

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja tervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Helen Int

**Perearsti teenuseid kasutavate Tartu piirkonna eakate tervise- ja toimetulekuprobleemid
ning tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus interRAI metoodika alusel**

Magistritöö

Tartu 2016

Kai Saks MD.Ph.D

/allkiri/

/kuupäev/

Janne Remmer RN.MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistristöõ kaitsmisele lubamise kohta. _____

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

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, HELEN INT

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

PEREARSTI TEENUSEID KASUTAVATE TARTU PIIRKONNA EAKATE TERVISE- JA TOIMETULEKUPROBLEEMID NING TERVISHOIU- JA SOTSIAALABITEENUSTE VAJADUS interRAI METOODIKA ALUSEL

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

ja kaasjuhendaja **Janne Remmer 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, **03.06.2016**

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	9
2. EAKATE TERVISE- JA TOIMETULEKUPROBLEEMID	11
2.1 Eakate füüsilised terviseprobleemid	11
2.2 Vaimse tervise probleemid	14
2.3 Eakate toimetulekuprobleemid	16
3. EAKATE SOTSIAALABI- JA TERVISHOIUTEENUSTE VAJADUS	18
3.1 Eakate vajadused	18
3.2 Eakate sotsiaalabi- ja tervishoiuteenuste vajadus	19
3.3 Hindamise vajalikkus	21
4. METOODIKA.....	24
4.1 Metodoloogilised lähtekohad	24
4.2 Mõõdiku kirjeldus.....	24
4.3 Uuritavad	26
4.4 Andmete kogumine.....	27
4.5 Andmete analüüsimine	28
4.6 Uurimustöö valiidsus ja reliaablus	30
5. TULEMUSED.....	33
5.1 Taustaandmed.....	33
5.2 Eakate terviseprobleemid	33
5.3 Eakate toimetulekuprobleemid	36
5.3.1 Eakate kognitiivne võimekus	36
5.3.2 Eakate elukorraldus.....	37
5.3.3 Igapäevaste elutegevuste (ADL) sooritamine	37
5.3.4 IADL võimekus	38
5.4 Tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus	40
5.5 Otsused teenuste vajalikkuse osas	40
6. ARUTELU	43
6.1 Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimuste tulemustega.....	43
6.1.1 Eakate füüsilise tervise probleemid	43
6.1.2 Eakate vaimse tervise probleemid	46
6.1.3 Eakate toimetulekuprobleemid	47
6.1.4 Eakate tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus	48
6.2 Uurimistulemuste rakendatavus ja tähendus praktikale ning uued uurimisprobleemid	49

6.3 Uurimustöö usaldusväärsus ja eetilised aspektid.....	51
7. JÄRELDUSED.....	53
KASUTATUD KIRJANDUS	54
LISAD	63
Lisa 1. interRAI kontakthindamise hindamisvorm.....	63
Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuuringute komitee luba.....	67
Lisa 3. interRAI kohandamise ja tõlkeluba	69
Lisa 4. Informatsioon uuringu kohta eesti keeles	70
Lisa 5. Informatsioon uuringu kohta vene keeles.....	72
Lisa 6. Informeeritud isiku nõusolekuleht eesti keeles.....	75
Lisa 7. Informeeritud isiku nõusolekuleht vene keeles	76
Lisa 8. Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht eesti keeles.....	77
Lisa 9. Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht vene keeles	78

KOKKUVÕTE

Perearsti teenuseid kasutavate Tartu piirkonna eakate tervise- ja toimetulekuprobleemid ning tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus InterRAI meetodika alusel

Eestis puudub ülevaade perearstiabi saavate eakate tervise- ja toimetulekuprobleemidest ning tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadusest. Töö eesmärk oli kirjeldada Tartu piirkonna eakate tervise- ja toimetulekuprobleeme ning tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadust kasutades selleks interRAI hindamismetoodikat. Eakate tervise- ja toimetulekuprobleemide väljaselgitamiseks ning teenuste vajaduse hindamiseks viidi läbi eaka seisundi esmane skriinimine interRAI (KH) hindamisvormiga. Uurimustöös kasutatud meetodika oli kvantitatiivne, kirjeldav ja empiiriline. Andmete kogumine toimus kolmes etapis (2013 a oktoobris ning 2014 a veebruaris ja mai kuus) uuringuperioodidel perearsti teenust kasutanud eakate 65+ patsientide hulgas. Valim oli käepärane ning uuringus osales 1246 eakat. Andmete analüüs oli statistiline, kasutati kirjeldavat statistikat ning χ^2 -testi. InterRAI meetodika sisaldab hindamisküsimusi, mille põhjal sai leida probleemide esinemissagedused ning riskirühmad ja hinnata ka tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadust.

Kõige rohkem esines eakatel probleeme kroonilistest haigustest tingitud kaebustega, milleks olid üleüldine valu, õhupuudus, pearinglus, valu rinnus, kukkumised ja perifeersed tursed. Vaimse tervise probleemidest esines meeoleoluhäired ja kurbuse, masenduse ning lootusetuse tunnet rohkem naistel. Enamik eakaid elas oma kodus koos abikaasa või lastega, kes olid ka eakate põhilised mitteametlikud abilised. ADL ja IADL toimingutes esines eakatel sõltuvus keha pesemisel, riietumisel, liikumisel ning toimetulekuprobleemidest eristusid raskused igapäevastel majapidamistöodel, treppidel liikumisel aga ka toidu valmistamisel. ADL ja IADL võimekus halveneb oluliselt peale 80-ndat eluaastat ning mehed on IADL võimekuses naistest kehvas olukorras. Perearstide poolt suunati eakaid kõige rohkem haavaravile. Tervishoiutöötajate arvates vajasisid eakad enim füsioteraapiat, laboratoorseid teenuseid ja meditsiinilisi abivahendeid aga ka õendusabi teenuseid ning sotsiaalabiteenustest isikuabi ja koduhooldust.

Uurimustöö tulemustele tuginedes saab väita, et interRAI hindamisvormi kasutamine perearsti praksistes võimaldab eakatel leida mitmeid tervise- ja toimetulekuprobleeme esmatasandil ning nende lahendamine eeldab omavahelist integreeritud koostööd teiste erialaspetsialistidega.

Märksõnad: *eakas, perearsti teenus, interRAI KH, terviseprobleem, toimetulekuprobleem, sotsiaalabi*

SUMMARY

Health problems and difficulties coping among elderly people who use general practitioners' services in the Tartu region and the need for health and social services based on the InterRAI method

In Estonia has no overview of elderly health and coping problems, health and social service needs who use general practitioner service. The aim of this thesis was to describe the problems that elderly people in the Tartu region have with their health and ability to cope and the need for health and social services using the InterRAI assessment method. To identify the elderly health and coping problems and to plan the necessary services it was necessary to conduct primary screening with interRAI (CA) assessment. The methodology used in this thesis is quantitative, descriptive and empiric. Data was collected in three stages (in October 2013 and in May and February 2014) among people aged over 65 who used the services of a general practitioner during the study periods. The sample was convenient and the number of the elderly who participated in the study was 1246. Data analysis was statistical: the χ^2 -test and descriptive statistics were used. The InterRAI methodology consists of evaluation questions, based on which the frequencies of problems and risk groups were able to be determined and the need for the health and social services evaluated.

The most common problems among elderly people using general practitioners' services were complaints related to chronic illnesses, such as pain, dyspnoea, dizziness, chest pain, falls and peripheral oedemas. Mental health issues were more common among women and included mood disorders and feelings of sadness, depression and hopelessness. Most of the respondents lived in their own homes with their spouses or children, who represented their primary unofficial helpers. In ADL and IADL processes the elderly proved dependent in regard to washing, dressing and moving around, and in terms of problems coping they faced difficulties with everyday domestic tasks, using stairs and preparing food. ADL and IADL capability deteriorates significantly after the age of 80, and regarding IADL capability men are in a worse situation. The elderly were most often referred on for treatment of wounds by their general practitioners. According to healthcare workers, elderly people mostly need physiotherapy, laboratory services and medical aids, as well as nursing services. Where social services are concerned, they also require personal support and home care.

Based on the results of the thesis, it can be claimed that using the InterRAI evaluation form in general practitioners' surgeries enables a range of problems related to health and ability to cope to be identified among elderly people who use primary health care services. These problems

require intervention at the general practitioner level and integrated cooperation with other specialists.

Keywords: *elderly, general practitioner's service, InterRAI (CA), health problems, problems coping, social services*

1. SISSEJUHATUS

Magistritöö on üks osa teadusuuringu projektist „EAKAS“, mille põhieesmärgiks on selgitada Tartu linnas ja maakonnas elavate tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid saavate eakate probleeme (meditsiinilised, funktsionaalsed, psühholoogilised, kognitiivsed, sotsiaalsed) ning nende probleemide ennetamise vajadust ja interRAI (*International Resident Assessment Instrument*) vahendite kasutatavust Eestis (Eesti Teadusagentuur 2015).

Elanikkonna vananemisega kaasneb eakate inimeste osakaalu tõus, kes põevad erinevaid füüsilisi, vaimseid ning meelelunditega seotud haiguseid (Euroopa Komisjon 2016). Vananemisega kaasnevate muutuste ja lisanduvate haiguste tõttu väheneb kontroll kehafunktsioonide ja eluprotsesside üle (Maser jt 2008), mille tõttu halveneb eakatel füüsiline tervis, funktsionaalsus, enesehooldusvõime ning toimetulek (Bayliss jt 2007, Dziechciaz jt 2012). Eakate tervisega seotud uuringute tulemustest selgub, et füüsiline, vaime ja sotsiaalne tervis on peamiseks probleemiks suurele osale eakatest (Saks jt 2000, Bayliss jt 2007, Muszalik jt 2012, Thakur jt 2013, Vanemaealiste ja eakate...2015). Eesti eakate subjektiivne hinnang oma tervisele on aastate lõikes oluliselt halvenenud, Saks jt (2000) uuringu kohaselt hindas oma tervist väga halvaks või halvaks 21% küsitletutest, kuid TAI (Tervise Arengu Instituut) (2008), Tarasova (2015) ja Eesti statistikaameti SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) (2015) uurimusest selgub, et üle poolte küsitletud vanemaealistest on halva või väga halva tervisega.

Saks ja Tiit (2016) väljaandest selgub, et 64%-l kõigist vanemaealistest esineb mõni krooniline haigus ning Saks jt (2000) sõnul põhjustavad 89%-le eakatele kroonilised haigused erinevaid terviseprobleeme. Füüsilised ja vaimsed terviseprobleemid mõjutavad oluliselt eakate funktsionaalset võimekust ja toimetulekut (Bayliss jt 2007). Eestis läbiviidud uurimustele tuginedes vajavad kõrvalist abi üks viiendik kuni üks kolmandik eakatest (Saks jt 2001, Tarasova 2015) ning abivajadus suureneb vanusega (Dziechciaz jt 2012). Eestis kui ka teistes riikides valmistab eakatele raskusi igapäevaste majapidamistööde tegemine, poes käimine, liikumine, söögi valmistamine, aga ka ravimite tarvitamine ja hügieenitoimingute sooritamine (Saks jt 2001, Bayliss jt 2007, Dziechciaz jt 2012, Tarasova 2015).

Eakate tervise- ja toimetulekuprobleemidega kaasneb pikaajalise tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste suurenenud vajadus (Almborg ja Welmer 2012, Dziechciaz jt 2012). Eestis on sotsiaalhoolekandesüsteem ja tervishoiusüsteem korraldatud erinevalt ja omavahel lahus, mistõttu esineb mitmeid probleeme teenuste koordineerimisel ja nende efektiivsel osutamisel

(Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2002). Koostöö tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vahel on eaka seisundi hindamisel ja hoolduse korraldamisel juhuslikku laadi, ning puudub selge rollide jaotus ning hindamise vahendid (Saks jt 2000: 25). Uurimustest selgub, et kokkuvõttes vajavad eakad just geriaatrilist abi, mis hõlmab endas tervishoiu ja hoolekande teenuste integreeritud osutamist (Saks jt 2000, Nancarrow jt 2009, Kehusmaa jt 2012, Shrivastava jt 2013a, 2013b, Tarasova 2015). Geriaatrilise seisundi hindamine esmatasandil on perearsti, õe ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ülesanne, mille käigus dokumenteeritakse funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi põhinäitajad, mille põhjal otsustatakse, kas eaka probleeme on võimalik lahendada oma eriala piires (Saks jt 2001).

Uurimustöö probleem seisneb selles, et Tartu piirkonnas puudub ülevaade üldarstiabi saavate eakate tervise- ja toimetulekuprobleemidest ning tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste tegelikust vajadusest, sest selles valdkonnas puuduvad ainult nendele probleemidele keskenduvad uuringud ning standardiseeritud mõõdik ühtseks ja järjepidevaks hindamiseks kõigi esmatasandi tervishoiuteenuste osutajate poolt, mille alusel saaks teha kokkuvõtteid eakate seisundi ja teenuste vajaduste kohta. Hindamine peaks toimuma järjepidevalt ja ühtsetel alustel, sest siis saaks kogutud andmete põhjal kavandada parema tervishoiu- ning sotsiaalabiteenuste võrgustiku, mis lähtuks eakate inimeste individuaalsetest vajadustest. Uue meetodika juurutamine on aluseks ühtsele hindamisele, et selle põhjal edaspidi koostada eakate individuaalsetele vajadustele vastavat tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste pakett.

Planeeritava uurimustöö eesmärk on kirjeldada Tartu piirkonna eakate inimeste tervise- ja toimetulekuprobleeme ning tervishoiutöötajate hinnangute põhjal hinnata tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadust esmatasandi tervishoiu patsientidel. Selleks, et välja selgitada eakatele vajalike teenuste vajadus on esmalt tarvis teostada eakate standardiseeritud miinimumhindamine näiteks interRAI CA (*International Resident Assessment Instrument Contact Assessment*) kontakthindamise (KH) instrumendiga, mida kasutasin antud uuringus.

Uurimisküsimused:

1. Millised on Tartu maakonnas üldarstiabi saavate eakate inimeste põhilised terviseprobleemid?
2. Milline on Tartu maakonnas üldarstiabi saavate eakate inimeste põhilised toimetulekuprobleemid?
3. Milline on eakate tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus Tartu piirkonnas lähtudes uuritute tervise- ja toimetulekuprobleemidest ning tervishoiutöötajate hinnangutest?

2. EAKATE TERVISE- JA TOIMETULEKUPROBLEEMID

2.1 Eakate füüsilised terviseprobleemid

Vananemine on eluaegne protsess, mis kulgeb aeglaselt ja dünaamiliselt ning toob kaasa muutuseid organismi funktsioneerimises, mille tulemusel väheneb eakatel kontroll kehafunktsioonide ja füüsilise võimekuse üle (Vellend 2011). **Eakas** (*elderly*) on üle 65 eluaastane vanemaealine inimene (Orimo jt 2006, WHO (*World Health Organization*) 26.01.2016), kellel on sageli normaalse vananemise arvele kantud ka mitmed terviseprobleemid ja kehamuutused nagu veetustumine, luu- ja lihassmassi vähenemine ja valu (Maser jt 2008). **Terviseprobleemi** (*health problem*) on defineeritud, kui seisundit, milles olles on võimatu funktsioneerida normaalselt ja valu vabalt (Bayliss 2012, Thakur 2013). Saks jt (2000) uuringu andmetest selgub, et tervis oli peamiseks probleemiks 47%-le eakatest. Teistest Eestis läbiviidud uuringutest selgub, et oma tervist hindavad halvaks 20% (Saks jt 2001, Saks ja Tiit 2016) kuni 50% (Tervise Arengu Instituut 2008, Tarasova 2015) eakatest. SHARE (*The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) (2015) aasta uuringust selgub, et Eesti vanemaealiste näitajad on teiste riikidega võrreldes oluliselt halvemad: tervise enesehinnangu, terviseprobleemide arvu, hapruse tunnuste, valu esinemise, mälu enesehinnangu, depressiivsuse, toolilt tõusmise ja meenutatud sõnade arvu osas. SHARE on püsivastajaskonnaga uuring, millega kogutakse infot vanemaealiste terviseseisundi, vananemise ja pensionile jäämise kohta ning soovitakse välja selgitada, millised on vanemaealiste sotsiaalsed ja majanduslikud kogemused ja seosed tervise, majandusliku positsiooni ja sotsiaalse kaasatuse vahel.

Eakad on üks keerulisemaid ja hulgi probleemsemaid patsiente perearsti praksistes (Celebioglu ja Ciceklioglu 2013, Walters jt 2000). Perearsti praksise moodustavad perearst ja pereõde ning koos nendega töötavad tervishoiuteenuste osutajad. **Perearst** (*general practitioner*) on sellekohase eriala omandanud arst, kes osutab personaalset, laiahaardelist ja järjepidevat arstiabi igale isikule, sõltumata vanusest, soost ja haigustest. Ta tegeleb patsiendiga, arvestades perekonna ja kogukonna konteksti ning kultuurilisi iseärasusi ning respektides alati patsiendi autonoomiat. (Kalda jt 2012). Eakad oma multiprobleemse seisundi tõttu moodustavad perearsti ambulatoorsetest visiitidest Saks jt (2001) uuringu andmetel 39% kõigist visiitidest, koduviisiidid 43% kõigist kojukutsetest (see on umbes 2,5 korda rohkem, võrreldes eakate osakaaluga nimistus (perearsti nimistus on 18% üle 65 aastaseid isikuid) ning rohkem kui 10 korda aastas vajab perearsti abi 15% eakatest. Erinevatest uurimustest selgub, et pikaajalisi kroonilisi haigusi esineb üle pooltel eakatest (Muszalik jt 2012, Walters jt 2000). Eestis on üks terviseprobleem keskmiselt 49,2%-l ja kaks probleemi 21,8%-l eakatest (Saks ja Tiit 2016). Mujal maailmas on

leitud, et eakatel esineb keskmiselt 1-8 erinevat kroonilist haigust korraga (Muszalik jt 2012, Walters jt 2000). SHARE (2015) aasta uuringu andmetel oli nii Eestis, kui ka teistes riikides kõige rohkem terviseprobleeme naistel, vanematel, raskema tegevuspiiranguga ja madalama haridustasemega inimestel.

Eakate terviseprobleemid on vanuse rühmiti sageli erinevad: nooremate eakate (65-84 aastased) peamised terviseprobleemid on südame ja veresoonkonna haigused ja nendega kaasnevad kaebused, siis vanemaid eakaid (85+) vaevavad üldseisundi halvenemine, endaga toimetulekuraskused, liikumisprobleemid ja kõige enam tunnetuslikud häired (Vellend 2011). Saks jt (2000), sõnul on Eesti eakate haigestumise struktuur sarnane paljude teiste riikide eakatega. Näiteks on Saks jt (2000) oma uuringus välja toonud, et tervisehäiretest esineb Eesti eakatel sagedamini: kõrge vererõhk 63%, liigeshaigused 61%, südame isheemiatõbi 57%, südame puudulikkus 41%, rütmihäired 38%, kõrge kolesteroolitase 25%, diabeet 15%, kroonilised neeru või kuseteede haigused 21%, kroonilised kopsuhaigused 14%, kilpnäärmehaigused 9%, psüühilised häired 6% ning kasvaja 8%. Sarnaselt Eestile esineb Poolas eakatel kõige enam hüpertooniatõbe 86,5%, osteoartroosi 64%, diabeeti 43,8%, ateroskleroosi 21,3%, teisi liigeshaigusi 20,2%, aju insulti 20,2%, eesnäärme suurenemist 19,1%, kasvaja 5,6% ning dementsust 10,1%-il küsitletutest (Dziechciaz jt 2012).

Ükski haigus ei ole üksnes eakatele spetsiifiline, kuid paljude krooniliste haiguste koosinemine, haiguste atüüpilised ilmingud, ravimite ohtlikud kõrval- ja koostoimed (Saks 2010) põhjustavad eakatele hulgaliselt kliinilisi probleeme nagu: valu, õhupuudus, kukkumised, pearinglus, valu rinnus, perifeersed tursed, alatoitumine ning naha probleemid, aga ka kognitiivse võimekuse langust (Dziechciaz jt 2012). SHARE (2015) uuringu kohaselt viitavad kukkumine, hirm kukkumise ees, peapööritus, minestamine või teadvusekaotused, kehaline ja vaimne kurnatus ja väsimus eakate hapruse tunnustele ning leiti, et 50,5% küsitletutest esineb vähemalt üks selline tunnus. Vananemisest tingitud degeneratiivsed muutused ning akuutsed ja kroonilised haigused on sageli seotud valuga, mis põhjustab eakatel kannatusi, unetust ja kurbust (Horgas jt 2012, Kaasik 2003). Eestis kannatas valu all 50,2% (SHARE 2015) kuni 90% (Saks jt 2000, Tarasova 2015) eakatest ning Saksmaal ligikaudu 60% (Schulz jt 2015) eakatest ning peamiselt olid esindatud: liigesvalu, peavalu, valu südame piirkonnas aga ka krooniliste haavanditest tingitud valu. SHARE (2015) aasta uuringu kohaselt kannatasid Eestis valu all rohkem naised ja ning kõikides riikides kaasaarvatud Eestis sages valu vanuse kasvuga. Lisaks on Schulz jt (2015) uurinud valu mõju eakate toimetulekule ning leidnud, et esineb seos valu tugevuse ja valu tingitud töövõime vahel ($r=0,591$, $p< 0,001$), valu tugevuse ja

toimetulekuvõime vahel ($r=0,078$, $p<0,05$) ning toimetulekuvõime ja valuga seotud töövõimetuse vahel ($r= 0,153$, $p<0,001$), millest järeldati, et valust tingitud töövõimetus mõjutab oluliselt majapidamistöõde tegemist, vaba aja veetmist ning eakate tööelu. Pasquetti jt (2014) on väitnud, et teine oluline eakate tervisega seotud probleem valu järel on kukkumised. Stubbs jt (2014) uurisid valu seost kukkumisega ning esmalt tõid välja, et 76% eakatest kannatab valu all igapäevaselt ning valu on oluline riskifaktor kukkumiseks, sest valu esinemine eakatel on seotud halvenenud liikumisvõimega, tasakaaluhäiretega ning ebakindla kõnnakuga. Ka Ambrose jt (2013) sõnul on eakatel kukkumine sagedamini esinev probleem, mille riskifaktorid lisaks vanusele on ka tasakaaluhäired, ebastabiilne kõnnak, ravimite liigtarvitamine ja varasemad kukkumised, vanus, naissugu, nägemishäired, kognitiivse võimekuse langus (tähelepanuhäired) ja keskkond (kodune valgustus, asjade paigutus ning jalatsid). Vananemisprotsessi ning krooniliste haiguste üks tagajärgi on kahjulikud mõjutused eakate vestibulaarsüsteemis, mis toob kaasa muutused eakate kehahoiakus ja tasakaalus, mis on oluline riskifaktor kukkumiseks. On täheldatud, et kukkumistega on seotud enamik eakate traumaatilisi vigastusi, mille tagajärjeks on töövõimetus või isegi surm. (Domaradski jt 2014.) Pasquetti jt (2014) uuringu kohaselt kukub aastas vähemalt 33% eakatest kusjuures 50% neist isegi mitu korda aasata jooksul ning enamasti kaasnesid kukkumistega luumurrud (puusaluu, sääreluu, reieluu, küünarvarreluu ja ka roide murrud) aga ka erinevad haavad ja naha terviklikkuse häired. Lisaks on täheldatud, et rohkem kukuvad eakad just oma kodus ning vähemalt 1/40 kukkumisest lõppeb hospitaliseerimisega ja koguni üks kolmandik kukkumistest on põhjustanud surma. Ka Domaradski jt (2014) väidavad, et 30% üle 65 aastastest eakatest kukuvad vähemalt korra aastas ning kukkumise risk tõuseb järsult peale 80ndat eluaastat. Lisaks füüsilisele vigastusele jätab kukkumine eakate hinge ja psüühilise trauma ning edaspidi võib põhjustada hirmu igapäeva toimingute soorituse ees (Rubenstein 2013). Heckenbach jt (2014) ja Rubenstein (2013) uurisid kukkumiste seost krooniliste haiguste ja ravimitega ning leidis, et eakad kes põdesid vähemalt ühte kroonilist haigust ning mille raviks oli vajalik tarvitada erinevaid ravimeid põhjustas kukkumist vähemalt ühe korra aastas. Saks jt (2000) sõnul on Eesti eakatest 46% kukkunud viimase kahe aasta jooksul ning 48% kukkunud eakatest on ennast ka füüsiliselt vigastanud.

Krooniliste haiguste üks kliinilisi sümptomeid on õhupuudus, mis Mourik jt (2014) andmetel on sagedamini seotud südame ja veresoonekonna, hingamiseldukonna haiguste esinemisega eakatel. Ravimata või diagnoosimata ning süvenev õhupuudus eakatel mõjub kahjulikult füüsilisele võimekusele, halvendab oluliselt elu kvaliteeti, suurendab riski haigestuda kroonilisse obstruktiivsesse kopsuhaigusesse ning võib põhjustada ka enneaegset surma (Fragoso jt 2014, Yohannes ja Tampubolon 2014). Lisaks eelnevatele kliinilistele probleemidele on eakatel veel

Thaler jt (2010) sõnul probleeme perifeersetel tursetega, mis üsna sageli põhjustavad ka naha terviklikkuse häireid ja erinevat tüüpi haavu ja haavaneid. Valdavalt on naha terviklikkuse häired ja tursed põhjustatud südame ja veresoonekonna haigustest, tarvivatest ravimistest ning liigeshaigustest), kuid olulist rolli naha terviklikkuse osas mängib ka toidu ja joogi tarbimise langus eakatel (Tervise arengu instituut 2008). Eakate alatoitumine ja vähene vedeliku tarbimine on oluline riskifaktor erinevate kliiniliste probleemide tekkeks nagu aneemia, pearinglus, õhupuudus ja valu. Alatoitumine on otseses seoses väsimuse, nõrkuse ja jõuetusega, millega sageli kaasneb pearinglus ning kukkumised, mis omakorda põhjustab traumaatilisi vigastusi ning hirmu igapäeva toimingute sooritamise ees. (Tervise arengu instituut 2008.)

2.2 Vaimse tervise probleemid

Lisaks füüsilistele ja kliinilistele probleemidele on eakatel palju probleeme ka vaimse tervisega, mis on seotud kognitiivse võimekusega. Morris jt (2011) defineerivad **kognitiivse ja vaimse tervise** seisundit, kui võimet mäletada hiljutisi sündmusi ja teha iseseisvalt ohutuid igapäevaotsuseid, teistega suhtlemist ning meeolelu ja käitumist. Eakate vaimset tervist mõjutavad erinevad psühholoogilised, sotsiaalsed ja bioloogilised faktorid, milleks on kehaline võimekus, valu, füüsilised ja vaimsed terviseprobleemid aga ka võimalikud stressirohked elusündmused, kõrvalabi vajadus ning üksindus (Sørbye 2009, Baladon jt 2015, Parkar jt 2015). WHO (14.12.2015) andmetel jäävad eakate vaimsed haigused sageli arstidel märkamata ja seetõttu ka ravimata, põhjustades tervisekahjustusi, hospitaliseerimist ning tõstes tervishoiuteenuste kulutusi.

Enamik vaimse tervise probleemidest võivad avalduda igas vanuses, ning haigusseisundid ulatuvad bipolaarsest meeoluhäirest, obsessiiv-kompulsiivse häirest sõltuvushäireteni. Psühhoosilised häired, mida iseloomustab kontakti kaotamine reaalsusega, võivad eakate inimeste hulgas olla üsna sagedased, põhjustades meelepetteid ja ebatavalisi uskumusi ning kahjustades arusaamisvõimet. Psühhoose võivad põhjustada erinevad haigusseisundid, nagu dementsus, nakkushaigused, ainevahetus- ja hormonaalsed häired, meeleelundite puuded ja sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamine. (Maailma Vaimse tervise... 2013: 23)

Kahanenud funktsionaalne võimekus, kõrval abist sõltumise, sotsiaalne isoleeritus ja üksildus on tihedalt seotud eakate depressiooniga (Forsman jt 2012). USA-s kannatab seitse miljonit üle 65-aastast inimest depressiooni all ning väidetavalt jääb see märkamata, sest käib varjatult kaasas koos teiste krooniliste haigustega. Ühtlasi on leitud, et ise hakkama saavate ja oma kodus elavatel eakatel esineb vähem depressiooni, kuid esinemise sagedus tõuseb märgatavalt peale

seda, kui eakad kaotavad mingil põhjusel iseseisvuse. (Forsman jt 2012.) Saks ja Tiit (2016) leidsid, et Eesti vanemaealistest inimestest oli võimalik depressioon 36,6% küsitletutest ning kõikides riikides oli depressiivsus naistel suurem kui meestel ja depressiivsuse esinemine tõusis iga vanuserühmaga. Hispaania uurijad leidsid, et 20%-l eakatel esineb kognitiivse võimekuse langus, lisaks esines ärevust ja rahutust 11%-l ning meeleolu kõikumisi 8%-l (Baladon jt 2015). Depressioon on sagedaseks probleemiks ka Eesti eakatel, perearstide hinnangul kannatab selle all ligi 40%-l eakatest (Saks jt 2000). Väidetavalt esineb 14-20 %-l kogukonnas elavatel eakatel depressiooni sümptome, rohkem esineb depressiooni hospitaliseeritud eakatel 20-40%-l ning üle 40%-l eakatest, kes saavad palliatiivset ravi (Wiese 2011). Depressioon mõjutab ja raskendab teiste krooniliste haiguste kulgu. Depressiivsed eakad külastavad sagedamini arsti ja vajavad enam kiirabiteenuseid, kasutavad rohkem ravimeid, tekitavad suuremaid ambulatoorseid kulusi, ning viibivad kauem haiglaravil. Kuigi depressioonisümptomitega eakate arv kasvab koos vanusega, ei ole depressioon vananemise loomulik osa. (Kim jt 2009.) WHO (14.12.2015) andmetel on depressiooni põdevate eakate funktsionaalne võimekus madalam, kui neil kes põevad teisi kroonilisi haigusi nagu kõrge vererõhk, diabeet. Koreas läbi viidud uuringu kohaselt kannatab seal depressiooni all 63% eakatest, 42% kannatas mööduka depressiooni all ning 21%-l olid rasked depressiooni sümptomid. Keskmise depressiooni skoor oli 6,21 (SD=3,83) (Kim jt 2009).

Ka dementsuse esinemine Eesti eakate hulgas on äärmiselt sage (Saks jt 2001). Dementsus on sündroom, mis hõlmab mälu ja mõtlemisvõime allakäiku ning hälbinud käitumist ja kahjustab võimet toime tulla igapäevaste tegevustega, nagu riietumine, söömine, isiklik hügieen ja tualetis käimine. Dementsetest 2% - 10% on haigestunud enne 65.eluaastat ning 65.eluaasta järel kahekordistub haigestumistõenäosus iga viie aastaga. Dementsus on eakate kõrval abist sõltumise ja toimetulematuse peamine põhjus. (Vanemaealiste vaimne tervis...2013.) Saks jt (2000) sõnul esineb maa piirkondades elavatel eakatel pisut rohkem dementsust kui eakakaaslastel linnades, kuid meeste ja naiste hulgas võrdselt. Peamiselt tabab see eakaid inimesi, kuid ei kuulu normaalse vananemisprotsessi juurde. WHO 2012. aasta raportis hinnatakse dementsete osakaaluks 60-aastaste ja vanemate seas 4,7%. See tähendab, et maailmas elab 35,6 miljonit dementset inimest. (WHO 15.12.2015.) Lisaks depressioonile ja dementsusele kanatavad eakad ka ärevuse, paanika ja foobiate all sagedamini, kui nooremad inimesed. Ärevus on sageli eakate depressiooni tunnuseks ning võib võimendada alanenud meeleoluga kaasnevaid füüsilisi vaevusi. (Kim jt 2009.) Nimetatud probleemidega aktiivselt tegeledes on võimalik uusi lisanduvaid tervise- ja toimetulekuhäireid ennetada või leevendada, ning parandada igapäevast toimetulekut.

2.3 Eakate toimetulekuprobleemid

Toimetulek (*coping*) on isiku või perekonna füüsiline või psühhosotsiaalne võime igapäevases elus hakkama saada (Sotsiaalhoolekandeseadus 2005). **Toimetulekuprobleem** (*coping problem*) on isiku või perekonna füüsiline või psühhosotsiaalne tegur, mis takistab inimese võimet igapäevases elus toime tulla (Duner ja Nordström 2007). Tegevused, mis kindlustavad inimese minimaalse iseseisvuse nagu söömine, liikumine, riietumine, käsitletakse enese eest hoolitsemisena, kuid toimetulekuprobleemide hindamiseks laiemalt tuleb seda vaadelda läbi tegevuste, mis võimaldavad igapäeva elus üksi hakkama saada.. Selleks tuleb uurida toimetulekut läbi erinevate tegevuste nagu majapidamistööd, toidu valmistamine, poes käimine, pesu pesemine, koristamine, rahaasjade korraldamine. (Ruuge 2006.) Vanuse kasvades väheneb funktsionaalse võimekuse tase ja sellest tulenevalt igapäevane toimetulek. Eakate toimetulek sõltub nende funktsionaalsest seisundist (Bayliss jt 2007) ning peegeldub eelkõige tema igapäevaste tegevuste sooritusvõimes (Wieland ja Hirth 2003). **Funktsionaalset seisundit** (*functional status*) on defineeritud, kui isiku tegevuste sooritamise võimet ja taset, et rahuldada igapäevaelu vajadused, sooritada vajalikke tegevusi, et kindlustada bioloogiline, psühholoogiline ja sotsiaalne heaolu (Ruuge 2006, Linton ja Lach 2007). Eakate funktsionaalse seisundi hindamine on oluline ning vajalik, sest see toob esile isiku füüsilised võimed ja haiguse mõju enesehooldusele ning toimetulekule (Muszalik 2012).

Eakate toimetulekut raskendavaks teguriks oma igapäeva eluga on kõige enam märgitud halba tervist (Saks jt 2000, Bayliss jt 2007, Ashokkumar jt 2011), aga ka madalat füüsilist võimekust, depressiivsust, mitme erineva haiguse koostoimet ning ka majanduslike ja sotsiaalseid raskusi (Ruuge 2006, Bayliss jt 2007). Eakate hinnang oma tervisele ja toimetulekuvõime on tihedalt seotud, sest terviseprobleemid ja kroonilised haigused mõjutavad oluliselt eakate funktsionaalset võimekust (Bayliss jt 2007). Eakate toimetulekuraskused on enamasti seotud ägedate või järjest süvenevate krooniliste haigustega ning nende poolt põhjustatud kliiniliste probleemidega (valu, õhupuudus, kukkumised, pearinglus, valu rinnus, perifeersed tursed, alatoitumine ning naha probleemid (Bayliss jt 2007). Kõige sagedasem faktor, mis segab eakate igapäevast toimetulekut on valu. Põhilised valust tingitud toimetulekuprobleemid ilmnevad kõige sagedamini riietumisel, liikumisel, pesemisel, tualeti külastusel aga ka toidu valmistamisel ja selle kätte saamisel. (Kaye jt 2010.) Üheks eraldi seisavaks probleemiks on veel pearinglus ja sellest tingitud hirm kukkumise ees, mis samuti takistab olulisel määral eakate igapäevast hakkama saamist. Kukkumis hirmus elav eakas hoiab alateadlikult eemale igapäeva toimingute sooritamisest (väljas käimisest, majapidamistööde tegemisest, pesemisest). (Heckenbach jt 2014.) Teisest küljest võivad toimetulekuhäired süvendada terviseprobleeme nagu näiteks raskuseid ravimite

kättesaamise ja kasutamisega ning sellest tingitud ravijuhiste mittejärgimine; või liikumishäirete tõttu toimuv kukkumine ja sellega seotud vigastused. Seega omab toimetuleku parandamine või toetamine ennetavat mõju terviseprobleemide süvenemisele. Tervis ja toimetulek on omavahel mõlemasuunalise olulise mõjuga ning geriaatrilise haige käsitus peaks haarama mõlemaid komponente. (Knight 2000.)

Eesti terviseuuringu (2006) andmetel kannatab tervisest tingitud igapäevaelu piiratuse all 23% 65-74 aastastest ja 40% 75+ vanuses eakatest. Saks jt (2000) ja Dziechciaz jt (2012) uuringust selgub, et üle poolte eakatest vajab teiste abi igapäevaeluga toimetulekul suuremal või vähemal määral, abivajadus on meeste ja naiste hulgas ligikaudu ühesugune terves Eestis ning suureneb oluliselt peale 85-ndat eluaastat. Oma toimetulekut igapäeva eluga hindas mitterahuldavalt 8% eakatest, rahuldavalt 46% ja heaks 32% küsitletutest (Saks jt 2000). Enim abi vajatakse sisseostude tegemisel, pesupesemisel, kodutöodes, transpordi vahendiga liikumisel, majapidamismasinade kasutamisel, vannis, saunas või duši all käimisel, toidu valmistamisel, treppidel ja õues liikumisel, ravimite tarvitamisel ja muudel raviprotseduuridel, aga ka lugemisel, kirjutamisel, telefoni kasutamisel ja ka riietumisel (Dziechciaz jt 2012). Tarasova (2015) uuringust selgub, et ADL (*Activities of Daily Living*) toimingutes on kõrvalabi vajadus kuni täieliku sõltuvuseni teistest 36%-l küsitletud koduõendusteenust saavatest patsientidest. ADL toimingute sooritamisel sõltuti kõige enam pesemisel 65%, alakeha riietamisel 45%, isikliku hügieeni ja ülakeha riietamisel 43%. IADL (*Instrumental activities of daily living*) toimingute sooritamisel vajati kõige rohkem abi igapäevastel majapidamistöodel 54%, toiduvalmistamisel 46%, poes käimisel ja rahaga arvestamisel 37%. IADL soorituse osas leiti statistiliselt oluline erinevus 65-84 aastaste ja 85+ aastaste hulgas.

Kuna vanus on tihedalt seotud füüsilise võimekusega siis on täheldanud, et lisaks eelpool mainitule vajatakse kõrvalist abi elukoha ja ümbruskonnaga kohanemiseks, ortopeediliste abivahendite ja rehabilitatsiooni teenuste saamiseks, kuid hingeliselt tuntakse puudust ka hoolitsusest ja teiste inimeste toest (Dziechciaz jt 2012). Srivastava ja Kandpal (2013) uuringu tulemustest selgub, et 39,7% eakatest tunneb end lähedaste poolt hüljatuna ning 34,7% arvab, et nad on lähedastele koormaks ning pooled küsitletutest tunnevad, et nad ei ole enam üldse õnnelikud ega rahul oma eluga. Rahulolu eluga ja igapäeva hakkama saamist mõjutab oluliselt sotsiaalne tugi. Väga paljud eakad elavad üksi ning on täheldatud, et võrreldes koos teistega elavatel eakatega esineb neil märgatavalt rohkem ADL ja IADL võimekuse langust.

3. EAKATE SOTSIAALABI- JA TERVISHOIUTEENUSTE VAJADUS

3.1 Eakate vajadused

Eakad moodustavad väga mitmekülgse grupi just tänu vanuse, sotsiaalse ja vaimse ning tervisliku seisundi ning seetõttu nõuab nende vajaduste defineerimine spetsiifilist lähenemist. Dziechciarz jt (2012) on jaganud eakate vajadused laias laastus kolme suuremasse gruppi: elementaarsed vajadused (õendus ja arstiabi kättesaadavust), vaimsed vajadused (võimalust ise otsustada temaga seonduva üle) ja hingelised vajadused (võimalust suhelda kirikuga ja palvetada). (.)mõjutab oluliselt eakate tervist ja toimetulekuvõimet. **Vajadus** (*need*) on seisund, kus inimene tajub millegi elutegevuseks hädavajaliku puudumist ja soovib selle puudumist kõrvaldada (Stella Gering 2009).

Uuringutest mujal maailmas ja ka Eestis selgub, et eakate vajadused on tihedalt seotud nende tervisliku seisundiga. Saks jt (2000) aastal on oma uuringus välja toonud, et eakate põhivajadused on üldarstiabi osutajate arvates enamasti seotud kroonilised kehaliste haiguste, igapäevaelu toimetulekuga, olmeprobleemide aga ka kognitiivsed häirete ning halvad elamistingimustega. Eakad, kes on tervemad ja hindavad oma tervist valdavalt heaks või rahuldavaks saavad igapäeva elu toimingute märgatavalt paremini ise hakkama, kui kehvema tervisliku seisundiga eakad. Dziechciarz jt (2012) on leidnud, et eakatel, kes elavad maapiirkondades on suuremad vajadused seoses tervise, sotsiaalse, majandusliku heaolu poole pealt.

Ashokumar jt (2011) uuringust selgub, et kõige rohkem rahuldamata vajadusi eakate hulgas on seotud teenuste kättesaadavuse (59,3%), kuulmise ja nägemisega 58%, toetuste saamisega 54,1%, igapäeva toimetustega 48,9%, aga ka enese eest hoolitsemise ja füüsilise tervisega 42,9% Lisaks eelnevale autorile on Harrison jt (2014) uuringu tulemustes välja toonud, et eakate sagedasemad rahuldamata vajadused on seotud veel, valu, naha hoolduse ja hingamiselsundkonnaga probleemidega aga ka toitumise ja sellest tingitud kaaluprobleemidega ning ka ravimite õige tarvitamise osas. Tervise seisundi halvenemine põhjustab olulisi probleeme enese eest hoolitsemisel, mis loob vajaduse ka spetsiifiliste teenuste järele (Celebioglu ja Ciceklioglu 2013), näiteks vajab ligikaudu viiendik Eesti eakatest sagedast kõrvalist abi igapäevaseks toimetulekuks (Saks jt 2000). Eakate vajadusi on küll Eestis varasemalt uuritud, kuid mitte sellisel kontingendil ning mitte sellise fookusega. Teostatud on Eesti eakate elanike tervise ja toimetulekuuuring (2000); TAI (Tervise Arengu Instituut) poolt teostatud terviseuuring (2006); SHARE (2015) uuring, lisaks väiksemaid piirkondlikke uuringuid (ka Tartu senioriuuring 2002). Eestis laialdasemalt puuduvad ühtsed alused ja standardiseeritud vahendid

(hindamisinstrumendid, standardiseeritud küsimustikud jms) pikaajaliste terviseprobleemidega ja hooldusvajadusega inimeste tervise ja toimetuleku probleemidest tingitud vajaduste hindamiseks ja abivajadust puudutavate otsuste tegemiseks ning järjepidevaks hindamiseks nii tervishoiu- kui ka sotsiaalabi sektoris. See tingib olukorra, kus spetsialistid võivad isiku probleemide ulatust hinnata vääralt, mistõttu võivad otsused inimese abistamise meetmete osas olla ebaõiged. Lisaks võib praegune süsteem põhjustada osalist dubleerimist ning raskendada isiku vajadustest, abistamise eesmärkidest ja plaanitud tegevustest tervikpildi kujundamist. (interRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs 2011: 5.)

3.2 Eakate sotsiaalabi- ja tervishoiuteenuste vajadus

Euroopa elanikkond vananeb ning sellega seoses suureneb iga aastaga tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osatähtsus. Ühes küljest, vananev ühiskond suurendab sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vajadust, teisalt, õigel ajal, õiges kohas ja õiges mahus olevad teenused on need, mis suurendavad eakate heaolu, iseseisvust, aktiivsust ning sellest tulenevalt eluiga. Toimetuleku- ja terviseprobleemide tekke ennetamiseks tuleb luua tingimused, mis kindlustaks eakatele juurdepääsu neile vajalikele sotsiaal ja tervishoiuteenustele. (Vahter 2015.) Eakate vajadusi mujal maailmas väga laialt uuritud ning jõutud järeldusele, et teenuste osutamine peaks kokkuhoiupoliitika mõttes olema senisest integreeritum. Integreeritud teenuste osutamine vähendab kulutusi ja kataks eakate multidimensionaalsest seisundist tingitud erinevad vajadused teenuste osas. Vähesse koordineerituse, koostöö ja infovahetuse tagajärjel võivad just mitmekülgsede vajadustega eakad jääda vajaliku abita. (interRAI tarkvara kasutuselevõtmise...2011, Ashokkumar jt 2011, Kehusmaa jt 2012.) Mõnevõrra on ületähtsustatud ka niinimetatud teenuste põhine lähenemine, millest tulenevalt püütakse eakate erinevad ja kiiresti muutuda võivad vajadused paigutada mingisse olemasolevasse, sageli jäika ja kitsasse teenuste süsteemi raamistikku (Paavel jt 2005, Peek jt 2009). Samas on vähem tähelepanu osutatud inimeste eneste soovidele teenuste kujundamisel ja saamisel ning erinevatele vajadustele vastavate teenuste ja/või asutuste ning nende loogilise ja paindliku süsteemi väljaarendamisele ja kasutamisele (Paavel 2009).

Ka 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. Kuna eakad moodustavad väga suure osa sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kasutajatest, siis kasvab

vajadus pöörata rohkem tähelepanu just nende tervishoiu ja sotsiaalabiteenuste planeerimisele, mis on otseselt seotud eakatega (Ashokumar jt 2001).

Eestis jagunevad sotsiaalse kaitse meetmed sotsiaalkindlustuseks ja sotsiaalhoolekandeks. Sotsiaalhoolekande toimingute süsteem soodustab inimese toimetulekut läbi sotsiaalabiteenuste. (Saksakulm 2015.) **Sotsiaalabiteenus** (*social help service*) on riiklike või kohaliku omavalitsuse poolt tagatud meetmete süsteem, mille eesmärgiks on parandada ja toetada haigete ja vanade inimese toimetulekut igapäevaeluga (Vahter 2015). Sotsiaalteenuste eesmärk on tagada inimestele eluliste vajaduste täitmise, eriti nõrgemas positsioonis olevate tarbijate puhul, kelleks on ka eakad. Igal vanuril on õigus saada sotsiaalset kaitset, sest see võimaldab vanuril jääda võimalikult kauaks ühiskonna täieõiguslikeks liikmeks, osaleda aktiivselt avalikus, sotsiaal- ja kultuurielus, saada informatsiooni vanuritele mõeldud teenuste ja vahendite ning nende kasutamise võimaluste kohta. (Sotsiaalhoolekande seadus 2015.) Sotsiaalabiteenusteks on sotsiaalnõustamine, rehabilitatsiooniteenus, proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine, koduteenused, eluasemeteenused, hooldamine perekonnas, hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandeesutuses ja toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused (Medar ja Medar 2007). Tähtsamateks teenusteks eakatele on peetud rehabilitatsiooniteenust ning proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite kättesaadavust (Vahter 2015). Rehabilitatsioon eesmärgiks on inimese toimetuleku suurendamine ja kõrval abi või toetuse vajaduse vähendamine, et hoida eakate võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja/või sotsiaalse toimimise taset, võimaldades neile nii iseseisvust ja paremat toimetulekut. (Sotsiaalteenuste osutamise tingimused... 2012.) Vahter (2015) lõputööst selgub, et eakad vajavad rehabilitatsiooniteenusest vaid füsioteraapiat, mitte sotsiaaltöötaja nõustamist, logopeedi, psühholoogi teenust. Vajatakse hoopis rohkem haigekassa poolt rahastatavaid taastusravi teenuseid (ravivõimlemine, massaaž, vesiravi, soojaravi) ja ka erinevaid tervishoiu teenuseid.

Tervishoiuteenus (*health care service*) on tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2006). Saks jt (2000) uuringu kohasel on ambulatoorsed tervishoiuteenused kätte saadavad enamuses omavalitsustes, kuid 2000 aastal oli peamiseks probleemiks vanurite põetuse korraldamine ja taastusravi kättesaadavus, kui esines raskusi ka eakate haiglaravile ja eriarstide konsultatsioonile suunamisega. Perekarstid kasutaksid meelsasti ka geriaatrilise abi teenuseid oma eakate patsientide ravimisel. Tervise Arengu

Instituudi andmetel sarnaneb 2014. aasta geriaatriliste hindamiste arv 2012. ja 2013. aastal teostatud geriaatriliste hindamiste arvuga. Võrreldes 2013. aastaga on kahe protsendipunkti võrra kasvanud üle 85-aastaste osakaal kõigi hinnatute hulgas. Valdavalt (85,1%-l juhtudest) tehti geriaatrilisi hindamisi haiglate hooldusravi osakondades, vaid 11,7% hinnangut anti teises statsionaarses osakonnas viibivate eakate tervislikule, funktsionaalsele ja sotsiaalsele seisundile. Ambulatoorses osakonnas viibijate ja mujalt suunatute osakaal jäi alla 5%. Geriaatrilise hindamise tulemusena vajas 20% statsionaarset hooldusravi (2013. aastal 24%) ning 6,6% ambulatoorset hooldusravi ning 27,6% hinnatutest vajas sotsiaalhoolekande teenuseid. (Geriaatrilised hindamised 2014.) Lisaks eelnevalt nimetatud teenustele vajavad eakad veel õendusabiteenuseid. Arengukavad ka mujal maailmas näevad ette iseseisva õendusabi teenuste osakaalu tõusu ühiskonnas aktiivravi arvelt (Walters jt 2000.) Õendusabi vajavad patsiendid, kes ei tule iseseisvalt toime kroonilistest haigusest tingitud erinevate häirete ja puuete tõttu. Enamasti on tegemist eakate inimestega. Õendusabi eesmärgiks on patsiendile parima võimaliku elukvaliteedi/toimetuleku saavutamine või säilitamine. Eestis vajavad eakad statsionaarset õendusabi ja ambulatoorsetest õendusabiteenustest valdavalt koduõendusteenust ja vähihaigete kodust toetusravi. (Hooldus ja õendusabi...). Muszalik jt (2012) on oma uurimuses leidnud, et 36% küsitletud eakatest olid täielikult sõltuvad just õendusabist ning paljud hoolekande asutustes ning haiglates viibivad eakad vajavad just õendusabi teenuseid, sest see parandaks ja säilitaks eakate hetkeseisundit ning väldiks krooniliste haiguste ja toimetulekuprobleemide ägenemist.

InterRAI KH instrumendis oli tervishoiutöötajatel võimalik valida 10 erineva teenuse vahel, mida eakas võiks vajada. Eakatele mõeldud teenuste vajadus on otseselt seotud nende tervisliku seisundi ja funktsionaalse toimetulekuga eaka koduses keskkonnas. Selleks, et tagada abivajajatele piisavalt ja õigeid teenuseid, on vaja teada, milliseid tervise- ja toimetulekuprobleeme eakatel esineb, sellest lähtuvalt on võimalik hinnata, mis laadi teenuseid ja millises mahus eakad tegelikult vajavad. Oluline on eakatele mõeldud selliste teenuste planeerimisel teha koostööd nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandeteenuste osutajatega. See on vajalik nii piirkondliku teenuste planeerimise jaoks kui ka integreeritud teenuste planeerimise ja osutamise jaoks.

3.3 Hindamise vajalikkus

Noghabi jt (2013) väidavad, et eakate tervist mõjutavad erinevad tegurid nagu geneetiline taust, keskkond, tervishoiuteenused ja elustiiliga seotud faktorid koos füüsilise, vaimse, sotsiaalse, perekondliku, hingelise ja majandusliku heaoluga ning võimega toime tulla

igapäevaelutoimingutega, mida on võimalik mõõta tervise ja funktsionaalse seisundi hindamise kaudu. 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, Nancarrow jt 2009). Praktika näitab, et eaka vajaduste hindamine ja uurimine ning sellele vastavalt neile vajalike teenuste võimaldamine tõstaks eakate elukvaliteeti, sõltumatust ning võimalust jääda aktiivseks nii ühiskonnas kui ka oma pereelus (Muszalik jt 2011). Walters jt (2000) on leidnud, et eakate kõikehõlmav hindamine, vajaduste välja selgitamine ning vastavate meetmete rakendamine vähendab riski sattuda haiglaravile või hoolekandeesutustesse ning parandab seeläbi füüsilist ja kognitiivset võimekust.

Uurimustööd näitavad, et eakad on sageli multiprobleemsed patsiendid, kelle funktsionaalse võimekuse langus suurendab eakate suremust ja haiglas viibivate päevade arvu. Aktiivrivil olles ning pärast väljakirjutamist on eakatel oht mõne geriaatrilise sündroomi tekkeks. (Muszalik 2012.) Eakatel ei ole sageli ühte juhtivat haigust, pigem esineb neil mitmeid geriaatrilisi sündroomide (inkontinents, immobiilsus, kukkumised, kognitiivse võimekuse häired jt), millele tavameditsiinis olulist tähelepanu ei pöörata, sest tunduvad esmapilgul ebaolulised või vähetähtsad, kuid selliste probleemide kuhjumisel võivad olla eakate jaoks tõsised tagajärjed (Saks 2010). Õigeaegse ja regulaarse hindamisega omaksime head ülevaadet eakate võimekusest ning sellest tulenevatest tervise- ja toimetulekuprobleemidest, samuti suudaks spetsialistid hinnata teenuste vajalikkust reaalsemalt. Läbi teenuste kättesaadavuse parandamise suudaksime suurendada eakate funktsionaalset võimekust ja elukvaliteeti nii palju kui võimalik, pöörates tähelepanu isiku füüsilise ja vaimse tervise probleemidele ning suurendades seega isiku sõltumatust formaalsest ja informaalset abist. (Wieland ja Hirth 2003.) Parson jt (2013) on oma uurimuses leidnud, et eakate seisundi hindamine aitab varem välja selgitada nende tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajaduse ning säilitab eakate iseseisvuse ning väldib seisundi halvenemist. Seetõttu on oluline eakate seisundi õigeaegne hindamine juba esmatasandi arstiabis ja vajaduste väljaselgitamine ning tervishoiu ja sotsiaalabiteenuste planeerimine koostöös teiste erialaspetsialistidega (Harrison 2014).

Eakate seisundit võimaldab esmatasandil hinnata sellisel määral interRAI KH instrument, mille eesmärgiks on isikut hinnata nii, et tulemustest lähtuvalt oleks võimalik parandada tema funktsionaalset võimekust nii palju kui võimalik, pöörates tähelepanu isiku füüsilise ja vaimse tervise probleemidele ning suurendada seeläbi isiku sõltumatust. Hindamine võimaldab kindlaks teha funktsionaalsed, meditsiinilised ja sotsiaalsed tegurid, mis piiravad praegusel hetkel

funktioneerimist või võivad tõenäoliselt tulevikus muutuda piiravaks. Lisaks võimaldab hindamine seni teadmata ja rahuldamata vajaduste edasist uurimist ning välja töötada hooldusplaani, mis tagab, et kõiki praeguseid või potentsiaalseid piiravaid tegureid vaadeldakse iga indiviidi unikaalse eluolu kontekstis ja käsitletakse selliselt, et maksimeerida isiku elukvaliteeti ning funktsioneerimist. Hindamise järgselt ei jõuta koheselt tegelda täielikult ja igakülgsest hindaja poolt kindlaks tehtud funktsionaalsete, meditsiiniliste ja sotsiaalsete teguritega. Pigem on oluline see, et identifitseeritakse kõik indiviidi elukvaliteeti piiravad olulisimad funktsionaalsed, meditsiinilised ja sotsiaalsed aspektid. Selle alusel saab edasise hindamise või hoolduse teostamiseks koostada lühemaid ja pikemaajalisi plaane. (interRAI kontakthindamise käsiraamat 2010.)

Toetudes läbi töötatud kirjandusele, seda kriitiliselt analüüsid ja hinnates julgen väita, et nii mujal maailmas kui ka Eestis on teave eakate tervise- ja toimetulekuprobleemide kohta aga ka teenuste vajadusest üsna killustunud ja liialt ühekülgne, ning puudub eakate olukorra süstemaatiline ja järjepidev ülevaade ja hindamine. Sellise teabe puudumine on tingitud mitmetest erinevatest faktoritest, kuid antud probleemi võimaldaks lahendada standardiseeritud mõõdiku kasutusel võtmine ning järjepidevate hindamiste läbi viimine esmatasandi tervishoiutöötajate perearstipraksistes. Kokkuvõtteks paraneks või säiliks eakate heaolu ning kujuneks ka välja parem ja vajadustest lähtuv tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste võrgustik.

4. METOODIKA

4.1 Metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö on õendusteaduslik kvantitatiivne, empiiriline, kirjeldav läbilõikeuuring (*cross-sectional study*) ning toetub loogilis-positivistlikule teadusfilosoofilisele suunale, mis kasutab uurimiseks just kvantitatiivseid uurimismeetodeid ning võimaldab nähtust kirjeldada objektiivselt ja reaalselt. Õendusteaduslik uurimustöö on vajalik sellise teadusliku teabe arendamiseks, mis võimaldab õdedel pakkuda tõenduspõhist õendusabi ja kvaliteetseid tervishoiuteenuseid. (Burns ja Grove 2001.) Kvantitatiivsed uurimismeetodid on teadusliku uurimise meetodid, mis keskenduvad uuritava tunnuste kirjeldamisele läbi mõõtmise, vastates esmajoonel küsimusele kui palju mingit nähtust, omadust või tunnust esineb. Kvantitatiivse uuringu põhieesmärgiks on saada statistiliselt usaldusväärseid andmeid järelduste tegemiseks. Andmete analüüsiks kasutatakse statistilisi meetodeid ning järeldused tehakse uurimismaterjali statistilise analüüsi põhjal. (McCusker ja Gunaydin 2015.) Läbilõikeuuringu puhul vaadeldakse populatsiooni kindlal ajahetkel või ajavahemikul, kus mõjutegurid ja tulemused tehakse kindlaks üheaegselt. Selliste uuringute eesmärgiks on kirjeldada valdkonna hetkeseisu. Läbilõike-uuringut iseloomustab rohkem kui ühe juhtumi uurimine, ühel ajalisel etapil, kvantitatiivselt või kvalitatiivselt, püüdes leida seoste mustreid. (Burn ja Grove 2001.) Kasutatud meetodika sobib antud nähtuse uurimiseks, sest võimaldas mõõta nähtuste, omaduste ja tunnuste esinemis sagedusi, töödelda andmeid statistiliselt ja kirjeldada andmeid kvantitatiivselt. Lisaks on ka varasemates uurimustes kasutatud sarnast meetodikat tulemuste analüüsimisel, mis võimaldas ka tulemusi paremini võrrelda.

4.2 Mõõdiku kirjeldus

Kontakthindamisvorm on eeskätt skriinimisvahend esmatasandi tervishoius ja hoolekandes, mis annab ülevaate eakate põhilistest tervise- ja toimetulekuprobleemidest, tugivõrgustikust ning teenuste vajadusest. InterRAI KH ei asenda mitmekülgset interRAI hindamist. (interRAI 2013.) Sellega sätestatakse ainult elementaarne teave vastuvõtmiseks perearsti praksistes, mille abil saab otsustada mitmekülgse hindamise vajalikkust, toetavate koduhooldusteenuste pakilisust ja vajadust spetsiifiliste teenuste järele. Mõõdik võimaldab määratleda isiku tugevused, eelistused ja eelised ning võimaldab seni teadmata või rahuldumata vajaduste edasist uurimist. Juhul, kui isik suunatakse edasisele teenusele, tuleb tema vajadused ravi ja õendus/ hooldusplaani tegemiseks veelgi põhjalikumalt hinnata kasutades teenusele sobivat täielikku hindamisvormi. (interRAI kontakthindamise käsiraamat 2010.)

Kontakthindamise vorm koosneb viiest osast: isikuandmed, hindamise taust, esmane skriinimine, kliiniline hindamine, kokkuvõtte. InterRAI KH instrument annab infot koduhooldusse suunamiseks ning on mõeldud esmase kliinilise info saamiseks, mis aitab otsustada täieliku igakülgse hindamise, toetavate teenuste ja spetsiifiliste rehabilitatsiooniteenuste vajalikkuse ja pakilisuse üle. Lisaks aitab see moodul fikseerida kõige minimaalsema kliinilise teabe, mida on vaja lühiajaliste teenuste määramiseks, ning teenuste kohta käiva info saamiseks.

Kogukonna vastuvõtu moodulit kasutatakse mitme astmelise protsessina, milles sisaldub järgnevatel osades toodud dokumentatsioon ja otsustusprotsess. Osas A on toodud demograafilised isikuandmed ja suunamise põhjused, B osas sisalduvad suunamise üksikasjad ja isiku elukorraldus, C osa on esmane skriinimine, mis sisaldab otsustusprotsessi punkte, eristamaks isikud, kes edasist skriinimist või hindamist ei vaja ja isikud, kes seda vajavad, D osa täidetakse neile, kes võivad vajada tugiteenuseid. Seal esitatakse kõik ülejäänud kliinilise otsustusprotsessi algoritmi jaoks vajalikud punktid ja kliiniline lisainfo isikute kohta, kes vajavad vaid lühiaegseid teenuseid. E osa sisaldab kliinilise otsuse ja infoallikate kohta käivat kokkuvõtet. (interRAI kontakthindamise käsiraamat 2010.) InterRAI KH vorm on toodud lisas 1. InterRAI KH vorm annab kokkuvõttes elementaarse info ka isikutest, kellel edaspidi ei ole vajadust mitmekülgset hindamist, kuid seisund eeldab ainult infot ja /või muid teenuseid, mida asutus formaalselt ei paku, kuid aitab vajadusel otsustada edaspidise igakülgse hindamise, toetavate teenuste ja spetsiifiliste rehabilitatsiooniteenuste vajalikkuse ja pakilisuse üle.

Eestis kasutatakse interRAI koduhoolduse ja asutushoolduse mõõdikuid Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi ja interRAI vahel sõlmitud lepingu alusel, mis võimaldab hindamisvormide ja käsiraamatute tõlkimist, kohandamist ning juurutamist. Käesolevas töös kasutatud interRAI kontakthindamise vorm on tõlgitud ja kohandatud teaduruuringute otstarbel (loa hoidja Kai Saks), edasine laialdasem juurutamine vajab eelmistele vormidele analoogse lepingu sõlmimist EV Sotsiaalministeeriumi ja interRAI vahel. InterRAI metoodika rakendamise eakate hindamiseks on heaks kiitnud ka Sotsiaalministeerium dokumendis Eesti hooldusravivõrgu Arengukava 2004-2015 aastateks. Ühtlasi soovitab seda Eestis laialdasemalt juurutada OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*) poolt koostatud raport. (*Monitoring and Improving Quality in Long-term Care (2013)*.) InterRAI KH eestindamine sai võimalikuks tänu Eesti Teadusagentuuri programmi TerVe rahalisele toele seoses projektiga „Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS)”. Projekt EAKAS on osa laiemast lähenemisest:“ interRAI hindamisinstrumentide kasutamise

suurendamine esmatasandi tervishoius: samm edasi integreeritud tervishoiualase infosüsteemi suunas.

4.3 Uuritavad

Eesti statistikaameti andmete järgi oli 2015 a. 1. jaanuari seisuga Eestis 246 352 inimest vanuses 65 eluaastat ja vanemad, kellest 25 313 elas Tartumaal ja 16 307 Tartu linnas (Eesti Statistikaamet). Saks jt (2000) on oma uuringus välja toonud, et perearst on eakate jaoks abi saamise seisukohalt teisel kohal laste järel. Pereõde tegeleb vastuvõttudel kolmandiku tööajast (33%) eakatega ning koduvisiite teeb õde ühes kuus keskmiselt 18-le eakale patsiendile (Saks jt 2001).

Magistritöös on uuritavateks projekti EAKAS kaasatud Tartu linnas ja maakonnas elavad 65 aastased ja vanemad inimesed, kes kasutasid oktoobris 2013, veebruaris 2014 või maikuu 2014 perearsti teenust projektiga liitunud praksistes ning kes andsid nõusoleku uuringus osalemiseks. Uuringus osales 1246 eakat neist 1018 värvati uuringusse Tartu linna perearstide/pereõdede ja 228 maakonna. perearstide/pereõdede poolt. Valimi tüüp oli käepärane, uuringusse kutsuti eakaid vanuses 65+, kes nendel kolmel uuringukuul kasutasid perearsti teenust. Käepärane valim moodustatakse populatsiooni elementidest, kes juhtuvad olema käepärast ehk õigel ajal õiges kohas (Burns ja Grove 2001). Uuringusse kutsusid eakaid perearstid ja pereõded.

Küsitlejaid kutsuti uuringus osalema Tartu linna ja Tartumaal esmatasandi tervishoiuteenust pakkuvate asutuste hulgast. Küsitlejateks olid pereõded ja -arstid. Nõusolek saadi 16 asutuselt. Viis perearstikeskust osales maakonnast ja 11 teenuse osutajat linnast. Andmeid kogusid 25 tervishoiu- ning sotsiaalala töötajat, kes hindasid uuritavate seisundit igakülgse geriaatrilise hindamise põhimõttel perearstiabis interRAI kontakthindamise instrumendiga. Geriaatrilise seisundi hindamise eesmärk on hulgi probleemse haige või kliendi kõigi toimetulekuvõimet häirivate probleemide avastamine ning optimaalse sekkumisviisi planeerimine (Saks ja Urban 2005). Uuringule eelneval perioodil tehti koolitusi küsitlejatele, mis sisaldasid loenguid eetilistest printsiipidest uuringu läbiviimisel, andmete kogumise protsessist, uuringu eesmärkidest ja hindamisinstrumendi kasutamisest.

Uuritavate leidmiseks saadeti info kõigile Tartu linna ja maakonna perearstidele ning kutsuti neid huvi korral osalema infopäeval, mis toimus 14.06.2013. Infoseminaril said soovijad registreerida osalemiseks uuringus. Perearstidele, kes ei osalenud teabepäeval saadeti korduv info uuringu kohta augustis 2013 ja osalejate koolitused toimusid septembris 2013. Haigekassa andmetel on 2015 aasta seisuga Tartu maakonnas 14 perearsti teenust osutavat asutust ja Tartu

linnas on 39 asutust (kokku 60 perearstiga), mis osutavad esmatasandi tervishoiuteenust ehk pakuvad üldarstiabi. Projekti raames andis nõusoleku oma nimistu eakaid küsitleda 16 üldarstiabist osutavat perearsti (Perearst Tiiu Kaasik OÜ, Perearst Tiiu Tootsi OÜ, FIE Galina Seremetsa, OÜ Perearst Laidi-Astrid, OÜ Mõisavahe perearstid, OÜ Perearst Anu Starkopf, OÜ dr.Merike Tubli, OÜ Tartu Kesklinna PAK, OÜ Perearstid Plaks ja Pilv, OÜ perearst S. Saarniit, OÜ Perearst Merle Randoja, OÜ Elli Kahar, OÜ Ülikooli Perearstikeskus, OÜ Alatskivi perearst, Medicum perearstikeskus OÜ ja Dr. Monika Vask OÜ).

4.4 Andmete kogumine

Uurimistöö läbiviimiseks on saadud luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (protokoll nr. 227/T-12, 17.06.2013)(vt lisa 2). Mõõdiku interRAI KH tõlkimiseks ning kohandamiseks on saadud luba (vt lisa 3), mida kinnitab interRAI konsortsiumi esindaja Eestis dotsent Kai Saks.

Andmete kogumise protsessis ja küsitlemises osalesin ka ise ühe perearsti praksise raames. Andmeid koguti esmatasandi perearstikeskustes, kui ka patsientide kodudes. Uuringusse värbamine toimus uuringuga liitunud pereõde ja –arstide kaudu. Hindamine erinevatel uuringuperioodidel tulenes sellest, et aastaajad mõjutavad eaka tervise seisundit ja toimetulekut (Srivastaava 2010, Zeng jt 2010) ning tulemused võimaldavad kirjeldada eakate seisundit erinevatel uuringukuudel. Uuritavatele tutvustati uuringu eesmärke ja sisu vastavalt vajadusele, kas eesti või vene keeles (vt lisa 4 ja 5) ning kui uuritav ei olnud võimeline küsimustele vastama siis küsitleti nende esindajat või lähedast. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning kõigilt osalejatelt/ või nende esindajat küsiti selleks kirjalik nõusolek. Patsiendi/esindaja nõustumisel loeti talle ette või tutvus patsient/esindaja ise nõusolekuvormiga, mis allkirjastati kahes eksemplaris, millest üks jäi uuritavale. Vt „Informeeritud isiku nõusolekult eesti keeles ja vene keeles“ (vt lisa 6 ja 7) ja „Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht eesti ja vene keeles“ (vt lisa 8 ja 9). Samuti teavitati neid uurimistöö eesmärgist ning kulgemisest. Soovi korral oli võimalik uurimistööst igal ajal keelduda. 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 allkirja informeeritud isiku või informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekulehele. Andmete kogumisel ning säilitamisel arvestati konfidentsiaalsuse nõuetega, ning kogutud andmed kasutati ainult statistiliseks analüüsiks.

Täidetud hindamisvormid koguti kokku küsitlejate poolt ning toimetati projekti meeskonna kätte (esmatasandi ankeetide eest vastutas Ruth Kalda). Iga küsitlusperioodi lõpus toimus kogutud

ankeetide kokku korjamiseks vaheseminar, kus võeti kokku kogu küsitlusperiood ning räägiti probleemidest ning ettepanekutest. Andmete analüüsimiseks ja konfidentsiaalsuse tagamiseks kõik ankeedid kodeeriti vastavate koodidega küsitlejate poolt, et säiliks anonüümsus ja tulemused esitatakse üldistatud kujul. Igal küsitlejal, asutusel ja uuringus osalenud isikul oli oma kindel number. Kogutud andmeid analüüsiti anonüümselt: nende statistiline analüüs toimus uuringukorraldajate 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. Käesoleva töö autor sai analüüsimiseks vaid kontakthindamise instrumendiga teostatud tulemused, mis hõlmasid vaid esmatasandi tervishoidu andmebaasi.

4.5 Andmete analüüsimine

InterRAI kontakthindamise instrumendi kasutamine eeldab, et andmeid analüüsitakse kvantitatiivselt. Andmete analüüsimiseks kasutasin statistilist programmi StatCrunch ja Microsoft Excel 2013 tabelarvutusprogrammi. Üksiktunnuste analüüsimiseks kasutasin kirjeldavat statistikat, sest andmed olid kogutud struktureeritud andmete kogumise meetodiga. Kirjeldav statistika võimaldab kirjeldada olemasolevat olukorda, ning teha kindlaks praktikas esinev probleem ja selle esinemissagedus (Burns ja Grove 2001). Valitud instrument võimaldab kirjeldada eakate põhilisi tervise ja toimetulekuprobleeme. Lisaks annavad uuringu läbi viinud professionaalid hinnangu uuringusse kaasatud isiku teenuse vajaduste kohta. Kirjeldava statistika eesmärk on saada rohkem teavet uuritava nähtuse kohta, seega täidab see analüüsi meetod käesoleva töö eesmärgi, milleks on välja selgitada eakate tervise ja toimetuleku probleemid ning professionaalide poolt hinnatud teenuste vajadust. Valimi suuruse arvutamiseks on olemas spetsiaalsed statistilise arvutuse valemid, mida kasutasin ka oma valimi mahu ja esinduslikkuse kontrollimiseks. Arvestades, et Tartus ja tartumaal elas 2013 aasta 1.jaanuari seisuga üle 65 aastaseid inimesi 32951 ning arvutuste kohaselt kaasati uuringusse 3,78% selle valimiga on saavutatud *confidence intervall* (+/-3,58%) peaaegu 4, *confidence leveliga* 99%. Siis näitab see, et selle tulemuse jaoks oli vajalik miinimumvalim 1008 eakat (tegelikult kaasati uuringusse 1246 eakat)(*Creative Research System 22.04.2016*).

Paber kandjal kogutud andmed sisestati iga uuringu kuu järgselt vastavasse programmi, mis on projekti EAKAS raames välja töötatud. Kogutud andmed koondati interRAI andmekogusse ning analüüsimiseks eristati vajalikud sihtrühmad (antud juhul perearstiabi teenuse kasutajad). Tulemused esitati valdavalt protsentides (vajadusel ka absoluutarvudena) ja ning leiti p-

väärtused. Järjestus- ja arvtunnuste puhul leiti keskmised ja standardhälve. Statistilise olulisuse leidmiseks kasutasin hii ruut testi, mis on mitteparameetriline test, mida kasutatakse samast valimist leitud protsentide võrdlemiseks. Sagedustabeli alusel teostav test annab vastuse küsimusele, kas erinevus kahe grupi sagedusjaotuses on statistiliselt oluline või mitte ehk kas erinevus valimite proportsioonides lubab väita, et proportsioonid üldkogumites on erinevad. (Chernick 2011.) Statistilise olulisuse nivooks määrati väärtus $p < 0,05$. Erinevused otsiti järgmistes gruppides: mehed ja naised; vanusegrupid 65-84 ja 85+; üksi ja koos teistega elavad ja osaliselt ka uuringuperioodide lõikes. Antud gruppide jaotus on tingitud sellest, et varasemates uurimustes on tulemusi esitatud sarnaselt, ning see võimaldab paremini võrrelda. Töö tulemustest parema ülevaate saamiseks summeeriti erinevate vastusekoodide tulemused nii, et tekkiks enamasti 2 tunnust – seisundit ei esine ja seisund esineb (sõltumata selle raskusastmest). Näiteks terviseseisundite hindamise tulemustes eristati need, kes olid koodiga 0 (seisundit ei esinenud) kõigist teistest (nr 1 -seisund esineb, kuid mitte 3 viimase päeva jooksul, nr 2-1 päeva vältel viimase 3 päeva jooksul, nr 3 - 2 päeva vältel viimase päeva jooksul ning nr 4 - iga päev viimase 3 päeva jooksul). Ankeetide analüüsimisel esines ka puudulikult täidetud ankeete, kuid neid ei kõrvaldatud uurimusest, sest vastasel korral oleks kaotatud olulist teavet. Kuna esines puuduvaid andmeid, siis näidati tulemuste esitamisel valimi suurus, millest protsent arvutati. Andmete analüüsimisel tugineti interRAI kontakthindamise käsiraamatule (2010).

ADL toimingute sooritamise juures hindasin eakate sõltumatust, korraldusliku abi, juhendamist ning füüsilist abi pesemise, isikliku hügieeni, alakeha riietamise ja liikumise juures. Pesemise all on mõeldud keha pesemist üle kogu keha vannis/dušši all. Selle punkti all on mõeldud ka siirdumist vanni/dušši alla ja ka sealt välja ning iga kehaosa pesemist välja arvatud selja ja juuste pesemist. Isikliku hügieeni all on mõeldud juuste kammimist, hammaste pesemist, habeme ajamist, kosmeetika kasutamist aga ka näo ja käte kuivatamist. Selle punkti all hügieeni mõiste ei hõlma vannis/dušši all käimist. Alakeha riietamise alla mõeldakse seda, kuidas eakas paneb riide ja riietub lahi vööst allpool (üleriided, pesu), sealhulgas paneb proteesid, ortoosid, vööd, püksid, seelikud, kingad, kinnitusvahendid). Liikumise all on mõeldud seda, kuidas eakas liigub ühest kohast teise samal korrusel (jalgsi või ratastooliga). Liikudes vaid ratastooliga hindasin seda, kas isik on iseseisev sellega liikumisel.

IADL võimekuse all hindasin toidu valmistamist, igapäevaseid majapidamistöid aga ka ravimite kasutamist ning trepil käimist. Toidu valmistamise all on mõeldud seda, kuidas eakas valmistab süüa seal hulgas planeerib toidud, muretseb koostisosad, keedab/küpsetab, asetab lauale toidud ja söögiriistad. Igapäevaste majapidamistöde all on mõeldud seda, kuidas need tööd (peseb nõud,

pühib tolmu, korrastab voodi, koristab toad, peseb pesu) sooritatakse. Ravimite kasutamise all on mõeldud seda, kuidas tuleb toime ravimite kasutamisega (mäletab võtta, teab, kuidas avada pudeleid, võtab õigeid ravimite doose, teeb süsti määrib salve). Trepil käimise all on mõeldud seda, kuidas suudab treppidel liikuda(12-14 astet).

Professionaalid hindasid kodus osutatavate teenuste vajalikkust, mis oli ühtlasi küsimustiku viimane osa. Hindaja pidi isiku teenustele suunamise vajaduse otsuse langetamiseks üle vaatama kogu info, mida on isiku kohta kogutud A, B, C ja D osades. Lühiajalised teenused on teenused, mida rakendatakse juba enne kodus läbi viidavat täielikku hindamist ja mille kestus on vähem, kui 60 päeva või teenused, mida isik vajab eeldatavalt vähem kui 60 päeva (näiteks lühiaegne operatsiooni järgselt läbi viidav haavahooldus). Pikaajaliste teenuste alla klassifitseeruvad teenused, mille kestus on eeldatavasti rohkem, kui 60 päeva: näiteks isikuabi teenused.

4.6 Uurimustöö valiidsus ja reliaablus

Enne uurimisandmete kogumist läbisid kõik küsitlejad põhjaliku koolituse ning tegid 1-3 piloothindamist, millele järgnes esmase kogemuse järgne arutelu. Pilootuuringu raames kogutud andmed arvati lõplikult andmebaasist välja, sest mõõdik on keeruline ja seal võis esineda valesti mõistmist ja tõlgendamist. 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 abivahendiks käsiraamat instrumendi kasutamise kohta. Esimese uuringukuu järgselt tehti kogutud andmete analüüs, avastamaks võimalikke tüüpilisi vigu (valdavalt olid vastuste kodeerimise vead) ja ennetamaks nende kordumist järgmise uuringuperioodi jooksul.

Kasutatud hindamisvormi usaldusväarsust kinnitavaid uuringuid töö raames ei leitud. Siiski on teada, et InterRAI hindamisvormide muutmist alustati 2001. a eesmärgiga, et kõik erinevad 25 instrumenti sisaldaksid samu definitsioone ja punkte ning uuendatud instrumendid märgistati kui „interRAI“ vahendid (Morris 2003). InterRAI KH küsimustik on välja töötatud koduhoolduse hindamise täieliku vormi alusel, uuringus kasutatud versioonil interRAI KH 9.2 oli selleks interRAI KO. Täieliku hindamise vormidest on longituudsete andmete põhjal selekteeritud prognostiliselt kõige tundlikumad hindamispunktid ja koostatud algoritmid, mille tulemuste alusel saab otsustada edasise täieliku hindamise vajalikkuse üle ning teenuste vajaduse pakilisuse üle esmatasandil. Selliselt saadi skriinimiseks sobiv interRAI hindamisinstrument nii esmatasandi tervishoiu, kui erakorralise meditsiini osakonna jaoks. Teiste InterRAI vahendite

reliaablust ehk korratavust tõendavad mitmed suured uuringud. Kuna kontakthindamise instrument on välja töötatud teiste interRAI vahendite põhjal ja selle üksiku hindamisvahendi reliaablust ja valiidsust tõendavat teavet leida pole siis saan tugineda vaid teiste interRAI vahendite hindamistulemustele ja usaldusväärset kinnitavatele uurimustele. Hirdes jt (2008) uurimuses jäävad *Mean kappa* väärtused vahemikku 0,40-0,81 ning koduhooldusvormi *Mean kappa* oli 0,69. Lisaks kinnitab Kim jt (2014) oma uuringus interRAI reliaablust (*Mean kappa* 0,81) hinnates eakate funktsiooni ja tervist jätkuva hoolduse planeerimiseks. Nende tulemuste põhjal ei saa ma väita, et kasutatud mõõdik on usaldusväärne, kuid antud interRAI instrumenti on kasutatud mitmetes varasemates uuringutes eeskätt erakorralise meditsiini osakondades, kuid järeldusi ja kokkuvõtteid on tehtud hindamisvahendi kasutamise otstarbekuse kohta ka perearstipraksistes ning on leitud, et antud instrumendi kasutamine võimaldab paremini leida probleemsed valdkonnad ja aitab välja selgitada eakatele vajalike teenuste mahu. Lisaks on Eesti Sotsiaalministeerium tellinud Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskusest (RAKE) interRAI tarkvara kasutuselevõtu võimaluste analüüsi, mille tulemusel leiti, et interRAI vahendid on meile kõige sobivamad seisundi igakülgse hindamiseks ning on ühtlasi ka valideeritud meetodika võrreldes teiste maailmas laiemalt kasutatavate meetodikate seas ning tervishoiutöötajad on valmis seda Eesti kontekstis kasutama. (interRAI tarkvara kasutuselevõtu...2011).

Costa jt (2014) viisid interRAI KH vormiga läbi uuringu erakorralise meditsiini osakondades, kus uuritavateks olid samuti eakad. Uuringu tulemustest selgus, et antud küsimustiku kasutamine aitab välja selgitada olulisi terviseprobleeme ja kitsaskohti ning leida sobivaid lahendusi, et haiglast välja kirjutamise järgselt ei tekiks eakatel tüsistusi (Costa jt 2014). Gray jt (2013) ning Cormack ja Wiens (2013) hindasid kontakthindamise instrumendi kasutamist erakorralise meditsiini osakondades (EMO), ning jõudsid järeldusele, et antud instrument annab elementaarse teabe eaka funktsionaalsest seisundist ja geriaatrilistest probleemidest ning antud küsimustiku kasutamine juba esmatasandil aitaks vähendada ja ka vältida eakate sattumist EMO-sse. Uuringutele tuginedes võib väita, et InterRAI hindamisvahendite süsteem on teadmispõhine, valiidsus (mõõdab seda, mis eesmärk oli püstitatud), kuid reliaablust (korratavust) võib mõjutada eakate terviseseisundi muutumine ajas. Siiski on interRAI hindamisvahendites sisalduvate hindamispunktide ning skooride/skaalade reliaablus ja valiidsus kinnitatud paljudes uuringutes (Hirdes jt 2008a, Hirdes jt 2008b, Heckmann jt 2013). Meetodi usaldusväärsusel (valiidsusel ja mõõtmise reliaablusel) põhineval seisundi hindamisel saadud tulemused võimaldavad neid kasutada mitmete eesmärkide saavutamiseks: hoolduse kvaliteedi parandamiseks, hoolduse planeerimiseks, tuginedes hinnatava enese ressursidele ja teades tema maksimaalset

toimetulekuvõimet, hooldusteenuse osutajate tegevuse hindamiseks võrdsetel alustel, hindamistulemuste kasutamiseks uurimustööde teostamisel ja võrdlusel nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt. (Saks ja Urban 2005.)

5. TULEMUSED

5.1 Taustaandmed

Uuritavaid osales kokku 1246 (oktoobris 461, veebruaris 382, mai 403) . Uuritavatest 71% (886) olid naised ja 29% (360) mehed. Täpsem meeste ja naiste vaheline jaotus vanuserühmade kaupa on kujutatud tabelis 1. Uuritavate keskmine vanus oli 75 aastat (SD 6,4), noorim 65- ja vanim 101-aastane. Uuritavad jagasin 6 vanuserühma. Kõige rohkem uuritavaid oli vanusegrupis 70-74 eluaastat 29,9% (372) ning kõige vähem vanusegrupis 90-101 1,68% (21). Enamus uuringus osalenutest olid eestlased (81,5%) ning sama palju neist rääkisid ka eesti keelt. Sõidukijuhi luba puudus 72%-l (846) ja oli olemas 28%-l (345) eakatest.

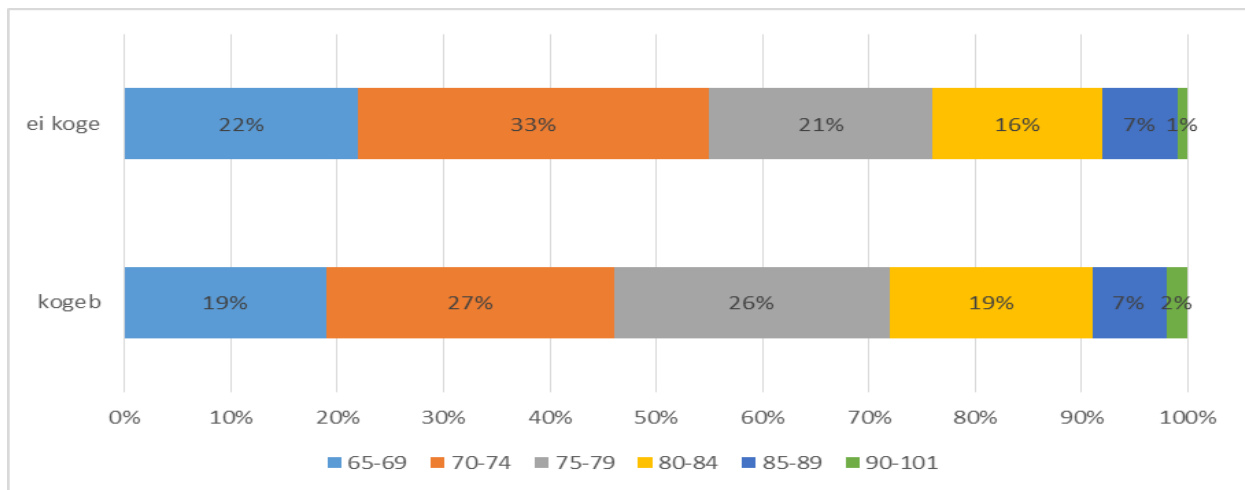
Tabel 1. Uuritavate vanuseline jaotus

Vanusegrupp n=1246	Mehed n=360	%	Naised n=886	%
65-69	71	20	186	21
70-74	115	32	257	29
75-79	85	23	207	23
80-84	67	19	150	17
85-89	17	5	70	8
90+	5	1	16	2

Puuet ei esinenud 43%-l (493) küsitletutest, keskmine puue oli määratud 18%-le (205), raske puue 35%-le (400) ja sügav puue 5%-le (61). Koos teistega elavatel eakatel, keda oli uuringus 693, esines rasket puuet 32% (220) ja üksi elavatel, keda oli 463, esines rasket puuet 38% (178) eakal. Rasket puuet esines vanuserühmas 85+ aastaste seas oluliselt rohkem, kui 65-84 aastaste seas (67%, n=48 vs 58%, n=352; p=0,03). Statistilist olulisust puude raskuse osas ei leitud meeste ja naiste (p=0,77) ega ka üksi ja koos teistega elavate eakate hulgas (p=0,13). Igapäevaselt suitsetas 5% (64) küsitletutest.

5.2 Eakate terviseprobleemid

Oma tervisliku seisundit hindas suurepäraseks 1% (8), heaks 11% (136) eakatest, keskmiseks 58,6% (729) ning halvaks 28,8% (358) eakatest. Üksi elavad eakad hindasid oma tervist halvaks oluliselt sagedamini kui koos teistega elavad eakad (31%, n=149 vs 27% n=206; p=0,05). Uuringu kuude lõikes statistiliselt olulist erinevust oma tervislikule seisundile ei leitud (p=0,61). Statistilist olulist erinevust ei leitud ka tervise hinnangute osas meeste ja naiste (p=0,23) ega ka vanuserühmade (p=0,22) vahel. Üle poolte kõikidest (55%, 661) vastanutest kogeb küsitlusperioodidel ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme. Statistilise olulisuse erinevust ägedate või krooniliste probleemide osas ei esinenud meeste ja naiste (p=0,44), üksi ja koos elavate (p=0,98) ega ka vanuserühmade vahel (p=0,39). Täpsem jaotus vanuserühmade kaupa joonisel 1.

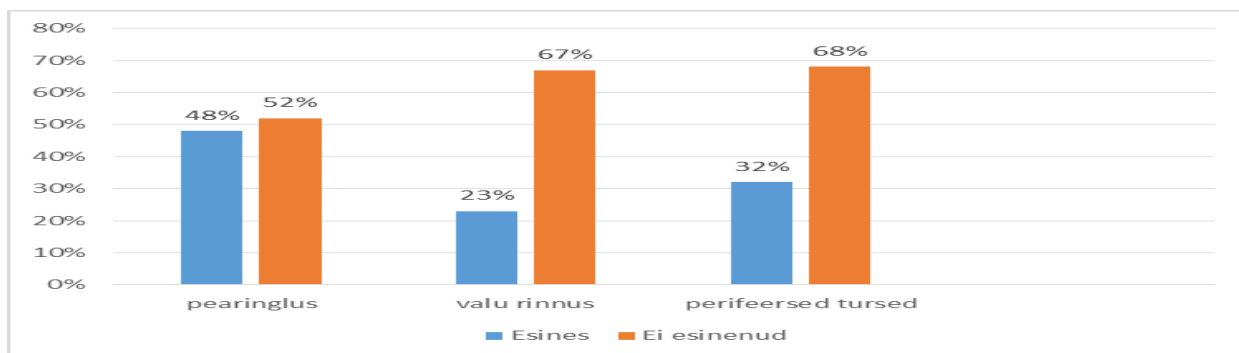


Joonis 1. Krooniliste ja ägedate probleemide kogemine vanuserühmade kaupa

Küsitlusest selgus, et 28%-l (356) küsitletutest esines seisundeid/ haiguseid, mis muutsid nende kognitiivse ja ADL võimekuse, meeleolu või käitumise ebastabiilseks. Täpsem jaotus vanuserühmade kaupa joonisel 2. Statistiliselt olulisust erinevust ei täheldatud selles küsimuses meeste ja naiste ($p=0,12$) ning üksi ja koos teistega elavate hulgas ($p=0,26$), ega ka vanuserühmade vahel ($p=0,08$). Määratud põhi diagnoosidest esines kõige enam hüpertooniatõbe 23% (281), diabeeti 8% (100) gonartroosi 7% (90), astmat 5% (60), eesnäärme suurenemine 4% (48), ateroskleroosi 3% (35), B-12 vitamiini vaegust 3% (32), kodade virvendust ja laperdust 2,4% (30), glaukoomi 2,2% (28), alajäsemete vaarikseid 2% (25), depressiooni 2% (25). Ühel inimesel esines mitu erinevat diagnoosi korraga.

Õhupuuduse hierarhilise skaala (0-3) keskmine tulemus oli 0,6 (SD=0,9). Mõõdukal tegevusel esines õhupuudust 26%-l (323) eakatest, igapäevasel tavalisel tegevusel esineb düspnoed 12%-l (148) ning 6%-l (70) esineb see terviseprobleem ka rahuolekus ning 56%-l (700) puudub selline kaebus. Statistiliselt olulist erinevust uuringugruppide vahel (sugu, vanus ja üksi või kellegagi koos elavad) ei täheldatud.

Probleemsetest seisunditest esineb kõige sagedamini pearinglust 48%-l (595) ning enam vähem võrdselt valu rinnus 33%-l (404) ning perifeerseid turseid 32%-l (399) (vt. joonis 2). Statistiliselt oluline erinevus täheldati pearingluse ja ka perifeersete tursete osas kus selgus, et naistel esineb pearinglust (52%, $n=457$ vs 38%, $n=137$; $p<0,0001$) ja perifeerseid turseid (35%, $n=303$ vs 27%, $n=96$; $p=0,009$) võrreldes meestega rohkem. Vanuserühmade ja üksi ja koos teistega elavate vahel pearingluse ($p=0,90$; $p=0,18$), perifeersete tursete ($p=0,82$; $p=0,08$) ja valu rinnus ($p=0,92$; $p=0,12$) esinemise osas erinevusi ei leitud. Täpsem kliiniliste probleemide jaotus uuringugruppide kaupa tabelis 2.

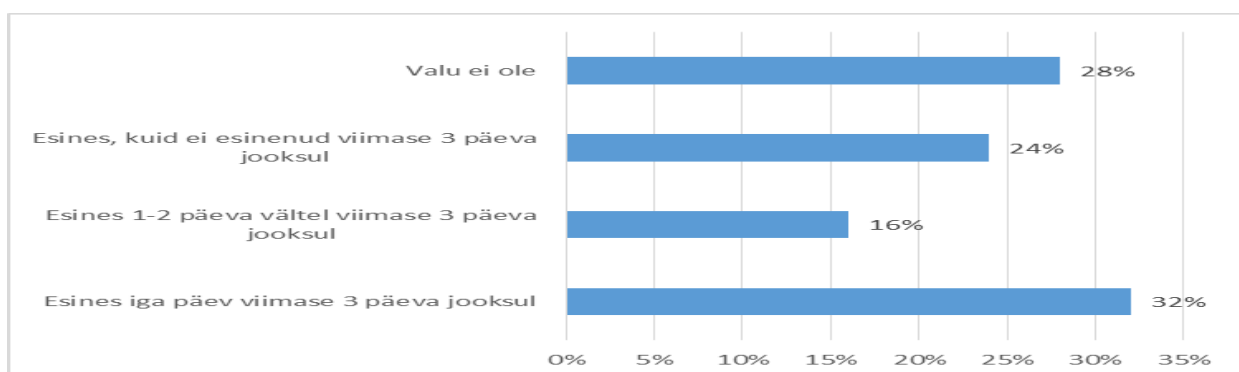


Joonis 2. Probleemsete seisundite esinemise sagedus

Tabel 2. Kliiniliste probleemide esinemine uuringugruppide kaupa

Terviseprobleemid	Üksi elavad %	Koos elavad %	Mehed %	Naised %	65-84 %	85+ %
Õhupudus	44	43	42	44	43	43
P	0,84		0,38		0,98	
Pearinglus	50	46	38	52	48	50
P	0,19		<0,0001		0,73	
Valu rinnus	74	70	69	73	72	72
P	0,12		0,09		0,97	
Perifeersed tursed	35	30	27	35	32	37
P	0,08		0,009		0,23	
Kukkumised	19	14	15	17	16	20
P	0,02		0,39		0,35	
Valu	74	70	69	73	72	72
P	0,12		0,09		0,97	

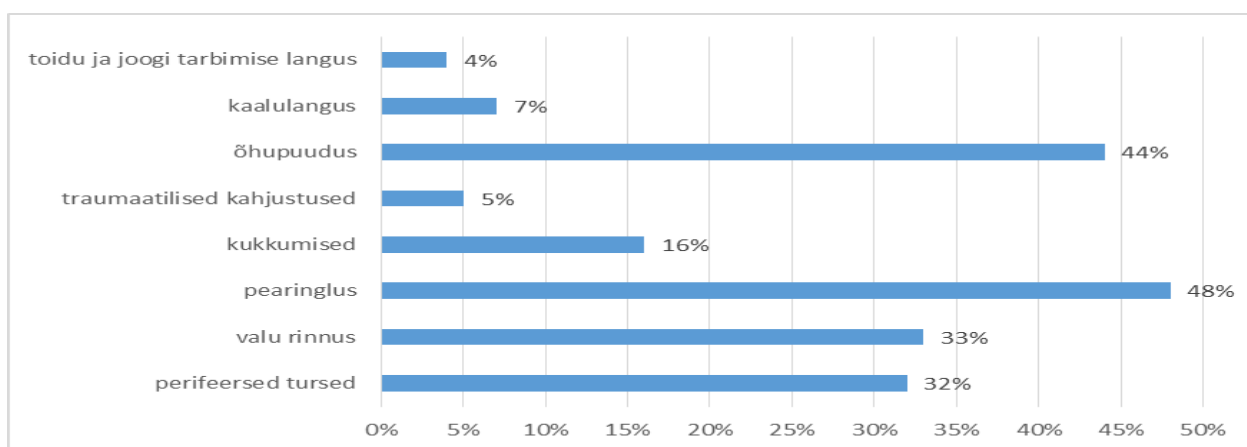
Üleüldist valu esines 72%-l (891) eakatest ning valu esinemise sagedust viimase 3 päeva lõikes on kirjeldatud joonisel 3. Olulist erinevust valu esinemise osas uuringugruppide (sugu, vanuserühm ja üks ja koos elavad) vahel ei leitud.



Joonis 3. Valu esinemise sagedus

Kõige rohkem esines eakatel mõõdukat valu 40%-l (498), võrdselt esines 15%-l (182) nõrka ja tugevat valu. Kohati väga tugevat ja piinavat valu esines 3%-l (42) eakal ning valu ei esinenud 27%-l (349) patsientidest. Valu tugevuse ja uuringugruppide (sugu, vanus ja üks või kellegagi koos elavad) vahel statistiliselt olulist erinevust ei leitud. Küsimustik võimaldas hinnata lamatishaavandite, üldisemaid naha probleeme ning traumaatilisi kahjustusi. Selgus, et mõne ala

püsiv nahapunetus esines 2% (21), ulatuslike nahaprobleeme oli samuti 2% (27) inimesel ja traumaatilisi nahakahjustusi esines 5% (65). Hinnates eakate toitumist selgus, et 7% (87) eakatest esines kaalulangust ning 17% (175) eakatest on olnud spetsiaalsel dieedil. Toidu ja joogi tarbimise langust esines 4%-l (46) eakatest. Nendes valdkondades statistiliselt olulist erinevust uuringugruppide vahel ei leitud. Kukkumisi esines 16%-l (203) eakatest. Üksi elavad eakad kukuvad sagedamini, kui koos teistega elavad eakad (19%, n=94 vs 15%, n=109; p=0,02), vanusegruppide (p=0,35) ning meeste 15% (53) ja naiste 17% (150) kukumise vahel statistiliselt olulist erinevust ei leitud. Kokkuvõtlik ülevaade sagedasematest tervishäädadest eakatel, mida antud küsimustikuga oli võimalik hinnata on näha joonisel 4.



Joonis 4. Sagedasemate tervishäädrete esinemine eakatel

5.3 Eakate toimetulekuprobleemid

5.3.1 Eakate kognitiivne võimekus

Eakate kognitiivse võimekuse hindamise skaala (0-6) sõltumatust kuni koomani, keskmine oli 0,23 (SD=0,6). Kognitiivsetes oskustes olid peaaegu või täielikult sõltumatud (skoor 0-1) 96% (1190) eakatest ja oluliselt halvenenud oli kognitiivne võimekus (skoor 4-5) 1%-l (15) ning minimaalset või mõõdukalt oli halvenenud (skoor 3-4) 4%-l (41) eakatest. Muutused igapäeva otsuste tegemises võrreldes 90 päeva tagasi oli paranenud 5%-l (62) eakatest, muutusteta on püsinud 75%-l (929) ning halvenenud on 19%-l (233) küsitletutest. Statistiliselt olulist erinevust igapäevaotsuste tegemise osas uuringugruppide (sugu, vanus ja üksi või kellegagi koos elavad) vahel ei leitud. Eakatest 89% (1103) saab sõnalise teabe sisust ja teistest inimestest aru ning 11% (132) küsitletutest harva/mitte kunagi ei saa aru. Üksi ja koos elavate (p=0,12) ja meeste ja naiste ning vanuserühmade vahel (p=0,53) statistiliselt olulist erinevust sõnalise teabe sisust aru saamise osas ei leitud. Küsitlusele eelnenud kolmel viimasel päeval on kurbust, masendust või lootusetust tundnud 32% (401) eakatest, ning statistiliselt esineb naistel võrreldes meestega

rohkem kurbust, masendust ja lootusetuse tunnet (36%, n=315 vs 24%, n=86; p< 0,0001) võrreldes meestega. Vanusegruppide (p=0,23) ja üksi ja koos teistega elavate eakate (p=0,06) vahel meeleolu languse osas erinevust ei leitud. Uuringu kuude lõikes eakatel hinnangus meeleolule erinevusi ei leitud (p=0,77). Meeste ja naiste vahel (p=0,83) ja üksi ja koos elavate vahel (p=0,57) uuringu kuude lõikes statistiliselt olulist erinevust meeleolu kõikumiste osas ei leitud.

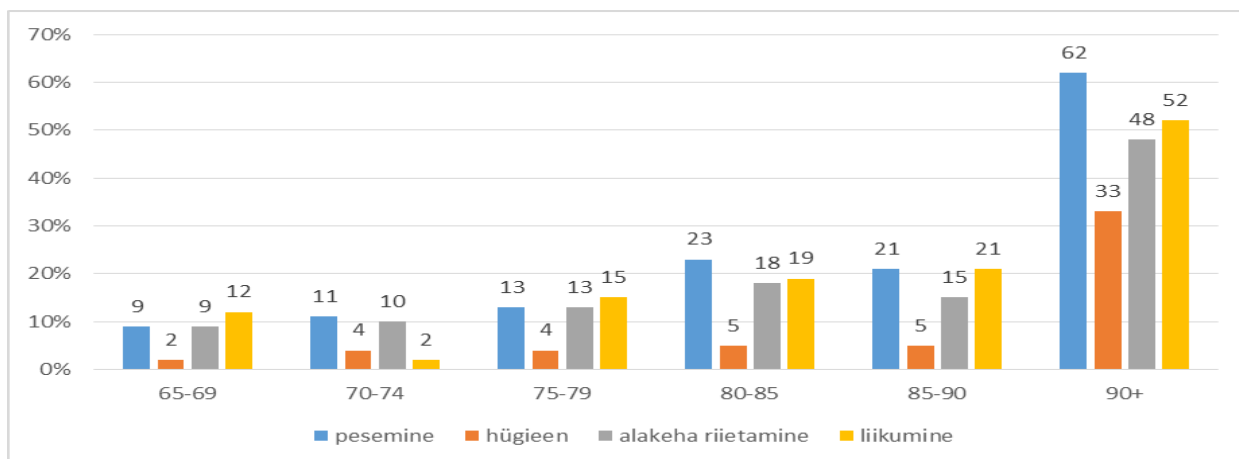
5.3.2 Eakate elukorraldus

Üksi elas 39% (487) ja koos abikaasa/ elukaaslasega 39% (486) eakatest ning koos teistega 22% (264). Koos teistega elavad rohkem mehed võrreldes naistega, kes elavad rohkem üksi (39%, n=293 vs 86%, n=420; p< 0,0001). Vanuserühmade vahel olulist erinevust ei leitud (p= 0,12). Oma majas/korteris/üüritud toas elas valdav enamus uuritavatest 98% (1216). Uuringugruppide vahel olulist erinevust ei leitud. Eakate esmased peamised mitteametlikud abilised on valdavalt lapsed 44%-l (529) ning abikaasa 34%-l (405) ülejäänud 15% (182) aitavad teised ning 7%-l (84) eakal puudub üldse esmane mitteametlik abiline. Naistel on meestega võrreldes peamiseks abiliseks laps või minia/väimees (51%, n=437 vs 26%, n=92; p<0,0001). Meestel on võrreldes naistega peamiseks abistajaks valdavalt abikaasa (60%, n=210 vs 23%, n=195; p<0,0001). 85+ aastaseid abistavad võrreldes 65+ vanustega samuti peamiselt lapsed või minia/väimees (31%, n=63 vs 21%, n=234;p<0,0001). Üksi elavaid eakaid abistavad võrreldes koos teistega elavatega samuti peamiselt lapsed (58%, n=269 vs 35%, n=258;p<0,0001) ja koos teistega elavaid võrreldes üksi elavatega peamiselt abikaasa (53%, n=389 vs 3%, n=16; p<0,0001). Teiseks peamiseks mitteametlikuks abiliseks on samuti lapsed 42%-l (403), abikaasa 7%-l (67) ning teine abiline puudub 33%-l (317) eakatest. Esmane peamine abiline elab 52%-l (618) koos eakaga ning teine abiline elab 18%-l (171) koos eakaga. Peamistest abistajatest 8% (92) väljendab stressi, viha või depressiooni tundeid ning 8%-l eakatest väljendavad perekond või lähedased ülekoormust eaka haiguse tõttu. Abistaja on rohkem üle koormatud koos teistega elavate eakate puhul (9%, n=67 vs 5%, n=25;p<0,0001) võrreldes üksi elavate eakatega. Meeste ja naiste (p=0,49) ja vanusegruppide (p=0,68) vahel ei olnud abistaja ülekoormuse osas statistiliselt olulist erinevust.

5.3.3 Igapäevaste elutegevuste (ADL) sooritamine

Tulemustest selgus, et enamasti on eakad sõltumatud või vajavad vaid korraldusliku abi pesemisel 85% (1057), liikumisel 85% (1056), alakeha riietumisel 87% (1081) ja isikliku hügieeni osas 95% (1185). ADL võimekuses tekkib kõrvalise abi vajadus alates 80-ndast eluaastast (joonis 5). Tulemustest selgus, et ADL toimingutes on 85+ aastased võrreldes 65-84

aastastega rohkem sõltuvad füüsilisest abist: pesemisel (29%, n=31 vs 13%, n=152;p<0,0001), liikumisel (27%, n=29 vs 13%, n=156;p=0,0002), isiklikus hügieenis (10%, n=11 vs 4%,n=46;p=0,003) ning ka alakeha riietamisel (21%, n=23 vs 12%, n=137;p=0,006). Meeste ja naiste hulgas ning ka üksi ja koos teistega elavate eakate hulgas ADL toimingute sooritus võimes olulist erinevust ei leitud. Täpsem koondinfo ADL toimingutes sõltuvate eakate kohta uuringugruppide kaupa tabelis 3.



Joonis 5 .ADL toimingute sooritamisel abivajadus

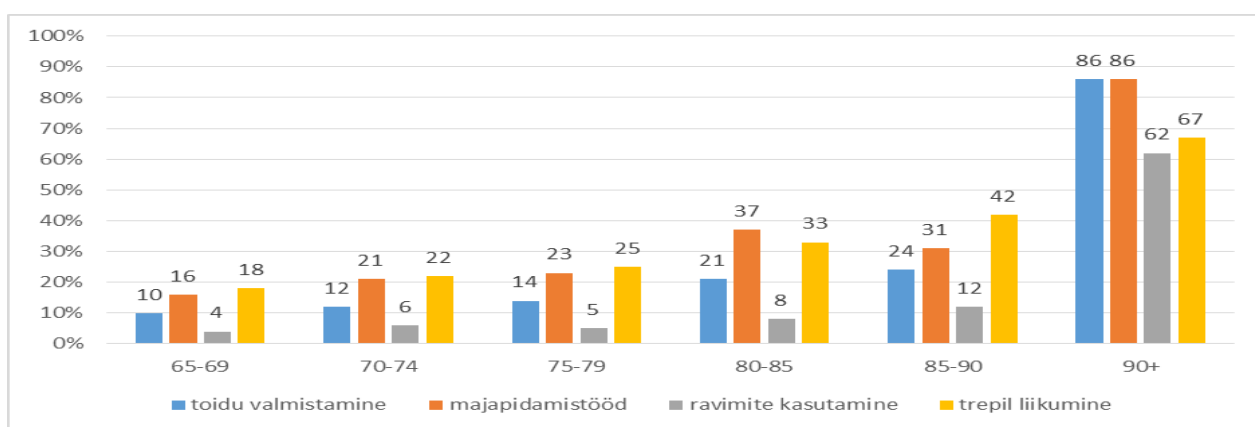
Tabel 3. ADL toimingutes sõltuvad eakad uuringugruppide kaupa

ADL toimingud	Üksi elavad n=487 %	Koos elavad n=755 %	Mehed n=360 %	Naised n=886 %	65-84 n=1138 %	85+ n=108 %
Keha pesemine P	15 0,98	15	15 0,72	15	13 <0,0001	29
Alakeha riietamine P	12 0,24	14	13 0,74	13	12 0,0064	21
Liikumine P	15 0,98	15	15 0,76	15	14 0,0002	27
Isiklik hügieen P	4 0,71	5	5 0,64	4	4 0,0036	10

5.3.4 IADL võimekus

Enim ollakse sõltuvad trepil käimisel 26%-l (302) ning igapäevastes majapidamistöodes 25% (310) aga 16%-l (192) eakatest valmistab probleeme ka toidu valmistamine ning 7% (85) eakatest vajab abi ka ravimite tarvitamisel. Jooniselt 6 on näha, et IADL võimekuses suureneb kõrvalise abi vajadus 80-ndast eluaastast: suurenevad probleemid igapäevaste majapidamistöode tegemisel, treppidel liikumisel ning toidu valmistamisel. Võrreldes meeste ja naiste IADL võimekust selgub, et meeste võimekus on võrreldes naiste omaga madalam toidu valmistamisel (24%, n=85 vs 12%, n=107; p<0,0001), igapäeva majapidamistöodes (29%, n=104 vs 23%, n=206; p=0,03), ning ka ravimite kasutamisel (10%, n= 35 vs 6%, n=50; p<0,009). Trepil liikudes naiste ja meeste vahel olulist erinevust ei leitud. Koos teistega elavad eakad on võrreldes üksi

elavatega rohkem sõltumatamad toidu valmistamisel (19%, n=143 vs 10%, n=48; p<0,0001) ja ravimite tarvitamisel (8%, n=60 vs 5%, n=24; p=0,03). Vanusegrupp 85+ on võrreldes 65-84 aastastega rohkem sõltuvad toidu valmistamisel (37%, n=39 vs 14%, n=153; p<0,0001) ja igapäeva majapidamistöodes (42%, n=45 vs 23%, n=265; p<0,0001) aga ka treppidel liikumisel (47%, n=47 vs 24%, n=255; p<0,0001). Eakate IADL võimekus oli paranenud võrreldes 90 päeva tagusega vaid 4%-l (16) meestest ja 7%-l (60) naistest, halvenenud 21%-l (76) meestest ja 25%-l naistest (221) (p=0,13), muutumatuks hindasid olukorda 74% (264) meestest ja 67% (589) naistest. Üksi ja koos teistega elavate eakate ja vanusegruppide vahel IADL võimekuses muutusi ei leitud. Täpsem koondinfo IADL toimingutes sõltuvate eakate kohta uuringugruppide kaupa tabelis 4.



Joonis 6. IADL toimingute sooritamise abivajadus

Tabel 4. IADL toimingutes sõltuvad uuringugruppide kaupa

IADL toimingud	Üksi elavad n=487 %	Koos elavad n=755 %	Mehed n=360 %	Naised n=886 %	65-84 n=1138 %	85+ n=108 %
Toidu valmistamine	10	19	24	12	14	37
P	<0,0001		<0,0001		<0,0001	
Igapäevased majapidamistööd	23	27	29	23	42	23
P	0,14		0,03		<0,0001	
Ravimite kasutamine	5	8	10	6	5	22
P	0,03		0,009		<0,0001	
Trepil liikumine	26	26	26	26	24	47
P	0,87		0,88		<0,0001	

5.4 Tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus

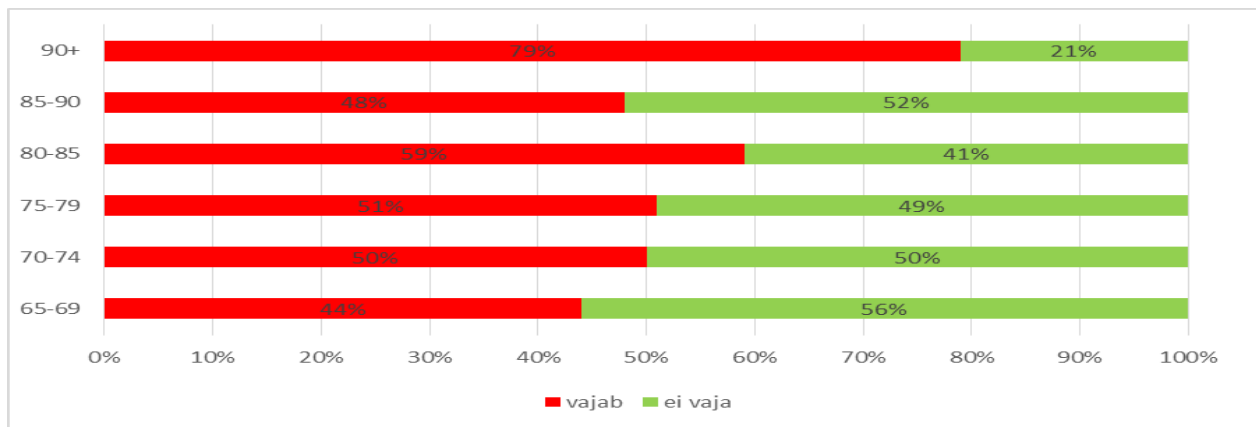
Perearsti poolt määratud ravi alustamise aeg hierarhiline skaala (0 ei vaja ravi ja skaala 1-5 on määratud ravi alustamine 72 tunnist 12 tunnini). (0-5) keskmine oli 1,4 (SD=1,4), mis näitab, et määratud ravi alustamise aeg jääb vahemiku 72 või rohkem tundi. Ravi alustamise ajaks 72 või rohkem tundi oli määratud 65%-l (803) eakal ning 17%-l (207) jäi ravi alustamise aeg 12-48 tunni vahele ja 18%-l (221) ei määratud perearsti juures ravi. Kõige rohkem oli ravi määratud 85+ aastastele (73%, n=78 vs 65%, n=725; p=0,0006) võrreldes 65-84 aastastega, meeste ja naiste ning üksi ja koos elavate hulgas erinevusi määratud ravi osas ei leitud. Perearstide poolt oli määratud enim haavahooldust 3%-le. Muudest ravidest oli ära märgitud püsikateeteri, infusioonravi, hapnikravi, taastusravi, füsioteraapia, stoomi vajadust, ja teiste erialaarstide konsultatsioonide vajadus. Eraldi rehabilitatsiooni teenusele suunati 10% (117) perearstide patsiente ja palliativset teenust vajas 2% (22) küsitletutest.

Küsitletutest 92% (1142) pole viimase 3 kuu jooksul erakorralise meditsiini abi kasutanud ning 8% (94) on vajanud erakorralist abi ühel korral ning 2% (20) abi vajanutest on kasutanud erakorralise meditsiini abi kahel korral kolme kuu jooksul. Kirurgilist abi on 90 päeva jooksul vajanud 6% (69) vastanutest.

5.5 Otsused teenuste vajalikkuse osas

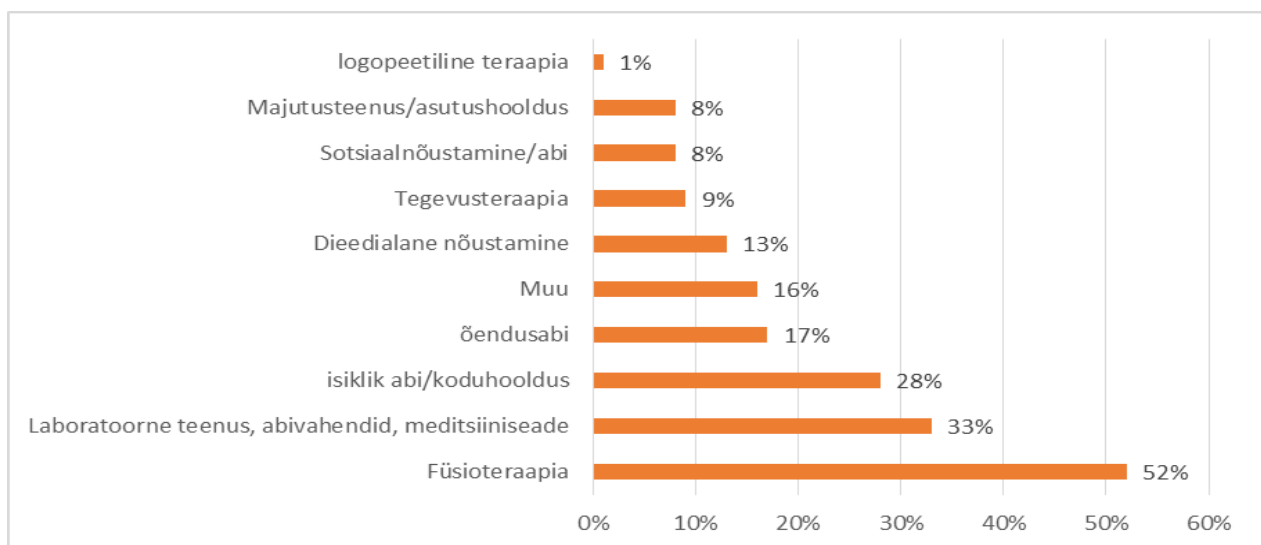
Küsitlejate arvates vajab hindamise põhjal kodus osutavaid teenuseid 51% (585) Täpsem jaotus vanuserühmade kaupa joonisel 7. Teenuste vajaduse osas erinevate uuringugruppide vahel erinevusi ei leitud. Lühiajaliste teenuste vajajaid on hindajate põhjal 23% küsitletutest ning tegelik teenuse vajadus jääb vahemikku (95%CI 18%-28%). Mehed vajavad võrreldes naistega rohkem lühiajalisi teenuseid (38%, n=24 vs 18%, n=33; p=0,0001) ning koos teistega elavad eakad vajavad rohkem lühiajalisi teenuseid võrreldes üksi elavatega (28%, n=36 vs 17%, n=20; p=0,03) vanuserühmades olulist erinevust ei leitud.

Eeldatav teenusel viibimise aeg skoor (0-2) keskmine 0,9 (SD=0,9) jääb hindajate arvates 0-60 päeva vahele. Ning vajadust mitmekülgse, näost näkku hindamise järele oli skoor (0-5) keskmine 1,1 (SD=1,4) leiti et keskmiselt peaks hindamine toimuma rohkem kui 14 päeva jooksul. Kõikidest küsitletutest vajab hindamist 19% (241), kõige enam vajavad edasist hindamist professionaalide arvates 85+ aastased võrreldes 65-84 aastastega (85%, n=23 vs 57%, n=122; p=0,004). Erinevust ei leitud üksi ja koos elavate ja meeste ning naiste hulgas lühiajaliste teenuste vajaduse osas.



Joonis 7. Teenuste vajadus vanuserühmades

Hindajatel oli võimalus valida 10 erineva teenuse vahel peale hindamist ning otsustada milliseid teenuseid eakas hetke seisundi põhjal kõige rohkem vajaks. Võimalik oli valida mitu teenust ühe isiku kohta. Kõige enam peeti vajalikus füsioteraapia teenust 52%-l (303), laboratoorset teenust või abivahendit 33%-l (190), isikliku abi või koduhooldust 28%-l, õendusabi teenust 17%-l (102), Vähem peeti vajalikuks teisi teenuseid (joonis 8). Eakad vanuses 85+ vajavad võrreldes 65-84 aastastega rohkem õendusabi (33%, n=17 vs 16%, n=83; p=0,001), isiklikuabi või koduhooldust (52%, n=26 vs 26%, n=138; p<0,0001) ja sotsiaalnoustamist/ -abi (17%, n=9 vs 7%, n=36; p=0,006). Üksi elavad eakad on võrreldes koos teistega elavate eakatega suuremad isiklikuabi või koduhooldus teenuse vajajad (39%, n=87 vs 21%, n=72; p<0,0001), ning koos teistega elavad vajavad rohkem laboratoorseid teenuseid, abivahendeid ning meditsiiniseadmeid (36%, n=127 vs 27%, n=63; p=0,02), ning rohkem vajatakse ka tegevusteraapiat (11%, n=38 vs 6%, n=14; p=0,05). Meeste ja naiste teenuste vajamise osas statistiliselt olulist erinevusi ei leitud. Täpsem ülevaade teenuste vajalikkusest uuringugruppide kaupa tabelis 5.



Joonis 8. Teenuste rakendamise hädavajalikkus

Tabel 5. Teenuste vajadus uuringurühvide kaupa

Teenused	Üksi elavad n=487 %	Koos elavad n=755 %	Mehed n=360 %	Naised n=886 %	65-84 n=1138 %	85+ n=108 %
Õendusabi n=584	17 p=0,48	17	20 p=0,16	16	16	33 p=0,0009
Isiklik abi /koduhooldus n=573	38 p<0,0001	27	30 p=0,52	27	26	52 p<0,0001
Füsioteraapia n=581	6 p=0,39	11	55 p=0,45	51	53	44 p=0,23
Tegevusteraapia n=582	6 p=0,05	11	10 p=0,62	9	9	10 p=0,85
Dieedialane nõustamine n=584	12 p=0,38	14	12 p=0,71	14	14	6 p=0,09
Laboratoorne teenus, abivahend, meditsiiniseade n=548	27 p=0,02	36	38 p=0,10	31	32	37 p=0,51
Majutusteenus/asutushooldus n=584	1 p=0,5	1	38 p=0,10	31	32	37 p=0,51
Sotsiaalnõustamine/-abi n=582	7 p=0,65	8	9 p=0,60	7	7	17 p=0,006
Logopeediline teraapia n=581	0,4 p=0,82	0,5	0,6 p=0,82	0,4	0,4	2 p=0,13
Muu n=563	13 p=0,15	17	17 p=0,62	15	15	14 p=0,76

6. ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärk on kirjeldada Tartu piirkonna perearsti teenust saavate eakate (65+) tervise ja toimetuleku probleeme ning tervishoiu- ja sotsiaalabi vajadust, kasutades interRAI metoodikat, et saada elementaarne teave vastuvõtmiseks esmatasandil. InterRAI kontakthindamise instrumendiga saadud teabe abil saab otsustada edasise mitmekülgse hindamise vajalikkust, toetada koduhooldusteenuste ja raviotsuste vastuvõtmist ning hinnata vajadust spetsiifiliste teenuste järele. Uurimuses osales 1246 eakat, mis moodustab 4,5% Tartumaa eakatest ning moodustas käepärase valimi.

6.1 Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimuste tulemustega

6.1.1 Eakate füüsilise tervise probleemid

Käesolevas uurimuses jäi uuritavate keskmine vanus 75 eluaasta piiridesse, ning enamasti olid teenuste saajateks naised, mis on sarnane varasemate uurimustega Eestis, Poolas, Türgis ja USA-s, sest ka nendes riikides on naiste osakaal rahvastikus suurem tänu pikemale elueale, mis tingib ka esmatasandi tervishoiuteenuste suurema tarbimise naissoost eakate poolt (Saks ja Tiit 2016, Vanemaealiste ja eakate tervise... 2015, Dziechciaz jt 2012, Muszalik jt 2012, Celeleioglu ja Cieceklioglu 3013 ja Bayliss jt 2007). Valdav osa küsitletutest elas käesoleva uuringu andmetel oma kodus koos abikaasa (46%) või lastega (12%) ning ka vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringust selgub, et esmase sotsiaalse kontakti kellegagi koos elavate vanemaealiste jaoks moodustab abikaasa või elukaaslane (68%) ja seejärel lapsed (21%). Põhjamaades elab rohkem eakaid üksinda 83%, võrreldes käesoleva uuringuga (39%) ja ka Lõuna- Euroopa maadega (Sørbye (2009)). Põhjamaades ja ka selle uuringu andmetel on eakatele peamiseks abistajateks just täiskasvanud lapsed (44%) olenemata sellest, et nad ei ela koos vanematega (Sørbye 2009). Selline erinevus on tingitud kultuuride vahelisest erinevusest, väärtushinnangutest ja tõekspidamistest aga kindlasti ka erinevast tervishoiu- ja sotsiaalabi süsteemist. Kõige rohkem uuritavaid osales oktoobri kuus, mis kattub ka sügisese suurema haigestumise tõusuga ning sellel perioodil esines ka kõige rohkem ägedate ja krooniliste probleemide ägenemist 42% vastanutest. Paljud kroonilised haigused (liigeshaigused ja kopsuhaigused) ägenevad just sügisest niiskete ja jahedate ilmade saabudes ning ka levima hakkavad viirusinfektsioonid mõjutavad oluliselt krooniliste haiguste kulgu ja eakate enesetunnet (Srivastava 2010). Vanemaealiste üks terviseprobleemide näitaja on ka puude esinemine. Käesolevas uurimuses oli puue määratud üle poole küsitletutest (58%) ning nii nagu ka selles uurimuses leiti ka vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringus (2015), et kõrgemates vanusegruppides on puudega inimesi enam, mis on ka ootuspärane kuna vanusega nõrgeneb füüsiline tervis ja toimetulekuvõime (Bayliss jt 2007).

On täheldatud, et puudega inimeste hulgas oluliselt enam neid inimesi, kes oma tervist halvaks hindavad (56%), kui nende hulgas, kel puuet määratud pole (14%) (Vanemaealiste ja eakate...2015).

Käesoleva uurimus tulemustest selgub, et peaaegu üks kolmandik (29%) küsitletutest hindas oma tervist halvaks ning üksi elavad eakad hindavad oma tervist teiste uuringugruppidega võrreldes just kehvemaks. Tarasova (2015) aasta uurimusest, aga selgub, et koduõendusteenust saavad eakad hindavad oma tervist veel halvemaks (50% küsitletutest), ning ka USA, Türgi eakad, kes põevad mitmeid erinevaid kroonilisi haigusi korruga hindavad ligikaudu pooled eakatest oma tervist samuti halvaks (Bayliss jt 2012, Celebioglu ja Ciceklioglu 2013). Selline tulemus on arvatavasti tingitud koduõenduse saajate tõsistest füüsilise ja vaimse tervise probleemidest, halvenenud funktsionaalne võimekusest ehk sõltuvuses teistest. Lisaks on koduõendust teenust saav patsient sageli komplekssete probleemidega kojuaeheldatud eakas. (Tarasova 2015.) Eestis 2006 aastal läbi viidud terviseuuringu ja SHARE uuringu (2015) kohaselt hindas 65+ ja vanemad inimesed oma tervist halvaks või väga halvaks üle poole küsitletutest. Saks ja Tiit (2016) väljaandest selgub, et just Eestis hindasid inimesed oma tervist kõige halvemaks. Küsitletutest 24% hindas oma tervist halvaks või väga halvaks, kuid keskmisest enam oli ka neid, kes hindasid oma tervist heaks või väga heaks (ning põevad endi sõnul keskmisest vähem kroonilisi haiguseid). Nii nagu ka käesolevas uurimuses leidsid Saks ja Tiit (2016), et keskmisest enam hindas oma tervist halvaks 75-aastased ja vanemad ja ka üksi elavad inimesed. Need on ka inimesed, kel on keskmisest enam kroonilisi haigusi. Eestiga sarnaselt suurenes halva tervisehinnanguga inimeste osakaal märgatavalt iga vanuserühmaga Iisraelis, Itaalias, Hispaanias ja Tšehhis. (Saks ja Tiit 2016.) Käesolevas magistritööst ja ka mujal maailmas läbi viidud uuringutest (Bayliss jt 2012, Muszalik 2012, Celebioglu ja Ciceklioglu 2013) selgub, et tervise enesehinnangut mõjutab eelkõige vanus ja sellega kaasnevad kroonilised haigused aga ka elukorraldus.

Käesolevas uuringus on hinnang tervislikule seisundile mõjutatud ägedate ja krooniliste probleemide esinemisest 54%-l küsitletutest, ning (2015) aastal läbi viidud uuringust selgub, et kroonilise haigusega inimeste osakaal on jäänud samaks nagu see oli varem: neid põeb enda sõnul 60% vanuserühmast 50–74 ning 64% kõigist vanemaealistest (Vanemaealiste ja eakate...2015). Käesolevast tööst, kui ka Tarasova (2015) uuringust selgub, et nii esmatasandi tervishoidu, kui ka koduõendus ja õendusabi teenust saavatel eakatel domineerivad valdavalt sarnased kroonilised haigused- hüpertooniatõbi, diabeet ja erinevad artroosid, erinevad südamehaigused, aneemia, kopsuhaigused aga ka depressioon, dementsus ja vähktõved. Siiski on

nende haiguste esinemissagedus käesolevas uuringus antud andmetiku põhjal üllatavalt madal, võrreldes Tarasova (2015) uuringuga. Selline tulemus võib olla mõjutatud eakate enda arvamusest, erinevas valimi suurusest, hindajate märkimisest ning ka andmesisestusest, sest kirja oli vaja panna üks põhidiagnoos, mis oli viimase perearsti visiidi põhjus ja lisaks oli võimalus märkida kuni neli teist diagnoosi, mis esinesid ja said aktiivset ravi või vajasid vaid jälgimist. Üldkokkuvõttes ei erine Eesti eakad nende haiguste esinemise osas teiste riikidega võrreldes. Näiteks põevad ka Poola ja USA eakad 1-8 erinevat kroonilist haigust korraga (Muszalik 2012, Bayliss 2007). Eestlastega sarnaselt valmistavad eakatele erinevaid terviseprobleeme südame ja veresoonkonna, luu ja lihaskonna aga ka endokriinsüsteemi ja hingamiseldkonna haigused (Muszalik 2012, Bayliss 2007, Dzieshciaz jt 2013).

Käesolevas töös oli võimalik hinnata ka eakate erinevaid terviseprobleeme, mis ei ole tavaliselt üksi esinev probleem vaid mõne kroonilise haiguse sümptom või kõrval mõju. Käesolevast magistritööst selgus, et perearsti külastavatest eakatest esines õhupuudust (56% vs 27%) ja valu rinnus (33% vs 23%) rohkem ja vähem peeringlust (62% vs 48%) ja perifeerseid turseid (46% vs 32%) võrreldes koduõendusteenust saavate patsientidega (Tarasova 2015). Kindlasti esineb eakatel veel erinevaid terviseprobleeme, kuid antud küsimustikuga oli võimalik hinnata vaid nende esinemissagedusi. Need on ka ühed sagedasemad kaebused, mille tõttu eakad perearstiabi otsivad ning mis käivad paralleelselt kaasas erinevate krooniliste haigustega, põhjustades toimetulekuprobleeme (Bayliss jt 2007). Seetõttu on oluline nende probleemide fikseerimine ja põhjuste välja selgitamine esmatasandi tervishoiutöötajate poolt, et planeerida ravi ja toetavaid teenuseid.

Krooniliste terviseprobleemidega kaasneb sageli valusündroom. Perearsti teenust kasutavatel patsientidel täheldati vähem valu, kui koduõendusteenust saavatel eakatel (72% vs (82%) (Tarasova 2015). Sellegi poolest oli igapäevaselt valu talunud üks kolmandik küsitletutest, ning tegemist oli enamasti mõõduka valuga, kuid märkimist väärib asjaolu, et 24% vastanud eakatest kannatab tugeva või kohati isegi piinava valu all. SHARE (2015) uuringu andmetel kannatas valu all 50,2% küsitletutest ning sagedamini esines valu naistel kuigi Eestis oli vahe sugude vahel võrreldes teiste uuringus osalenud riikidega kõige väiksem. Lisaks sages valu esinemine enamikus uuringus osalenud riikides vanuse kasvuga. Käesolevas uuringus valu esinemis sageduse ja valu tugevuse osas sugude ja vanusegruppide vahel olulisi erinevusi ei leitud. Saks ja Tiit (2016) väidavad SHARE uuringu põhjal, et Eestis polnud valu hinnangud küll kõige halvemad võrreldes teiste Euroopa riikidega, kuid halvemate seas siiski. Küll aga on nii Eestis kui ka mujal maailmas eakate valu esinemine üsna suur probleem, mis segab oluliselt igapäeva

elutegevust ja hakkama saamist ning mõjub halvasti vaimsele tervisele (Bayliss jt 2007). Valu nii sageda esinemise põhjuseid on kindlasti mitmeid ning neid peaks esmatasandil kindlasti põhjalikumalt uurima ja põhjuseid kõrvaldama ning ravima, et võimaldada eakatel elada valuvabalt. Valu esinemise kõrge protsent võib olla tingitud asjaolust, et sageli peavad eakad valu sündroomi normaalse vananemise osaks ning ei pöördugi selle tervisehädaga arstide poole. Teisest küljest võib valu olla tervishoiutöötajate poolt alahinnatud ja seetõttu ka alaravitud. (Schulz jt 2015).

Kuna valu on Pasquetti jt (2014) arvates oluline riskifaktor kukkumiseks siis antud töös on hinnatud ka seda aspekti, sest valu esinemine on seotud halvenenud liikumisvõimega, tasakaaluhäiretega ning ebakindla kõnnakuga. Kukkumisi esines 16%-l ning selgus, et naised ja üksi elavad eakad kukuvad sagedamini ning on seetõttu ka riskirühm, keda tuleb selles osas jälgida, nõustada ning kukkumist soodustavaid tegureid elimineerida. Kukkumine on väga oluline terviseprobleem, mis on tingitud ka elukorraldusest ja haiguste esinemisest ning enamasti lõpeb toimetulekuraskuste suurenemisega (Rubenstein 2013, Heckenbach jt 2014). Kindlasti on kukkumisest enim ohustatud kõige eakamad, sest tulemustest selgub, et 90 aastastest ja vanematest on viimase 90 päeva jooksul kukunud iga kolmas.

6.1.2 Eakate vaimse tervise probleemid

Tervislik seisund mõjutab oluliselt eakate vaimset tervist ja meeleolu. Näiteks esines ühel kolmandikul vastanutest (29%-l) haigusi, mis mõjutavad nende meeleolu. Käesolevas töös ei hinnatud konkreetselt depressiooni esinemist, küll aga selgus, et 1% vastanutest oli põhidiagnoosina märgitud just depressioon. Ligikaudu kolmandik eakatest oli tajunud viimasel kolmel päeval enne küsitlemist kurbust, masendust või lootusetuse tunnet. Erinevad meeleoluhäired võivad olla aluseks depressiooni tekkele ja viidata ka algavale depressioonile (Evans ja Mottram 2000). Saks ja Tiit (2016) SHARE uuringu kokkuvõttes selgub, et Eesti vanemaealistest inimestest oli võimalik depressioon 36,6%-l. Eestiga sarnaselt oli depressiivsus kõrge Itaalias ja Prantsusmaal ning kõigis osalenud riikides oli depressiivsus naistel suurem kui meestel. Nii nagu ka SHARE (2015) uuringus esines ka käesolevas uurimuses naistel rohkem meeleoluhäireid, mis teiste uurijate arvates tingitud naiste emotsionaalsusest (Simon ja Nath 2004). Lisaks naiste suuremale depressiivsusele leiti SHARE (2015) uuringus, et Eestis, Austrias, Itaalias, Iisraelis ja Sloveenias suurenes depressiivsuse esinemine iga vanuserühmaga, mis ei leidnud kinnitust käesolevas uuringus. Küll aga leiti, et üksi elavad tajuvad pisut rohkem muutusi meeleolus, mis on arvatavasti seotud vähese sotsiaalse suhtluse ja aktiivsusega. Üksi

elavad tunnevad end üksiku ja hüljatuna ning sageli arvatakse, et neid pole enam kellelegi vaja (Srivastava ja Kandpal 2013).

6.1.3 Eakate toimetulekuprobleemid

Käesoleva uuringu põhjal on eakate toimetulekut mõjutav kognitiivne võimekus üsna hea, vaid 5%-l küsitletutest oli otsuste tegemine igapäeva elus mõõdukalt või oluliselt halvenenud. Samuti saab sõnalise teabe sisust aru kaks kolmandiku vastanutest. Selgus, et kognitiivne võimekus halveneb just peale 85+ eluaastat ning sarnastele tulemustele on jõudnud ka Dziechciaz jt (2013). Positiivsena saab välja tuua veel selle, et igapäeva elutegevuste (ADL) sooritamises on suur osa eakatest 88% sõltumatud teistest inimestest või vajavad vaid korraldusliku abi. Juhendamist ja füüsilist abi vajab enda sõnul 12% vastanutest, kuid antud küsimustikuga ei hinnanud me seda kas seda abi ka realselt saadi. See on valdkond, kus koostööd peavad tegema tervishoiu ja sotsiaalabi valdkonnad, et vajalik abi oleks määratletud ja kindlasti ka tagatud.

Sarnaselt Tarasova (2015) uuringuga vajavad eakad füüsilist abi kõige rohkem pesemisel, riietumisel ja ka liikumisel. Perearsti külastavatest eakatest moodustavad riskirühma ADL toimingute sooritamisel 85+ vanuserühm, kuid koduõendusteenust saavate eakate hulgas hoopis üksi elavad eakad. IADL toimingute sooritamises olid käesolevas uurimuses nii nagu ka koduõenduse teenust saavad eakad (Tarasova 2015) enim sõltuvad igapäevastes majapidamistöodes ja trepil liikumises ning ka selles valdkonnas suurenes füüsilise abi vajadus oluliselt peale 85 eluaastat. Riskirühma 85+ vanuses eakate ADL ja IADL võimekus oli kolme kuu tagusega võrreldes 36%-l halvenenud. Selline tulemus ei üllata jällegi, sest vanuse suurenedes eakate tervis ja füüsiline võimekus halveneb. Ühe riskigrupina perearsti külastavatest eakatest tuli IADL toimingute all välja veel meeste madalam võimekus toidu valmistamisel, majapidamistöodes ja ka ravimite tarvitamisel. Selline tulemus võib olla seotud asjaoluga, et meestel on peamised mitteametlikud abistajad abikaasad, kes on nendes valdkondades pädevamad. Riski rühma moodustavad aga need meesterahvad, kes elavad üksinda ning seega vajavad nendes valdkondades rohkem abi, mis on mõtlemiskoht jällegi hindamist läbi viivale tervishoiutöötajale, et teha koostööd sotsiaal valdkonnaga ja tagada parim võimalik abi nendes valdkondades. Fakt, et koos teistega elavad eakad on sõltumatumad on tingitud abistajatega koos elamises, mis on kindlasti positiivne näitaja. Ka Dziechciaz jt (2013) uurimusest selgub sarnaselt Eestile oli ligikaudu 20% eakatest täiesti sõltuvad teiste abist eriti just peale 80-ndat eluaastat ning enamus eakatest, kes elavad koos lähedastega on sõltumatumad ning nende toimetulek on oluliselt parem võrreldes üksi elavate eakatega. Küll aga on Poola eakad rohkem sõltuvamad ravimite kasutamisel (50%), majapidamistöodes (70%), toiduainete varumises ja toidu

valmistamisel (62%) aga ka liikumisel (52%) (Dziechcias jt (2013) ning suuri probleeme valmistab Muszalik jt (2012) ja Harrison jt (2014) tulemuste kohaselt veel ka liikumine, riietumine, isikliku hügieeni eest hoolitsemine ja igapäeva toimingud. Eestiga sarnaselt on USA, Poola, Austraalia, Türgi eakatele probleemid toimetuleku osas sarnased. Enim valmistab probleeme liikumine, pesemine, riietumine, hügieeni toimingud, igapäevased majapidamistööd, aga ka toidu valmistamine ja kätte saamine ning ka ravimite tarvitamine (Bayliss jt 2007, Muszalik jt 2012, Dziechcias 2013, Harrison jt 2014, Celebioglu ja Ciceklioglu 2013).

6.1.4 Eakate tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajadus

Seoses erinevate tervise ja toimetuleku probleemidega vajava eakad erinevaid tervishoiu ja sotsiaalabiteenuseid, et säilitada või parandada tervist ja seeläbi ka igapäevast toimetulekut. Käesolevas uurimuses hinnati ka teatud tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste vajalikkust. Esmalt selgus, et eakatele määratud ravi alustamise aeg jääb 72 või rohkema tunni juurde. Käesolevas töös ei uuritud seda, kas ja kuidas ravi alustatakse ja mis seda mõjutab. Nii käesolevas uurimuses kui ka vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringus (2015) vajavad enim ravi 85+ vanuserühm ning kõige enam määratakse perearsti poolt just haavahooldust. Käesolevas töös ei selgu, kes seda teenust osutab pereõde praksises kohapeal või tehti koduvisiite või suunati eakad koduõendusteenusele. Arvatavasti sõltub see hoolduse ulatusest ja koduõendusteenuse kättesaadavusest maakonnas. Teenuste vajadust hindas küsitlev tervishoiu töötaja ning pidi selleks üle vaatama kogu eelneva saadud info ning tegema otsuse, milliseid teenuseid eaka tervislik seisund ja igapäevane toimetulek nõuab ja eeldab. Tervishoiutöötajate arvates vajab lühiajalisi teenuseid (kestus kuni 60 päeva) 23% küsitletutest ning uuringugruppidest eristusid just mehed, kellest 38% vajaks just selliseid teenuseid samas, kui pikemaajalisi teenuseid vajasisid peaaegu pooled küsitletutest ning selliste teenuste vajadus suurenes peale 80-ndat eluaastat. Sellistest tervishoiuteenustest vajati enim füsioteraapia teenust, sellele järgneb laboratoorne teenus, abivahendi või meditsiiniseadme vajadus ning õendusabi teenus. Ka Muszalik jt (2012) uuringust selgub, et eakad vanuses 85+ ning eakad kellel esineb mitu kroonilist haigust või terviseprobleemi ning on suurema tõenäosusega sõltuv õendusabi teenusetest. Dziechcias jt (2012) kinnitavad käesoleva uurimuse tulemusi rehabilitatsiooniteenuste ja meditsiiniliste abivahendite suurenenud vajaduse osas eakatel ning kinnitab fakti, et nende teenuste parem kättesaadavus suurendab eakate sõltumatust kõrvalisest abist ning suurendab eakate iseseisvust ja soodustab aktiivsust ja liikumist. Lisaks leiti, et need eakad, kes elavad koos teistega kasutavad suurema tõenäosusega rohkem sotsiaal ja tervishoiuteenuseid, mis antud käesoleva uuringu põhjal ei leidnud kinnitust, kuna ei uuritud nende teenuste tarbimist vaid seda, kui paljud seda tervisliku ja toimetulekuseisundi tõttu vajaksid.

Sotsiaalabiteenustest vajasisid eakad enim isiklikuabi/ koduhooldusteenust (28%) võrreldes teiste välja pakutud sotsiaalvaldkonna teenustega. Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringust (2015) selgub, et tegelikult tunnevad naised mõnest sotsiaalteenusest rohkem puudust, kui mehed (14% vs 9%) ning lisaks sellele vajavad sotsiaalteenuseid rohkem terviseprobleemidega, puudega ja tegevuspiirangutega inimesed, mis leiab kinnitust ka käesolevas uuringus. Lisaks leiti veel vanemaealiste ja eakate...(2015) uuringus, et sotsiaalhoolekandeteenuseid nimetasid enim naised, mis käesoleva magistr töö tulemustes kinnitust ei leidnud. Lisaks näitasid vanemaealiste ja eakate...(2015) uuringu tulemused et 10% suurema tõenäosusega tunnevad mõnes teenusest puudust vanemaealised, kes on viimase aasta jooksul kasutanud mõnda sotsiaalteenust, kui sotsiaalteenuseid mitte kasutanud vanemaealised. Seega arvati, et juba teenuseid kasutanud vanemaealised vajaksid rohkem lisateenuseid, mida võib oletada ka käesoleva magistr töö tulemuste põhjal, sest eakate tihedam kontakt sotsiaaltöötajatega ja parem info vahetus suurendab eakate teadlikust võimalikest teenustest ja suurendab ka nõudlust sotsiaalteenuste osas, sest need teenused parandaks eakate igapäevast toimetulekut ja heaolu. Harrison jt (2014) seostanud sotsiaalteenuste suurenenu vajadust hoopis madalama ADL ja IADL võimekusega. Samas on käesoleva uuringu põhjal eakate füüsilise ja igakülgse abi vajadus suhteliselt madal, sest rohkem vajati korraldusliku abi või juhendamist, mis on tegelikult samuti sotsiaalhoolekande töövaldkond. Võimalik, et need eakad, kes praegu teenuseid mingil põhjusel ei saa või lihtsalt ei kasuta on võimalikest teenustest vähem teadlikud, mida arvati ka vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringu (2015) järgselt. Eestis hetkel puudulik ülevaade sellest, kui kättesaadavad need teenused eakatele on ja millisel määral neid reaalselt kasutatakse. Ühtlasi ei tea me ka seda, kas perearstid peavad nende teenuste kättesaadavust sama vajalikuks ning kui palju üldse sellistele teenustele suunatakse. Vaadates selle uurimuse käigus välja tulnud tervise ja toimetuleku probleeme võib eeldada, et tegelik pikaajaliste teenuste vajadus on kindlasti suurem, kui need praegu kättesaadavad on. Uuringud ka Poolas, Türgis ja Austraalias kinnitavad, et eakate tervislik seisund nõuab just rehabilitatsiooni teenuseid, õendusabi ja ka elulõpu teenuseid. Sotsiaal valdkonnast vajatakse selliseid teenuseid, mis aitaks teha suuremaid ja raskemaid majapidamistöid, abistaks sisseostude tegemisel ning aitaks läbida pikemaid vahemaid. (Dziechciaz jt 2013, Celebioglu ja Ciceklioglu 2013, Harrison jt 2014).

6.2 Uurimistulemuste rakendatavus ja tähendus praktikale ning uued uurimisprobleemid

Uurimustöö tulemuste põhjal saaks edaspidi koostöös teiste erialaspetsialistidega planeerida eakate tervishoiu ja sotsiaalteenuseid eesmärgiga tagada eakatele võimalikult parim elukvaliteet. Saadud tulemusi saab vajadusel kasutada edasiste arenduste algatamiseks ja elluviimiseks õenduspraktikas, sotsiaalis ning tervishoiukorralduses. Kuna varasemalt ei ole eakaid

esmatasandi tervishoiu sellisel hulgal uuritud siis avab see töö nii mõnedki kitsaskohad, mida edaspidi võiks veel uurida. Näiteks kirjeldada perearsti teenust kasutatavate eakate vaimse tervise probleeme, milliseid ennetus tegevusi oleks vaja rakendada lähtudes eakate põhilistest probleemidest ning millisel määral on kaetud eakate tervishoiu ja sotsiaalabi vajadus. Samuti vajaks uurimist see, kui palju teevad koostööd sotsiaaltöötajad ja perearsti/õed ja millisel määral eakad neid teenuseid kasutavad või neist teadlikud on. Perearsti ja õed on huvitatud sotsiaaltöötajatega koostöö tegemisest, sest sotsiaaltöölle omane eakate probleemide laiem käsitus hõlmab tervishoiu küsimuste kõrval ka psühhosotsiaalseid, sotsiaalmajanduslikke aspekte ning selline probleemide avastamine ja käsitus soodustab eaka jõudmist sobilikuma, vajadustest lähtuva abi juurde, parandades ka raviteenustega rahulolu (Saks jt 2000).

Kuna osad interRAI hindamisvormid on juba Eestis kasutust leidnud siis kontakthindamise instrumendi kasutamine üldarstiabis kataks veel ühe olulise valdkonna, kus seni puudus usaldusväärne meetod hulgi-probleemse isiku seisundi igakülgseks hindamiseks. Antud instrumendi kasutamine ja juurutamine loob ühtse aluse eakate hindamiseks üldarstiabis. Ühtlasi ei ole usaldusväärse instrumendi olemasolu korral uue instrumendi välja töötamine igas riigis alati otstarbekas, vaid on mõttekas kasutusele võtta maailmas kasutatav ühtne standardiseeritud instrument (Saks ja Urban 2005). Sageli on tarvis vaid etnilistest ja kultuurilistest eripäradest tingituna hindamisinstrumentides kasutatavate mõistete kohandamine. Rahvusvaheliselt kasutatavate instrumentide rakendamine oma riigi kontekstis võimaldab edaspidist osalemist rahvusvahelistes uurimustes ja loob võimaluse andmete omavaheliseks võrdluseks ning järelduste tegemiseks.(Urban 2006). Kontakthindamise instrument on mõeldud just tervise ja toimetuleku probleemide välja selgitamiseks ning spetsiaalsete teenuste vajaduste hindamiseks, mis tulenevad eakate komplitseeritud tervises seisundist.

Lisaks veel võib käesoleva töö praktiline väärtuseks võib pidada fakti, et professionaalid märkasid neid probleeme eakatel, millest neil varasemalt aimugi polnud ning lisaks said küsitlejad hea kogemuse hindamis instrumendi kasutamise näol. Lisaks annab InterRAI KH esmase elementaarse teabe, mida on vaja patsiendist teada, et osutada talle tema vajadustest lähtuvat professionaalset abi. Teisalt mõistsid professionaalid seda, kui oluline on omavaheline koostöö eaka seisundi hindamisel ja abi osutamisel. Lisaks andis selle instrumendi kasutamine aimu sellest, milline peaks olema eaka inimese käsitus esmatasandil, et tagada patsiendile võimalik parim abi ja tugi nii tervishoiu, kui sotsiaalabi valdkondades. InterRAI KH hindamisvormi kasutamine võiks olla sobiv meetod hindamiseks eakaid, võimaldades kirjeldada

eakaid igakülgselt, leidmaks eakate probleemid ja planeerida hooldust ning määratleda edasi suunamise vajadus ning edasise hindamise pakilisus.

6.3 Uurimustöö usaldusväärsus ja eetilised aspektid

Eetiliste probleemide vältimiseks ja teadvustamiseks tehti küsitlejatele projektimeeskonna poolt eetika probleeme käsitlev koolitus, kus rõhutati uuritavate vabatahtlikkust osalemiseks ning selgitati loobumise võimalusi keset uuringut. Uurimusse värbamisel kasutati uuringut tutvustavaid infolehti ja selgitati uuringu eesmärki nii lähedastele ja patsientidele. Küsitlust oli võimalik läbi viia vaid juhul, kui uuritav või tema seaduslik esindaja oli selleks kirjaliku nõusoleku andnud. Üheks eetiliseks probleemiks võis pidada hindamisvormi pikkust, kodeerimise keerukust ja täitmiseks kuluvat aega ning hindajate vene keele oskust. Uuritav võis väsida või tema hooldajal pidi selleks piisavalt aega olema. Probleemi vältimiseks võimaldab interRAI hindamisvorm koguda andmeid isikutelt, kes uuritavaga tegelevad (lähedased, hooldajad, tervishoiu töötajad ja ka tervise alane dokumentatsioon) ning hindamist võis vajadusel ja patsiendi soovil teostada temale sobival ajal ja keskkonnas. Vene keelt mitte valdavatel küsitlejatel oli võimalus kasutada tõlgi abi, mida läks küsitlejatel vaja 144 korral. Tõlgiks kasutati enamasti eakate lähedasi või mõnda teist meditsiinitöötajat peremeditsiinist. InterRAI KH hindamisinstrumenti on võimalik kasutada esmatasandi tervishoiu igapäeva töös elementaarse teabe saamiseks ja edasiste ostuste tegemiseks.

Andmete kogumise usaldusvääruse tagamiseks pidid küsitlejad osalema koolitusel, kus igaüks sai hindamisinstrumendi käsiraamat ja võimaluse esitada küsimusi. Peale koolituse pidi iga küsitleja tegema üks kuni kolm piloothindamist, et selgitada välja võimalikud kitsaskohad ning pilootuuringute ja erinevate uuringuetappide järgselt kutsuti hindajad kokku, et projekti meeskonnal oleks võimalik anda tagasisidet hindamistulemuste kohta nii suuliselt kui kirjalikult. Usaldusväärst tõstis kindlasti see, et uuritavaid küsitlesid enamasti sama asutuse pereõed ja arstid või kohaliku omavalituse sotsiaaltöötaja, mis võimaldas saada täpsemaid andmeid oma piirkonna eakate tervise- ja toimetuleku probleemide kohta. Kasutatud mõõdiku usaldusväärst oli raske hinnata, sest seda interRAI instrumenti on veel vähe testitud ja kasutatud ning seega ei ole veel leida usaldusväärst tõendavaid uuringuid. Küll aga on teada, et kontakthindamise instrument on välja töötatud teiste interRAI hindamisvahendite alusel, mille validsust ja reliaablust on varasemalt testitud ja kinnitatud. InterRAI hindamisvahendeid kasutatakse paljudes erinevates riikides ja osaliselt on need kasutust leidnud ka juba Eestis. InterRAI KH hindamisvormiga on tehtud mitmeid uuringuid mujal maailmas, kuid Eestis kasutati seda instrumenti esmakordselt, et hinnata selle kasu ja kasutatavust Eesti kontekstis. InterRAI KH

instrument pakub võimalust hinnata eakat igapäevatoos, leida probleemsed valdkonnad, mis aitavad teha otsuseid eakate probleemide lahendamisel ja hoolduse planeerimisel.

6.4 Uurimustöö kitsaskohad

Uurimistöö ühe kitsaskohana võib tuua välja selle, et antud instrumenti on esmatasandis veel vähe testitud ja kasutatud või pole uurimustööd veel kättesaadavad ja leitavad. Seetõttu on raske võrrelda Eesti eakate seisundit teiste riikide omaga sarnase uuringu ja hindamisinstrumendi põhjal. Seni on Eesti eakate tervise ja toimetulekuprobleemide hindamiseks on kasutatud väga erinevaid mõõdikuid ja seetõttu on võrdlus võimalik vaid üksikutes kategooriates. Varasemalt on küll läbi viidud Eesti terviseuuringuid Tervise Arengu Instituudi poolt (2006, 2014. aastal) ja SHARE uuringud (2013, 2015. aastal), kuid nende uurimuste valimid ei ole päris sarnased käesoleva uurimusega ning ka uurimis valdkonnad on erinevad. Siiski saab tuua mõningaid paralleele ja võrdlusi käesoleva uurimusega.

Teiseks suuremaks probleemiks antud uuringus võib pidada paljude andmete puudumist andmestikus. Mõningatele küsimustele ei olnud eakad mingil põhjusel vastanud. Võib oletada, et küsimus võis olla keeruliselt esitatud või liiga delikaatne. Puuduvaid andmeid esines andmestikus üsna palju, kuid puudulikult täidetud ankeete andmeanalüüsist ei eemaldatud kuna ülejäänud ankeet oli mahukas nii oleks läinud kaduma oluline informatsioon teistest valdkondadest. Tulemuste esitamisel küsimuste kaupa esitati ka kogu vastanute arv (n), millest protsent arvutati. Puuduvate andmete esinemine töös võib viidata ka ilmselt sellele, et kasutatud meetodika on Eesti pereõdedele/arstidele ja sotsiaaltöötajatele võõras ning arvatavasti oleks vaja professionaale rohkem koolitada, kui selle uuringu käigus tehti. Ka teiste interRAI instrumentide kasutuse võtmisega on täheldatud selle keerukust ja raskusi kasutamisel, kuid tihti vajab mõõdik vaid kohandamist meie kultuurile ja ka käesolev uuring kinnitas, et kogemuste omandamisega läheb hindamine kergemaks. Kuna kontakthindamise ankeet on üsna pikk siis võiks seda taustaandmete koha pealt lühendada, sest oma patsiente tunnevad pereõde ja –arst tavaliselt üsna hästi. Lisaks tuleks küsimustiku kasutajatele rõhutada, et ankeeti ei pea täitma ühe korraga, sest see võib eaka jaoks olla väsitav ja tüütu ning mõngitatele küsimustele saab vastused ka patsiendiga seonduvast dokumentatsioonist ja tervisekaardist.

7. JÄRELDUSED

Üle poolte perearstiteenust saavatest eakatest koges küsitlusperioodidel ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme, mille tõttu hindasid üks kolmandik küsitletutest oma füüsilist ja vaimset tervist halvaks ligikaudu. Põhilised terviseprobleemid, mida oli kasutatud instrumendiga võimalik hinnata olid seotud krooniliste terviseprobleemidega ning nendest tingitud kaebustega nagu pearinglus, üldine valu, valu rinnus, õhupuudus, perifeersed tursed ja kukkumised.

Terviseprobleemidest on tingitud eakatel ka ADL ja IADL võimekuse langus ning sellest tingitud toimetulekuprobleemid, mis on valdavalt seotud liikumise, pesemise, alakeha riietamise, treppidel liikumise, igapäevaste majapidamistöödega aga ka toidu valmistamisega. Enamasti vajavad eakad vaid korraldusliku abi, kuid füüsilise abi ja igakülgse juhendamise vajadus kasvab eakatel vanuse suurenedes eriti peale 80-ndat eluaastat.

Toimetulekuraskustega ja terviseprobleemidega hakkama saamiseks vajavad eakad erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuseid. Erinevate tervise ja toimetulekuprobleemide tõttu vajab tervishoiutöötajate arvates peaaegu üks neljandik küsitletutest lühiajalisi teenuseid ning peaaegu pooled küsitletutest pikemaajalisi teenuseid. Tervishoiuteenustest vajati enim füsioteraapiat, laboratoorseid teenuseid, meditsiiniseadmeid või abivahendit ning õendusabi. Esmatasandil määrati eakatele tabletravi kõrval kõige rohkem haavahooldust. Sotsiaalabiteenustest vajasid eakad enim isiklikuabi ning koduhooldust.

Perearsti külastavatest eakatest moodustavad nii tervise- kui ka toimetulekuprobleemide osas riskirühma 80+ vanuserühm ja üksi elavad eakad ning IADL toimingutes on abitumad meessoost eakad.

KASUTATUD KIRJANDUS

Almborg, A-H., Welmer, A-K. (2012). Use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in social services for elderly in Sweden. *Disability and Rehabilitation*, 34 (11): 959-964.

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.

Ashokumar, T., Chacko, T. V., Munuswamy, S. (2011). Health care and needs of the elderly: assessed by the tool cambwell assessment of need for the elderly. *International Journal of Tropical Medicine*, 6 (5): 97-99.

Baladon, L., Fernandes, A., Rubio-Valera, M., Cuevas-Esteban, J., Palao, D. J., Bellon, J. A., Serrano-Blanco, A. (2015). Prevalence of mental disorders in non-demented elderly people in primary care. *International Psychogeriatrics*, 27 (5): 757–768.

Bayliss, E. A., Ellis, J. I., Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-Management and quality of life outcomes in seniors with multimorbidities. *Annals of Family Medicine*, 5 (5).

Burns, N., Grove, S.K. (2001). *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. W.B. Saunders, Philadelphia.

Celebioglu, A., Ciceklioglu, M. (2013). Elderly health care needs and associated factors in terms of health inequalities. *Turkish Journal of Geriatrics*, 16 (3): 315-321.

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.

Chernick, M. R. (2011). *The essentials of biostatistics for physisians, nurses and clinicians*. Lankenau Institute for Medical Research, A John Wiley & Sons.

Costa, A. P., Hirdes, J. P., Heckman, G. A., Dey, A. B., Jonsson, P. V., Lakhan, P., Ljuggren, G., Singler, K., Sjonstrand, F., Swoboda, W., Wellwns, N. I. H. Gray, L. C. (2014). Geriatric Syndromes Predict Postdischarge Outcomes Among Older Emergency Department Study. *Academic Emergency Medicine*. 4 (21).

Creative Research System. Sample size calculator.

<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> 22.04.2016

Cormack, L., Wiens, H. (2013). Screening Elderly in the ED: Evaluation of the interRAI Contact Assessment (ED).

Domaradski, J., Ignaziak, S., Stodolka, W. (2014). The predictors of falls in adult and senior women from cities of Lower Silesia, Poland. *Human movement*, 15 (2): 86– 92.

Duner, A., Nordstöm, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: coping in everyday life. *Journal of Aging Studies* 19: 437–451.

Dziechciaz, M., Guty, E., Wojtowicz, A., Filip, R. (2012). Social and health care needs of elderly people living in the countryside in Poland. *Annals of Agricultural Environmental Medicine*, 19 (4): 746-750.

Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava 2002. EV Sotsiaalministeerium, Tallinn.

Eesti Statistikaamet. Rahvaarv ja rahvastiku koosseis. Rahvastik soo ja vanuserühma järgi.

http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_kooseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_kooseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_kooseis.asp 05.05.2016

Eesti Statistikaamet. SHARE. (2015). Vanemaelise rahvastiku tervis.

http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/05Tervislik_seisund/05Tervislik_seisund.asp 05.05.2016

Eesti Teadusagentuur. EAKAS. Eaka ealinkkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine

<http://www.etag.ee/rahastamine/programmid/loppenud-programmid/terve/programmi-tegevused/t1/eakas/> 21.04.2016

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

Euroopa Komisjon http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_et.htm 12.04.2016

Evans, M. Mottram, P. (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 49–56.

Forsman, A. K., Schierenbeck, I., Wahlbeck, K. (2012). „Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis.“ *Journal of Ageing and Health*, 23(3): 387–416.

Fragoso, C. A., Beavers, D. P., Hankinson, J. L., Flynn, G., Berra, K., Kritchevsky, S. B., Liu, C. K., McDermott, M. M., Manini, T. M., Rejeski, W. J., Gill, T. M. (2014) Respiratory impairment and dyspnea and their associations with physical inactivity and mobility in sedentary community-dwelling older persons. *The American Geriatrics Society*, 62: 622–628.

Geriaatrilised hindamised. TAI (Tervise Arengu Instituut). (2014)

<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/3585-geriaatrilised-hindamised-2014> 14.12.2015

Gering, S (2009). Vajadus. Mõisted ja definitsioonid. Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut. Õendusteaduse magistriõpe. Tartu Ülikool.

http://tervis.ut.ee/sites/default/files/tervis/ot_moisted_ja_definitsioonid.pdf 05.05.2016

Gray, L. C., Peel, N. M., Costa, A. P., Burkett, E., Dey, A. B., Jonsson, P. V., Lakhan, P., Ljunggren, G., Sjostrand, F., Swoboda, W., Wellens, N. I.H., Hirdes, J. (2013). Profiles of Older Patients in the Emergency Department: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study. *Ann Emerg Med*, 62(5): 467-74

Harrison, F., Low, L- F., Barnett, A., Gresham, M., Brodaty, H., (2014). What do clients of community care and what are their needs? The Community care for the elderly; needs and service use study (CENSUS). *Australasian Journal of Ageing*, 33 (3): 208-213.

Heckenbach, K., Ostermann, T., Schad, F., Kröz, M., Matthes, H. (2014). Medication and falls in elderly outpatients ;an epidemiological from a German pharmacovigilance network. *Springer Plus Open Journal*, 3: 483.

Hirdes, J. P., Poss, J. W., Curtin-Telegdi, N. (2008a). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLE): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*, 6: 9.

Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D, HM., Soveri, H. F., Gray, L., Bjökgren, M., Gilgen, R. (2008b). Reliability of the interRAI süite of assessment instruments: a 12- country study of an integrated health information system. *BMC Health Service Research*, 8: 277.

Horgas, A. L., Yoon, L. S., Grall, M. (2012). Nursing Standard of Practice Protocol: Pain Management in Older Adults. *Springer Publishing Company*, 4: 246-67.

Hooldus- ja õendusabi osutamine integreeritult. Kontseptsioon. Sotsiaalministeerium.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/hooldus-ja_oendusabi_teenuste_osutamine_integreeritult_kontseptsioon.pdf 05.05.2016

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.(2013). <http://www.interrai.org/contact-assessment.html> (18.12.2013)

InterRAI kontakthindamise käsiraamat hindamisvorm: skriining hindamise vahend erakorralise meditsiini osakonnas ja vastu võtmisel kogukonnas/ haiglas. (2010) Version 9.2. InterRAI, Washington, DC

InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs. Lõppraport. (2011). Tartu Ülikool. Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus (RAKE)Tartu.

Kaasik, A. E. (2003). Vananemine ja valu. *Eesti Arst*, 82 (3):213–221.

Kalda, R., Maaros, H., I., Rätsepp, A. (2012). Peremeditsiini eriala arengukava aastani 2020.

Kaye, A. D., Baluch, A., Scott, J. T. (2010) . Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner Journal*. 10: 179–187

Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M., Rissanen, P. (2012). Factors associated with the utilization and cost of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research*. 12: 204.

Kim, J. I., Choe, M. A., Chae, J. R., (2009). Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nursing Research*, 3 (3)

Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6): 1459-1468.

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

Maser, M., Kiisk, L., Oona, M., Sooba, E., Vaask, S., Vihalemm, T. (2008). Eakate inimeste toitumine ja kehaline aktiivsus. TAI , Tallinn.

Medar, M., Medar, E. (2007). Riigi ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatavad sotsiaaltoetused ja- teenused. Käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikool.

McCusker, K., Gunaydin, S. (2015). Researsc using qualitative, Quantitative or mixed methods and choice on the research. *Perfusion*. 30: 537-542.

Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. (2013). OECD publication 'A good life in old age'?

<http://wedo.tttt.eu/resource/oecd-publication-good-life-old-age-monitoring-and-improving-quality-long-term-care> 21.03.2016

Morris, J., Fries. B.E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, I., Gilgen, R., DuPasquer, 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.

Mourik, Y., Rutte, F. H., Moons, K. G. M., Bertens, L. C. M., Hoes, A. W., Reitsma, J. B. (2014). Prevalence and underlying causes of dyspnoea in older people: a systematic review. *Age and Ageing*, 43: 319–326

Muszalik, M., Dijkstra, A., Kedziora-Kornatowska, K., Zielinska-Wieczkowska, H. Kornatowska, T. (2011). Independence of elderly patients with arterial hypertension in fulfilling their needs, in the aspect of functional assessment and quality of life (Qol). *Archives of Gerantology and Geriatrics*, 54 (2): 398

Muszalik, M., Dijkstra, A., Kedziora-Kornatowska, K., Zielinska-Wieczkowska, H. (2012). Health and Nursing problems of elderly patients related to bio-psycho-social need deficiencies and functional assessment. *Archives of Gerontology and Geriatric*. 55: 190-194.

Nancarrow, S. A., Moran, A. M., Parker, S.G. (2009). Understanding service context: development of a service pro forma to describe and measure elderly peoples' community and intermediate care service. *Health and Social Care in the Community*. 17(5): 434-446.

- Noghabi, A.A., Alhani, F., Perovi, H. (2013). Health hybrid concept analysis in old people. *Global Journal of Health Science*. 5(6): 227-232.
- Orimo, H., Suzuki, T., Hosoi, T., Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of „elderly“. *Geriatr Gerontol Int*. 6: 149-158.
- Paavel, V., Koppel, A., Lass, R., Torjus, U. (2005). Eakate hooldus ja hooldustegevused. Avahoolduse arenduskeskus. Tallinn
- Paavel, V. (2009). Hooliva hooldaja käsiraamat. EV Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut. Tallinn
- Parkar, S. R. (2015). Elderly mental health needs. *Mens Sana Monographs*. 13 (1).
- Parson, M., Senior, H., Chen, X, M., Jacobs, S., Parsons, J., Sheridan, N., Kenealy, T. (2013). Assessment without action; randomised evaluation of the interRAI home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*. 21(5): 536-544.
- Pasquetti, P., Apicella, L., Mangone, G. (2014). Pathogenesis and treatment of falls in elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 11 (3):222-225.
- Peek, C. J., Baird, M. A., Coleman, E. (2009). Primary care for Patient complexity, not only disease. *Families, Systems & Health*. 27(4): 287-302.
- Rubenstein, L. Z. (2013). Falls in the elderly. *Merck Manuals Professional Edition*, 11
- Ruuge, M. (2006). Tervis ja igapäevane toimetulek. *Eesti arst*, 88: 69–79
- 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. Tartumaa Trükikoda.
- Saks, K. (2010). Geriaatria- kellele, milleks, kuidas? *Eesti arst*. 89(7–8):464–466
- Saks, K., Käärrik, E., Tiit, E. M. (2000). Eesti eakate elanike toimetuleku ja terviseuuring. (EGGA) Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond, TÜ Matemaatilise statistika instituut. Tartu

Saks, K., Tiit, E. M. (2016). Tervise subjektiivsed hinnangud (SHARE 5.laine). Sakkeus, L., Leppik, L. (Toim.). Pilk hallile alale. Tallinna Ülikool

Saks, K., Urban, R. (2005). Rahvusvahelise geriaatrilise hindamise meetodi kohandamine Eestis. *Eesti arst*. 84 (6):408-415.

Saksakulm, H. (2015). Eakate toimetulek ja teenuste vajadus saare maakonna nelja valla näitel. Lõputöö, Tartu Ülikool, Pärnu Kollez. Pärnu

Schulz, S., Brenk-Franz, K., Kratz, A., Petersen, J. J., Riedel-Heller, S. G., Schäfer, I., Weyerer, S., Wiese, B., Fuchs, A., Maier, W., Bickel, H., Köning, H. H., Scherer, M., Busche, H., Gensichen, J. (2015). Self-efficacy in multimorbid elderly patients with osteoarthritis in primary care- influence on pain-related disability. *Clin Rheumatol*. 34: 1761-1767.

Simon, R. W., Nath, L. E. (2004). Gender and Emotion in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior? *AJS*. 109 (5): 1137–76

Sotsiaalhoolekandeseadus (RT I, 30.12.2015, 5)

Sotsiaalteenuste osutamise tingimused ja kord (RT IV, 15.06.2012, 7)

Shrivastava, A. K., Kandpal, S. D. (2013a). Social problems and basic unmet needs of the elderly: a cross sectional study in rural field practice areas of medical college, Dehradun. *Indian Journal of Community Health*, 25 (3).

Shrivastava, S. R. B. L., Shrivastava, P. S., Ramasamy, J. (2013b). Health care of elderly: determinants, needs and services. *International Journal of Preventive Medicine*, 4 (10): 1224-1225.

Srivastava, P. (2010). Preventing Autumn Illnesses. *Homeopathic Journal*. 4 (1).

Stubbs, B., Binnekade, T., Eggermont, L., Sepehry, A. A., Patchay, S., Schofield, P. (2014). Pain and the risk for falls in community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 95: 175-87.

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.

Tarasova, K. (2015). Koduendusteenust saavate Tartmaa eakate seisnudi kirjeldus interRAI metoodika alusel. Magistritöö. Tartu Ülikool.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I, 10.03.2011, 9)

Thakur, R. P., Banerjee, A., Nikumb, V. B. (2013). Health problems among the elderly: a cross-sectional study. *Ann Med Health Sci Res* 3 (1): 19-25.

Thaler, H. W, Wirnsberger, G., Pienaar, S., Roller, R. E. (2010). Bilateral leg edema in the elderly. Clinical considerations and treatment options. *European Geriatric Medicine*, 1 (6): 353-357.

Urban, R. (2006). Rahvusvahelise geriaatriliste hindamise instrumendi RAI-MDS-NH kohandamine Eestis kasutamiseks ja kohandatud instrumendi usaldusvääruse hindamine. Magistritöö õendusteaduses. Tartu.

Vahter, K. (2015). Sotsiaalteenuste kättesaadavus ja vajadus eakatele Vändra alevi näitel. Lõputöö, Tartu Ülikool, Pärnu Kollez.

Vanemaealiste ja eakate toimetulekuuuring (2015). Uuringu aruanne. TNS Emor, Praxis

Vanemaealiste vaimne tervis. (2013). Maailma Vaimse Tervise Föderatsioon.

[http://www.terviseinfo.ee/et/truekised?filter_catid\[0\]=27&filter_year=2013&filter_typeid\[0\]=0&filter_pubid=0&filter_languageid=0&filter=vanemaealiste&limit=20&filter_order=p.name](http://www.terviseinfo.ee/et/truekised?filter_catid[0]=27&filter_year=2013&filter_typeid[0]=0&filter_pubid=0&filter_languageid=0&filter=vanemaealiste&limit=20&filter_order=p.name)
05.05.2016

Vellend, E. (2011). Eaka inimese elukvaliteet. Pärnu Haigla infomaterjal.

WHO (World Health Organization) Maailma Tervishoiu organisatsioon. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> 26.01.2016

WHO (World Health Organization) Maailma Tervishoiu organisatsioon. Mental health and older adults. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/> 14.12.2015

WHO (World Health Organization) Maaailma Tervishoiu organisatsioon. Dementia: a public health priority. http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
15.12.2015

Walters, K., Iliffe, S., See, S., Orrell, M. (2000). Assessing needs from patient carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for elderly people in primary care. *Age and Ageing*, 29: 505-510.

Wieland, D., Hirth, V. (2003). Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*, 10(6):454-62.

Wiese, B. S. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Medical Journal*, 53 (7).

Yohannes, A. M., Tampubolum, G. (2014). Changes in lung function in older people from the English Longitudinal Study of Ageing. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 8 (4): 515-521.

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.

Lisa 1. interRAI kontakthindamise hindamisvorm

EAKAS

Eesti Teadusagentuur
Estonian Research Council

TerVE



1

interRAI kontakthindamine (KH)

Vastuvõtt kogukonnas / haiglas

Kodeeri viimase 24 tunni seisund, kui ei ole sätestatud teisiti

OSA A. ISIKUANDMED	
1 ISIKU NIMI _____ a. (Eesnimi) b. (Perekonnanimi)	
2. SUGU 1. Mees 2. Naine <input type="checkbox"/>	
3. ISIKUKOOD _____	
4. KINDLUSTATUS [NÄIDE - EESTI] a. Haigekassa piirkond _____ b. Puude raskusaste _____	
5 ISIKU ELUKOHA ADDRESS (KOOS POSTIINDEKSIGA) _____ _____ _____ _____	
6. SÕIDUKIJUHI LUBA 0. Ei 1. Jah <input type="checkbox"/>	
7. RAHVUS [NÄIDE — EESTI] 0 Ei 1. Jah a. Eestlane <input type="checkbox"/> b. Venelane <input type="checkbox"/> c. Muu – täpsustada <input type="checkbox"/> d. Pole teada <input type="checkbox"/>	
VASTUVÕTT KOGUKONNAS / HAIGLAS	
OSA B. HINDAMISE TAUST	
1. HINDAMISE AEG _____ Päev Kuu Aasta	
2. SUUNAMISE DETAILID a. Määratud ravi alustamise aeg 0. Ei vaja 3. 24 - < 48 tundi 1. 72 või rohkem tundi 4. 12- < 24 tundi 2. 48 - < 72 tundi 5. < 12 tundi a. Ravimite manustamine (välja arvatud IV) <input type="checkbox"/> b. Püsikateeter <input type="checkbox"/> c. IV ravi <input type="checkbox"/> d. Hapnikravi <input type="checkbox"/> e. Haavahooldus <input type="checkbox"/> f. Muu (täpsustada) _____ <input type="checkbox"/>	
b. Suunamine rehabilitatsiooniteenuse osutamise alustamiseks või jätkamiseks 0. Ei 1. Jah <input type="checkbox"/>	
c. Suunamine palliatiivse teenuse osutamise alustamiseks või jätkamiseks 0. Ei 1. Jah <input type="checkbox"/>	
9. EELISTATUD KEEL [NÄIDE — EESTI] a. Eesti <input type="checkbox"/> b. Vene <input type="checkbox"/> c. Muu – täpsustada d. Pole teada	
10. TÕLGI VAJADUS 0. Ei 1. Jah <input type="checkbox"/>	
11. SUUNAMISE / PÖÖRDUMISE PÕHJUSED 12. HINDAMISE TEOSTAMINE [NÄIDE – EESTI] a. Vastuvõtu või skriniingu asukoht 1. Kogukond – perearsti/pereõde [EESTI NÄIDE] 2. Kogukond – sotsiaaltöötaja [EESTI NÄIDE] 3. Haigla 4. Erakorralise meditsiini osakond 5. Muu	
3. EELDATAV ELUKORRALDUS TEENUSE OSUTAMISE AJAL 1. Üksi <input type="checkbox"/> 2. Koos abikaasa / elukaaslasega 3. Koos abikaasa / elukaaslasega 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 (mitte abikaasa või lastega) 8. Koos mitte-sugulase(te)ga	
4. EELDATAV ELUKOHT TEENUSE AJAL [NÄIDE — EESTI] 1. Oma maja/korter/üüritud tuba (ilma teenusteta) <input type="checkbox"/> 2. Kodu koos koduõenduse ja/või koduhoolduse teenusega 3. Toetatud elamine 4. Vaimse tervise keskus - nt psüühikahäiretega isikute grupielamine 5. Füüsilise puudega isikute hoolduskodu 6. Vaimupuudega isikute hoolduskodu 7. Psühhiaatriaigla või -osakond 8. Kodutu (koos või ilma peavarjuga) 9. Õendusodu 10. Taastusravi haigla / osakond 11. Hospits / palliatiivhoolduse osakond 12. Aktiivriivhaigla 13. Vangla 14. Muu	

<p>9. VALU [Märkus: alati tuleb küsida isikult valu sagedust, intensiivsust ja selle kontrolli. Jälgige isikut ja küsitlege teisi, kes on kontaktis isikuga]</p> <p>a. Sagedus, millega isik kaebab või väljendab valu (sh grimassitab, surub hambad kokku, soigub, tõmbub eemale puudutamise korral või esinevad teised mittesõnalised väljendused, mis viitavad valule)</p> <p>0. Valu ei ole <input type="checkbox"/></p> <p>1. Esineb, kuid ei esinenud viimase 3 päeva jooksul <input type="checkbox"/></p> <p>2. Esines 1-2 päeva vältel viimase 3 päeva jooksul <input type="checkbox"/></p> <p>3. Esines iga päev viimase 3 päeva jooksul <input type="checkbox"/></p> <p>b. Valu tugevus kõige tugevama valuepisoodi ajal</p> <p>0. Valu ei ole <input type="checkbox"/></p> <p>1. Nõrk valu <input type="checkbox"/></p> <p>2. Mõõdukas valu <input type="checkbox"/></p> <p>3. Tugev valu <input type="checkbox"/></p> <p>4. Kohati väga tugev või piinav valu <input type="checkbox"/></p> <p>10. IGAPÄEVANE SUITSETAMINE</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Mitte viimase 3 päeva jooksul, harilikult on igapäevasuitsetaja <input type="checkbox"/></p> <p>2. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>11. TOITUMINE</p> <p>a. VIIMASEL 3 PÄEVAL märkimisväärne toidu ja joogi tarbimise langus</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>b. Kaalulangus 5% või rohkem VIIMASE 30 PÄEVA jooksul või 10% või rohkem VIIMASE 180 PÄEVA JOOKSUL</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>c. Spetsiaalne dieet</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>12. LAMATISHAAVANDID</p> <p>0. Lamatisi ei ole <input type="checkbox"/></p> <p>1. Mõne ala püsiv nahapunetus <input type="checkbox"/></p> <p>2. Igasugune naha teravilikkuse häire (nahakihtide osaline kadumine, sügavad kraatrid nahas, paljastuvad lihased või luud, must nekroos) <input type="checkbox"/></p> <p>13. ULATUSLIKUD NAHAPROBLEEMID Näiteks leisionid, 2. või 3. astme põletused, paranevad kirurgilised haavad</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>14. TRAUMAATILISED KAHJUSTUSED Näiteks luumurrud, vägivaldast või liiklusvahendi avariist tingitud ulatuslikud füüsilised kahjustused.</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p>	<p>15. RAVI JA TEENUSED VIIMASE 3 PÄEVA jooksul saadud või määratud</p> <p>0. Ei ole määratud JA ei saanud <input type="checkbox"/></p> <p>1. Määratud, kuid ei rakendata <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-2 päeval viimase 3 päeva jooksul <input type="checkbox"/></p> <p>3. Iga päev viimasel 3 päeval <input type="checkbox"/></p> <p>a. Püsikateeter <input type="checkbox"/></p> <p>b. IV ravi <input type="checkbox"/></p> <p>c. Hapnikravi <input type="checkbox"/></p> <p>d. Haavahooldus <input type="checkbox"/></p> <p>16. VIIMANE HAIGLASVIIBIMISE AEG Kodeerige hilisem haiglas viibimine viimase 90 päeva jooksul</p> <p>0. Ei ole olnud haiglaravil viimase 90 päeva jooksul <input type="checkbox"/></p> <p>1. 31 - 90 päeva tagasi <input type="checkbox"/></p> <p>2. 15 - 30 päeva tagasi <input type="checkbox"/></p> <p>3. 8 - 14 päeva tagasi <input type="checkbox"/></p> <p>4. Viimasel 7 päeval <input type="checkbox"/></p> <p>5. Praegu haiglas <input type="checkbox"/></p> <p>17. ERAKORRALISE MEDITSINIABI KASUTAMINE Kodeerige visiitide korrad viimase 90 päeva jooksul (mitte arvestada ööpäevast viibimist)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. KIRURGILINE ABI VIIMASE 90 PÄEVA JOOKSUL</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>19. KAKS PEAMIST MITTEAMETLIKKU ABILIST</p> <p>a. Seos inimesega</p> <p>1. Laps või minia/väimees <input type="checkbox"/></p> <p>2. Abikaasa <input type="checkbox"/></p> <p>3. Partner / muu oluline inimene <input type="checkbox"/></p> <p>4. Vanem / hooldaja <input type="checkbox"/></p> <p>5. Vend / õde <input type="checkbox"/></p> <p>6. Muu sugulane <input type="checkbox"/></p> <p>7. Sõber <input type="checkbox"/></p> <p>8. Naaber <input type="checkbox"/></p> <p>9. Puudub mitteametlik abiline <input type="checkbox"/></p> <p>Abistaja 1 2</p> <p>b. Abiline elab koos isikuga</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah, 6 kuud või vähem <input type="checkbox"/></p> <p>2. Jah, rohkem kui 6 kuud <input type="checkbox"/></p> <p>3. Puudub mitteametlik abiline <input type="checkbox"/></p> <p>Abistaja 1 2</p> <p>20. MITTEAMETLIKU ABILISE SEISUND</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>a. Peamine mitteametlik abistaja väljendab stressi, viha või depressiooni tundeid <input type="checkbox"/></p> <p>b. Perekond või lähedased sõbrad väljendavad ülekoormust isiku haiguse tõttu <input type="checkbox"/></p>
<p>OSA E. KOKKUVÕTE</p> <p>1. ALGORITMIDE SKOORID Märgi arvutus tekitatud koodid igasse kast</p> <p>a. Hindamise hädavajalikkus / pakilisus <input type="checkbox"/></p> <p>b. Teenuste hädavajalikkus / pakilisus <input type="checkbox"/></p> <p>c. Rehabilitatsioon <input type="checkbox"/></p> <p>2. TEENUSTE VAJADUS</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>Kui ei, jätkka punktist E8</p> <p>3. EELDATAV TEENUSEL VIIBIMISE AEG</p> <p>0. 0-14 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>1. 15-60 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>2. 61 või rohkem päeva <input type="checkbox"/></p> <p>4. LÜHIAJALISTE TEENUSTE VAJADUS</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>5. HINDAMISE HÄDAVAJALIKKUS / PAKILISUS</p> <p>Vajadus mitmekülgse, näost-näkku hindamise järele</p> <p>0. Ei vaja <input type="checkbox"/></p> <p>1. Rohkem kui 14 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>2. 8 - 14 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>3. 4 - 7 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>4. 1 - 3 päeva <input type="checkbox"/></p> <p>5. Samal päeval <input type="checkbox"/></p>	<p>6. TEENUSTE RAKENDAMISE HÄDAVAJALIKKUS / PAKILISUS</p> <p>0. Ei vaja <input type="checkbox"/></p> <p>1. 72 tundi või rohkem <input type="checkbox"/></p> <p>2. 48 - < 72 tundi <input type="checkbox"/></p> <p>3. 24 - < 48 tundi <input type="checkbox"/></p> <p>4. 12 - < 24 tundi <input type="checkbox"/></p> <p>5. < 12 tundi <input type="checkbox"/></p> <p>a. Õendusabi <input type="checkbox"/></p> <p>b. Isiklik abi / koduhooldus <input type="checkbox"/></p> <p>c. Füsioteraapia <input type="checkbox"/></p> <p>d. Tegevusteraapia <input type="checkbox"/></p> <p>e. Dieedialane nõustamine <input type="checkbox"/></p> <p>f. Laboratoorne teenus, abivahend, meditsiiniseade <input type="checkbox"/></p> <p>g. Majutusteenus / asutushooldus <input type="checkbox"/></p> <p>h. Sotsiaal nõustamine / -abi <input type="checkbox"/></p> <p>i. Logopeediline teraapia <input type="checkbox"/></p> <p>j. Muu (täpsusta) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>7. KLIENDIGRUPP [Eesti näide]</p> <p>1. Vältimatu abi <input type="checkbox"/></p> <p>2. Elulõpu abi <input type="checkbox"/></p> <p>3. Rehabilitatsioon <input type="checkbox"/></p> <p>4. Pikaajaline toetav hooldus <input type="checkbox"/></p> <p>5. Säilitav abi <input type="checkbox"/></p> <p>6. Pole veel määratud <input type="checkbox"/></p> <p>8. INFO KOGUMISE VIIS VORMI TÄITMISEL</p> <p>0. Ei <input type="checkbox"/></p> <p>1. Jah <input type="checkbox"/></p> <p>a. Telefon <input type="checkbox"/></p> <p>b. Isiklik kontakt <input type="checkbox"/></p> <p>c. Kirjalik / e-kiri / faks <input type="checkbox"/></p>

**9. InterRAI KH TÄITMISEKS KASUTATUD
INFORMATSIOONI ALLIKAD**

Kodeerige ainult ÜKS PÕHILINE/PRIMAARNE allikas ja KÕIK KASUTATUD
SEKUNDAARSED allikad

0. Ei ole rakendatav
1. Primaarne
2. Sekundaarne

- a. Klient
- b. Abikaasa või partner
- c. Laps või minia/väimees
- d. Teised lähedased
- e. Mittelähedased (nt naaber)
- f. Arst
- g. Tervishoiuasutuse personal (nt pereõde,
sotsiaaltöötaja jt)
- h. Teised koduhoolduse programmid –
ka erineva alluvusega, erinevad haldusterritooriumid
- i. Toetavad organisatsioonid kogukonnast
(täpsusta) _____
- j. Haigla
- k. Muu (täpsusta) _____

**10. HINDAMIST KOORDINEERIVA / LÕPETAVA
SPETSIALISTI ALLKIRI**

1. Allkiri (jonele)

2. Hindamise kuupäev

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

Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuuringute komitee luba

Lisa 2. Tartu Ülikooli Inimuuringute komitee luba

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, emeritprofessor	+
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	+
Külli 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 metoodika 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



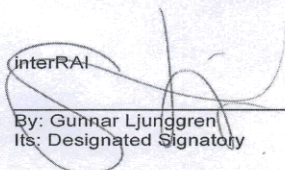
Väljastatud: 09.07.2013

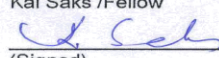
Tartu Ülikool
Teadus-ja arendusosakond
Lossi 3
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

Lisa 3. interRAI kohandamise ja tõlkeluba

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have set their hands and seals as of the dates written below.

interRAI
By:  _____ December 17, 2012
Mo. Day Year
Its: Designated Signatory

Kai Saks /Fellow
 _____ December 17, 2012
(Signed) Mo. Day Year

Lisa 4. Informatsioon uuringu kohta eesti keeles

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 tarvitavate 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 mustrist ning ennetamise vajadusest.

Probleemid, mida projektiga tahetakse lahendada:

- 1) Saada igakülgne ülevaade tervishoiu- või hoolekandeteenust tarvitavate 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 urea 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. Paberandmeid 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

Lisa 5. Informatsioon uuringu kohta vene keeles



Исследование «EAKAS», финансируемое программой TerVe Эстонского научного агентства (2013-2015)

Информация об исследовании

Уважаемый пациент/клиент!

Мы обращаемся к Вам с просьбой принять участие в исследовании, целью которого является получение всестороннего обзора проблем пожилых людей, пользующихся услугами в области здравоохранения и опеки, в одном регионе.

Исследование имеет большую важность по той причине, что доля пожилых людей в населении Эстонии будет увеличиваться как в абсолютных, так и в относительных числах как минимум до 2050 года. На сегодняшний день здоровье и условия проживания пожилых людей в Эстонии хуже, чем в большинстве других стран Европейского Союза. Лишь относительно небольшая часть людей стареет без развития сопутствующих процессу старения хронических заболеваний. И всё же не только проблемы со здоровьем вызывают ухудшение условий жизни и потерю самостоятельности. Не всегда причиной ухудшения здоровья и условий жизни являются медицинские проблемы, а, скорее, социальные и психологические. С другой стороны, человек, пользующийся услугами опеки, может остаться без достаточного внимания в части новых или усугубляющихся проблем со здоровьем, поскольку в этой системе работники здравоохранения, как правило, не работают. Говоря о пожилых людях, часто упоминается т.н. «эффект домино», когда небольшое ухудшение здоровья или уменьшение поддержки со стороны семьи или в какой-либо иной области может привести к существенному и внезапному ухудшению условий проживания. К сожалению, базовые причины подобного упадка могут остаться незамеченными как для самого человека, так и для оказывающих ему помощь профессионалов, т.к. им чаще всего приходится заниматься смягчением последствий, а не устранением причин и предотвращением дальнейшего ухудшения здоровья.

Результаты исследования помогут составить план предоставления услуг пожилым людям, которые будут соответствовать реальным потребностям жителей региона. Кроме того, результаты позволят развивать целенаправленные профилактические программы для пожилого населения. Цели и методы профилактической работы среди пожилого населения немного отличаются по сравнению с более молодым населением, и система применения профилактических мер является достаточно неурегулированной. В то же время, многие исследования показывают, что целенаправленное применение профилактических мер

помогает уменьшить число проблем с условиями проживания пожилых людей, улучшает их качество жизни и экономит ресурсы в области здравоохранения и опеки.

Основной целью проекта EAKAS является получение обзора проблем пожилых людей, проживающих в одном регионе, а также их потребностей в области профилактики проблем со здоровьем.

Проблемы, которые предполагается решить при помощи проекта:

- 1) Получить разносторонний обзор проблем пожилых людей, пользующихся услугами в области здравоохранения и опеки, в одном регионе, который нужен руководителям различных учреждений, работающих в области здравоохранения и опеки на всех уровнях, с целью планирования услуг и ресурсов для содействия самостоятельной жизни пожилых людей.
- 2) Выяснить потребность пожилых людей в профилактических мерах, их различных типах и объеме в одном регионе. Хотя региональные потребности могут в некоторой степени различаться в пределах Эстонии, запланированное место проведения исследования - г. Тарту - вероятно, является хорошей моделью также для многих других более крупных самоуправлений.
- 3) Оценить имеющиеся у работников здравоохранения и опеки знания о проблемах пожилых людей и о необходимости в применении профилактических мер и их уместности. Данные результаты позволят запланировать дополнительное обучение профессионалов, работающих с пожилыми людьми.

К участию в исследовании будут привлечены люди в возрасте 65 лет и старше, проживающие в г. Тарту и Тартуском уезде, которые пользуются услугами в области здравоохранения и опеки: прием семейного врача, стационарное лечение, сестринский уход на дому, стационарная опека, или сестринская помощь, домашний уход, люди, живущие дома и пользующиеся услугами вспомогательного персонала, пожилые люди, живущие в попечительском доме. Речь идет об исследовании, охватывающем разные группы, - мы приглашаем к участию всех, кто будет пользоваться перечисленными выше услугами в октябре 2013 г., в феврале и мае 2014 г. Состояние больных, находящихся на стационарном лечении, будет также дополнительно оцениваться по истечении 2 месяцев после активного лечения.

Состояние объектов исследования будет оцениваться по принципу гериатрической оценки с использованием инструментов interRAI – опросник будет заполнять врач, медсестра или социальный работник. Вопросы связаны с состоянием здоровья и ежедневными условиями проживания.

Основные анализы людей, находящихся на стационарном лечении (гемоглобин, количество лейкоцитов и тромбоцитов, содержание глюкозы в сыворотке крови, CRV, содержание холестерина, белка, альбумина, креатинина и карбамида), и основные показатели ЭКГ подлежат анализу в рамках исследования, если соответствующие обследования были проведены в отношении пациента в ходе стационарного лечения. В

связи с настоящим исследованием никаких дополнительных клинических анализов в отношении пациента проводиться не будет.

Собранные данные будут проанализированы анонимно: их статистический анализ будет проведен организаторами исследования. Данные, собранные электронным образом, будут храниться в защищенных паролем компьютерах в Клинике Тартуского университета, в Поликлинике Тартуского университета и на кафедре подготовки семейных врачей. Данные на бумаге будут храниться в течение 7 лет после проведения исследования в запертых на ключ шкафах в помещениях кафедры подготовки семейных врачей и Поликлиники ТУ, доступ к которым будут иметь только организаторы исследования.

Для получения дополнительной информации Вы можете обратиться к руководителю проекта:

доц. Кай Сакс, Клиника внутренних заболеваний ТУ, тел. 7318627; kai.saks@kliinikum.ee

Lisa 6. Informeeritud isiku nõusolekuleht eesti keeles

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 7. Informeeritud isiku nõusolekuleht vene keeles

EAKAS



Eesti Teadusagentuur
Estonian Research Council

TerVE



Europea Liit
Euroopa Liit
Regionaalarengu Fond



Eesti tervise heaolu

Региональное исследование потребностей пожилого населения в области здравоохранения

Исследование EAKAS (2013-2015) финансируется в рамках программы TerVe Эстонского исследовательского агентства

Письменное согласие информированного лица

Я прочитал(а) информацию об исследовании “EAKAS”.

Вместе с

имя и должность ответственного за получение согласия

название учреждения, адрес:.....

.....

обсудил(а) вопросы, связанные с данным исследованием.

Я согласен (-на) участвовать в исследовании, предоставлять информацию и заполнять опросники так как указано в объяснении.

Мое согласие не освобождает координаторов исследования от ответственности. У меня сохраняются все права, гарантированные законом.

Данные, касающиеся моего здоровья и социального состояния, строго конфиденциальны.

Дата подтверждения согласия: ___ __ ___ (день, месяц, год)

Имя опрашиваемого

Номер телефона

Подпись

Желаю, чтобы мои данные, собранные в ходе исследования, были доступны также и специалистам, осуществляющим мое лечение и/или уход.

Подпись

Подпись ответственного за получение согласия

Lisa 8. Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht eesti keeles

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

Lisa 9. Informeeritud isiku seadusliku esindaja nõusolekuleht vene keeles

EAKAS



Eesti Teadusagentuur
Estonian Research Council

TerVE



Региональное исследование потребностей пожилого населения в области здравоохранения

Исследование EAKAS (2013-2015) финансируется в рамках программы TerVe Эстонского исследовательского агентства

Письменное согласие законного представителя информированного лица

Я прочитал(а) информацию об исследовании “EAKAS”.

Вместе с

имя и должность ответственного за получение согласия

название учреждения, адрес:.....

.....

обсудил(а) вопросы, связанные с данным исследованием.

Я согласен (-на) участвовать в исследовании представителем

....., предоставлять информацию и заполнять опросники так как указано в объяснении.

Мое согласие не освобождает координаторов исследования от ответственности. У меня сохраняются все права, гарантированные законом.

Данные, касающиеся здоровья и социального состояния представляемого мною лица строго конфиденциальны.

Дата подтверждения согласия: __ __ __ __ __ (день, месяц, год)

Имя подтверждающего согласие

Номер телефона

Подпись

Желаю, чтобы данные касательно представляемого мною лица, собранные в ходе исследования, были доступны также и специалистам, осуществляющим лечение и/или уход за этим лицом.

Подпись

Подпись ответственного за получение согласия