



EESTI GERONTOLOOGIA JA
GERIAATRIA ASSOTSIAASIOON

EAKATE TERVISHOID JA HOOLEKANNE

EESTIS

Kai Saks
Raivo Allev
Annely Soots
Kadri Kõiv
Helgi Kolk
Inge Paju
Kadri Jaanson
Galina Schneider

Tartu 2001

Tartumaa Trükikoda

EESSÕNA

Vananemine on protsess, mis ei sõltu inimese tahtest. Me võime küll tahta, et kõik inimesed vananevad rõõmsalt (loodetavasti saab selliseid järjest rohkem olema), kuid ometi sagenevad vanusega ka haigused ja toimetulekuraskused.

Eestis on oodata kiiret rahvastikuvanandemist. See on suur väljakutse ühiskonnale. Tervishoiu- ja hooldusteenustest tarbivad suure osa eakad inimesed (kaks kuni kolm korda rohkem võrreldes noorematega) Seega on oodata ka tervishoiu- ja hoolekandeteenuste vajaduse tunduivat kasvu. Kõige kulukamateks nendest on (aktiiv)haiglaravi ja hooldekoduteenus. Geriaatrilise abi juurutamine on osutunud kõige efektiivsemaks kulutuste kasvu piduriks, säilitades või parandades samas eakate elukvaliteeti (Stuck et al. 1993).

Kas Eesti tervishoiu- ja hoolekandesüsteem on elanikonna vanandemiseks valmis? Käesolevas raamatus otsimegi sellele küsimusele vastust.

Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon koostöös Tartu Ülikooli Matemaatilise statistika instituudiga viis 2000. aastal läbi esindusliku uuringu eakate toimetuleku ja terviseprobleemide kohta (küsitleti eakaid, perearste, pereõdesid ja valdade/linnade sotsiaaltöötajaid). Saadud andmete põhjal analüüsiti eakate probleeme ja koostati ettepanekud nende probleemide lahendamiseks lähtudes Eesti vanuripoliitika alustest (heaks kiidetud EV valitsuse poolt 1999.a. septembris). Nii uuringu kui ekspertide tööd rahastas Avatud Eesti Fond.

Oma töös ei keskendunud me pensioniküsimustele (mis on kindlasti väga oluline eakate elukvaliteedi seisukohalt), sest sellega tegelevad mitmed spetsialistide töörühmad. Andmed eakate elamistingimuste, töötamise, kultuurielu ja hobide kohta on esitatud kogumikus "Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000". Toetame igati põhimõtet, et eakatele tuleb kindlustada eneseväärikust säilitav elustandard ja teiste eärühmadega võrdne positsioon ühiskonnas ning oleme arvamisel, et selles osas on vaja veel palju parandada. Antud töös me siiski nendele küsimustele ei keskendunud. Meie töös oli põhitähelepanu suunatud eakate toimetulekuvõime säilitamisele ja parandamisele ning eakat hooldava pere toetamisele.

Esmalt esitame kokkuvõtte põhisuundadest, mille rakendamine aitab viia eakate tervishoiu ja hoolekande kaasaegsele tasemele ning pidurdada prognoositavat kulutuste kasvu. Sellele järgneb kokkuvõtte eakate ja eakatega tegelevate professionaalide põhilistest probleemidest. Järgnevalt pakume nende probleemide lahendamise võimalusi. Lisades esitame detailsed materjalid (hindamise vahendid, asutuste ja teenuste kirjeldused, geriaatrilise pädevuse nõuded), mida on võimalik rakendada geriaatrilises praktikas.

Raamatu valmimisele on kaasa aidanud Avatud Eesti Fond, Siiri Maimets, Ene Tiit, Ene Käärrik, Taimi Tulva, Riina Kiik, Ivi Normet, Mart Einasto, Kalev Karu, Valdeko Paavel, Margus Lember.

Autorite siiras tänu kõigile

Tegevussuunad geriaatrilise abi parandamiseks Eestis.

- **Geriaatriliste teenuste vajaduse ja maksumuse analüüs, geriaatrilise abi arengukava koostamine.**

Selgitatakse geriaatriliste (või valdavalt eakatele mõeldud) teenuste ja asutuste vajadus Eesti erinevates piirkondades.

Määratakse geriaatrilise abi prognoositav mõju eakate tervishoiu- ja hoolekandekulutuste dünaamikale lähemate aastakümnete (vähemalt 30 aasta) jooksul.

Haiglavõrgu restruktureerimise kavas arvestatakse geriaatriliste teenuste osutamisega (geriaatriaosakonnad, psühhogeriaatriaosakonnad, pikaraviosakonnad/haiglad, õendushooldusosakonnad).

Omavalitsustes analüüsitakse eakate hooldusteenuste vajadust ja kindlustatust; koostatakse arengukava teenuste kättesaadavuse tagamiseks.

- **Eakatele suunatud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste standardiseerimine.**

Tervishoiu- ja hoolekandeteenused kirjeldatakse ühtse formaadi alusel.

Kehtestatakse miinimumandmebaasi nõue eakate seisundi hindamiseks ja jälgimiseks nii ava- kui institutsionaalsetes ravi- ja hooldusasutustes.

Tervishoiuasutustes tagatakse klientidele sotsiaaltöötaja teenus.

- **Geriaatrilise abi pädevuse tagamine**

Ühtlustatakse geriaatria ja gerontoloogia aluste õpetamine õppeasutustes, mis koolitavad professionaale tööks eakatega tervishoiu- ja hooldusasutustes.

Valmistatakse ette spetsialistid (arstid, õed, sotsiaaltöötajad) geriaatrilise spetsialiseeritud abi osutamiseks.

Kinnitatakse pädevusnõuded geriaatrilise abi osutamiseks.

SISUKORD

	Lk.
Eessõna	2
Tegevussuunad geriaatrilise abi parandamiseks Eestis.	3
1. Ülevaade eakate probleemidest	7
1.1. Eakate toimetulek igapäevaeluga	7
1.2. Eakate terviseprobleemid	10
1.3. Eakate tervishoid ja hoolekanne	13
1.3.1. Eakate tervishoid	13
1.3.2. Eakate hoolekanne	16
2. Ülevaade eakate seisundi hindamisest perearstide, pereõdede ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate poolt.	18
3. Ülevaade Eesti perearstide, pereõdede ja valdade/linnade sotsiaaltöötajate geriaatrilisest/gerontoloogilisest ettevalmistusest.	20
3.1. Perearstide/jaoskonnaarstide geriaatriline ettevalmistus.	20
3.2. Pereõdede geriaatriline ettevalmistus.	21
3.3. Sotsiaaltöötajate üld- ja geriaatriline/gerontoloogiline ettevalmistus	22
4. Ülevaade hooldajate probleemidest.	23
5. Kokkuvõte eakate tervise- ja toimetulekuprobleemidest	24
6. Geriaatriline abi.	25
6.1. Mõiste ja vormid (ülevaade teiste riikide praktikast).	25
6.2. Geriaatrilise abi efektiivsus (ülevaade teiste riikide kogemusest).	26
6.3. Geriaatrilise abi koht eakate tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis	27
7. Geriaatrilise abi rakendamine Eestis.	28
7.1. Geriaatriline seisundi hindamine	28
7.2. Geriaatrilise abi protsess	29
7.3. Meeskonnatöö geriaatrias	29
7.4. Juhtumi korraldaja	31
7.5. Geriaatrilise meeskonnatöö finantseerimine	31
8. Geriaatrilise seisundi hindamise vahendid (dokumendid)	32
8.1. Geriaatrilise hindamise miinimumnõuded	32
8.2. Miinimumandmestik eakate ravi- ja hooldusasutustele	33
9. Eakatele vajalikud tervishoiu- ja hoolekandenasutused ning teenused.	34
9.1. Eakatele suunatud tervishoiu-, hoolekande- ja psühholoogilise abi teenuste kirjeldamise vajadus	34
9.2. Teenuse kirjelduse formaat	35
9.3. Geriaatrilist abi osutavate asutuste loetelu	36
9.4. Vanurite toimetulekuks vajalike tervishoiu-, hoolekande ja psühholoogilise abi teenuste loetelu	36
10. Eakatega töötavate professionaalide geriaatriline/gerontoloogiline ettevalmistus.	37
10.1. Ülevaade geriaatrilisest/gerontoloogilisest koolitusest Eestis	37
10.2. Rahvusvaheline kogemus geriaatria/gerontoloogia õpetamisel	39
10.3. Geriaatrilise/gerontoloogilise ettevalmistuse parandamine	40
10.3.1. Geriaatrilise/gerontoloogilise koolituse põhimõtted	40
10.3.2. Geriaatrilise/gerontoloogilise koolituse tasemed	41
10.3.3. Geriaatrilise/gerontoloogilise õppekava sisu	42
10.3.4. Õendus- ja hooldusala spetsialistide ettevalmistus	42
11. Eakat hooldava pere toetamine.	43
12. Eakate olukorra dünaamiline hindamine, muutuste prognoosimine.	45

Kokkuvõtte eakatele suunatud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste arendamise vajadusest.	46
Viidatud kirjandus	47
Lisad	50
L.1.Geriaatrilise seisundi hindamise vahendid (dokumendid)	
Minimental test	51
Kognitiivse funktsiooni hindamise lühitestid	53
Geriaatrilise depressiooni skaala lühivorm (GDS-15)	54
Vaimsed, emotsionaalsed ja kognitiivsed probleemid- haigused,kahjustused ja sümptoomid	55
Alkoholismi skriinimise test (CAGE)	56
Michigani alkoholismitest	57
Kuulmise, nägemise ja kõnelemise hindamine (eelkõige õdedele)	58
Sotsiaalse seisundi hindamine (eelkõige arstidele ja õdedele)	59
Sotsiaalse seisundi hindamine (eelkõige sotsiaaltöötajatele)	62
Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu	68
Mitmemõõtmeline hooldaja koormuse uuring	69
Igapäevaelu toimingud (kohandatud Katzi skaala)	71
Igapäevaelu instrumentaalsed toimingud (kohandatud Lawtoni skaala)	71
Tinetti tasakaalu ja kõnnaku hindamise skaala	72
Kehalised testid	74
Koduõenduslugu (näidis)	77
L.2.Geriaatrilist abi osutavate asutuste (abi vormide) kirjeldused	
Tervishoiuasutused	
Haigla geriaatriaosakond	86
Pikaraviosakond/haigla	87
Psühhogeriaatria osakond	88
Õendushoolduskeskus	89
Hoolekandeaasutused	
Üldhooldekodu	90
Dementsete hooldekodu.Üldhooldekodu dementsete osakond	91
Erihooldekodu/osakond (muude) psüühikhäiretega eakatele	92
Päevahoolduskeskus	93
Päevahoolduskeskus dementsetele vanuritele	94
Päevakeskus	95
L.3.Vanurite toimetulekuks vajalike tervishoiu-, hoolekande- ja psühholoogilise abi teenuste loetelu	
Geriaatriline seisundi hindamine	96
Õendushooldusteenus	97
Füsioteraapia (liikumisravi)	100
Tervishoiuasutuse sotsiaaltöötaja vastuvõtt	101
Tervishoiuasutuse sotsiaaltöötaja koduvisiit	102
Koduhooldus	103
Tegevusjuht (päevategevus)	104
Päevahooldus dementsetele vanuritele	105

Toetatud elamine (eluasemeteenus, sotsiaaleluruum)	106
Psühholoogi vastuvõtt	107
Hingehoid	108

L.4.Geriaatriline/gerontoloogiline koolitus

Geriaatri kutsestandard	109
Geriaatria residentuuri programm	110
Perearstiteaduse ja sisearsti eriala residentuuri õppekava geriaatrias	112
Gerontoloogia- ja geriaatriaalse õendushoolduse täiendõpe.	115

1. Ülevaade eakate probleemidest

Kõik järgnevalt esitatud andmed pärinevad Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000 tulemustest (esitatud tabelitena, Tartu, 2000).

Uuritud kontingent:

Valimi moodustasid 1000 üle 65-aastast inimest proportsionaalselt soole ja elukohale Eestis. Valim ei koostatud esindavana soo-vanuse mõttes, kuna vanemad vanuserühmad (kellel on eeldatavasti rohkem probleeme) esinevad rahvastikus märksa väiksema sagedusega. Valimis olid võrdse arvukusega esindatud kümme soo-vanuserühma, vastavalt 65-69-aastased, 70-74-aastased, 75-79-aastased, 80-84-aastased ja 85-aastased ning vanemad mehed ja naised.

Andmed laekusid 811 üle 65-aastast inimese kohta (81,1% valimist), mis moodustab ligikaudu 0,5% sellevanusest populatsioonist Eestis.

Valimi laiendamine.

Laiendustegurid leiti soo, vanuse ja elukoha (Tallinn, linn, maa) järgi, et täpsemalt iseloomustada kogu Eesti eakate olukorda.

Järgnevalt esitatud andmed on kaalutud tulemused, s.t. esindavad kogu Eesti eakat rahvastikku.

Pere(jaoskonna)arstide (edaspidi **perearstide**) valimi moodustasid 200 arsti (ligikaudu 40% kõigist perearstidest), kes valiti juhuslike arvude generaatori abil perearstide nimekirjast kõigist Eesti maakondadest proportsionaalselt selles maakonnas elavate eakate inimeste arvuga. Vastused laekusid 163-lt perearstilt (81,5%).

Pereõdede valimi moodustasid valimisse sattunud perearstidega koos töötavad õed (kokku 200, neist vastused laekusid 152-lt, s.o. 76%).

Eakate hoolekande kirjeldamisel esitame valdade ja linnade (Tallinnas linnaosade) **sotsiaaltöötajate** küsitluse andmed. Kokku küsitleti 255 sotsiaaltöötajat, andmed laekusid neist 220-lt (86%).

Toome ära vastuste jaotuse esitatud küsimustele.

1.1. Eakate toimetulek igapäevaeluga

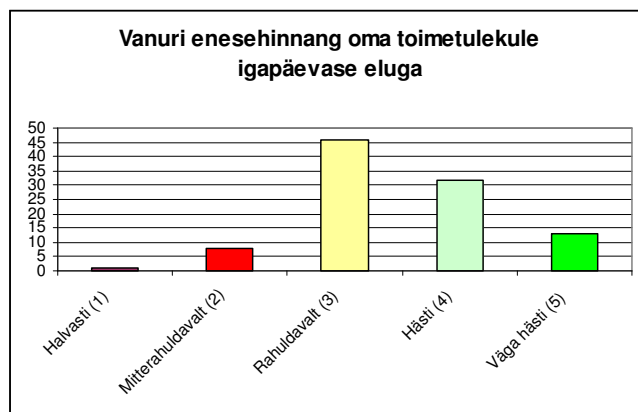
KAS VAJATE TEISTE ABI IGAPÄEVAELUGA TOIMETULEKUL?

	Kõik eakad	65-84	85+
	%	%	%
Ei vaja	43	46	12
Vajan abi väga harva	28	29	13
Mitu korda kuus	10	9	18
Mitu korda nädalas	6 (N~13 500)	6	15
Iga päev	10 (N~20 300)	8	32
Olen sõltuv teiste abist	3 (N~ 6 100)	2	10

Juhul, kui eakas vajab abi mitu korda nädalas või sagedamini, muutub see pereliikmetele või teistele mitteformaalsetele abistajatele koormavaks (eriti, kui abistaja ei ela abivajajaga koos). Suure abivajadusega on 19% eakatest, see on ligikaudu 40 000 vanemat inimest.

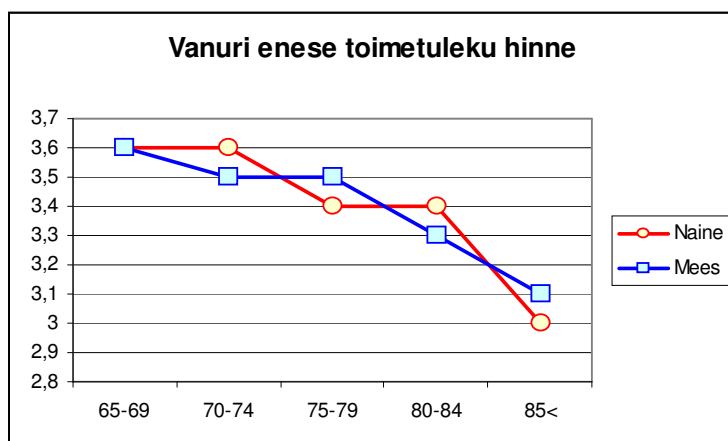
KUIDAS HINDATE TOIMETULEKUT OMA IGAPÄEVAELUGA 5-PALLILISEL SKAALAL?

“1” - 1% “2” - 8% “3” - 46% “4” - 32% “5” - 13%, keskmine: 3,4 ± 0,9.



Joonis 1. Vanuri enesehinnang oma toimetulekule.

Abivajadus suureneb ootuspäraselt vanusega, eriti järsult pärast 85-ndat eluaastat. Abivajadus on meeste ja naiste hulgas ligikaudu ühesugune, samuti nii Tallinna, muude linnade kui ka maavanuritel.



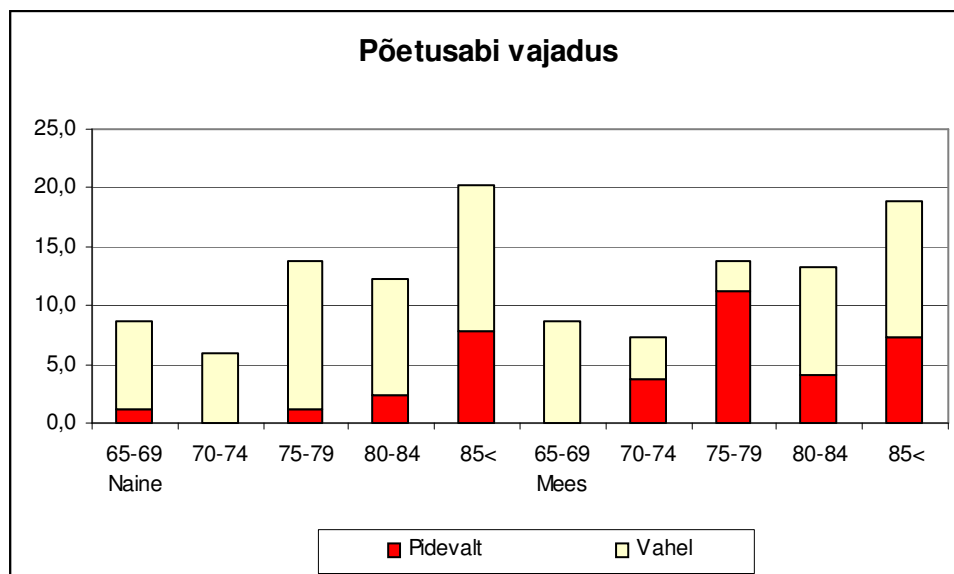
Joonis 2. Vanuri toimetuleku sõltuvus soost ja vanusest

KELLE POOLE PÖÖRDUTE ABI SAAMISEKS? (lubatud mitu vastust)

Kelle poole pöördute	%
Lapsed	31
Perearst	25
Abikaasa	16
Naaber	12
Lapselaps(ed)	10
Pereõde	9
Teiste sugulaste	6
Tuttavate	6
Sotsiaaltöötaja	5
Sõbra	5
Ei pöördu ise, kuid mind abistatakse	3
Ei ole kellegi poole pöörduda, mind ei abistata	0,3 (N~709)

Põhiliselt pöördatakse abi saamiseks pereliikmete, sugulaste ja tuttavate poole. Üllatavalt sageli pöörduvad eakad abi saamiseks ka meditsiitöötajate poole (34%). Sotsiaaltöötajate poole pöördatakse harva (5%).

KAS VAJATE KODUS PÕETUSABI?	Kõik eakad %	65-84 %	85+ %
Jah, pidevalt	5 (N~ 5 000)	4	10
Vahete-vahel	16 (N~16 600)	16	16
Ei	79	80	74



Joonis 3. Koduse põetusabi vajadus sõltuvalt eaka soost ja vanusest

Põetusabi ajutine vajadus ei ole otseses sõltuvuses vanusest, kuid vanusega suureneb oluliselt nende arv, kes vajavad pidevat põetust. Eakate meeste hulgas on pideva põetuse vajajaid rohkem kui naiste hulgas.

KES TEILE PÕETUSABI OSUTAB? (vastasid ainult need, kes vajasid põetusabi, võis anda mitu vastust)

	%
Pereliige	14
Teen seda ise	9
Perearst	6
Pereõde	5
Naaber	1
Põetustöötaja	1
Tuttav	0,5
Palgatud põetaja	0,2

Põetusabi osutavad eakatele nii maal kui linnades kahel kolmandikul juhtudest mitteformaalsed põetajad, ülejäänud perearst või pereõde, põetustöötajate osalemine on minimaalne.

EAKATELE OSUTATAVAD TEENUSED PEAKSID OLEMA:

	%
Tasuta	41
Mõõduka (osalise) tasuga	39
Tasulised	1
Ei oska öelda	19

KUI TASU SIISKI VÕETAKSE, SIIS MILLINE SEE PEAKS OLEMA?

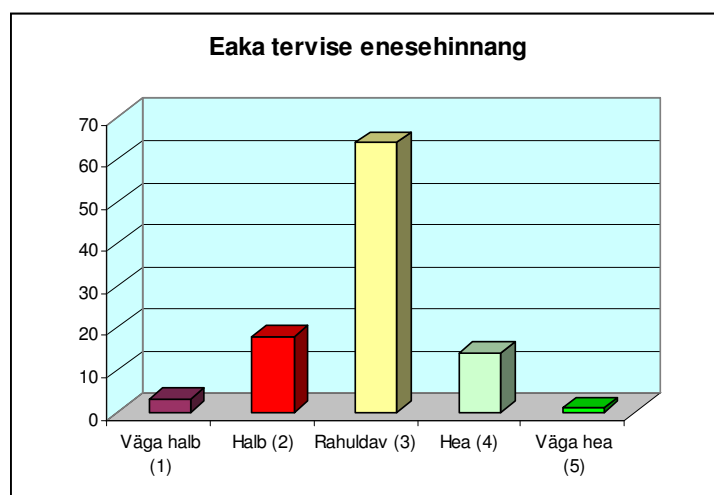
	%
Kõigile võrdne	18
Sõltuma eaka enda tuludest	40
Sõltuma laste/lastelaste tuludest	2,5
Mingi muu tasumise kord	1,5
Ei oska öelda	38

Enamus eakad soovivad, et hoolekandeteenused oleksid neile kas tasuta või mõõduka tasu eest, kujuures tasu suurus sõltuks nende endi, mitte nende laste sissetulekutest.

1.2. Eakate terviseprobleemid

HINNAKE OMA TERVIST 5 PALLI SKAALAS

“1” – 3% “2” – 18% “3” – 64% “4” – 14% “5” – 1%, keskmine $2,9 \pm 0,7$.



Joonis 4. Eaka tervise enesehinnang

Nii Tallinnas, muus linnas kui maal elavate eakate hinnang tervisele on ühesugune. Tervis oli viimase aasta jooksul püsinud samal tasemel umbes pooltel (52%), halvenenud veidi vähematel (43%) ning paranenud 5%-l.

Tervis oli peamiseks probleemiks 377-le eakale, majandusraskused 227-le, ülejäänud mured olid oluliselt harvem esiplaanil.

Tervisehäireid ei kurtnud ligikaudu 10% eakaid. Ülejäänutel on peamiseks kaebuseks valu (kõige sagedasem on liigesevalu, järgnevad valu südame piirkonnas ja peavalu).

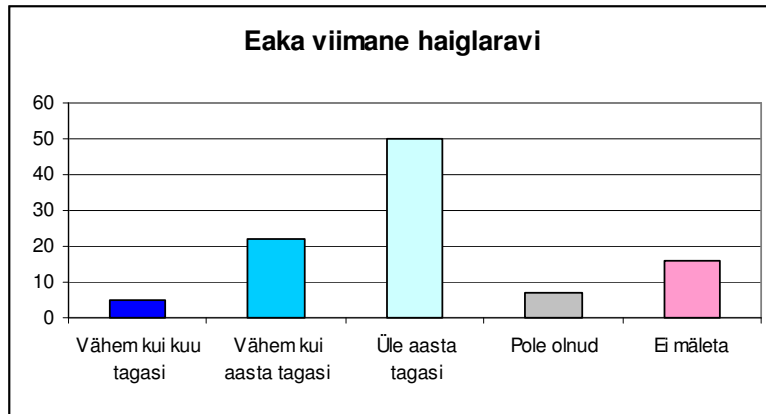
Haigestumise struktuur on sarnane paljude teiste riikide eakatega, kuid enamus tervisehäiretest esineb sagedamini.

Kas patsiendil on kunagi diagnoositud? (Perearstide vastused)

Haigus	%
Kõrge vererõhk	63
Liigesehaigus	61
Südame isheemiatõbi	57
Ajuvereringe häired	42
Südamepuudulikkus	41
Südame rütmihäired	38
Vere kõrge kolesteroolisisaldus	25
Krooniline neeru-või kuseteede haigus	21
Luuhõrenemine	16
Suhkurtõbi	15
Krooniline kopsuhaigus	14
Muu närvisüsteemi häire	12
Madal vererõhk	11
Mao või 12-sõrmiksoole haavand	11
Südameinfarkt	10
Muu krooniline sooltehaigus	9
Kilpnäärme haigus	9
Pahaloomuline kasvaja	8
Psüühikahäire või -haigus	6
Kopsuemfüseem	6
Kopsuastma	6
Halvatus	5
Mingi muu krooniline haigus	26

MILLAL OLITE VIIMATI HAIGLARAVIL?

	%
Vähem kui kuu tagasi	5
Vähem kui aasta tagasi	22
Üle aasta tagasi	50
Pole olnud	7
Ei mäleta	16

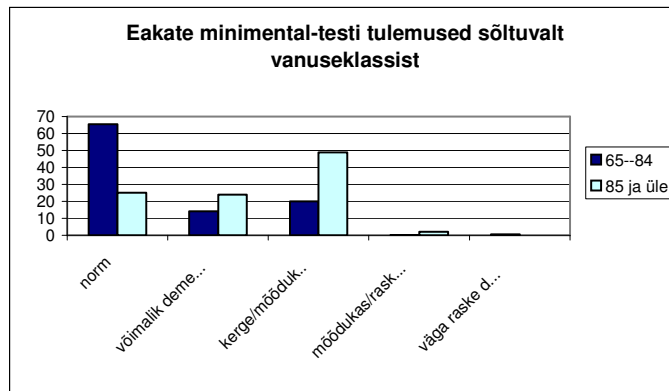


Joonis 5. Eaka viimase haiglaravi aja jaotus (protsentides)

Tulemustest selgus, et igal aastal viibib haiglaravil vähemalt 27% eakatest (s.o. ligikaudu 56000 vanemat inimest)

Dementsust hindasid perearstid minimental testi alusel
MINIMENTAL TEST (n=750)

Punkte	Kõik eakad, sh	65-84a.	85+ a.
	%	%	%
27-30 (norm)	62	65,5	25
25-26 (võimalik dementsus)	15	14	24
10-24 (kerge/mõõdukas dementsus)	22,5	20	49
6-9 (mõõdukas/raske dementsus)	0,3 (N~700)	0,1	2
0-5 (väga raske dementsus)	0,2 (N~600)	0,4	0

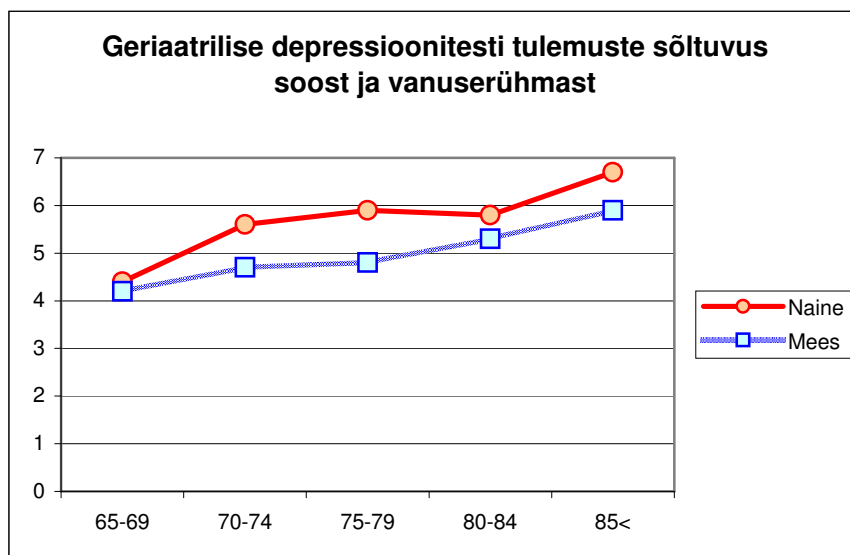


Joonis6. Minimental testi tulemuste jaotus vanuseklassides (nooremad ja väga vanad eakad)

Dementsuse esinemine on Eesti eakate hulgas äärmiselt sage (maapiirkondades pisut rohkem kui linnades, naistel ja meestel võrdselt): väga vanadest on pooled dementsed. Õnneks on raskelt dementsed suhteliselt vähe, kuid Eestis kokku siiski ligikaudu 1300 vanurit. Dementsete hooldamine on tõsiseks raskuseks pereliikmetele.

Depressiooni hinnati geriaatrilise depressiooniskaala lühivariandi alusel.
GERIAATRILINE DEPRESSIOONISKAALA lühivariant (n=757)

Punkte	Kõik eakad %	65-84a. %	85+a. %
0–5 (norm)	60	61	47
>5 (võimalik depressioon)	40	39	53



Joonis 7. Geriaatrilise depressioonitesti tulemuste sõltuvus soost ja vanusest

Depressioon on sagedaseks probleemiks eakatel, naiste hulgas sagedam kui meestel, maa- ja linnavanuritel ühesuguse sagedusega. Väga vanadest kannatavad depressiooni all rohkem kui pooled.

Eakad tarvitavad keskmiselt 2,1 erinevat ravimit päevas, kõige rohkem Tallinnas, siis muudes linnades ja kõige vähem maal elavad eakad

1.3. Eakate tervishoid ja hoolekanne.

1.3.1. Eakate tervishoid

Eakatele spetsialiseeritud ravivõimalused (geriaatri vastuvõtt, geriaatriaosakond jmt.) Eestis puuduvad. Eakate tervishoiuprobleemide käsitlemisel kirjeldame pere(jaoskonna) arstide ja pere(jaoskonna)õdede küsitluse tulemusi.

Perearsti nimistus on keskmiselt 351 üle 65-aastast isikut (ligikaudu 18% nimistust). Eakate ambulatoorsed visiidid moodustavad 39% kõigist visiitidest, koduviisiidid 43% kõigist koduviisiitidest (seega umbes 2,5 korda rohkem võrreldes eakate osakaaluga nimistus). Umbes 14% nimekirja kantud eakatest külastab perearsti harvem kui kord aastas või üldse mitte, rohkem kui kümme korda aastas vajab perearsti abi 15% eakatest.

MILLISED ON TEIE HINNANGUL KÕIGE OLULISEMAD PROBLEEMID EAKATE INIMESTE TERVISE JA HEAOLU SEISUKOHALT? (perearstid)

	Paljudele oluline (%)
Madal sissetulek, majandusprobleemid	90
Kroonilised kehalised haigused	89
Isolatsioon, üksildus	49
Toimetulekuraskused igapäevaeluga, olmeprobleemid	33
Depressioon	24
Keskusest ja arstiabist kaugel elamine	9
Kognitiivsed (mälu ja mõtlemise) häired	8
Halvad elamistingimused	8
Psüühikahäired (v.a. dementsus ja depressioon)	4
Alkoholism	4

Perearstide hinnangul on võrdselt sagedased probleemid eakatele tervis ja majanduslikud raskused, pooled arstid nimetasid sagedaseks ka isolatsiooni ja üksildust.

Perearsti poole pöördumise sagedasemate põhjuste hulgas nimetasid tervisehädade kõrval peaaegu pooled perearstid (45%) eakate üksildust ja sotsiaalseid probleeme

KAS TEIL ON LISAPROBLEEME EAKA PATSIENDI RAVIMISEL VÕRRELDES NOOREMATEGA? (perearstid)

	Tihti (%)
Suurem ajakulu	76
Raske korraldada kodust põetust	61
Sotsiaalse toetuse puudumine	59
Raskused haiglasse suunamisel	38
Palju haigusi, raske diagnoosida	37
Patsiendi madal motivatsioon	25
Raskused konsultatsioonile saatmisel	24
Rohkem ravimite kõrvaltoimeid	13
Suhtlemisraskused	4

Kaks kolmandikku arstidest on raskustes vanuri põetuse korraldamisega. Iga kolmas arst tunnistas raskusi eaka patsiendi haiglasse suunamisel ning iga neljas konsultatsioonile suunamisel.

Eakate taastusravi teenustest on kõige suurem puudujääk koduse taastusravi osas (vaid 16% perearstide arvates on see teenus kättesaadav), teised taastusravi teenused (üldhaiglas, taastusravi osakonnas, pikaaravihaiglas, sanatooriumis, ambulatoorselt) on umbes poolte perearstide arvates eakatele kättesaadavad.

KUIDAS HINDATE GERIAATRI KUI VANURITE ERIARSTI VAJADUST

EESTIS?	%
Geriaatri eriala oleks väga vajalik, kasutaksin meelsasti statsionaarsete geriaatria osakondade teenuseid	45

Kasutaksin geriaatrit vajadusel konsultandina (analoogselt pediatriga)	42
Geriaatrid võiksid olla peamiselt hooldekodude ja pikaravihaiglate jaoks, perearstina ei kasutaks tema teenuseid	12,5
Ei pea sellist eriala vajalikuks, perearstina ei kasutaks tema teenuseid	0,5

Perearstid kasutaksid meelsasti geriaatri ja geriaatriaosakonna teenuseid, kui need oleksid kättesaadavad.

Pereõde tegeleb vastuvõttudel kolmandiku tööajast (33%) eakatega. Regulaarseid koduviisi teeb õde keskmiselt 15-le eakale patsiendile. Ühes kuus teeb õde keskmiselt 18 koduviisi eakate inimeste juurde. Ühele koduviisidile kulub keskmiselt pool tundi. Voodihaigeid eakaid inimesi on piirkonnas keskmiselt 11. Eakatele olulisi probleeme hindasid õed sarnaselt arstidega (sama probleemide järjestus, kuid pisut väiksema olulisusega).

MILLISTE PROBLEEMIDEGA TEGELETE EAKATE VASTUVÕTTUDEL?

(pereõed)	Tegelen (%)	Ei tegele, kuid võiksin (%)
Ravi- ja põetusprotseduurid	92	7
Funktsionaalse seisundi hindamine	90	9
Vanurite tervisealane nõustamine	77	16
Kergemate haigete iseseisev vastuvõtt	69	27
Tervise-edendusealane nõustamine	68	28
Vanuri pereliikmete põetus- ja hooldusvõtete õpetamine	67	29
Põetuse vajaduse hindamine	64	25
Dokumentide vormistamine	60	18
Abivahendite kasutamise õpetamine	59	39
Lihtsamate taastusravi võtete õpetamine	58	35
Igapäevaeluga toimetuleku hindamine	43	36
Hoolduse vajaduse hindamine	37	42

Selgus, et pereõed tegelevad suhteliselt vähe toimetuleku- ja hoolduse vajaduse hindamisega, kuid on valmis seda tegema. On üllatav, et vaid kaks kolmandikku pereõdedest hindab vanurite põetuse vajadust, mis peaks olema otseselt õendustoimingutesse kuuluv tegevus. Enamus õdesid oleksid nõus tegema kõiki vanuri õendushooldusse kuuluvaid toiminguid. Põhjuseks, miks neid ei tehta, nimetasid õed eelkõige seda, et nad ei ole nõus tegema rohkem samades tingimustes, sama raha eest ja muude ülesannete kõrvalt (39%), veerand õdedest vastas, et seda takistab materiaalne baas, veerand, et seda takistab ajapuudus ning iga kümnes ei pidanud ennast pädevaks.

KAS TEIL ON LISAPROBLEEME EAKA PATSIENDI RAVIMISEL VÕRRELDES NOOREMATEGA? (pereõed)

	Tihti (%)
Suurem ajakulu	77
Raske korraldada kodust põetust	54
Sotsiaalse toetuse puudumine	49
Suhtlemisraskused	13
Patsiendi madal motivatsioon	10

Pereõdede raskused töös eakatega olid üldjoontes sarnased arstidega, vaid suhtlemisraskusi nimetasid õed rohkem ning vanurite motivatsioonipuudust vähem.

1.3.2. Eakate hoolekanne

Valla (linna) **sotsiaaltöötajal** kulub aega tööks eakatega päevas keskmiselt 3 tundi, nädalas 2,6 päeva, kuus 8,7 päeva.

Koduvisiite teevad eakate juurde peaaegu kõik sotsiaaltöötajad (96%), keskmiselt 3 visiiti nädalas, 10 visiiti kuus.

Tulemuslikku tööd eakatega takistavad finantside nappus 89%, ajapuudus 59%, ametisõiduki puudumine 44%, vastava koolituse puudumine 22% ning kehv töökorraldus 4% sotsiaaltöötaja arvates.

Eelkõige eakatega töötavate sotsiaalala töötajate arv omavalitsuse piirkonnas on keskmiselt 10 inimest (erinevused on piirkonniti väga suured :1-170, kuid omavalitsused on ka väga erineva suurusega). Neist kolmandik tegeleb avahooldusega ning kaks kolmandikku institutsionaalse hooldusega. Üle poolte (54%) valdade sotsiaaltöötajate arvates on eakatega töötajaid nende omavalitsuses liiga vähe, juurde sooviksid nad keskmiselt 2,4 (1-25) töötajat. Umbes 40% arvates on eakatega töötajaid nende omavalitsuses parajal määral ning kahe valla (0,9%) sotsiaaltöötajate arvates on neid liiga palju. Kokku oleks valdade sotsiaaltöötajate arvates Eestis vaja lisaks umbes 270 eakatega töötavat sotsiaalala töötajat (15% praegu töötavatest sotsiaalala töötajatest).

Vanaduspensionari eas inimeste arv omavalitsuse piirkonnas on keskmiselt 1260, neist on sotsiaaltöö kliendid umbes 400. Sotsiaaltoetusi saab keskmiselt 270 eakat ühes omavalitsuses [Eestis ligi 44 000 eakat], kuid vajadus oleks umbes 275 [Eestis ligi 1000 eakat rohkem, kui praegu]. Sotsiaalteenuseid saab ühes omavalitsuses keskmiselt 158 eakat [Eestis 29 000], kuid vajadus oleks ligikaudu 178 [Eestis ligikaudu 4000 võrra rohkem kui praegu].

MILLISED ON TEIE HINNANGUL KÕIGE OLULISEMAD PROBLEEMID EAKATE INIMESTE TERVISE JA HEAOLU SEISUKOHALT? (sotsiaaltöötajad)

Paljudele oluline (%)

Madal sissetulek, majandusprobleemid	73
Kroonilised kehalised haigused	65
Psühholoogilist laadi küsimused (nt. üksildus)	42
Keskusest ja arstiabist kaugel elamine	33
Toimetulekuraskused igapäevaeluga, olmeprobleemid	33
Depressioon	32
Turvateenuste puudumine	21
Telefoniside puudumine	21
Mälu ja mõtlemise häired, s.h. dementsus	17
Halvad elamistingimused	14
Alkoholism	11
Sotsiaalne tõrjutus, ei saa osaleda ühiskonna elus	8
Juriidilised probleemid	8

Sotsiaaltöötajate arvates on eakatel transpordiprobleemid palju olulisemad kui meditsiinitöötajate ja vanurite endi arvates. Muus osas on probleemide järjestus üsna sarnane.

MIS RASKENDAB TÖÖD EAKATE KLIENTIDEGA VÕRRELVES NOOREMATEGA? (sotsiaaltöötajad)

	Tihti (%)
Suurem ajakulu	61
Sotsiaalse toetuse puudumine	39
Kliendi madal motivatsioon	36
Vähese teadmised tööks eakatega	8
Suhtlemisraskused	6

Sotsiaaltöötajate tööd eakate klientidega raskendab eakate madal motivatsioon tunduvalt rohkem ning sotsiaalse toetuse puudumine vähem võrreldes meedikutega.

KAS TEIE OMAVALITSUSES ON EAKATELE KÄTTESAADAVAD JÄRGMISED TEENUSED?

	Jah n	Ei n	Ei tea n
Abistamine maksude tasumisel, asjaajamisel	188	13	5
Eakate nõustamine	185	17	1
Koduteenused	176	28	0
Hooldekodu teenused	162	47	0
Toidu kojutoomine	156	53	1
Matusetalituse teenus	131	71	2
Saunateenus	112	97	0
Sotsiaalkorteri teenused	101	111	0
Tugi eakaid hooldavatele omastele	90	91	11
Päevakeskuse teenused	75	136	0
Söömise võimalus päevakeskuses või mujal teeninduskeskuses	73	128	1
Sotsiaalmaja teenused	33	170	0
Turvatelefon	16	181	7
Ambulatoorne ravi	206	8	0
Haiglaravi	153	54	0
Põetusteenused	87	110	2
Taastusravi	74	95	5

Enamuses valdades/linnades on tagatud eakate abistamine asjaajamisel ja nõustamine, samuti koduteenused ja ambulatoorne ravi. Vähem kui pooltes valdades on kättesaadavad turvatelefoni, sotsiaaleluruumi, päevakeskuse ja põetusabi teenus, söömise võimalus teenindusasutuses ja tugi eakaid hooldavatele omastele.

MILLISTE VALDKONDADEGA TEGELDAKSE TEIE OMAVALITSUSE TÖÖS EAKATEGA?

	Tegelen		Ei, kuid võiksin	Ei pea vajalikuks
	Tihti	Mitte eriti tihti		
	n	n	n	n
Hoolduse korraldamine sotsiaalhooldaja abil	115	60	12	2
Majandusliku toimetuleku toetamine	114	57	0	2
Hooldusvajaduse hindamine	109	69	5	0
Tugivõrgustiku hindamine ja mitteformaalse abi korraldamine	102	58	16	3
Nõustamine põetusvahendite ja abivahendite osas	90	62	10	14
Eakate aktiveerimine	81	66	25	4
Keerulisemate igapäevatoimingute hindamine	71	70	15	10
Eaka pereliikmete nõustamine	66	70	18	4
Eaka pereliikme või muu mitteformaalse hooldaja ressursside hindamine	60	69	19	6
Hooldusasutusse kolimise korraldamine	59	83	1	2
Lihtsamate igapäevaste toimingutega toimetuleku hindamine	55	64	17	19
Eakate psühholoogiline nõustamine	43	63	30	14
Erivajadusega eakatele teenuste korraldamine	43	48	10	0
Alkoholi kuritarvitamisega seotud probleemid	38	66	12	11
Eakate õigusabi	28	66	14	31
Kliendi vaimse, emotsionaalse ja kognitiivse funktsiooni hindamine	18	50	36	33
Eakate tugigruppide juhendamine	17	14	98	43
Eaka väärkohtlemise hindamine	13	64	21	9
Eakate tööhõive	6	17	39	62

Üsna paljud sotsiaaltöötajad arvasid, et nende töö eakatega ei peaks sisaldama tööhõivega tegelemist, eakate tugigruppide juhendamist, vanuri vaimse funktsiooni hindamist ning õigusabi osutamist. Teiste geriaatrilise sotsiaaltöö küsimustega oldi valmis tegelema.

2. Ülevaade eakate seisundi hindamisest perearstide, pereõdede ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate poolt.

Arstide, õdede ja sotsiaaltöötajate käest küsiti, kes nende arvates hindab eakate toimetulekut igapäevaeluga ning hooldusteenuste ja põetusteenuste vajadust ning kas ta kasutab seejuures spetsiaalset dokumentatsiooni (hindamise vahendeid).

Vastustest selgus, et hindamisel väitsid ise spetsiaalset dokumentatsiooni kasutavat 12-38% vastanutest, kuid teiste puhul eeldati seda tunduvalt rohkem (kuni 76%). Samuti arvasid meditsiinitöötajad, et enamus sotsiaaltöötajaid kasutavad hindamisel

spetsiaalset dokumentatsiooni, kuid sotsiaaltöötajate vastused seda ei kinnitanud. Täpselt samasuunaline arvamuste lahknevus oli ka sotsiaaltöötajate hinnagul medikute tööle.

Küsimusele, kes ja kuidas (dokumentatsiooniga- “dok+” või ilma – “dok-“) hindab vanurite toimetulekut igapäevaeluga, vastati järgmiselt:

Vastaja/hindaja	Arst		Õde		ST	
	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %
Arst	18	55	8	45	42	27
Õde	30	55	12	58	51	27

Küsimusele, kes ja kuidas hindab sotsiaalhooldusteenuste vajadust vanuritel vastati:

Vastaja/hindaja	Arst		Õde		ST	
	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %
Arst	32	50	10	46	49	23
Õde	41	45	14	56	59	23
ST	58	31	39	42	38	58

Küsimusele, kes ja kuidas hindab põetusteenuste vajadust vanuritel vastati:

Vastaja/hindaja	Arst		Õde		ST	
	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %	dok+ %	dok- %
Arst	38	48	17	48	36	28
Õde	46	45	21	57	48	26
ST	76	20	68	26	20	68

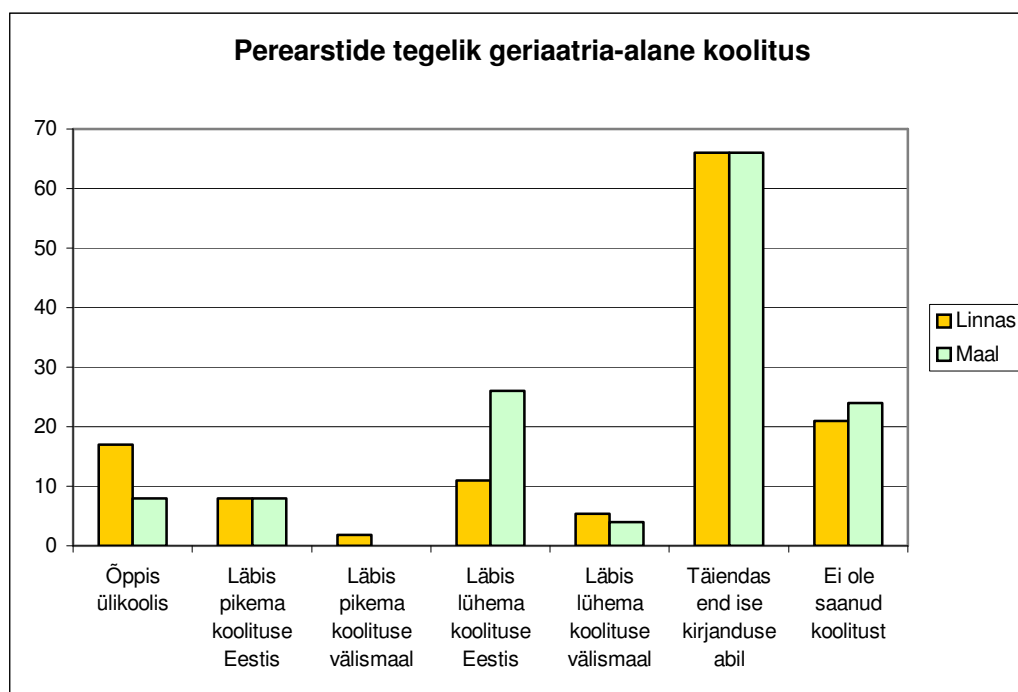
Tulemustest järeldame, et ühtne süsteem toimetulekuvõime ning hooldus- ja põetusteenuste vajaduse hindamiseks puudub. Nii on raske hinnata pakutavate teenuste efektiivsust, kuna lähteseisund ei ole dokumenteeritud. Seisundi dokumenteeritud hindamine on vajalik ka patsientide/klientide ravi ja põetusehoolduse järjepidevuse tagamiseks kui nad liiguvad ühest ravi/hooldusetapist teise.

3. Ülevaade Eesti perearstide, pereõdede ja valdade/linnade sotsiaaltöötajate geriaatrilisest/gerontoloogilisest ettevalmistusest.

3.1. Perearstide/jaoskonnaarstide geriaatriline ettevalmistus.

KAS OLETE SAANUD GERIAATRIA-ALAST KOOLITUST? (võis anda mitu vastust)

	%
Õppisin geriaatriat ülikoolis	15
Olen läbinud pikema koolituskursuse	15
Olen läbinud lühema koolituskursuse	33
Olen täiendanud end ise erialase kirjanduse abil	66
Ei ole saanud mingit ettevalmistust	22



Joonis 8. Perearsti geriaatria-alane koolitus

. Küsitletud perearstidest olid 12% lõpetanud ülikooli pediaatria erialal.

KAS VAJAKSITE TÄIENDAVAT GERIAATRIA-ALAST ETTEVALMISTUST? (võis anda mitu vastust)

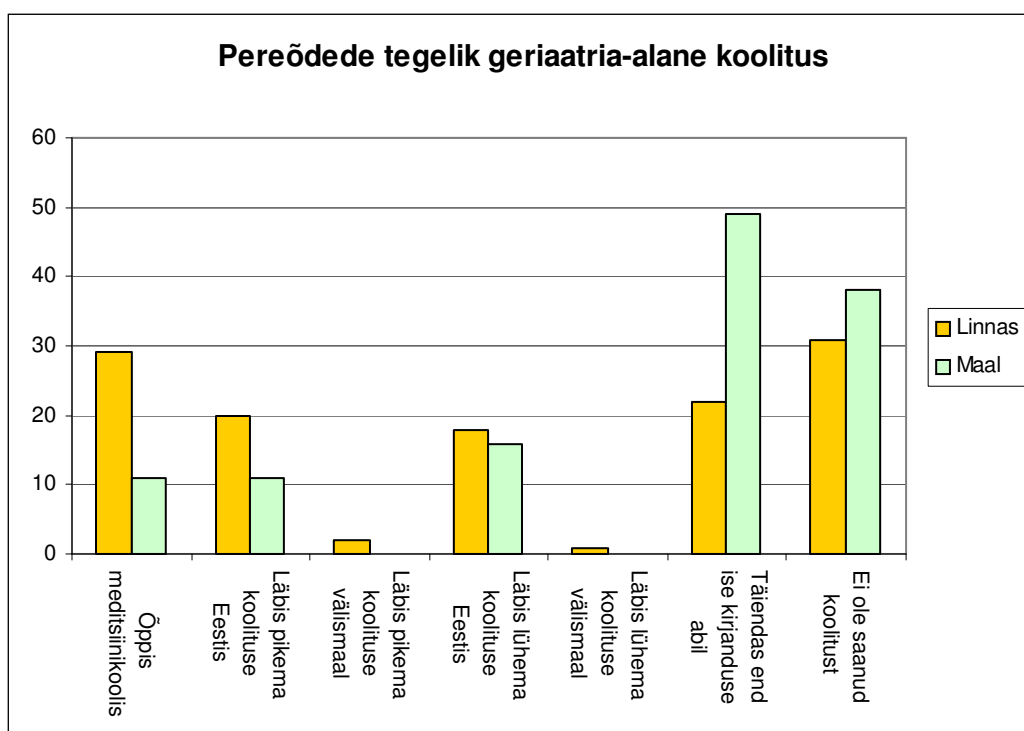
	%
Sooviksin läbida lühemaid koolituskursusi	63
Sooviksin end ise täiendada erialase kirjanduse alal	41
Sooviksin õppida geriaatriat perearsti spetsialiseerumiskursustel	26
Sooviksin läbida pikema täiendustsükli	21
Sooviksin õppida geriaatriks residentuuris	0,5
Ei vaja täiendavat ettevalmistust	2,5

Suurem osa perearste leidis oma teadmistes mõningaid puudujäärke praktiliselt kõigis valdkondades. Suurimad puudujäägid olid juriidilistes ja sotsiaalabi küsimustes, samuti vanurite nõustamise alal. Vähesed (ligi 10%) arvasid, et neil on olulisi puudujäärke meditsiinilistes valdkondades.

3.2.Pereõdede geriaatriline ettevalmistus.

KAS OLETE SAANUD GERIAATRIA-ALAST KOOLITUST (võis anda mitu vastust)

	%
Õppisin geriaatriat meditsiinkoolis	23
Olen läbinud pikema koolituskursuse	17
Olen läbinud lühema koolituskursuse	17
Olen täiendanud end ise erialase kirjanduse abil	32
Ei ole saanud mingit ettevalmistust	34



Joonis 9. Pereõde geriaatria alane koolitus

KAS VAJAKSITE TÄIENDAVAT GERIAATRIA-ALAST ETTEVALMISTUST? (võis anda mitu vastust)

	%
Sooviksin läbida lühemaid koolituskursusi	56
Sooviksin end ise täiendada erialase kirjanduse abil	40
Sooviksin läbida pikema täiendustsükli	29
Ei vaja täiendavat ettevalmistust	11
Sooviksin õppida geriaatriaõeks spetsialiseerumiskursustel	5
Sooviksin õppida geriaatriat ülikoolis õttheaduse bakalaureuse- või magistriõppes	3

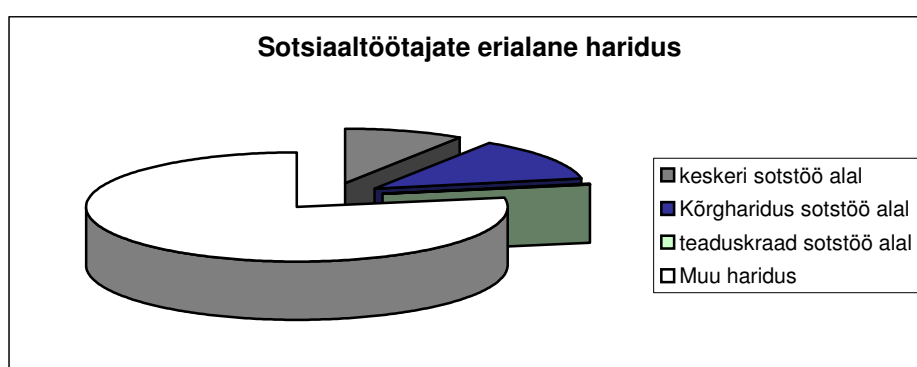
Suurem osa pereõdesid leidis, et neil on mõningaid vajakajäämisi praktiliselt kõikides valdkondades töös eakatega.

Oma puudujääkidest töös vanuritega nimetasid õed kõige enam juriidilisi probleeme, sotsiaalabi küsimusi, eakate nõustamist, vanurite terviseedendust. Suhteliselt vähem nähti puudujääke teadmistes normaalsest vananemisest, hooldusvajaduse hindamisel ja eakate pöetusprobleemide alal.

3.3. Sotsiaaltöötajate üld- ja geriaatriline/gerontoloogiline ettevalmistus

Üldine haridus. Kõige rohkem oli sotsiaaltöötajatel keskeri haridust (42%), järgnes kõrgharidus (35%), ning keskharidus (23 %). Teaduskraad oli 2-l inimesel.

Sotsiaaltöölane eriharidus oli 48-l inimesel (22%), neist 20-l keskeri- ja 28-l kõrgharidus. Sotsiaaltööd õppis küsitluse ajal 51 inimest (23%).



Joonis 10. Sotsiaaltöötajate erialane haridus

KAS OLETE SAANUD GERONTOLOOGIA-ALAST (s.t. normaalset vananemist käsitlevat) KOOLITUST? (võis anda mitu vastust)

	%
Õppisin gerontoloogiat erialase põhikoolituse programmis	30
Olen läbinud pikema koolituskursuse	25
Olen läbinud lühema koolituskursuse	31
Olen täiendanud end ise erialase kirjanduse abil	56
Ei ole saanud sellist koolitust	20

KAS OLETE SAANUD GERIAATRIA-ALAST(s.t. eakate haigusi käsitlevat) KOOLITUST? (võis anda mitu vastust)

	%
Õppisin geriaatriat erialase põhikoolituse programmis	23
Olen läbinud pikema koolituskursuse	17
Olen läbinud lühema koolituskursuse	24
Olen täiendanud end ise erialase kirjanduse abil	27
Ei ole saanud sellist koolitust	43

KAS VAJAKSITE TÄIENDA VAT GERONTOLOOGIA-/ GERIAATRIAALAST ETTEVALMISTUST? (võis anda mitu vastust)

	%
Sooviksin läbida lühemaid koolituskursusi	69
Sooviksin end ise täiendada erialase kirjanduse abil	39

Sooviksin läbida pikema täiendustsükli	25
Sooviksin õppida gerontoloogia/geriaatria spetsialiseerumiskursustel	16
Sooviksin seda õppida ülikoolis	6
Ei vaja täiendavat ettevalmistust	4

Täiendamist vajavad sotsiaaltöötajad praktiliselt kõikide eakaid puudutavate küsimuste osas: kõige enam vajatakse teadmisi õigusabist, ravimite toime iseärasustest eakatel, eakate psüühikahäiretest, funktsionaalse seisundi hindamisest, eakate terviseedendusest, eakate haigustest.

Uuringust selgus, et rohkem kui viiendik perearstidest, kolmandik pereõdedest ning ligi pooled sotsiaaltöötajatest ei ole saanud ettevalmistust geriaatrias, umbes viiendik sotsiaaltöötajatest pole saanud ka gerontoloogilist ettevalmistust. Väga vähesed arvasid, et nad ei vaja enam edasist täiendust geriaatrias/gerontoloogias. Olulisemad puudujäägid oma teadmistes on arstidel ja õdedel meditsiiniga piirnevatel või hoopis meditsiinivälistel, kuid eaka toimetulekut mõjutavatel aladel – juriidilised ja sotsiaalabiküsimused, eakate nõustamine ja terviseedendus. Oma teadmisi soovitakse täiendada eelkõige lühematel koolituskursustel, samuti erialase kirjanduse abil.

4. Ülevaade hooldajate probleemidest.

Eakatest inimestest on 4,5% vahetevahel ja 3,5 % pidevalt ise vabatahtlikud hooldajad (siia ei kuulu töötamine hooldajana ja lapselaste hoidmine, v.a. kui ta on puudega). Hooldatava keskmine vanus on 74 a.

Eakate endi kui hooldajate peamised probleemid : sageli %

Hooldamine on füüsiliselt liiga raske	33
Vaimne kurnatus	31
Ei ole võimalik reisida ja puhkusele minna	31
Peab loobuma üritustest, sõpradest, käimistest	27
Nii enda kui hooldatava rahalised raskused, vastavalt	25 ja 18
Hooldamisega seotud transpordiprobleemid	22
Ei ole võimalik töötada sellisel kohal/sellisel määral kui soovitakse	12
Hooldus- ja abivahendite nappus	9
Enda halb tervis, ei jõua hooldada	8
Ajapuudus	7
Oma perega, koduga tegelemiseks jääb liiga vähe aega	5
Vähesed oskused hooldamiseks	5

Eakaid hooldavate isikute peamised probleemid: sageli %

Ei ole võimalik reisida ja puhkusele minna	42
Peab loobuma üritustest, sõpradest, käimistest	27

Nii enda kui hooldatava rahalised raskused, vastavalt	33 ja 23
Hooldamisega seotud transpordiprobleemid	19
Ajapuudus	16
Oma perega, koduga tegelemiseks jääb liiga vähe aega	16
Vaimne kurnatus	15
Hooldus- ja abivahendite nappus	11
Hooldamine on füüsiliselt liiga raske	10
Enda halb tervis, ei jõua hooldada	10
Vähesed oskused hooldamiseks	9
Ei ole võimalik töötada sellisel kohal/sellisel määral kui sooviksite	8

Nagu selgub uuringu andmetest, on eakatel, kes on ise hooldajad, sagedasemateks probleemideks füüsiline ja vaimne kurnatus, samuti vajadus loobuda reisimisest ja seltskondlikust suhtlemisest. Eakaid hooldavate isikute peamiseks probleemideks on vajadus loobuda reisimisest, seltskondlikest üritustest ning rahalised raskused, kurnatust esineb hoopis vähem (tegemist on nooremate inimestega). Hooldus- ja abivahendite nappus on oluliseks probleemiks igal kümnendal hooldajal, väheste oskuste üle kurtjaid ei olnud palju.

5. Kokkuvõtte eakate tervise- ja toimetulekuprobleemidest

Eesti eakate peamiseks probleemiks on halb tervis, rahamured on esiplaanil kolmandiku võrra harvem. Meedikute ja sotsiaaltöötajate arvates on oluline ka eakate isolatsioon ja üksildus. Enamus Eesti eakatest on aktiivsed tervishoiu- ja hooldusteenuste tarbijad: perearstivisiitide arv on neil 2,5 korda suurem võrreldes noorematega, aastas on haiglaravil vähemalt neljandik eakatest. Haigestumise struktuur on meie eakatel sarnane teiste riikide omaga : esiplaanil on südame-veresoonkonna ja liigesehaigused. Siiski, mitmeid tervisehäireid on meie eakatel teiste maade eakaaslastega võrreldes sagedamini: oluliselt sagedamini esineb südame isheemiatõbe, südamepuudulikkust, depressiivseid sümptoome ning dementsust, pisut sagedamini liigesehaigusi ning kõrget vererõhku (van Rossum et al. 1999; Schultz et al. 2000; Fillenbaum et al. 2000; Kannel, Belanger 1991; Luchi, Taffet, Teasdale 1991; McMurray, Steward 2000; Sarraf-Zadegan et al. 1999; Srinivas et al. 1998; Stergiou et al. 1999; Noro, Häkkinen, Sisko 2000; Allaire et al. 1999; Espallargues et al. 1996; McAlindon et al. 1992; van Marwijk et al. 1994; D’Ath et al. 1994; Budge, Grundstrom 2000; Lyketsos, Sheppard, Rabins 2000). Eesti eakad hindasid oma tervist harvem heaks võrreldes USA ja Soome eakatega (Noro, Häkkinen, Sisko 2000; Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics 2000).

Ligikaudu viiendik Eesti eakatest vajab sagedast kõrvalist abi igapäevaseks toimetulekuks. Põhiliselt aitavad mitteformaalsed abistajad, seda ka põetamisel. Vanurit hooldaval perel on väga piiratud võimalused kõrvalise abi saamiseks, hooldamise tõttu peavad pereliikmed loobuma oma hobidest. Hooldajatele, kes on ise eakad, on see ka suureks füüsiliseks ja vaimseks koormuseks. Eakad on harjunud oma hädadega pöörduma pigem meditsiinitöötaja kui sotsiaaltöötaja poole, nende informeeritus sotsiaalabi võimalustest on kesine.

Ambulatoorsed tervishoiuteenused on kättesaadavad enamuses omavalitsustes. Probleemiks on vanurite põetuse korraldamine ja taastusravi kättesaadavus. Esineb ka raskusi eakate haiglaravile ning eriarstile konsultatsioonile suunamisega. Perearstid

kasutaksid meelsasti geriaatrilise abi teenuseid oma eakate patsientide ravimisel. Pereõdede töös vanuritega on suur reserv – paljusid geriaatrilise õenduse funktsioone meie õed veel ei täida, kuid on valmis seda tegema.

Hoolekande süsteem tegeleb eakatega eelkõige hoolduse korraldamisel ja majandusliku toimetuleku toetamisel. Toetusi vajaksid lisaks praegu saavatele veel ligikaudu 1000, hooldusteenuseid 4000 eakat. Tulemuslikumaks tööks oleks vaja lisaks umbes 270 eakatega tegelevat sotsiaalala töötajat, samuti finantsressursside suurendamist ning töötajate koolitust.

Koostöö tervishoiu- ja hoolekandetöötajate vahel vanuri seisundi hindamisel ja hoolduse korraldamisel on juhuslikku laadi, puudub selge rollide jaotus ning hindamise vahendid. Põhjuseks on tervishoiu- ja sotsiaalala töötajate lünklik ettevalmistus tööks eakatega.

6. Geriaatriline abi.

Selles peatükis anname ülevaate maailmapraktikast eakatele spetsiifilise tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi korraldamisel, mida on jõudsalt arendatud viimase kolmekümne aasta jooksul eelkõige Lääne-Euroopa ja Põhja-Ameerika riikides, kuid viimasel aastakümnel ka paljudes Kesk- ja Ida-Euroopa ning Aasia riikides. Geriaatriline spetsialiseeritud abi täiendab teisi tervishoiu- ja sotsiaalabi vorme ning on osutunud efektiivseks kõige põduramate ehk “õrnemate” eakate toimetuleku parandamisel ning ravi ja hoolekandekulutuste kasvu pidurdamisel.

6.1. Mõiste ja vormid

Geriaatriline abi on tervishoiu- ja hoolekandeteenuste integreeritud osutamine terviseprobleemidega ja toimetulekuraskustega eakatele.

Geriaatrilise abi vajaja on eakas inimene, kes ei tule tervise tõttu oma eluga iseseisvalt toime. See on eakas inimene, kellel on põimunud meditsiinilised ja sotsiaalsed probleemid, kellel tavalised stressorid võivad muuta seisundi ebastabiilseks ja esineb puue või selle suur tekkerisk (Sletvold et al. 1996). Enamasti ei ole sellistel vanuritel ühte juhtivat põhjust (haigust või sotsiaalse ressursi puudumist), mis oleks vastutav toimetulematuse eest. Nii ei ole ka ühe spetsialisti (arsti või õe või sotsiaaltöötaja) poolt pakutud abi nendel eriti efektiivne. Geriaatrilist abi iseloomustab kliendikeskus, kus probleemidele otsivad lahendust ja pakuvad abi erinevad spetsialistid tihedas koostöös. Interdistsiplinaarsus on geriaatrilise abi oluliseks märksõnaks. Teiseks eripäraks on abiandjate süvateadmised vananemisest, vanaea psühholoogiast, haiguste ja ravi iseärasustest vanemaealistel, hoolekandest ja juriidilistest probleemidest.

Geriaatriline abi on oma olemuselt protsess, mis koosneb erinevatest tegevustest ning tegevuste regulaarsest hindamisest (Evans 1997):

- **Patsiendi/kliendi seisundi hindamine**
 - Tervislik seisund (diagnoosid, prognoos) : hindab arst
 - Funktsionaalne seisund (kehaline, emotsionaalne, kognitiivne) : hindab õde

- Ressursid (sotsiaalne, majanduslik, hariduslik, kultuuriline) : hindab sotsiaaltöötaja
- **Ravi ja hoolduse kooskõlastamine**
 - Mida patsient/klient soovib?
 - Mida on võimalik teha?
- **Tegevuse planeerimine** eesmärgiga vähendada patsiendi/kliendi toimetulematust
 - Terapeutiline tegevus : ravi, taastusravi
 - Kompenseeriv tegevus : abivahendid, keskkonna kohandamine, sotsiaalse tugivõrgustiku parandamine
- **Tegevusplaani elluviimine**
- **Seisundi regulaarne hindamine**
 - Kas tegevus annab efekti?
 - Kas tegevusplaani on vaja muuta?

Geriaatrilise abi võtmelemendiks on seisundi igakülgne hindamine geriaatriameeskonna poolt, kuhu kuuluvad arst, õde ja sotsiaaltöötaja. Vajadusel kaasatakse veel teisi spetsialiste (psühhiaater, füsioterapeut, tegevusterapeut jne.). Iga meeskonnaliige hindab patsiendi/kliendi seisundit oma kompetentsi piires, kuid probleemi püstitamine ja abinõude planeerimine toimub meeskonna kui terviku koostöös (Palmer 1994).

Geriaatrilise abi vorme on erinevates riikides väga erinevaid (Rubenstein 1987):

Üldhaigla osakonnad

Geriaatrilise hindamise osakond

Geropsühhiaatrilise hindamise osakond

Geriaatrilise taastusravi osakond

Pikaravihaigla-/osakond geriaatriliseks hindamiseks ja raviks

Üldhaigla konsultatiivne geriaatriateenistus (keskus)

Ambulatoorne geriaatriaosakond haigla juures

Geriaatriateenistus vanurite koduseks hindamiseks

Need geriaatrilise abi asutused osutavad tervishoiuteenuste seisukohast eriarstiabi (geriaater kui eakate eriarst), kuid ei ole mõeldavad ilma geriaatrilise koolitusega õe ja sotsiaaltöötaja osaluseta. Patsient/klient on enamuses riikides esmatasandi arsti, õe ja sotsiaaltöötaja jälgimisel ning suunatakse geriaatrilise abi saamiseks siis, kui probleemide lahendamisel jäädakse hätta. Samas, on ka riike (näiteks U.S.A.), kus eakal inimesel on võimalik valida esmatasandi arstiks geriaater.

6.2. Geriaatrilise abi efektiivsus

Geriaatria kui meditsiini- ja hoolekandeteenuste süsteem sai alguse 20.sajandi kolmekümnendatel aastatel Suurbritannias (Evans 1997). Geriaatria laialdane arendamine algas lääneriikides aga 70-ndatel aastatel, mil prognoositi kiiret rahvastikuvananemist lähema viiekümne aasta jooksul (Saks 2000).

Viimase kolmekümne aasta jooksul on juurutatud palju erinevaid geriaatrilise abi programme, kuid mitte kõik nendest pole osutunud majanduslikult efektiivseks. Majanduslikus mõttes on kaheldav geriaatrilise abi ennetav rakendamine, s.t.

suhteliselt hästi toime tulevate eakate inimeste haaramine geriaatrilise abi süsteemi. Hea efekti on andnud need programmid, mis on (Stuck et al. 1993) :

- suunatud toimetulematuse kõrge riskiga vanuritele
- läbi viidud geriaatriameeskonna poolt, kellel on kasutada head ravi-, konsultatsiooni- ja taastusravivõimalused
- jätkanud tulemuste ja efektiivsuse dünaamilist hindamist pärast esialgset hindamist

Paljude uurimuste alusel vähendab adekvaatselt valitud sihtgrupile osutatud geriaatriline abi edasist haigla- ja hooldusasutusse paigutamise vajadust, mis on kõige kallimad tervishoiu- ja hoolekandeteenused (Nikolaus et al. 1999; Hansen, Spedtsberg, Schroll 1992; Melin, Bygren 1992).

Tänaseks on geriaatriline abi praktikasse juurutatud erineva sotsiaalpoliitilise orientatsiooniga riikides (USA, Saksamaa, Suurbritannia, Taani, Rootsi, Soome, Norra, Island, Israel jt.). Viimase aastakümne jooksul on alanud hoogne geriaatrilise abi areng ka Aasia riikides, kuna rahvastikuvananemine on sealgi probleemiks muutumas.

6.3. Geriaatrilise abi koht eakate tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis

Geriaatriline abi ei ole muust tervishoiu- ja hoolekandesüsteemist eraldiseisev struktuur. Geriaatrilise abi mõtte on leida lahendusi nendel juhtudel, kus vanuri probleemid jäävad tavameditsiinis või hoolekandes lahendamata.

Käesolevas osas esitame kokkuvõtlikult eakate inimeste tervishoiu- ja hoolekandeteenuste vajadused, sõltuvalt nende tervisest ja toimetulekuvõimest.

Rõhutatud kirjas on märgitud teenused, mis vajavad personalilt geriaatrilist eriettevalmistust.

Geriaatrilise abi seisukohalt jaotuvad eakad inimesed järgnevalt:

- Oluliste terviseprobleemideta, oma eluga iseseisvalt **toimetulev eakas inimene**, kes vajaduse ja soovi korral kasutab järgmisi teenuseid:
 - tervishoid - ajutiste terviseprobleemide puhul perearsti, pereõe, eriarsti, haigla teenused
 - sotsiaalhooldus - soovi korral osaleb päevakeskuse tegevuses.

Selline inimene geriaatrilist spetsialiseeritud abi ei vaja.

- Kroonilisi haigusi põdev või ägeda haigestumise järgselt olulise funktsionaalse häirega eakas inimene, kellel esineb **probleeme toimetulekul igapäevaeluga**:
 - tervishoid – regulaarselt perearsti ja pereõe teenused, vajadusel eriarsti, haigla, **pikaravihaigla, taastusravi, õendushoolduse teenused, geriaatriline hindamine** (vajadusel **geriaatriaosakonnas**)
 - sotsiaalhooldus – vajadusel **koduhooldus- või päevahooldusteenus, eluasemeteenus**, (ajutine) **hooldekoduteenus**, mitteformaalsed hooldajad, tugigrupid.

Selliste probleemidega inimesed võivad vajada spetsialiseeritud geriaatrilist abi, eriti siis, kui toimetulematust on tekkinud äkki ning otsustamisel on edasine elukorraldus.

- Multiprobleemne (mitme kroonilise haigusega, ebastabiilne, dementne), **iseseisvalt mittetoimetulev eakas inimene** (“õrn” vanur):
 - tervishoid – regulaarselt perearsti ja pereõe teenused, vajadusel eriarsti (k.a. **geriaatri**), haigla, **geriaatriaosakonna**, **pikaravihaigla**, **taastusravi**, **õendushoolduse** teenused
 - sotsiaalhooldus – **koduhooldus**-, **päevahooldus**- või **hooldekoduteenus**, mitteformaalsed hooldajad
- See kontingent moodustab põhiosa geriaatrilise abi tarbijatest.

7. Geriaatrilise abi rakendamine Eestis.

Eestis on rahvastikuvananemine prognooside kohaselt üks kõige kiiremaid Euroopas. Kui aastal 2000 on üle 65-aastaseid inimesi Eestis 14%, siis aastal 2030 on nende osakaal tõenäoliselt 19-20 % (Katus jt. 1999). Eakate osakaalu suurenemine 5 % võrra võib tuua endaga kaasa tervishoiu- ja hoolduskulutuste kasvu 10-15% võrra juhul, kui tahetakse säilitada vähemalt praegune eakate olukord. Seega on ka Eestil viimane aeg otsida teid nende kulutuste kasvu pidurdamiseks.

Selles peatükis kirjeldame, kuidas Eestis võiks olla korraldatud toimetulekuprobleemidega eakate inimeste abistamine, kuidas jagunevad kohustused ja vastutus esmatasandi abi ja spetsialiseeritud geriaatrilise abi vahel. Spetsialiseeritud geriaatrilise abi vajajaid on teiste riikide kogemuse põhjal ligikaudu 15% eakatest inimestest, s.t. Eestis oleks neid praegu ligikaudu 30 000 inimest. Geriaatriliste voodite vajadust raviasutustes hinnatakse Taanis 0,8/1000 elaniku kohta, Soomes 0,3-0,5% üle 75-aastaste elanike arvust (Sletvold et al. 1996).

7.1. Geriaatrilise seisundi hindamine

Geriaatrilise patsiendi/kliendi seisundi igakülgne hindamine on geriaatrilise abi võtmeelement, mis eeldab tervishoiu ja hoolekande tihedat koostööd. Igakülgne geriaatrilise hindamine tähendab meekonnatööd, milles osalevad nii tervishoiu- kui ka sotsiaaltöö spetsialistid.

Geriaatrilise seisundi **hindamine esmatasandil** on perearsti, -õe ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ülesanne. Toimetulekuraskustega eaka patsiendi/kliendi pöördumisel ükskõik millise eelpoolnimetatud spetsialisti poole on vajalik hinnata ja dokumenteerida funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi põhinäitajad (vt. punkt 5.2.) ning otsustada, kas patsiendi/kliendi probleeme on võimalik lahendada oma eriala piires. Juhul, kui see nii ei ole, on vajalik **igakülgne geriaatrilise seisundi hindamine geriaatriameeskonna poolt**. Selleks on Eestis vaja **välja arendada geriaatrilise seisundi hindamise teenus**, mida osutavad geriaatriameeskonnad kas ambulatoorselt, statsionaarses ravi- või hooldusasutuses (vt. punkt 5.2.). Igakülgse geriaatrilise hindamise tulemused dokumenteeritakse vastavates vormides (vt. lisad).

7.2. Geriaatrilise abi protsess

Seisundi hindamise järgselt **esmatasandi spetsialisti poolt** tuleb määrata ja dokumenteerida patsiendi/kliendi põhilised probleemid ja edasine tegevuse plaan toimetuleku parandamiseks ning järgmise hindamise ajakava. Tegevusplaani elluviimisel osalevad vajadusel teiste erialade spetsialistid. Juhul, kui esmatasandi hindaja ei pea vajalikuks geriaatriameeskonna kaasamist patsiendi/kliendi probleemide lahendamiseks, on tema vastutav teenuste koordineerimise ja seisundi dünaamilise hindamise ning dokumenteerimise eest oma kompetentsi piires.

Spetsialiseeritud geriaatriline abi tähendab multiprobleemse eaka patsiendi/kliendi seisundi igakülgset hindamist geriaatriameeskonna poolt, probleemide, eesmärkide ja edasise tegevuskava määramist, vajalike teenuste osutamist või teiste spetsialistide teenuste koordineerimist ning seisundi dünaamilist hindamist. Juhul, kui patsient/klient lahkuks geriaatriameeskonna teeninduspiirkonnast, tuleb dokumendid seisundi hindamisest ja edasisest tegevusplaanist anda elukohajärgsele juhtumi korraldajale (*case manager*, vt. punkt 3.4.), kes vastutab edasise teenuste koordineerimise ja seisundi dünaamilise hindamise eest.

Taastusravi, hooldus- ja õendusteenuste kasutamisel on nõutav patsiendi/kliendi seisundi dünaamiline hindamine ja dokumenteerimine tegevuse efektiivsuse ja teenuste edasise vajaduse määramiseks.

7.3. Meeskonnatöö geriaatrias

Interdistsiplinaarne geriaatriline meeskond (IGM) on ajutiselt või pidevalt samas põhikoosseisus töötav spetsialistide (arst, õde, sotsiaaltöötaja, teiste erialade spetsialistid vastavalt vajadusele) grupp, kelle tegevuse eesmärgiks on eakate inimeste toimetuleku toetamine ja elukvaliteedi säilitamine võimalikult heal tasemel. Interdistsiplinaarne geriaatriline meeskond tegeleb probleemide lahendamisega eakatel isikutel, kellel tervislik seisund, funktsionaalse võimekuse langus ja sotsiaalne seisund põhjustavad toimetulekuhäireid. Interdistsiplinaarse meeskonna kokkukutsumise kohustus/õigus on meditsiini- või sotsiaaltöötajal, kui pöördumise põhjuseks olnud probleemide lahendamine väljub tema eriala kompetentsi piiridest.

IGM liikmed hindavad patsiendi/kliendi seisundi iseseisvalt oma kompetentsi piires, kuid probleemide määramine ning eesmärkide ja tegevusplaani koostamine toimub ühisotsusena koosolekul. IGM juhiks on tavaliselt sotsiaaltöötaja või õde (vastavalt patsiendi/kliendi juhtivale probleemile).

Arsti roll interdistsiplinaarses geriaatrilises meeskonnas.

Arsti ülesandeks IGM koosseisus on:

- patsiendil esinevate haiguste ja geriaatriliste sündroomide diagnoosimine
- ravi määramine ja optimeerimine
- taastusravi vajaduse hindamine
- prognoosi määramine.

Juhul, kui toimetulekuraskustega vanuriga tegeleb ainult hoolekandesüsteem, võivad toimetulematust põhjustavad ravitavad seisundid jääda tähelepanuta, seega on gerontoloogiliste ja geriaatriliste süvateadmistega arsti kaasamine IGM koosseisu hädavajalik.

Ambulatoorses tingimustes kuulub IGM koosseisu perearst, kes on saanud geriaatrilist täiendkoolitust või geriaater (erialakirjeldus vt. lisad.). Statsionaarses ravi- või hooldusasutuses kuulub IGM koosseisu geriaater või patsiendi raviarst koos geriaatrilise täiendkoolituse läbinud raviarsti või geriaatriga. Vastavalt vajadusele kaasatakse IGM töösse teiste arstlike erialade esindajaid.

Õe roll interdistsiplinaarses geriaatrilises meeskonnas.

Õe ülesandeks IGM koosseisus on:

- hinnata patsiendi funktsionaalset seisundit (igapäevaelu toimingud, kognitiivne ja emotsionaalne seisund, mälu, nägemine, kuulmine, toitumine)
- hinnata koduse keskkonna sobivust patsiendi funktsionaalse seisundiga
- juhendada söeluuringuid ja terviseedendust (immuniseerimised, hammaste korrashoid, jalgade seisund, suitsetamine, alkoholi kasutamine, peiteveri väljaheites, rinnanäärmete kontroll jmt.)
- juhendada ja vajadusel läbi viia õendushooldust
- kontrollida ravimite kasutamist
- nõustada eakat ja tema pereliikmeid (hooldajaid) terviseprobleemide osas.

Funktsionaalse seisundi hindamine on toimetulekuraskustega eakatel sageli keskse tähendusega. Igapäevaelu põhitoomingute hulka kuuluvad funktsioonid, mis on seotud enesehooldusega (pesemine, riietumine, söömine, tualeti kasutamine, toa piires liikumine, kontroll põie ja sooletegevuse üle). Instrumentaalsed igapäevaelutoimingud on seotud keerukama tegevusega (poes käimine, toidu valmistamine, rahaga arvestamine, ravimite võtmine ja raviprotseduuride tegemine, eluaseme korrashoid jmt.). Keerukate toimingute hulka kuuluvad meelelahutuslikud, tööalased, altruistlikud, kogukondlikud toimingud (sotsiaalne osalus), mis pole hädavajalikud iseseisva elu jätkamiseks, kuid võivad olla esimeseks märgiks funktsioonide üldisest langusest.

Ambulatoorses tingimustes kuulub IGM koosseisu geriaatriaõde või pereõde, kes on saanud geriaatrilist/gerontoloogilist ettevalmistust. Statsionaarses ravi- või hooldusasutuses kuulub IGM koosseisu geriaatriaõde või osakonnas töötav õde, kes on saanud geriaatrilist/gerontoloogilist lisakoolitust või kutsekõrgharidusega õde, kes on saanud geriaatrilist/gerontoloogilist täiendõpet.

Sotsiaaltöötaja roll interdistsiplinaarses geriaatrilises meeskonnas.

Sotsiaaltöötaja ülesandeks IGM koosseisus on:

- viia läbi biopsühhosotsiaalset hindamist eesmärgiga kaardistada omavahel seotud füüsilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid faktoreid kui ressursse või takistusi, mis mõjutavad kliendi tervist ja heaolu
- vajadusel rakendada kliendi ja/või tema pere heaolu ja toimetuleku tagamiseks kriisisekkumise ja peretöö meetodeid
- kindlustada kliendile juurdepääs teenustele, vajadusel vähendades/kõrvaldades takistusi olemasolevatele teenustele või luues puuduva teenuse kogukonnas
- hinnata teenuste efektiivsust ja vastavust nii kliendi kui organisatsiooni vajadustele
- abistada eakaid kliente teenuste ja muude ressursside kasutamisel.

Geriaatriline sotsiaaltöö on fookuseerunud nii toimetulekuprobleemide ennetamisele ja vähendamisele vanemas elueas kui ka eakatele mõeldud teenuste efektiivsuse ja kättesaadavuse jälgimisele.

IGM koosseisu kuulub kohaliku omavalitsuse või tervishoiu- või hooldusasutuse sotsiaaltöötaja, kes on saanud gerontoloogilist/geriaatrilist ettevalmistust.

7.4. Juhtumi korraldaja (*case manager*)

Juhtumi korraldaja tegevuse põhisuks on kliendile vajalike teenuste koordineerimine, et kindlustada hoolduse jätkuvus ja efektiivsus.

Juhtumi korraldaja:

- koordineerib erinevate teenuste osutamist toimetulekuraskustega inimestele
- abistab klienti ja/või tema peret teenuste korraldamisel
- hindab teenuste efektiivsust ja vastavust kliendi ja tema pere vajadustele
- informeerib klienti ja/või tema peret seadusandlikest garantiidest ja abivõimalustest
- abistab klienti füüsilise keskkonna kohandamisel
- abistab sotsiaalse tugivõrgustiku loomisel ja kohalike ressursside leidmisel
- abistab klienti ja tema peret toetuste taotlemisel
- peab sidet vajalike tervishoiu- ja hooldusasutuste ning –spetsialistidega.

Juhtumi korraldaja võib olla esmatasandi meditsiinitöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, geriaatriameeskonna liige, institutsionaalse tervishoiu- või hooldusasutuse töötaja või majanduslikult iseseisva ettevõtte töötaja.

7.5. Geriaatrilise meeskonnatöö finantseerimine.

Probleemseks teeb geriaatrilise abi finantseerimise asjaolu, et tervishoiu- ja hoolekandeteenused on finantseeritud erinevatest allikatest. Riikides, kus geriaatriline abi toimib, on geriaatriameeskonna liikmed sageli finantseeritud erinevatest allikatest, kuid töötavad ühtse meeskonnana. Mõnedes riikides (näiteks Soome, Iisrael) on nii tervishoid kui hoolekanne eelkõige omavalitsuste poolt finantseeritav, seal pole probleemiks ka geriaatriameeskondade rahastamine.

Pakume geriaatrilise abi rahastamiseks Eestis mitu võimalust, sõltuvalt abi osutamise tasemest.

Esmatasandi geriaatriline hindamine. Pearingsti ja pereõe töö tasustatakse haigekassa lepinguga (pearaha alusel) ning sotsiaaltöötaja töö kohaliku omavalitsuse poolt vastavalt töötaja tunnitasu määrale. Ei vaja täiendavat finantseerimist

Spetsialiseeritud geriaatriameeskonna ambulatoorne töö finantseeritakse haigekassa hinnakirja alusel arstil (geriaatril - eriarsti vastuvõtt) ja õel (vastuvõtt) ning sotsiaaltöötajal kohaliku omavalitsuse vahenditest vastavalt töötaja tunnitasu määrale või teenuste eest vastavalt hinnakirjale.

Statsionaarses ravisutuses finantseeritakse spetsialiseeritud geriaatriameeskonna arsti ja õe töö voodipäeva maksumuse arvel. Sotsiaaltöötaja teenus statsionaarses ravisutuses võib olla kombineeritud finantseerimisega: voodipäeva maksumusest, omavalitsuse finantseerimisest (omavalitsuse sotsiaaltöötaja rakendamine osalise koormusega tööks ravisutuses või teenuse eest tasumine vastavalt hinnakirjale), riigieelarvelistest vahenditest ravisutustele, mis on ulatusliku teeninduspiirkonnaga.

Geriaatriline hindamine hooldusasutuses

Õe töö geriaatriameeskonnas ei vaja eraldi tasustamist, sotsiaaltöötaja töö finantseeritakse kas hooldusasutuse või omavalitsuse eelarvest, arsti töö tasustatakse vastavalt haigekassa hinnakirjale (eriarsti vastuvõtt; perearsti vastuvõtt).

8.Geriaatrilise seisundi hindamise vahendid (dokumendid)

Abi osutamine on efektiivne siis, kui on määratletud abi vajadus (nii vajatava abi liik kui maht), abistamise võimalused ja otstarbekus. Otsustuse tegemiseks on vajalik analüüsida nii tervisliku kui funktsionaalse seisundi andmeid, samuti sotsiaalseid ressursse, mis on paljudel juhtudel dünaamiliselt muutuvad. See on võimalik standardiseeritud dokumentatsiooni olemasolul. Dokumenteerimine on vajalik ka info vahetamiseks erinevate ravi-ja hoolduasutuste ning –töötajate vahel eaka patsiendi/kliendi ravi ja hoolduse järjepidevuse tagamiseks.

Seisundi hindamine on kõigi professionaalide kohuseks, kes töötavad toimetulekuraskustega eakatega. Hindamise fookus ja detailsus sõltub hindaja professionist ning sellest, kas tegemist on esmatasandi või spetsialiseeritud geriaatrilise hindamisega. Ilmselt pole otstarbekas rakendada universaalseid hindamise dokumente, sest andmete vajadus sõltub paljudest teguritest: teenindatavast kontingendist, teenindavast institutsioonist (haigla, avahooldus, hooldusasutus jne.), osakonna spetsiifikast (näiteks psühhogeriaatria) ja muustki. Samas tuleb kehtestada miinimumnõuded, mis peavad dokumentatsioonis tingimata sisalduma.

Esitame loetelu miinimumnõuetest ning pakume soovituslikke hindamise vahendeid (lisades).

8.1.Geriaatrilise hindamise miinimumnõuded.

Erinevad spetsialistid peavad töös eaka patsiendi/kliendiga hindama järgmisi valdkondi:

Arst

- diagnoosid, sündroomid
- igapäevaelu toimingud (pesemine, riietumine, tualeti kasutamine, liikumine toas, uriini ja rooja pidamine, söömine)
- viis instrumentaalset igapäevatoimingut (liikumine transpordivahendiga, sisseostude tegemine, toidu valmistamine, majapidamistöde tegemine, rahaga arveldamine)
- dementsuse kahtlusel lühike mälutest (10 küsimust)
- depressiooni kahtlusel geriaatrilise depressiooni skaala lühivorm (15 küsimust)
- kehakaal, toitumus
- kasutatavad ravimid
- formaalsed ja mitteformaalsed abistajad

Õde

- funktsionaalne seisund – nägemine, kuulmine, tasakaal, kõndimisvõime, käte funktsioon
- igapäevaelu toimingud (pesemine, riietumine, tualeti kasutamine, liikumine toas, uriini ja rooja pidamine, söömine)
- viis instrumentaalset igapäevatoimingut (liikumine transpordivahendiga, sisseostude tegemine, toidu valmistamine, majapidamistöde tegemine, rahaga arveldamine)
- dementsuse kahtlusel lühike mälu test (10 küsimust) või Mini-mental test
- depressiooni kahtlusel geriaatrilise depressiooni skaala lühivorm (15 küsimust)
- kehakaal, toitumus
- kasutatavad ravimid
- formaalsed ja mitteformaalsed abistajad
- koduse keskkonna ohutus

Sotsiaaltöötaja

- õiguslik olukord
- lähisugulaste/põhihooldajate andmed
- majanduslik toimetulek
- elukeskkond
- sotsiaalne funktsioneerimine
- sotsiaalne võrgustik
- vägivalla või väärkohtlemise olemasolu
- toetusallikad
- igapäevaelu toimingud (pesemine, riietumine, tualeti kasutamine, liikumine toas, uriini ja rooja pidamine, söömine)
- viis instrumentaalset igapäevatoimingut (liikumine transpordivahendiga, sisseostude tegemine, toidu valmistamine, majapidamistöde tegemine, rahaga arveldamine)

8.2. Miinimumandmestik eakate ravi- ja hooldusasutustele

Miinimumandmestik on vajalik geriaatrilise abi järjepidevuse tagamiseks, patsiendi/kliendi seisundi dünaamiliseks jälgimiseks ning teenuste optimeerimiseks.

- **Institutsionaalsele ravile/hooldusele võetud geriaatrilise patsiendi/kliendi andmestik**
 - isikuandmed
 - lähedaste kontaktandmed
 - institutsiooni võtmise põhjus
 - diagnoosid
 - ravimid (s.h. antispühhoofilised ravimid)
 - kognitiivne funktsioon (deliirium, dementsus)
 - meeleolu (depressioon, ärevus)
 - nägemine
 - kuulmine, suhtlemine
 - uriini inkontinents, püsikateeter
 - dehüdratatsioon/vedeliku retentsioon

toitumus
lamatised
hammaste hooldus
kukkumised
igapäevaelu toimingud, taastusravi võimalused
psühhosotsiaalne heaolu (suhtumine enesesse, sotsiaalsed suhted)
käitumisprobleemid (ringikõndimine, häiriv kõne, füüsiline agressiivsus)
harrastused, tegevused (inaktiivne, ei osale)
füüsilised tõkendid

- **Avahoolduse kliendi miinimumandmebaas**

isikuandmed
avahooldusele võtmise põhjus
diagnoosid
ravimid
sotsiaalne võrgustik
teave koduteenuste ja meditsiiniabi kohta (teenuse liik, osutaja)
igapäevaelu toimingud, taastusravi võimalused
viis instrumentaalset igapäevatoimingut (liikumine transpordivahendiga, sisseostude tegemine, toidu valmistamine, majapidamistöõde tegemine, rahaga arveldamine)
kognitiivne funktsioon (dementsus)
meeleolu (depressioon, ärevus)
psühhosotsiaalne heaolu (suhtumine enesesse, sotsiaalsed suhted)
käitumisprobleemid (ringikõndimine, häiriv kõne, füüsiline agressiivsus)
harrastused, tegevused
koduse keskkonna vastavus kliendi seisundile, ümberkohandamise võimalused

9.Eakatele vajalikud tervishoiu- ja hoolekandeesutused ning teenused

Tervishoiu- ja hoolekandeteenused on kirjeldatud ja litsenseeritud väga erineval moel, osa asutusi ja teenuseid ei oma täpseid kirjeldusi. Seetõttu ei ole koguni medikutele ja hoolekandetöötajatele alati arusaadav, milliseid teenuseid milliselt asutuselt või institutsioonilt oodata. Arusaadavalt ei ole kirjeldatud praegu veel mitte toimivad teenused ja asutused. Geriaatrilise abi teenused ja asutused on kirjeldatavad analoogselt teiste tervishoiu- ja hoolekandeesutuste ja teenustega.

9.1. Eakatele suunatud tervishoiu-, hoolekande- ja psühholoogilise abi teenuste kirjeldamise vajadus.

Antud teenuste loetlemisel ja kirjeldamisel on neli eesmärki:

1 – luua “ühine keel” kõigis erinevates eakaid teenindavates tervishoiu- ja hoolekandestruktuurides;

2 – luua omavalitsustele, haigekassadele jmt. vanurite teenuseid finantseerivatele struktuuridele taustmaterjal finantsproportsioonide väljatöötamiseks;

3 – võimaldada omavalitsustel hinnata oma haldusterritooriumi eakate teenustega kaetust ja juurdepääsu teenustele;

4 – tuua välja ja kirjeldada teenustesüsteemis olematud, kuid vajalikud teenused, ning kokkulepitud kirjelduse järgi asuda vajaminevaid teenuseid välja arendama.

Teenuse mõiste. Sotsiaalse heaolu (s.h. hoolekande) süsteemi ülesehitamisel ja korraldamisel on mõistel *teenus* vähemalt kaks tähenduslikku aspekti, mis ei pruugi alati kokku langeda:

- Majanduslik (tehinguline) ja/või rahaline tähendus, arveldamise mehhanism.
- Töökorralduslik (sisuline) tähendus, töö korralduse ja hulga mõõtmise mehhanism.

Teenuste loendi koostamise aluseks on antud peatükis võetud teenuste sisuline aspekt. Teenused süstematiseeritakse järgnevalt:

1. Üldised avalikud teenused
2. Teenused, mis tagavad eaka inimese juurdepääsu üldistele avalikele teenustele .
3. Geriaatrilised teenused.

Geriaatriliste teenuste sihtgrupiks on enamasti eakad inimesed (üle 65-aastased inimesed), kuid nende kasutamine võib osutada efektiivseks ka noorematel terviseprobleemide tõttu toimetulekuraskustega inimestel

Kõiki üldisi avalikke teenuseid antud töös ei kirjeldata, sest see muudaks töö liiga mahukaks.

9.2. Teenuse kirjelduse formaat.

Selleks, et standardiseerimisprotsess toimuks hoolekande kõigi sihtgruppide vajadusest lähtuvalt ühistel alustel, on geriaatrilise abi vormide teenuse kirjelduse formaat on võetud Sotsiaalministeeriumi tellimusel Valdeko Paaveli juhtimisel 2000.a. valminud tööst “Psüühiliste erivajadustega inimeste riikliku hoolekande teenuste ja asutuste esialgne loend”.

Teenus:	Üldnimetus
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Ühe lausega
Sisu, tegevused	Sisu kirjeldus, millest koosneb/moodustub, tegevused, meetodid, tehnika vms, sisu tunnused – mis peab olema olema, et võiks rääkida antud teenusest
Maht	Kas tegemist on tulemuskeskse teenusega või mingi (toetava, asendava, kompenseeriva) funktsiooni täitmise teatud mahus; kui viimast, siis missugustes mahtudes on optimaalne
Tingimused	Missugustele kriteeriumidele peab inimene vastama, et ta muutuks n.ö. teenuse saamise õigustatud subjektiks
Kord	Teenuse kättesaamise protseduurid, teenustega seotud institutsioonid
Staatuse	
Rahastamine	Kes maksab, missuguse osa eest ja kuidas

TEENUSE OSUTAJA

Tunnus	Sisu
Nõuded	Nõuded, millele teenuse osutaja peab vastama
Saamine	Protseduurid, mida peab läbima, et teenuse osutajaks saada

9.3. Geriaatrilist abi osutavate asutuste loetelu.

Võimalusel on välja toodud teenuse osutaja soovituslik ja arvestuslik “tingühik” finantseerimiseks.

* tärniga on tähistatud teenused, mida hetkel ei ole või on olemas väga piiratud mahus, kuid milliste eelisareng on ekspertide arvates vajalik eakate vajadustele vastava geriaatrilise abi süsteemi loomiseks.

Lisadena on esitatud geriaatrilist abi osutavate asutuste kirjeldused ühtsetel formaatidel.

Nimetus Teenuse mõõt

• Tervishoiuasutused

Haigla geriaatriaosakond*	voodipäev
Pikaravi osakond või –haigla	voodipäev
Psühhogeriaatria osakond	voodipäev
Õendushoolduskeskus*	voodipäev

• Hoolekandeaasutused

Üldhooldekodu	voodipäev
Päevahoolduskeskus*	päeva/tunni hind
Päevahoolduskeskus dementsetele inimestele*	päeva/tunni hind
Päevakeskus	
Hooldekodu dementsete osakond	voodipäev
Muude psüühikahäiretega eakate hooldekodu/osakond*	voodipäev

9.4. Vanurite toimetulekuks vajalike tervishoiu-, hoolekande ja psühholoogilise abi teenuste loetelu

Võimalusel on välja toodud teenuse osutaja soovituslik ja arvestuslik “tingühik” finantseerimiseks.

* tärniga on tähistatud teenused, mida hetkel ei ole või on olemas väga piiratud mahus, kuid milliste eelisareng on ekspertide arvates vajalik eakate vajadustele vastava geriaatrilise abi süsteemi loomiseks.

Lisadena on esitatud teenuste kirjeldused ühtsetel formaatidel.

Nimetus Teenuse mõõt

• Tervishoiuteenused

Geriaatriline hindamine*	kombineeritud (teenuse hind ja/või tunni hind)
Õendushooldus*	tunni hind
Funktsionaalse seisundi hindamine ja õendusplaani koostamine, õendustoimingute sooritamine	
Õendusnõustamine ja eneseabigruppide juhtimine (tervisenõustamine)	
Juhtumi korraldamine (<i>case management</i>)	

Hooldusõdede, hooldajate õpetamine, superviseerimine
Vabatahtlike õpetamine ja superviseerimine

Taastusraviteenused - teenuse/tunni hind
Haigla- ja kodune taastusravi * (sisaldub füsioteraapia teenuse kirjelduses erineva
finantseerimisskeemiga)
 Füsioteraapia
 Tegevusteraapia
 Kõneteraapia
Hospiitsiteenus*

• **Sotsiaaltöötaja teenused**

Klienditöö:

Sotsiaaltöötaja vastuvõtt tunni hind
Sotsiaaltöötaja koduviit tunni hind
Juhtumi korraldamine (case management) *

Kogukonnatöö

Vabatahtlike ja eneseabigruppide juhtimine, nõustamine,
koolitamine ja juhendamine*

• **Hoolekandeteenused**

Koduhooldus

Tegevusjuhendaja teenus*

Soe toit koju

toidukorra maksumus

Transporditeenus

km hind

Dementsete päevahooldus

päeva/tunni hind

Kehalise puudega eakate päevahooldus

päeva/tunni hind

Eluasemetenus (toetatud elamine)

kuu hind

• **Psühholoogilise abi teenus**

Psühholoogi vastuvõtt

tunni hind

Nõustamine

Psühholoogilised uuringud

Psühhoteraapia

• **Hingehoiuteenus***

tunni hind

10. Eakatega töötavate professionaalide geriaatiline/gerontoloogiline ettevalmistus.

10.1. Ülevaade geriaatilisest/gerontoloogilisest koolitusest Eestis

Järgnevalt on esitatud andmed spetsialistide põhi- ja jätkukoolituse kohta. Täiendkoolitus on koordineerimata ja andmed on lünklikud, mistõttu neid siin ei esitata.

- **Arstid**

Põhiõpe. TÜ arstiteaduskonna põhiõppekavas eraldi ainet “geriaatria” ei ole, kuid geriaatria elemente õpetatakse mitmete ainete raames, põhjalikumalt oma eriala piires geneetikas, terviseedenduses, silmahaigustes, kõrva-nina-kurguhaigustes, närvihaigustes, psühhiaatrias, perearstiteaduses ja taastusravis. Valikainena on alates 1999.aastast võimalik arstitudengitel valida kursusi “Sissejuhatus geriaatriasse” 1 ainepunkt (AP, 40 tundi õppetööd) ning alates 2000.aastast ka “Geriaatria I” 1 AP.

Jätkukoolitus. TÜ Sisekliiniku ja Maarjamõisa Polikliiniku internidele ja residentidele on tavaks viia läbi üks seminar (2-4 tundi) teemal Eaka patsiendi kliiniline käsitlus. Teiste praktikakohtade osas kindlad andmed puuduvad. Süstemaatiline diplomijärgne süvakoolitus geriaatrias (pikem geriaatria kursus või praktika residentidele ning geriaatria residentuur) puuduvad. Geriaatriaprobleeme käsitletakse perearstide ümberõppe raames (12 tundi loenguid, 12 tundi praktikat).

- **Õed**

Põhiõpe. Õppekavas, mis rakendus 1992. aastal, oli ette nähtud 140 tundi terve vanuri hooldust ja 180 tundi geriaatrilist põetust. Alates 1996 aastast, mil rakendus uus põhikoolituse õppekava, sisalduvad eakate probleemid Tartu Meditsiinikoolis peamiselt kolmes moodulis: I moodulis 14 t. auditoorset tööd teemal “Terve vanur”, 6 tundi eelkliinilist praktikat ning 120 tundi vanuri hooldust; II moodulis 4 tundi haige vanuri õendust (geriaatrilisi elemente sisaldub ka teistes õenduse ainetes) ja 16 tundi praktikat, III moodulis käsitletakse eakate ja elu lõpu probleeme kursuses “Terminaalne õendus” 6 tundi ja õpilane võib valida (ning sageli teebki seda) koduõenduses patsiendiks eaka inimese (praktikaõpe 240 tundi).

Tallinna Meditsiinikoolis käsitletakse eakate probleeme tunduvalt vähem: terve vanur 0,5 AP, haige vanuri ja surija õendus 0,5 AP, vanuri haigused 0,25 AP, vanuri koduõendus 0,5 AP (kokku 1,75 AP ehk 70 tundi).

Kohtla-Järve Meditsiinikooli kohta täpsed andmed puuduvad.

Tartu Meditsiinikooli õpilased saavad alates 1999.aastast valida valikaineks ka TÜ arstiteaduskonna kursust “Sissejuhatus geriaatriasse” 1 AP.

Jätkukoolitus. Geriaatriaõe süvakoolitus Eestis puudub.

- **Sotsiaaltöötajad**

Põhiõpe. Tallinna Pedagoogika Ülikoolis (TPÜ) on sotsiaaltöö bakalaureuseõppe baasõppekavas (alates 1991 aastast) järgmised kursused: “Eakate hoolekanne I” 2 AP, “Eakate hoolekanne II” 2 AP, “Gerontoloogia praktikum” 4 AP, “Geriaatria” 3 AP, “Sotsiaalgerontoloogia ja vanuripoliitika” 2 AP, samuti sisaldavad eakate probleeme kursused “Liikumisteraapia alused” ning “Arengupsühholoogia”. Kõigi nimetatud kursuste läbimine on sotsiaalgerontoloogia lisaerialal kohustuslik.

Tartu Ülikooli sotsiaaltöö erialal sisalduvad eakate probleemid kursustel “Sissejuhatus sotsiaaltöösse”, “Inimese areng” ja “Sotsiaaltöö sihtrühmad”, “Demograafia”, “Sotsiaalpoliitika”, sotsiaaltöö meetodi ained, samuti on võimalik läbida praktika eakaid teenindavates institutsioonides. Kohustuslikest kõrvalainetest sisaldavad eakatega seotud küsimusi “Arengupsühholoogia”, “Sotsiaalne heaolu”, “Kohalikud omavalitsused”. Võimalik on valida kursusi “Eakate hoolekande perspektiivid” 2 AP, ning arstiteaduskonna valikaine “Sissejuhatus geriaatriasse” 1 AP.

TÜ Pärnu Kolledžis on sotsiaaltöö korralduse erialal otseselt gerontoloogia/geriaatria kursusi ei ole, mõningaid elemente sisaldub teistes kursustes.

Jätkukoolitus. TPÜ sotsiaaltöö magistriõppes on kursus “Teenused eakatele” 1 AP, samuti sisalduvad eakate probleemid “Arengupsühholoogia” kursuses.

- **Sotsiaalhooldajad**

Sotsiaalhooldajaks on võimalik õppida keskkooli järgselt, õppekava pikkuseks on 80 AP. Sotsiaalhooldaja võib töötada avahoolduses ja hoolekandeesutustes.

Põhiõpe. Koolitus toimub Tallinna Pedagoogilises Seminaris, Rakvere Pedagoogilises Koolis ja Pärnu Kodumajanduskoolis, Antsla Põllutöökoolis, Kuressaare Ametikoolis, Tartu Meditsiinikoolis. Eraldi kursusi gerontoloogia/geriaatrias õppekavades ei ole. Eaka inimesega seonduvaid õppeaineid on Tallinna Pedagoogilise seminari õppekavas 5 AP ja Pärnu Kodumajanduskooli õppekavas 3 AP.

- **Hooldusõed**

Hooldusõeks on võimalik õppida keskkooli järgselt ja õppekava pikkuseks on 80 AP. Hooldusõde võib töötada tervishoiu- ja hoolekandeesutustes ning avahoolduses.

Põhiõpe. Tallinna Diakooniakoolis on võimalik õppida hooldusõeks. Eaka inimese hooldusõenduse maht õppekavas on 1 AP.

10.2. Rahvusvaheline kogemus geriaatria/gerontoloogia õpetamisel.

- **Arstid**

Põhiõpe. Enamuses ülikoolides sisalduvad geriaatria/gerontoloogia küsimused erinevate ainete kursustes. Geriaatria õppetool kannab koordineerivat rolli teemade ja mahtude osas. Paljudes ülikoolides on lisaks integreeritud õppele veel lühemad geriaatriakursused, mis tavaliselt toimuvad 5.-6. aastal (näiteks Turu Ülikoolis 6. aastal 1 nädal, Ljubljana Ülikoolis 5. aastal 20 tundi, Kaunase Meditsiiniülikoolis 6. aastal 3 nädalat) ning vanemate kursuste üliõpilased läbivad geriaatria praktika 4-6 nädala jooksul (Washington University, St.Louis, Case Western Reserve University, Cleveland).

Jätkuõpe. Enamuses Lääne-Euroopa ja Põhja-Ameerika riikides sisaldub geriaatria perearstide ja sisearstide residentuuriõppekavas (Kaunase Meditsiiniülikool 2 nädalat, Case Western Reserve University 4 nädalat). Samuti on võimalik enamuses riikides (sealhulgas kõigis Põhja-Euroopa riikides ning Leedus, Läti kohta andmed puuduvad) läbida geriaatria residentuur, tavaliselt 1-2 aastase õppena pärast perearsti või sisearsti eriala omandamist ning saada geriaatri kvalifikatsioon. Euroopa Ühenduse nõuded geriaatriate ettevalmistamiseks aastast 1995 kehtestavad siiski nõude, et vähemalt 2-aastasele residentuurile üldmeditsiinis peab järgnema 4-aastane geriaatria residentuur.

Täiendõpe. Täiendõppe kavasad on väga erinevaid – alates 1-päevastest kitsale teemale pühendatud seminaridest ning pikematest (1-2-nädalased) geriaatria-alastest täiendustest kuni distantsõppeni.

- **Õed**

Soomes on õdede põhiõpetus kutsekõrghariduse tasemel ning eaka inimesega seonduvad ained moodustavad 5-10 AP (õppekava kogumaht 140 AP). 10 AP ulatuses on võimalik õppida eaka inimese õendust näiteks Kymenlaakso, Kuusankoski ning Pirkkanmaa ametikõrgkoolis. Suurbritannias Leedsi Ülikooli Tervishoiukolledžis on võimalik õppida põhiõppes üldõe, lasteõe, vaimupuudega haige ja puudega inimese õe erialal. Lõpetamise järgselt on võimalik jätkata diplomioppes, geriaatriaõeks õppides. Ka Norras on võimalik põhiõppe järgselt jätkata dipolmioppes ja saada geriaatriaõe kutse. Norra Bergensi, Oslo ja Trosno Ülikoolides on võimalik saada geriaatriaõe kõrgharidus.

- **Sotsiaaltöötajad (Põhjamaade kogemus)**

Põhiõpe. Enamuses ülikoolides sisalduvad geriaatria/gerontoloogia küsimused erinevate põhiainete kursustes (arengupsühholoogia, toimetulek ja sotsiaalsed probleemid, sotsiaalpoliitika jne.). Eraldi geriaatria õppetooli kui sellist pole. Teemad on integreeritud sotsiaaltöötajate õppekavadesse. Küll on võimalik praktika jooksul ja valikainete valikuga (praktikat on kokku 15-40 AP ja valikaineid 10-15AP) oma spetsialiseeritust eakatele suunata. Samas on võimalik ka oma lõputöö teema valikuga veelgi kinnistada oma kitsamat soovi spetsialiseeruda eakatele.

Põhjamaades kestavad sotsiaaltöö eriala bakalaureusekraadi õpingud 3,5-4 aastat. Kaks aastat tagasi muudeti näiteks Stockholmi Ülikooli õppekava. Uue õppekava kohaselt on võimalik kohe valida suunitlus töötamiseks puuetega inimeste ja eakatega (kogu kursus 140 AP). Põhikursus 40 AP on koos sotsiaaltöö ja sotsiaalpedagoogi üliõpilastega ning pärast esimest aastat algab süvendatud teadmiste omandamine. Sarnaseid muudatusi kavandatakse ka Norras ja Taanis.

Jätkuõpe. Enamuses Põhjamaade magistriprogramme (40-60 AP) on üles ehitatud vaba valiku printsiibile, s.t. kohustuslik on ainult teadustöö metodoloogia ja meetodi kursus, kõik ülejäänud kursused valib üliõpilane ise vastavalt oma soovidele. Nii on magistriprogrammi käigus võimalik omandada teadmisi vaid eakaid puudutavatest teemadest.

Täiendõpe. Ülikoolid pakuvad magistriprogrammi raames olevaid kursusi ka iseseisvate kursustena. Samuti on väga erinevaid täiendõppe kavasisid: alates 1-päevastest teemaseminaridest ning pikematest (1-2 nädalased) geriaatria-alastest täiendustest kuni distantsõppeni (näiteks Lundi ülikool pakub 20 AP kursust interneti vahendusel "Eakate hoolekanne ja toimetulek").

10.3. Geriaatrilise/gerontoloogilise ettevalmistuse parandamine.

Kuna eakate inimeste probleemid nõuavad väga sageli erinevate professionaalide koostööd, siis peab eduka koostöö laabumiseks nende erialane ettevalmistus sisaldama sarnaseid elemente.

Järgnevad ettepanekud rõhutavad erinevate professionaalide geriaatrilise/gerontoloogilise koolituse sarnaseid printsiipe. Ettepanekud erialaseks süvakoolituseks on esitatud soovituslikes õppeprogrammides.

Kuna geriaatria/gerontoloogia õpetamine on sageli integreeritud paljude õppeainete vahel, on vajalik koordineeriva üksuse (koordineerija, keskuse, õppetooli vmt.) olemasolu, kelle ülesandeks on kindlustada kõigi vajalike teemade kaetus ning liigsete korduste vältimine, samuti geriaatria/gerontoloogia alane teadus- ja rakendustöö.

10.3.1. Geriaatrilise/gerontoloogilise koolituse põhimõtted

- **Eesmärk** – valmistada ette spetsialistid kompetentse ja optimaalse abi andmiseks eakatele
- **Koolituse sisu**
 1. **Hoiakud**
 - müüdid ja stereotüübid eakatest inimestest
 - vanuseline diskrimineerimine

mitmekesisus/individuaalsus
interdistsiplinaarsus
mõistev ja hooliv suhtumine, kaasa arvatud elu lõpu otsused

2. Teadmised

Baasteadused (demograafia, vananemise teooriad, normaalne ja patoloogiline vananemine, anatoomilised muutused, füsioloogilised muutused, funktsionaalsed muutused)

Kliinilised teadused (eakate sagedasemad haigused ja sündroomid, haiguste ennetamine ja terviseedendus eakatel, taastusravi eakatel, eakate õendushooldus)

Sotsiaalteadused ja psühholoogia (psühholoogilised ja sotsiaalsed muutused, sotsiaalseadusandlus, kogukonna ressursid, eetlised probleemid, eaka väärkohtlemine, nõustamine, hooldajate toetamine, toimetulekuvõime)

3. Oskused

Igakülgse geriaatrilise hindamise meetodid

Geriaatriline meeskonnatöö

Hoolduse ja ravi planeerimine, ressursside kasutamine.

- **Koolituse strateegia**

Integreeritud õppekava (teemade käsitus erinevate ainete koosseisus)

Sissejuhatav ja kokkuvõttev osa

Interdistsiplinaarne lähenemine

Õppetöö/praktika kohtade mitmekesisus

Kogemuse järjepidevus (patsiendi/kliendi pikemaajaline jälgimine)

10.3.2. Geriaatrilise/gerontoloogilise koolituse tasemed

1. Põhikoolitus (diplomieelne)

A. Põhiõppekava

Eesmärk – valmistada ette spetsialistid abi andmiseks eakatele inimestele sagedasemate probleemide lahendamisel oma pädevuse piires.

Sissejuhatav interdistsiplinaarne geriaatriakursus koolituse algul – eesmärgiga

kujundada positiivseid hoiakuid ja suhtumist nii vananemisse kui meeskonnatöösse geriaatrias ning omandada gerontoloogiline/geriaatriline põhiterminoloogia. Optimaalne vorm – interdistsiplinaarne õpperühm ja interdistsiplinaarne õpetav meeskond.

Erialane gerontoloogiline/geriaatriline koolitus integreeritud õppekava vormis

eesmärgiga õpetada antud erialal vajalikke üldisi teadmisi ja oskusi töös eakate patsientide/klientidega. Monodistsiplinaarne õpperühm, ühe või mitme eriala õppejõud.

Kokkuvõttev interdistsiplinaarne geriaatriakursus koolituse lõpul – eesmärgiga

õppida teadmiste ja oskuste kasutamist praktiliste juhtumite lahendamisel. Optimaalne vorm – interdistsiplinaarne õpperühm ja interdistsiplinaarne õpetav meeskond.

B. Diplomieelne süvakoolitus geriaatrias/gerontoloogias

Eesmärk – valmistada ette spetsialistid abi andmiseks eakatele inimestele sagedasemate probleemide lahendamisel peamiselt eakatest koosnevas

institutsioonis.

Geriaatrilise/gerontoloogilise lisaeriala või valikainete läbimine (soovitavalt moodulõppe vormis).

2. Diplomijärgne süvakoolitus (jätkukoolitus) geriaatrias/gerontoloogias

Eesmärk – valmistada ette spetsialistid abi andmiseks hulgiprobleemidega eakatele inimestele üldtüüpi ja spetsialiseeritud geriaatrilistes/gerontoloogilistes asutustes.

Eakate inimeste probleemide süvakäsitlus erialast lähtuvalt.

Teiste erialade spetsialistidelt saadava informatsiooni kasutamise oskused.

Juhtimine, majandamine, suhtlemine, protsessi ja tulemuste hindamine.

Meeskonnatöö praktiseerimine.

Moodulõppe teise eriala raames või geriaatria/gerontoloogia-alane spetsialiseerumine vastaval erialal.

3. Täiendkoolitus geriaatrias/gerontoloogias

Eesmärk – parandada vanuritega töötavate spetsialistide teadmisi ja oskusi geriaatrias ja gerontoloogias.

Mono- ja interdistsiplinaarsed täienduskursused, seminarid, konverentsid, distantsõpe.

4. Erialakoolitus

Eesmärk – parandada eakatega töötavate inimeste teadmisi ja oskusi gerontoloogias ja geriaatrias nii, et need vastaksid antud töökohal nõutavale kompetentsuse tasemele.

Kursused, moodulõpe, diplomiõpe.

10.3.3. Geriaatrilise/gerontoloogilise õppekava sisu

Põhiõppekava interdistsiplinaarsed osad (arstidele, õdedele, sotsiaaltöötajatele, füsioterapeutidele, tegevusterapeutidele) peaksid sisaldama järgmisi teemasid:

Gerontoloogia ja geriaatria mõisted. Vananemise teooriad. Edukas ja probleemne vananemine. Ühiskonna vananemine. Ealised psühholoogilised muutused. Suhtlemine eaka patsiendi/kliendiga. Elu lõpp, surm. Ealised füsioloogilised muutused. Funktsionaalse seisundi hindamine. Ealised sotsiaalsed muutused. Sotsiaalse seisundi hindamine. Meeskonnatöö geriaatrias. Eakate sotsiaalne kaitse ja sotsiaalhooldus. Vanuripoliitika sotsiaalpoliitika osana.

Põhiõppekava erialased osad peaksid käsitlema eakate inimeste spetsiifilisi probleeme erialast lähtuvalt (vt. lisa - soovituslikud õppekavad).

10.3.4. Õendus- ja hooldusala spetsialistide ettevalmistus

Sotsiaalhooldajate ja hooldusõdede koolitajatel ja tööjõu tellijatel puudub praegu ühtne nägemus õpetatavate erialade arendamiseks Eestis. Praeguse süsteemi järgi on sageli vajalik ühe vanuri avahooldusel nii sotsiaalhooldaja kui ka hooldusõe teenused, sest sotsiaalhooldaja ei tohi osutada tervishoiuteenuseid. Hooldusõdede ettevalmistus on orienteeritud rohkem haige hooldusele asutuses kui avahoolduses. Hooldusõel pole muud võimalust õppida edasi õeks, kui läbida kogu õdede õppekava, vaatamata sellele, et osa aineid on neil juba läbitud.

Eesti Vabariigis peaks olema riiklik õppekava nii hooldusõdedele kui ka sotsiaalhooldajatele, mis arvestaks hoolekande tegelikke nõudlusi praegusel ajal. Arvesse tuleks võtta ühiskonnas ja sotsiaal-tervishoiusüsteemis toimunud muutusi: orienteeritus avahooldusele ja avahooldusvõrgu väljaarendamine, väikehaiglate

reorganiseerimine pikaravihaiglateks ja hooldekodudeks ning rahvastiku vananemine. Nõudlus koolitatud sotsiaalhooldajate ja hooldusõdede järele on juba praegu olemas ning on ette näha selle olulist kasvu lähema aastakümne jooksul.

Tervishoiu- ja sotsiaalprobleemide tiheda seotuse tõttu võiks kaaluda varianti, kus on ühendatud nii sotsiaalhooldaja kui ka hooldusõe oskused (sotsiaalhooldusõde, õppekava 80AP). Sellise ettevalmistuse saanud inimene võiks töötada nii avahoolduses ja hoolekandeesutustes kui ka tervishoiuasutustes.

Ettepanek on jagada hooldusõe ettevalmistus kaheks osaks – 40 AP üldettevalmistus ning 40 AP kitsam erialane ettevalmistus (lastehooldus, vanuritehooldus, psüühiliselt haigete hooldus jmt.).

Soovitavad teemad eaka inimesega töötavate hooldusõdede ja sotsiaalhooldajate ettevalmistamiseks:

- Eakate koht ühiskonnas ja eetika vanuritega töötamisel
- Individuaalne töö eakatega, suhtlemine eaka patsiendiga
- Gerontoloogia - füüsiline, psüühiline, sotsiaalne vananemine
- Eakate inimeste teenindamise korraldus
- Vanaea haigused ja eaka haige hoolduspõetus
- Vanaea sagedasemad traumad ja esmaabi nende korral
- Ravimite manustamine eakatele
- Eakate liikumine
- Eakate toitumine
- Keskkonna turvalisus ja keskkonna hindamine

Hooldusõdede kõrval töötab praeguses hoolekandesüsteemis ka väga palju hooldajaid, kes on ilma erialase ettevalmistuseta ning kes vajaksid erialast väljaõpet.

Õendusosalal töötavate professionaalide ettevalmistuse parandamiseks oleks vaja:

- Viia läbi uuring õdede, sotsiaalhooldajate ja hooldusõdede iga-aastase koolitusvajaduse väljaselgitamiseks.
- Välja töötada hooldusõe ja sotsiaalhooldaja riiklikud õppekavad (võimalusel spetsialiseeritud õppekavad).
- Võimaldada õppida sotsiaalhooldajaks ja hooldusõeks nii keskkooli kui põhikooli lõpetamise järgselt.
- Kaaluda sotsiaalhooldaja ja hooldusõe ettevalmistuse ühitamise võimalust, vaadata üle hooldusõe ja sotsiaaltöötaja kutsestandardid.
- Õdede riikliku õppekava uuel korrigeerimisel arvestada õppekavas eaka inimesega seonduvate õppeainete mahuks 5-8 AP ning kajastada need ka diplomiga kaasa antaval hinnetelehel.
- Arendada õdede geriaatrilist täiendkoolitust ning diplomijärgset koolitust (bakalaureuseõppes, magistriõppes).

11. Eakat hooldava pere toetamine

Eakate arv, kes vajavad pidevat kõrvalabi, on väga suur. On mõeldamatu, et kogu vajaliku hoolduse peaks katma riik. Laiaulatuslik ja pikaajaline hooldus läheks väga kalliks. Pereliikmed ja sugulased-tuttavad kannavad hooldades väga suurt koormat. On ka mõeldamatu, et nad teevad seda ilma igasuguse toetuse ja abita.

Uuringud mujal maailmas näitavad seda, et pered ei soovi üldse loobuda hooldamisest, nad tahavad seda ise teha, kuid nad vajavad abi hooldamises ja eelistavad pigem saada teenuseid kui otsest majanduslikku abi. Näiteks ajutise puhkuse võimalust.

Hooldaja õigused Rzetelny ja Mellor'i järgi (Emlet 1996)

1. Õigus elada omaenda elu
2. Õigus valida hooldamise plaani
3. Olla vaba finantsilisest ja juriidilisest sunnist hoolduse teostamisel
4. Õigus olla tunnustatud eluliselt vajaliku perestabiilsuse allikana

Kirjanduse allikate põhjal (Aneshensel et al. 1995; Kosberg, Cairl 1986; Emlet 1996) tuuakse välja veel järgmised hooldajate probleemid:

- Lisaks füüsilisele raskusele lisandub meeleheide sotsiaalse toetuse puudumisel-patsiendi käitumine võib olla piinlikkust tekitav ja hooldaja isoleerub seetõttu, loobub endistest tegevustest.
- Hooldajate depressioon võib olla väga kõrge ja tajutud koormus seega suurem kui see objektiivselt on.
- Hooldajatel on kolm korda rohkem stressiga seotud sümptome ja nad kasutavad rohkem psühhoaktiivseid ravimeid kui kontrollisikud.
- Kui õed-vennad osalevad vanemate hoolduses koos, võivad üles kerkida vanad konfliktid. Nad peavad hooldades koostööd tegema ja oma suhted ümber defineerima. Lastel, kes on olnud peres patuoinad või kelle kallal on tarvitatud vägivalda, on raske vanemaid hooldada. Ka vanemate ja laste suhe tuleb sageli ümber defineerida. Laste jaoks võib olla raske aktsepteerida fakti, et vanemad ei aita enam neid, vaid nemad peavad aitama oma vanemaid.
- Kui peres on jäigad traditsioonilised soorollid, siis leiab naine end üksi täitmas kõiki hooldusülesandeid.
- Eriti koormav on hooldada dementset. Vaimse ülepinge allikaks on hooldatava mäluhäired, probleemne käitumine ja isiksuse muutused.

On igati õige, et pereliikmed kannavad oma abivajavate liikmete eest hoolt, kuid kui nad seejuures ise läbi põlevad, siis ei võida sellest keegi. Ka ühiskond kannab ainult lisakulutusi. Seetõttu on otstarbekas hinnata ka vanurit hooldava pere probleeme ning vajadusel neid toetada.

Eakat hooldaval perel peab olema soovi korral võimalik kasutada dementsete või füüsilise puudega eakate päevahoolduse teenust (vt. teenuste kirjeldused lisas), vajadusel ajutist hooldusasutusse paigutamise võimalust (osalise perepoolse finantseerimisega) või õendushooldusteenust.

Eaka hooldamisel peres peab perel olema võimalik taotleda rahalist toetust hooldusega seotud kulude kompenseerimiseks. Sotsiaalteenuste eest tasumise kompenseerimisel omavalitsuse vahenditest tuleb lähtuda abivajaduse iseloomust ja mahust (seisundi hindamise dokumenteeritud tulemuste alusel) ning abivajaja (ja tema pere) ressursidest. Toimetulekuraskustega eakatele tuleb kompenseerida hädavajalikud sotsiaalteenused vastavalt individuaalsetele vajadustele, lähtudes põhimõttest, et eaka sissetulek pärast teenuste eest tasumist ei langeks

toimetulekupiirist allapoole. Sotsiaalteenuste vajadust ja ressursside muutumist tuleb sotsiaalteenuse tarbijatel hinnata dünaamiliselt.

Eakat hooldaval pereliikmel peab soovi korral olema kättesaadav igakülgne informatsioon eakate ravi-, taastusravi ja hoolduse võimalustest, hooldus- ja põetusravi, põetus- ja abivahenditest, abi psühholoogiliste ja juriidiliste küsimuste lahendamisel. Otstarbekas oleks koondada kogu info ühte institutsiooni - näiteks vanurikabinet või vanurikeskus.

12. Eakate olukorra dünaamiline hindamine, muutuste prognoosimine.

Meie andmetel on EGGA poolt korraldatud Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000 esimene esinduslik eakate uurimus Eestis.

- Tallinna Pedagoogika Ülikooli poolt 1997.a. tehtud uurimus (töörühma juht prof. Taimi Tulva) hõlmas Põhja- ja Lääne Eesti eakate toimetuleku- ja terviseprobleeme (Tulva 1998).
- Kalev Katus kaastöötajatega on põhjalikult uurinud rahvastikuvananemist Eestis (Katus jt. 1999).
- Aastail 1996-1997 EV Sotsiaalministeeriumi tellitud uuring (prof. E. Tiidu juhtimisel) "Puudega inimeste pere" sisaldas peamiselt eakaid inimesi.
- Eakate grupi andmeid on võimalik eristada kogu Eesti elanikkonda käsitlevates uuringutes – leibkonnauuringud, tööjõu-uuringud, rahvaloenduse andmed, vaesuseuuring, elutingimuste uuring Eestis 1999 aastal Norbalt II Tartu 2000 (EV Sotsiaalministeerium, EV Statistikaamet; Tartu Ülikool, Rakenduslike Sotsiaaluuringute Instituut FAFO Norra)- kuid need on suhteliselt kitsalt piiratud andmetega.
- Eesti Terviseuuring (EKMI, Mall Leinsalu juhtimisel, teostatud 1996.a.) on mahukas uurimus, mis sisaldab andmeid ka eakate inimeste tervise ja toimetuleku kohta, paraku oli küsitlute vanuse ülempiiriks 79 aastat, seega puuduvad andmed kõige vanema eagrupi kohta (Leinsalu jt. 1999).

Eakate probleemide lahendamisel tuleb lähtuda objektiivsest teabest eakate majandusliku, tervisliku ja sotsiaalse olukorra kohta. Sellise info saamiseks tuleb:

- Välja töötada indikaatornäitajad eakate olukorrast ja eakatega seotud kulutustest nii sotsiaal- kui tervishoiusüsteemile regulaarse aruandluse esitamisel
- Korraldada eaka elanikkonna olukorra uurimusi erineva esinduslikkuse printsiibilt lähtudes – valla-, maakonna-, linnajao-, linna, riigi tasemel. Piirkondlike arengukavade koostamisel tuleb lähtuda erinevate eagruppide vajaduste analüüsist ja prognoosida vajaduste muutumist. Eakatega seotud prognoosid peaksid olema tehtud järgmise 30 aasta ulatuses.
- Käivitada Eesti Vananemisprogramm. Vananemine on integreeritud probleem, mis puudutab nii üksikisikuid kui kogu ühiskonda, nii biomeditsiini, kliinilist meditsiini, psühholoogiat, sotsiaaltööd ja hoolekannet, tööhõivet, tarbijakaitset, majandustegevust ja muidki aspekte, mis on harilikult omavahel põimunud,

seetõttu oleks tarvis koondada kõik vananemisega seotud uuringud ühtsesse vanuriprogrammi. Enamuses arenenud riikides on sellised programmid ellu kutsutud. Tõenäoselt on ees rahvaste ja riikide ümberrivistumine ning uue julgeolekualase ja majanduspoliitilise tasakaalu kujunemine, kus seekord saab määravaks eaka rahvastiku inimpotentsiaalile tõhusa rakenduse leidmine. Sellise programmi käivitamine on Eestile eriti oluline, kuna rahvastikuvananemise tempo on siin üks kiiremaid.

Kokkuvõtte eakatele suunatud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste arendamise vajadusest

Eesti vanasõna ütleb “Igaüks tahab kaua elada, keegi ei taha vanaks saada”. Ei kardeta ju elatud aastaid, vaid seda, et jäädakse abituks, ei tulda enam oma eluga iseseisvalt toime. Eduka vananemise korral ei tohiks sellist muret tekkida enne 90.-95. eluaastat. Paraku on tänases Eestis edukalt vananevaid inimesi vähe.

Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuring 2000 põhitulemuse võib kokku võtta nii:

Eesti ei ole elanikkonna vananemiseks valmis.

Haigestumise struktuur jääb lähematel aastakümnetel tõenäoliselt üsna sarnaseks praegusega, seega on oodata abivajava eaka elanikkonna kiiret juurdekasvu. Kõige suuremat ja kiiremat efekti vanemaeliste toimetuleku parandamisel annab, teiste riikide kogemust arvestades, eakatega töötavate spetsialistide geriaatrilise/gerontoloogilise ettevalmistuse parandamine ja spetsiaalselt vanuritele suunatud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste arendamine.

Soovime teha parima, et inimesed Eestis võiksid vananeda, tundmata hirmu vanaduspäevade toimetulekuraskuste ees. Veel rohkem soovime, et selliseid abivajajaid oleks võimalikult vähe.

Viidatud kirjandus

Allaire, S.H., LaValley, M.P., Evans, S.R., O'Connor, G.T., Kelly-Hayes, M., Meenan, R.F., Levy, D., Felson, D.T. (1999). Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years. *American Journal of Public Health*. 89(11):1678-1683.

A National Agenda for Geriatric Education: White Papers. Ed. Klein, S. Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions (1995). p.154.

Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Zarit, S.H., Whitlatch, C.J. (1995). Clinical interventions and caregiving careers. In: *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press, pp. 305-326.

Budge, M., Grundstrom, M. (2000). Antihypertensives for dementia or cognitive impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. V. 2.

D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. In: *The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions*. *Family Practice*, 11:260-266.

Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000, Tartu, 2000.

Eesti vanuripoliitika alused. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Vanuripoliitika komisjon 1999.

Emlet, C.A. (1996). The informal caregiver. In: *In-home assessment of older adults. An interdisciplinary approach*. Aspen Publishers, Inc. Caithersburg, Maryland, pp.209-233.

Espallargues, M., Alonso, J., Ruigomez, A., Anto, J.M. (1996). Osteoarticular disorders in the elderly: an approach to their population impact. *Medicina Clinica*, 106(16):601-606. (Spanish)

Evans, J.G. (1997). Geriatric medicine: a brief history. *British Medical Journal* 315(7115):1075-1077.

Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being*. <http://www.agingstats.gov/chartbook200/default.htm>

Fillenbaum, G.G., Pieper, C.F., Cohen, H.J., Cornoni-Huntley, J.C., Guralnik, J.M. (2000). Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*. 55(2):M84-89.

Hansen, F.R., Spedtsberg, K., Schroll, M. (1992). Geriatric follow-up of home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 21:445-450.

Kannel, W.B., Belanger A.J. (1991). Epidemiology of cardiac failure. *American Heart Journal*, 121:951-957.

Katus, K., Puur, A., Põldma, A., Sakkeus, L. (1999). *Rahvastikuvananemine Eestis*. Tallinn, OÜ Grafica Malen.

Kosberg, J.I., Cairl, R.E. (1986). The cost of care index: A case management tool for screening informal care providers. *The Gerontologist*, 26(3): 273-278.

Leinsalu, M., Grintšak, M, Noorkõiv, R., Silver, B. (1998). *Eesti terviseuuring: tabelid*. Tallinn, EKMI.

Luchi, R.J., Taffet, G.E., Teasdale, T.A. (1991). Congestive heart failure in the elderly. *Journal of American Geriatrics Society*, 39:810-825.

Lyketsos, C.G., Sheppard, J-M.E., Rabins, P. (2000). Dementia in elderly persons in a general hospital. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5):704-707.

McAlindon, T.E., Snow, S., Cooper, C., Dieppe, P.A. (1992). Radiographic patterns of osteoarthritis of the knee joint in the community: the importance of the patellofemoral joint. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 51(7):844.849.

McMurray, J.J., Stewart, S. (2000). Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart*, 83(5):596-602.

Melin, A.L., Bygren, L.O (1992). Efficacy of the rehabilitation of the elderly primary health care patients after short-stay hospital treatment. *Medical Care*, 30:1004-1015.

Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., Schlierf, G. (1999). A randomized trial of comprehensive geriatric intervention in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing*, 28(6):543-550.

Noro, A., Häkkinen, U., Sisko, (2000). A. Health, functional ability and use of health and social services among ageing Finns in 1996. *Stakes, Kela, STV; Terveys 2000:2; Jyväskylä*.

Palmer, R.M. (1994). Geriatric assessment. In: *Primary podiatric medicine*. Ed. Robbins, J.M. Saunders Company, 365-385.

Rubenstein, L.Z. (1987). Geriatric assessment: an overview of its impact. *Clinics in Geriatric Medicine*, 3(1):14-28.

Saks, K. (2000). Geriaatiline abi. *Eesti Arst*, 79(10):614-618.

Sarraf-Zadegan, N., Sayed-Tabatabei F.A., Bashardoost, N., Maleki, A., Totonchi, M., Habibi, H.R., Sotodehmaram, E., Tafazoli, F., Karimi, A. (1999). The prevalence of coronary artery disease in a urban population in Isfahan, Iran. *Acta Cardiologica*. 54(5):257-263.

Schultz, R., Beach, S.R., Ives, D.G., Martire, L.M., Ariyo, A.A., Kop, W.J. (2000). Associations between depression and mortality in older adults: The Cardiovascular health Study. *Archives of Internal Medicine*, 160(12):1761-1768.

Sletvold, O., Tilvis, R., Jonsson, A., Schroll, M., Snedal, J., Engedal, K., Schulz-Larsen, K., Gustafson, Y. (1996). The Nordic approach to comprehensive geriatric assessment. *Danish Medical Bulletin*, 43(4):350-359.

Srinivas, P., Wong, K.S., Chia, Y.C., Poi, P.J., Ebrahim, S. (1998). A profile of hypertension among rural elderly Malaysians. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine & Public Health*. 29(4):821-826.

Stergiou, G.S., Thomopoulou G.C., Skeva I.I., Mountokalakis, T.D. (1999). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: the Didima study. *American Journal of Hypertension*. 12(10 Pt 1):959-965.

Stuck Siu, A., Wieland, G.D., Adams, J., Rubenstein, L.Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a metaanalysis of controlled trials. *Lancet*, 342:1032-1036.

Tulva, T. (1998). Eakate toimetulekust ehk "Elu eesmärk on olla elusam". Teaduselt praktikale: uurimusi ja arutlusi sotsiaaltöö teemadel. Tallinna Pedagoogikaulikool, 148-158.

van Marwijk, H., Hoeksema, H.L., Hermans, A.A., Mulder, J.D. (1994). Prevalence of depressive symptoms and depressive disorder in primary care patients over 65 years of age. *Family Practice*, 11:80-84.

van Rossum, C.T.M., van de Mheen, H., Breteler, M.M.B., Grobbee, D.E., Mackenbach, J.P. (1999). Socioeconomic differences in stroke among Dutch elderly women: the Rotterdam study. *Stroke*, 30(2):357-362.

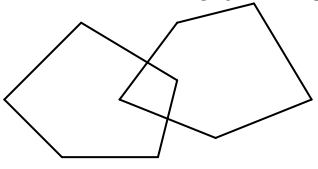
Walker, A. and Maltby, T. (1997). *Ageing Europe*. Bristol, Pennsylvania, Open University Press.

Lisad

Siin toodud hindamisvahendid, geriaatriliste asutuste ja teenuste kirjeldused ning geriaatria/gerontoloogia õppekavad on soovitusliku iseloomuga ning vajadusel kohandatavad vastavalt konkreetsetele oludele. Hindamisvahendid/vormid on tõlgitud, kohandatud või välja töötatud ning ei ole autorikaitse objektiks

MINIMENTAL TEST

Nimi _____ Vanus _____ Kuupäev _____

	KÜSIMUSED	MAKSIMAALPUNKTE/SAADUD PUNKTE
1.	ORIENTEERUMINE	
	Mis aasta praegu on?	1 /
	Mis aastaaeg praegu on?	1 /
	Mis kuu praegu on?	1 /
	Mis kuupäev praegu on?	1 /
	Mis nädalapäev praegu on?	1 /
	Mis riigis me praegu oleme?	1 /
	Mis maakonnas me praegu oleme?	1 /
	Mis linnas me praegu oleme?	1 /
	Mis haiglas/kohas me oleme?	1 /
	Mis osakonnas/korrusel me oleme?	1 /
2.	MEELDEJÄTMINE	
	Jätke meelde sõnad PIIATS, MAA, PILV. Küsin neid kohe uuesti. Mis olid need kolm sõna, mida palusin teil meeles pidada? Punkte õigetele vastustele 3 (s.t. igale 1). Korratakse, kuni saab õpitud.	3 /
3.	ARVUTUSÜLESANNE	
	Lahutage sajast seitse ja tulemusest jälle seitse ja jätkake nii edasi. Lahutage ühtekokku viis korda. Punkte õigetele vastustele vastavalt viis.	(93, 86, 79, 72, 65) 5 /
4.	Mis olid need kolm sõna, mis ma palusin teil meelde jätta?	3 /
5.	Mis see (käekell, pliiats) on ?	2 /
6.	Kuulake täpselt ja korrake sõna- sõnalt: "Õpilane lahendas keerulise ülesande".	1 /
7.	Kuulake hoolega käsku ja tehke selle järgi: "Võtke see paber paremasse kätte, murdke kaheks ja pange sülle".	3 /
8.	Lugege see lause ja tehke selle järgi: SULE SILMAD	1 /
9.	Kirjutage terviklause oma tahtmist mööda. (Lauses peavad olema alus ja öeldis ja see peab olema mõistuspärane. Kirjavead ei mõjuta).	1 /
10	Kopeerige see pilt võimalikult täpselt. Pildil on kaks viisnurka, mis lõikavad teineteist. Joonisel peab olema õige arv hulknurkade külgi ja lõikepind peab olema nelinurkne.	1 /
		
	MAKSIMAALNE PUNKTIDE ARV/SAADUD SUMMA	30 /
	Tulemus 24 ja vähem punkti näitab selgelt nõrgenemist.	

Testi läbiviija _____

Selgitusi Minimental-testi juurde

Minimental- test (Mini Mental State Examination) on kasutusel arstide, õdede, sotsiaaltöötajate poolt läbiviidavates uuringutes ja loob üldise ettekujutuse inimese kognitiivsetest võimetest.

Juhul kui Sa ei ole testi varem oma praktikas kasutanud, siis tutvü enne testi läbiviimist täpselt iga küsimuse ja selle juurde kuuluva juhisega ning varu testi käigus vajaminevad vahendid (paber, pliiats, käekell, paber millele on loetavalt kirjutatud "sule silmad").

Enne testi läbiviimist:

- Tutvusta testi olemust eakale.
- Loo testi läbiviimiseks pingevaba ja rahulik õhkkond.
- Välti segavaid asjaolusid (lülita välja telefonid, palu kolleegidel mitte häirida jne).
- Esita küsimused aeglaselt.
- Anna aega mõtlemiseks ja vastamiseks.
- Ära kiirusta.
- Ära anna vihjeid ega kommenteeri testi ajal saadud tulemusi.
- Ole sõbralik ja julgustav.

Kommentaariid mõnede testi küsimuste juurde.

2. Meeldejätmine

Punktid antakse esimesel korral meelde jäänud sõnade eest.

3. Arvutusülesanne

Kui küsimusest aru ei saada võib seda korrata. Küsimust võib korrata ka siis, kui küsitletav unustab ülesande täitmise ajal eesmärgi. Kui küsitletav teeb ühe tehte valesi ning jätkab seejärel õigesti, on valesid vastuseid 1. Paberit ja pliiatsit ei tohi kasutada.

6. Punkti saab vaid täiesti õige lause eest ja lauset ei korrata.

Lühike mälu test dementsuse kahtluse korral

- | | |
|---|-------------|
| 1. Mis kuupäev täna on? | Õige / Vale |
| 2. Mis nädalapäev täna on? | Õige / Vale |
| 3. Kus Te praegu olete? (Koha nimi) | Õige / Vale |
| 4. Öelge oma telefoninumber ja aadress | Õige / Vale |
| 5. Kui vana Te olete? | Õige / Vale |
| 6. Millal Te olete sündinud? | Õige / Vale |
| 7. Kes on meie riigi praegune president? | Õige / Vale |
| 8. Kes oli eelmine president? | Õige / Vale |
| 9. Mis oli Teie (või Teie ema) neiupeenimi? | Õige / Vale |
| 10. Kui palju on 20-st lahutada 3? | Õige / Vale |

Tulemus: neli või enam vale vastust viitab dementsusele.

Test ei sobi kõnehäiretega patsientidele/klientidele.

Kella joonistamise test

Andke patsiendile/kliendile puhas paberileht ja kirjutusvahend ning paluge tal joonistada kella “nägu” ehk “sihverplaat” nii, et kell näitaks kümme minutit üksteist läbi.

Hinnake seda, kas numbrite paigutus (1-st 12-ni) on õige, kas kellaaeg on märgitud õigesti (pika ja lühikese seieri asukoht).

Suured ebatäpsused viitavad võimalikule dementsusele.

Test ei sobi nägemispuudega inimesele.

Geriaatrilise depressiooni skaala lühivariant (GDS-15)

Vali vastus selle järgi, mida oled tundnud viimase 2 nädala jooksul.

- | | |
|---|----------|
| 1. Kas Sa oled üldiselt rahul oma eluga? | Jah / ei |
| 2. Kas Sa oled ära jätnud mõned oma huvialad või tegevused? | Jah / ei |
| 3. Kas sa tunned, et Su elu on tühi? | Jah / ei |
| 4. Kas Sul on sageli igav? | Jah / ei |
| 5. Kas sa oled heas tujus enamuse osa päevast? | Jah / ei |
| 6. Kas sa kardad, et midagi halba võiks Sinuga juhtuda? | Jah / ei |
| 7. Kas Sa tunned end õnnelikuna enamuse osa ajast? | Jah / ei |
| 8. Kas Sa tunned end sageli abituna? | Jah / ei |
| 9. Kas Sa eelistad jääda pigem koju, kui minna välja ja teha uusi asju? | Jah / ei |
| 10. Kas Sul on rohkem mäluprobleeme kui enamusel inimestel? | Jah / ei |
| 11. Kas Sa arvad, et on hea praegusel hetkel olla elus? | Jah / ei |
| 12. Kas Sa tunned end väärtusetuna sellisena nagu Sa oled? | Jah / ei |
| 13. Kas Sa tunned end olevat täis energiat? | Jah / ei |
| 14. Kas Sa tunned, et situatsioon on lootusetu? | Jah / ei |
| 15. Mis Sa arvad, kas enamused inimesed elavad paremini kui Sina? | Jah / ei |

Punkte kokku _____

Vastus saab ühe punkti, kui on vastatud järgmiselt:

- | | | | | |
|--------|--------|--------|---------|---------|
| 1. Ei | 4. Jah | 7. Ei | 10. Jah | 13. Ei |
| 2. Jah | 5. Ei | 8. Jah | 11. Ei | 14. Jah |
| 3. Jah | 6. Jah | 9. Jah | 12. Jah | 15. Jah |

Üle 5 punkti viitab depressioonile

Meeleolu	kurb.....	allasurutud.....	helge.....
Isu	halb.....	hea.....	liigne.....
Uni	unisus.....	ei jää magama.....	sage ärkamine.....

**Vaimsed, emotsionaalsed ja kognitiivsed probleemid-
haigused, kahjustused ja sümptoomid.**

Diagnoos/Sümptoom	* Allikas	Märkused (algus,tõsidus, funktsionaalne mõju, kulg, vajadus professionaalse hindamise järele jne.)
Agressiivne/kahjustav käitumine		
Agitatsioon/Ärevus/Paanikahood		
Muutused aktiivsuse tasemes (äkiline/ekstreemne)		
Muutused meeleolus (äkiline/ekstreemne)		
Muutused isus		
Kognitiivne/mälu kahjustus (täpsusta)		
Arenguhäire/vaimne peetus (täpsusta)		
Hallutsinatsioonid		
Ebakohane emotsioon (madal, kõrge, sobimatu)		
Häiritud otsustamine		
Vaimne ängistus, ahastus		
Vaimuhaigus (täpsusta)		
Häiritud orientatsioon: enese, koha, aja suhtes.		
Püsiv kurvameelsus		
Unehäired		
Ainete kuritarvitamine (täpsusta)		
Suitsiidi/surma mõtted		
Eksimine		
Teised:		
Teised:		
* Kellelt andmed =allikas K-kliendilt P-perekonnalt, vastutavalt isikult M-mediitsiinitöötajalt S-sotsiaaltöötajalt O-teistelt (täpsusta)		

Viimane hospitaliseerimine/ravi vaimsete/emotsionaalste probleemide puhul.....

Kas patsiendi/kliendi peres esineb vaimuhaigust või ainete kuritarvitamist?.....

Alkoholismi skriinimise test (CAGE)

- MAHAJÄTMINE (*Cut down*)
Kas olete kunagi püüdnud alkoholist täielikult loobuda?
- VIHASTAMINE (*Annoyed or angered*)
Kas Te olete teiste peale vihastanud, et nad Teid joomise pärast hurjutavad?
- SÜÜTUNNE (*Guilty*)
Kas Te olete end tundnud kunagi süüdi selle pärast, et tarvitate alkoholi?
- LEEVENDUS (*Eye-opener*)
Kas Te olete kasutanud alkoholi selleks, et rahustada närve või leevendada pohmelli?

Michigani alkoholismitest

Punktid	Küsimus	Vastus	
1.	Kas Sa tunned, et oled normaalne alkoholarbija?	Jah / ei	2
2.	Oled Sa kunagi ärganud hommikul peale mõningat joomist eelmisel õhtul nii, et ei suuda eelnenud õhtut osaliselt meenutada?	Jah / ei	2
3.	Kas Sinu abikaasa muretseb või kurdab mõnikord Sinu joomise pärast?	Jah / ei	1
4.	Kas Sa suudad pärast ühe või kahe <i>dringi</i> joomist alkoholi tarvitamist ilma pingutuseta lõpetada?	Jah / ei	2
5.	Kas Sa suhtud oma joomisse mõnikord halvasti?	Jah / ei	1
6.	Kas sõbrad või sugulased arvavad, et Sa oled normaalne alkoholarbija?	Jah / ei	2
7.	Kas Sa püüad vahel piirata oma joomist teatavate kellaaegade või teatavate kohtadega?	Jah / ei	0
8.	Suudad Sa alati lõpetada joomise siis, kui tahad?	Jah / ei	2
9.	Oled Sa kunagi osalenud Anonüümsete Alkoholikute (AA) koosolekul?	Jah / ei	5
10.	Oled Sa sattunud kaklustesse joomise käigus?	Jah / ei	1
11.	Kas joomisest on tulenenud probleeme Sinu ja Su abikaasa vahel?	Jah / ei	2
12.	Kas Sinu abikaasa (või muu pereliige) on kunagi pöördunud kuhugi abi saamiseks seoses Sinu joomisega?	Jah / ei	2
13.	Oled Sa kunagi kaotanud sõpru joomise tõttu?	Jah / ei	2
14.	On Sul kunagi olnud probleeme tööl seoses joomisega?	Jah / ei	2
15.	Oled Sa kunagi kaotanud töökoha joomise tõttu?	Jah / ei	2
16.	Oled Sa kunagi hooletusse jätnud oma kohustused, perekonna või töö kaheks päevaks järjest või kauemaks seetõttu, et Sa jõid?	Jah / ei	2
17.	Jood Sa kunagi enne lõunat?	Jah / ei	1
18.	On Sulle kunagi öeldud, et Sul on probleeme maksaga? Tsiirros?	Jah / ei	2
19.	On Sul pärast suuremat joomist kunagi olnud <i>delirium tremens</i> või tõsiseid värinaid, oled Sa kuulnud hääli või näinud asju, mida tegelikult olemas ei olnud?	Jah / ei	2
20.	Oled Sa kunagi pöördunud abi saamiseks kellegi poole seoses	Jah / ei	5
21.	Oled Sa kunagi olnud haiglas oma joomise pärast?	Jah / ei	5
22.	Oled Sa kunagi olnud psühhiaatriaosakonna või üldhaigla patsient, nii et joomine oli osa probleemist?	Jah / ei	2
23.	On Sind kunagi vastu võetud psühhiaatria- või vaimuhaiguste kliinikus, või oled Sa pöördunud arsti, sotsiaaltöötaja või vaimuliku poole abi saamiseks emotsionaalse probleemiga, milles joomine on mingit osa mänginud?	Jah / ei	2
24.	On Sind kunagi vahistatud, kasvõi mõneks tunniks, seoses purjusolekuga?	Jah / ei	2
25.	On Sind kunagi vahistatud ebakainena juhtimise või pärast joomist juhtimise pärast?	Jah / ei	2

Arvesta punkte “ei” vastuste eest küsimustele 1, 4, 6 ja 8, ning “jah” vastuste eest ülejäänud küsimustele. Punktisumma 5 ja üle selle viitab alkoholismile.

Kuulmise, nägemise ja kõnelemise hindamine

Kuulmise kontrollimiseks lasta kuulata sõrmede hõõrdumist või kella tiksumist, kasutada sosistamistesti. Nägemise hindamiseks lasta lugeda ajalehest pealkirju ja teksti.

1.	Kuulmine	Kuuleb normaalset kõnet, telefoni, uksekella, TV	<input type="checkbox"/>
		Minimaalsed kuulmisraskused – kuulmine raskendatud siis, kui pole täiesti vaikne	<input type="checkbox"/>
		Kuuleb (kui rääkida valju häälega) spetsiaalsetes situatsioonides	<input type="checkbox"/>
		Kõrge kuulmiskahjustus	<input type="checkbox"/>
2.	Nägemine	Normaalne	<input type="checkbox"/>
		Prillid tugevusega	<input type="checkbox"/>
		Raskused ajalehetrüki lugemisega, ka prillidega (lasta lugeda ajalehest pealkirju ja teksti)	<input type="checkbox"/>
		Näeb ähmaselt, näeb varje ja ringe tulede ümber, sähvatusi	<input type="checkbox"/>
		Raskused ohutult ringiliikumisel	<input type="checkbox"/>
3.	Eneseväljendamine	Arusaadavalt	<input type="checkbox"/>
		Enamasti arusaadavalt- raskused sõnade leidmisel ja mõtete lõpetamisel	<input type="checkbox"/>
		Piiratud võime moodustada konkreetseid mõtteid	<input type="checkbox"/>
		Minimaalne või arusaadavus puudub	<input type="checkbox"/>
4.	Võime teistest aru saada	Saab aru verbaalsest kõnest	<input type="checkbox"/>
		Tavaliselt saab aru (osa sõnumist võib kaotsi minna)	<input type="checkbox"/>
		Mõnikord saab aru (vastab adekvaatselt lihtsale, kommunikatsioonile)	<input type="checkbox"/>
		Harva saab aru või mitte kunagi ei saa aru	<input type="checkbox"/>

SOTSIAALSE SEISUNDI HINDAMINE

Nimi _____ Vanus _____ Kuupäev _____

Haridus _____

Töö _____

Pension, pensionile jäämise põhjus _____

ELAMISTINGIMUSED

1.	Elamu	Korruselamu _____,korrusel, eramus _____, ridaelamus _____, kriisikodus _____, muu.....
2.	Omandus	Omanik _____, ei _____
3.	Pinna suurus	
4.	Mugavused	keskküte _____, ahiküte _____, kanalisatsioon _____, soe vesi _____, dušš _____, vannituba _____, saun _____, vesi kaevust _____, vesi koridorist _____, WC sees _____, välikäimla _____, muu.....
5.	Teenuste kättesaadavus	Kauplus _____, postiside _____, arstiabi _____, apteek _____
6.	Transpordivõimalused eelpoolnimetatud paikadesse	
7.	Kodumasinade olemasolu	Pesumasin _____, külmkapp _____, TV _____

MAJANDUSLIK SEISUND

	Sissetulek kuus	
	Sissetuleku allikad	töötasu _____, pension _____, invaliidsuspension _____, sotsiaaltoetus _____; muu.....

SOTSIAALNE TOIMETULEK

1.	Abi ulatus tundides	Abi perekonna, sõprade ja naabrite poolt nädala sees (viie tööpäeva jooksul)	
2.		Abi perekonna, sõprade ja naabrite poolt nädalalõppudel	
3.		Abi teistelt- koduhooldajatelt, vabatahtlikelt nädala sees	
4.		Abi teistelt- koduhooldajatelt, vabatahtlikelt nädalalõppudel	

**TOETUSALLIKAD
MITTEAMETLIKUD HOOLDAJAD**

1.	Esmane hooldaja peres (Nimi)	
	Aadress	
	Elab kliendi suhtes	Koos kliendiga <input type="text"/> , eraldi, kaugus km-tes <input type="text"/>
	Telefon	
	Kliendi suhe esmase hooldajaga	abikaasa <input type="text"/> , laps <input type="text"/> , kasulaps <input type="text"/> , õde-vend <input type="text"/> , sõber/naaber <input type="text"/> , muu sugulane <input type="text"/> , muu.....
2.	Esmase hooldaja toimetulek	Hooldaja saab pere ja sõpradepoolset abi paljudes valdkondades <input type="text"/>
		Hooldaja saab piiratud abi <input type="text"/>
		Abi hooldajale puudub <input type="text"/>
		Hooldaja vajab rohkem informatsiooni, kuidas kliendiga toime tulla <input type="text"/>
		Hooldaja ei suuda oma tööd jätkata, on vajadus lisahoolduse järele <input type="text"/>
		Hooldaja ei suuda üldse jätkata <input type="text"/>
		Hooldaja väljendab stressi ja depressiooni tundeid <input type="text"/>
		Muu <input type="text"/>
3.	Teisene hooldaja peres (nimi)	
	Aadress	
	Elab kliendi suhtes	Koos kliendiga <input type="text"/> , eraldi, kugus km-tes <input type="text"/>
	Telefon	
	Kliendi suhe teisese hooldajaga	abikaasa <input type="text"/> , laps <input type="text"/> , kasulaps <input type="text"/> , õde-vend <input type="text"/> , sõber/naaber <input type="text"/> , muu sugulane <input type="text"/> , muu.....

MUUD ABISTAJAD

1.	Klienti teenindav arst	
	Asutus, aadress	
	telefon	
2.	Klienti teenindav õde	
	Asutus, aadress	
	Telefon	
3.	Koduteenused, Sotsiaalhooldaja	
	Asutus, aadress	
	Telefon	

Teised organisatsioonid _____

KODU TURVALISUS

Keetmine, kühsetamine	Turvaline/mitteturvaline_____
Suitsetamine	Turvaline/mitteturvaline_____
Autojuhtimine	Turvaline/mitteturvaline_____
Liikumine	Turvaline/mitteturvaline_____
Ravimite hoidmine/kasut.	Turvaline/mitteturvaline_____
Relvade hoidmine/kasut.	Turvaline/mitteturvaline_____
Järelevalve (kui vajab)	Turvaline/mitteturvaline_____
Suitsualarmid	Turvaline/mitteturvaline_____
Mürkide hoidmine	Turvaline/mitteturvaline_____
Masinate kasutamine	Turvaline/mitteturvaline_____

SOTSIAALSE SEISUNDI HINDAMINE

A. ÜLDANDMED

A-1 KLIENDI ISIKUANDMED

Ees- ja perekonnanimi _____

Sugu (M/N) _____ Vanus _____ Sünniaeg /isikukood _____

Elukoht _____

Sissekirjutus (märkida, kui erineb tegelikust elukohast) _____

_____ Kontakttelefon(id) _____

Rahvus 1- eestlane, 2- venelane, 3- muu Suhtluskeel 1- eesti, 2- vene, 3- muu

Kodakondsus 1- eesti, 2- vene, 3- muu Elamisloa kehtivuse lõpp _____

Perekonnaseis 1- vallaline, 2- abielus, 3- lahutatud, 4- vabaabielu, 5- lesk

Sotsiaalne seisund 1- pensionär, 2- töötav pensionär, 3- muu (täpsustada) _____

Kliendi elukorraldus

1- kodus, iseseisvalt, 2- kodus, abistab mitteformaalne hooldaja, 3- kodus, abistab palgaline sotsiaalhooldaja, 4- hooldekodus, 5- muu (täpsustada) _____

1- üksinda, 2- abikaasaga, 3- vabaabielukaaslasega, 4- täiskasvanud lapse (lastega), 5- õe-vennaga 6- muude sugulastega, 7- muu (täpsustada) _____

Lisainfo _____

A-2 KLIENDI LÄHISUGULAS(T)E/PÕHIHOOLDAJA(TE) ISIKUANDMED

Ees- ja perekonnanimi _____

Seotus kliendiga _____

Sünniaeg /isikukood _____

Aadress _____ Kontakttelefon _____

Lisainfo _____

Ees- ja perekonnanimi _____

Seotus kliendiga _____

Sünniaeg /isikukood _____

Aadress _____ Kontakttelefon _____

Lisainfo _____

A-3 KLIENDI KONTAKTISIK (keegi muu peale lähisugulase, kellele anda teateid kliendi olukorrast)

Ees- ja perekonnanimi _____

Seotus kliendiga _____

Sünniaeg/isikukood _____

Aadress _____ Kontakttelefon _____

Lisainfo _____

A-4 HINDAMIST PUUDUTAV INFO

Hindamine: 1- esmakordne 2- korduv

Pöörduja

1- klient ise, 2- pere, 3- perearst, 4- haigla (arst, sotsiaaltöötaja), 5- hooldekodu, 6- KOV sotsiaaltöötaja, 7- muu
Pöördumise eesmärk _____

B. KLIENDI MAJANDUSLIK TOIMETULEK

B-1 SISSETULEK (keskmine kättesaadud kuusissetulek) _____ EEK

Peamised sissetulekuallikad:

töötasu _____ tulu põllumajandussaaduste/metsamaterjali müügist
omanditulu _____ tulu registreeritud/registreerimata individuaaltööst
säästud _____ sugulastelt saadav rahaline toetus

Riiklikud rahalised toetused:

pension (id) _____
lastetoetus (ed) _____
toimetulekutoetus _____
puudega inimeste sotsiaaltoetused _____
muu (täpsustada) _____

Mitterahalised toetused: ei jah _____
(täpsustada)

Keskmiselt kulutatav summa kuus: _____ EEK,
sellest: eluasemele _____, toidule _____, riidele/jalatsitele _____, ravimitele _____,
transpordile _____, muuks hädavajalikuks _____
(täpsustada)

B-2 KLIENDI HINNANG OMA MAJANDUSLIKULE OLUKORRALE

- 1- raha ei jätku isegi toidule
- 2- kogu raha läheb toidule, eluasemele ja küttele
- 3- jätkub ka hädavajalike tarbekaupade ja riiete ostmiseks
- 4- pean end piirama vaid suuremate kulutuste puhul
- 5- võin endale praktiliselt kõike lubada

B-3 KLIENDI MAJANDUSLIK ISESEISVUS

1-sõltumatu, 2-saab mõningast abi, 3-sõltuv

Kliendi toimetulek finantsasjade ajamisel

1- tuleb ise toime 2- vajab mõningast abi 3- vajab pidevat abi

Kas on probleeme kliendi finantsasjades

1- ei, 2- jah _____
(täpsustada)

C. KLIENDI ELUKESKKOND

C-1 ELUASE

Omandivorm: 1- eramaja, 2- erakorter, 3- munitsipaalkorter, 4- korter tagastatud majas,
5- sotsiaalkorter 6- ühiselamu, 7 -hooldekodu/vanadekodu

Tubade arv _____ **Üldpind** _____ **m2** **korrus (lifti ei ole)**

Elutingimused:

kõigi mugavustega	külm vesi	WC koridoris	vannituba
keskküttega	soe vesi	välikäimla	dush
ahiküttega	vesi koridoris	ühisköök	saun
kanalisatsioon	vesi kaevus	elekter	telefon (k.a. mobiil, kui see on kliendi käsutuses) Lisainfo

Eluaseme vastavus kliendi vajadustele

1- jah, 2- ei _____
täpsustada probleemid/vajakajäämised

C-2 ELAMISPIIRKONNA TINGIMUSED, MIS OLULISELT RASKENDAVAD KLIENDI TOIMETULEKUT

Kliendile olulised teenindusasutused (kauplus, apteek jne) juurdepääsetavad

1- jah, 2- ei _____

Transport on kättesaadav 1- jah, 2- ei _____

Naabruskond on turvaline 1- jah, 2- ei _____

D. KLIENDI SOTSIAALNE TOIMETULEK/FUNKTSIONEERIMINE

D-1 SUHTLEMINE

*Esilekerkinud
vajadused,
probleemid*

a. Kliendi suhted inimestega

0- pingevabad 1- pingelised

b. Konfliktid või viha avatud väljendamine suhetes pereliikmete/sõpradega

0- ei 1- jah

Lisainfo (kliendi suutlikkus/eelistused/takistused suhete loomisel ja säilitamisel)

D-2 SOTSIAALNE AKTIIVSUS võrreldes viimase 6 kuuga

0- ei ole langenud, 1- langenud, kuid see ei häiri klienti, 2- langenud, on tinginud kliendil stressi

Lisainfo

D-3 ISOLATSIOON

a. Ajavahemik, mille kestel klient üksinda (hommikul ja pealelõunal)

0- mitte kunagi või väga harva, 1- paar tundi, 2- pikad ajavahemikud (pool päeva), 3- kogu aeg

b. Klient ütleb või annab mõista, et tunneb end üksildasena

0- ei, 1- jah

Lisainfo

D-4 HINNANG KLIENDI SOTSIAALSELE VÕRGUSTIKULE (täidetud skaala A põhjal):

- 1- klient on perest sõltuv
- 2- lokaalselt integreeritud
- 3- iseseisev, enesele suunatud
- 4- laiemale kogukonnale suunatud
- 5- eraldunud, isoleerunud

Kommentaariid

Kliendi võrgustiku kirjeldus lisas 1

D-5 VÄGIVALD JA/VÕI VÄÄRKOHTLEMINE

Klient kardab pereliiget või põhihooldajat

Kliendil esinevad põhjendamatud vigastused, luumurrud või põletused jms

Kliendi liikumisvabadust on füüsiliselt piiratud

Kliendi juures täheldatavad hooletusse jätmise tunnused (alatoitumus, ülihalb hügieen jms)

...

Kliendi juures ei ole täheldatav ükski ülalnimetutest tunnustest

Lisainfo

E. KLIENDI PRAEGUSED TOETUSALLIKAD

E-1 MITTEFORMAALNE TOETUS

a. Olemas mitteformaalne põhihooldaja (abistab regulaarselt)

0- jah, 1- ei

b. Põhihooldaja saab abi/tuge perelt, sõpradelt kliendi hooldamisel

0- saab abi, 1- saab abi mõningal määral, 3- ei saa abi

c. Põhihooldaja võimeline/nõus hooldust jätkama

0- jah, 1- abi/toetuse suurenemise korral mujalt võimeline jätkama, 2- ei

d. Põhihooldaja võimeline/nõus vajadusel hoolduskoormust suurendama

0- jah, 1- abi/toetuse suurenemise korral mujalt, jah, 2- ei

Esilekerkinud vajadused

E-2 FORMAALNE TOETUS

a. Kasutatud teenused

Sotsiaalsfäär

teenused

probleemid

Tervishoid

teenused

probleemid

b. Muu abi

abi liik

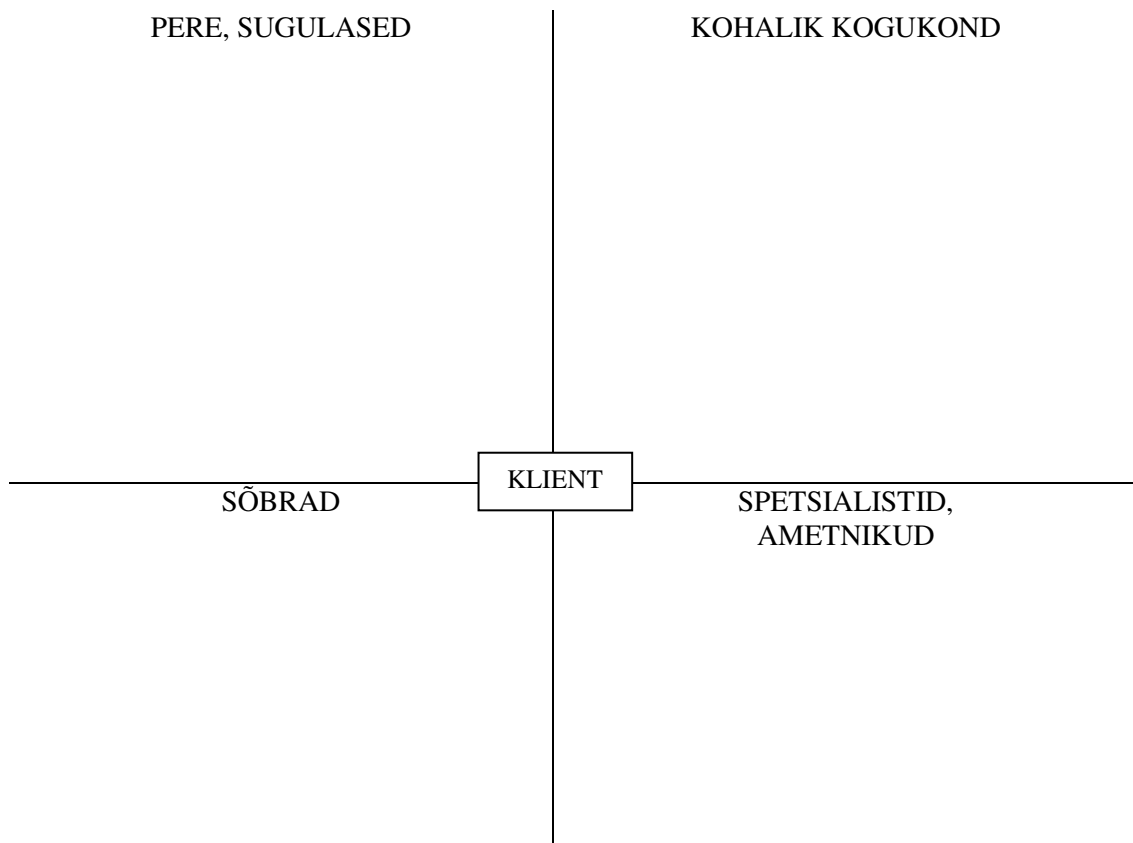
probleemid

E-3 KLIENDI ENDA SOOVID JA OOTUSED SAADAVA ABI JA/VÕI PROBLEEMI LAHENDUSTE OSAS:

LISA 1

Kliendi võrgustiku kirjeldus

Märkida võrgustiku liikmed olulisuse järjekorras, lisades nende nimed (spetsialistidel/ametnikel ametinimetused) ja kontaktandmed



Zariti hooldaja koormuse hindamise intervjuu

esmase hooldaja koormuse hindamiseks.

Mõttele 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?

MITMEMÕÕTMELINE HOOLDAJA KOORMUSE UURING

I faktor - Ajast sõltuvuse koormus

	Mitte kunagi	Mõnikord	Sageli	Alati
1. Minu hooldatav vajab mu abi paljude igapäevaelutoimingute tegemisel	1	2	3	4
2. Minu hooldatav on minust sõltuv	1	2	3	4
3. Ma pean oma hooldatavat pidevalt jälgima	1	2	3	4
4. Ma pean aitama oma hooldatavat paljudes enesehoolduse funktsioonides	1	2	3	4
5. Mul pole minutitki puhkust oma hooldaja ülesannetest	1	2	3	4

Faktor I kokku _____

II faktor - Arenguline koormus

	Mitte kunagi	Mõnikord	Sageli	Alati
1. Ma tunnen, et ma olen elust eemal	1	2	3	4
2. Ma soovin, et ma saaksin põgeneda sellest olukorrast	1	2	3	4
3. Mu seltsielu kannatab hooldamise tõttu	1	2	3	4
4. Ma tunnen end emotsionaalselt kurnatuna oma hoolealuse eest hoolitsemise tõttu	1	2	3	4
5. Ma lootsin, et minu praegune eluetapp kujuneb hoopis teistsuguseks	1	2	3	4

Faktor II kokku _____

III faktor - Füüsiline koormus

	Mitte kunagi	Mõnikord	Sageli	Alati
1. Ma ei saa piisavalt magada	1	2	3	4
2. Minu tervis on kannatanud hooldamise tõttu	1	2	3	4
3. Hooldamine on teinud mu kehaliselt haigeks	1	2	3	4
4. Ma olen füüsiliselt väsinud	1	2	3	4

Faktor III kokku _____

Faktor IV Sotsiaalne koormus

	Mitte kunagi	Mõnikord	Sageli	Alati
1. Ma ei saa läbi oma pereliikmetega nii hästi kui varem	1	2	3	4
2. Teised pereliikmed ei hinda minu kui hooldaja jõupingutusi	1	2	3	4
3. Mul on olnud probleeme oma abieluga	1	2	3	4
4. Ma ei täida tööl oma ametikohuseid sama hästi kui tavaliselt	1	2	3	4

Faktor IV kokku _____

Faktor V Emotsionaalne koormus

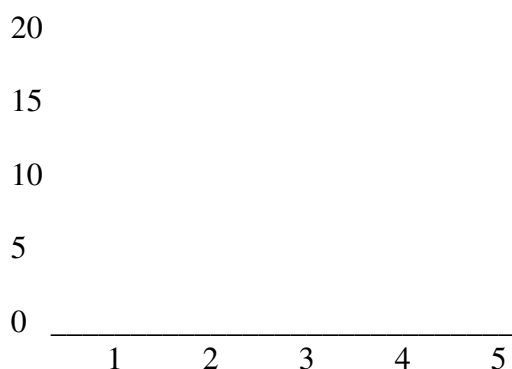
	Mitte kunagi	Mõnikord	Sageli	Alati
1. Ma tunnen piinlikkust oma hooldatava käitumise pärast	1	2	3	4
2. Mul on häbi oma hooldatava pärast	1	2	3	4
3. Olen oma hooldatava peale vihane	1	2	3	4
4. Ma tunnen end ebamugavalt, kui sõbrad on minu juures	1	2	3	4
5. Minu suhe mu hooldatavaga ajab mind vihale	1	2	3	4

Faktor V kokku _____

Hooldaja koormuse testi kasutamise juhend.

Tõmba ringid ümber vastavale numbrile, mis hooldaja arvates iseloomustab kõige paremini tema seisundit. Liida kokku alaskaala vastused. Et muuta vastuseid võrreldavaks, korruta III ja IV skaala tulemus 1,25-ga.

Võid saadud vastused üles tähendada ka graafiliselt:



IGAPÄEVAELU TOIMINGUD (kohandatud Katzi skaala)

Nimi _____ Vanus _____ Kuupäev _____

Tegevus	Kirjeldus	Sõltumatu	
		Jah	Ei
Pesemine (vannis, saunas või duši all)	Ei vaja üldse abistamist või vajab abistamist ainult üksikute kehaosade pesemisel		
Riietumine	Valib riided ja riietub ilma kõrvalabita, v.a. jalanõud		
Tualeti kasutamine	Läheb tualettruumi, kasutab tualetti ja tuleb välja ilma kõrvalabita (võib kasutada kondimisel keppi või karke, öösel ööpotti)		
Liikumine	Tõuseb toolilt ja voodist ning istub toolile ja läheb voodisse ilma kõrvalabita (võib kasutada keppi või karke)		
Kontroll põie ja pärasoole üle	Kontrollib põit ja pärasoolt täielikult (ilma üksikute "õnnetusteta")		
Toitumine	Sööb ilma kõrvalabita (väljaarvatud abistamine liha lõikamisel või võileiva valmistamisel)		

Jah vastus annab 1 punkti.

1. Täielikult toimetulev igapäevaeluga (6 punkti) 2. Mõõdukas toimetulekuhäire (4-5 punkti) 3. Tõsine toimetulekuhäire (alla 4 punkti)

IGAPÄEVAELU INSTRUMENTAALSED TOIMINGUD (kohandatud Lawtoni skaala)

Küsimused 4-7 kalduvad olema soo-spetsiifilised, küsituleja võib neid vastavalt vajadusele modifitseerida.

Toiming, küsimus	Toimetuleku aste	Hinne
1. Telefoni kasutamine	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline telefoni kasutama	1
2. Reisimine: Kas te saate reisida kaugemale kui vaid jalgsi käidav vahemaa?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline reisima ilma spetsiaalse korralduse ja abita.	1
3. Kas te saate minna toiduaineid ja esmatarbekaupu ostma?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline sisseoste tegema	1
4. Kas te saate endale toitu valmistada?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline mingit toitu valmistama	1
5. Kas te saate teha oma majapidamistöid?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline majapidamistöid tegema	1
6. Kas te saate teha käsitööd?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline käsitööd tegema	1
7. Kas te saate oma pesu pesta?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline pesu pesema	1
8. Kas te võtate või saate ise võtta oma ravimeid?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline iseseisvalt ravimeid võtma	1
9. Kas te saate oma rahaasjadega hakkama?	Iseseisvalt, ilma kõrvalabita	3
	Mõningase kõrvalabiga	2
	Ei ole üldse võimeline oma rahaasju iseseisvalt ajama	1

Punkte kokku _____

TINETTI TASAKAALU JA KÖNNAKU HINDAMISE SKAALA

Nimi _____ Vanus _____ Kuupäev _____

Hindamiseks istub uuritav kõval, käetugedeta toolil. Hinnatakse järgnevaid näitajaid:

A. TASAKAAL

1. Tasakaal istumisel	Kaldub või vajub toolil	0
	Istub otse, ohutult	1
2. Tõusmine toolilt	Ei ole võimeline ilma kõrvalabita tõusma	0
	Võimeline tõusma kasutades käte abi	1
	Võimeline tõusma käte abi kasutamata	2
3. Katse(d) püsti tõusta	Ei ole võimeline ilma kõrvalabita tõusma	0
	Suudab tõusta korduval katsel	1
	Tõuseb esimesel katsel	2
4. Tasakaal vahetult püsti tõusmise järel	Ebakindel- kaldub, kõigub, liigutab jalgu jms.	0
	Kindel kuid kasutab keppi, rulaatorit või toetub muudele abivahenditele	1
	Täiesti kindel ilma igasuguse toeta	2
5. Tasakaal seismisel	Ebakindel	0
	Kindel kuid seisab harkisjalu või kasutab kepi või muu abivahendi tuge	1
	Seisab ilma toeta kindlalt	2
6. Müksamine: uuritav seisab koos jalgadega, uuriija lükkab uuritavat peopesaga kergelt 3 korda rinnaku piirkonda	Hakkab kukkuma	0
	Kõigub, otsib tuge	1
	Kindel	2
7. Sama nagu eelmises punktis, kuid suletud silmadega	Ebakindel	0
	Kindel	1
8. Pööramine 360°	Katkendlikud sammud	0
	Järjestikused sammud	1
	Ebakindel (kaldub, kõigub)	0
	Kindel	1
9. Istumine toolile	Ebakindel(hindab vahemaad valesti, kukub toolile)	0
	Kasutab käsi või on veidi ebakindel	1
	Kindel, sujuv liikumine	2
TASAKAALU SKOOR		.../16

B. KÖNNAK

Juhend: Uuritav tõuseb koos uurijaga; Kõnnib esikusse (ukse juurde) ja tagasi või kõnnib ruumis ringi, algul tavalise kõnnakuga, hiljem kiire, kuid uuritava jaoks ohutu tempoga, kasutades oma tavalisi abivahendeid (keppi, karku vms.)

10. Kõndimise alustamine	Ebakindel või korduvad katsed kõndimist alustada	0
	Kindel	1
11. Sammu pikkus ja kõrgus	a. Parem jalg ei astu täielikult mööda maas olevast vasakust jalast	0
	Parem jalg astub mööda vasakust jalast	1
	Lohistab paremat jalga maad mööda	0
	Parem jalg tõuseb kõndimisel maast täielikult	1
	b. Vasem jalg ei astu täielikult mööda maas olevast paremast jalast	0
	Vasem jalg astub täielikult mööda paremast jalast	1
	Lohistab vasemat jalga mööda maad	0
	Vasem jalg tõuseb kõndimisel maast täielikult	1
12. Astumise sümmeetria	Parema ja vasaku jala sammud ei ole võrdsed	0
	Parema ja vasaku jala sammud on võrdsed	1
13. Sammude järjepidevus	Peatumine või katkendlikkus sammude vahel	0
	Sammud on järjepidevad	1
14. Liikumistekond (kõndimine mööda põrandalauda või sirget joont)	Märgatav kõrvalekalle	0
	Vähene või mõõdukas kõrvalekalle või vajab kõrvalabi	1
	Kõnnib otse ilma kõrvalabita	2
15. Kehahoid	Esineb märgatav kõikumine või kasutab kõndimisel kõrvalabi	0
	Kõikumist ei esine, kuid painutab põlvedest ja/või kõnnib laialisirutatud kätega	1
	Ei esine kõikumist, põlvede painutust, ei kasuta käsi tasakaalu hoidmiseks, ei kasuta kõrvalabi	2
16. Kõndimise viis	Jalad harkis	0
	Jalad puutuvad kõndimisel peaaegu kokku	1
	KÕNDIMISE SKOOR	.../12
	ÜLDINE SKOOR/28

Skoor alla 26 viitab tavaliselt käimise ja tasakaalu probleemile. Mida madalam skoor, seda tõsisem häire. Skoor alla 19 tähistab viiekordselt tõusnud kukkumise riski.

KEHALISED TESTID (füüsiline sooritusvõime)

KÄE PIGISTUSJÕUD

Eesmärk – mõõta käe maksimaalset pigistusjõudu.

Vajalik – küllaldane käsivarre lihasugevus on vajalik iseseisvaks toimetulekuks.

Varustus – dünamomeeter, tool.

Teostus- patsient istub toolil, testitav käsi reiel, peopesa ülespoole. Mõlema käega tehakse 3 pigistust. Tulemus mõõdetakse kg-des. Arvestatakse mõlema käe parimat tulemust, need liidetakse ja arvutatakse keskmine.

Hinne	30-39 a.	40-49a.	50-59a.	60-69a.
5	M >64 N >41	>64 >41	>60 >39	>55 >35
4	M 56-63 N 36-40	56-63 35-40	52-59 33-38	48-55 29-35
3	M 48-55 N 30-35	48-55 29-34	44-51 27-32	40-47 23-28
2	M 40-47 N 24-29	40-47 24-28	37-43 22-26	33-39 18-22
1	M < 39 N <23	<39 <23	<36 <21	<32 <18

ÕLA-KAELA LIIKUVUS

Eesmärk – õlaliigese liikuvuse hindamine

Vajalik – igapäevaelu toimingute täitmiseks (riietumine, esemete võtmine ülevalt);
õla-kaela vaheliste probleemide selgitamine

Teostus –

1. Patsiendi selg on vastu sein. Jala tallad asuvad seinast umbes 50 cm kaugusel. Tuharad, selg ja õlad toetuvad vastu sein. Tõsta käsi pea kohale vastu sein, käeseljad vastu sein. Käsi peab olema küünarnukist sirge.

Hindamine – 2 - mingit piirangut ei ole (kogu käsi on vastu sein)

1 – mõõdukas liikuvuse piiratus (ainult sõrmed on vastu sein)
vuse piiratus (ei suuda viia käsi vastu sein)

2. Uuritav seisab sein ääres nii, et kannad on 5 cm seinast eemal, tuhar ja rindkere vastu sein. Sirutada käsi üles kõrvade lähedalt. Viia käe selg vastu sein. Sirutada käsi üles kõrvade lähedalt. Viia käe selg vastu sein.

Hindamine – mõõdetakse keskmise sõrme III liigese kaugus seinast.

ÜLDISE VÕIMEKUSE TEST (tasakaal, jalgade jõud, koordineatsioon)

Eesmärk – hinnata üldist võimekust

Vajalik – hinnata kukkumiste riski, toimetulekut igapäevaelu toimingutega

Varustus – tool, teip, stopper

Teostus –

1. Tõuse ja kõnni test. Patsient istub toolil. 3 meetri kaugusele on märgitud joon.

Käskluse peale patsient tõuseb (võib vajadusel kasutada käetugesid) ja kõnnib

märgitud jooneni, pöörab ümber, tuleb tagasi tooli juurde ja istub. Mõõdetakse aeg sekundites.

Hindamine – hinnatakse tasakaalu tõusmisel, kõndimisel ja istumisel, ümberpööramise võimet (tasakaal, mitme sammuga – normaalselt mitte üle 3 kõrvalsammu), sammu pikkust ja kõrgust. Soorituse aega hinnatakse järgenvalt:

väga hea	< 10 sek.
hea	11-19 sek.
Keskmine	20-30 sek.
Alla keskmise	31 sek.

2. Patsient kõnnib paigal, nii reipalt kui saab, 2 minutit. Alustada parema jalaga, põlvi tõsta horisontaalselt. Loetakse vasaku jala tõsted.

KOORDINATSIOON JA TASAKAAL

Eesmärk – hinnata tasakaalu

Vajalik – kukkumiste ohu hindamiseks, ekstsentriliste harjutuste sooritamisel, seoste leidmiseks lihasväsimuse ja luu-lihaskonna vigastustega

Teostus :

1. Varustus – 2 kurikat, mõõdulint

Kaks kurikat asetatakse põrandal üksteisest 40 cm kaugusele. Kui jala number on suurem kui 42, siis suurendada vahemaad 43 cm-ni. Patsient seisab kurikate kõrval 5 cm kaugusel. Patsienti palutakse teha kurikatele lähemal oleva jalaga ümber kurikate viis korda “kaheksat”, ilma, et kurikaid ümber ajaks või tasakaalu kaotaks.

Hindamine – visuaalselt

0 (kehv) - kaotab tasakaalu, puudutab põrandat liikuva jalaga või ajab kurika ümber

1 (keskmine) - jala liigutused on aeglased, esineb keha või käe lisaliikumist

2 (hea) - jala liikumine on kiire ja hea rütmiga

2. Patsienti palutakse heita seisvast asendist matile kõhuli ja uuesti tõusta.

0 – ei saa üles tõusta

1 – tõuseb raskustega

– vaba tõusmine

3. Tõuse ja kõnni test. (vt. eespoolt)

JALALIHASTE DÜNAAMILINE TEST

Eesmärk – mõõta jalalihaste jõudu

Vajalik – liikumisvõime hindamiseks

Vahendid – tool

Teostus :

1. Patsient tõuseb toolilt püsti ja istub toolile tagasi 1 minuti jooksul. Loetakse kordade arv.

Hindamine :

0 – esineb raskusi põlve- ja puusaliigestes

1 – kasutab käetugesid, mingeid vaevusi ei ole, tõuseb ilma käetugedeta

2. Patsient seisab laua taga, toetades kätega lauale ning sooritab poolkükke (üks kükitus 2-3 sekundi jooksul). Kükkimise ajal kand maast lahti. Loetakse korduste arv.

IGAPÄEVATOIMINGUD (kehalise võimekuse aspektist)

Patsient täidab küsitluslehe ise.

Vastamisel lähtuda järgnevatest võimalikest vastustest:

Kergesti, ilma vaevusteta	0 punkti
Jah, kuid on raskusi	1 punkt
Vaid teiste abiga	2 punkti
Ei tule toime	3 punkti

1. Kas olete võimeline:
 - võtma riideid karpidest, kitsastest sahtlitest _____
 - riietuma _____
 - pesema (ka juukseid) _____
2. Kas olete võimeline tõusma tavaliselt toolilt käte abita _____
3. Kas olete võimeline:
 - söömise ajal lõikama liha _____
 - jooma täis klaasist või tassist ilma maha ajamata _____
4. Kas suudate käia väljas tasasel maal _____
5. Kas suudate:
 - pesta ja kuivatada kogu keha _____
 - kasutada vanni _____
 - avada ja sulgeda kraane _____
 - istuda ja tõusta WC potilt _____
6. Kas suudate:
 - kammida juukseid _____
 - võtta riiulilt 2 kg kaaluva koti (jahukoti), mis on peast kõrgemal _____
7. Kas suudate:
 - avada auto ust _____
 - ...- avada keeratavat purgikaant, mida on varem avatud _____
 - kirjutada pliiatsiga _____
8. Kas suudate juhtida autot oma liigeste tõttu (kui Te olete seda varem teinud) _____
 - ei juhi autot muul põhjusel _____
9. Kas suudate teha sisseoste ja ajada asju _____

Iga küsimuse vastusest võetakse arvesse **vaid kõige halvem tulemus** ning punktid liidetakse kokku. Halvim võimalik tulemus on seega 27 punkti.

Toimetulekuindeks:

Väga hea	0-6 punkti
Hea	7-13
Rahuldav	14-20
Halb	21-24
Väga halb	25-27

Koduõendust vajava kliendi SEISUNDI HINDAMISE KAART/VORM

ISIKUANDMED

Kliendi nimi Sugu , Vanus ,
 Isikukood
 Haigekassa kaardi/ pensionitunnistuse nr
 Address
 Telefon
 Perekonnameis : vallaline, lesk, lahutatud, abielus, elab abikaasast eraldi, muu.....
 Keel
 Haridus
 Töö
 Pension, pensionile jäämise põhjus

Hooldaja (formaalne hooldaja, kodune hooldaja).....
 Kellega koos elab : üksik, abikaasaga, abikaasa ja lastega, teistega.....
 Kontaktisik
 Kontaktisiku amet: õde, sotsiaaltöötaja, arst, hooldaja, muu.....

Diagnoos
 Suunatud (kelle poolt)
 Seisundi hindamine:
 kuupäev
 hindaja(nimi ja amet)
 hindamise põhjus
 hindamise koht

ELAMISTINGIMUSED

1.	Elamu	Korruselamu <input type="text"/>korrusel, eramus <input type="text"/> , ridaelamus <input type="text"/> , kriisikodus <input type="text"/> , muu.....
2.	Eluruumi omandus	Omanik <input type="text"/> , ei <input type="text"/>
3.	Pinna suurus	
4.	Mugavused	keskküte <input type="text"/> , ahiküte <input type="text"/> , kanalisatsioon <input type="text"/> , soe vesi <input type="text"/> , dušš <input type="text"/> , vannituba <input type="text"/> , saun <input type="text"/> , vesi kaevust <input type="text"/> , vesi koridorist <input type="text"/> , WC sees <input type="text"/> , välikäimla <input type="text"/> , muu.....
5.	Teenuste kättesaadavus	Kauplus <input type="text"/> , postiside <input type="text"/> , arstiabi <input type="text"/> , apteek
6.	Transpordivõimalused eelpoolnimetatud paikadesse	
7.	Kodumasinad	Pesumasin <input type="text"/> , külmkapp <input type="text"/> , TV <input type="text"/>

KODU TURVALISUS(valgustus öhtul, põrandakattematrerjal ja vaibad, vannituba ja
 tualettruum, köök, küte, isiklik turvalisus, k.a. vägivallakartus, juurdepääs kodule jne

MAJANDUSLIK SEISUND

1.	Sissetulek kuus	
2.	Sissetuleku allikad	töötasu <input type="text"/> , pension <input type="text"/> , invaliidsuspension <input type="text"/> , sotsiaaltoetus <input type="text"/> ; muu.....

Kindlustused:.....

TOETUSALLIKAD

1.	Esmane hooldaja peres (nimi)	
	Aadress	
	Elab kliendi suhtes	Koos kliendiga <input type="text"/> , eraldi, kaugus km-tes <input type="text"/>
	Telefon	
	Kliendi suhe esmase hooldajaga	abikaasa <input type="text"/> , laps <input type="text"/> , lapselaps <input type="text"/> , õde-vend <input type="text"/> , sõber/naaber <input type="text"/> , muu sugulane <input type="text"/> , muu.....
	Esmase hooldaja toimetulek	Hooldaja saab pere ja sõpradepoolset abi paljudes valdkondades <input type="text"/>
		Hooldaja saab piiratud abi <input type="text"/>
		Abi hooldajale puudub <input type="text"/>
		Hooldaja vajab rohkem informatsiooni, kuidas kliendiga toime tulla <input type="text"/>
		Hooldaja ei suuda oma tööd jätkata, on vajadus lisahoolduse järele <input type="text"/>
		Hooldaja ei suuda üldse jätkata <input type="text"/>
		Hooldaja väljendab stressi ja depressiooni tundeid <input type="text"/>
		Muu <input type="text"/>
2.	Teisene hooldaja peres (nimi)	
	Aadress	
	Elab kliendi suhtes	Koos kliendiga <input type="text"/> , eraldi, kugus km-tes <input type="text"/>
	Telefon	
	Kliendi suhe teisese hooldajaga	abikaasa <input type="text"/> , laps <input type="text"/> , lapselaps <input type="text"/> , õde-vend <input type="text"/> , sõber/naaber <input type="text"/> , muu sugulane <input type="text"/> , muu.....

Teised lähedased ja abistajad

.....
.....

FORMAALSED ABISTAJAD

1.	Klienti teenindav arst	
	Asutus, aadress	
	Telefon	
2.	Klienti teenindav õde	
	Asutus, aadress	
	Telefon	
3.	Koduteenused, Sotsiaalhooldaja	
	Asutus, aadress	
	Telefon	

Teised organisatsioonid, kes abistavad ja teenused, mida klient saab.....
.....

IGAPÄEVATOIMINGUD JA INSTRUMENTAALSED IGAPÄEVATOIMINGUD

Funktsionaalne staatus

- 1- Täiesti iseseisev
- 2- Osalise abiga/järelvalvega
- 3- Maksimaalse abiga
- 4- Võimetu täitma või osalema
- 5- Ei soovi täita või osaleda

Igapäevaelutegevused	Staatus	Vajadus rahuldatud	Kelle poolt (Nimi/sugulus)	Teenuse korraldus, mida vajab
Vannitamine				
Isiklik hügieen				
Riietumine				
Liikumine				
Voodisse/voodist välja saamine				
Tualeti kasutamine				
Söömine				
Kommentaariid:				
Instrumentaalsed igapäevaelutegevused	Staatus	Vajadus rahuldatud	Kelle poolt (Nimi/sugulus)	Teenuse korraldus, mida vajab
Kodu korrashoid, koristamine				
Poes käimine				
Pesu pesemine				
Transpordi kasutamine				
Toidu valmistamine				
Rahaga arvestamine				
Telefoni kasutamine				
Kommentaariid:				

VAIMSED, EMOTSIONAALSED JA KOGNITIIVSED PROBLEEMID

1.	Mälu	Mälu on korras	<input type="checkbox"/>
		Mäluga on probleeme, mini-mental testi tulemus	<input type="checkbox"/>
2.	Kognitiivsed oskused igapäevatoimingute tegemiseks	ISESEISEV (teeb otsuseid, organiseerimaks igapäevaelumillal tõusta, süüa, missuguseid riideid kanda, missuguseid toiminguid sooritada.)	<input type="checkbox"/>
		MÕNED RASKUSED UUTES SITUATSIOONIDES	<input type="checkbox"/>
		MÕÕDUKALT KAHJUSTUNUD ISESEISVUS (Nõrk otsustusvõime, järelvalve vajalikkus)	<input type="checkbox"/>
		TÕSISELT KAHJUSTUNUD ISESEISVUS (Otsustusvõime minimaalne/puudub)	<input type="checkbox"/>
3.	Depressioon	Viimase 30 päeva jooksul ilmingud puuduvad	<input type="checkbox"/>
		Geriaatrilise depressiooni testi tulemus. Testi nimetus.....	<input type="checkbox"/>

KÄITUMINE

	Ei ole ilmnenud 7 päeva jooksul	On ilmnenud, on kergesti juhitav	On ilmnenud, ei ole juhitav
a. Ekslemine			
b. Verbaalselt kahjustav käitumine(karjub ja sõimab)			
c. Füüsiliselt kahjustav käitumine			
d. Sotsiaalselt ebakohane käitumine			
e. Vastupanu hooldusele			

KUULMINE, NÄGEMINE, KÕNELEMINE

1.	Kuulmine(ja arusaamine)	Kuuleb normaalset kõnet, telefoni, uksekella, TV	<input type="checkbox"/>
		Minimaalsed kuulmiskahjustused (kui ruumis pole vaikne)	<input type="checkbox"/>
		Kuuleb ainult valjut häält	<input type="checkbox"/>
		Kõrge kuulmiskahjustus	<input type="checkbox"/>
2.	Nägemine	Normaalne	<input type="checkbox"/>
		Prillid tugevusega	<input type="checkbox"/>
		Raskused ajalehetrüki lugemisega, ka prillidega	<input type="checkbox"/>
		Näeb ähmaselt, näeb varje ja ringe tulede ümber, sähvatusi	<input type="checkbox"/>
		Raskused ohutult ringiliikumisel	<input type="checkbox"/>
3.	Eneseväljendamine	Arusaadavalt	<input type="checkbox"/>
		Enamasti arusaadavalt - raskused sõnade leidmisel ja mõtete lõpetamisel	<input type="checkbox"/>
		Piiratud võime moodustada konkreetseid mõtteid	<input type="checkbox"/>
		Minimaalne - arusaadavus puudub	<input type="checkbox"/>
4.	Võime teistest aru saada	1. Saab verbaalsest kõnest aru	<input type="checkbox"/>
		2. Tavaliselt saab aru (osa sõnumist võib kaotsi minna)	<input type="checkbox"/>
		3. Mõnikord saab aru (vastab adekvaatselt lihtsale suhtlemisele)	<input type="checkbox"/>
		4. Harva saab aru või mitte kunagi ei saa aru	<input type="checkbox"/>

ALATOITLUSE RISK

	Jah
1. Patsiendil on haigus või seisund, mille tõttu peab tegema muudatusi söömise laadis ja/või hulgas.	2
2. Sööb vähem kui 2 toidukorda päevas	3
3. Sööb vähe puu- ja juurvilju ning piimaprodukte	2
4. Päevas 3 või rohkem drinki (õlut, veini või muud alkoholi)	2
5. Suu või hammaste probleemid, mis teevad söömise raskeks	2
6. Alati pole piisavalt raha vajaliku toidu ostmiseks	4
7. Enamus osa ajast üksi söömine	1
8. Kolm või rohkem erinevat arsti poolt kirjutatud või käsimüügist ostetud ravimit päevas	1
9. Kaalu kaotus või kaalu lisandumine 4 kg viimase 6 kuu jooksul, ise seda soovimata	2
10. Patsient pole alati füüsiliselt võimeline käima poes, valmistama toitu ja / või sööma ise	2
Kokku punkte	

0-2 Vähene risk. Kontrolli 6 kuu pärast

3-5 Mõõdukas risk.

üle 6 Kõrge risk.

Kehakaalu muutused viimase 30 päeva jooksul.....

.....

FÜÜSILINE SEISUND

1.	Valu	Märgi aste 0 - valu puudub 1 - Valu häirib igapäevaelu 2 - Valu esineb vähem kui kord päevas 3 - Sagedased valud, valu esineb iga päev	<input type="text"/>
2.	Uriinipidamatus	Märgi aste 0 - Täielik kontroll põietegevuse üle 1 - Pidamatust juhtub kord nädalas või haevemini 2 - Vahetevahel esineb pidamatus- pidamatust juhtub 2 või rohkem kordi nädalas, kuid mitte iga päev 3 - Sagedane pidamatus – igapäevane, kuid on säilunud mõningane kontroll 4 - Täielik pidmatus	<input type="text"/>

3.	Muud urotrakti probleemid	Urineerimissagedus (märgi kordade arv) päeval Urineerimissagedus (märgi kordade arv) öösel Põiepidamatus abivahendid (sidemed, kateeter) Urineerimisel esinevad vaevused:	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Soolepidamatus	Märgi aste 0 – Täielik kontroll sooletegevuse üle 1 – Pidamatust juhtub kord nädalas või haavamini 2 – Vahetevahel esineb pidamatus- pidamatust juhtub 2 või rohkem kordi nädalas, kuid mitte iga päev 3 – Sagedane pidamatus – igapäevane, kuid on säilunud mõningane kontroll 4 – Täielik pidmatus	<input type="text"/>
5.	Teised sooletrakti probleemid	(kõhukinnisus, kõhulahtisus jne.)	<input type="text"/>
6.	Naha seisund	Probleemid või muutused (põletushaavad, verevalumid, lööve, sügelus, haavad, haavandid	<input type="text"/>
		Haavandite olemasolu. Märgi aste 0- haavandid puuduvad 1- naha püsiv punetus 2- osaline nahakihi kaotus 3- sügav haav nahal 4- haav on nii sügav, et on näha luu või lihased	<input type="text"/>
		A- haavand tekkinud surve, hõõrumise või naha aluskudede kahjustuse tõttu B- vigastus põhjustatud vereringehäiretest	<input type="text"/>
		Kliendil on olnud varem lamatisi (ei, jah)	<input type="text"/>
7.	Jalgadega seotud probleemid	Konnasilm, luumõhn, infektsioon, seen, troofilised haavandid	<input type="text"/>
8.	Suu ja hammaste olukord	Proteesid (ei, jah)	<input type="text"/>
		Katkised hambad (ei, jah)	<input type="text"/>
		Mälumis- ja neelamisprobleemid (ei, jah)	<input type="text"/>
		Suukuivus (ei, jah)	<input type="text"/>
		Probleemid hammaste ja proteeside puhastamisel (ei, jah)	<input type="text"/>
9.	Uni	Uneaeg Magab uinutitiega (märgi uinuti ja annus) Probleemid	<input type="text"/> <input type="text"/>
			82

		Ebastabiilne kõnnak (ei, jah)	<input type="checkbox"/>
		Patsient piirab väljas käimist kukkumishirmu tõttu (ei, jah)	<input type="checkbox"/>
10.	Kõnd ja tasakaal	Tinetti tasakaalu hindamise skoor	<input type="checkbox"/>
		Tinetti kõnnaku hindamise skoor	<input type="checkbox"/>
		Kokku	<input type="checkbox"/>
11.	Südame ja veresoonkonna seisund	Pulss	<input type="checkbox"/>
		Vererõhk	<input type="checkbox"/>
		Kaebused	<input type="checkbox"/>
12.	Hingamsielundkonna seisund	Hingamissagedus	<input type="checkbox"/>
		Kaebused	<input type="checkbox"/>

Meditiinilised diagnoosid ja probleemid:

Väljakirjutatud ravimid (kuna on välja kirjutatud ja kuna on vaja uuesti välja kirjutada)

Nõustumine arsti poolt väljakirjutatud ravimitega

ÕENDUSPLAAN

RESSURSID

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kuupäev PROBLEEMID/ ÕENDUSDIAGNOOSID	EESMÄRGID JA ÕENDUSPLAAN (SOOVITUSED JA TEGEVUSED)

Igapäevased sissekanded, õendustegevuse hindamine.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÕENDUSEPIKRIIS

Teenus:	Haigla geriaatriaosakond
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Multiprobleemsete eakate patsientide ravi ja taastusravi iseseisva toimetulekuvõime parandamiseks
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Igakülgne geriaatriline seisundi hindamine (meditsiiniline, funktsionaalne, sotsiaalne) • Ravi ja taastusravi läbiviimine • Õendusabi osutamine • Haiglavälise abi planeerimine
Maht	Teenust osutatakse ööpäevaringselt ning selle kogumaht ei ületa üldjuhul 10 voodipäeva.
Tingimused	<p>Multiprobleemsed eakad, kellel on tekkinud seletamatu seisundi halvenemine ja igapäevase toimetuleku raskused.</p> <p>Spetsialiseeritud osakonnas ravilolevad vanurid, kes ei vaja enam spetsiifilist ravi, kuid keda geriaatriliste probleemide tõttu pole veel võimalik ambulatoorsele ravile suunata.</p>
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti suunamine.
Staatust	Teenust võivad pakkuda statsionaarsed raviasutused.
Rahastamine	Samadel alustel teiste spetsialiseeritud haiglaosakondadega.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	<p>Geriaatriaosakonnas võivad töötada geriaatri kvalifikatsiooniga arstid või muu eriala arstid, kes on saanud geriaatrilist täiendkoolitust vähemalt 12 ainepunkti ulatuses. Geriaatriaosakonnas võivad töötada geriaatriaõed või muu eriala õed, kes on saanud geriaatrilist täiendkoolitust vähemalt 12 ainepunkti ulatuses (vanemõde vähemalt 16 ainepunkti ulatuses).</p> <p>Geriaatriaosakonnas võib töötada kõrgharidusega sotsiaaltöötaja, kes on saanud süvakoolituse gerontoloogias või gernotoloogilist/ geriaatrilist täiendkoolitust vähemalt 12 ainepunkti ulatuses.</p>
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist

Teenus:	Pikaraviosakond/haigla
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Funktsionaalse võimekuse langusega haigete seisundi ja toimetulekuvõime parandamine ravi ja taastusravi abil
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Arstlik teenus – diagnoosimine, ravi ja taastusravi määramine • Õendushooldusteenus • Taastusraviteenused (liikumisravi, tegevusteraapia, kõneteraapia, elektriravi, sotsiaalne ja psühholoogiline taastusravi)
Maht	Teenust osutatakse ööpäevaringselt. Kestvus sõltub patsiendi vajadustest ja edasise ravi, taastusravi ning hoolduse võimalustest kodus
Tingimused	<ul style="list-style-type: none"> • Ägeda haigestumise järgne seisund, mis põhjustab funktsionaalse võimekuse pikaajalise languse • Kroonilise haiguse ägenemine, mis põhjustab funktsionaalse võimekuse languse, kuid mis ei vaja spetsiifilisi uuringuid ja raviprotseduure akuuthaiglas
Kord	Teenust osutatakse arsti saatekirja alusel
Staatust	Võib olla iseseisev majandusüksus või kuuluda mõne teise haigla või tervishoiuasutuse koosseisu
Rahastamine	Ravikindlustus, samadel alustel teiste tervishoiuasutustega.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	<p>Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministeeriumi poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumidele.</p> <p>Pikaraviosakonnas võib töötada taastusravi või geriaatri kvalifikatsiooniga arst või muu eriala arst, kes on läbinud täiendkoolituse taastusravi või geriaatria erialal vähemalt 12 ainepunkti ulatuses</p> <p>Pikaraviosakond peab tagama kvalifitseeritud sotsiaaltöötaja ja füsioterapeudi teenuse.</p>
Saamine	Tegevuslitsents sotsiaalministeeriumist

Teenus	Psühhogeriaatria osakond
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Kaasaegse psühhiaatrilise diagnostika ja ravi tagamine eakatele patsientidele
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Psüühikahäirete diagnostika • Psüühikahäirete ravi • Hooldus ja põetus • Pereliikmete ja lähedaste nõustamine (meditsiiniline, psühholoogiline, sotsiaalne) • Ohutuse kindlustamine inimesele endale ja teistele • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus)
Maht	Vastavalt haigeakaasa hinnakirjale- psühhiaatria
Tingimused	Vastavalt tervislikule seisundile ja inimese enda soovile. Vastutahteline ravi sätestatud psühhiaatrilise abi seadusega
Kord	Saatekiri ei ole kohustuslik
Staatus	Psühhiaatria haigla osakond
Rahastamine	Ravikindlustus, samadel alustel teiste tervishoiuasutustega.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud psühhiaatrilise haigla litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist

Teenus:	Õendushoolduskeskus
---------	----------------------------

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Funktsionaalse võimekuse langusega haigete seisundi ja toimetulekuvõime parandamine õendushoolduse abil.
Sisu, tegevused	Õendushoolduskeskuses pakutakse õendushooldusteenust. Õendushoolduskeskus koosneb <ul style="list-style-type: none"> • Statsionaarsest voodiosakonnast • Kodusest õendushooldusosakonnast • Nõustamisosakonnast
Maht	Statsionaarses osakonnas 24 tundi ööpäevas. Kodus vastavalt seisundi hindamisele ja õendushooldusplaanile. Nõustamisosakond töötab 8 tundi tööpäevadel.
Tingimused	<ul style="list-style-type: none"> • Piiratud funktsionaalse ja vaimse võimekusega kroonilised haiged ja puudega inimesed. • Haiged ägeda haiguse paranemisperioodis • Patsiendid, kellel on keerulised ja hulgalised õendushooldusvajadused, mida sotsiaalhooldaja ja pereliikmed ei suuda lahendada. • Terminaalses seisundis patsiendid, surijad (inimväärse surma tagamiseks ja pereliikmete ja omaste nõustamiseks ja toetamiseks). • Patsientide lähedased, omaksed, hooldajad, kes vajavad teadmisi põetustegevuse läbiviimisel.
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti saatekiri. Õendusnõustamist saab klient ka pöördumisel ilma saatekirjata. Omafinantseerimise korral võivad teenuse saamiseks pöörduda ka patsient ise või tema lähedased.
Staatus	Teenust võib pakkuda tervishoiuasutuse juures olev osakond või Majanduslikult iseseisev üksus
Rahastamine	Haigekassa lepingu alusel nagu kõik tervishoiuteenused Hinnakirja alusel tasutakse teenuse eest "omafinantseerimise" printsiibil.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Õendushooldusosakonnas võivad töötada õed, kes pärast omandatud õe põhiharidust on läbinud täiendkoolitus 12 AP ulatuses (osakonnajuhataja 16 AP ulatuses) Õe kutsekõrghariduse omamisel on nõutav täiendõpe 2 AP ulatuses.
Saamine	Teenust võib osutada tegevuslitsentsi alusel .

Teenus:	Üldhooldekodu
---------	----------------------

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet institutsioonis
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (sh. enesehooldus, hooldamine, põetamine) • Aktiviseerivatesse tegevustesse kaasamine (sisaldab ka päevakeskuse lihtsamaid funktsioone) • Ohutuse kindlustamine inimesele enesele ja teistele • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus) <p>Ei sisalda ravimist, sisaldab põetust.</p>
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Arsti, sotsiaaltöötaja ja/või lähedaste hinnangul vajab inimene ööpäevaringset abi või toetust.
Kord	Teenust ostab inimene ise või lähedased, omavalitsuse osaluse korral suunab omavalitsus
Staatus	Majanduslikult on iseseisev teenus, perearsti/raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	Inimene ise – eluruumi rent ja toitlustamine Omavalitsuse eelarve teatud tingimustel – hooldamise tegevuskulud

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist/kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Dementsete hooldekodu Üldhooldekodu dementsete osakond
--------	---

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet institutsioonis
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (seisundi hindamine ja hooldusplaani järgimine, hooldamine, põetamine) • Aktiveerivatesse tegevustesse kaasahaaramine (sisaldab päevakeskuse lihtsamaid funktsioone) • Ohutuse kindlustamine inimesele enesele ja teistele • Hoolduskeskkonna tugevdatud järelvalve • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus) Ei sisalda ravimist
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	1) Eriarsti (psühhiaater, neuroloog), arst-eksperti ja rehabilitatsiooniasutuse hinnangul vajab inimene ööpäevaringset abi, toetust ja pidevat järelvalvet 2) Perearsti või eriarsti (psühhiaater, neuroloog) hinnangul vajab ööpäevaringset abi, toetust ja pidevat järelvalvet
Kord	1) Teenusele suunab praeguse VEKK analoog (2.komisjon) arstliku ekspertiisi hinnangu alusel pärast vähemalt 6 kuu jooksul päevakeskuse või toetatud elamise teenuse kasutamist. 2) Teenusele suunab perearst või eriarst (neuroloog, psühhiaater) saatekirja alusel
Staatus	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus, raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	1) Riigieelarve- hooldamise tegevuskulud Inimene ise - eluruumi rent ja toitlustamine 2) Kohalik omavalitsus või inimene või hooldajad- hooldamise tegevuskulud Inimene ise või hooldajad- eluruumide rent toitlustamine

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist/kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Erihooldekodu/osakond psüühikahäiretega eakatele
--------	---

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet institutsioonis multiprobleemsetele kestva psüühikahäirega klientidele (nt. Psüühikahäire ja alkoholisõltuvus)
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (seisundi hindamine ja hooldusplaani järgimine, hooldamine, põetamine) • Aktiveerivatesse tegevustesse kaasahaaramine (sisaldab päevakeskuse lihtsamaid funktsioone) • Ohutuse kindlustamine inimesele enesele ja teistele • Hoolduskeskkonna tugevdatud järelvalve • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus) Ei sisalda ravimist
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	1)Eriarsti (psühhiaater, neuroloog), arst-eksperti ja rehabilitatsiooniasutuse hinnangul vajab inimene ööpäevaringset abi, toetust ja pidevat järelvalvet
Kord	3) Teenusele suunab praeguse VEKK analoog (2.komisjon) arstliku ekspertiisi hinnangu alusel.
Staatust	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus, raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	3) Riigi eelarve- hooldamise tegevuskulud Inimene ise - eluruumi rent ja toitlustamine 4) Kohalik omavalitsus või inimene või hooldajad- hooldamise tegevuskulud üldhooldekodu keskmises mahus Inimene ise või hooldajad- eluruumide rent toitlustamine

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist/kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Päevahoolduskeskus
--------	---------------------------

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik toimetulek tavapärasel keskkonnas elamisel koos pere ja/või lähedastega
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel päeval ajal(seisundi hindamine, hooldamine) • Päeva struktureerimine • Aktiveerivatesse tegevustesse kaasahaaramine • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus) • Lihtsamate toimingutega hooldus (ei sisalda õendushooldust)
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Perearsti, eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse hinnangul on inimesel püsiv vajadus päevahoolduse järele
Kord	Inimene ise taotleb, omafinantseerimise korral saab, omavalitsuse kaasfinantseerimise korral määrab näidustusel kohalik sotsiaaltöötaja
Staatus	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus, raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	Omavalitsus- ruumide ekspluatatsioonikulud, tegevuskulud Inimene ise või hooldajad- toitlustamine, vajaminevad ravimid

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed võimaldavad sooritada hooldustoiminguid
Saamine	Kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Päevahoolduskeskus/osakond dementsetele vanuritele
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik toimetulek tavapärasel keskkonnas elamisel koos pere ja/või lähedastega
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel päevasel ajal(seisundi hindamine, hooldamine) • Päeva struktureerimine • Aktiveerivatesse tegevustesse kaasahaaramine • Ohutuse kindlustamine inimesele enesele ja teistele • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Toetada ja nõustada pereliikmeid ja lähedasi • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus)
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Perearsti, eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse hinnangul on inimesel dementsuse sündroomist tingitult püsiva toetuse vajadus
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik perearsti, eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse suunamine
Staatust	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus, raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	Riigieelarve - tegevuskulud Omavalitsus- ruumide ekspluatatsioonikulud Inimene ise või hooldajad- toitlustamine, vajaminevad ravimid

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist/kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Päevakeskus
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Soodustada, säilitada ja toetada turvaliselt veel säilinud eluline tegevusvõime tavapärasel/kohandatud elukeskkonnas toimetulekul
Sisu, tegevused	Tavaelu sisustamine arvestades eaka üldkultuurilisi harjumusi, usulisi tõekspidamisi, suhtumist koostegemistesse, individuaalsetesse tegemistesse, üldist hoiakut eluolustiku muutumise läbi. Leida võimalikult erinevaid tegevusi füüsilise-jõuvaru ja ajutegevuse säilitamiseks ning toetamiseks.
Maht	Piiranguteta
Tingimused	Päevategevust saab pakkuda, mitte peale suruda. Kasutada nõustamist, mis on üks võimalus edasiste tegevuste pakkumisel
Kord	Omavalitsuse sotsiaaltöötaja määrab päevategevuse vajaduse kui teenuse, mis aitab ennetada institutsiooni sattumist.
Staatust	Majanduslikult iseseisev teenus, maht määratakse omavalitsuse poolt vastava lepingu alusel.
Rahastamine	Inimene ise. Omavalitsuse suunamise korral võimalik osaline toetus omavalitsuselt.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Turvaline keskkond erineva füüsilise ja vaimse võimega inimesele. Loodud tingimused igakülgselt tegevuste läbiviimiseks, kvalifitseeritud personal.
Saamine	

Teenus	Geriaatriline seisundi hindamine
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Toimetulekuraskustega vanurite ravi, taastusravi ja sotsiaalteenuste optimeerimine
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Tervisliku seisundi hindamine • Funktsionaalse seisundi hindamine • Sotsiaalse seisundi hindamine • Tegevuskava väljatöötamine
Maht	Täismahuline seisundi hindamine sisaldab kõiki hindamise elemente ja lõpeb tegevuskava väljatöötamisega. Seisundi dünaamiline hindamine – esmasel hindamisel leitud puuete hindamine, mis lõpeb läbiviidud tegevuste efektiivsuse analüüsiga ja (vajadusel) edasiste tegevuste planeerimisega.
Tingimused	Vanurid, kes ei tule oma igapäevaeluga kodus toime. Vanurid, kes suunatakse taastusravi-, pika- või hooldusosakonda või hooldusasutusse või viibivad seal. Vanurid, kellel on vaja hinnata kompetentsust. Vanurid, kelle hooldajad (perekonnd) ei tule hooldamisega toime. Vanurid, kellel on lähiajal tekkinud seletamatu kehaline või kognitiivne häire.
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti, piirkonna sotsiaaltöötaja või piirkonnaõe suunamine. Omafinantseerimisel on võimalik teenust saada ka vanuri, tema pereliikme või hooldaja soovil.
Staatust	Teenust võivad pakkuda ravi- ja hooldusasutused.
Rahastamine	Haigekassa – tervisliku ja funktsionaalse seisundi hindamine. Riigieelarve või omavalitsus – sotsiaalse seisundi hindamine.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Tervisliku seisundi hindajal on nõutav arsti-geriaatri kvalifikatsioon või arsti kvalifikatsioon koos geriaatrilise täiendkoolitusega (vähemalt 200 tunni ulatuses). Funktsionaalse seisundi hindajal on nõutav geriaatriaõe kvalifikatsioon või õe kvalifikatsioon koos geriaatrilise täiendkoolitusega (vähemalt 100 tunni ulatuses). Sotsiaalse seisundi hindajal on nõutav gerontoloogilise sotsiaaltöötaja kvalifikatsioon või sotsiaaltöötaja kvalifikatsioon koos gerontoloogilise/geriaatrilise täiendkoolitusega (vähemalt 100 tunni ulatuses)
Saamine	Teenust võib osutada Tervishoiuameti tegevusloa alusel.

Teenus	Õendushooldusteenus
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Saavutada optimaalne tervislik seisund ja toimetulek igapäevaelutoimingutega. Kui see pole võimalik, siis väärikas surm. Ennetada võimalikke tulevasi toimetulekuraskusi. Kliendi teadmiste, oskuste ja tahte toetamine eneseabi ja parema toimetuleku soodustamiseks ja tervise edendamiseks. Koordineeritud optimaalse ja hinnatud teenuse osutamine kliendile.
Sisu, tegevused	Õendushooldus Funktsionaalse seisundi hindamine ja Õendusplaani koostamine, Õendushooldustoimingute sooritamine, Õendusnõustamine (tervisenõustamine) ja eneseabigruppide juhtimine Juhtumikorraldus Hooldusõdede õpetamine ja superviseerimine Vabatahtlike õpetamine ja superviseerimine
Maht	Vastavalt seisundi hindamisele, õendus- ja raviplaanile, Õe vastuvõtt Õe visiit Protseduur või uuring Nõustamine või tervisedenduslik loeng
Tingimused	Õendushooldust saab patsient, kui temal ja/või tema lähedastel/perekonnal (hooldajatel) on puudu teadmistest, oskustest ja tahtest eneseabiks ja paremaks toimetulekuks haigusega. Arsti ja õe poolt teostatud seisundi hindamise alusel määratletakse õendushooldusabi vajadus. Õendushooldusabi saavad patsiendid kodus, ravi- ja õendushooldusasutuses vastavalt ravi- ja õendushooldusplaanile. Koduõe teenust saab patsient siis, kui kliendi tervislik seisund muudab tema kodust lahkumise piisavalt vaevaliseks ja ta vajab perioodilist õendusabi ning arst on selle talle määranud.
Kord	Haiglas ja õendusabiasutuses haige vastuvõtmisel asutusse. Avahoolduses koduõe/pereõe teenuse saamiseks on vaja arsti suunamine
Staatus	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus. Teenust võib pakkuda tervishoiu ravi- ja õendushooldusasutused.
Rahastamine	Haigekassa. poolt või kliendi enda poolt. Koduhooldusel oleva kliendi teenindamisel maksab koduviisiit või protseduur. Erinev on hind esmasel ja korduval seisundi hindamisel. Institutsionaalsel õendushooldusel oleva kliendi puhul maksab voodipäev. Pereõe teenus finantseeritakse perearsti pearahast.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Õe diplom või kutsetunnistus
Teenuse osutajaks saamine	Teenust võib osutada tervishoiuameti tegevusloa alusel.

Õendushooldusteenused

A. FUNKTSIONAALSE SEISUNDI HINDAMINE ja ÕENDUSPLAANI KOOSTAMINE

A.1. ÕENDUSHOOLDUSVAJADUSE HINDAMINE

Vt. õendushooldusvajaduse hindamine geriaatrilise hindamise meeskonnas.

A.2. SEISUNDI HINDAMISE JA ÕENDUSTEGEVUSE DOKUMENTEERIMINE

Õendushoolduse või -teenuse plaan sisaldab:

- 1) Patsiendi/kliendi probleemide ja vajaduste identifitseerimist ja sedastamist
- 2) Mõõdetavaid ja saavutatavaid eesmärke
- 3) Spetsiifilisi pakutavaid teenuseid ja tegevusi, mida kasutatakse kliendi eesmärkide saavutamiseks. Neid tehakse koos arsti ja sotsiaaltöötajaga:
 - Turvalisuse kontroll ja selle kindlustamiseks ette võetud muutused, et hoida patsienti kahjustusest (kukkumisest).
 - Märkused kodu sobivuse ja kohandatavuse kohta
 - Infektsiooni profülaktika

Iga pakutud teenuse kohta on vajalikud järgmised märkmed: kuupäev, isik, hooldus või teenus, mida pakutakse.

- 4) Teised organisatsioonid ja inimesed, kes on hoolduses või teenuste osutamisel kaasatud
- 5) Instruktsioonid, mida on patsiendile antud

Kokkuvõte, mis antakse ravi ja hoolduse lõppedes peab sisaldama.:

- väljakirjutamise kuupäeva
- põhjust ja organisatsiooni nime, kes kliendi üle võtab
- probleemid vastuvõtmisel ja ravi/hoolduse käigus
- kliendi üldine seisund
- kokkuvõte hooldusest

Koopia sellest läheb kliendi arstile, kui teenus oli arsti poolt määratud.

B. ÕENDUSNÕUSTAMINE

B.1. PSÜHHOSOTSIAALNE HINDAMINE JA TOIMETULEKU SOODUSTAMINE

Kodus hooldatava patsiendi puhul peab pidevalt määrama toetussüsteemide vastavust. Kodune õendushooldustöö on **võrgustikutöö kolmanda sektoriga**: perekonnaliikmetega, naabritega, sõpradega (mitteformaalne teenuste võrgustik) ja meditsiinilisi ning sotsiaalseid teenuseid pakkuvate organisatsioonidega (formaalne teenuste võrgustik). Koduõendushooldus aitab lähedasi raskematel juhtudel ja toetab mõlemat, nii probleemset isikut kui mitteformaalset hooldajat, et

- määratleda ja edendada nõusolekut ravimite, dieedi jm osas;
- vahetada informatsiooni perekonnaliikmetega, määratleda perekonna dünaamikat, nõustada ja toetada, planeerida hooldusülesandeid ning hinnata haiguse ja hooldustegevuse mõju;
- hinnata vabatahtlike tegevuse tulemusi või juhtida nende poolt teostatavat hooldust.

B.2. TERVISENÕUSTAMINE

1) **Esmane profülaktika** tervetele, et vähendada haiguste teket. Vaktsineerimine, tervist edendavad loengud, seminarid, infolehtede ja muu tervisedendusliku materjali levitamine.

2) **Teisene profülaktika**, et välja selgitada inimesed, kellel on risk haigestuda.

Näiteks: profülaktilised läbivaatused varase vähi avastamiseks (rinnanäärmete kontroll, uuring peiteverele), laste arenguhäirete avastamiseks, töö riskigrupi inimestega.

3) **Kolmandane profülaktika**, et vältida haiguse taaspuhkemist, funktsioonide väljalangemist haiguse tagajärjel. Näiteks: diabeedi tasakaalustamine, suitsetamise lõpetamine peale südame infarkti, püsiva terviserikkega inimeste nõustamine haiguse süvenemise ärahoidmiseks ja haigusega toimetuleku soodustamiseks.

B.3. ENESEABIGRUPPIDE JUHTIMINE

C. ÕENDUSHOOLDUSTOIMINGUTE SOORITAMINE

C.1. Õendusprotseduurid: k.a. medikamentoosne ravi, uuringuteks ettevalmistus ja uuringute teostamine

C.2. Praktilise abi andmine kodu kohandamisel haigusega (tõstukid, kepid jne)

C.3. Isiklik hooldus

D. ÕENDUSHOOLDUSE ADMINISTRATIIVNE HINDAMINE JA KOOSKÕLASTAMINE

D.1. JUHTUMI KORRALDEMINE (*Case management*)

- Funktsionaalse hindamise alusel koduse õendushoolduse planeerimine, pika- ja lühiajaliste eesmärkide formuleerimine ja prioriteetsete teenuste vajaduse ja ajakava hindamine.
- Teenuste koordineerimine, et kindlustada hoolduse jätkuvus ja efektiivsus.
- Patsiendile osutatavate teenuste ja patsiendi seisundi pidev hindamine

Patsiendi tasandil: aitab saada seda, mida tal on õigus saada ja mida ta vajab

Süsteemi tasandil: avaldab survet süsteemile, et teha muudatusi, parandusi.

D.2. ÕENDUSHOOLDUSTÖÖTAJATE JA VABATAHTLIKE

SUPERVISEERIMINE

D.3. TERVISEHOOLDUSE KONVERENTSID

Teenus:	Füsioteraapia (liikumisravi)
---------	-------------------------------------

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Taastada vigastuste, ägedate ja krooniliste haiguste tõttu langenud funktsionaalsed võimed eesmärgiga integreerida inimest võimalikult paremini elu- ja töökeskkonda
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Liikumispotentsiaali ja kehalise võimekuse määramine • Füsioterapeutilise diagnoosi tegemine • Füsioteraapia vajaduse ja võimaluste määratlemine • Keskkonna hindamine, vajadusel ümberkorraldamine • Füsioteraapia läbiviimine: kehalised harjutused, elektriravi ja mehhaaniliste vahendite kasutamine, abivahendite ja seadmete kasutamine, patsiendi ja tema pereliikmete nõustamine • Seisundi dünaamiline hindamine
Maht	Vastavalt vajadusele. Teenus peab vajadusel olema järjepidev. Teenust osutatakse haigla osakondades, polikliinikus, perearsti /eraarsti praksises, tervisekeskuses, taastusravikeskuses, sanatooriumis, hooldekodus, kodus ja abivahendite keskuses.
Tingimused	<ul style="list-style-type: none"> • Funktsionaalse võimekuse langus, mis häirib igapäevaeluga või tööga toimetulekut • Funktsionaalse võimekuse languse ennetamine haigetel, kes on selle tekke suure riskiga
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti suunamine
Staatust	Teenust võivad pakkuda ravi- ja hooldusasutused Majanduslikult võib olla iseseisev teenus - munitsipaal- või erapraksis
Rahastamine	Raviasutuses haigekassa teenuste hinnakirja alusel Kodus ja hooldusasutuses kombineeritud finantseerimine – põhiteenus haigekassa hinnakirja alusel, transpordikulud ja lisa-ajakulu patsiendi, hooldusasutuse, kohaliku omavalitsuse või mõne muu ressursi arvelt

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Liikumisravi võib läbi viia vastava ettevalmistuse saanud isik: kõrgema haridusega kehakultuuri või liikumisravi spetsialist, spetsialiseerumiskursuse läbinud õde
Saamine	Teenust võib osutada Eesti Liikumisravi Liidu atestatsioonikomisjoni otsuse ja EV Sotsiaalministeeriumi litsentsibüroo kinnituse olemasolul

Teenus:	Tervishoiuasutuse sotsiaaltöötaja vastuvõtt
---------	--

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Kliendi haiguse või puudega seotud sotsiaalpsühholoogiliste ja/või sotsiaalmajanduslike toimetulekuprobleemide leevendamine
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Kliendi ja/või tema pere psühhosotsiaalse toimetulekuvõime ja sotsiaalmajanduslike ressursside hindamine • Tegevusplaani koostamine probleemide lahendamiseks • Psühhosotsiaalne nõustamine
Maht	Konsultatiivne vastuvõtt 90 minutit Psühhosotsiaalse toimetulekuvõime ja sotsiaalmajanduslike ressursside hindamine 120 minutit Psühhosotsiaalne nõustamine 90 minutit
Tingimused	Klient, kellel on haiguse või puude tõttu esile kerkinud sotsiaalpsühholoogilised või sotsiaalmajanduslikud toimetulekuprobleemid
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti, piirkonna sotsiaaltöötaja või piirkonnaõe suunamine. Omafinantseerimisel on võimalik teenust saada ka vanuri, tema pereliikme või hooldaja soovil.
Staatust	Teenust võivad pakkuda nii haiglad kui ka ambulatoorsed raviasutused.
Rahastamine	Kombineeritud finantseerimine – otsesed kulud tasutakse kohaliku omavalitsuse poolt või riigieelarvest (laia teeninduspiirkonnaga raviasutused) või inimese enda poolt, kaudsed kulud katab raviasutus

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Teenust võib osutada magistrikraadiga sotsiaaltöötaja või kõrgharidusega sotsiaaltöötaja, kes on saanud nõustamise- ja kliinilise sotsiaaltöö alast täiendkoolitust vähemalt 12 ainepunkti ulatuses.
Saamine	.

Teenus:	Tervishoiuasutuse sotsiaaltöötaja koduviit
---------	---

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Tervisehäirete või puute tõttu psühhosotsiaalsete ja/või sotsiaalmajanduslike toimetulekuprobleemidega inimeste elukeskkonna parandamine
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Kliendi ja/või tema pere elukeskkonna hindamine • Kliendi mitteformaalse tugivõrgustiku ressursside hindamine ja kujundamine • Haiglaravi lõppemisel pere ettevalmistamine kliendi haiglast lahkumiseks
Maht	Ühe koduviidi kestus 60 minutit
Tingimused	Haiglaravilt lahkuv klient, kellel on kehv sotsiaalne tugivõrgustik Ambulatoorsel ravil olev klient, kelle toimetulekuprobleemid on seotud koduse keskkonna ja/või halva sotsiaalse tugivõrgustikuga
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik arsti, piirkonna sotsiaaltöötaja või piirkonnaõe suunamine. Omafinantseerimisel on võimalik teenust saada ka vanuri, tema pereliikme või hooldaja soovil.
Staatust	Teenust võivad pakkuda nii haiglad kui ka ambulatoorsed raviasutused.
Rahastamine	Kombineeritud finantseerimine – otsesed kulud tasutakse kohaliku omavalitsuse poolt või riigieelarvest (laia teeninduspiirkonnaga raviasutused) või inimese enda poolt, kaudsed kulud katab raviasutus

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Teenust võib osutada magistrikraadiga sotsiaaltöötaja või kõrgharidusega sotsiaaltöötaja, kes on saanud nõustamise- ja kliinilise sotsiaaltöö alast täiendkoolitust vähemalt 12 ainepunkti ulatuses.
Saamine	.

Teenus	Koduhooldus
--------	--------------------

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet inimese oma kodus
Sisu, tegevused	<p>Omavalitsuse seisukohalt sihtgrupiks eelkõige need vanurid, kellel puuduvad lapsed ja lähedased, kuid ka vanurid, kellel on pere, kuid see ei tule hooldamisega toime.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (sh. enesehooldus, ruumide korrashoid, sotsiaalse ja majandusliku suhtlemise/toimingute korraldamine) • Aktiviseerivatesse tegevustesse kaasamine (sisaldab ka päevategevuse korraldamist) • Eluruumide korrashoid <p>Ei sisalda ravimist, sisaldab piiratud mahus lihtsamaid hooldustoiminguid</p>
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Arsti, sotsiaaltöötaja ja/või lähedaste hinnangul vajab inimene suures mahus kõrvalabi
Kord	Omavalitsuse pädev töötaja määrab inimese õiguse saada koduhooldust
Staatust	Majanduslikult on iseseisev teenus. Omavalitsus toodab teenust ise või korraldab ostuteenusena
Rahastamine	Omavalitsuse eelarve teatud tingimustel, kriteeriumiks eelkõige lähedaste puudumine või nende võimetus korraldada vanuri koduhooldust

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Omavalitsuse pädeva institutsiooni kinnitus, et teenuse osutajal on vastav kvalifikatsioon. Personali kvalifikatsioon peab vastama sotsiaalhooldaja kutsestandardile.
Saamine	Kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Tegevusjuht (päevategevus)
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Soodustada, säilitada ja toetada turvaliselt veel säilinud eluline tegevusvõime tavapärasel/kohandatud elukeskkonnas toimetulekul
Sisu, tegevused	Tavaelu sisustamine arvestades eaka üldkultuurilisi harjumusi, usulisi tõekspidamisi, suhtumist koostegemistesse, individuaalsetesse tegemistesse, üldist hoiakut eluolustiku muutumise läbi. Võimalike ettetulevate situatsioonide ennetamine professionaalsel tasemel. Leida võimalikult erinevaid tegevusi füüsilise-jõuvaru ja ajutegevuse säilitamiseks ning toetamiseks..
Maht	Piiranguteta
Tingimused	Päevategevust saab pakkuda, mitte peale suruda. Kasutada nõustamist, mis on üks võimalus edasiste tegevuste pakkumisel
Kord	Omavalitsuse sotsiaaltöötaja määrab päevategevuse vajaduse kui teenuse, mis aitab ennetada institutsiooni sattumist ning annab kirjeldatud vajaduse üle tegevusjuhile.
Staatust	Majanduslikult iseseisev teenus, maht määratakse omavalitsuse poolt vastava lepingu alusel.
Rahastamine	Inimene ise, omavalitsuse suunamise korral osaliselt omavalitsus.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Loodud tingimused igakülgselt tegevuste läbiviimiseks, kvalifitseeritud personal.
Saamine	

Teenus	Päevahooldus dementsetele vanuritele
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik toimetulek tavapärasel keskkonnas elamisel koos pere ja/või lähedastega
Sisu, tegevused	<ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel päevasel ajal(seisundi hindamine, hooldamine) • Päeva struktureerimine • Aktiveerivatesse tegevustesse kaasahaaramine • Ohutuse kindlustamine inimesele enesele ja teistele • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Toetada ja nõustada pereliikmeid ja lähedasi • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus)
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Perearsti, eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse hinnangul on inimesel dementsuse sündroomist tingitult püsiva toetuse vajadus
Kord	Teenuse saamiseks on vajalik perearsti, eriarsti või rehabilitatsiooniasutuse suunamine
Staatus	Majanduslikult võib olla iseseisev teenus, raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	Riigieelarve - tegevuskulud Omavalitsus- ruumide ekspluatatsioonikulud Inimene ise või hooldajad- toitlustamine, vajaminevad ravimid

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Ruumid, sisustus, personal, seadmed vastavalt sotsiaalministri poolt kinnitatud litsentsimiskriteeriumitele.
Saamine	Tegevuslitsents Sotsiaalministeeriumist/kohaliku omavalitsuse tegevusluba

Teenus	Toetatud elamine (eluasemeteenus, sotsiaaleluruum)
--------	---

Tunnus	Sisu
Eesmärk	Parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) institutsiooniväline elukvaliteet
Sisu, tegevused	<p>Sihtgrupiks eelkõige need vanurid, kelle hooldamine oma kodus oleks väga töömahukas (ahjuküte, vesi väljas jne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inimese abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (sh. enesehooldus, hooldamine, põetamine) • Aktiviseerivatesse tegevustesse kaasamine (sisaldab ka päevategevuse korraldamist) • Üldkasutatavate ruumide korrashoid • Üldiste ohutusnormide tagamine (tervisekaitse, tuleohutus) <p>Ei sisalda ravimist, sisaldab piiratud mahus lihtsamaid hooldustoiminguid</p>
Maht	Ajalise piiranguta
Tingimused	Arsti, sotsiaaltöötaja ja/või lähedaste hinnangul vajab inimene suures mahus kõrvalabi
Kord	Teenust ostab inimene ise või lähedased, omavalitsuse osaluse korral suunab omavalitsus
Staatus	Majanduslikult on iseseisev teenus, perearsti/raviasutuse superviseerimine inimeste tervisliku seisundi osas
Rahastamine	Inimene ise – eluruumi rent ja toitlustamine Omavalitsuse eelarve teatud tingimustel – hooldamise tegevuskulud

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Eluruumidele esitatavad nõuded.
Saamine	Kohaliku omavalitsuse tegevusluba.

Teenus	Psühholoogi vastvõtt
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Kliendi isikliku, perekondliku ja/või tööalase toimetuleku parandamine.
Sisu, tegevused	<p>Nõustamine. Nõustamine sisaldab informatsiooni, toetuse ja nõuannete jagamist nii patsientidele kui omastele ja teistele patsientidega lähedalt kokkupuutuvatele isikutele.</p> <p>Psühholoogilised uuringud. Psühholoogiline uuring on süstemaatiline psühhodiagnostiliste meetodite kasutamine, selleks, et saada informatsiooni patsiendi intellektuaalse funktsioneerimise, käitumise ja isiksuse kohta. Peamisteks meetoditeks on psühholoogilised testid koos intervjuuga. Psühholoogilise uuringu üldiseks eesmärgiks on patsiendi probleemide kohta otsustuste ja prognooside tegemine ning ravi kavandamine ja raviefekti hindamine.</p> <p>Psühhoteraapia on koostöö individuaalkliendi, grupi, paari või perega, mille käigus terapeut kasutab teadlikult ja sihipäraselt psühholoogilisi tehnikaid aitamaks kliendil mõista ja muuta emotsioone, tunnetust ja käitumist kliendile kohases suunas.</p>
Maht	Vastavalt kliendi vajadustele: Psühhoteraapia ja nõustamise seansside pikkus on 60 minutit ja kordade arv oleneb kliendi probleemist.
Tingimused	Kliendil on psühholoogilisi ja psüühilisi probleeme, mille tõttu on isiklik, perekondlik ja/või tööalane toimetulek häiritud
Kord	Klient pöördub ise psühholoogi või psühhoterapeudi vastuvõtule. Raviastutuses määratakse psühholoogi konsultatsioon, hindamine, psühhoteraapia patsiendi raviva arsti poolt.
Staatust	Teenust pakub tervishoiu raviastutus. Majanduslikult võib olla iseseisev teenus.
Rahastamine	Raviastutuses on haigekassa poolt finantseeritud psühholoogiline uuring, individuaalse psühhoteraapia seanss, grupiteraapia ja pereteraapia, ambulatoorselt psühholoogi vastuvõtt. Psühholoogide eravastuvõttudel ja nõustamiskeskustes maksab klient ise või vastavate lepingute olemasolul haigekassa või finantseeritakse teenus vastavatest projektidest.

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Teenuse osutaja	Psühholoog, psühhoterapeut
Nõuded	Psühholoogi diplom ja/või psühhoterapeudi väljaõppe tunnistus.
Teenuse osutajaks saamine	Raviastutuses psühholoogi või psühhoterapeudi kohale töölevõtmisel. Psühhiaatrilise profiiliga tervishoiuasutuses töötaval psühholoogil peab olema kliinilise psühholoogi kvalifikatsioon. Eravastuvõttudel tegevusloa või põhikirja alusel.

Teenuse nimetus	Hingehoid
Tunnus	Sisu
Eesmärk	Tagada kliendi spirituaalsete vajaduste rahuldamine, mille tulemusel väheneb konkreetsest eluolukorrast (haigus, trauma, vananemine vms) tingitud psühhosotsiaalne stress ja paraneb võime olukorda kontrollida.
Sisu, tegevused	Hingehoiu asetleidmise peamine väline kriteerium on hingehoidja ja kliendi vahel toimuv suhtlemine. See võib toimuda ühes või mitmes allpool loetletud vormis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuaalne hingehoidlik vestlus (hingehoidja ja kliendi kohtumine nelja silma all ühe osapoole initsiatiivil) 2. Kiriklike talituste läbiviimine vastavalt kliendi soovile ja usulistele tõekspidamistele (ristimine, piht, armulaud, salvimine, konfirmeerimine, laulatus, jumalateenistused, palvused, vaimuliku kirjanduse lugemine või vahendamine vms) 3. Rühmavestlus hingehoidja osavõtul
Maht	Hingehoid on kvaliteedile orienteeritud toetav teenus. Hingehoiu maht ravi- või hoolekandeesutuses peab olema seda suurem, mida väiksemad on klientide võimalused kontakti pidada oma loomuliku keskkonnaga (kaugus, vähenenud suhtlemisvõime, piiratud liikumisvõime vms)
Tingimused	Hingehoid on kättesaadav kõigile klientidele, kes selleks soovi avaldavad (näiteks valmisolek osaleda palvusel, soov vestelda hingehoidjaga või saada osa sakramentidest vms)
Kord	Hingehoidjaga võib ühendust võtta nii klient, tema omaksed kui ka teiste teenuste osutajad. Vajaduse korral aitab hingehoidja leida inimese, kes saab täita kliendi konkreetse vajaduse (võtab kontakti teiste kirikute ja koguduste esindajaga)
Staatust	Hingehoid on toetav teenus. Oluline on koostöö meditsiinipersonali, kliinilise psühholoogi ja sotsiaaltöötajatega
Rahastamine	Hingehoidjate ettevalmistuse ning usuliste talitustega seotud kulutused kannab vastav kirik. Hingehoiuteenuse eest võib tasuda inimene ise, tema lähedased või haigla või hoolekandeesutus, milline kannab ka teenuse osutamise seotud kommunaal- ja sidekulud

TEENUST OSUTAV INSTITUTSIOON

Tunnus	Sisu
Nõuded	Hingehoidja peab olema kõrgema (teoloogilise) haridusega isik, kes on läbinud hingehoiualase eriväljaõppe ja sooritanud erialase superviseeritud praktika
Saamine	Hingehoidjaks võib saada isik, kes vastab loetletud nõuetele, on aktsepteeritud ravi- või hoolekandeesutuse poolt ja saanud soovitusel oma kirikult

Geriaatri kutsestandard

Geriaatria on meditsiinieriala, mis osutab tervishoiualast abi eakatele inimestele. Geriaatria hõlmab kliinilise meditsiini kõrval eaka inimese tervisega seotuvaid muid alasid (sotsiaalsed probleemid, tegevusteraapia, psühholoogia, sotsioloogia, keskkond jne.). Geriaater on vastava eriettevalmistusega arst, kelle ülesandeks on eakatele iseloomulike haiguste ja geriaatriliste sündroomide diagnoosimine ja ravi. Geriaatri koolituse sisu on määratletud vastavalt kinnitatud õppeprogrammile.

Geriaater asub tervishoiusüsteemis spetsialisti rollis, konsultatsioonile suunab esmatasandi arst või raviarstiks olev teise eriala spetsialist

Eriala määratlemisel on aluseks tööjuhend, milles on esitatud erialalise tegevuse nõutav ulatus. Vastava eriala nõuete täitmiseks kavandatakse erialakoolitus (vt. Geriaatria residentuuri programm).

Erialaliste oskuste ning eetika erialasisese kontrolli tagab eriala selts – Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon.

Kõik need printsiibid on aluseks geriaatria arendamisel Eestis ning geriaatria kui eriala areneb vastavalt eriala tunnustamiseks vajalikele kriteeriumidele:

- akadeemiline alus
- uurimistöö
- erialaseltsi areng
- eriala koolitus
- atesteerimine
- tingimuste (sh. seadusandlike) loomine geriaatritele tema tööks ja põhiülesannete täitmiseks.

Akadeemilise eriala tunnustamise eeldused:

A. Arstlikud oskused:

Oskused, mis on loetletud residentuuri programmis.

B. Administratiivsed teadmised:

- tunda hästi Eesti tervishoiusüsteemi tervikuna;
- tunda tervishoiuseadusi, tervishoiu arengusuundi ja võtta osa nende arengusuundade planeerimisest;
- osata tegutseda tervishoiu juhtimises;
- tunda Eesti sotsiaalabisüsteemi.

Geriaatria residentuur on statsionaarne õpe, mis kestab 1 aasta ja sisaldab nii teoreetilise kui ka praktilise koolituse. Geriaatria residentuuri astumise eelduseks on perearsti või sisearsti eriala eelnev omamine.

Geriaatria residentuuri põhiprogramm on kinnitatud Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Nõukogu poolt. Põhiprogrammis tehakse muutusi vastavalt arstiteaduskonna põhiõppe ja internatuuri programmide muutustele, samuti arvestades muutusi Eesti meditsiini korralduses. Vastavalt Ülikooliseadusele tagatakse residentide jaoks raviasutustes õppe lõpetamiseks vajalik praktikakoht. Seega toimub residentuur Eesti Sotsiaalministeeriumi poolt residentuuri baasideks kinnitatud raviasutustes ja Tartu Ülikooli õpetavates perearstikeskustes. Residentuuri aineprogrammis nähakse ette erinevate erialade baasides töötamise kestus, erialade järjestus ning residentuuri

baaside vaheldumine. Vastavalt Ülikooliseadusele ja Tartu Ülikooli Seadusele kuuluvad residendid Tartu Ülikooli liikmeskonda. Geriaatria residentuuri lõpetamisel ja eksami sooritamisel saadakse geriaatri eriala, mida kinnitab Tartu Ülikooli poolt välja antud kutsetunnistus. Atesteerimiskomisjon võib omistada geriaatri eriala kategooria ka isikutele, kes on residentuuri programmi läbinud väljaspool Eestit asuvas õppeasutuses, kuid kes kategooria taotlemise ajal töötavad Eesti raviasutuses. Väljaõpe on vastavuses Euroopa Liidu vastava direktiiviga.

Geriaatritele toimub jätkuv täiendkoolitus, mida arvestatakse atesteerimisel. Geriaatrite atestatsioonikomisjon töötab Eesti Sotsiaalministeeriumi poolt kehtestatud arstide atesteerimise kriteeriumide järgi ning geriaatria residentuuri lõpetamine on aluseks geriaatri 2.kategooria määramisel. Geriaatri esimese ja kõrgema kategooria omistamisel on aluseks töö analüüs, osalemine täienduskoolitusel, konverentsidel, ettekanded, atiklid, teadustöö ning teaduskraad vastavalt arstide ettevalmistuse, täiendkoolituse ja atesteerimise põhimäärusele (Eesti Sotsiaalministeerium 1991).

Geriaatria residentuuri programm

Geriaatria alane residentuur kestab 12 kuud. Residentuuri astumise eelduseks on sisehaiguste 5-aastase või perearsti eriala 3-aastase residentuuri eelnev läbimine. Residentuuri astumiseks peab kandidaat sooritama eksami.

Geriaater peab residentuuri programmi lõpetamise järgselt omama järgmisi teadmisi ja oskusi:

1. Teadma sotsiaalmeditsiini üldprintsipi, tervishoiu struktuuri ja organisatsiooni, tervishoiu alaseid andmeid ning omama põhiteadmisi tööks dokumentidega;
2. Teadma vanema ea haiguste riskitegureid, nende preventsiiooni ja lahendamise teid, õenduse ja ratsionaalse toitumise põhiprintsiipe;
3. Teadma vanemaealiste anatoomia, füsioloogia ja histoloogia iseärasusi;
4. Oskama hinnata eaka inimese meditsiinilist, psühholoogilist ja sotsiaalset staatust;
5. Tundma vanemaealiste patoloogia põhjusi ja selle rakulisi, biokeemilisi ja immunoloogilisi mehhanisme;
6. Olema suuteline interpreteerima röntgenoloogiliste, endoskoopiliste ja ultraheliuuringute tulemusi vanemaealistel;
7. Ära tundma krooniliste haiguste ägenemisi ja vanemaealiste spetsiifilisi seisundeid:
 - 7.1 Kardiovaskulaarsüsteem: südame isheemiatõbi, klapirikked, südamepuudulikkus, hüpertensioon ja nende komplikatsioonid;
 - 7.2 Hingamiselsundid: pneumoonia, bronhiaalastma, bronhiit, COPD, tuberkuloos ja nende komplikatsioonid;
 - 7.3 Gastrointestinaalsed: söögitoru- ja maohaigused, peptiline haavand, jämesoole haigused, isheemiline koliit, konstipatsioon ja nende komplikatsioonid.
 - 7.4 Lihas-tugielsundid: reumatoidartriit, osteoartroos, spondüliit, podagra, pseudopodagra, osteoporoos, reumaatiline polümüalgia, hiidrakuline arteriit ja nende komplikatsioonid.
 - 7.5 Endokriinsed ja metaboolsed häired: hüpötüroidism, hüpertüroidism, diabeet, postmenopausaalsed sündroomid ja nende komplikatsioonid

- 7.6 Renaalsed: püelonefriit, glomeerulonefriit, neerukivi, angionefroskleroos, äge ja krooniline neerupuudulikkus ja nende komplikatsioonid;
 - 7.7 Kroonilised funktsionaalsed ja postmenopausaalsed sündroomid, impotentsus: hormonaalne asendusravi, impotentsuse ravi;
 - 7.8 Hematoloogilised häired: aneemiad, äge ja krooniline leukeemia, müelodüsplastiline sündroom ja nende komplikatsioonid;
 - 7.9 Neurooloogilised sündroomid: tserebrovaskulaarhaigus, insult, neurodegeneratiivsed sündroomid, Parkinsoni sündroom ja nende komplikatsioonid
 - 7.10.Psüühikahäired: dementsus (Alzheimer'i tõbi, vaskulaarne dementsus), deliirium, afektiivsed häired, depressioon, neuroos ja nende komplikatsioonid;
 - 7.11.Spetsiifilised geriaatrilised probleemid: tasakaaluhäired, kukkumine, immobiilsus ja ebastabiilsus, süngoop, insomnia, inkontinents (uriini ja rooja), ravimite kõrvaltoimed, pruritus senilis ja nende komplikatsioonid;
 - 7.12.Lamatised;
 - 7.13.Onkoloogilised probleemid.
8. Oskama ravida punktis 7 loetletud haigusi ja seisundeid.
 9. Tundma geriaatrilise farmakoloogia printsiipe.
 10. Tundma vanemaealiste rehabilitatsiooni, füüsilisi ravimeetodeid, ortopeedilist teenistust ja selle võimalusi, looma ohutu ja funktsionaalse keskkonna.
 11. Tundma õendus-hoolduse ja palliativse ravi printsiipe vanemaealistel.

Programm

Vananemisteooriad: bioloogilised ja psühhosotsiaalsed. Elanikkonna vananemine. Vananemine ja haigused. Geriaatriliste teenistuste struktuur ja organisatsioon. Vanemaealiste probleemide mitmetahulisus. Eetika. Geriaatriline patsient ambulatoorses raviasutuses, haiglas, hooldusasutuses. Geriaatri töö iseärasused ja funktsioonid. Vanemaealistel esinevate haiguste üldprintsiibid: adaptatsioonimehhanismide vähenemine, krooniliste haiguste esinemissagedus, polüpatoloogia, haiguste ebatüüpiline kulg, prolungeeritud rehabilitatsioon.

Diagnoosimise iseärasused. Füüsikaline, funktsionaalne, sotsiaalne, majanduslik ja psühholoogiline hindamine. Haiguste ravi ja preventsiiooni alused. Gerofarmakoloogia: vanemaealiste farmakokineetika ja farmakoloogia iseärasused. Ravimite kõrval- ja koostoimed. Vanurite sotsiaalprobleemid. Vanuritele orienteeritud sotsiaal- ja meditsiinasutused. Preventsioon vanemaealistel.

Suremine. Palliativne abi haiguste terminaalstaadiumis: valu, õhupuudus, verejooks.

Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon. Interdistsiplinaarne meeskond. Geriaatri, õe, sotsiaaltöötaja ja teiste interdistsiplinaarse meeskonna liikmete rollid.

Kopsuhaigused. Vananemise mõju hingamisorganitele. Kopsuhaiguste riskifaktorid. Kroonilised obstruktiivsed kopsuhaigused. Tuberkuloos. Välisteguritest tingitud pneumoonia ja hospitaalpneumoonia. Seisundi hindamise, ravi ja õenduse iseärasused.

Kardio- ja tserebrovaskulaarsed häired. Vananemise mõju südamele, veresoontele ja vereringe regulatsioonile. Ateroskleroos ja selle riskifaktorid.

Koronaarhaigus. Stenokardia. Piirangud koormustestidel Stenokardia ravi vanemaelistel. Südameinfarkt ja selle komplikatsioonid. Düspnoe, süngoop, kõhuvalu kui rinnaangiini ekvivalendid. Südameklappide aterosklerootilised kahjustused. Südamepuudulikkus. Digoksiini kasutamise põhimõtted ja haigete jälgimine. Hüpertensioon ja selle mehhanismid. Pseudohüpertensioon. Ortostaatiline hüpotensioon. Diferentsiaaldiagnoos, preventatsioon. Jäsemete oblitereeruv ateroskleroos. Ajuvereringe häired. Insult.

Perifeerse vereringe häired : troofilised haavandid, lamatised.

Neeruhaigused. Neerude involutsioon. Krooniline neerupuudulikkus. Glomerulonefriit ja nefroskleroos. Uriini pidamatus, põhjused ja ravi.

Gastrointestinaalsed häired. Suuõõne ja söögitoru vananemisprotsess. Hammaste seisund ja suuõõne hügieen vanas eas. Düsfagia. Krooniline atrofiline gastriit. Soolestiku vananemine. Konstipatsioon ja väljaheite pidamatus, preventatsioon ja ravi. Divertikuloos ja soolestiku kasvaja. Toitumine vanemas eas. Gastrostoom, jejunostoom. Parenteraalne toitmine.

Metaboolsed häired. Diabeet vanemas eas. Hüpotüroidism ja hüpertüroidism. Osteoporoos. Postmenopausaalsed sündroomid.

Lihaskonna häired. Düstroofilis-destruktiivsed muutused luudes ja liigestes. Osteoporoos. Osteokondroos. Reumatoidartriit. Reumaatiline polümüalgia. Podagra. Pseudopodagra.

Hematoloogilised häired. Mikrotsütaarne, normotsütaarne, megaloblastiline aneemia. Äge ja krooniline leukeemia. Müelodüsplastilised sündroomid.

Vanemaaliste psühhosotsiaalsed probleemid. Aju vananemine. Unetus. Närvilisus. Depressioon. Dementsus. Alzheimeri tõbi. Parkinsoni sündroom. Delirium. Ravi ja hoolduse kvaliteet pikaajalises asutuses.

Kukkumiste haiguslikud ja välispõhjused, kukkumiste preventatsioon.

Põdurus, haiglaslikkus (*failure to thrive*)

Perearstiteaduse ja sisearsti eriala residentide õppekava geriaatrias

Perearstiteaduse eriala resident omandab eakate patsientide ravi ja geriaatrilise hindamise oskused ambulatoorsetes, haigla ja hooldusasutuse tingimustes.

I. Teadmised ja oskused

A. Resident omandab teadmisi järgmistes spetsiifilistes valdkondades:

Kaasaegse teaduse seisukohad vananemisest ja pikaajalisest, kaasaarvatud vananemisteooriad.

Geriaatriline preventatsioon, mille hulka kuuluvad toitumine, tervise säilitamine, kehakultuur, haiguste vastane immuniseerimine ja kemoprofülakтика.

Geriaatriline hindamine, kaasa arvatud afektiivse, kognitiivse ja funktsionaalse staatuse hindamine, sotsiaalne toetus, tervisega seotud majanduslikud ja keskkonnategurid. Toimetulek igapäevaelu toimingutega, selle hindamine, anamnees, füüsikaline uurimine, vaimse seisundi hindamine.

Osalemine interdistsiplinaarse meeskonna, kuhu kuuluvad arstid, õed, sotsiaaltöötajad, dietoloogid, rehabilitatsioonispetsialistid jt. töös.

Spetsiifilised geriaatrilised probleemid, mis ei piirdu ainult kognitiivsete võimete halvenemisega, depressiivsed häired, inkontinents, osteoporoos, fraktuurid, sensoorsete võimete halvenemine, lamatised, unehäired, valu, vaegtoitumus ja funktsionaalse võimekuse langus.

Haigused, mis on vanuritel eriti sagedased või erineva sümptomatoloogiaga nagu kasvaja, südame-veresoonkonna, neuroogilised, lihas-tugielundkonna, metaboolsed ja infektsioonhaigused.

Vananemisega seotud farmakoloogilised probleemid kaasaarvatud muutused farmakokineetikas ja farmakodünaamikas, ravimite koostoimed, ravimite liigtarvitamine, ravimite adekvaatne väljakirjutamine.

Vananemise psühhosotsiaalsed aspektid kaasaarvatud isikute vahelised ja perekonnasisesed suhted elukondlikud situatsioonid, kohanemishäired, depressioon, pereliikme kaotus ja murelikkus.

Vanurite ravi ja hoolekande majanduslikud ressursid, kaasaarvatud haigekassa ja sotsiaalhoolekanne.

Geriaatrilise meditsiiniga eriti seotud eetilised ja õiguslikud aspektid nagu ravi limiteeritus, isiku kompetentsus, hooldus ja eestkostes, õigus keelduda ravist, testamendid ja suhlemine õiguskaitseorganitega.

Geriaatrilise rehabilitatsiooni põhiprintsiibid, kaasaarvatud ortopeediliste, reumaatiliste, kardiaalsete ja neuroogiliste haigustega patsientide rehabilitatsioon. Sii kuuluvad füsioteraapia, harjutused funktsionaalse aktiivsuse parandamiseks, abivahendid, elukeskkonna kohandamine, patsiendi ja perekonna nõustamine ja õpetamine, psühhosotsiaalne nõustamine.

Ravi ja hooldus pikaravi osakonnas respektides patsiendi soove; pikaravi (long term care) institutsioonide administreerimine, regulatsioon ja finantseerimine, ravi järjepidevus.

Perioperatiivne hindamine, ravi ja hooldus.

Iatogeensed kahjustused ja nende ennetamine.

Perekonna (keskne) roll eaka patsiendi eest hoolitsemisel ja ühiskonna ressursside kasutamine.

Vananemise kultuurilised aspektid kaasaarvatud teadmised demograafiast, erinevatesse etnilistesse gruppidesse kuuluvate inimeste tervislikust seisundist, tõlgi kasutamine kliinilises töös.

Koduhooldus kaasaarvatud koduviisiit ja ühiskonna ressursside hindamine.

Hospiitsi teenus kaasaarvatud valu sündroomi ravi, sümptomaatiline ravi, hingehoid ja surmaga seotud küsimused.

B. Oskused

Oskus võtta täielikku geriaatrilist anamneesi, organsüsteemide füüsikaline uurimine ja funktsionaalne hindamine kasutades geriaatrilist depressiooniskaalat, vaimse seisundi hindamise testi (Mini mental test), ADL ja IADL-i.

Resident peab olema suuteline tegema kodu hindamist.

Resident peab olema võimeline ravima kodust patsienti.

Resident peab olema suuteline arutlema testamendi ja surmaga seotud küsimustes.

Resident peab olema suuteline ravima pikaajalist ravi vajavaid haigeid (long term care patients).

II. Meetodid

Geriaatriline ettevalmistus kestab 4 nädalat kolmeaastase perearsti eriala residentuuri kolmandal aastal ja viiakse läbi sisehaiguste (tulevikus geriaatria) ja pikaajalise osakonnas ning geriaatriliste patsientide ambulatoorses vastuvõtus.

A. Perearsti praksises töötades puutub resident esimesel residentuuri aastal kokku eakate patsientide arstiabi korraldusega perearsti poolt. Siia lisandub ka geriaatriline hindamine.

B. Long term care- hooldekodude residentide regulaarne jälgimine. Lisaks üks kord kuus korraldatavale arsti visiidile kuulub residendi kohustuste hulka patsientide jälgimine üks kord nädalas koos hooldusasutuse meditsiinipersonaliga (õde, velsker). Eriline tähelepanu hooldusasutuse töö korraldusele, samuti surmaga seotud küsimustele.

C. Kodune ravi ja põetus. Koduviisiidid, kaasaarvatud hoolduse vajaduse hindamine-pool tööpäeva igal nädalal.

D. Palliatiivne abi- kolm tööpäeva (hospiitsis või pikaajalise haiglas). Teemad aruteluks: valu ravi, sümptomaatiline ravi, surmaga seotud küsimused.

E. Eakatega tegelevad institutsioonid: dementsete vanurite päevakeskus, pensionäride päevakeskused, tugigruppide organiseerimine.

Igas eespool loetletud keskuses peaks resident olema kaasahaaratud multidistsiplinaarsetel konverentsidel ja aruteludel. Üks kord kvartalis- geriaatriliste

probleemide arutelu perearstide konverentside temaatilises plaanis, milles resident osaleb. Residentidele antakse perioodiliselt võimalus esineda harivate ettekannetega hooldusas

Gerontoloogia- ja geriaatriaalse õendushoolduse täiendõpe

Soovitused geriaatriaõdede, pereõdede, koduõdede, hooldusõdede ja hooldajate õppekavade koostamiseks. Soovitused on välja töötatud Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni ja Eesti Õdede Ühingu koostöös.

Baasiline gerontoloogia- ja geriaatriaalne koolitus peaks hõlmama allpoolloetletud teemasid. Soovitame vanaea tervise ja haigustega seotud probleeme ning õendushooldust käsitleda läbi vanuri vajaduste, kasutades holistilist ja humansitlikku lähenemist.

Õppetöö võib üles ehitada Maslow vajaduste teooriast või mõnest õendusteooriast lähtuvalt. Nii arvestaksime maksimaalselt individuaalse lähenemise printsiipi vanurite hoolduses. Järgnevalt loetletud teemad on antud Maslow vajadusteteooriale toetudes. Kõikide vanuriga töötavate õdede ja hooldusõdede/hooldajate õppes peavad olema need teemad kajastatud.

1. Geriaatrilise õendushoolduse alused
 - vananemise ja geriaatrilise õenduse alused
 - kvaliteetse geriaatrilise õendushoolduse standardid
 - geriaatrilise õenduse areng
2. Vananemise olemus, vananemine ühiskonna ja indiviidi tasemel. Vananemise teooriad, vananemisega seoses tekkivad muutused.
3. Tervis ja heaolu vanas eas
4. Füsioloogilised vajadused vanas eas, probleemid ja haigused, õendushooldus ja ravi
 - Elutähtsad vajadused
 - kardiovaskulaarsed
 - respiratoorsed
 - toitumise
 - eliminatsiooni
 - puhkuse ja une
 - aktiivsuse
 - Tervist soodustavad vajadused
 - hammaste tervis
 - jalgade tervis
 - naha tervis
 - Mugavuse vajadus, valu probleem.
 - Ravimid ja ravimite kuritarvitamine
5. Turvalisuse vajadus, probleemid ja häired, õendushooldus ja ravi
 - Personaalne turvalisus
 - tajumise häired
 - tunnetuse häired
 - suhtlemisvajadus ja -probleemid
 - Keskkonna turvalisus
 - isikuruum

- liikumine
 - eluruum
- Majanduslikud ja juriidilised probleemid
6. Kuulumise ja seotuse vajadus, probleemid ja õendushooldus
 - puudutuse vajadus
 - seksuaalsuse vajadus
 - vajadus võrgustiku järele
 - sotsiaalne isolatsioon
 7. Eneseaustus ja staatus, probleemid ja õendushooldus. Vanaea arenguülesanded.
 - Kriis, stress, depressioon ja kontroll
 - Rollimuutused
 - sotsialiseerumine
 - töö
 - pensionile jäämine
 - vabatahtlik tegevus
 - lahutus
 - lesepõlv
 - hiline abiellumine
 - vanavanemaks olemine
 - pere toetus
 - Vaimne tervis ja kognitsioon
 8. Eneseaktualisatsioon, probleemid ja õendushooldus
 - vanadus kui kogemuste tipp
 - surm
 - pärand
 9. Institutsionaalsed ja kogukonna funktsioonid
 - õendushooldus institutsioonis
 - õendushooldus kogukonnas
 10. Seadusandlus
 11. Eetilised ja professionaalsed aspektid geriaatrias
 12. Õendushooldus praegu ja tulevikus.

PEREÕE ja ÕENDUSHOOLDUSKESKUSE ÕE õppeprogramm

koosneb 12 AP-st, kutsekõrgharidusega õele 2AP. Õendushoolduskeskuse juhataja peab olema läbinud lisaks vähemalt 2 AP ulatuses õenduse organiseerimise ja juhtimisealase täiendõppe.

Tulvikus peab olema õendushoolduskeskuse juhataja bakalaureuseõppe läbinud terviseõde.

Kui õppeprogramm ehitatakse üles eaperioodide kaupa, siis tuleks geriaatrilist õendushooldust käsitleda eraldi, vähemalt 2 AP ulatuses. Kui programm ehitatakse üles haigustest ja probleemidest lähtuvalt, siis tuleb käsitleda vanuri tervist ja probleeme igas käsitletavas punktis kokku vähemalt 2AP-ses mahus (näiteks vananemisega seoses olevad probleemeid kirurgias, psühhiaatrias, günekoloogias, sisehaigustes, nahahaigustes, terves inimeses, arengupsühholoogias jne.)

GERIAATRIA- JA PSÜHHOGERIAATRIAÕE_ väljaõppe kestvus on 12 AP.

Sellise ettevalmistusega õed töötavad haiglate geriaatria- ja psühhogeriaatria osakonnas. Kogu õppekava võib üles ehitada eelpool esitatud teemadest lähtuvalt, kuid õppetöö kogumahust 2 AP peaks hõlmama geriaatrilise õendustöö organiseerimist ja juhtimist ja 2 AP psühhogeriaatriat.

Tulevikus peab olema vanemõde geriaatria- ja pikaraviosakonnas bakalaureuseõppe läbinud geriaatriaõde ja psühhogeriaatriaosakonnas bakalaureuseõppe läbinud psühhiaatriaõde.

HOOLDAJATE koolitusprogramm koosneb 10 AP-st (400 tundi).

Hooldajate väljaõppe soovitame üles ehitada järgmiselt:

Kõigile ühine baasõpe 7 AP, kus käsitletakse hooldaja funktsioone, õpitakse inimese ehitust ja funktsioneerimist, baasilisi protseduure ning teooriaid tervisest ja haigusest.

Edasi soovitame jätkata 3 AP õppega vastavalt hooldaja töötamise kohale. Nii eristuksid järgmised hooldajad:

Geriaatria ja haigla siseosakonna hooldajad.

Lastega töötavad hooldajad

Psühhiaatrias töötavad hooldajad

Kirurgias ja intensiivravis töötavad hooldajad.

Geriaatrias ja siseosakonnas töötavatele hooldajatele soovitame kasutada sama eelpoolloetletud teemade jaotust ja lähenemist vastavalt vanuri vajadustele. Peale vanuri probleemide peavad nende hooldajate õppes olema käsitletud ka puudega inimeste ning krooniliste haigustega inimeste probleemid.