослужащий или проходящий альтернативную службу или иной статус, не указанный выше. В случае если в ходе оценки выясняется, что в отношении попечителя необходимо указать «Другой статус», его следует уточнить в поле для свободного текста. Другой социальный статус может быть связан с деятельностью человека в сообществе или с иными регулярно выполняемыми задачами и включать в себя обязанности, которые не могут быть помещены под перечисленные выше статусы (например, добровольное вхождение в состав правления песенного хора, добровольное участие в объединениях общины и/или в деятельности обществ и т. п.).

В этой части оценки собираются данные, которые в значительной степени доступны в информационных системах о попечителе. При необходимости (например, в случае отсутствия данных или сомнений в достоверности данных) следует запросить у человека дополнительную информацию во введении оценки и/или перепроверить данные, предварительно заполненные из информационных систем.

III Домохозяйство попечителя и подопечный(-е)

Членами домохозяйства называют людей, с которыми делят общее жилое помещение или хозяйственные ресурсы.

Вопрос L01 – количество членов домохозяйства попечителя. Цель – получить информацию о размере домохозяйства попечителя. Следует указать общее количество членов домохозяйства, включая самого попечителя, отдельно указывая количество несовершеннолетних. В графе ответа следует написать числовой ответ, например, 1, 2 и т. д. Указав количество несовершеннолетних, таблица автоматически вычислит количество совершеннолетних членов домохозяйства.

Вопрос L02 – цель состоит в том, чтобы получить информацию, являются ли подопечные лица членами домохозяйства попечителя или они проживают за пределами домохозяйства попечителя, а также скольким людям оказывается помощь и/или уход.

Вопрос состоит из двух подтем. В первую очередь следует указать числовой ответ, скольким членам домохозяйства и/или лицам вне домохозяйства оказывается уход. После этого указать имя и фамилия, пол, возраст подопечного лица и определить отношения попечителя с подопечным лицом, выбрав подходящий ответ из выпадающего списка ответов. При необходимости ответ можно уточнить в графе с полем для свободного текста в конце каждой строки данных о подопечном лице.

IV Оказание помощи в действиях (домашних делах) и проведение действий по уходу

Цель вопросов домена – узнать:

- как долго попечитель занимается оказанием помощи и уходом за людьми,
- какие процедуры и действия он проводит
- сколько времени на это уходит
- в каких действиях попечитель нуждается в дополнительной помощи.

Вопрос НТ00 – цель вопроса – получить информацию о том, как долго конкретный человек выполнял задачи, связанные с нагрузкой по уходу. Ответ можно указать в годах и месяцах. Если попечитель занимался задачами ухода менее года, то следует указать время в месяцах, а графа года может быть оставлена пустой. Если попечитель только приступил к деятельности по уходу и занимается этим менее одного месяца, то в графе «месяцы» следует указать как минимум 1 месяц (округление до полных месяцев вверх).

Ответы на **вопросы НТ01** (действия по обеспечению жизнедеятельности и уходу, а также затрачиваемое на них время – список действий и количество часов в неделю) и **НТ02** (действия, в которых вам требуется дополнительная помощь) объединены в одну таблицу.

Вопрос НТ01 – отвечая, следует подумать обо всех подопечных лицах, которым оказывает помощь попечитель и имена которых указаны в вопросе L02.

Цель вопроса – узнать, какие действия выполняет человек с нагрузкой по уходу. Если подопечному лицу оказывают помощь в действиях, включенных в список, то для таких действий следует указать затраты времени попечителя (в полных часах) в среднем за одну неделю. Затраты времени на каждое действие следует записывать в таблицу цифрами. В случае, если на действие уходит менее 1 часа, то затраты времени следует указать с точностью до 15 минут следующим образом: 15 минут = 0,25, 30 мин = 0,5 и 45 мин = 0,75. В случае, если в какой-либо деятельности подопечному лицу не оказывается помощь, то напротив этой деятельности

необходимо указать в качестве ответа 0. Столбец для указания количества часов в анкете обозначен более темным цветом. В конце таблицы подсчитывается суммарное время в часах, затраченное на уход и помощь.

Вопрос НТ02 – цель вопроса состоит в том, чтобы выяснить, при выполнении каких действий, связанных с оказанием помощи и уходом за подопечным, попечитель не нуждается в дополнительной помощи, для каких видов нуждается в частичной помощи (кто-то другой также мог бы помочь в них подопечному лицу), а также какие действия мог бы оказывать подопечному лицу в полной мере кто-то другой (лицо или учреждение, предоставляющее соответствующие услуги).

В таблице при каждом действии, кроме графы часов, можно указать потребность попечителя в помощи при выполнении этого действия. Для каждого вида деятельности попечитель должен выбрать один из трех вариантов ответа:

1. *Мне сейчас не нужна дополнительная помощь*
2. *Мне была бы необходима частичная помощь.*
3. *Эту помощь мог бы полностью оказывать кто-то другой.*

Оценщик должен при каждом действии по обеспечению жизнедеятельности и уходу, опираясь на ответы попечителя, указать потребность попечителя в помощи, поставив отметку «X» в графе соответствующего ответа.

Внимание! В анкете следует указать потребность попечителя в помощи в этих действиях даже в том случае, если попечитель не оказывает указанное в списке действие на момент оценки, но подопечному оно все же необходимо (уже сейчас или, насколько известно, в ближайшем будущем) и может быть оказано частично или полностью кем-либо другим.

Цель вопроса – узнать конкретные действия, в которых необходимо поддержать попечителя, чтобы облегчить его нагрузку по уходу. Если человек с нагрузкой по уходу не может выполнять необходимые для подопечного лица действия, то подопечное лицо может остаться без необходимой ему помощи.

Действия, объединенные в таблицу вопросов НТ01 и НТ02 – при ответе необходимо учитывать, оказывает ли попечитель помощь человеку в перечисленных действиях.

1. Уход за собой и гигиенические процедуры (например, мытье тела – в бане, под душем, чистка зубов, при переодевании дома и для выхода из дома, хождение в туалет, смена подгузников и т. п.) – действия, связанные с уходом за собой и личной гигиеной человека.
2. Регулярные медицинские процедуры (прием выписанных лекарств, напоминание о приеме лекарств, направление внимания на симптомы заболевания, уколы подопечному лицу, чистка его ран, замена бинтов, измерение кровяного давления и т. п.) – действия, связанные со слежением за состоянием здоровья человека, с поддержанием состояния здоровья стабильным, предотвращением рецидивов, соблюдением схемы лечения и/или иной необходимостью выполнять процедуры, связанные со здоровьем человека.
3. Выполнение ежедневных домашних дел (готовка пищи для подопечного, разогревание пищи, выкладывание пищи на тарелку, наливание напитка в чашку, разделка пищи, использование столовых приборов, а также выполнение связанных с уборкой действий и других хозяйственных работ, помощь в стирке белья, использование и ремонт бытовой техники, покос газона, мелкие ремонтные работы и другие домашние работы)

– действия, связанные с ведением хозяйства и поддержанием порядка в повседневной жилой среде человека, а также с поддержанием среды пригодной для жизни.

4. Доставка лекарств из аптеки, продуктов питания из магазина и других необходимых товаров на дом подопечному – действия, связанные с доставкой на дом товаров, крайне необходимых для жизни подопечного, поскольку подопечный сам не выходит из дома.
5. Помощь при прогулке пешком вне дома, в т. ч. помощь при выходе из дома (выход через двери и движение по лестницам, сопровождение в магазин, аптеку, почтовое отделение, на автобусную остановку и т. д.) – действия, которые выполняются вне дома человека и в которых человеку требуется посторонняя помощь со стороны другого человека, поскольку он не может самостоятельно передвигаться за пределами дома.
6. Оказание помощи с транспортом (например, доставка подопечного лица на транспорте к врачу, в магазин, аптеку, баню и т. п.) – действия, при которых попечитель обеспечивает человеку транспорт, а также оказывает ему помощь и сопровождает его до места получения общественных услуг и при их использовании.
7. Помощь в работе или учебе, в т. ч. в образовании по интересам – действия, связанные с такими же видами деятельности, как работа с полной занятостью, работа с частичной нагрузкой, учеба или, например, с поддержкой волонтерства. Необходимо подумать, поддерживает ли попечитель подопечного на рабочем месте, чтобы человек мог выполнять работу.
8. Использование э-услуг (при заказе продуктов питания, лекарств и т. п. в интернет-магазине, использование услуг в интернете, при поиске пособий или другой информации, при подписании электронной подписью, составлении/ответе на электронные письма и заявления и т. п.) – действия, которые связаны с использованием технологий и в которых необходимо поддерживать подопечное лицо.
9. Помощь в решении сложных или новых задач (организация ремонтных работ или ремонт бытовой техники, обучение пользованию новыми вещами или инструментами, переход на новое место и ориентирование на этом месте и т. п.) – действия, которые подопечное лицо ранее не выполняло самостоятельно, или они оказались для подопечного лица сложными из-за его ухудшившегося состояния здоровья.
10. Оказание помощи подопечному или его представление при общении с другими людьми (врачом, чиновниками, другими незнакомыми людьми, знакомыми и родственниками и т. п.) – действия, при которых подопечный не способен, не хочет или ему сложно общаться с незнакомыми людьми, и в связи с этим подопечного следует поддерживать в ситуациях, связанных с общением с людьми.
11. Оказание помощи в запоминании необходимых вещей или сосредоточенности на необходимых действиях – действия в ситуациях, когда у подопечного имеются когнитивные трудности и проблемы с памятью, и попечитель оказывает помощь человеку.
12. Оказание помощи в участии в общественной жизни (занятие хобби, участие в мероприятиях, кружках, деятельности дневных центров и т. п.) – действия, чтобы подопечный мог заниматься любимым делом, а попечитель поддерживал его в этом или помогал ему в поиске и участии в деятельности по интересам и т. п.
13. Составление подопечному компании, ежедневное общение, обмен новостями или воспоминаниями и другие обсуждения с глазу на глаз, по телефону или интернету – действия, в которых попечитель самостоятельно обустраивает ежедневное время подопечного и придает его жизни ценность и значение посредством личного общения, обмена новостями и воспоминаниями.

14. Поддержка подопечного в преодолении психологических трудностей и проблем (преодоление одиночества, депрессии, тревоги, мыслей о суициде или смерти) – действия, когда у подопечного, насколько известно, имеются связанные с психическим здоровьем проблемы и симптомы, и попечитель сознательно является первым человеком, кто оказывает психосоциальную поддержку человеку.
15. Предоставление более легкого круглосуточного надзора (человек может самостоятельно справиться с вышеприведенным, но нужно следить, чтобы он не упал и не травмировал себя, т. е. предотвращать опасные ситуации).
16. Предоставление более сложного круглосуточного надзора (человек не может самостоятельно справиться с вышеприведенным, и дополнительно нужно следить, чтобы он не травмировал себя, т. е. предотвращать опасные ситуации).
17. Оказание помощи подопечному в других важных действиях, уточнить (свободный текст). В случае, если попечитель выполняет дополнительно действия, которые не были указаны в вышеприведенном списке, то имеется возможность вписать эти действия под пунктом 17. У добавленного действия также следует указать затрачиваемое на него время, и отметить, требуется ли попечителю помощь в этом действии.

V Влияние на здоровье

В домене 10 вопросов (**НМ01-НМ10**), которыми спрашиваются оценки попечителя по обстоятельствам, связанным с его здоровьем. Цель вопросов – узнать, как нагрузка по уходу повлияла на физическое и психическое здоровье попечителя и есть ли у него возможность разделить нагрузку по уходу.

Оценщик должен отметить подходящий ответ из имеющихся вариантов ответа.

На вопрос НМ01 – какую оценку дает попечитель своему здоровью в целом, можно ответить следующими вариантами ответа: *Очень хорошо, Хорошо, Ни хорошо, ни плохо, Плохо и Очень плохо.*

На вопросы НМ02 – НМ09 – о физическом и психическом здоровье попечителя можно ответить следующими вариантами ответа: *Никогда, редко, иногда, часто, постоянно.*

На вопрос НМ10 – сколько у попечителя людей, с которыми он может при необходимости разделить нагрузку по уходу, можно ответить следующими вариантами ответа: *Ни одного, от 1 до 3, от 3 до 5, более 5.*

VI Влияние на повседневную жизнь попечителя

Цель домена – узнать, насколько высокой попечитель оценивает свою нагрузку по уходу и как это влияет на его повседневную жизнь, выполнение трудовых и/или школьных обязанностей, а также на личные отношения. Также собираются данные о том, какая информация или обучение поможет попечителю лучше справиться с нагрузкой по уходу.

Оценщик должен отметить подходящий ответ из имеющихся вариантов ответа.

На вопрос НК101 – насколько высоко человек оценивает свою нагрузку по уходу, можно ответить из следующих вариантов:

Не чувствую никакой нагрузки, Чувствую незначительную нагрузку, Чувствую умеренную нагрузку, Чувствую высокую нагрузку, Нагрузка невыносимо высокая.

На вопрос НК102 – чувствует ли попечитель и как часто, что подопечный готов принять помощь и уход только от него, можно выбрать подходящий ответ из следующих вариантов:

Никогда, редко, иногда, часто, постоянно.

Вопрос НК103 состоит из двух частей. Первая часть содержит четыре утверждения о влиянии ухода на повседневную жизнь и отношения попечителя. По каждому утверждению следует выбрать подходящий ответ из следующих вариантов:

Совсем не согласен, Скорее не согласен, Скорее согласен, Полностью согласен.

Во второй части имеется три вопроса о возможных отказах от повседневных действий, связанных с нагрузкой по уходу. На каждый вопрос следует выбрать подходящий ответ из следующих вариантов:

Совсем нет, Частично, Полностью, Не применимо.

Для ответа на вопрос НК104 – какие учебные курсы и какая информация были бы более важными, чтобы поддержать попечителя в оказании помощи и ухода – представлен список различных тем, которые могут потребоваться попечителю для повышения своих знаний. В соответствии с потребностями попечителя следует указать в качестве ответа «ДА» или «НЕТ».

1. В настоящее время я не чувствую необходимости в учебных курсах и информации в связи с оказанием помощи или уходом за другими людьми (→ исключает остальные варианты ответа)
2. Знания или методы самопомощи, как будучи попечителем самостоятельно справляться с перегрузкой, стрессом, спадом настроения, тревогой или негативными мыслями
3. Знания и методы, как поддерживать способность подопечного справляться со стрессом, тревогой, спадом настроения или негативными мыслями
4. Знания о правах помощника или попечителя и возможностях получения помощи
5. Знания о правах подопечного и возможностях получения помощи
6. Знания о выполнении юридических процедур подопечного (например, представление подопечного, связанные с имуществом процедуры и т. п.)
7. Знания о специфике диагноза(-ов) подопечного (в т. ч. прогрессирование заболевания, возможности реабилитации, вызовы будущего и т. п.)
8. Практические знания для выполнения действий по уходу
9. Прочие курсы или информация, какие? (уточните в виде свободного текста)

VII Финансовое благополучие попечителя

Цель вопросов домена – получить информацию, может ли у попечителя в связи с нагрузкой по уходу сопровождаться ухудшение материального положения. Необходимо собрать информацию о финансовых доходах попечителя, покрывает ли попечитель из своих личных средств расходы, связанные с уходом, или покрытие расходов, связанных с уходом, организовано вне доходов попечителя и каким образом.

Вопросы МА101 – МА102 связаны с оценкой доходов попечителя и расходов, сопутствующих уходу. В качестве ответов следует написать указанные попечителем денежные суммы в евро.

Вопрос МА103 – какая сумма остается у попечителя после сумм, затрачиваемых на уход – задавать не нужно, поскольку этот ответ рассчитывается формулами файла Excel из ответов на предыдущие два вопроса.

На вопрос МА104 – получает ли попечитель денежное вознаграждение за помощь или уход или другие материальные блага от самого подопечного или от кого-либо из членов его семьи или знакомых – для ответа представлены возможные варианты. Оценщик должен отметить в

качестве ответа «ДА» или «НЕТ» в соответствии с фактической ситуацией, указанной попечителем.

1. За помощь или уход я не получаю никакой платы от самого подопечного или членов его семьи (→ исключает остальные варианты ответа)
2. Я получаю денежное вознаграждение от самого подопечного
3. Я получаю денежное вознаграждение от члена семьи или знакомого подопечного лица
4. Я получаю другие материальные блага от самого подопечного
5. Я получаю другие материальные блага от члена семьи или знакомого подопечного лица
6. Мне обещана оговоренная часть наследства подопечного

На вопрос МА105 – которым просят попечителя оценить свое материальное положение – можно ответить выборочными вариантами: *полностью удовлетворительное, скорее удовлетворительное, скорее неудовлетворительное, полностью неудовлетворительное.*

Заключение

Второй лист оценочного инструмента **«Заключение»** создается автоматически на основании данных, введенных на предварительно заполненном листе **«Анкета»**. На этой странице социальный работник ничего не вводит – все, что необходимо изменить, исправить или ввести, следует сделать на листе **«Анкета»**. Все, что там будет изменено, отразится на листе **«Заключение»**.

На лист **«Заключение»** с листа **«Анкета»** переносятся данные о времени (дате) проведения оценки, оценщике (имя, фамилия), человеке с нагрузкой по уходу (фамилия и личный код), его месте жительства и количестве подопечных лиц.

В таблицах листа **«Заключение»** приведены уровни нагрузки по уходу (см. главу II Определение уровня нагрузки по уходу), а также баллы и оценки доменов нагрузки по уходу, являющиеся основанием определения уровня нагрузки по уходу, или сводной оценки, для конкретного человека. Они автоматически переходят на лист **«Заключение»** после заполнения листа **«Анкета»** и рассчитываются на основании формул, содержащихся в оценочном инструменте.

Уровень нагрузки по уходу и формирование баллов объяснены в главе II «Определение уровня нагрузки по уходу».

Лист отзывов об использовании оценочной анкеты

Анкета для оценки нагрузки по уходу является новым и первым подобным оценочным инструментом, который дает возможность определять уровни нагрузки по уходу. Чтобы получить отзывы о тестируемом оценочном инструменте, просим также заполнить лист **«Отзывы»**, содержащийся в оценочном инструменте. Цель **отзывов** – получить оценку оценщика, работает ли оценочный инструмент согласно назначению.

Просим оценщика указать по каждому домену, была ли оценка, предложенная оценочным инструментом на основании показателя нагрузки по уходу в каждом домене, подходящей по мнению оценщика, и соответствовала ли она нагрузке по уходу, лежащей на попечителя. В случае, если, по мнению оценщика, она не была соответствующей, то следует добавить субъективную оценку самого оценщика относительно нагрузки по уходу для конкретного домена, исходя из информации, полученной во время проведения оценки, и из предоставленных попечителем ответов.

Также под каждым доменом имеется графа, в которой вы можете уточнить свою оценку и прокомментировать баллы соответствующего домена в виде свободного текста.

II Определение уровня нагрузки по уходу

В результате проведения оценки нагрузка по уходу, возлагаемая на попечителя, определяется на уровне от 1 до 4.

1	НИЗКАЯ
2	УМЕРЕННАЯ
3	ВЫСОКАЯ
4	ОЧЕНЬ ВЫСОКАЯ

Сводная оценка нагрузки по уходу, то есть уровень нагрузки по уходу, рассчитывается из трех частей: время, затрачиваемое на нагрузку по уходу, и влияния на попечителя, сопутствующие нагрузке по уходу – влияние на здоровье и влияние на повседневную жизнь.

Оценочный инструмент дает баллы по трем вышеуказанным доменам для расчета уровня нагрузки по уходу. Баллы доменов дают в сумме сводную оценку нагрузке по уходу. На этой оценке основывается уровень нагрузки по уходу. Расчет производится на основании показателя влияний нагрузки по уходу и показателя времени нагрузки по уходу, которые дают в сумме сводную оценку.

Время нагрузки по уходу

Показатель времени, затрачиваемого на нагрузку по уходу, рассчитывается по реальному объему времени, затрачиваемому на оказание помощи в жизнедеятельности и проведение действий по уходу, в соответствии с принципом, приведенном в таблице, где предполагается, что максимальная нагрузка по уходу составляет 40 часов в неделю. Оценка нагрузки по уходу и времени, затрачиваемому на нее, дается по набранным баллам домена в соответствии с таблицей ниже. Например, если нагрузка попечителя превышает границу в 36 часов, то в этом домене оценка его нагрузке по уходу считается как очень высокая.

Показатель – число часов (ч) в неделю, затрачиваемых попечителем на действия по уходу	Нагрузка по уходу	Баллы
1-10 ч	Малая нагрузка по уходу	1
11-19 ч	Умеренная нагрузка по уходу	2
20-35 ч	Высокая нагрузка по уходу	3
> 36 ч	Очень высокая нагрузка по уходу	4

Влияние на здоровье

Домен влияния на здоровье содержит 10 вопросов. Из них ответы на 8 вопросов (НМ02, НМ03, НМ04, НМ05, НМ06, НМ07, НМ08, НМ09) дают оценочные баллы, которые учитываются при расчете доменного балла по следующему принципу.

Ответ	Баллы
Никогда	0
Редко	1
Иногда	2
Часто	3
Постоянно	4

Исходя из суммы баллов за ответы на 8 вопросов, используемой при расчете доменного балла, вычисляются баллы домена. На их основании в соответствии с таблицей ниже дается оценка влиянию нагрузки на здоровье попечителя в связи с нагрузкой по уходу. Всего максимальное возможное количество баллов в домене «Влияние на здоровье» составляет 32 балла. Например, если сумма баллов за ответы колеблется в диапазоне 25-32, то влияние нагрузки по уходу на здоровье попечителя очень высокое.

Показатель (максимально возможное количество баллов – 32)	Нагрузка	Баллы
0-25% (1-8)	Легкая	1
26-50% (9-16)	Умеренная	2
51-75% (17-24)	Большая	3
76-100% (25-32)	Очень большая	4

Влияние на повседневную жизнь

Домен содержит 9 вопросов (НКІ01, НКІ02, НКІ03_1, НКІ03_2, НКІ03_3, НКІ03_4, НКІ03_5, НКІ03_6, НКІ03_7) о влиянии деятельности по уходу на повседневную жизнь попечителя. Ответы на все 9 вопросов дают оценочные баллы при расчете показателя в соответствии с принципом, приведенным в таблице.

Оценочные баллы за ответы на вопрос НКІ01

Ответ	Баллы
Не чувствую никакой нагрузки	0
Чувствую незначительную нагрузку	1
Чувствую умеренную нагрузку	2
Чувствую высокую нагрузку	3
Нагрузка невыносимо высокая	4

Оценочные баллы за ответы на вопрос НКІ02

Ответ	Баллы
Никогда	0
Редко	1
Иногда	2
Часто	3
Постоянно	4

Оценочные баллы за ответы на вопросы НКІ03_1 и НКІ03_4

Ответ	Баллы
Совсем не согласен	0
Скорее не согласен	1
Скорее согласен	2
Полностью согласен	3

Оценочные баллы за ответы на вопросы НКІ03_2 и НКІ03_3

Ответ	Баллы
Совсем не согласен	3

Скорее не согласен	2
Скорее согласен	1
Полностью согласен	0

Оценочные баллы за ответы на вопросы НК103_5, НК103_6 и НК103_7

<i>Ответ</i>	<i>Баллы</i>
Совсем нет	0
Частично	2
Полностью	4
Неприменимо	0

Исходя из суммы баллов за ответы на 9 вопросов, используемой при расчете доменного балла, вычисляется показатель домена. На их основании в соответствии с таблицей ниже дается оценка влиянию нагрузки на повседневную жизнь попечителя в связи с нагрузкой по уходу. Всего максимальное возможное количество баллов в домене «Влияние на повседневную жизнь» составляет 32 балла. Например, если сумма баллов за ответы колеблется в диапазоне 25-32, то влияние нагрузки по уходу на повседневную жизнь попечителя очень высокое.

<i>Показатель (максимально возможное количество баллов – 32)</i>	<i>Нагрузка</i>	<i>Баллы</i>
0-25% (1-8)	Низкая	1
26-50% (9-16)	Умеренная	2
51-75% (17-24)	Высокая	3
76-100% (25-32)	Очень высокая	4

Сводная оценка нагрузки по уходу

Для расчета сводной оценки нагрузки по уходу, прежде всего, рассчитывается **показатель влияния нагрузки по уходу**. Для этого складываются баллы доменов двух влияний, в результате чего получается оценка влияния нагрузки по уходу, возлагаемая на попечителя.

$$\text{Показатель влияния нагрузки по уходу} = \text{Влияние на здоровье} + \text{Влияние на повседневную жизнь}$$

Суммы баллов, полученные на основании приведенной выше формулы при расчете **показателя влияния нагрузки по уходу**, являются основанием для составления сводной оценки влиянию, сопутствующему нагрузке по уходу. Показатель влияния нагрузки по уходу характеризует влияние деятельности по уходу на физическое и психическое здоровье попечителя.

Минимально возможное количество баллов – 2 и максимально возможное количество баллов – 8. Например, если показатель влияния нагрузки по уходу находится в диапазоне 5-6, то это означает, что исходя из влияний, сопутствующих нагрузке по уходу, на попечителя возлагается большая нагрузка.

<i>Показатель (максимально возможное количество баллов – 8)</i>	<i>Нагрузка</i>	<i>Баллы</i>
2	Малая нагрузка по уходу	1
3-4	Умеренная нагрузка по уходу	2
5-6	Высокая нагрузка по уходу	3

7-8	Очень высокая нагрузка по уходу	4
-----	---------------------------------	---

Сводная оценка нагрузки по уходу =

Показатель влияния нагрузки по уходу + Показатель времени нагрузки по уходу

Для расчета сводной оценки нагрузки по уходу складываются между собой показатель влияния нагрузки по уходу и показатель времени нагрузки по уходу. Минимально возможное количество баллов – 2 и максимально возможное количество баллов – 8. На основании сводной оценки нагрузки по уходу также выясняется уровень нагрузки по уходу, возлагаемой на попечителя. Например, если сводная оценка нагрузки по уходу находится в диапазоне 7-8, то это означает, что на попечителя возлагается нагрузка 4-го уровня, то есть очень высокая нагрузка.

Показатель (максимально возможное количество баллов – 8)	Нагрузка	Баллы
2	Малая нагрузка по уходу	1
3-4	Умеренная нагрузка по уходу	2
5-6	Высокая нагрузка по уходу	3
7-8	Очень высокая нагрузка по уходу	4

На рисунке 1 приведена схематическая методика оценки нагрузки по уходу.

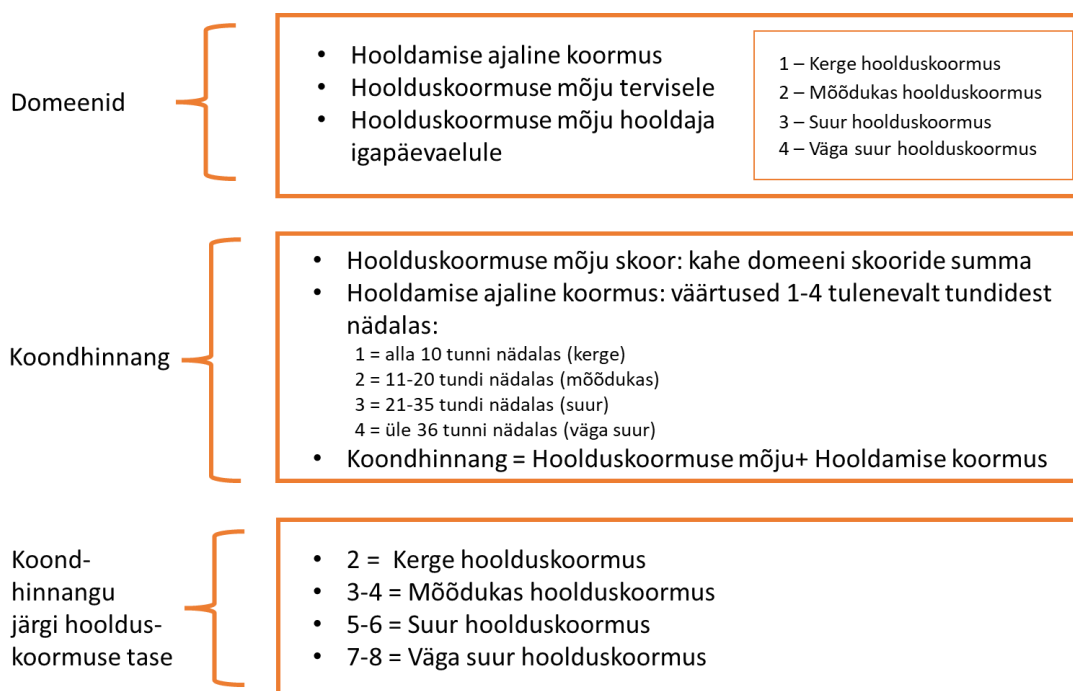


Рисунок 14. Оценка нагрузки по уходу

III Технические инструкции по использованию оценочного инструмента (файл Excel)

Введение

Оценочный инструмент находится в среде Microsoft Excel. Оценочный инструмент, работающий в Excel, является самым простым временным решением, позволяющим анализировать данные, чтобы оценить нагрузку по уходу, возлагаемую на человека. Excel позволяет анализировать данные проведенных оценок и сохранять полную картину об оценках и степени потребности в поддержке у людей с нагрузкой по уходу.

Использование оценочного инструмента требует элементарных знаний об использовании Excel. Анкета разделена на вопросы по доменам, и варианты ответов состоят из выборочных ответов (выбираемые из списка) и полей свободного текста. Ячейки с формулами, то есть ячейки, которые оценщику **нельзя изменять**, выделены **серым фоном**.

Оценочный инструмент используется сверху вниз, начиная с проведения оценки и персональных данных.

Открытие файла

При открытии файла спокойно подождите, пока файл будет готов к работе. Если загрузка занимает много времени, и страница становится белой, а на экране появляется синее вращающееся колесо, ничего не нажимайте и терпеливо ждите, пока откроется файл.

Файл состоит из 3 листов. На первом листе большинство ячеек содержат информацию, которую вводит социальный работник в процессе оценивания, а также автоматически заполняемые формулы. Лист анкеты создан таким образом, чтобы иметь возможность анализировать данные и получать статистику.

Второй лист **«Заключение»** создается автоматически на основании информации, введенной на предварительно заполненном листе «Анкета». На этом листе социальный работник ничего не изменяет и не вводит – все, что необходимо изменить, исправить или ввести, необходимо сделать на листе **«Анкета»**. Все, что изменяется на листе **«Анкета»**, автоматически переносится через формулы и показатели в виде информации на лист **«Заключение»**. По сути, речь идет о заключении по показателям и оценкам нагрузки по уходу, которые были рассчитаны в результате ответов на заданные вопросы.

Третий лист **«Отзывы»** предназначен для оценщика, чтобы он мог предоставить свои отзывы по оценочному инструменту. Здесь оценщик должен предоставить отзыв о результатах оценки нагрузки по уходу, возлагаемой на конкретного человека. В листе «Отзывы» просим указать по каждому домену, была ли предлагаемая оценочных инструментом оценка/показатель нагрузки по уходу, подходящей по мнению оценщика, и при необходимости добавить свою субъективную оценку/показатель нагрузки по уходу.

Заполнение анкеты

Заполнение листа анкеты всегда следует начинать с указания даты и времени заполнения анкеты. Скопируйте личный код человека и вставьте его командой *Kleebi (Вставка)* обязательно с форматом «123», поскольку таким образом поле будет распознаваться как поле с числовыми значениями. Это позволяет сразу же рассчитать дату рождения и возраст человека. Ячейки даты рождения и возраста выделены **серым фоном**, они заполняются формулой, и эти **ячейки нельзя изменять**. Информация здесь появляется автоматически, если в ячейку «личный код» введен личный код.

В ситуации, когда что-то идет не так и вы хотите восстановить файл:

- Нажмите правой кнопкой мыши на свой файл Excel, выберите *Atribuudid (Свойства)*, выберите *Vanemad versioonid (Предыдущие версии)*.
- Выберите *Ava (Открыть)* и далее *Viimane versioon (Последняя версия)*. Выбрав «Последняя версия», можно восстановить предыдущую используемую версию, в которой нет ошибок. Время, когда была сохранена последняя версия, зависит от правил информационных технологий конкретного учреждения.

Ответы в поле для свободного текста

Поля свободного текста – это **пустые поля с белым фоном** в разделе ответов. В эти поля социальный работник может написать ответы так, как говорит оцениваемый или выясняется из имеющейся ранее информации (например, имя и фамилия, место жительства, доходы и т. п.). В этом случае в графу следует ввести по возможности конкретную, краткую и основанную на фактах информацию, связанную конкретно с той сферой, которую в настоящее время заполняют.

Выборочные ответы

Выборочные ответы – это **поля с оранжевым фоном, и при нажатии на них в правом верхнем углу рамки появляется стрелка** (см. Рисунок 2. Ячейка выборочных ответов). При нажатии на стрелку откроется выпадающее меню. На этот вопрос можно выбрать только один ответ. В эти поля с помощью оценочной шкалы выведены варианты ответа, из которых социальный работник должен выбрать наиболее подходящий вариант, описывающий состояние оцениваемого.

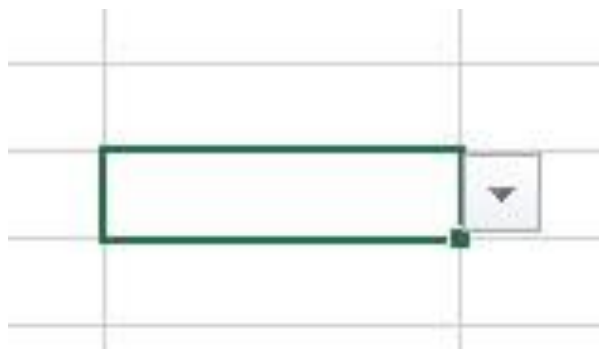


Рисунок 15. Ячейка выборочных ответов

Формулы

Ячейки с формулами, то есть ячейки, которые оценщику **нельзя изменять**, выделены **серым фоном**. Ниже приведены формулы, которые используются для ответов. В случае если формулы по какой-либо причине исчезли из Excel, их можно найти в этом руководстве и заменить.

Дата рождения:

```
=MID(C14;6;2)&"."&MID(C14;4;2)&"."&IF(MID(C14;1;1)="3";"19"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="4";"19"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="5";"20"&MID(C14;2;2);IF(MID(C14;1;1)="6";"20"&MID(C14;2;2);))))
```

Возраст:

```
=(C4-C15)/365
```

Количество совершеннолетних членов:

=C38-C39

Уход в неделю, итого (ч):

=SUM(C61:C80)

Мне сейчас не нужна дополнительная помощь (отметить X):

=COUNTIF(D61:D80;"X")

Я частично нуждаюсь в помощи (отметить X):

=COUNTIF(E61:E80;"X")

Это действие мог бы полностью оказывать кто-то другой (отметить X):

=COUNTIF(F61:F80;"X")

Сумма денег в евро, остающихся после расходов на уход:

=F124-F125

Заключение и сохранение

Если составление оценки для человека начато или уже завершено, то в листе **«Заключение»** можно увидеть числовое определение баллов и оценку нагрузки по уходу. Заключение можно сохранить, если открыть лист **«Заключение»**, затем нажать в английской версии *File* → *Save as* (см. Рисунок 3.) или в эстонской версии *Fail* → *Salvesta kui* (*Файл* -> *Сохранить как*).

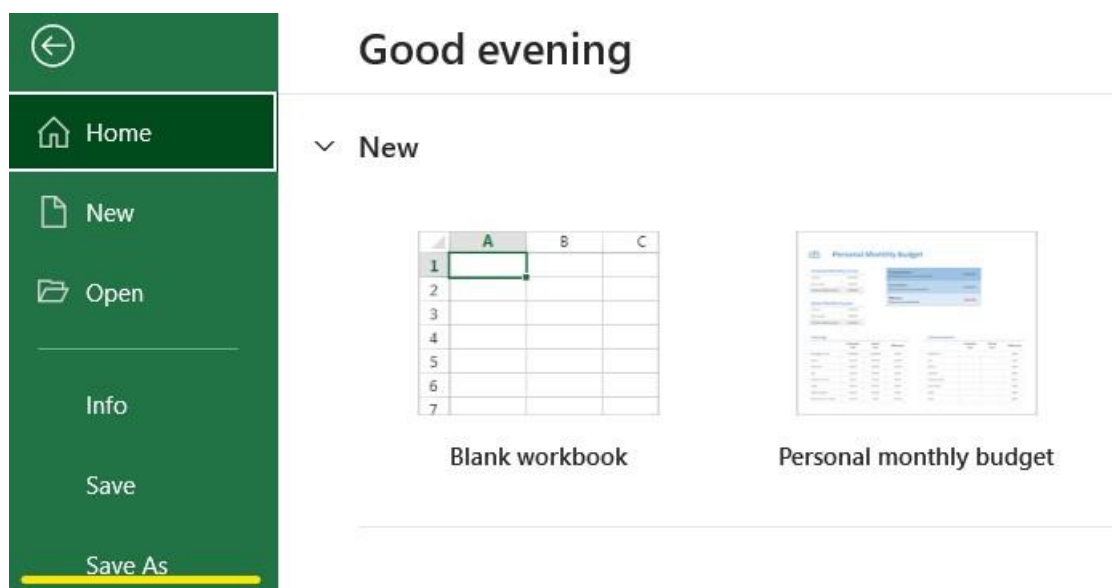


Рисунок 16. Функция *Save as* (Сохранить как)

Затем вы можете выбрать, в виде какого файла хотите сохранить лист. Выбирая в списке PDF, нажмите на него, а затем нажмите в английской версии *Save* (см. Рисунок 3.) или в эстонской версии *Salvesta* (*Сохранить*). В этом случае лист **«Заключение»** будет сохранен в формате PDF на ваш компьютер в папку, которую вы выберете сами.

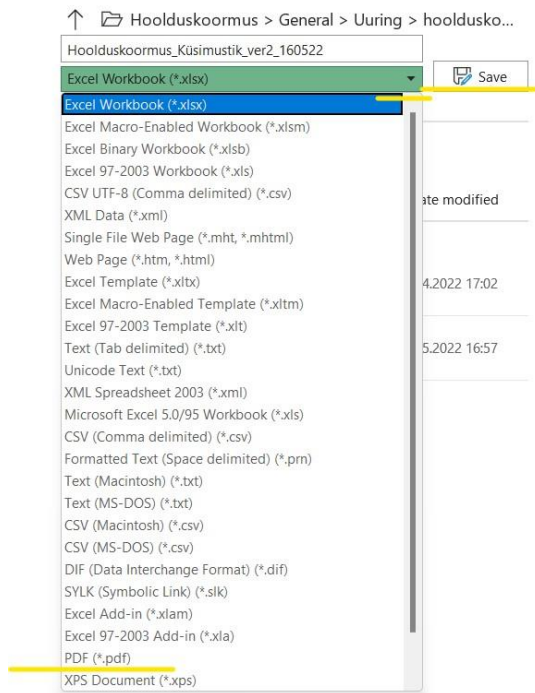


Рисунок 17. Выбор PDF и сохранение

Перед сохранением проверьте, что все необходимые поля заполнены информацией и на листе имеются показатели нагрузки по уходу, оценки и сводная оценка. Также заполнены все поля ответов в анкете.

Сохранившийся файл можно открыть, распечатать, зашифровать, подписать цифровой подписью, а также отправить на нужный вам адрес электронной почты. Если через некоторое время потребуется заново оценить нагрузку по уходу для того же попечителя, то распечатку данных того же человека можно повторить с учетом всего вышесказанного.

Перед выходом из оценочного инструмента сохраните свою работу, нажав кнопку *Salvesta (Сохранить)*. Сохранение может занять некоторое время. После этого вы можете закрыть оценочный инструмент.