

Integreeritud hooldus Taani kogemustest.

Marianne Schroll, geriaatriaprofessor, Taani

Tervishoiu- ja pikaajalise hoolduse süsteemid seisavad silmitsi probleemiga – kuidas tagada teenustele juurdepääsu kõigile, sõltumata inimese sissetulekust või rikkusest, hoides samal ajal hoolduse kõrget kvaliteeti – ja tagades hooldussüsteemide finantsilist jätkusuutlikkust.

Taanis elab 5 miljonit inimest. 15% neist on vähemalt 65-aastased. Taani on alates 1950-ndatest rajanud integreeritud hooldussüsteemi, kuid sel on oma vead ja puudused.

Sihtgrupp kõik eakad. Tervislik seisund on komplitseeritud tänu kaasnevatele haigustele, puuetele ja eakate haprusele ning seetõttu on vajalik sotsiaalhoolekande ja tervishoiu teenuste pakkujate ja sektorite vaheline efektiivselt koordineeritud hooldus.

Osalised on klient (patsient), tema sugulased; omavalitsusest: koduhooldaja/koduõde, hoolduse juht ja perearst, Maakonnast/piirkonnast: geriaatria meeskond.

Teenused Taani on võrreldes kõigi teiste ELi riikidega pööranud rohkem tähelepanu ja eelistanud kogukonnas pakutavat hooldust mitte institutsionaalset hooldust, et eakad saaksid võimalikult kaua oma kodus elada. Kogukonna hooldusteenused on arenenud paralleelselt institutsionaalse hooldusega, mitte selle järel. Taani on Euroopas ka väljapaistval kohal teenuste taseme hindamise osas. See ei ole mitte ainult indiviidile orienteeritud, aga ei pane ka suurt koormat pere õlule (abi saab vastavalt vajadusele sõltumata sellest, kas abi vajajal on abikaasa või lapsed). Individuaalsed vajadused hinnatakse spetsiaalse Taani süsteemi abil (“Ühine keel”) millel on võrreldes RAiga mitmeid puudujääke. Hindamise viib läbi peamiselt õde, kuhu lisatakse koduhooldaja hinnang, perearsti arvamust võib küsida, tegevusterapeutid võivad teha kodukülastusi ja füsioterapeutid soovitada kehalisi harjutusi. Taani viis täiesti uut regiooni (2007) ja suuremat omavalitsust vajavad aega et arendada struktuur mis kindlustaks igale patsiendile sujuva ravi ja rehabilitatsiooni kõigis sektorites. Suur puudus on ühtsest infosüsteemist, sest praegu kasutavad haiglad, perearstid ja koduõed kolme erinevat süsteemi.

Omavalitsuse tasand: 20% kõigist 65+ vanuses inimestest kasutavad koduhooldaja/koduõenduse teenuseid. Pakutakse elamispiindu, mis on spetsiaalselt kohandatud puuetega inimestele, kelle abi vajadus kasvab. Vaid 4% vajab intensiivhooldust “hooldekodu tüüpi” asutuses.

Regionaalne/maakonna tasand: Aktiivravi haiglad geriaatria kliinikuga, mis katavad 100.000 elanikkonnaga piirkonna. 100 elaniku kohta (igas eas) on 0.02 geriaatria voodikohta. See tähendab tavaliselt 20% kõigist sisehaiguste profiiliga osakondade voodikohtadest. Keskmine periood diagnostikaks, raviks ja rehabilitatsiooni plaaniks on 20 päeva.

Kõik kulud katab maksumaksja

Nagu teised Põhjamaad on ka Taani valinud formaalse hoolduse tee (vastupidiselt Vahemeremaadele). Meil ei ole praktiliselt üldse vabatahtlike abilisi (nagu on Saksamaal). Avalik sektor on peamine eakate pikaajalise- ja koduhoolduse rahastaja, kuid praegune valitsus soosib ka konkurentsivõimelisi eraalgatusi.

Praegu rahastatakse haiglaid ja perearste regionaal maksudest ja koduhooldajaid/-õdesid ja kohandatud eluasemeid omavalitsuste maksurahadest.

Kokku on “nelja-osaline süsteem”:

Perearstid /koduõed/hooldekodud/haiglad, mis kuuluvad kas esmase või teisese hoolduse süsteemi ja rahastatakse kas regionaal maksudest või omavalitsuse maksudest.

Nende nelja tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate grupi vahel tekivad ootejärjekorrad, infovahetus on ebapiisav ja mitteõigeaegne jne, mis kahjustavad kliendi/patsiendi huve.