

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

Kadi Tarasova

**KODUÕENDUSTEENUST SAAVATE TARTUMAA EAKATE SEISUNDI  
KIRJELDUS interRAI METOODIKA ALUSEL**

Magistritöö

Tartu 2015

**Kai Saks MD, Ph.D.**

---

*/allkiri/*

*/kuupäev/*

**Reet Urban RN, MSc**

---

*/allkiri/*

*/kuupäev/*

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta. \_\_\_\_\_

---

/TÜ AR õendusteaduse osakonna nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina KADI TARASOVA

sünnikuupäev: 16.06.1978

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

### **KODUÕENDUSTEENUST SAAVATE TARTUMAA EAKATE SEISUNDI KIRJELDUS interRAI METOODIKA ALUSEL**

mille põhijuhendaja on **Kai Saks MD, Ph.D**

ja kaasjuhendaja **Reet Urban RN, MSc**

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 01.06.2015

## SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	6
<i>SUMMARY</i> .....	8
1. SISSEJUHATUS .....	10
2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST.....	12
2.1 Eakas koduõenduse patsiendina .....	12
2.2 Eaka seisundi igakülgne hindamine .....	13
2.3 Igakülgse seisundi hindamise instrument - interRAI .....	15
2.4 Eaka seisundi hindamise valdkonnad interRai hindamissüsteemi alusel .....	17
2.4.1 Funktsionaalne seisund.....	17
2.4.2 Kognitiivne ja vaimse tervise seisund .....	18
2.4.3 Sotsiaalne seisund.....	20
2.4.4 Füüsilise tervise seisund .....	21
3. METODOLOOGILISED LÄHTEKOHAD JA UURIMISMEETODID .....	24
3.1 Metodoloogilised lähtekohad .....	24
3.2 Uuritavad .....	25
3.3 Andmete kogumine.....	26
3.4 Eetilised aspektid.....	27
3.5 Andmete analüüsimine .....	28
4. TULEMUSED.....	31
4.1 Taustaandmed .....	31
4.2 Funktsionaalne seisund.....	32
4.2.1 Igapäevaste elutegevuste (ADL) sooritamine .....	32
4.2.2 Instrumentaalsete igapäevategevuste (IADL) sooritamine .....	33
4.3 Kognitiivne ja vaimse tervise seisund .....	34
4.4. Sotsiaalne seisund.....	37
4.5 Füüsilise tervise seisund .....	39
5. ARUTELU .....	43
6. JÄRELDUSED.....	48
KASUTATUD KIRJANDUS .....	49
LISAD .....	58

Lisa 1. interRAI koduhoolduse hindamisvorm.....	59
Lisa 2. TÜ inimuuringute eetika- komiteeluba .....	687
Lisa 3. Informatsioon uuringu kohta .....	69
Lisa 4. Informeeritud isiku nõusolekuleht.....	71
Lisa 5 Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht.....	72

# KOKKUVÕTE

## Koduõendusteenust saavate Tartumaa eakate seisundi kirjeldus interRAI metoodika alusel

Koduõendusteenusele sattuv eakas on enamasti komplekssete probleemidega ja enesehooldustoimingute sooritamise raskustega. Eesmärgipäraste sekkumiste planeerimiseks on oluline igakülgne hindamine, et saada ülevaade eakate probleemide struktuurist. Töö eesmärk oli kirjeldada Tartumaa koduõendusteenust saavate eakate funktsionaalset seisundit, kognitiivset seisundit ja vaimset seisundit, sotsiaalset toetust ja füüsilise tervise seisundit tuginedes interRAI hindamismetoodikale. Uurimistöös kasutatud metoodika oli kvantitatiivne, kirjeldav ja empiiriline. Andmete kogumine toimus kolmes etapis (2013 a oktoobris ja veebruaris ning 2014 aasta mais) uuringuperioodidel koduõendusteenust saanud eakate (65+) patsientide hulgas interRAI (KO) hindamisvormiga, mis on valideeritud ja maailmas laialt kasutatav igakülgne hindamisinstrument. Valim oli käepärane ning uuringus osales 172 eakat. Andmete analüüs oli statistiline, kasutati kirjeldavat statistikat, t–testi ning ANOVA analüüsi. InterRAI metoodika sisaldab hindamisküsimusi, nende põhjal arvutatud skooore ning probleemsete valdkondade leidmist (kliinilised hindamisprotokollid ehk CAP – *clinical assessment protocols*).

Uurimistulemustest selgus, et kõige rohkem esines koduõendusteenusel olevatel eakatel sõltuvus keha pesemisel, riietamisel ning igapäevastel majapidamistöodel ja toiduvalmistamisel. Vaimse tervise probleemidest esines eakatel tõenäoline depressioon ja depressioonisümptomeid. Peamisteks abelisteks olid lapsed ja abikaasad ning koos elasid ligi pooled eakatest. Kümnendik lähedastest olid hoolduse tõttu ülekoormatud. Enamasti suunati eakad koduõendusteenusele haavaravi tõttu, kuid terviseprobleemidest olid juhtival kohal veel kõndimist segavad probleemid jalgadega, väsimus, valu, nahaprobleemid ning haavandid, tasakaaluhäired ja kõhukinnisus. Funktsionaalne sooritusvõime ja kognitiivne võimekus oli parem üksinda elavatel eakatel. Keskmiselt esines 7,1 probleemset valdkonda (CAP ajendit), mis vajasis sekkumist ja tähelepanu pööramist igapäevaste elutegevuste ja füüsilise tegevuse soodustamiseks; kognitiivse funktsiooni vähenemise parandamiseks; suhtlemise soodustamiseks ning meelevahetustega tegelemiseks. Tervisprobleemidest vajasisid tähelepanu hingamiseldkonna probleemid, valurisk, uriinipidamatus, lamatishaavandite tekkerisk, kukkumisrisk ja alatoitumuse risk.

Uurimistöö tulemused näitavad, et interRAI KO hindamisvormi kasutamine koduõendusel oleva eaka hindamisel võimaldab leida eakatel patsientidel mitmekülgseid probleeme, mis nõuavad

sekkumisi nii koduõdede kui ka sekkumisi teiste spetsialistide poolt. Käesolev töö andis algandmed edasiste uuringute tegemiseks koduõendusel olevate eakate vaimse tervise probleemide ja jalgade probleemide uurimiseks ning koduõe koostöö võimaluste loomiseks erinevate teenusepakkujate vahel ja füüsilise tegevuse ning igapäevaelutegevuste soodustamiseks.

Märksõnad: *eakas, koduõendus, interRAI KO, igakülgne seisundi hindamine*

## **SUMMARY**

### **InterRAI method based description of condition of elderly people of Tartu County provided with home nursing service**

An elderly person subject to home nursing service has, in most cases, complex problems and difficulties in performing their self-care activities. To plan purposeful interventions, it is important to carry out a thorough assessment in order to obtain an overview on the structure of the problems of the elderly. The aim of the thesis was to describe, based on the interRAI assessment method, the functional condition, cognitive condition and mental condition, social support and physical health condition of the elderly of Tartu County provided with home nursing service. The research used quantitative, descriptive and empirical methods. The data were collected in three stages (in October and February 2013 and in May 2014) from among elderly (65+) patients who were provided with home nursing service during the study periods, by using the interRAI (HC) assessment form, which is a validated comprehensive assessment instrument extensively used in the world. The sample was convenient and the number of the elderly who participated in the study was 172. The data were analysed statistically, using descriptive statistics, t-test and the ANOVA analysis. The interRAI method comprises assessment questions, scores calculated on the basis thereof and finding out problematic fields (clinical assessment protocols (CAP)).

The results of the research demonstrated that the elderly provided with home nursing service revealed the largest dependence when washing their body, dressing, performing everyday housework and cooking. Mental health problems of the elderly included probable depression and symptoms of depression. The main helpers were children and spouses and 11% of the close relatives were overloaded due to care. In most cases the elderly were referred to home nursing service due to wound care, but the leading role of the health problems was also played by problems with feet that disturb walking, fatigue, pain, skin problems and ulcers, balance disorders and constipation. Functional performance ability and cognitive capacity was better in the case of the elderly who lived alone. There were, on average, 7.1 problematic fields (CAP triggers) which required intervention and attention in order to foster activities of everyday life and physical activities; improve the decrease in cognitive function; foster communication and deal with affective disorders. The health problems that required attention included problems with

the respiratory system, pain risk, urinary incontinence, the risk of creation of decubitus ulcers, the risk of falling, the risk of malnutrition.

The results of the research indicate that the use of the interRAI HC assessment form in assessing the elderly provided with home nursing makes it possible for elderly patients to find miscellaneous problems that require intervention both by home nurses as well as by other specialists. This thesis provided source data for the conduct of further studies on mental health problems and problems with feet in the case of the elderly provided with home nursing and for the creation of possibilities for cooperation between home nurses and various service providers in order to foster physical activities and activities of everyday life.

*Keywords: elderly, home nursing, interRAI HC, comprehensive assessment*

## 1. SISSEJUHATUS

Eestis oli üle 65 aastaseid isikuid 2014 aastal 18% kogurahvastikust ning eakate osakaalu tõusu prognoositakse veelgi. 2010 aastal oli Eestis igapäevategevuste piirangutega eakaid kokku 69,5%, kõige rohkem esinesid raskused enesega toimetulekul ja enesehooldusel vanusegrupis 85-89 - 26,3%. (SHARE.) Vanuse suurenedes halveneb füüsiline funktsionaalsus, enesehooldusvõime, füüsiline tervis ning toimetulek ja tõuseb kõrvalabi vajadus koduses keskkonnas (Chao jt 2013). Koduste teenuste pakkumise eesmärk on võimaldada isikul elada oma kodus nii kaua kui võimalik suurendades sõltumatust, abistades, vältides hospitaliseerimist või hooldusasutusse paigutamist (Hallberg jt 2004, Ellenbacker jt 2008).

Eesti statistikaameti andmetel oli 2013 aastal Eestis eakaid 238053, kellest koduõendusteenust sai 5715 isikut ehk 2,4% eakatest (Eesti haigekassa 2013). Koduõendus on kvalifitseeritud õendushooldus, mis toimib vastavalt arsti poolt määratud raviplaanile ning koduõde teostab õendushooldusplaanis määratletud tegevusi. Koduõendusteenuse saaja on enamasti eakas, kellel on mitmetest haigustest kombineeritud probleemid, igapäevatoimingute sooritusvõime langus ja kognitiivse seisundi halvenemine. (Koduõenduse tegevusjuhend 2004.) Kodus elavatel eakatel esinevad probleemid sageli komplekselt, mis vajaksid sekkumist ja võimalusel ennetamist nii tervishoiutöötajate (sealhulgas koduõde) kui sotsiaalhoolekandetöötajate poolt: kõrge kukkumisoht, stress, depressioon, kõrge risk hospitaliseerimisele, sage valu esinemine, alatoitumus, ravimite mitteadekvaatne tarvitamine (Saks jt 2001). Koduõenduse patsiendid Eestis on nimetanud selliseid probleeme, mis vajaksid tervishoiu ja hoolekandesüsteemide vahelist head koostööd. Kruup`i (2006) poolt läbiviidud uurimusest järeldus, et enamlevinud probleemid on seotud liikumisega 82,%, unega 75,9%, südamega 66,1% ja vähese suhtlemisega 61,4%. Paljud uurijad on üksmeelel, et eakad vajavad regulaarselt igakülgset seisundi ja toimetuleku hindamist ning sellest lähtuvat eesmärgipärast sekkumist nii esmatasandi tervishoius kui ka koduses keskkonnas (Iizaka jt 2008, Chen jt 2008, Sørbye 2009, Clenn jt 2013, Malaguarnera jt 2013, Stampa jt 2014). Eestis puudub esmatasandil süstemaatiline eakate hindamine ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmed näitavad, et esmatasandist suunatud geriaatriliste hindamise osakaal oli 0,3% .

Koduõendusteenusele suunatakse eakas enamasti ühe konkreetse õendusabi vajava probleemiga, kuid tegelikkuses vajatakse komplekselt mitmeid erinevaid iseseisvat toimetulekut toetavaid sekkumisi, et soodustada õendusplaanis püstitatud eesmärkide saavutamist, näiteks kukkumiste

vältimist, alatoitumist, sagedast hospitaliseerimist või lamatiste ennetamist. Koduõe ülesandeks on küll esmalt hindamise alusel koostatud õendusplaani järgimine, kuid tuginedes koduõdede kogemustele tuleb tõdeda, et eakate patsientide vajadused on tihti mitmekesisemad ning ületavad koduõendusteenuse võimalusi. Sageli puudub sotsiaalne tugivõrgustik ja teenused, et teostada vajalikke kodu- ja enesehooldustoiminguid (InterRAI tarkvara... 2011) ning puudub süsteem, kus hoolekandeteenuseid vajavate eakate andmed liiguks edasi hoolekandeteenuste pakkujatele, mis looks aluse hooldusplaani tegemiseks vastavalt eaka vajadustele.

Eestis elavatel eakatel on piiratud võimalused koduteenuste kättesaadavuseks, järjepidevuse ja kvaliteedi tagamiseks (Eesti Hooldusravivõrgu... 2004, Hooldus- ja õendusabi...). Riigikontrolli tulemused (2015) kinnitavad, et arengukava järgi pole suudetud luua ühtset süsteemi, et tagada isikutele integreeritud hooldus ja õendusabiteenuste pakkumine. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegias 2011-2020 on prioriteetseteks eesmärkideks seatud, et teenused peavad tagama patsiendi ja tema perekonna füüsilise ja psühhosotsiaalse toimetuleku, tagades teenuste kättesaadavuse, järjepidevuse, toimiva võrgustikutöö ja infovahetuse ning tõenduspõhise teabe kasutamise teenuste arendamiseks. Koduõendusteenust on Eestis osutatud juba 2003 aastast, kuid seni on see teenusesaajate grupp igakülselt kirjeldamata ning puudub ülevaade nende inimeste probleemide struktuurist ja esinemissagedusest. Käesoleva magistr töö tulemused annavad teadmusbasi edasiste tegevussuundade tegemiseks koduõenduse ja koduste teenuste arendamisel ning koostöö ja võrgustikutöö arendamiseks teiste professionaalide ja teenuseosutajatega.

Käesoleva magistr töö eesmärk on kirjeldada Tartumaa koduõendusteenust saavate eakate seisundit tuginedes interRAI hindamismetoodikale. Metoodika võimaldab määrata probleemide raskusastmeid ja leida probleemsed ning sekkumist vajavad valdkonnad. Uurimisülesannete püstitamisel lähtuti probleemsete valdkondade jaotusest vastavalt interRAI metoodikale ja uurimisülesanded on järgmised:

1. Kirjeldada koduõendusteenusel olevate eakate füüsilist funktsionaalset seisundit.
2. Kirjeldada koduõendusteenusel olevate eakate kognitiivset seisundit ja vaimset tervist.
3. Kirjeldada koduõendusteenusel olevate eakate sotsiaalset seisundit.
4. Kirjeldada koduõendusteenusel olevate eakate füüsilise tervise seisundit.

## 2. UURIMISTÖÖ TEADUSLIK TAUST

### 2.1 Eakas koduõenduse patsiendina

Eakas (*elderly, older person*) on vanemaealine inimene, alates 65 eluaastast (WHO). Kuna tervishoiu- ja meditsiinivaldkonnaga kokkupuutuvatel eakatel esineb enamasti suurem ja komplitseeritum hooldusvajadus, siis kirjanduses kohtab ka mõistet „geriaatiline patsient“. Enamus geriaatrilisi patsiente on 80-aastased või vanemad, kuid otsest vanusepiiri pole võimalik seada, kuna ka noorematel inimestel võib esineda rohkelt komplekselt püsivaid tervise- ja toimetulekuprobleeme. Geriaatiline patsient on enamasti mitme kroonilise haigusega, vajab abi raviprotseduuride tegemisel ning ei saa hakkama igapäevaelutoimingutega ehk multiprobleemne toimetulekuhäirega täiskasvanud inimene (Eesti hooldusravivõrgu..., Saks jt 2001). Koduõendus tegevusjuhendi (2004) andmetel on koduõendusteenuse saajatest 82,5% eakad, kellel on kroonilised haigused ja neil puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks ning nad ei ole võimelised tervishoiuasutusi regulaarselt külastama.

Koduõendusteenusele võivad sattuda ka eakad, keda erialaterminoloogias nimetatakse habrasteks eakateks (*frail elderly*) ja kojuaheldatud eakateks (*homebound*). Kojuaheldatud eakas pole võimeline erinevate terviseprobleemide tõttu oma kodust lahkuma. Koduseks jäämise põhjusteks on halvenenud füüsiline ja vaimne tervis ning seda esineb enamasti 95-99 aastaste ja üksi elavate naiste hulgas ning „koju aheldatud“ seisundit peaks käsitlema kui „hapra eaka“ seisundit (Herr 2013). Mõistet *frailty* on pikemalt kirjeldanud Tisler (2010) ja nimetanud selle parimaks eestikeelseks vasteks „habras“ ning mõiste on Eestis vastavate spetsialiste poolt kasutusele võetud.

Haprust on kirjeldatud kui kombinatsiooni eaga seotud muutustest ja meditsiinilistest probleemidest, mida iseloomustab jõu ja vastupidavuse vähenemine ning füsioloogilise funktsioneerimise häired, mis suurendavad isiku riski sõltuvuse tekkele ja/või surmale (Mitty 2010, Naccimento jt 2012, Morley jt 2013). Hapruse iseloomustavateks tunnusteks on soovimatu kaalu kaotus, väsimustunne (lihasnõrkus), kurnatus, nõrkus (haigustele vastuvõtlikkus), aeglane kõnnak, madal füüsiline aktiivsus ning seetõttu esineb habrastel eakatel kõrge risk kukkumisele, hospitaliseerimisele, surmale (Fried jt 2001, Clenn jt 2013) ja deliiriumi tekkele (äge segasusseisund) (Eeles jt 2012). Eakate hulgas on habraste eakate osakaal kuni 7%, enamasti tõuseb esinemissagedus kõrgemas eas ning naiste hulgas (Fried jt 2001). Paljud autorid

rõhutavad habraste eakate igakülgset hindamisvajadust, vastavaid sekkumisi ja ennetustegevust vältimaks kukkumisi, hospitaliseerimist ning funktsionaalse seisundi halvenemist (Hallberg ja Krsitensson 2004, Markle-Reid jt 2006, Tikkanen 2015).

## **2.2 Eaka seisundi igakülgne hindamine**

Kuna eakate tervist ja toimetulekut mõjutavad funktsionaalse soorituse võime, kognitiivne seisund ja vaimse tervise seisund, sotsiaalne seisund ning kliinilised probleemid (Morris jt 2013), siis paljud autorid väidavad, et eakaid on vaja igakülgset hinnata regulaarselt, esmatasandi tervishoius ning koduses keskkonnas, et planeerida ennetustegevusi. Igakülgset hindamist geriaatrias peetakse esmaseks meetodiks eaka hapruse diagnoosimiseks. (Iizaka jt 2008, Herr jt 2013, Clenn jt 2013, Malaguarnera jt 2013.)

Eaka igakülgse hindamise vajalikkust tõendab Noghabi jt (2013) eaka tervise definitsioon, kus öeldakse, et tervist mõjutavad geneetiline taust, keskkond, tervishoiuteenused ja elustiiliga seotud faktorid koos füüsilise, vaimse, sotsiaalse, perekondliku, hingelise ja majandusliku heaoluga ja võimega toime tulla igapäevaelutoimingutega, mida on võimalik mõõta tervise ja funktsionaalse seisundi hindamise kaudu. Õenduses on seisundi hindamine holistlik ning suunatud isikule kui tervikule arvestades biopsühhosotsiaalseid tegureid. Õenduses on eakate hindamisel oluline suund eakate skriinimisel, igakülgisel hindamisel, programmide arendamisel teenuste kasutamisele. Õed on eakatele sageli esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemis ning õed peaksid igakülgse hindamise kaudu, määrama eakate rahuldamata vajadusi, tegema ettepanekuid funktsiooni säilitamiseks ja parandamiseks. (Linton ja Lach 2007.)

Komplitseerid probleemidega eakate hindamine toimub interdistsiplinaarses meeskonnas (Linton ja Lach 2007). Igakülgse geriaatrilise hindamise defineerimisel on erinevad spetsialistid üksmeelel ja leiavad, et see on multidimensionaalne interdistsiplinaarne diagnostiline protsess, mille fookuses on määrata habraste eakate meditsiinilised probleemid, psühholoogiline ja funktsionaalne võimekus, vajadused ning probleemid ja arendada koordineeritud ja integreeritud pikaajalist ravi ja hooldusplaane (Stuck ja Siu 1993, Wieland 2003, Parsons 2013).

Geriaatrilise hindamise komponendid ja elemendid on:

1. Meditsiiniline hindamine
  - Probleemid

- Haiguse ägedus ja kaasuvad seisundid
  - Ravimite tarvitamine
  - Toitumusseisund
2. Funktsionaalsuse hindamine
    - Igapäevaelutoimingud
    - Instrumentaalsed igapäevaelutoimingud
    - Aktiivsuse tase
    - Kõndimine ja tasakaal
  3. Psühholoogiline hindamine
    - Vaimne seisund (kognitiivne) testimine
    - Käitumise ja depressiooni hindamine
  4. Sotsiaalne hindamine
    - Mitteametliku toe vajadus ja abi
    - Hoolduse ressursside hindamine/finantside hindamine
  5. Keskkonna hindamine
    - Kodu turvalisus
    - Transport ja *telehealth* (Wieland 2003).

Hindamiseks kasutatakse erinevaid valideeritud geriaatrilise seisundi hindamisinstrumente nagu näiteks Mini Mental test, geriaatrilise depressiooni skaala, kukkumisriski hindamiseks Morse kukkumisskaala, funktsionaalsuse hindamiseks Barthel Iindex ja Katz ADL indexid, naha seisundi hindamiseks Bradeni skaala (Linton ja Lach 2007).

Stuck ja Siu (1993) poolt koostati 1983-1993 aastatel läbiviidud 28 geriaatriliste hindamiste kontrolluuringute põhjal metaanalüüs, mille eesmärk oli hinnata geriaatrilise hindamise efektiivsust. Uuritavaid oli geriaatriliste hindamiste grupis oli 4959 ning kontrollgruppides 4912. Metaanalüüsi tulemused kinnitasid, et igakülgne geriaatriline hindamine (*comprehensive geriatric assessment*) on efektiivne meetod parandades just eaka funktsiooni ja pikendades eluiga. Stuck ja Siu (1993) aasta metaanalüüsi on viidatud paljudes uuemates geriaatrilisi hindamisi kajastavates uuringutes. Samuti kinnitavad uuemad allikad, et geriaatriline hindamine võimaldab parandada hooldusprotsessi, mille tulemusena paraneb eakate funktsionaalne seisund ja tervisenäitajad ning elukvaliteet; väheneb patsientide stress, mittevajalike formaalsete teenuste kasutamine ning haiglasse sattumine ja pikeneb kodus või kogukonnas elamise aeg ehk väheneb institutsionaalne risk (Wieland 2003, Hallberg ja Kristensson 2004, Yamanaka jt 2007, Frese jt 2012, Tikkanen jt 2015).

Kuna õdedel on võtmeroll igakülgisel geriaatrilisel hindamisel, siis Hallberg ja Kristensson (2004) tuginedes empiiriliste uuringute ülevaatele leiavad, et geriaatrilise hindamise järgselt

paranesid ka õdedel psühhosotsiaalsed oskused ning oskused probleeme näha ja teiste spetsialistidega koostööd teha (nt sotsiaaltöötajad).

Rice (2001) peab oluliseks koduõendusel oleva geriaatrilise patsiendi hindamisel tähelepanu suunamist haiguste sümptomaatilisele ravile, funktsionaalse võimekuse säilitamisele, funktsionaalse võimekuse halvenemise ennetamisele, patsiendi ja pere toimetulekualasele nõustamisele, igapäevaelutoimingute abivajaduse määramisele ja abistamisele, pere psühhosotsiaalse ja kultuurilise tausta eripäradega arvestamisele. (Rice, 2001.) Ellenbecker jt (2008) nimetavad koduõdede ülesannetaks ja väljakutseteks patsiendi turvalisuse ja hoolduse kvaliteedi tagamisel õige ravimite tarvitamise, kukkumiste ennetamise, hospitaliseerimise vältimise ning haavandite ja lamatistega toimetuleku. Oluliseks peetakse õdede rolli habraste eakate esmatasandi ennetustegevuses (Nicolaides-Bouman jt 2006, Markle-Reid jt 2013), sest läbi juhtumikorralduse, õpetamise ja nõustamine, on võimalik kodustel habrastel eakatel vältida ravimite vale tarvitamist, kukkumisi, erakorralise meditsiini osakonna külastusi, hospitaliseerimist ja surma (Dick jt 2006). Eelnevatest allikatest järeldeb habraste eakate igakülgse hindamise vajadus ja õde saab olla üheks oluliseks meeskonnaliikmeks, kes saab eaka hindamisprotsessis osaleda.

### **2.3 Igakülgse seisundi hindamise instrument - interRAI**

Paljudes riikides kasutatakse geriaatriliseks hindamiseks interRAI igakülgse hindamise instrumente. InterRAI hindamisinstrumendiga kogutud andmete põhjal saadud tulemusi kasutatakse isiklike hooldusplaanide tegemiseks, erinevate uuringute läbiviimiseks ning programmide väljatöötamiseks, et töötada välja ennetusprogramme (Sørbye 2009, Mello jt 2012, Freeman 2014). Välja on töötatud erinevaid ühtsetel alustel põhinevaid instrumente erineva sihtrühma seisundi hindamiseks näiteks aktiivravis, toetatud elamises, õenduskodudes, koduhoolduses, palliatiivses hoolduses (interRAI).

InterRAI koduhoolduse (interRAI KO) hindamisvormi (*interRAI Home Care ehk interRAI HC*) on maailmas laialdaselt kasutatud kodus elavatele inimestele teenust pakkuvates asutustes (*community-based settings*) hooldusvajadustega isikute igakülgse seisundi hindamiseks. Peamiselt kasutatakse interRAI KO instrumenti habraste eakate või toimetulekuraskustega isikute hindamiseks, kes vajavad või saavad kodus tervishoiu- või hoolekandeteenuseid. InterRAI koduhoolduse hindamisvorm on standardiseeritud mitmedimensiooniline hindamise

instrument, mis mõõdab isiku funktsionaalseid võimeid, tervislikku seisundit, sotsiaalset toetust ja tugiteenuste kasutamist. (Morris jt 2011, Parsons jt 2013.)

InterRAI koduhoolduse (KO) hindamissüsteemi saavad kasutada erinevad spetsialistid (õed, sotsiaaltöötajad, arstid) ja peamised hindamisvaldkonnad on:

- kognitsioon,
- psühholoogiline ja sotsiaalne heaolu,
- meeleolu ja käitumine,
- füüsiline sooritusvõime ja aktiivsus,
- kontinents,
- valu,
- nägemine ja kuulmine,
- toitumuslik seisund,
- nahaseisund,
- elustiil,
- sotsiaalne toetus ja teenuste kasutamine (Morris jt 2011).

InterRAI hindamisinstrumendid on välja töötatud selliselt, et tervishoiutöötajatel on võimalik kindlaks teha olulised asjaolud edasise hindamise ja hoolduse osutamise seisukohalt. InterRAI KO loojad on loonud kliinilise hindamise protokollide (CAP) süsteemi. Kliiniliste sihtmärkide kaudu (lühendatult CAPs) tehakse kindlaks isikud, kellele on sekkumine vajalik näiteks hooldusteenuste määramisel. CAPide eesmärk on seega suunata tervishoiutöötajate tähelepanu ja jõupingutused probleemidele, millega tegelemise kaudu saab olukorda või seisundit muuta. Seega võimaldab interRAI meetodika isiku hindamisejärgselt leida probleemid, millele peaks tähelepanu pöörama. InterRAI KO hindamisvormi alusel saadud CAP-id on jagatud neljaks peamiseks valdkonnaks: funktsionaalne sooritusvõime; kognitiivne seisund ja vaimne tervis; sotsiaalne elu; kliinilised probleemid. (Morris jt 2013).

Nimetatud neli valdkonda interRAI meetodikast on võetud käesoleva töö struktureerimise aluseks. Seetõttu võimaldab interRAI hinnata isiku funktsionaalset seisundit, kognitiivset seisundit, sotsiaalset toetust ning terviseseisundit.

## 2.4 Eaka seisundi hindamise valdkonnad interRai hindamissüsteemi alusel

### 2.4.1 Funktsionaalne seisund

Funktsionaalset seisundit on defineeritud kui isiku tegevuste sooritamise võimet ja taset, et rahuldada igapäevaelu vajadused erinevates valdkondades sooritada vajalikke tegevusi, et kindlustada bioloogiline, psühholoogiline (kognitiivne ja käitumine) ja sotsiaalne heaolu. (Wang 2003, Linton ja Lach 2007:59). Funktsionaalse seisundi hindamine on võtmekomponent eakatel ja toob esile isiku füüsilised võimed ja haiguse mõju enesehooldusele Muszalik (2015). Eaka funktsioneerimine peegeldub eelkõige tema igapäevaste tegevuste sooritusvõimes (Wieland ja Hirth 2003). Funktsionaalse sooritusvõime all mõistetakse peamiselt toimetulekut igapäevaelutoimingutega ADL (*Activities of Daily Living*) ja instrumentaalsete igapäevaelutoimingutega IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). IADL toimingud on toiduvalmistamine, igapäevased majapidamistööd, rahaga arveldamine, ravimite kasutamine, telefoni kasutamine, trepil käimine, poes käimine, transpordi kasutamine. ADL toimingud on keha pesemine, isiklik hügieen, üla- ja alakeha riietamine, kõndimine, liikumine, siirdumine tualetti, tualeti kasutamine, liikuvus voodis, söömine. (Morris jt 2011.)

Erinevad autorid on üksmeel ja kinnitavad funktsionaalse sooritusvõime tähtsust eaka elus, sest funktsionaalse sooritusvõime langust on seostatud kõrge eaga ja krooniliste haigustega (Greenglass jt 2006, Linton ja Lach 2007:58) ning see tõstab õenduskeskuste sattumise ja suremuse riski (Linton ja Lach 2007:58). Madala füüsilise aktiivsusega eakatel esineb madal igapäevaelutoimingute sooritamise tase ning halba funktsionaalset seisundit peetakse peamiseks õenduskeskuste vajaduse määrajaks (Borowiak ja Kostka 2013). Oluline on arvestada, et halvenenud füüsilise funktsionaalse seisundi tõttu pole eakad võimelised tervishoiuasutusi külastama, mistõttu leiavad Yamanka jt (2007), et eakad vajavad rohkem tervishoiutöötajate koduvisiitide. Eakate igapäevane hea funktsioneerimine sõltub paljuski ka nende intellektuaalsest ja vaimsest võimekusest Muszalik (2015).

Sørbye (2009) viis läbi võrdleva uuringu üheteistkümnes Euroopa riigis (Tšehhi, Taani, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Island, Itaalia, Holland, Norra, Rootsi, Inglismaa) kasutades interRAI koduhooldusvormi, kus hinnati koduteenuseid saavaid (koduhooldus ja koduõendus) hapraid kojuaheldatud eakaid (65+) (N=4010). Uuringu eesmärk oli kirjeldada ja võrrelda eakate põhivajadusi ja kliinilisi iseärasusi. Uuringutulemused näitasid, et Euroopa eakate hulgas esines

keskmiselt ADL sõltuvustase keskmisest kuni raske sõltuvuseni 25%-l, kuid samas see erines riigiti, näiteks kõige rohkem eakatest olid ADL toimingutes sõltuvaid Itaalias ja Prantsusmaal (71%) ja kõige vähem Soomes (4%). IADL sõltuvuse tase keskmisest kuni raske sõltuvuseni esines Euroopa eakatel keskmiselt 54%-l, kõige rohkem eakatest Itaalias (82%) ja kõige vähem Taanis (32%). (Sørbye 2009.)

Laukkanen jt (2001) võrdles erinevate eakate õendus-ja hooldusabi teenuste saajate funktsionaalset võimekust (n=5652) Soomes. Tulemuste põhjal esines koduõenduse patsientidel võrreldes koduhooldust saavate ja õenduskodudes viibivate patsientidega madalam ADL sooritamise skoor ehk parem toimetulek igapäevaelutoimingutega. Sama uuringutulemustest selgub, et üle poolte koduõendust ja koduhooldust saavatel patsientidel esinesid ADL toimingute sooritamisel raskused kehapesemisel (65,6%); treppidest käimisel (74,3%), väljaskäimisel (75,8%); varbaküünte lõikamisel (82,6%). IADL toimingute sooritamisel vajasis üle poolte abi finantsidega tegelemisel (64,3%); toiduvalmistamisel (70%); kergemate kodutööde tegemisel (71,3%); ravimite tarvitamisel (72,7%); pesu pesemisel (83,4); poes käimisel (84,2%); ühistranspordi kasutamisel (88,5%); raskemate kodutööde tegemisel (98,%). (Laukkanen jt 2001.) Sarnaselt vajasis abi ADL toimingutes üle poole Eesti eakad varbaküünte lõikamisel, pesemisel, väljas liikumisel ja vabaajategevustes (Hooldusest sõltuv elukvaliteet...). Olulise tulemusena selgus Laukkaneni jt (2001) uuringus, et vanus ei olnud seotud igapäevaelutegevuste keskmise skooriga ning olulisem vanusest on eakate funktsionaalse võimekuse tase ja selle hindamise vajadus. Tulenevalt eelnevatest uuringutest saab järeldada, et üle poole eakatest esinevad raskused enesehooldustoimingutel ning funktsionaalset sooritusvõimet on eakatel vajalik hinnata.

#### **2.4.2 Kognitiivne ja vaimse tervise seisund**

Kognitiivse ja vaimse tervise seisundi all mõeldakse võimet mäletada hiljutisi sündmusi ja teha ohutuid igapäevaotsuseid, suhtlemist teistega, meeoleolu ja käitumist. (Morris jt 2011, 2013). Vaimse tervise seisundit eakatel mõjutavad erinevad sotsiaalsed, psühholoogilised ja bioloogilised faktorid nagu füüsilise võimekuse langus, krooniline valu, haprus, füüsilised ja vaimsed probleemid lisaks stressirohked elusündmused nagu lein, sõltuvus teistest ning üksindus (Chang-Quan 2009, Sørbye 2009).

Koduhooldusteenuseid saavatel eakatel on leitud psühholoogilisi probleeme ning mälu halvenemist (Sørbye jt 2009, Borowiak ja Kostka 2013, Markle-Reid jt 2013). Markle-Reid jt (2014) leiavad, et depressioonisümptomite esinemine eakatel koduhooldusteenuste saajatel on tavapärane, kuid sageli märkamata ja ravimata, põhjustades tervisekahjustusi, kiirendades institutsioneerimist ja tõstes tervishoiuteenuste kulutusi. Euroopa riikides koduhooldusteenuseid saavate eakate võrdlevas uuringus leiti, et keskmiselt esines depressiooni 12% eakatest (depressiooniskaala väärtus  $\geq 3$  interRAI HC metoodika alusel) (Sørbye jt 2009). Depressiooni esinemine eakatel oli riigiti erinev, näiteks vähem esines eakatel depressiooni Rootsis (4%) ja kõige rohkem Tšehhis (25%). Depressioonisümptomite esinemist leiti olevat enamasti naistel ning depressiooniga eakad olid rohkem sõltuvad ADL toimingute sooritamisel ja esines häired kognitiivses võimekuses, käitumises ja terviseprobleemidest esines valu, südamehaigusi, kõrgvererõhku, infarkti, diabeeti, osteoartriiti ja erinevaid kroonilisi haigusi. (Sørbye 2009.)

Volicer jt (2011) tõdesid, et eakatel on depressioon aladiagnoositud ja alaravitud, eriti nende eakate hulgas, kellel on kognitiivne häire. Oma uuringuga püüdsid nad Taani õenduskodudes elavatel eakatel (n=1851) välja selgitada depressiooni esinemise. Õenduskodude elanikke hinnati kasutades igakülgselt hindamisinstrumenti MDS miinimumandmestikku (*Minimum Data Set*). Tulemustes selgus, et kui enne hindamist oli depressiooni diagnoositud 14,4%, siis hindamistulemused näitasid depressioonisümptomite tegelikku esinemist ligi pooltel ehk 42,5%-l ning depressioon oli alaravitud. (Volicer jt 2011.) Paljud autorid on leidnud erinevaid seoseid vaimse tervise probleemide ja muude näitajate vahel. Izaka jt (2008) leidsid seose depressiooni ja halva toitumise vahel. Krooniliste haigustega eakad ja eakad, kes hindasid oma tervist halvaks esines suurem risk depressiooni tekkele (Chang-Quan jt 2010). Volicer jt (2011) tõdevad, et depressioonisümptomitega eakatel esines halvem toimetulek igapäevaeluga ning oma tervist hinnati halvemaks ning suurenesid tervishoiu kulud.

Erinevad autorid on üksmeelel ja leiavad, et eakatel on oluline hinnata depressiooni esinemist ning samuti kinnitatakse, et sekkumiste kaudu on võimalik depressiooni vähendada samal ajal parandades elukvaliteeti. Zhu jt (2012) ning Chao jt (2013) leiavad, et vaimse tervise edendamisel on oluline sotsiaalne ja emotsionaalne toetus, sest see mõjutab oluliselt kognitiivset toimimist. Paremat kognitiivset seisundit esineb eakatel, kes elavad koos abikaasadega ja kellel on suurem perekonnatoetus. Vaimse tervise hindamine (emotsionaalne seisund ja mälu) on oluline eakate seisundi hindamisel (Chao jt 2013). Oluliseks peetakse valideeritud instrumendi kasutamist hindamisel vastavate sekkumiste planeerimiseks, koostöö tegemiseks ja õigete

teenuste määramiseks (Markle-Reid jt 2006, Thomson jt 2007.) Erinevate sekkumisplaanidega õdede poolt koduhooldusteenuseid saavatel eakatel (telefonikonsultatsioonid, õe visiidid, hindamised, terviseedendus, nõustamine) suudeti vähendada depressiooni, saavutada parem vaimse tervise seisund, täiustada arusaamu sotsiaalsest toetusest samas suurendamata kulutusi (Markle-Reid 2006). Markle-Reid jt (2014) tegid uuringu eesmärgiga teada saada, kas õe juhtimisel läbi viidud vaimset tervist edendavad sekkumised annavad efekti depressiooni sümptomite vähenemisele koduhooldusteenuseid saavatel eakatel. Uuringutulemustes selgus, et koduhooldust saavatest patsientidest esines 56%-l depressioonisümptomeid ning õejuhtitud sekkumiste tulemusena vähenes depressioonisümptomite esinemine ning paranes tervisega seotud elukvaliteet (HRQoL) 6 kuu möödudes. Samuti leiti eakatel ärevuse vähenemist, hospitaliseerimiste ja erakorralise osakonna külastussagedust aasta jooksul. (Markle-Reid jt 2014.)

### **2.4.3 Sotsiaalne seisund**

Eakate sotsiaalne seisund ja sotsiaalsed tegevused mõjutavad eaka tervist ja edukat vananemist. (Linton ja Lach 2007:58). Eakate sotsiaalses toimetulekus kirjeldatakse kahte dimensiooni: sotsiaalne tugivõrgustik ja sotsiaalne toetus. Sotsiaalne tugivõrgustik sisaldab sotsiaalseid suhteid teda ümbritsevate inimestega sisaldades kontaktide sagedust, usalduslikke suhteid, geograafilist lähedust ja vastastikkuseid täisväärtuslikke suhteid ja kuuluvustunnet (Linton ja Lach 2007:58, Nicholson, 2009). Sotsiaalse toetuse abi all mõeldakse emotsionaalset, instrumentaalset või finantsilist abi sotsiaalse toetusvõrgustiku poolt (Linton ja Lach 2007:58). Morris jt (2011, 2013) võtavad sotsiaalse seisundi all kokku nii erinevad suhtlusvormid, kohanemist sotsiaalse keskkonnaga, kaasatust igapäevastesse harrastustesse ja sotsiaalsetesse tegevustesse ning mitteametlikku tugisüsteemi.

Eesti koduõendusel olevatest patsientidest elasid üksi 43,5% ning meditsiinilistele probleemide kõrval nimetati probleemiks veel ebapiisavat suhtlemist (Kruup 2006). Sørbye (2009) Euroopa riikide koduhooldusteenuseid saavate eakate võrdlevas uuringus elas üksi keskmiselt 61%, kuid see oli riigiti väga erinev, näiteks Itaalias elas koduhooldusteenuseid saavatest eakatest üksi 13% Soomes 83%, Rootsis 80% ja Taanis 76%. Sørbye (2009) tõdeb, et erinevused on tingitud erinevast kultuurilisest taustast ning tervishoiu- ja hoolekandesüsteemidest. Sotsiaalset isolatsiooni on peetud eakate hulgas tõsiseks probleemiks ja leitud tugevat seost halva tervisega. Sotsiaalset isolatsiooni iseloomustab suhete puudumine, psüühilised ja füüsilised barjäärid, halb

majanduslik olukord ja keskkonnast tingitud takistused. (Nicholson 2009.) Eesti eakad on eakate elukvaliteedi uuringus nimetanud üheks mureks eluraskusi (Laidmäe jt 2011), kuid tervishoiutöötajate ja sotsiaaltöötajate arvates on Eesti eakatel probleemiks ka isolatsioon ja üksildus (Saks jt 2001).

Paljud autorid kinnitavad, et sotsiaalsetes suhetes on erinevate autorite poolt peetud oluliseks hinnata eakate mitteformaalsete hooldajate toimetulekut, probleeme ja võimalikku läbipõlemist, et vajadusel hooldajatele abi pakkuda (Koduõenduse tegevusjuhend 2004, Linton ja Lach 2007:58, Morris jt 2011, 2013). Põhjusi mitteformaalsete hooldajate läbipõlemiseks võib olla erinevaid. Stephan jt (2014) leiavad, et tervishoiutöötajatel on oluline roll aidata näiteks dementsusega isikute hooldajatel teha otsust institutsionaalsele hooldusele paigutamise osas kuna peamised põhjused hooldusasutusse suunamiseks on hooldaja läbipõlemine, hoolduskoormus, neuropsühhoatilised põhjused ning üldine seisundi halvenemine. Avatud arutelu läbiviimiseks on aga tervishoiutöötajatel vajalikud piisavad nõustamisoskused. (Stephan jt 2014.) Stressi- ja läbipõlemise sümptomite esinemist koduste eakate hooldajatel esines 2,2 korda rohkem just uriinipidamatuse probleemi tõttu (Sørbye 2009). Stephan jt (2014) uuringus olid dementsusega eakate hooldajateks enamasti naised (76,6%) ja 71,9% elasid hooldatavaga koos, hooldajateks olid lapsed (55,6%), 15,2% abikaasad, ja 29,2% teised (sõbrad, õed-vennad, sugulased). (Stephan jt 2014.) Koduõendusteenuse osutamise raames on koduõdedel väga oluline hinnata koduse eaka hooldajate seisundit, sest kodusest hooldusest sõltub eaka elukvaliteet. InterRAI meetoodika ka võimaldab hinnata ka hooldaja võimet hooldusega jätkata.

#### **2.4.4 Füüsilise tervise seisund**

Eaka tervise seisundist saab ülevaate olemasolevate diagnooside, erinevate sümptomite, kaebuste, ravimite tarvitamise hulga, haiguse ägeduse ja tervishoiuteenuste kasutamise (nt. haiglasviibimiste arv aasta jooksul) kaudu (Linton ja Lach 2007:56) (Morris jt 2011, 2013). Eakate tervisega seotud uuringuid on tehtud palju ja kõige sagedasemateks terviseprobleemideks koduhooldus- ja õendusteenuseid saavatel eakatel on hüpertensioon 74,4%, artriit 50,4%; isheemiline südamehaigus 43,4%, diabeet 42,1%, aneemia 34,1%, südamepuudulikkus 30,7%, kopsupõletik, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus 25,9%, dementsus 17,9%, infarkti 16,2 %, depressioon 14,7%, vähktõbe 11%, ärevus 8,8%. Kõige sagedasemad potentsiaalselt hospitaliseerimist ennetavad seisundid olid südamepuudulikkus, kopsupõletik, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, urotrakti infektsioon ja dehüdratatsioon (Wysocki jt 2014). Samuti on

leitud eakatel probleemideks ravimite liigtarvitamist (Õendushoolduse osutamise...2007, Borowiak ja Kostka 2013) vereringe ja lihasskeleti probleeme, nägemise ja kuulmise halvenemist (Markle-Reid jt 2013). Erinevate haiguste esinemine nõuab õdede tähelepanu eakate haigustega tegelemisel ja seisundite jälgimisel.

Üheks peamiseks probleemiks eakatel on igapäevane valu, mida esines Euroopa koduhooldusteenuseid saavatel eakatel (n=1520) keskmiselt 46%-l, peamiselt osteoartriidiga eakatel (Soldato jt 2007, Sørbye 2009). Onder jt (2006) uuringus esines eakatel igapäevast valu 54,9% ning depressiooniga patsientide hulgas esines valu 32%-l. Valu esinemist on seostatud lihasnõrkuse ja füüsilise liikumisega, igapäevaelutoimingute sooritamise võimetusega (Soldato 2007) ja seetõttu on valukontrolli teostamine habrastel eakatel väga oluline (Onder jt 2006).

Probleemid jalgadega on eakate koduhooldusteenuste kasutamise põhjuseks kuna jalgade eest hoolitsemine osutub eakale probleemiks. Peamised jalgadega seotud probleemid on turse, kuiv nahk, paksenenud küüned, *hallux valgus*. Eakate regulaarset jalgade seisundi hindamist peetakse oluliseks õendussekkumise pakkumiseks multiprofessionaalse koostöö arendamiseks (Stolt jt, 2012.) Umbes kolmandik koduhooldusteenuseid saavad patsientidel vajavad haavaravi (Ward jt). Enamasti esineb venoosete krooniliste haavanditega eakatel märgatavalt rohkem valu, sotsiaalseid piiranguid, psühholoogilist heaolu ja raviga seotud probleeme, vähem vitaalsust. Krooniste haavandite ravi on pikaajaline ja kulukas, ning peamised probleemid haavandiga eakal on isolatsioon, valu, vähene liikuvus. (Herber jt 2007.)

Koduhooldust saavatel eakatel esines Euroopas uriiniinkontinentsi keskmiselt 47%-l, leitud on eakate hulgas ka probleeme alatoitumisega ja ülekaaluga (Sørbye jt 2009, Borowiak ja Kostka 2013). Suurt riski alatoitumusele on leitud tervetel eakatel 13%, alatoitumine on sageli seotud depressiooni, madala enesetõhususega, madala suhtumisega tervisesse ja raskustega toiduvalmistamisel (Izaka jt 2008).

Eakatel üheks sagedamini esinevatest probleemidest on kukkumine, mille riskifaktorid lisaks vanusele on ka tasakaaluhäired ja ebastabiilne kõnnak, ravimite liigtarvitamine ja varasemad kukkumised, vanus, naissugu, nägemishäired, kognitiivse võimekuse langus (tähelepanuhäired) ja keskkond (kodune valgustus, asjade paigutus, jalatsid). (Ambrose jt 2013.) Ballard jt (2012) Iirimaal tehtud retrospektiivse kliinilise auditi tulemused näitasid, et kodustel eakatel (n=120) esines kukkumise riski 30,8%. Brito jt (2014) aasta Brasiilias läbiviidud uuringus esines eakate

hulgas (n=316) kukkumisi 25,8%. Kõrgem kukkumiste esinemisesagedus oli naistel, positiivseid seoseid leiti kukkumiste ja krooniliste haiguste esinemise vahel. Kukumiste esinemine oli kõrgem (87,0%) depressioonisüptomitega eakatel ja kognitiivsete häiretega eakatel (58,0%). Kukumised olid seotud depressioonisüptomite ja tasakaluhäiretega. (Brito jt 2014.) Kõrgem kukumisoht esines halvema funktsionaalse seisundiga, ärevushäiretega, kardiovaskulaarsete haigustega ja hüpnootikume tarvitavate eakatel (Chen jt 2008). Eakatel esineva kõrge kukumiste esinemise tõttu on vajalik hinnata kukumiste riskifaktoreid kukumise ennetamise tegevusplaani koostamiseks. (Ambrose jt 2013, Brito jt 2014).

Tervisega seotud probleemid mõjutavad elukvaliteeti, siis Laidmäe jt (2011) eakate elukvaliteedi uuringutulemused Eesti eakate kohta näitasid, et eakatest kaebas unehäireid, mis olid põhjustatud muremõtete, eluraskuste, stressi ja terviseprobleemidega. 25% hindas oma elukvaliteeti 100 palli süsteemis 40–50 palliga ning 39% 61 ja enama palliga. Eaka elukvaliteet sõltub oluliselt tema positiivsest eluhoiakust ja terviseseisundi erinevatest iseloomustajatest. (Laidmäe jt 2011.) Eestis koduõendusteenust saanud patsiendid nimetasid sagedasemateks terviseprobleemideks liikumisraskusi, halba und, väsimust, kõrget vererõhku ja probleeme südamega ja tugevaid valusid (Kruup 2006).

### 3. METODOLOOGILISED LÄHTEKOHAD JA UURIMISMEETODID

#### 3.1 Metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö on kvantitatiivne, empiiriline, kirjeldav läbilõikeuuring (*cross-sectional study*). Kvantitatiivne uurimismeetod tuleneb loogilis-positivistlikust filosoofilisest suunast ja võimaldab nähtust kirjeldada objektiivselt ja reaalselt. Lähenemisviis on kvantitatiivsel uurimismeetodil deduktiivne. Andmebaas on numbriline ning andmete analüüs on kirjeldav statistika. Läbilõike uuring võimaldab kirjeldada populatsiooni kindla ajaperioodi kohta, seda kasutatakse erinevate uuritavate gruppide kirjeldamiseks, seoste ja mustrite leidmiseks ning muutuste kirjeldamiseks, andmete kogumine võib toimuda mitmes etapis. (Grove jt 2013.)

Magistritöö on üks osa teadusprojektist „EAKAS“, mille põhieesmärgiks on selgitada Tartu linnas ja maakonnas elavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid saavate eakate probleeme (meditsiinilised, funktsionaalsed, psühholoogilised, kognitiivsed, sotsiaalsed) ning ennetamise vajadust ning interRAI vahendite kasutatavust Eestis. (Eluviisiga seotud mõjutegurid.) Käesoleva töö raames uuriti Tartumaal koduõendusteenust saavaid eakaid.

Andmete kogumisel kasutati hindamisinstrumenti interRAI koduhoolduse (interRAI KO) hindamisvormi (*interRAI Home Care ehk interRAI HC*). InterRAI KO on kasutajasõbralik, reliaabel, isikukeskne hindamissüsteem, võimaldab inimese probleeme käsitleda terviklikult, annab informatsiooni ja juhiseid hoolduse ja teenuste planeerimiseks. InterRAI KO hindamisvorm (vt lisa 1) sisaldab järgmisi hindamisosasid: isikuandmed; hindamise taust; kognitiivne seisund; suhtlemine, nägemine; meeleolu ja käitumine; psühhosotsiaalne toimetulek; funktsionaalne seisund, kontinents; haiguste diagnoosid; tervise seisund; suuõõs ja toitumuslik seisund; nahahaigused; ravimid; ravi ja protseduurid; vastutus; sotsiaalne toetus; keskkonna mõju hindamine; teenuselt lahkumise ja üldise seisundi hindamine; hindamise informatsioon. (Morris jt 2011.)

InterRAI KO on loodud *Minimum Data Set – Home Care* instrumendist rahvusvahelise kliinitsistide ja teadlaste poolt, mida hakati kasutama 1994. aastal. Algeid versioone kasutati laialdaselt Põhja-Ameerikas, Euroopas ja Aasias. 1999. aastal lasti välja teine versioon, kus tehti muudatused osades hindamispunktides, hindamise ajavahemikus ja kliinilise hindamise protokollides. 2001. aastal alustati interRAI hindamisvormide muutmist nii, et kõik erinevad

instrumendid sisaldaksid samu punkte ja definitsioone, ning uuendatud instrumendid, mis valmisid 2005. aastaks, märgistati kui „interRAI“ vahendid, koduhoolduse vorm nimetati vastavalt interRAI HC, eesti keeles interRAI KO. InterRAI perekonda kuuluvad veel erinevad hindamisinstrumendid, millest eesti keeles on olemas instrumendid hindamiseks aktiivraavis (interRAI AR), kontakthindamise vorm esmatasandis (interRAI KH) ning asutushoolduses (interRAI HO). (Morris 2003, 2011.) Hindamiste head reliaablust ehk korratavust tõendavad mitmed suured uuringud. *Mean kappa* väärtused jäävad vahemikku 0,40-0,81 ning koduhooldusvormi *Mean kappa* oli 0,69 (Hirdes jt 2008). Kim jt (2014) kinnitavad oma uuringus hindamisvormi reilaablust hindamaks funktsiooni ja tervist eakatel jätkuva hoolduse planeerimiseks (*Mean kappa* 0,81).

Eestis kasutatava esimese interRAI KO versiooni 2,0 tõlkimise, kasutamise ja publitseerimise õigus saadi 2003. aastal kui Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi ja interRAI korporatsiooni vahel sõlmiti leping. Uus vorm interRAI KO adapteeriti Eesti jaoks 2013. aastal. Tõlgete ja interRAI vahendite adekvaatse kasutamise eest Eestis vastutab TÜ dotsent Kai Saks. (Morris jt 2003.) Tartu Ülikooli Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (2011) uuringus „interRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs“ toodi väliskirjandusele tuginedes interRAI tugevused nagu tõenduspõhisus; ühtne professionaalne standardiseeritud hindamismetoodika ning ühtne terminoloogia; usaldusväärsus; igakülgne hindamine. Eestlaste hinnangutest interRAI metoodikast positiivsete aspektidena toodi välja hea käsiraamatu olemasolu ja veel avastamata probleemide selgumine. Nõrkusteks tuuakse välja, et see on hindaja jaoks aeganõudev, mõõdetavaid valdkondi on palju, vajaduste hindamine võtab ka kliendi jaoks palju aega. Eestlaste poolt negatiivsetest aspektidena nimetati, et mõned teemad on meie kontekstis võõrad (meeleolulangus, tulevikujuhised), hindamisele kuluv pikem aeg, kuna puudub elektrooniline lahendus. (InterRAI tarkvara... 2011.) Tänapäevaks on loodud elektroonilise lahenduse võimalus, mida praegu on võimalik kasutada –TÜ Kliinikumis ning Pärnu Haiglas. Põhimõtteliselt on võimalik lülitada interRAI andmekogu kasutajaks kõik teised tervishoiu- ja hoolekandeesutused.

### **3.2 Uuritavad**

Eakaid Tartumaal oli 24282 (sealhulgas Tartu linnas 15995). Eeldades, et Tartumaal on koduõendusteenuse saajaid eakate hulgas sama palju kui Eestis keskmisena (2,4%), oli 65-aastaseid ja vanemaid koduõendusteenuse saajaid Tartumaal 2013. aastal 583 isikut (Eesti Haigekassa andmed). Ka eksperthinnangud ja on näidanud, et enamus koduõenduse patsientidest

(75% või rohkem) on 65-aastased või vanemad (Koduõenduse tegevusjuhend 2004). Nende hinnangute alusel oli kogutud valim (n=172) Tartumaa kohta igati esinduslik, kuna kaasatud on rohkem kui kolmandik eakatest koduõendusteenuse saajatest.

Valimi tüüp oli käepärane. Uuritavate valikukriteeriumiks olid 65 aastased või vanemad patsiendid, kes said koduõendusteenust uuringuperioodidel uuringuga liitunud koduõendusteenust pakkuvate asutuste kaudu ning kes olid nõus uuringus osalema.

### **3.3 Andmete kogumine**

Küsitlejaid kutsuti uuringus osalema Tartu linna ja Tartumaa koduõendusteenust pakkuvate asutuste hulgast kolmel korral (infopäev, e-kiri ja helistamine). Nõusoleku küsitluste läbiviimiseks koduõendusteenust saavatel patsientidel andsid 3 asutust (SA TÜ Kliinikum, Tartu Kesklinna Perearstikeskuses, Elva Haigla). 2013 aastal oli koduõendusteenuse pakkujaid Tartumaal 8. Küsitlejateks olid 14 koduõde projektiga liitunud koduõendusteenust pakkuvatest asutustest. Käesoleva töö autor koordineeris uuringut SA TÜ Kliinikumi õendushoolduse osakonna baasil pakutavas koduõenduse üksuses ja osales patsientide hindamisel.

Andmete kogumine toimus 2013 aasta oktoobris ja veebruaris ning 2014 aasta mais uuritavate kodus keskkonnas. Hindamine erinevatel uuringuperioodidel tulenes sellest, et aastaajad mõjutavad eaka tervise seisundit ja toimetulekut (Yalēn jt 2006, Zeng jt 2010) ning tulemused võimaldavad kirjeldada uuritavate seisundit erinevatel uuringukuudel kuid läbilõikelise uuringu puhul ei jälgita esmasel uuringukuul hinnatud isikute seisundi dünaamikat.

Uuringule eelneval perioodil tehti koolitusi küsitlejatele, mis sisaldasid loenguid eetilistest printsiipidest uuringu läbiviimisel, andmete kogumise protsessist, uuringu eesmärkidest ja hindamisinstrumenti kasutamisest. Uuringus osales palju küsitlejaid ja seetõttu korraldati pilootuuring, et andmete kogumisel tagada usaldusväärsed andmed. Pilootuuring teostati septembris 2013, kus iga küsitleja tegi kolm hindamist. Pilootuuringu raames kogutud andmed arvati lõplikult andmebaasist välja. Pilootuuringu järgselt korraldati kohtumised, et arutada küsitlejatega tekkinud probleeme ja küsimusi, vaadati üle hindamisel tekkinud kitsaskohad, tagasisidestati kirjalikult tekkinud vead ja saadeti edasised täpsustavad juhised. Kogu uuringu vältel oli küsitlejatel võimalik küsimuste korral konsulteerida projektimeeskonnaga. Uuringu läbiviijatele anti käsiraamat instrumenti kasutamise kohta.

Koduõed hindasid uurimisperioodidel koduõendusteenust saavaid ja uuringus osalemiseks nõusoleku andnud patsiente vastavalt juhenditele. Hindamisvormid, nõusolekulehed, uuritavate nimekirjad ja koodid koguti projektimeeskonna poolt asutustest hindamisperioodide lõpus kokku. Kogutud andmed sisestati iga etapi järel ja vajadusel analüüsiti ja instrueeriti küsitlejaid tekkinud vigadest tagades nii võimalikult usaldusväärse andmebaasi. Hindamise protsess nõudis isiku ja võimalusel peamise hooldaja/pereliikme otsust küsitlemist, isiku jälgimist koduses keskkonnas, ja võimalusel lisadokumentide ülevaatamist.

### **3.4 Eetilised aspektid**

Uuringusse värbamine toimus uuringuga liitunud koduõendusteenust osutatavates asutustes töötavate koduõdede kaudu. Projekt „EAKAS“ läbiviimiseks ja andmete kogumiseks saadi TÜ inimuuringute eetika- komiteeluba (vt lisa 2). Uuritavatele tutvustati uuringu eesmärgi ja sisu (vt lisa 3). Uurimistöös osalemine oli kõigile osalejatele vabatahtlik. Kõiki uuritavaid ja/või nende esindajat informeeriti uurimistöö eesmärgist. Patsiendi/esindaja nõustumisel loeti talle ette või ka tutvus patsient/esindaja ise nõusolekuvormiga ning nõusoleku vorm allkirjastati kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale. Vt „Informeeritud isiku nõusolekulehele“ (vt lisa 4) ja „Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekulehele“ (vt lisa 5). Selgitati, et uuritaval on õigus loobuda uuringust igal ajal ning küsimuste korral võivad nad pöörduda projektimeeskonna poole. Uuritavaid informeeriti, et kogutud andmeid kasutatakse ainult uurimistöö läbiviimiseks. Uuritava soovi korral oli kogutud andmetega võimalik tutvuda ka tema ravi- või hoolduspersonalil, selle kohta andis uuritav eraldi nõusoleku.

Täidetud hindamisvormid koguti küsitlejate poolt ning hoiti eraldi kastis. Täidetud ankeedid koguti projektimeeskonna poolt kinnisesse kasti ja säilitatakse Tartu Ülikoolis andmekaitse seaduste kohaselt. Elektrooniliselt kogutud andmeid säilitatakse salasõnaga kaitstud arvutites Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Tartu Ülikoolis. Ligipääs arvutitele on vaid uuringu korraldajatel. Paberandjal andmeid säilitatakse uuringule järgneva 7 aasta vältel TÜ Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli ruumides lukustatud kappides, millele on juurdepääs uuringu korraldajatel. Andmete analüüsimiseks ankeedid kodeeriti, tagades anonüümsus ja tulemused esitatakse üldistatud kujul. Käesoleva töö autor sai projektimeeskonna poolt analüüsimiseks vaid koduõenduse patsientide andmebaasi.

### 3.5 Andmete analüüsimine

InterRAI hindamisinstrumendi kasutamine võimaldab analüüsida andmeid kvantitatiivselt. Käesolevas magistritöös analüüsiti andmeid statistilises andmetöötlusprogrammis *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)* ja *Microsoft Excel* tabelarvutusprogrammis. Kasutati üksiktunnuste, kliiniliste hindamisprotokollide (CAP) kirjeldavat statistikat (koodide jaotustabelid). Tulemused esitati absoluutarvudes ja protsentides. Järjestus- ja arvtunnuste puhul leiti keskmised ja standardhälve, min ja max. Kasutades ANOVA analüüsi teostati T-testi ning leiti p väärtused statistilise olulisuse erinevuste leidmiseks gruppide keskmiste väärtuste vahel. Statistilise olulisuse nivooks määrati väärtus  $p < 0,05$ . Erinevused otsiti järgmistes gruppides:

1. Mehed ja naised;
2. Vanusegruppides 65-84 aastased ja 85 +;
3. Üksi ja koos teistega elavad (abikaasad, lapsed, lapselapsed, õed-vennad, teised lähedased sugulased või hooldajad).

Töö tulemustest parema ülevaate saamiseks summeeriti erinevate vastusekoodide tulemused nii, et tekkis 2 tunnust – seisundit ei esine ja seisund esineb (sõltumata selle raskuastmest). Näiteks terviseseisundite hindamise tulemustes eristati need, kes olid koodiga 0 (seisundit ei esinenud) kõigist teistest (*1 -seisund esineb, kuid mitte 3 viimase päeva jooksul, 2 -...1 päeva vältel viimase 3 päeva jooksul, ... 3 - 2 päeva vältel viimase päeva jooksul, ... ning 4 - iga päev viimase 3 päeva jooksul*). Kuna hindamisinstrumentides esines puuduvaid andmeid, siis näidati tulemuste esitamisel valimi suurus, millest % arvutati.

Andmete analüüsimisel tugineti interRAI kliiniliste rakenduste käsiraamatule (2013). InterRAI meetoodika võimaldab interRAI KO hindamisinstrumendiga saadud andmeid analüüsida nii üksiktunnuste kaupa kui ka kogutud andmetest leida skaalade skoorid, mis arvutatakse mitme punkti alusel. Vastavad algoritmid on sisestatud interRAI tarkvarasse ning need andmed saab hindaja kätte kohe pärast lähteandmete sisestamist. Skaalasisid kasutatakse probleemi raskusastme määratlemiseks ning eesmärk on peegeldada kahjustuse protsessi ning võimaldada näha probleeme isiku toimimises. Alljärgnevalt on kirjeldatud tulemuste esitamisel kasutatavate skaalade sisu, kus punktide aluseks on saadud andmed. Allatõmmatud number märgistab parimat skoori.

**Igapäeva elutegevuste (ADL) hierarhiline skaala (0-6)** mõõdab isiku funktsionaalset sooritust, ning selle skaala alusel on hea jälgida isiku kahjustunud võimet pikema aja vältel. Skaala skoor arvutatakse ADL toimingute (isikliku hügieen, kõndimine, tualeti kasutamine, söömise) sooritamise alusel. Suuremad skoorid näitavad suuremat sõltuvust. ADL hierarhilisel skaalal on seitse taset: 0=*sõltumatu*; 1=*vajab juhendamist*, 2=*mõõdukalt halvenenud*; 3=*vajab olulist abi - 1*; 4=*vajab olulist abi - 2*; 5=*sõltuv*; 6=*täielik sõltuvus*.

**Igapäeva elutegevuste (ADL) lühiskaala (0-16)** mõõdab samuti ADL seisundit kuid see on tundlikum ajas toimuvatele muutustele kui ADL hierarhiline skaala. ADL lühiskaala arvutatakse samuti nelja punkti (isikliku hügieen, kõndimine, tualeti kasutamine, söömise) alusel ning suurem skoor näitab suuremat sõltuvust.

**Instrumentaalsete igapäevategevuste (IADL) soorituse skaala (0-42)** mõõdab isiku poolt tehtavaid tegevusi 3 päeva jooksul. IADL soorituse skaala arvutatakse seitsme punkti põhjal: toidu valmistamine, igapäevased majapidamistööd, rahaga arveldamine, ravimite kasutamine, telefoni kasutamine, poes käimine ja transpordi kasutamine. IADL soorituse skaala kõrgemad väärtused näitavad halvemat funktsioneerimist.

**Kognitiivse soorituse skaala (CPS) (0-6)** kirjeldab isiku kognitiivset seisundit. Skaala arvutamisel on aluseks 5 punkti: 1) *kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel*; 2) *sõnaline lähimälu*; 3) *protseduuriline mälu*; 4) *enese arusaadavaks tegemine*; 5) *söömine*. Skoorid on vahemikus 0-6: 0=*häireta*; 1=*piiripealne halvenemine*; 2=*minimaalselt halvenenud*; 3=*mõõdukalt halvenenud*; 4=*mõõdukalt/oluliselt halvenenud*; 5=*oluliselt halvenenud*; 6=*väga raskelt halvenenud*. Skoorid väärtusega „2“ või enam peegeldavad dementsuse esinemise suurt tõenäosust.

**Suhtlemise skaala (0-8)** väärtus tuleneb kahe punkti, „*enese arusaadavaks tegemine*“ ja „*võimest teistest aru saada*“ skooride summeerimisel. Skaala kõrgemad väärtused näitavad halvemat suhtlemisvõimet. 0=*häireta*; 1=*piiripealne häireta*; 2=*minimaalselt halvenenud*; 3=*minimaalselt/mõõdukalt halvenenud*; 4=*mõõdukalt halvenenud*; 5=*mõõdukalt/oluliselt halvenenud*; 6=*oluliselt halvenenud*; 7=*oluliselt/väga raskelt halvenenud*; 8=*väga raskelt halvenenud*.

**Depressiooni lühiskaala (DRS) (0-14)** põhineb isiku enda poolt hinnatud meeleolu punktidel ja näitab sümptomite arvu ja sageduse alusel hinnatud alanenud meeleolu ja ärevuse esinemist. Kõrgem skoor näitab enamuste sümptomite esinemist, skoor 3 ja rohkem näitab tõenäolist depressiooni, kuid diagnostilist piiri pole esitatud.

**Valu skaala (0-4)** näitab kokkuvõtlikult selle esinemise ja tugevuse ja see arvutatakse valu sageduse ja valu tugevuse kaudu. Valuskaala kõrgemad väärtused näitavad suuremat valu. *0=valu ei ole; 1=valu esineb, kuid mitte igapäevaselt; 2=valu igapäevaselt, kuid mitte tugev valu; 3=valu igapäevaselt, tugev valu; 4=valu igapäevaselt, piinav valu.*

**Kliinilise hindamise protokollid-** Kliinilise hindamise protokollid (CAP) – toovad välja probleemsed valdkonnad, mis vajavad aktiivset sihipärast sekkumist olukorra parandamiseks või halvenemise ennetamiseks. Lisaks annavad CAP-d juhiseid probleemide lahendamiseks, hooldusplaani koostamiseks sihiga vähendada halvenemise riske või suurendada paranemise potentsiaali. CAP ajendid tuletatakse hindamise käigus kogutud teabe põhjal. (Morris jt 2013). Näited CAP ajenditest:

Näide 1. Kukkumiste“ CAP-i ajendeid võib tekkida kaks:

- 1) ajend esineb - tulevaste kukkumiste kõrge risk, kuna on esinenud mitmeid varasemaid kukkumisi
- 2) ajend esineb - tulevaste kukkumiste keskmine risk, kuna varasemalt on esinenud kukkumine.

Ajendit ei esine juhul, kui kukkumisi varasemalt ei esinenud.

Näide 2: „Lamatishaavandite“ CAP-i ajendeid võib esineda kolm:

- 1) ajend esineb – 2. staadiumi või raskema lamatishaavandi esinemine, hoolduse eesmärk on paranemine
- 2) ajend esineb – 1. staadiumi lamatishaavandit ei esine, aga esineb oht selle tekkeks
  - a) ajend esineb-1.staadiumi lamatishaavand,
  - b) ajend esineb - lamatishaavandit ei esine, aga esinevad riskifaktorid.

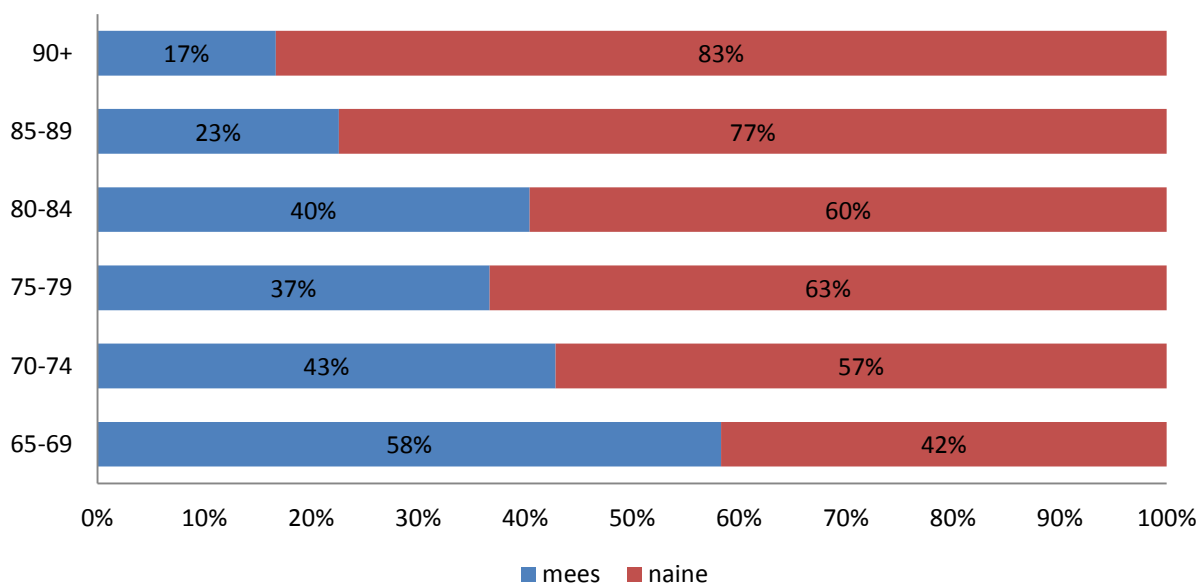
Ajendit ei esine – ei esine lamatishaavandit ega riskifaktoreid.

## 4. TULEMUSED

### 4.1 Taustaandmed

Uuritavaid oli kokku 172 (oktoobris 71, veebruaris 59 ja mais 42), mehi oli 35% (60) ja naisi 65% (112). Uuritavate keskmine vanus oli 81 (SD=7,6) aastat. Meeste keskmine vanus oli 78 aastat (SD=7,0) ja naiste keskmine vanus 82 aastat (SD=7,7) ( $p<0,001$ ). Vanusegrupis 65-84 aastat oli uuritavaid 68% (117) ja 85+ vanuses oli uuritavaid 32% (55) (vt joonis 1). Kõige vanem uuritav oli 98 aastane. Eestlasi oli uuritavate hulgas 85%.

Üksi elas uuritavatest 41% (71) ja koos teistega 59% (101). Perekonnaseis „lesk“ esines 50%-l. Puude raskusastmetest esines raske ja sügav puue 81% (83-l uuritaval 103-st) ning leiti, et koos teistega elavatel (1,97) esines rasket puuet oluliselt rohkem ( $p=0,006$ ) võrreldes üksi elavate eakatega (1,49). Paremat elukeskkonda koduõendusteenusel olevale eakale soovis eakate endi või nende lähedaste arvates 9% (16). Viimase 90 päeva jooksul viibis haiglaravil 39% (67) uuritavatest.

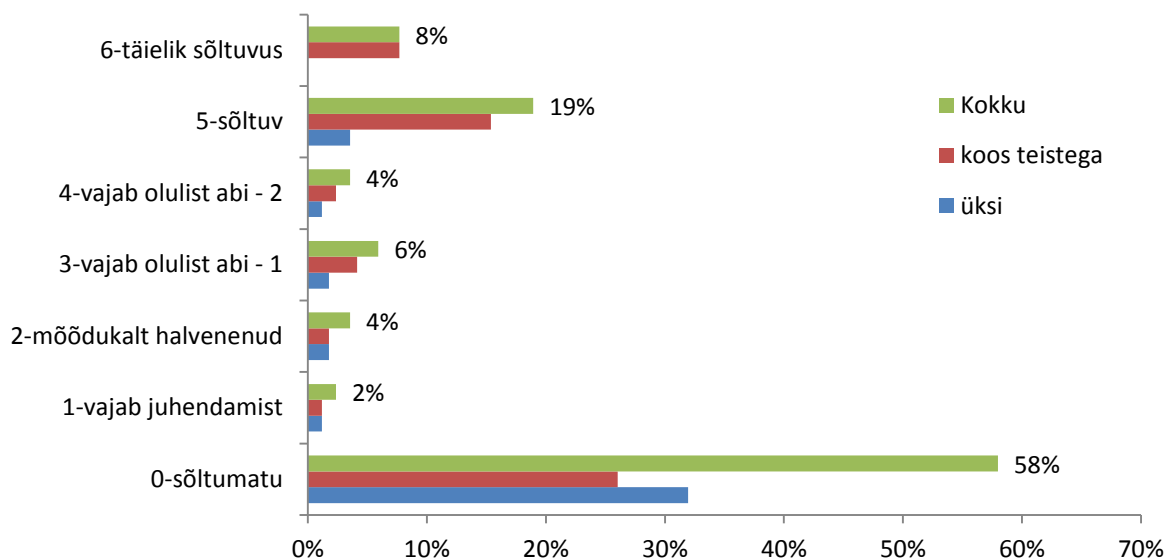


*Joonis 1. Uuritavate vanuseline jaotus meeste ja naiste hulgas*

## 4.2 Funktsionaalne seisund

### 4.2.1 Igapäevaste elutegevuste (ADL) sooritamine

ADL igapäevatoimingute hierarhilise skaala (skoor 0-6) keskmine oli 1,82 (SD=2,30). ADL toimingutest kõrvalabi vajadusest kuni täieliku sõltuvuseni (skoorid 3-6) esines 36%-l uuritavatest (joonis 2). ADL hierarhilise skaala keskmised ei erinenud meeste ja naiste hulgas ning vanusegruppides 65-84 ja üle 85+ aastaste hulgas, küll aga leiti erinevused üksi (0,78) ja koos teistega elavate (2,55) hulgas ( $p<0,001$ ). ADL lühiskaala skoori (0-16) keskmine oli 3,78 (SD=5,74) ning leiti erinevus üksi (1,11) ja koos teistega (5,66) elavate uuritavate vahel ( $p<0,001$ ).



**Joonis 2. Igapäeva elutegevuste (ADL) hierarhiline skaala üksi ja koos teistega elavate hulgas**

ADL toimingute sooritamisel sõltuti kõige enam pesemisel 65%, alakeha riietamisel 45%, isikliku hügieeni ja ülakeha riietamisel 43%. Kolme päeva jooksul eakatest ei kõndinud 18%, ei liikunud 12% ja ei siirdunud tualetti 11% (vt tabel 1).

**Tabel 1. ADL toimingute sooritamine**

ADL toimingute sooritamine	Sõltumatu %	Sõltuv 1-6 %	Toimingut ei esinenud 3 päeva jooksul %
Keha pesemine (n=172)	34	65	1
Isiklik hügieen(n=172)	57	43	0
Ülakeha riietamine (n=172)	57	43	0
Alakeha riietamine	55	45	0
Kõndimine (n=170)	61	21	18
Liikumine (n=168)	63	25	12
Siirdumine tualetti (n=172)	64	25	11
Tualeti kasutamine (n=172)	67	25	8
Liikuvus voodis (n=171)	76	23	1
Söömine (n=171)	75	25	0

*Sõltumatu – kood 0; Sõltuv - Koodid 1=korralduslik abi - 6=täielik sõltuvus*

#### 4.2.2 Instrumentaalsete igapäevategevuste (IADL) sooritamine

IADL soorituste skaala (0-42) keskmine oli 12,2 (SD=11,7). IADL soorituse skaala keskmistes väärtuses esines statistiliselt oluline erinevus vanusegruppides 65-84 (10,77) ja 85+ (16,02) ( $p<0,008$ ). Meeste ja naiste ning üksi ja koos teistega elavate vahel IADL toimingute soorituse skaalas statistiliselt erinevat olulisust ei leitud. IADL toimingute sooritamisel vajati kõige rohkem abi igapäevastel majapidamistöodel 54%, toiduvalmistamisel 46%, poes käimisel ja rahaga arvestamisel 37% (vt tabel 2).

**Tabel 2. IADL toimingute sooritamine**

IADL toimingute sooritamine	Sõltumatu %	Sõltuv 1-6 %	Toimingut ei esinenud 3 päeva jooksul %
Toiduvalmistamine (n=166)	39	46	15
Igapäevased majapidamistööd (n=166)	30	54	16
Rahaga arveldamine (n=166)	49	37	13
Ravimite kasutamine (n=166)	62	32	6
Telefoni kasutamine (n=166)	67	20	13
Trepil käimine (n=166)	36	29	35
Poes käimine (n=166)	25	37	38
Transpordi kasutamine (n=166)	26	30	45

*Sõltumatu – kood 0; Sõltuv - Koodid 1=korralduslik abi - 6=täielik sõltuvus*

Funktsionaalse soorituse kliinilistest protokollidest (CAP-id) esines enim ajendid igapäevaste elutegevuste sooritamise paranemise soodustamiseks või allakäigu ennetamiseks 93%, ja füüsilise tegevuse paranemise soodustamiseks 60%, institutsionaalset riski ehk riski sattuda asutushooldusele esines 44% (vt tabel 3).

**Tabel 3. Funktsionaalse soorituse kliinilised protokollid**

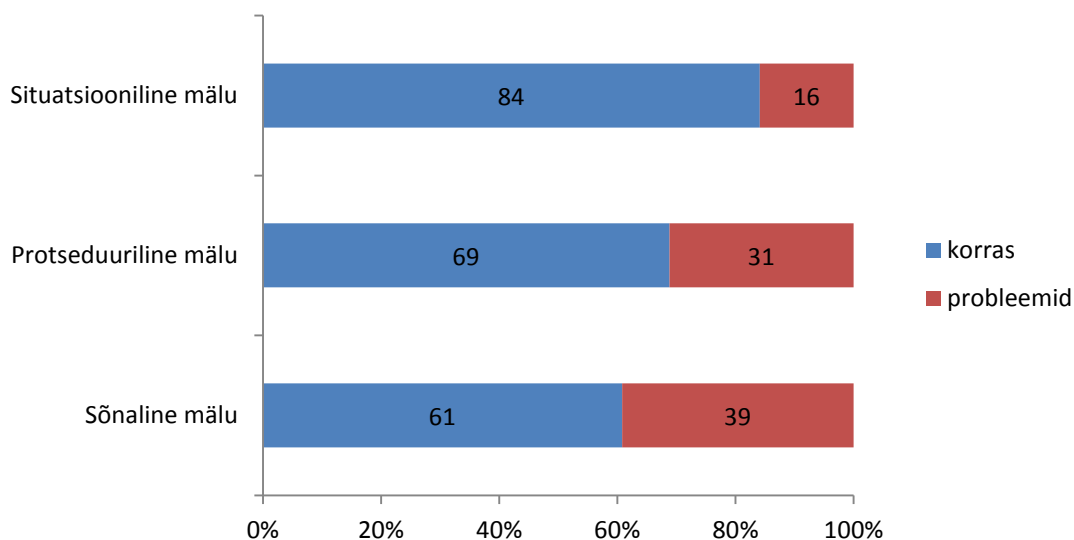
Kliinilised protokollid	Hinnatud protokollide arv*	Esinemissagedus	
		%	(n)
Füüsilise tegevuse paranemise soodustamine	156	60	(93)
Instrumentaalsed igapäevategevused (IADL) - potentsiaal paranemiseks	113	31	(35)
Igapäevased elutegevused (ADL) paranemise soodustamine või allakäigu ennetamine	54	93	(50)
Kodukeskkonna optimeerimine	118	19	(22)
Institutsionaalne risk	143	44	(63)
Füüsiline tõkestamine	158	3	(4)

\*Kliinilisi protokolle sai hinnata vaid kõigi vajalike lähteandmete olemasolu korral

### 4.3 Kognitiivne ja vaimse tervise seisund

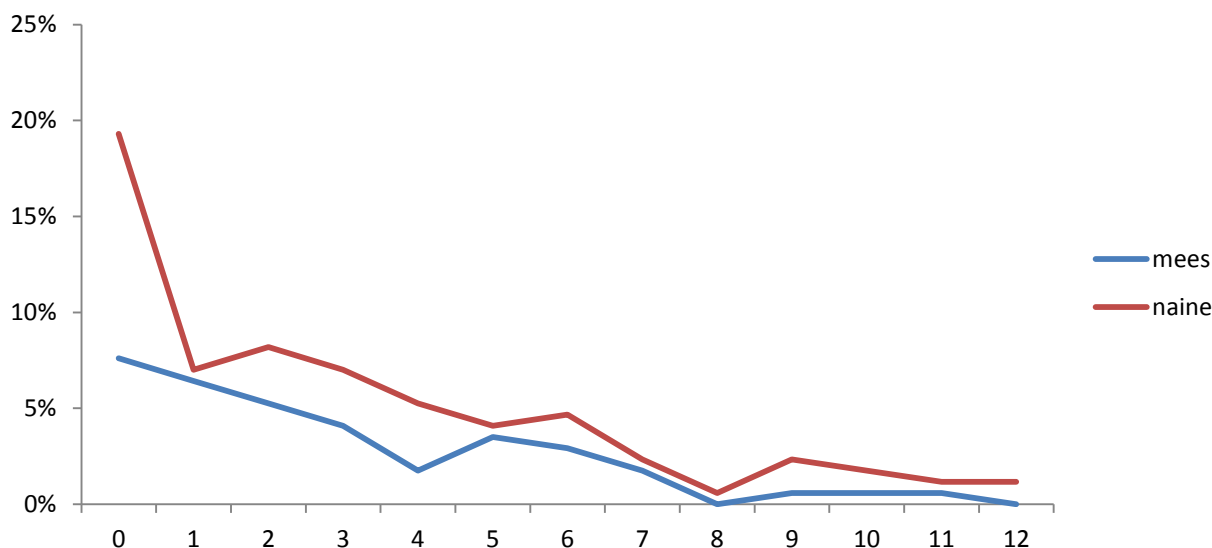
Kognitiivse võimekuse soorituse skaala (CPS) skoori (0-6) keskmine oli 1,30 (SD=1,56), mis näitab, et kognitiivne võimekus jäi piiripealse ja minimaalse halvenemise vahele. Parem kognitiivne võimekus oli üksi elavate eakatel (0,94) võrreldes koos teistega elavate vahel (1,57) vahel ( $p=0,010$ ). Meeste ja naiste ning vanusegruppide vahel kognitiivse võimekuse häirete erinevust ei leitud. Igapäevaste otsuste tegemisel oli sõltumatuid 54% (93), peaaegu sõltumatuid oli 19% (32), minimaalselt halvenenud oli 13% (22), mõõdukalt halvenenud 5%(9), oluliselt halvenenud 8% (14), ei olnud tajutavalt teadvusel 1% (1).

Mäluprobleemidest esines kõige rohkem (39%) sõnalise mälu probleeme (vt joonis 3). Suhtlemisskaala (0-8) keskmine oli 1,16 (SD=1,79), mis jäi piiripealse ja minimaalse halvenemise vahele. Parem suhtlemisskaala skoori oli üksi elavatel eakatel (0,73), mis jäi häireta ja piiripealse häire vahele, kuid koos teistega elavatel jäi skoor piiripealse häire ja minimaalse halvenemise vahele (1,47) ( $p=0,08$ ). Raskusi kuulmisega esines 63% (107) ja nägemisega 72% (123) uuritavatest. Käitumisprobleemidest esines uuritavate hulgas hooldust tõrjuvat käitumist 7%, sõnaliselt kahjustavat käitumist 8%, ringiuitamist 5%, sotsiaalset kohatut või ebasobivat käitumist 4% ja füüsiliselt kahjustavat käitumist 1%.



**Joonis 3. Erinevate mäluprobleemide esinemine**

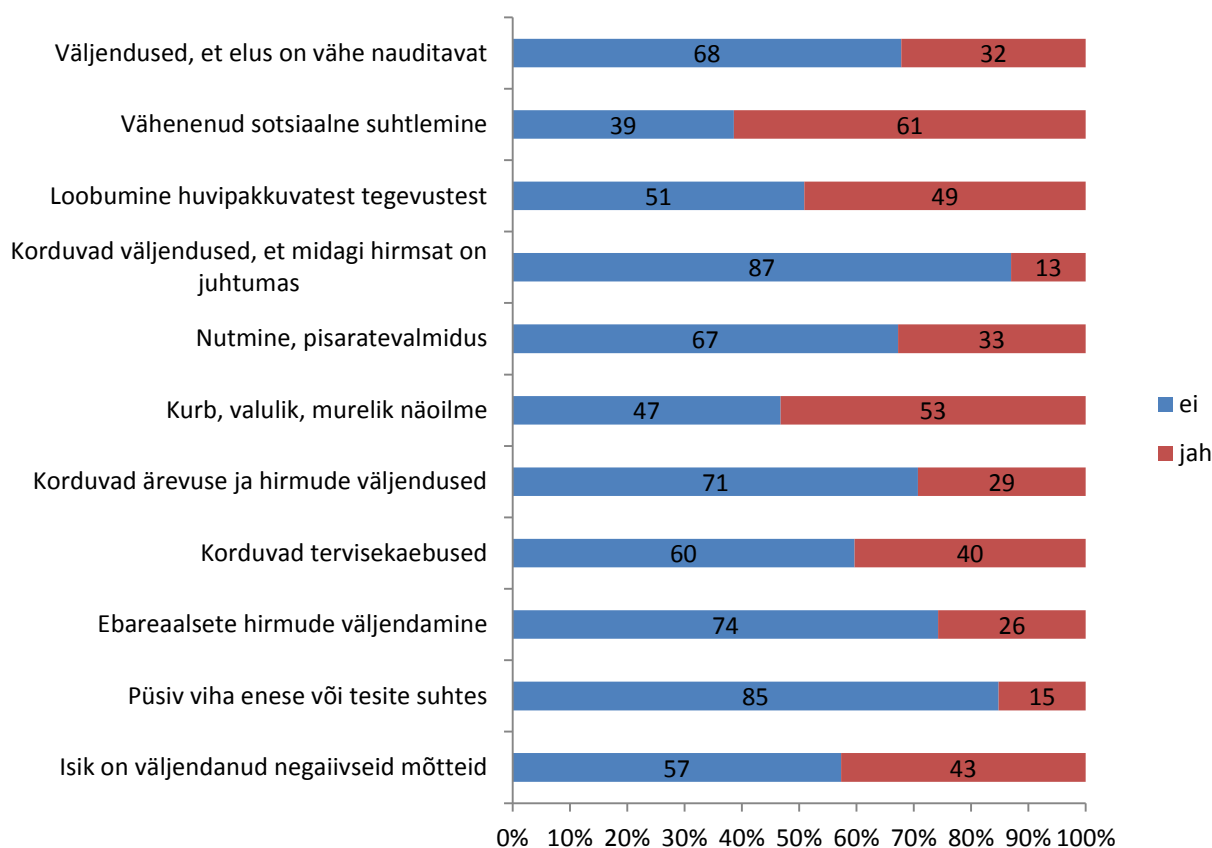
Depressiooni lühiskaala skoor (0-14) keskmine oli 3,01 (SD=3,04) ning erines üksi (2,45) ja koos teistega elavate (3,42) vahel ( $p=0,040$ ), mis näitab, et eakatel esines tõenäoline depressioon ning koos teistega elavatel oli skoor kõrgem. Depressiooniskaala skoori  $\geq 3$  esines 46%-l eakatest. Depressiooniskoor oli kõrgem naistel (3,01) ja meestel (2,88), kuid statistiliselt olulist erinevust siin ei leitud (vt joonis 4).



**Joonis 4. Depressiooniskoorid (0-14) meeste ja naiste hulgas**

Depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnustest esines kõige rohkem „vähenenud sotsiaalset suhtlemist“ 61%, kurblikku näoilmet 53%, loobumist huvipakkuvatest tegevustest 49% ja

negatiivseid mõtteid on väljendanud 43% (vt joonis 5). Üksildasena tunnevad ennast 42% uuritavatest, sealhulgas meestest 31% ja naistest 69%.



### Joonis 5. Depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnuste esinemine

Kognitiivse seisundi ja vaimse tervise CAP-idest esinesid enim ajend kognitiivse funktsiooni allkäigu ennetamiseks - 91%, suhtlemise paranemise soodustamiseks 82% ning meeleoluhäiretega tegelemiseks - 73% (vt tabel 4).

**Tabel 4. Kognitiivse seisundi/vaimse tervise kliinilised protokollid id**

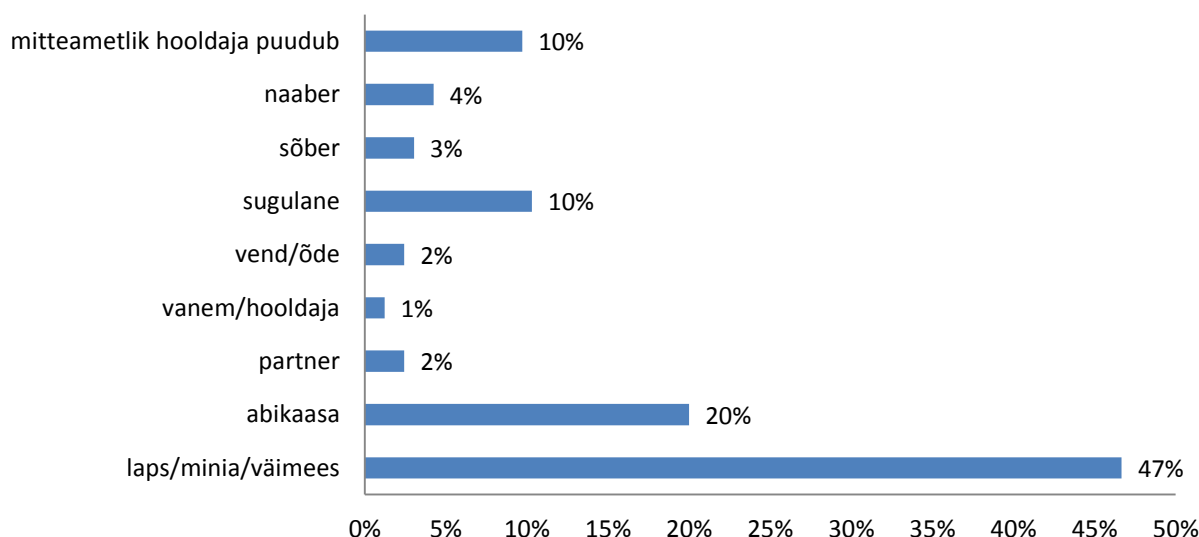
Kliinilised protokollid	Hinnatud protokollide arv*	Esinemine % (n)
Kognitiivsete võimete vähenemise allakäigu ennetamine	88	91 (80)
Deliirium (äge segasusseisund)	171	14 (24)
Suhtlemise paranemise soodustamine ja allakäigu ennetamine	170	82 (139)
Meeleoluhäired – kõrge ja keskmine risk	171	73 (125)
Käitumishäirete vähendamine ning takistamine	171	72 (123)
Väärkohtleva suhte kõrge ja mõõdukas risk	72	4 (3)

\*Kliinilisi protokolle sai hinnata vaid kõigi vajalike lähteandmete olemasolu korral

#### 4.4. Sotsiaalne seisund

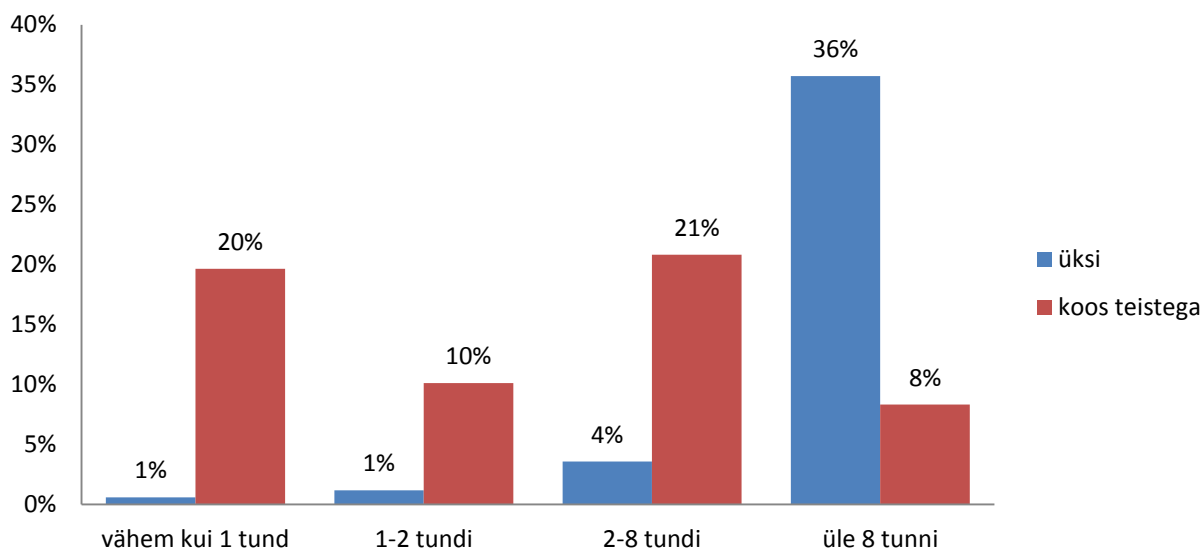
Formaalsest hooldusest osutati isikuabi ADL toimingutes 35%, (108-st 38) keskmiselt kokku 287 minutit 7 päeva jooksul. Koduabi teenuseid (IADL, poes käimine, toiduvalmistamine) osutati viimase 7 päeva jooksul 36%-le (107st 38-le). Sooja toidu koju toomise teenust kasutas 5% ehk 6 eakat 111-st uuritavatest. Füsioteraapiat osutati 109-st 2-le ja tegevusteraapia 109-st 2-le uuritavale. Kõneteraapiat ning psühholoogist abi vaimse tervise spetsialisti poolt ei osutatud ühelegi uuritavale.

Mitteametlikest abilistest ei suuda jätkata 9% (15), peamine mitteametlik abistaja väljendas stressi, depressiooni, viha tundeid 11% (18), perekond või lähedased väljendasid ülekoormust isiku haiguse tõttu 10% (17). Peamised abilised uuritavatel olid lapsed 47% ja abikaasad 20%, mitteametlik abiline puudus 10%-l (vt joonis 6). Koos abilisega elas koos 48%, tugevaid suhteid perekonnaga väljendas 78%.



**Joonis 6. Peamiste abiliste esinemine**

Üksinda olemise aeg päeval 8 tundi oli üksinda elavate hulgas 36%. või rohkem esines 44%-l (vt joonis 7). Koos teistega elavad eakate hulgas viibis päeval üksinda 2-8 tundi 21% ja üle 8 tunni 8%.



**Joonis 7. Uuritava üksinda olemise aeg päeval üksi ja koos teistega elavate hulgas**

Keskkonna mõju hindamise tulemused näitavad, et remonti vajavaid kodusid esines 18%, räpane seisukord oli 4%, ebapiisav küte või jahutus esines 9%, vähene isiklik turvalisus esines 3%, piiratud juurdepääs koju või ruumidesse esines 17%, 70% isikutest ei ela majas või korteris, mis on ligipääsetavad puudega inimestele. Hädaabi kättesaadavuse võimalus (telefonid) olid 92%-l, poodi ei pääse kõrvalise abita 57%, toidukaupade kojutoomise võimalus esines 77%-l. Piiratud rahaliste vahendite tõttu pidi viimasel 30 päeval piirama piisavat toitu, ravimeid või vajalikku meditsiinilist abi 8%.

Sotsiaalse elu mitteametliku toe kliiniline protokoll näitab vajadust abi järele IADL toimingute sooritamisel - 30%. Sotsiaalsete suhete ajendit esines 5%-l, mis näitab, et isik tunneb end üksikuna ning esineb vähenenud sotsiaalseid tegevusi ning vajatakse plaani sotsiaalsete suhete üle mõtlemiseks (vt tabel 5).

**Tabel 5. Sotsiaalse elu kliinilised protokollid**

Kliinilised protokollid	Hinnatud protokollide	Esinemissagedus
	arv*	% (n)
Sotsiaalsed suhted	165	5 (8)
Mitteametlik tugi	112	30 (34)

\*Kliinilisi protokolle sai hinnata vaid kõigi vajalike lähteandmete olemasolu korral

#### 4.5 Füüsilise tervise seisund

Määratud diagnoosidest esines kõige rohkem südame isheemiatõbe 34%, südame paispuudulikkust 33%, suhkurtõbe 22%, ajuinfarkt/insulti 17% ja vähki 16% (vt tabel6). Diagnooside esinemisel võib ühel isikul esineda mitu erinevat diagnoosi.

*Tabel 6. Diagnooside esinemissagedus*

Haiguste diagnoosid	Vastanute arv	Esinemissagedus	
		%	(n)
Südame isheemiatõbi	150	34	(51)
Südame paispuudulikkus	152	33	(50)
Suhkurtõbi	166	22	(37)
Ajuinfarkt/insult	162	17	(27)
Vähk	165	16	(26)
Dementsus muudel põhjustel (va Alzheimer)	162	8	(13)
Kusetee infektsioon viimase 30 p jooksul	164	7	(12)
Depressioon	163	6	(9)
Parkinsoni tõbi	164	4	(6)
Ärevus	163	4	(6)
Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus	154	3	(5)
Hemipleegia	163	3	(5)

Ülevaate probleemsetest terviseseisunditest esinemissageduste järgi annab tabel 7. Kõige enam esines probleeme jalgadega 87% (149), jalgade probleemid segasid kõndimist 34%-l (58) uuritavatest. Väsimust esines koduõenduse patsientidel 84% (144), millest minimaalset väsimust oli 34% (58) ja mõõdukat väsimust oli 30% (52), olulist väsimust esines 11% (19). Väsimuse tõttu ei suutnud tegevusi alustada 9% (15).

Valuskaala 0-4 keskmine oli 1,53 ning statistiliselt olulist erinevust sugude, vanusegruppide ja üksi ning koos teistega elavate vahel ei leitud. Valu esines kokku 82%-l (140) uuritavatest, valu esines igapäevaselt 49%-l (84) uuritavatest. Mõõdukat valu oli 51% (87) ja tugevat valu esines 16% (27), vahelduv valu esines 58%-l (99). Valu oli talutav ja ravimeid ei vajanud 33% (56), adekvaatne valujuhtimine esines 21%-l (36), valuraviskeemi ei järgitud 11%-l (19), raviskeemi järgides polnud valukontroll piisav 13% (23), raviskeemi ei järgitud ja valu ei olnud kontrolli all 3%-l (5).

Tasakaaluhäiretest esines ebakindlat kõnnakut 65% (106), pearinglust 62% (106) ja ebakindlust püsti tõusmisel ja ümber pööramisel esines 58% (99). Kukkumisi viimase 90 päeva jooksul esines 27% (46).

Nahaprobleemidega seotud probleemidest esinesid muutused nahal 64% (109), haavandid 64% (107), naharebendid ja haavad 34% (58), suured nahaprobleemid 30% (51) ja lamatised 24% (41).

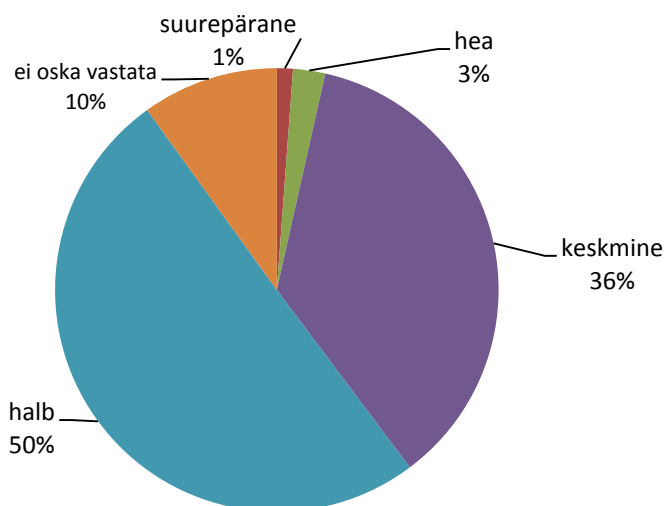
**Tabel 7. Koduõenduse patsientide tervise seisundi esinemissagedus**

Probleemsed seisundid	Esinemissagedus	
	%	(n)
Jalgade probleemid	87	(149)
Väsimus	84	(144)
Valu	82	(140)
Ebakindel kõnnak	65	(106)
Muud muutused nahal	64	(109)
Haavandid	63	(107)
Pearinglus	62	(106)
Ebakindlus püsti tõusmisel ja ümber pööramisel	58	(99)
Uinumisraskused - liiga varajane ärkamine	53	(91)
Kõhukinnisus	47	(81)
Perifeersed tursed	46	(78)
Mittekirurgilised naharebendid ja haavad	34	(58)
Kõrvetised	31	(53)
Suured nahaprobleemid	30	(51)
Kukkumised	27	(46)
Õhupuudus	27	(48)
Lamatised	24	(41)
Valu rinnus	23	(39)
Psüühikahäired	22	(37)
Kõhulahtisus	14	(24)

Suuõõne probleemidest olid ebaterved hambad 56%-l (93), suukuivust esines 51% (86), raskusi mälumisel esines 29% (48). Hambaproteese kasutas 62 % (103).

Uriinipidamatusega esines probleeme 38%-l (66), kontinentseid oli 47% (80) ning kontinentsed stoomi või kateetriga olid 15% (26). Kontinentsed kateetriga olid enamasti meestest 81% (21) ja naistest 19% (5). Uriinipidamatus erines skaalal 0-5 meeste (1,05) ja naiste vahel (1,64) vahel ( $p=0,032$ ). Uriinikogumisvahenditena kasutas 16% (26) tsüstostoomi (epitsüstoomi) kateetrit. Inkontinentsuse tõttu kasutas sidemeid 47% (71), naistest 77% (62) ja 23% (19) meestest. Soolekontinentsiga esines probleeme 30%-l (48). Arsti poolt määratud ravimeid kasutas

ettekirjutuste järgi 49% (80), 40% (65) kasutas 80% ajast ja 6% kasutas vähem kui 80% ajast ettekirjutatud ravimeid. Kasutatavate ravimite arv keskmiselt ühele uuritavale oli 5,05 (SD=2,7). Oma tervist hindas halvaks 50% ja suurepäraseks 1% ja heaks 36% (vt joonis 8). Enesehinnang oma tervisele ei erinenud meeste ja naiste, vanusegruppide ning üksi ja koos teistega elavate vahel.



**Joonis 8. Enesehinnang oma tervisele**

Tabelis 8 on esitatud terviseseisundite kliiniliste protokollide (CAP-ide) esinemissagedus. Kõige rohkem esines südame ja hingamiselundkonna probleeme 71% (122), valu riski 53% (90), uriinipidamatust 37% (53), lamatishaavandite tekkeriski 29% (46), kukumisriski 27% (46) ja alatoitumuse riski 24% (20). Nimetatud probleemsed valdkonnad vajavad meetmeid riskide vähendamiseks, paranemise soodustamiseks või allkäigu ennetamiseks.

Kõikidest hinnatud valdkondadest (füüsiline funktsionaalne, vaimne ja kognitiivne, sotsiaalne seisund ja füüsiline tervise seisund) märgistusi keskmiselt 7,1 (max 14; min 2, SD=2,3) CAP-i.

Tervisprobleemidega seonduvalt võimaldas interRAI meetod hinnata ka teostatud ennetustegevusi. Tulemused näitasid, et viimase aasta jooksul mõõdeti uuritavatel vererõhku 99,6%, teostati silmade kontrolli 25%, hammaste kontrolli 16,5%, gripivaktsiini – 0,37%. Viimase kahe aasta jooksul tehti kuulmise kontrolli 10,7% ja mammograafi uuringut – 3%. Viimase viie aasta jooksul teostati koloskoopia testi - 7,35%, pneumokoki vastast vaktsiini – 0,73%, pööramise ja asendivahetuse programmi 8,1%. Enamasti oli määratud raviprogrammiks

haavahooldus 77,1%, mida rakendati 1-2 päeval viimase 3 päeva jooksul 66,2%. Haavahooldust teostati kõige rohkem vanusgrupis 80-84 aastat - 20,5%.

**Tabel 8. Kliinilise hindamise protokollide tulemused**

Kliinilised probleemid	Hinnatud protokollide arv*	Esinemissagedus	
		%	(n)
Kukkumise keskmine ja kõrge risk	172	27	(46)
Valu kõrge ja keskmine risk	169	53	(90)
Lamatishaavandite 1. ja 2. staadiumi esinemine ning lamatise tekkerisk	158	29	(46)
Südame ja hingamiselundkonna probleemid	172	71	(122)
Alatoitumuse kõrge ja mõõdukas risk	84	24	(20)
Dehüdratatsioon kõrge ja madal risk	150	11	(17)
Toitesond	167	1	(2)
Sobilikud ravimid	96	4	(4)
Tubaka ja alkoholi tarvitamine	171	5	(9)
Uriinipidamatus – põiefunktsiooni paranemise soodustamine ja allkäigu takistamine	144	37	(53)
Soole probleemide paranemise soodustamine ja allkäigu ennetamine	89	12	(11)

*\*Kliinilisi protokolle sai hinnata vaid kõigi vajalike lähteandmete olemasolu korral*

## 5. ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Tartumaal koduõendusteenust saavate eakate (65+) funktsionaalset, kognitiivset ja vaimse tervise seisundit ning sotsiaalset toetust kasutades interRAI metoodikat, et saada ülevaade eakate peamistest probleemidest edasiste tegevuste arendamiseks. Koduõendusele sattuv eakas on sageli komplekssete probleemidega, mille lahendamisel vajatakse seisundi igakülgset hindamist ning integreeritud tervishoiu- ja hoolekande süsteemi, mis käesolevalt Eestis puudub. Eakate kirjeldamiseks valitud interRAI KO hindamisinstrumendi kasutamine võimaldab eakate tervise ja teoimetulekut igakülgset kirjeldada ning leida valdkonnad, millele peaks tähelepanu pöörama.

Sarnaselt varasemate analoogsete uurimistöödega (Sørbye 2009 ja Borowiak ja Kostka 2013) jäi ka käesolevas uurimuses uuritavate keskmine vanus 82 aasta piiresse, enamasti olid teenusesaajateks naised, lesed ning ligi pooled koduõendust saavatest eakatest elasid üksinda. Sørbye (2009) andmed aga näitavad, et riigiti võib üksi elamise staatus oluliselt erinev olla. Põhjamaades esineb üksielavaid eakaid rohkem, näiteks Soomes elas üksinda 83% eakatest ning Itaalias vaid 13%, mis on ilmselt tingitud erinevast kultuurilisest taustast ning tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemist, mis võimaldab pakkuda eakatel teenuseid erinevatel võimalustel.

Alla poole (36%) eakatest sõltusid igapäevaelutegevuste sooritamisel teiste abist ning sarnaselt Lukkaneni jt (2001) uuringutulemustega vajasisid koduõendusel olevad eakad enamasti abistamist keha pesemisel, ala- ja ülakehakeha riietamisel ning isikliku hügieeni teostamisel. IADL toimingutest esines sõltuvus igapäevastes majapidamistöodes ja toiduvalmistamisel. Ametlikku hooldust ADL ja IADL toimingute sooritamiseks pakuti samas ulatuses, kuid käesoleva uuringu raames ei analüüsitud, kas kõigile teenusevajajatele ja mil määral oli ametlik hooldus tagatud. Funktsionaalse seisundi hindamist eakatel peetakse oluliseks (Muszalik 2015), sest halvenenud funktsionaalse sooritusvõimega vajatakse rohkem õendusabi ning esineb kõrgem risk õenduskodusse sattumiseks (Borowiak ja Kostka 2013). Halvenenud IADL ja ADL toimingute sooritamine mõjutab koduõendusteenuse saamist sel määral, et kui kodus pole tagatud piisav abi enesehooldustoimingute sooritamiseks, siis on koduõel sageli keeruline saavutada õendusplaanis püstitatud eesmärgid (nt lamatiste ja kukkumiste ennetamine, naha terviklikkuse säilitamine). Tulemustest selgus, et üle poolte koduõendusel olevatest eakatest vajab meetmeid igapäevaste elutegevuste ja füüsilise tegevuse soodustamiseks, mis võib tähendada hooldusteenuste vajadust eaka aktiveerimiseks. Teaduskirjanduse analüüsi tulemusena ilmnis, et paljudes riikides

pakutakse koduhooldusteenuseid integreeritult, ning teenuseid oli võimalik saada erinevate spetsialiste poolt (füsioterapeut, kodusõde, psühholoog, koduhooldus). Käesolevalt meil sellised võimalused Eestis puuduvad või neid ei pakuta süstematiseeritult.

Vaimse tervise probleemidest selgus, et ligi pooltel koduõendust saavatel eakatel esinesid depressioonisümptomid ning depressiooni risk ja ligi pooled uuritavatest tunnevad ennast üksildasena. Depressiooniskaala skoori väärtus 3 ja rohkem esines koduõendusel olevatel eakatel 46%-l, mille esinemissagedus oli oluliselt kõrgem Euroopas keskmiselt. Sørbye jt (2009) uuringutulemustes esines depressiooniskaala skoor  $\geq 3$  12% eakatest (kõrgeim Tšehhis – 25%). Markle-Reid jt (2014) väidavad, et koduhooldusteenuseid saavatel eakatel on depressiooni esinemine tavaline ning sageli alaravitud ja märkamata. Käesolevas töös oli depressiooni diagnoositud vaid 6%-l, kuid tuleb arvestada, et kodusõded said diagnoosid saatekirjadelt või epikriisidest, kus ei pruukinud diagnoosid kajastada. Depressiooni on seostatud nii tervise probleemide kui ka halvenenud funktsionaalse sooritusvõimega ja depressiooni esinemist omakorda on seostatud halva toitumise ja toimetulekuga (Izaka jt 2008, Volicer jt 2011). Tulemustest selgus meetmete rakendamise vajalikkus üle pooltele kognitiivsete võimete vähenemise parandamiseks, suhtlemise soodustamiseks ning meeleoluhäiretega tegelemiseks. Häid tulemusi kirjeldas Markle-Reid jt (2014), et sekkumisjärgselt on võimalik depressioonisümptomeid vähendada ja seeläbi parandada eakate elukvaliteeti. Vaimse tervise seisundi hindamist valideeritud meetodiga peetakse oluliseks sekkumisplaanide ja koostöö tegemiseks ning interRAI metoodika võimaldab depressiooni märgata. Eelnevast võib järeldada, et kodusõdedel on väga oluline hinnata eaka vaimset tervist, vajadusel juhtida tähelepanu sekkumiseks ning esineb vaimse tervise teenuste arendamise vajalikkus koduses keskkonnas (vaimse tervise õde, psühholoog vms).

Ametlikku hooldust nii ADL kui IADL toimingute sooritamisel pakuti ligikaudu 36%-le eakatest, kuid käesolevalt ei analüüsitud ametliku hoolduse tegelikku vajadust, kuid Hallberg ja Kristensson (2004) leiavad, et võimalikult kaua kodus hakkama saamiseks on oluline pakkuda erinevaid teenuseid kodukeskkonnas. Tulemustest selgus, et eakatest 30% viibis kodus üksi 0-2 tundi, mis tähendab, et enamus aeg nad olid koos lähedastega. Koos teistega elavatel eakatel esines kehvem kognitiivne ja füüsilise tervise seisund ning kehvem funktsionaalne sooritusvõime võrreldes üksi elavate eakatega. Sellest võib järeldada, et koos eakatega elavatel lähedastel, on suurem hoolduskoormus. Enamasti olid eakate hooldajateks lapsed ning abikaasad, ligi 10% mitteametlikest abilistest on ülekoormatud ning ei suuda hooldamisega jätkata. Läbipõlemise

sümptome on leitud 2,2 korda rohkem neil hooldajatel, kelle hooldataval esines uriinipidamatus (Sørbye 2009), mida esines käesolevas uuringus koos kateetritega eakatel ligi pooltel. Lähedaste suure hoolduskoormuse tõttu tõuseb risk institutsionaalsele asutushooldusele suunamisega ja on vajalikuks peetud hooldaja seisundi hindamist, et vajadusel nõustada hooldusplaanide tegemisel (Sørbye 2009, Stephan 2014). Sotsiaalset isolatsiooni, kus puuduvad suhted ja esinevad füüsilised, psüühilised ja keskkonnast tingitud takistused on peetud eakatel esinevaks probleemiks (Nicholson 2009). Käesoleva uurimistöö tulemustes nimetati eelpool funktsionaalse sooritusvõime probleeme, vaimse tervise probleeme ja üksildustunnet, siis keskkonnast tingitud takistusest võib mõjutada asjaolu, et 70% eakatest ei ela majas, mis oleks ligipääsetavad puuetega või liikumisabivahendeid kasutatavate eakatele. Seetõttu võib oletada, et ka koduõendusel olevad eakad on sotsiaalses isolatsioonis, kuid seda töö raames ei uuritud.

Sarnaselt varasemate uuringutega (Borowiak ja Kostka 2012, Wysocki jt 2014) esines koduõendust saavatel eakatel peamisteks diagnoosideks südameisheemiatõbe ja -paispuudulikkust ning diabeeti. Üllatava tulemusena selgus, et üheks peamiseks probleemiks olid probleemid jalgade seisundiga (nii kõndimist segavad kui mitte segavad probleemid sh struktuursed muutused, *hallux valgus*, kattuvad varbad). Jalgade probleemide esinemist koduõendust saavate patsientide hulgas kinnitasid ka Stolt jt (2012), kelle uuringus ilmnesid peamiste probleemidena tursed, *hallux valgus*, kuiv nahk, paksenenud küüned ja täheldati eakate raskusi jalgade eest hoolitsemisel, sest nimetatud probleemid vajavad igapäevast tähelepanu ja hoolitsust. Stolt jt (2012) poolt on Soomes tõendatud vajadus jalgadega seotud probleeme rohkem uurida ja arendada ennetavaid õendustegevusi, mille vajadus on oluline ka Eestis. Terviseprobleemidest selgus ootuspäraselt valu riski, uriinipidamatus, lamatiste tekkeriski, kukkumiseriski ning alatoitumise risk, mis nimetati juba varasemates uuringutes (Saks jt 2001) ja mis on olulise tähtsusega õendustegevuses ja õendustegevuse kvaliteedis. Koduõendusteenuse saaja oli enamasti haavahooldust/ravi vajav eakas, sest 77% eakatest oli suunatud haavaravi eesmärgil, kuid tegelikult esines eakatel 7,1 probleemset valdkonda (CAP ajendit), millega peaks tegelema. InterRAI kliiniliste protokollide käsiraamatus peetakse 7 CAP ajendi esinemise korral isiku asutushooldusele suunamise vajadust (Morris 2013). Eelnevale tuginedes võib järeldada, et Eesti koduõenduse saajad on keskmiselt seisundis, et vajaksid juba asutushooldusele paigutamist. Kahjuks ei ole täpselt võrdlevaid uuringuid siin võimalik analüüsida, kuna varasemas kirjanduses on interRAI meetodika alusel eakaid hinnatud nii koduhoolduse kui koduõendusteenuse saajatena koos (Sørbye 2009). Tulemustest selgunud koduõenduse saajate füüsilise ja vaimse tervise probleemid, halvenenud funktsionaalne võimekus ehk sõltuvus

teistest, kinnitab asjaolu, et koduõendusele sattuv eakas võib olla komplekssete probleemidega habras ja kojuaheldatud eakas, kes vajab igakülgset hindamist ja sekkumiste planeerimist esmatasandis (Saks jt 2001, Fried jt 2001, Hallberg ja Kristensson 2004, Herr 2013), mis meil täna süstemaatiliselt puudub, kuna puuduvad ühtsed hindamisalused (Riigikontroll 2015).

Uueks uurimisprobleemiks tekib küsimus, kas koduõenduse kättesaadavus on eakatele ikka piisav ja kas seda pakutakse vastavalt eakate elanikkonna vajadustele ning kas annab koduõendusteenuse mitmekülgsema rakendamisega ennetada haavandeid, lamatisi ja teisi nahaterviklikkuse probleeme? Sama oluline on integreeritud teenuste pakkumise vajadus, mida pole seni Riigikontrolli (2015) kinnitusel suudetud luua. Integreeritud õendusabi (sh koduõendus) ja hoolduse pakkumise vajadus oleks eakate igapäevaste ravimite tarvitamise abistamisel ja igapäevaste elutegevuste ja füüsilise tegevuse soodustamisel. Tulemuste põhjal selgus, et ainult pooled tarvitasid ravimeid korrapäraselt.

Eetiliste probleemide vältimiseks tehti projektimeeskonna poolt eetikaalne koolitus küsitlejatele, kus rõhutati uuritavate vabatahtlikkust osalemiseks ning loobumisevõimalust keset uuringut. Uurimusse värbamisel anti uuringut tutvustavad infolehed ja tutvustati uuringut nii lähedastele ja patsientidele, uuringuga alustati kui uuritav või tema seaduslik esindaja oli selleks kirjaliku nõusoleku andnud. Ainukeseks eetiliseks probleemiks võis ilmnedu hindamisvormi pikkus ja täitmiseks ebamugavalt kuluv aeg. Uuritav võis väsida või tema hooldajal pidi selleks piisavalt aega olema. Probleemi vältimiseks võimaldab interRAI hindamisvorm koguda andmeid isikutelt, kes uuritavaga tegelevad (lähedased, hooldajad) ning hindamist võib vajadusel teostada kogu uurimisperioodi vältel. InterRAI KO hindamisinstrumenti kasutatakse igapäevatoös igakülgseks hindamiseks.

Usaldusvääruse tagamiseks tehti küsitlejatele koolitused ning teostati eelnevalt pilootuuring. Igale küsitlejale anti hindamisinstrumendi käsiraamat ja võimalus vajadusel esitada küsimusi. Pilootuuringute ja erinevate uuringuetappide järgselt anti küsitlejatele projektimeeskonna poolt tagasisidet hindamistulemuste kohta nii suuliselt kui kirjakult. Usaldusvääruse tagas uuritavate küsitlemine sama asutuse või oma koduõe poolt võimaldas saada võimalikult täpseid andmeid. Andmete kogumise meetoodika oli usaldusväärne kuna kasutatud interRAI KO hindamisvorm on valideeritud ja kohandatud ning heaks kiidetud Eestis. InterRAI KO hindamisvormiga on tehtud mitmeid uuringuid mujal maailmas (Sørbye 2009, Kim 2014 ). InterRAI meetoodika pakub

võimalust hinnata eakat igapäevatoos, leida probleemsed valdkonnad (kliinilised protokollid CAP-id), mis aitavad edasist hooldust planeerida.

Uurimistöö kitsaskohaks selgus, et ainult koduõendusteenusel olevaid eakaid interRAI KO meetodikaga uuritud ei ole, mistõttu pole võimalik võrrelda teenusesaajaid mitmekülgsemalt. Enamasti oli kirjeldatud koduhooldusteenuseid saavaid eakaid koos. Üheks suuremahulisemaks võrdlevaks uuringuks oli (Sørbye 2009) 11 Euroopa riikide koduhooldusteenuseid saavate eakate seisundit võrdlev uuring.

Teiseks kitsakohaks tooksin välja paljude andmete puudumise andmestikus. Puuduvad andmed esinesid kehakaalu mõõtmisel kuna küsitlejatel või uuritavatel puudusid kaalud või isikud olid võimetud kaalule minema. Teiseks probleemiks võis olla kõndimise testi sooritamine, kuna paljudel eakatel ei olnud seda võimalik läbi viia tervise või keskkonnast tingitud põhjustel (nt toas oli vähe ruumi). Puuduvaid andmeid esines andmestikus palju, kuid puudulikult täidetud vorme analüüsist ei eemaldatud. Tulemuste kajastamisel kirjutati juurde arv, millest tulemus saadi. CAP osades tuli puuduvate andmete eriti selgesti välja, kuna CAP tulemus moodustati mitmetest tunnustest kokku. Puuduvate andmete esinemine töös näitab ilmselt, et kasutatud meetodika on Eesti koduõdedel võõras ning vajatakse rohkem koolitust kui käesoleva uuringu raames pakuti. InterRAI tarkvara kasutuselevõtu analüüsis (2011) peeti hindamisinstrumendi nõrkuseks selle keerukust ja raskust, aga ka seda, et kogemustega läheb hindamine kergemaks.

Käesoleva töö praktiline väärtus seisneb selles, et on olemas koduõenduse patsientide igakülgne kirjeldus interRAI meetodika alusel ning paljud koduõed said kogemuse selle kasutamisel. InterRAI KO hindamisvormi kasutamine on sobiv meetod võimaldades kirjeldada eakaid igakülgsest, leidmaks eakate probleeme ja planeerida hooldust. Saadud tulemused võiksid olla aluseks edaspidisteks koduhooldus- ja koduõendusteenuse arenguks eesmärgiga tagada eakatele võimalikult pikaajaline kodusviibimine võimalikult primaarsete elukvaliteediga koostöös teiste teenustepakkujatega. Saadud tulemusi saab Eesti Koduõdede Seltsing arvestada edasiste arenduste algatamiseks ja elluviimiseks õenduspraktikas ning tervishoiukorralduses. Kuna varasemalt ei ole koduõenduse patsiente igakülgsest uuritud, siis käesolev töö avas mitmed uued olulised uurimist vajavad teemad:

1. Mil määral ja kui palju on kaetud eakate hooldusvajadused ja teenuste kättesaadavus?
2. Kirjeldada koduõendusel olevate haavandiga eakate probleemide.
3. Kirjeldada koduõendusel olevate eakate vaimse tervise probleeme.

## 6. JÄRELDUSED

Üle poolte koduõenduspatientidest vajavad abi keha pesemisel, riietamisel, isikliku hügieeni eest hoolitsemisel, majapidamistöõde tegemisel ja toiduvalmistamisel. Sekkumisi vajatakse igapäevaste elutegevuste ja funktsionaalsete toimingute sooritamise soodustamiseks.

Kognitiivne sooritusvõime jäi piiripealse ja minimaalse halvenemise vahele. Ligi pooltel eakatest esinesid depressioonisümptomid ning kõrge riskiga depressioon (DRS=3,01), mis vajab tähelepanu või diagnoosimist. Sekkumisi vajatakse suhtlemise paranemise soodustamiseks, kognitiivse võimekuse vähenemise ennetamiseks ja meeleoluhäiretega tegelemiseks.

Peamised mitteformaalsed abistajad oli lapsed ja abikaasad. Koos abilisega elasid ligi pooled eakad. 70% eakatest ei elanud majas, mis oleks ligipääsetav puuetega inimestele. Formaalset hooldus said alla poolte eakatest. Eakate lähedastest kümnendik väljendas ülekoormust seoses hooldusega. Sekkumisi vajatakse mitteametliku toe abistamisel edasiste plaanide tegemisel eaka seisundi võimaliku halvenemise tõttu.

Terviseprobleemidest esinesid enamasti probleemid jalgadega, väsimust ja nahaterviklikkuse kahjustust (haavandid, lamatised, suured nahamuutused, haavad), 77%-l eakatest oli määratud haavahooldus. Terviseseisundite probleemid ja sekkumist vajavateks valdkondadeks olid hingamiselundkonna probleemid, valu risk, uriinipidamatus, lamatiste tekkerisk, kukkumisrisk ja alatoitumise riski.

Kokku esines koduõendusel olevatel eakatel probleemseid valdkondi keskmiselt 7,1 (CAP-id). Koos teistega elavatel eakatel oli halvem funktsionaalne ja kognitiivne võime, kõrgem depressiooniskaala skoor.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Ambrose, A.F., Paul, G., Hausdroff, J.M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*.75:51-61.

Ballard, J., Mooney, M., Dempsey, O. (2012). Prevalence of family-related risk factors in older adults seen by community nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 69(3): 675-684.

Borowiak, E., Kostka, T. (2013). Comparative characteristics of the home care nursing services used by community-dwelling older people from urban and rural environments. *Journal of Advanced Nursing*. 69(6):1259-1268.

Brito, T.A., Coqueiro, R.S., Fernandes, M.H., Jesus, C.S. (2014). Determinants of falls in community – dwelling elderly: Hierarchical Analysis. *Public Health Nursing*. (31):4:290-297.

Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi.Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., Qing-Xu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, 39:23-30.

Chao, J., Yunyun, L., Xu, H., Yu, Q., Wang, Y., Liu, P. (2013). Health status and associated factors among the community-dwelling elderly in China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 56:199-204.

Chen, Y-M., Hwang, S-J., Chen, L-K., Chen D-Y., Lan, C-F. (2008). Risk factors for falls among elderly men in a veterans home. *Journal of Chin Med Association*. 71(4):180-185.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K. (2013). Frailty in the elderly people. *Lancet*. 381:752-762.

Dick, K., Fraizer, S.C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 18:325-334.

Eeles, E.M.P., White, S.V., O`Mahony, S.M., Bayer, A.J, Hubbard, R.E. (2012). The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. *Age and Ageing*. 41:412-416.

Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa Majandusaruanne 2013.

[http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/2013\\_9\\_kuu\\_majandusaruanne.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/2013_9_kuu_majandusaruanne.pdf),  
(20.12.13)

Eesti Hooldusravivõrgu arengukava 2004-2015. EV Sotsiaalministeerium.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti\\_hooldusravivorgu\\_a\\_rengukava\\_2004-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_hooldusravivorgu_a_rengukava_2004-2015.pdf), (05.12.13).

Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011-2020. Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing.

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/E%C3%95L\\_E%C3%84%C3%9C\\_Arengustrateegia.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/E%C3%95L_E%C3%84%C3%9C_Arengustrateegia.pdf) (21.10.2013).

Ellenbecker, C.H., Samia, L., Cushman, M.J., Alster, K. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses in Home Health Care. *Hughes, R.G. toim.*

Eluviisiga seotud tervisemõjurite uuringud. Eesti Teadusagentuur. Rahastamine.

<http://www.etag.ee/rahastamine/programm-terve/programmi-tegevused/t1/> (26.12.13).

Frese, T., Deutsch, T., Keyser, M., Sandholzer, H. (2012). In-home preventive comprehensive assessment (CGA) reduces mortality – A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 55:639-644.

Freeman, S., Hirdes, J.P., Stolee, P., Garcia, J., Smith, T.F., Steel, K., Morris J.N. (2014). Care planning needs of palliative home care clients: Development of the interRAI palliative care assessment clinical assessment protocols (CAPs). *BioMed Central*. 13:58.

Hooldus- ja õendusabi teenuste osutamine integreeritult.

[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/hooldus-ja\\_oendusabi\\_teenuste\\_osutamine\\_integreeritult\\_kontseptsioon.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/hooldus-ja_oendusabi_teenuste_osutamine_integreeritult_kontseptsioon.pdf)

Hooldusest sõltuv elukvaliteet, hoolduse kvaliteet ja hoolduse juhtimise kvaliteet. (2006). CareKeys Eesti uuringu tulemused. Tartu Ülikooli sisekliinik. Tartu.

Fried, L.P., Tangen C.M., Waltson, J., Newman A.B., Hirsh, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Bruce, G., McBurnie M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. *The Journal of Gerontology*. 56(3):M146-M157.

Greenglass, E., Fiksenbaum, L., Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress, and Coping*. 19(1):15-31.

Grove, S., Burns, N., Gray, J.R. (2013). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Seventh edition. Elsevier Saunders. 732 p.

Hallberg, I.R., Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *International Journal of Older People Nursing in Association with Journal of Clinical Nursing*. 13(6b):112-120.

Herber., Schnepf, W., Rieger, M.A (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 5:44.

Herr, M., Latouche, A., Ankri, J. (2013). Homebound status increases death risk within two years in the elderly: Results from a national longitudinal survey. *Archives Gerontology and Geriatrics*. 56:258-264.

Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J.N., Frijters, D. H.M., Soveri, H.F., Gray, L., Björkgren, M., Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country of an integrated health information system. *BioMed Central* 8:277.

Iizaka, S., Tadaka, E., Sanada, H. (2008). Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy community-dwelling elderly. *Geriatrics and Gerontology International*. 8:24-31.

interRAI. Instrument. Home-Care. <http://www.interrai.org/home-care.html> (12.10.2013)

InterRAI tarkvara kasutusele võtmise võimaluste analüüs. (2011). Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus (RAKE) Lõppraport. Tartu.

<http://www.digar.ee/arhiiv/et/raamatud/88817> (25.11.2013)

Kim, H., Jung, Young-Il., Sung, M., Lee, J-Y., Yoon, J-Y., Yoo, J-L. (2015). Reliability of the interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) and interRAI Home Care (HC). *Geriatrics Gerontology*. 15:2.

Koduõenduse tegevusjuhend (2004). Eesti Õdede Liit. Eesti Haigekassa. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon.

<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikasutajale/tegevusjuhendid/48/Kodu%C3%B5enduse%20tegevusjuhend> 01.01.2014

Kruup, E. (2006). Koduõenduse kvaliteet ja selle tagamise võimalused Eesti koduõdede arvamuste ja patsientide rahulolu ja ootuste põhjal. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Laidmäe, V-I., Tulva, T., Leppik, L., Tammsaar, K., Saar, H. (2011). Tervis ja elukvaliteet vanemas elueas. *Eesti Arst*. 90(8):372-379.

Laukkanen, P., Karppi, P., Heikkinen, E., Kauppinen, M. (2001). Coping with activities of daily living in different care settings. *Age and Ageing*. 30:489-494.

Linton, A.D., Lach, H. (2007). *Gerontological Nursing. Concepts and Practice*. Third Edition. Saunders Elseiver. USA.

Malaguarnera, M., Vacante, M., Frazzetto, P-M., Motta, M. (2013). What is the frailty in elderly? Value and significance of the multidimensional assessment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 56:23-26.

Markle-Reid, M., Browne, G., Gafni, A. (2013). Nurse –led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *Journal of Evolution in Clinical Practice*. 19: 118-131.

Markle-Reid, M., McAiney, C., Forbes, D., Thabene, L., Gibson, M., Browne, G., Hoch, J.S., Pierce T., Busing, B. (2014). An interprofessional nurse-led mental health promotion

intervention for older home care clients with depressive symptoms. *BioMed Central Geriatrics*. 14:62.

Markle-Reid, M., Wier, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of advanced nursing*. 54(3):381-395.

Mello D.A, J., Van Durme, T., Macq, J., Declercq, A. (2012). Interventions to delay institutionalization of frail older persons: design of a longitudinal study in the home care setting. *Bio Med Central Public Health*. 12:615.

Mitty, E (2010). Iatrogenesis, Frailty, and Geriatric Syndromes. *Geriatric Nursing*, Vol 31:5.

Morris, J., Berg, K., Bjorkgren, M., Finne-Soveri, H., Fries, B., Frijters, D., Gilgen, R., Gray, L., Hawes, C., Henrard, J.G., Hirdes, J., Ljunggren, G., Ninemaker, S., Steel, K., Szczerbińska (2013). interRAI kliinilise hindamise protokollid (CAP). Kasutamiseks koos koduhoolduse, asutushoolduse, kogukonna terviseedendamise ja toetatud elamise instrumentidega. Versioon 9.1 eestikeelne väljaanne. Open Book Systems.

Morris, J., Fries, B.E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquier, J-N., Frijters, D., Henrard, J-C., Hirdes, J.P., Belleville-Taylor, P. (2011). interRAI Koduhooldus (KO). Hindamisvorm ja käsiraamat. Versioon 9.1. Open Book Systems.

Morris, J., Fries, B.E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquier, J-N., Frijters, D., Henrard, J-C., Hirdes, J.P. (2003) RAI koduhoolduse (RAI-KO) hindamise käsiraamat. Tartu.

Morley, J.E., Vellas B., van Kan GA., AnkerSD, Bauer JM., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea WC., Doehner W, Evans, J., Fried LP., GuralnikJM., KatzPR., Malmstrom, TK., McCarter RJ., GutierrezRobledo, LM., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, MF., Waltson, J. (2013). Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of American Medical Directors Association*. 14(6): 392-7.

Muszalik, M., Kornatowski, T., Zielinska-Wieczkowska, H., Kedriona- Kornatowska, K., Dijkstra, A. (2015). Functional assessment of geriatric patients in regard to health-related quality of life (HRQoL). *Clinical Interventions in Ageing*. 10:61-67.

Naccimento A.A., Gracas Melo Fernandes, M., Nobegra, M. M. L., Carcia, T. R., Freitas Macêdo Costa, K. N. (2012). Frailty in the elderly: conceptual analysis. *Revista Texto & Contexto –Enfermagem*. 21:4  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400004&script=sci_arttext&tlng=en)

Nicolaides-Boumann, A., Rossum, E., Habets, H., Kempen, G.I.J.M., Knipschild, P. (2006). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of advanced nursing*. 58(5): 425-435.

Nicholson Jr. N.R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6):1342-1352.

Noghabi, A.A., Alhani, F., Perovi, H. (2013). Health hybrid concept analysis in old people. *Global Journal of Health Science*. 5(6): 227-232.

Onder, G., Cesar, M., Russo, A., Zamboni, V., Bernabei, R., Landi, F. (2006). Association between daily pain and physical function among old-old adults living in the community: results from the iSIRENTE study. *Pain*. 121:53-59

Parsons, M., Senior, H., Chen, X, M-H., Jacobs , S., Parsons, J.,Sheridan, N., Kenealy, T. (2013). Assessment without action; a randomised evaluation of the interRAI home care compared to a national assessment tool in identification of needs and service provision for older people in New Zealand. *Health and Social Care*. 21(5): 536-544.

Rice, R. (2001) Home Care Nursing Practise. Concepts and Application. Mosby. United States of America.

Riigikontrolli aruanne Riigikogule. (2015). Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel. Kas patsiendid saavad teenuseid, mida vajavad?

<http://www.riigikontroll.ee/tabid/168/amid/557/ItemId/789/language/et-EE/Default.aspx>

(15.10.2015)

Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanson, K., Schneider, G. (2001). Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond. Tartu: Tartumaa Trükikoda.

SHARE uuring (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) Eesti Statistikaamet.

<http://www.stat.ee/share> (8.01.2014)

Soldato, M., Liperoti, R., Landi, F., Finne-Soveri, H., Carpenter, I., Fialova, D., Bernabei, R., Graciano, O. (2007). Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain*. 129:304-310.

Sørbye, L.W (2009). Frail homebound elderly: Basic nursing challenges of home care. A comparative study across 11 sites in Europe. A dissertation for the degree of Philosophiae Doctor in Health Sciences. University of Tromsø.

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/99089/1/thesis.pdf> (01.04.2014).

Sørbye, L.W., Garms-Homolová, V., Henrand, J.G., Jónsson, P.V, Fialová, D., Topinková, E., Gmbassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*. 62:235-424.

Stampa, M., Vedel, I., Buyck, J., Lapointe, L., Bergman, H., Beland., F, Ankri, J. (2014). Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients.

*Archives of Gerontology and Geriatrics*. [http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.](http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.01.005)

[2014.01.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.01.005) (13.02.2014).

Stephan, A., Afram, B., Koskenniemi, J., Verbeek, H., Soto, M.E., Bleijlevens, M.H.C., Sutcliffe, C., Lethin, C., Risco, E., Saks, K., Hamers, J.P.H., Meyer, G. (2014). Older persons with dementia at risk for institutionalization in eight European countries: a cross-sectional study

on the perceptions of informal caregivers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 00(00):1-13.

Stolt, M., Suhonen, R., Puukka, P., Viitanen, M., Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H. (2012). Foot health and self-care activities of older people in home care. *Journal of Clinical Nursing*. 21: 3082-3095.

Stuck, A ja Siu, A. (1993) Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 342(8878):1032.

Zhu, S., Hu, J., Efrid J.T. (2012). Role of social support in cognitive function among elders. *Journal of Clinical Nursing*. 21:2118-2125.

Zeng, Y., Gu, D., Purser, J., Hoenig, H., Christakis, N. (2010). Associations of environmental factors with elderly health and mortality in China. *American Journal of Public Health*. 100:2.

Tervise Arengu Instituut. Statistika. Geriaatiline hindamine.

<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Tervishoiuteenused/06Geriaatria/06Geriaatria.asp>

Thomson, P. (2007). A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. *Journal of Clinical Nursing*. 17:1419-1427.

Tikkanen, P., Lönnroos, E., Sipilä, Nykanen, I., Sulkava, R., Hartikainen, S. (2015). Effects of comprehensive geriatric assessment-based individually targeted interventions on mobility of pre-frail and frail community dwelling older people. *Geriatrics Gerontology*. 15:80-88.

Tisler, M (2010). Hapra eaka haiglast väljakirjutamine: tervishoiusotsiaaltöötajate poolt tajutud eetilised konfliktid edaspidiste ravi ja hooldusotsuste tegemisel. Magistritöö. Tartu Ülikool. Sotsiaal-ja haridusteaduskond.

Volicer, L., Frijters, D.H.M., Steen, J.T. (2011). Underdiagnosed and undertreatment of depression in nursing home residents. *European Geriatric Medicine*. 2:332-337.

Ward, K.T., Reuben, D.B. (2014). Comprehensive geriatric assessment. Literature review current through: Aug 2014. UpToDate: <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment> (10.12.14).

World Health Organization. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (02.01.2014).

Wysocki, A., Kane, R.L., Golberstein, E., Dowd, B., Lum, T., Shippee, T. (2014). The association between long-term care setting and potentially preventable hospitalizations among older dual eligibles. *Health Services research*. 49:3.

Õendushoolduse osutamise nõuded (2007). Eesti Haigekassa. Eesti Gerontoloogia Ja Geriaatria Assotsiatsioon. Hooldusravi Osutajate Ühendus. Eesti Õdede Liit [http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/80/Oendushoolduse\\_osutamise\\_nouded.pdf](http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/80/Oendushoolduse_osutamise_nouded.pdf) (03.01.2014)

Yalçın K., Tamer, E., Toy, G. G., Öztak, P., Hayran, M., Allı, N. (2006). The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *International Journal of Dermatology*. 45: 672–676

Yamanka, T., Takasugi, E., Hotta, N., Kubo, Y., Otsuka K. (2007). Daily living functions of the elderly requiring home visits: A study at a comprehensive assessment clinic for the elderly. *Geriatrics and Gerontology International*. 7:388-392.

Wang, T-J. (2003). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*.41:457-462.

Wieland, D. (2003). The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. *Oncology hematology*. 48:227-237.

Wieland, D., Hirth, V. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment *Cancer Control*. 10(6) [http://www.medscape.com/viewarticle/465308\\_1](http://www.medscape.com/viewarticle/465308_1) (04.04.2015)

## **LISAD**

### **Lisa 1 interRAI koduhoolduse hindamisvorm**

**OSA A. Isikuandmed**

**1. ISIKU NIMI**

a. (Eesnimi) \_\_\_\_\_ b. (Perekonnanimi) \_\_\_\_\_

**2. SUGU**

1 Mees  2 Naine

**3. ISIKUKOOD [NÄIDE — EESTI]**

**4. PEREKONNASEIS**

- 1 Vallaline, ei ole abielus olnud  
2 Abielus  
3 Elab koos partneriga / teiste oluliste inimestega  
4 Lesk  
5 Lahus elav  
6 Lahutatud

**5. KINDLUSTATUS [NÄIDE — EESTI]**

a. Haigekassa piirkond \_\_\_\_\_

b. Puude raskusaste \_\_\_\_\_

**6. ASUTUSE NUMBER [NÄIDE — EESTI]**

**7. ARVE MAKSJAD [NÄIDE — EESTI]**

[Märkus: andmed saate raamatupidamisest]

0 Ei  1 Jah

- a. Haigekassa   
b. Kohalik omavalitsus   
c. Isik ise või tema perekond   
d. Erakindlustus   
e. Sotsiaalministeerium   
f. Muud liiki tasumine \_\_\_\_\_

**8. HINDAMISE PÕHJUS**

- 1 Esmane hindamine  
2 Regulaarne hindamine  
3 Teenusele tagasitulemise hindamine  
4 Olulisest seisundi muutusest tingitud hindamine  
5 Hindamine teenuse lõpetamisel, teostatakse viimase 3 teenusel viibimise päeva jooksul  
6 Erakorralise väljakirjutamise hindamine  
7 Muud põhjused, näiteks teadusuuringud

**9. HINDAMISE KUUPÄEV**

/   /      
Päev Kuu Aasta

**10. ISIKU EESMÄRGID HOOLDUSELE**

Kirjutage esmane eesmärk allolevasse kasti

**11. ISIKU ELUKOHA ADRRESS (koos postiindeksiga) [NÄIDE — EESTI]**

**12. ELUKOHT HINDAMISE AJAL (kodeeri sobiv variant) [NÄIDE — EESTI]**

- 1 Oma majas/korteris/üüritud toas (ilma teenusteta)  
2 Kodus koos koduõenduse ja/või koduhoolduse teenusega  
3 Toetatud elamises  
4 Vaimse tervise keskus — nt psüühikahäiretega isikute grupielamises  
5 Füüsilise puudega isikute hoolduskodus  
6 Vaimupuudega isikute hoolduskodus  
7 Psühhiaatriaiglas või -osakonnas  
8 Kodutu (koos või ilma peavarjuta)  
9 Õenduskodus  
10 Taastusravi haiglas/osakonnas  
11 Hospitiis/palliatiivhoolduse osakonnas  
12 Aktiivravihaiglas  
13 Vanglas  
14 Muu

**13. ELUKORRALDUS**

- a. Elab
- 1 Üksi   
2 Koos abikaasa/elukaaslasega  
3 Koos abikaasa/elukaaslase ja teistega  
4 Koos lapsega (lastega) (ilma abikaasata)  
5 Koos vanema(te)ga või hooldaja(te)ga  
6 Koos õe/vennaga  
7 Koos muu(de) sugulase(te)ga  
8 Koos mitte-sugulasega
- b. Võrreldes 90 päeva tagasi (või alates viimasest hindamisest) elab isik praegu koos kellegi uuega — nt kolis teise isiku juurde, teine kolis tema juurde
- 0 Ei  1 Jah
- c. Isik või sugulane leiab, et isikul oleks parem elukeskkond mujal
- 0 Ei   
1 Jah, mujal (kogukonnas)  
2 Jah, hooldusasutuses

**14. VIIMANE HAIGLASVIIBIMISE AEG**

Kodeeri haiglasviibimine VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL

- 0 Ei ole olnud haiglaravil 90 päeva jooksul  
1 31–90 päeva tagasi  
2 15–30 päeva tagasi  
3 8–14 päeva tagasi  
4 Viimasel 7 päeval  
5 Praegu haiglas

**OSA B. Hindamise taust**

[Märkus: Täida ainult esmakordsel teenusele saabumisel]

**1. TEENUSELE SAABUMISE KUUPÄEV**

/   /      
Päev Kuu Aasta

**2. RAHVUS [NÄIDE — EESTI]**

0 Ei  1 Jah

- a. Eestlane   
b. Venelane   
c. Muu (täpsustada) \_\_\_\_\_   
d. Pole teada

**3. EELISTATUD KEEL [NÄIDE — EESTI]**

- 1 Eesti  
2 Vene  
3 Muu (täpsustada) \_\_\_\_\_  
4 Pole teada

**4. VIIMASE 5 AASTA JOOKSUL OLNUD ELUKOHAD**

Kodeeri kõik asutused, kus isik elas 5 AASTAT enne teenusele saabumise kuupäeva (Punkt B1)

- 0 Ei  1 Jah
- a. Pikaajalises hooldusasutuses nt hoolduskodus / õenduskodus   
b. Kodus koos sotsiaal- või õendusteenustega, toetatud elamises   
c. Vaimse tervise keskus — nt psüühikahäiretega isikute hoolduskodus   
d. Psühhiaatriaiglas või -osakonnas   
e. Vaimupuudega isikute hoolduskodus

**OSA C. Kognitiivne seisund**
**1. KOGNITIIVSED OSKUSED IGAPÄEVASTE OTSUSTE TEGEMISEL**

Käsitlevate otsuste tegemine igapäevaelus—näiteks millal üles tõusta või süüa, milliseid riideid kanda või mida teha

- 0 Sõltumatu**—Otsustused on loogilised, mõistlikud ja ohutud  
**1 Peaaegu sõltumatu**—Mõned raskused ainult uutes olukordades  
**2 Minimaalselt halvenenud**—Teatud korduvates olukordades on otsused halvad või ohtlikud; nendel korraldel vajab juhendamist  
**3 Mõõdukalt halvenenud**—Otsused on pidevalt halvad või ohtlikud; järelevalve nõutav kogu päeva jooksul  
**4 Oluliselt halvenenud**—Teeb otsuseid harva või mitte kunagi  
**5 Ei ole tajutavalt teadvusel, koomas [Jätka G osaga]**

**2. MÄLU / MEENUTAMISVÕIME**

Kodeeri otsese uurimise tulemusena või selle alusel, mis oli juba varem teada

- 0 Mälu on korras** **1 Mälu probleemid**
- a. **Sõnaline lähimälu**—Suudab meenutada loetletud sõnu 5 minuti pärast
- b. **Protseduuriline mälu**—Suudab sooritada mitmeastmelisi igapäeva-ülesandeid ilma, et vajaks juhendamist / meeldetuletamist
- c. **Situatsiooniline mälu**—Mõlemad: tunneb ära hooldajate nimed/näod ja teab sagedamini külastatud ruumide asukohta (magamistuba, söögituba, tegevuste tuba, ravi tuba)

**3. PERIOODILISELT HÄIRITUD MÕTLEMINE / SEGASUSSEISUND**

[Märkus: täpne hindamine nõuab vestlusi personali, pereliikmete või teistega, kes on otseselt kursis inimese käitumisega hindamise ajal]

- 0** Vastavat käitumist ei esinenud  
**1** Vastav käitumine esines, kuid kooskõlas tavapärase toimimisega  
**2** Vastav käitumine esines ja esineb erinevus isiku tavapärase käitumisest (nt uus käitumine või suurenenud esinemine; erineb võrreldes paar nädalat tagasi olnuga)
- a. **Tähelepanuhäired**—Raskused tähelepanu koondamisega; tähelepanu hajumine
- b. **Periooditi segane kõne**—Kõne on ebajärjekindel, ebaadekvaatne, asjakohatu või hüpleb teemalt teemale, kaotab mõttejärje
- c. **Vaimne funktsioon varieerub päeva lõikes**—Mõnikord parem, mõnikord halvem
- 4. VAIMSE SEISUNDI AKUUTNE MUUTUS, VÕRRELDES TAVALISE FUNKTSIONEERIMISEGA**—Rahutus, letargia, apaatus, muutused keskkonna tajumisel
- 0** Ei **1** Jah
- 5. MUUTUS OTSUSTUSVÕIMES, VÕRRELDES 90 PÄEVA TAGASI (VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISEST)**
- 0** Paranenud **2** Halvenenud  
**1** Muutused puuduvad **8** Ei saa hinnata

**OSA D. Suhtlemine ja nägemine**
**1. ENESE ARUSAADAVAKS TEGEMINE**

Väljendab teabe sisu nii sõnaliselt kui mitteverbaalselt

- 0 Arusaadav**—Väljendab mõtteid ilma raskusteta  
**1 Tavaliselt arusaadav**—Raske leida sõnu või lõpetada mõtteid, AGA kui anda aega, vajab vaid vähest abi või ei vaja üldse  
**2 Sageli arusaadav**—Raske leida sõnu või lõpetada mõtteid JA vajab enamasti abistamist  
**3 Mõnikord arusaadav**—Selgete mõtete väljendamine on oluliselt piiratud  
**4 Harva arusaadav / mitte kunagi arusaadav**

**2. VÕIME TEISTEST ARU SAADA**

Mõistab sõnalise teabe sisu (ükskõik mis vahenditega, tavaliselt kuulmisabivahendiga)

- 0 Saab aru**—Selge arusaamine  
**1 Tavaliselt saab aru**—Osa sõnumist jääb arusaamatuks, KUID mõistab vestlust vähesel määral või ilma selleta  
**2 Sageli saab aru**—Osa sõnumist jääb arusaamatuks, KUID abiga saab sageli sõnumi peamisest sisust aru  
**3 Mõnikord saab aru**—Vastab adekvaatselt ainult lihtsatele, otsestele pöördumistele  
**4 Harva saab aru / mitte kunagi ei saa aru**

**3. KUULMINE**

Kuulmisvõime (koos kuulmisabivahendiga, kui kasutab)

- 0 Kuuleb normaalselt**—Kuuleb normaalset kõnet, uksekella, televiisori
- 1 Minimaalsed raskused**—Raskused mõnes müra-rikas keskkonnas (kui räägitakse vaikse häälega või üle 2 meetri kauguselt)  
**2 Mõõdukalt raskused**—Normaalse kõne kuulmisel raskused, paremaks kuulmiseks vajab vaikset keskkonda  
**3 Oluliselt raskused**—Raskused kõigis olukordades (nt kõneleja peab rääkima valjusti või väga aeglaselt; või isik ütleb, et kõik on ainult pomini)  
**4 Kurt**
- 4. NÄGEMINE**
- Võime näha piisavas valguses (koos prillide või muude abivahenditega, kui neid kasutab)
- 0 Näeb normaalselt**—Näeb peeneid detaile, kaasa arvatud tavalist kirja ajalehes/raamatus  
**1 Veidi halvenenud**—Näeb suurt kirja, kuid mitte tavalist kirja ajalehtedes / raamatutes  
**2 Mõõdukalt halvenenud**—Näeb halvasti; ei näe ajalehtede pealkirju, kuid suudab eristada objekte; kügnägemise häired  
**3 Oluliselt halvenenud**—Objektide identifitseerimisel on raskused, kuid jälgib silmadega liikuvaid objekte; näeb ainult valgust, värve, kujundeid  
**4 Pime**

**OSA E. Meeleolu ja käitumine**
**1. DEPRESSIOONI, ÄREVUSE JA KURBUSE TUNNUSED**

Kodeeri viimase 3 päeva jooksul esinenud tunnused, sõltumata oletatavast põhjustest. [Märkus: kui vähegi võimalik, küsige isikult]

- 0** Tunnust ei ole esinenud  
**1** Tunnus esineb, kuid ei ole esinenud viimase 3 päeva jooksul  
**2** Tunnus esines 1–2 päeva vältel viimase 3 päeva jooksul  
**3** Tunnus esines iga päev viimase 3 päeva jooksul
- a. **Isik on väljendanud negatiivseid mõtteid**—nt "Mitte miski ei ole oluline", "Oleksin pigem surnud", "Mis kasu kõigest on", "Lubage mul surra", kahetseb, et on elanud nii kaua
- b. **Püsiv viha enese või teiste suhtes**—nt kergesti ärrituv, rahulolematu temale osutatava hooldusega
- c. **Ebareaalsete hirmude väljendamine**—nt hirm mahajäetuse, üksijäämise ees, hirm olla koos teistega, tugev hirm konkreetse esemete või olukordade suhtes
- d. **Korduvad tervisekaebused**—nt pidevalt otsib arstiabi, kinnismõtte kehalistest häiretest
- e. **Korduvad ärevuse, hirmude väljendus (mitte seotud tervisliku seisundiga)**—nt nõuab pidevalt tähelepanu, nõuab pidevalt kinnitust päevakava, toitlustuse, pesupesemise, riietuse ja suhteid puudutavate teemade kohta

- f. **Kurb, valulik, murelik näoilme**—nt kortsutab otsaesist
- g. **Nutmine, pisaratevalmidus**
- h. **Korduvad väljendus, et midagi hirmsat on juhtumas**—nt usub, et ta hakkab surema või saab infarkti
- i. **Loobumine huvipakkuvatest tegevustest**—nt puudub huvi pikaajaliste tegevuste vastu, koosolemiseks pere / sõpradega
- j. **Vähenenud sotsiaalne suhtlemine**
- k. **Väljendus, sealhulgas mitte-sõnalised, et elus on vähe nauditavat (anhedoonia)**—nt "Ma ei naudi enam midagi"

**2. ENESEHINNANG MEELEOLULE**

- 0** Mitte viimase 3 päeva jooksul  
**1** Mitte viimase 3 päeva jooksul, kuid sageli tunneb nii  
**2** 1–2 päeva vältel viimasel 3 päeval  
**3** Iga päev viimasel 3 päeval  
**8** Isik ei saa / ei taha vastata
- Küsi: "Viimase 3 päeva jooksul, kui tihti olete tundnud..."**
- a. **Väikest huvi või rõõmu asjadest, mida tavaliselt nautisite?**
- b. **Murelikkust, püsimatust või rahutust?**
- c. **Kurbust, masendust või lootusetust?**

## 3. KÄITUMISE HÄIRED

Kodeeri tunned, sõltumata oletatavast põhjusest

0 Ei esinenud

1 Esineb, kuid ei esinenud viimase 3 päeva jooksul

2 Esines 1–2 päeva vältel viimase 3 päeva jooksul

3 Esines iga päev viimase 3 päeva jooksul

a. Ringiuitamine—Liikus ilma mõistliku põhjusega, unustades silmnähtavalt vajadused või ohutuse b. Sõnaliselt kahjustav—Ähvardas, karjus teiste peale või söimas teisi c. Füüsiliselt kahjustav—Lõi, tõukas, küünistas teisi, seksuaalselt vägivaldne d. Sotsiaalselt kohatu või segav käitumine—Tegid häirivat heli või müra, kriiskas, määris või viskas toidu või fekaalidega, soetas peidetud tagavarasid, tuhnis teise asjades e. Sobimatu avalik seksuaalkäitumine või avalik lahtiriitumine f. Hooldust tõrjuv—Avaldas vastupanu ravimite võtmisele/süstide tegemisele, abile igapäevatoimingutes, söötmisele 

## OSA F. Pühhosotsiaalne toimetulek

## 1. SOTSIAALSED SUHTED

[Märkus: kui vähegi võimalik, küsige isikult]

0 Mitte kunagi

1 Üle 30 päeva tagasi

2 8–30 päeva tagasi

3 4–7 päeva tagasi

4 3 viimase päeva jooksul

8 Ei suuda kindlaks teha

a. Osaleb huviga juba ammu ajast pärit (ühiskondlikes) tegevustes b. Kauaaegse tuttava või pereliikmega koosolemisel ja tegutselises c. Muud tegevused koos tuttava või pereliikmega—nt telefon, e-mail d. Konflikt või viha pereliikmete või sõprade suhtes e. Kardab perekonnaliiget või lähedast tuttavat f. Hooletusse jäetud, kuritarvitatud või halvasti koheldud 

## 2. ÜKSILDUS

Ütleb või näitab, et ta tunneb end üksildasena

0 Ei

1 Jah

## 3. MUUTUSED SOTSIAALSES TEGEVUSES 90 PÄEVA JOOKSUL (VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISPERIOODIST, KUI VÄHEM KUI 90 PÄEVA TAGASI)

Tagasilangus osalemises sotsiaalses elus, kiriku- või töөлus või teistes eelistatud tegevustes

KUI ESINES TAGASILANGUS, siis kas see oli isikule murettekiv 

0 Ei olnud tagasilangust

1 Tagasilangus esines, kuid ei tekitanud muret

2 Tagasilangus esines, tekitab muret

## 4. AEG, MILLAL ISIK ON PÄEVAJAL ÜKSINDA (HOMMIKUL JA PÄRASTLÖUNAL)

0 Vähem kui 1 tund

1 1–2 tundi

2 Rohkem kui 2 tundi, kuid vähem kui 8 tundi

3 8 tundi või rohkem

## 5. OLULISTE STRESSI TEKITAVATE EPISOODIDE ESINEMINE VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL—nt isiku raske haiguse episood, lähedase pereliikme või sõbra surm või raske haigus, isiku kodu kaotus, suure tulu või vara kaotus, kuritegevuse ohvriks langemine, nt röövimine või rünnak, juhiloa või auto kaotus

0 Ei

1 Jah

## OSA G. Funktsionaalne seisund

## 1. IADL TOIMINGUTE SOORITAMINE JA VÕIMEKUS

Kodeeri rutiinsete tegevuste sooritamise võimekust kodus või kogukonnas VIIMASE 3 PÄEVA JOOKSUL

Kodeeri isiku suutlikkuse põhjal tema eeldatav VÕIME teostada tegevusi võimalikult sõltumatult. See nõuab hindajalt teatavat "spekulatsiooni".

0 Sõltumatu—Ei vajanud abistamist, korralduslikku abi ega juhendamist

1 Ainult korralduslik abi

2 Juhendamine—Vajab ülevaatamist / juhendamist

3 Piiratud abi—Vajab abi mõnel korral

4 Oluline abi—Vajab sooritamiseks alati abi, kuid täitis 50% või rohkem tegevusi ise

5 Väga ulatuslik abi—Vajab sooritamiseks alati abi ja täitis vähem kui 50% tegevustest ise

6 Täielik sõltuvus—Toimingute sooritamine kogu perioodi jooksul täielikult teiste poolt

8 Toimingut ei esinenud—Kogu perioodi jooksul [ÄRA KASUTA SEDA KOODI VÕIMEKUSE HINDAMISEL]

a. Toidu valmistamine—Kuidas süüa valmistada (nt planeeris toidud, muretsete koostisained, keetis / küpsetas, asetas lauale toidud ja söögiriistad) b. Igapäevased majapidamistööd—Kuidas sooritas kodused majapidamistööd (nt pesi nõud, pühkis tolm, koristas voodid, koristas toad, pesi pesu) c. Rahaga arveldamine—Kuidas maksis arved, kasutas otstarbekalt hoiuarvet, hoidis majapidamiskulud eelarves d. Ravimite kasutamine—Kuidas tuli ravimite kasutamise (nt mäletab võtta ravimeid, teab kuidas avatakse pudeleid, võttis õigeid ravimeid annuseid, tegi süsti, määris salve) e. Telefoni kasutamine—Kuidas tegi telefonikõned või vastas kõnedele (koos abivahendiga, kui kasutab, nt suurte numbritega kirjutatud telefoninumbriid või häälevõimendajaga) f. Trepil käimine—Kuidas suutis treppidel liikuda (12–14 astet järjest) g. Poes käimine—Kuidas sai poest toidu ja majapidamistarbed kätte (nt valis tooted ja maksis raha) MITTE HINNATA TRANSPORTI PROBLEEME h. Transpordi kasutamine—Kuidas sõitis ühistranspordiga (sõiduplaanid, maksimine) või sõitis ise (sealhulgas, kuidas väljus majast, sai sisse ja väljus sõidukist) Sooritamine  
Võime

## 2. ADL TOIMINGUTE SOORITAMINE

Mõelge kõikidele tegevustele viimase 3 päeva jooksul.

Kui kõik tegevused tehakse samal abi tasemel, skoori ADL sellel tasemel.

Kui mõni tegevus on tasemel 6 ja teised vähem sõltuvad, skoori ADL 5.

Vastasel korral keskenduda kolmele kõige sõltuvamale tegevusele [või kõikidele tegevustele, kui neid teostati vähem kui 3 korda]. Kui kõige sõltuvam tegevus on 1, skoori ADL 1. Kui ei, siis skoori ADL kõige väiksema sõltuvuse astmena nendest tegevustest vahemikus 2–5.

0 Sõltumatu—Ei vajanud abi, korraldamist ega järelevalvet üheski tegevuses

1 Sõltumatu, ainult korralduslik abi—Vajab ainult eseme või seadme asetamist käeulatusse, ei vajanud füüsilist abi või järelevalvet üheski tegevuses

2 Juhendamine—Vajab järelevaatamist/juhendamist

3 Piiratud abi—Vajab juhendamist seoses käte-jalgade liikumisega või füüsilist abi ilma keharaskust toetamata

4 Oluline abi—Vajab abi keharaskuse toetamisel (sealhulgas jäsemete tõstmist) ühe abistaja poolt, kuid isik tegi siiski 50% või rohkem tegevustest ise

5 Väga ulatuslik abi—Vajab abi keharaskuse toetamisel (sealhulgas jäsemete tõstmist) kahe või enama abistaja poolt VÕI keharaskuse toetamist enam kui 50% tegevuste läbiviimisel

6 Täielik sõltuvus—Toimingute sooritamine täielikult teiste poolt

8 Toimingut ei esinenud hindamisperioodil

a. Keha pesemine—Kuidas isik peseb ennast üle kogu keha vannis / duši all. Hõlmab siirdumist vanni või duši alla ja sealt välja NING iga kehaosa pesemist: käsivarred, reied, sääred ja labajalad, rindkere, kõht, lahkliha piirkond — MITTE HINNATA SELJA JA JUUSTE PESEMIST b. Isiklik hügieen—Kuidas isik kammib juukseid, peseb hambaid, ajab habet, kasutab kosmeetikat, peseb ning kuivatab nägu ja käsi — MITTE HINNATA VANNIS / DUŠI ALL KÄIMIST c. Ülakahe riietamine—Kuidas isik paneb riietesse ja riietub lahti vööst kõrgemal (ülariided, pesu), sealhulgas paneb proteesid, ortoosid, kinnitustahendid, pulloverid jne d. Alakahe riietamine—Kuidas isik paneb riietesse ja riietub lahti vööst allpool (ülariided, pesu), sealhulgas paneb proteesid, ortoosid, vööd, püksid, seelikud, kingad, kinnitustahendid jne

e. **Kõndimine**—Kuidas kõnnib ühest kohast teise sama korruse piires

f. **Liikumine**—Kuidas liigub ühest kohast teise samal korrusel (jalgsi või ratastooliga). Kui liigub ratastooliga, siis kui iseseisev on isik sellega liikumisel

g. **Siirdumine tualetti**—Kuidas isik liigub tualettruumi või potitoolile ja sealt tagasi

h. **Tualeti kasutamine**—Kuidas isik kasutab tualettruumi (või potitooli, siibrit, uriinipudelit), puhastab ennast pärast tualeti kasutamist või pärast pidamatusse episoodi, vahetab mähkmeid, kasutab spetsiaalsete vahendeid (stoom, kateeter), kohendab riided — MITTE HINNATA SIIRDUMIST TUALETTI JA SEALT VÄLJA

i. **Liikumine voodis**—Kuidas isik tõuseb istuma ja heidab pikali, keerab küljele ja muudab kehaasendit voodis

j. **Söömine**—Kuidas isik sööb ja joob (olenemata oskustest). Hõlmab ka söömist teistel viisidel (näiteks sondi kaudu, täielik parenteraalne toitmine)

**3. LIIKUMINE / KÕNDIMINE**

a. **Siseruumides liikumise esmased viisid**

0 Käib ilma abivahendita

1 Käib, kasutab abivahendeid — näiteks kepp, raam, kark, nulaator

2 Liigub ratastooliga või skuuriga

3 Voodihaige

b. **Ajaline 4-meetri kõnd**

*Otsi sirge, takistusteta kõndimisala. Isik seisab paigal, puudutades jalgadega startipointi. Siis öeldakse: "Kui ma ütlen, siis hakake kõndima tavalises tempos (koos kepi või raamiga, kui seda kasutatakse). See ei ole test, kui kiiresti te saate kõndida. Peatuge, kui ma ütlen teile stopp. Kas see on selge?" Hindaja võib katse ette näidata. Siis öeldakse: "Alustage kõndi nüüd." Käivitage stopper (või lugege sekundeid) kui isik asetab esimese sammuga jala maha. Lõpetage arvestamine, kui isik paneb jala 4-meetri märgi peale. Siis öeldakse: "Võite nüüd lõpetada."*

Märkige aeg sekundites, kuni 30 sekundi puhul

30 Kui 4 meetri läbimiseks kulub 30 sekundit või enam

77 Peatus enne testi lõppemist

88 Keeldus testi tegemast

99 Ei testitud—nt ei suuda iseseisvalt kõndida

c. **Vahemaa kõndimine**—Kaugeim vahemaa, mille kõndis korraga, ilma istumata VIIMASE 3 PÄEVA JOOKSUL (koos abivahendiga, kui kasutab)

0 Ei kõndinud

1 Kõndis vähem kui 5 meetrit

2 Kõndis 5–49 meetrit

3 Kõndis 50–99 meetrit

4 Kõndis 100+ meetrit

5 Kõndis 1+ kilomeetrit

d. **Vahemaa läbimine ratastoolis sõites iseseisvalt**—Kaugeim vahemaa, mille läbis iseseisvalt ühe korraga VIIMASE 3 PÄEVA JOOKSUL (hõlmab motoriseeritud ratastooli iseseisvat kasutamist)

0 Teiste poolt sõidutati

1 Kasutas motoriseeritud ratastooli / skuurit

2 Läbis ratastooliga iseseisvalt vähem kui 5 meetrit

3 Läbis ratastooliga iseseisvalt 5–49 meetrit

4 Läbis ratastooliga iseseisvalt 50–99 meetrit

5 Läbis ratastooliga iseseisvalt 100+ meetrit

8 Ei kasutanud ratastooli

**4. AKTIIVSUSE TASE**

a. **Kokku aktiivse füüsilise tegevuse tunnind VIIMASEL 3 PÄEVAL**—näiteks kõndimine

0 Mitte üldse

1 Vähem kui 1 tund

2 1–2 tundi

3 3–4 tundi

4 Rohkem kui 4 tundi

b. **Mitmel päeval läks välja majast või hoonest, kus ta elab, VIIMASEL 3 PÄEVAL** (olenemata, kui lühikeseks perioodiks)

0 Ei käinud päevagi väljas

1 Ei käinud väljas viimase 3 päeva jooksul, kuid tavaliselt käib üle 3-päevase sagedusega väljas

2 Käis väljas 1–2 päeval

3 Käis väljas 3 päeval

**5. FÜÜSILISE FUNKTSIOONI PARANEMISE POTENTIAAL**

0 Ei 1 Jah

a. Inimene usub, et ta on võimeline parandama kehalist funktsiooni

b. Professionaalne hooldaja usub, et isik on võimeline parandama kehalist funktsiooni

**6. MUUTUSED ADL-SEISUNDIS VÕRRELDES 90 PÄEVA TAGASI VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISEST, KUI VÄHEM KUI 90 PÄEVA ON MÕÖDAS**

0 Paranenud

1 Muutusi ei ole

2 Halvenenud

8 Ei suuda hinnata

**7. AUTOJUHTIMINE**

a. Sõitis autoga (sõidukiga) VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL

0 Ei 1 Jah

b. Kui sõitis VIIMASEL 90 PÄEVAL, siis hindaja teab, et keegi on soovitanud piirata autojuhtimist VÕI lõpetama juhtimise

0 Ei või ei juhi autot 1 Jah

**OSA H. Kontinents**

**1. URIINI KONTINENTS**

0 **Kontinentne**—Täielik põie kontroll, EI KASUTA ühtegi tüüpi kateetrit või uriinikogujat

1 **Kontinentne koos kateetri või stoomiga** viimase 3 päeva jooksul

2 **Harva inkontinentne**—Kontinentne viimasel 3 päeval, aga on olnud inkontinentsuse episoode

3 **Vahetevahel inkontinentne**—Inkontinentne, kuid mitte igapäevaselt

4 **Sageli inkontinentne**—Inkontinentne iga päev, kuid mõningane kontroll olemas

5 **Inkontinentne**—Põiekontroll puudub

8 **Uriini ei eritunud**—Uriinieritus puudus viimasel 3 päeval

**2. URIINI KOGUMISE ABIVAHENDID [välja arvatud sidemed / mähkmed]**

0 Mitte ühtegi

1 Kondoomkateeter

2 Põiesisene kateeter

3 Tsüstostoom (epitsüstostoom), nefrostoom, ureterostoom

**3. SOOLE KONTINENTS**

0 **Kontinentne**—Täielik kontroll, EI KASUTA ühtegi tüüpi stoomi või teist vahendit

1 **Kontinentne koos stoomiga**—Täielikult kontinentne koos stoomiga viimase 3 päeva jooksul

2 **Harva inkontinentne**—Kontinentne viimasel 3 päeval, aga on olnud inkontinentsuse episoode

3 **Vahetevahel inkontinentne**—Inkontinentne, kuid mitte igapäevaselt

4 **Sageli inkontinentne**—Inkontinentne iga päev, kuid mõningane kontroll olemas

5 **Inkontinentne**—Soolekontroll puudub

8 **Sool ei käinud läbi**—Kõhutegevus puudus viimasel 3 päeval

**4. SIDEMETE VÕI MÄHKMETE KASUTAMINE**

0 Ei 1 Jah

**OSA I. Haiguste diagnoosid**

**Haiguste koodid**

0 Ei esine

1 Põhidiagnoos / praeguse hooldustegevusega seotud diagnoosid

2 Diagnoos esineb, praegu saab aktiivset ravi

3 Diagnoos esineb, vajab jälgimist, kuid mitte aktiivset ravi

**1. HAIGUSTE DIAGNOOSID**

**Lihaskonna haigused**

a. Puusamurd viimase 30 päeva jooksul (või alates viimasest hindamisest, kui vähem kui 30 päeva)

b. Muu luumurd viimase 30 päeva jooksul (või alates viimasest hindamisest, kui vähem kui 30 päeva)

**Närvisüsteemi haigused**

c. Alzheimeri tõbi

d. Dementsus muudel põhjustel (va Alzheimeri tõbi)

e. Hemiplegia / hemiparees

f. Polüskleroos (*Sclerosis multiplex*)

g. Paraplegia

h. Parkinsoni tõbi

i. Tetraplegia / tetraparees

j. Ajuinfarkt / insult



**7. SEISUNDITE STABIILSUS**

- 0 Ei 1 Jah
- a. Seisund / haigused, mis muudavad kognitiivse ja ADL võimekuse, tuju või käitumise ebastabiilseks (kõikuv, ebakindel või haivenev)
- b. Kogevad haiguse ägedaid episoode või krooniliste probleemide ägenemisi
- c. Haigus on lõppstaadiumis, prognoos elule on 6 kuud või vähem

**8. ENESEHINNANG OMA TERVISLIKULE SEISUNDILE**

Küsi: "Kuidas te üldiselt hindaksite oma tervist?"

- 0 Suurepärase  
1 Hea  
2 Keskmine  
3 Halb  
8 Ei oska (ei suuda) vastata

**9. TUBAKAS JA ALKOHOL**

- a. Suitsetab tubakat igapäevaselt
- 0 Ei  
1 Mitte viimase 3 päeva jooksul, kuid tavaliselt on igapäevane suitsetaja  
2 Jah
- b. Suurim alkohoolsete jookide (drinkide) arv, mida isik on tarvitanud "ühel istumisel" VIIMASE 14 PÄEVA JOOKSUL
- 0 Mitte ühtegi  
1 1  
2 2-4  
3 5 või rohkem

**OSA K. Suuõõs ja toitumuslik seisund**

**1. PIKKUS JA KAAL [NÄIDE — EESTI]**

Märgi (a.) pikkus sentimeetrites ja (b.) kaal kilogrammides. Kaal peab põhinema kehakaalu mõõtmisel VIIMASEL 30 PÄEVAL.

- a. PIKKUS (cm)    b. KAAL (kg)

**2. KEHAKAALU MUUTUS**

- 0 Ei 1 Jah
- a. Kaalulangus on 5% või rohkem VIIMASE 30 PÄEVA JOOKSUL või 10% või rohkem VIIMASE 180 PÄEVA JOOKSUL
- b. Veetustunud (dehüdreeritud) või BUN / kreatiniini suhe >25
- c. Vedeliku tarbimine vähem kui 1 liiter (vähem kui 8 tassi) päevas
- d. Väljunud vedeliku kogus ületab tarbitud vedeliku hulka

**3. TOITUMISVIISID**

- 0 Tavaline—Neelab igat liiki toiduaineid  
1 Muutunud iseseisvus—nt vedelike joomine lonksaaval, sööb vähe tahket toitu; vajadus muutuste järele võib olla teadvustamata  
2 Vajab dieedi muutmist sooses tahke toidu neelamisega—Purustatud toit (nt õunapüree, hakkliha jne) või võimeline alla neelama ainult spetsiaalseid toitesegusid

- 3 Vajab dieedi muutmist sooses vedelike neelamisega—nt paksendatud vedelikud  
4 Suudab neelata ainult püreeritud toitu ja paksendatud vedelikke  
5 Kombineeritud suu kaudu ja parenteraalne või sondi kaudu toitmine  
6 Ainult nasogastraalne sondiga toitmine  
7 Abdominaalse toitesondiga toitmine—nt PEG sond  
8 Ainult parenteraalne toitmine—Hõlmab igat liiki parenteraalset toitmist, nagu ka TPN (täielik parenteraalne toitumine)  
9 Tegevust ei toiminud—Kogu hindamisperioodi ajal

**4. HAMMASTE JA SUUÕÕNE SEISUND**

- 0 Ei 1 Jah
- a. Kasutab proteese (teisaldatavad proteesid)
- b. Katkised, logisevad või muul viisil mitte-terved hambad
- c. Esineb suukuivust
- d. Esinevad raskused mälumisel

**OSA L. Nahahaigused**

**1. KÕIGE TÕSISEM LAMATISHAAVAND**

- 0 Lamatise ei ole  
1 Mõne ala püsiv nahapunetus  
2 Nahakihtide osaline kadumine  
3 Sügavad kraatrid nahas  
4 Nahakihid on kadunud, tuues nähtavale lihased või luud  
5 Muu (näiteks must nekroos)

**2. VAREM ESINENUD LAMATISEHAAVANDID**

- 0 Ei 1 Jah

**3. TEISED HAAVANDID, VÄLJA ARVATUD LAMATISED—nt venoosne haavand, arteriaalne haavand, segatud venoosne-arteriaalne haavand, diabeetilise jala haavand**

- 0 Ei 1 Jah

**4. SUURED NAHA PROBLEEMID—nt nahakahjustused, 2. või 3. astme põletushaavad, kirurgilised haavad**

- 0 Ei 1 Jah

**5. NAHAREBENDID JA HAAVAD—Mitte kirurgilised**

- 0 Ei 1 Jah

**6. MUUD MUUTUSED NAHAL—nt verevalumid, nahalööve, sügelus, nahalaigud, ohatised, nahahaudumus, ekseem**

- 0 Ei 1 Jah

**7. JALGADE SEISUND—nt hallux valgus, küünisvarvas, kattuvad varbad, struktuurilised muutused, infektsioonid, haavandid**

- 0 Ei ole jalaprobleeme  
1 Jalgade probleemeid, ei sega kõndimist  
2 Jalgade probleemeid, segavad kõndimist  
3 Jalgade probleemide pärast peab vältima kõndimist  
4 Jalgade probleemeid, ei saa kõndida muudel põhjustel

**OSA M. Ravimid**

**1. KÕIKIDE RAVIMITE LOETELU [NÄIDE — EESTI]**

Vaata kõiki määratud ja kõiki mitte-määratud võetud ravimeid VIIMASEL 3 PÄEVAL

[Märkus: kasutage elektroonilist haiguslugu kui võimalik; käitsi sisestada ainult juhul, kui hädavajalik]

Pane kirja iga ravimi puhul:

- a. Ravimi nimetus  
b. Annus—Positiivne arv milligrammides nagu 0.5, 5, 150, 300. [Märkus: ärge kirjutage nulli pärast koma (x mg). Kasutage alati nulli vaid enne komakohta (0 x mg).]

c. Ühik—Kodeeri, kasutades järgmist nimekirja:

gtts (tilgad)	mEq (milli ekvivalent)	inhalatsiooni annus
g (gramm)	mg (milligramm)	% (protsent)
l (liiter)	ml (milliliiter)	ühikut
mcg (mikrogramm)	Muu	

d. Manustamisviis—Kodeeri, kasutades järgmist nimekirja:

PO (suukaudu)	REC (rektaalselt)	ET (enteraalse sondiga)
SL (keelealusi)	TOP (naha peale, toopilise)	TD (transdermaalne)
IM (intramuskulaarne)	IH (sissehingamisel)	Silma
IV (veenisiselt)	Ninna	Muu
SC (subkutaanselt)		

- e. **Sagedus**—Kodeeri, mitu korda päevas, nädalas või kuus, kasutades järgmist nimekirja:
- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>1 tj</b> (iga tund)          | <b>5 x p</b> (5 korda päevas)  |
| <b>2 tj</b> (iga 2 tunni järel) | <b>ülepäeviti</b>              |
| <b>3 tj</b> (iga 3 tunni järel) | <b>iga 3 päeva järel</b>       |
| <b>4 tj</b> (iga 4 tunni järel) | <b>iga nädal</b>               |
| <b>6 tj</b> (iga 6 tunni järel) | <b>2 x n</b> (2 korda nädalas) |
| <b>8 tj</b> (iga 8 tunni järel) | <b>3 x n</b> (3 korda nädalas) |
| <b>iga päev</b>                 | <b>4 x n</b> (4 korda nädalas) |
| <b>enne magama minemist</b>     | <b>5 x n</b> (5 korda nädalas) |
| <b>2 x p</b> (2 korda päevas)   | <b>6 x n</b> (6 korda nädalas) |
| (iga 12 tunni järel)            | <b>1 x k</b> (kuus)            |
| <b>3 x p</b> (3 korda päevas)   | <b>2 x k</b> (kaks korda kuus) |
| <b>4 x p</b> (4 korda päevas)   | <b>muu</b>                     |

- f. **Ravimid vajadusel**  
 0 Ei  1 Jah

g. **Arvuti sisestatud ravimite koodid**

a. Ravimi nimetus	b. Annus	c. Ühik	d. Manustamisviis	e. Sagedus	f. Vajadusel	g. ATC või NDC kood
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

[Märkus: lisada täiendavaid ridu vajadusel, kui veel teisi ravimeid on võetud]

[Ühiku, manustamisviisi ja sageduse osas on lühendid riigispetsiifilised]

2. **ALLERGIA MÕNE RAVIMI SUHTES**   
 0 Ei tea ravimallergiat olevat  1 Jah
3. **ARSTI MÄÄRATUD RAVIMITE ETTEKIRJUTUSTE JÄRGIMINE**   
 0 Kasutab alati ettekirjutuse kohaselt  
 1 Kasutab ettekirjutuse järgi 80% ajast või rohkem  
 2 Kasutab vähem kui 80% ajast ettekirjutuse järgi (k.a. raskused ravimi ostmisel)  
 8 Ravimeid ei ole välja kirjutatud

**OSA N. Ravi ja protseduurid**

1. **ENNETUS**

0 Ei  1 Jah

- a. Vererõhu mõõtmine VIIMASE AASTA JOOKSUL
- b. Koloskoopia test VIIMASE 5 AASTA JOOKSUL
- c. Hammaste kontrolli VIIMASE AASTA JOOKSUL
- d. Silmade kontrolli VIIMASE AASTA JOOKSUL
- e. Kuulmise kontrolli VIIMASE 2 AASTA JOOKSUL
- f. Gripivaktsiin VIIMASE AASTA JOOKSUL
- g. Mammograafi uuring (või rindade kontroll) VIIMASE 2 AASTA JOOKSUL (naistele)
- h. Pneumokoki vastane vaktsiin VIIMASE 5 AASTA JOOKSUL või pärast 65. eluaastat

2. **VIIMASE 3 PÄEVA JOOKSUL MÄÄRATUD VÕI PLANEERITUD RAVI JA PROGRAMMID (VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISEST, KUI MÕÖDAS ON VÄHEM KUI 3 PÄEVA)**

- 0 Ei ole määratud JA ei saanud   
 1 Määratud, kuid ei rakendata   
 2 Teostatud 1–2 päeval viimase 3 päeva jooksul   
 3 Teostatud iga päev viimase 3 päeval

**Ravi**

- a. Kemoterapia
- b. Dialüüs
- c. Nakkustõrje—nt isolatsioon, karantiin
- d. IV infusioonravi
- e. Hapnikravi
- f. Kiiritus
- g. Aspireerimine
- h. Trahhealkanüüli hooldus
- i. Transfusioon
- j. Ventilator või respiraator
- k. Haavahooldus

**Programmid**

- l. Plaanijärgne tualetiskäimise programm
- m. Palliatiivse hoolduse programm
- n. Pööramise / asendivahetuse programm

3. **FORMAALNE HOOLDUS**

Hooldust saanud viimasel 7 päeval: Päevi (A) ja kokku minuiteid (B) Hoolduse ulatus VIIMASEL 7 PÄEVAL (või alates viimasest hindamisest või teenusele vastuvõtmisest, kui vähem kui 7 päeva on möödas), mis hõlmavad:

- a. Isikuabi (ADL)
- b. Koduõendus
- c. Koduabi teenused (IADL, poes käimine, toiduvalmistamine jne)
- d. Sooja toidu koju toomine
- e. Füsioteraapia
- f. Tegevusteraapia
- g. Kõneteraapia ja audioloogia teenused
- h. Psühholoogiline ravi (mis tahes litsentseeritud vaimse tervise spetsialisti poolt)

(A) Päevi	(B) Kokku minuiteid viimasel 7 päeval
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **HAIGLAS VIIBIMINE, ERAKORRALINE ARSTIABI (EMO, TRAUMAPUNKT, KIIRABI), ARSTI KÜLASTUS**

Kodeeri, kui mitu korda VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL (või alates viimasest hindamisest, kui VÄHEM KUI 90 PÄEVA TAGASI)

- a. Haiglas viibimine koos ööbimisega
- b. EMO / traumapunkti / kiirabi külastamine (ei sisalda haiglas üleöö viibimist)
- c. Arsti visiit (või volitatud assistendi külastus)

5. **FÜÜSILINE TÕKESTAMINE**—Jäsemete fikseerimine, voodipiirete kasutamine, istumise ajal fikseerimine

0 Ei  1 Jah

**OSA O. Vastutus**

1. **EESTKOSTE [NÄIDE — EESTI]**

0 Ei  1 Jah

### OSA P. Sotsiaalne toetus

#### 1. KAKS PEAMIST MITTEAMETLIKU ABILIST

##### a. Seos inimesega

- 1 Laps või minia / väimees
- 2 Abikaasa
- 3 Partner / muu oluline inimene
- 4 Vanem / hooldaja
- 5 Vend / õde
- 6 Muu sugulane
- 7 Sõber
- 8 Naaber
- 9 Puudub mitteametlik abiline

Abistaja	1	2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### b. Abiline elab koos isikuga

- 0 Ei
- 1 Jah, 6 kuud või vähem
- 2 Jah, rohkem kui 6 kuud
- 8 Puudub mitteametlik abiline

Abistaja	1	2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Mitteametliku abi valdkonnad viimase 3 päeva jooksul

- 0 Ei
- 1 Jah
- 8 Puudub mitteametlik abiline

- c. IADL abi
- d. ADL abi

Abistaja	1	2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. MITTEAMETLIKU ABILISE SEISUND

- 0 Ei
- 1 Jah

- a. Mitteametlik(ud) abistaja(d) ei suuda jätkata hoolitsemist—nt abistaja tervise halvenemine muudab aitamise raskeks
- b. Peamine mitteametlik abistaja väljendab stressi, viha või depressiooni tundeid
- c. Perekond või lähedased sõbrad väljendavad ülekoormatust isiku haiguse tõttu

#### 3. MITTEAMETLIKU HOOLDUSE JA AKTIIVSE JÄLGIMISE TUNNID VIIMASEL 3 PÄEVAL

Märkige tundide arv kokku, mille jooksul isik on igapäevases elutegevuses VIIMASE 3 PÄEVA JOOKSUL abi saanud perekonnalt, sõpradelt ja naabritelt

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

#### 4. TUGEVAID JA TOETAVAD SUHTEID PEREKONNAGA

- 0 Ei
- 1 Jah

### OSA Q. Keskkonna mõju hindamine

#### 1. KODUKESKKOND

Kodeeri kõik järgnev, mis muudab koduse keskkonna ohtlikuks või elamiskõlbmatuks (kui isik on ajutiselt institutsioonis, toetu hinnangu andmisel kodukülastusele)

- 0 Ei
- 1 Jah

- a. Remonti vajav kodu—nt ohtlik segadus, ebapiisav või puuduv valgustus elutoas, magamistoas, köögis, tualetis või koridoris, augud põrandas, lekkivad torud
- b. Rääpane seisukord—nt väga määrdunud, kahjurite või rottide pooit saastatud
- c. Ebapiisav küte või jahutus—nt suvel liiga soe, talvel liiga külm
- d. Vähene isiklik turvalisus—Hirm vägivalla ees, julgeoleku probleemid postkasti juurde või naabrite poole minekul, tihedus tühjalt
- e. Piiratud juurdepääs koju või ruumidesse—nt raskused koju saamiseks või kodust lahkumisel, võimetus trepist ülesminekul, raskused manööverdämisel, puuduvad käsipuud

#### 2. ELAB KORTERIS VÕI MAJAS, MIS ON LIGIPÄÄSETAV PUUETEGA INIMESTELE

- 0 Ei
- 1 Jah

#### 3. VÄLISKESKKOND

- 0 Ei
- 1 Jah

- a. Hädaabi kättesaadavus—nt telefoni-, alarm-reageerimissüsteem
- b. Pääseb toidupoodi ilma kõrvalise abita
- c. Toidukaupade koju kohaletoomise võimalus

#### 4. FINANTSID

Piiratud rahaliste vahendite tõttu pidi viimasel 30 päeval piirama mõnda järgnevat: piisav toit, peavarj, rõivad, ravimid, piisav kodu soojus või jahutus, vajalik meditsiiniline abi

- 0 Ei
- 1 Jah





### OSA R. Teenuselt lahkumise ja üldise seisundi hindamine

#### 1. ÜKS VÕI MITU HOOLDUSE EESMÄRKI TÄITUSID VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL (VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISEST, KUI MÕÖDAS VÄHEM KUI 90 PÄEVA)

- 0 Ei
- 1 Jah

#### 2. ÜLDINE ISESEISVUS OLULISELT MUUTUNUD, VÕRRELDES SEISUNDIGA 90 PÄEVA TAGASI (VÕI ALATES VIIMASEST HINDAMISEST, KUI MÕÖDAS VÄHEM KUI 90 PÄEVA)

- 0 Paranenud [Jätkake osaga S]
- 1 Ei muutunud [Jätkake osaga S]
- 2 Halvenenud

KODEERI KOLM JÄRGMIST PUNKTI, KUI SEISUND HALVENES VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL — VASTASEL JUHUL LIIGU OTSE OSA S JUURDE

#### 3. MITU ADL 10-ST VALDKONNAST ON HALVENENUD, MILLES ISIK OLI EELNEVALT SÕLTUMATU

#### 4. MITU IADL 8-ST TEGEVUSALAST ON HALVENENUD, MILLES ISIK OLI EELNEVALT SÕLTUMATU

#### 5. MUUTUSE ALGUSE AEG, MIS ON SEOTUD SEISUNDI VÕI PROBLEEMI HALVENEMISEGA

- 0 7 viimase päeva jooksul
- 1 8 – 14 päeva tagasi
- 2 15 – 30 päeva tagasi
- 3 31 – 60 päeva tagasi
- 4 Üle 60 päeva tagasi
- 8 Ei tea selgelt hinnatavat muutuse aega

### OSA S. Teenuselt lahkumine

[Märkus: täida osa S ainult teenuselt lahkumisel]

#### 1. VIIMANE TEENUSEL VIBIMISE PÄEV

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päev	Kuu	Aasta					

#### 2. ELUKOHT PÄRAST TEENUSELT LAHKUMIST

- 1 Oma majas / korteris / üüritud toas (ilma teenusteta)
- 2 Kodus koos koduõenduse ja/või koduhoolduse teenusega
- 3 Toetatud elamises
- 4 Vaimse tervise keskuses—nt psüühikahäiretega isikute grupielamine

- 5 Füüsilise puudega isikute hoolduskodus
- 6 Vaimupuudega isikute hoolduskodus
- 7 Psühhiaatriahaiglas või -osakonnas
- 8 Kodutu (koos või ilma peavarjuga)
- 9 Hoolduskodus / õendusodus
- 10 Taastusravi haiglas / osakonnas
- 11 Hospiitsis / palliatiivhoolduse osakonnas
- 12 Aktiivravihaiglas
- 13 Vanglas
- 14 Muu
- 15 Surnud

### OSA T. Hindamise informatsioon

#### HINDAMIST KOORDINEERIVA / LÕPETAVA SPETSIALISTI ALLKIRI

#### 2. Hindamise lõpetamise kuupäev

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päev	Kuu	Aasta					

#### 1. Allkiri (kirjutage joonele)

## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 227/T-12

koosolek:17.06.2013

**Vastutav uurija (asutus):**

Kai Saks (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, sisekliinik, Puusepa 6-261, 51014 Tartu)

**Uurimistöö nimetus:**

Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS)

**Komitee koosseis:**

Nimi	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis (esimees)	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk (asesimees)	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õppejõud-dotsent	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, vanemteadur	+
Maire Peters	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur	+
Küllli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur, vanemassistent	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Naatan Haamer	TÜK naistekliinik, hingehoidja	-
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+

**Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:**

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 03.07.2013
2. CV-d: Kai Saks, Ruth Kalda, Helgi Kolk
3. Informatsioon uuringu kohta, täiendatud 03.07.2013
4. Nõusoleku leht
  - 4.1 isiku nõusoleku leht
  - 4.2 isiku seadusliku esindaja nõusoleku leht, täiendatud 03.07.2013
5. Küsimustikud:
  - 5.1 Preventsioon vanemas eas
  - 5.2 interRAI meetodika rakendatavus
6. interRAI hindamisvormid:
  - 6.1 koduhooldus (KO)
  - 6.2 asutushooldus (HO)
  - 6.3 aktiivravi (AR)
  - 6.4 kontakthindamine (KH)
7. elukvaliteedi hindamisvormid:
  - 7.1 SF-36
  - 7.2 QOL.AD

**Komitee otsus:** Luba antud uurimistööks.

**Uuringu lõpp:** aprill 2015

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Eveli Kadarik



**Väljastatud: 09.07.2013**

Tartu Ülikool  
Teadus-ja arendusosakond  
Lossi 3  
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

### Lisa 3. Informatsioon uuringu kohta

EAKAS



Eesti Teadusagentuur  
Estonian Research Council

TerVE



#### **Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine**

Eesti Teadusagentuuri Programmi TerVe rahastatud uuring EAKAS (2013-2015)

#### **Informatsioon uuringu kohta**

Lugupeetud patsient/klient!

Pöördume Teie poole palvega osaleda uuringus, mille eesmärgiks on saada igakülgne ülevaade tervishoiu- või hoolekandeteenust tarbivate eakate probleemidest ühes piirkonnas.

Uuring on oluline seetõttu, et eakate inimeste osakaal Eesti elanikkonnas suureneb nii absoluut kui suhtarvult vähemalt aastani 2050. Praegu on meie eakate tervis ja toimetulek halvem võrreldes enamuse Euroopa Liidu riikidega. Üsna väike osa inimesi vananeb ilma, et neil tekiks mingit kroonilist haigust. Terviseprobleemid üksi ei pruugi siiski põhjustada toimetulekuhäireid ja iseseisvuse kadu. Mitte alati ei ole tervise ja toimetuleku halvenemise põhjuseks meditsiinilised, vaid hoopis sotsiaalsed ja psühholoogilised probleemid. Teisalt võib hoolekandeteenuseid saav inimene jääda piisava tähelepanuta uute või süvenevate terviseprobleemide osas, kuna selles süsteemis tervishoiutöötajad reeglina ei tööta. Eakate puhul kirjeldatakse nn. doominoefekti, kui äikene halvenemine tervises või perepoolses toetuses või mõnes muus valdkonnas võib kaasa tuua toimetuleku olulise ja järsu halvenemise. Paraku võivad allakäigu algpõhjused jääda märkamatuks nii inimesele endale kui ka teda abistavatele professionaalidele, nii tegeletakse pigem tagajärgede mahendamise kui põhjuste kõrvaldamise ja edasise seisundi halvenemise ennetamisega.

Uuringu tulemused aitavad planeerida eakatele teenuseid, mis vastavad piirkonna elanike reaalsele vajadusele. Lisaks võimaldavad tulemused arendada sihipäraseid ennetusprogramme eakale elanikkonnale. Eakate preventsiiooni sihid ja meetodid on noorematega võrreldes pisut erinevad ning ennetuse rakendamine üsna reguleerimata. Samas näitavad paljud uuringud, et ennetuse meetmete sihipärane rakendamine aitab vähendada eakatel raskeid toimetulekuhäireid, parandab nende elukvaliteeti ning säästab tervishoiu- ja hoolekande ressursse.

**Projekti EAKAS põhieesmärgiks on saada ülevaade ühes piirkonnas elavate habraste eakate inimeste probleemide muustrist ning ennetamise vajadusest.**

#### **Probleemid, mida projektiga tahetakse lahendada:**

- 1) Saada igakülgne ülevaade tervishoiu- või hoolekandeteenust tarbivate eakate probleemidest ühes piirkonnas, mida vajavad tervishoiu- ja hoolekande juhid kõikidel tasanditel teenuste ja ressursside planeerimiseks toetamaks eakate iseseisvat toimetulekut.

- 2) Selgitada eakate ennetuse vajadus erinevate meetmete liikide ja mahtude kohta ühes piirkonnas. Kuigi piirkondlikud vajadused võivad Eesti piires mõnel määral erineda, on planeeritav uuringu läbiviimise koht – Tartu linn – tõenäoliselt heaks mudeliks ka paljudele teistele suurematele omavalitsustele.
- 3) Hinnata tervishoiu- ja hoolekandetöötajate praegusi teadmisi eakate probleemidest ning preventsiiooni rakendamise vajadusest ja mõttekusest. Antud tulemused lubavad planeerida eakatega töötavate professionaalide täiendõpet.

Uuringusse kaasatakse Tartu linnas ja maakonnas elavad 65-aastased ja vanemad inimesed, kes kasutavad tervishoiu- või hoolekandeteenuseid: perearsti vastuvõtt, haiglaravi, koduõendus, statsionaarne hooldusravi ehk õendusabi, koduhooldus, hooldajatoetusega tugiisiku abil kodus elavad inimesed, hooldekodus elavad eakad. Tegemist on läbilõikelise uuringuga – osalema kutsutakse kõik, kes kasutavad loetletud teenuseid oktoobris 2013, veebruaris ja mais 2014. Haiglas viibinute seisundit hinnatakse lisaks veel 2 kuu möödumisel aktiivravist.

Uuritavate seisundit hinnatakse igakülgse geriaatrilise hindamise põhimõttel, kasutades selleks interRAI vahendeid- küsimustiku täidab arst, õde või sotsiaaltöötaja. Küsimused kajastavad tervislikku seisundit ja igapäevast toimetulekut.

Haiglas viibivate haigete põhianalüüsid (hemoglobiin, leukotsüütide ja trombotsüütide arv, seerumi glükoosi, CRV, kolesterooli, valgu, albumiini, kreatiniini ja uurea sisaldus) ning EKG põhinäitajad kuuluvad uuringus analüüsimisele kui need uuringud on haiglas viibimise tõttu patsiendile teostatud. Käesoleva uuringuga seoses mingeid täiendavaid kliinilisi uuringuid patsiendile ei korraldata.

Kogutud andmeid analüüsitakse anonüümselt: nende statistiline analüüs toimub uuringu korraldajate poolt. Elektrooniliselt kogutud andmeid säilitatakse salasõnaga kaitstud arvutites Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Tartu Ülikooli Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetoolis. Paber kandjal andmeid säilitatakse uuringule järgneva 7 aasta vältel TÜ Polikliiniku ja perearstiteaduse õppetooli ruumides lukustatud kappides, millele on juurdepääs uuringu korraldajatel.

Täiendava informatsiooni saamiseks on võimalik pöörduda projektijuhi poole:

dots. Kai Saks, TÜ Sisekliinik, tel. 7318627; [kai.saks@kliinikum.ee](mailto:kai.saks@kliinikum.ee)

## Lisa 4. Informeeritud isiku nõusolekuleht

EAKAS



Eesti Teadusagentuur  
Estonian Research Council

TerVE



### Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine

Eesti Teadusagentuuri Programmi TerVe rahastatud uuring EAKAS (2013-2015)

#### Informeeritud isiku nõusolekuleht

Ma olen lugenud informatsiooni uuringu "EAKAS" kohta.

Ma olen koos.....

Nõusoleku võtja nimi ja amet

asutuse nimi, aadress:.....

.....

läbi arutanud uuringuga seotud küsimused.

Ma nõustun osalema selles uuringus, andma informatsiooni ja täitma küsimustikke nii nagu seda selgitati.

Minu nõusolek ei vabasta uuringu koordinaatoreid nende vastutusest. Mul säilivad kõik seaduse poolt garanteeritud õigused.

Minu tervislikku ja sotsiaalset seisundit puudutavad andmed on rangelt salajased.

Nõusoleku andmise aeg: \_\_\_\_\_ (päev, kuu, aasta)

Küsitletava nimi .....

Telefoni nr. ....

Allkiri.....

Soovin, et minu uuringus kogutud andmed oleksid kättesaadavad ka minu ravi ja/või hooldust juhtivatele professionaalidele

Allkiri.....

Nõusoleku võtja allkiri .....

## Lisa 5. Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht

EAKAS



Eesti Teadusagentuur  
Estonian Research Council

TerVE



Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine

Eesti Teadusagentuuri Programmi TerVe rahastatud uuring EAKAS (2013-2015)

### Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht

Ma olen lugenud informatsiooni uuringu "EAKAS" kohta.

Ma olen koos.....

Nõusoleku võtja nimi ja amet

asutuse nimi, aadress:.....

.....

läbi arutanud uuringuga seotud küsimused.

Ma nõustun osalema selles uuringus .....

esindajana, andma informatsiooni ja täitma küsimustikke nii nagu seda selgitati.

Minu nõusolek ei vabasta uuringu koordinaatoreid nende vastutusest. Mul säilivad kõik seaduse poolt garanteeritud õigused.

Minu esindatava isiku tervislikku ja sotsiaalset seisundit puudutavad andmed on rangelt salajased.

Nõusoleku andmise aeg: \_\_\_\_\_ (päev, kuu, aasta)

Nõusoleku andja nimi .....

Telefoni nr. ....

Allkiri.....

Soovin, et uuringus kogutud andmed minu esindatava isiku kohta oleksid kättesaadavad ka tema ravi ja/või hooldust juhtivatele professionaalidele

Allkiri.....

Nõusoleku võtja allkiri .....