
EESTI HOOLDUSRAVIVÕRGU ARENGUKAVA 2015

Sotsiaalministeerium



Tallinn 2001

Sisukord

Sissejuhatus

Hooldusravi koht hoolekande- ja tervishoiusüsteemis

1. Hooldusravi sisu

1.1. Tervishoiuteenused

1.2. Hoolekandeteenused

1.3. Teenuste osutajad

1.4. Hooldusravi sihtgrupid

2. Hooldusravi korraldamise alused

2.1. Geriaatriaosakonna korralduse alused

2.1.1. Geriaatriaosakonna sihtgrupid

2.1.2. Geriaatriaosakonna diagnostilised klientide grupid

2.1.3. Geriaatriaosakonnas osutatavad teenused

2.1.4. Ruumis

2.1.5. Personal

2.2. Õendushoolduskodu korraldamise alused

2.2.1. Õendushoolduskodu sihtgrupid

2.2.2. Õendushoolduskodu diagnostilised klientide grupid

2.2.3. Õendushoolduskodus osutatavad teenused

2.2.4. Ruumid

2.2.5. Personal

2.3. Päevase õendusabi korralduse alused

2.3.1. Päevase õendusabi sihtgrupid

2.3.2. Päevase õendusabi diagnostilised klientide grupid

2.3.3. Päevases õendusabis osutatavad teenused

2.3.4. Ruumid

2.3.5. Personal

2.4. Koduse õendusabi korralduse alused

2.4.1. Koduse õendusabi sihtgrupid

2.4.2. Koduse õendusabi diagnostilised klientide grupid

2.4.3. Koduses õendusabis osutatavad teenused

2.4.4. Ruumid

2.4.5. Personal

2.5. Miinimumandmestik

2.6. Seisundi kompleksne hindamine

2.6.1. Interdistsiplinaarne meeskond

2.6.2. Seisundi hindamise vahendid (dokumendid)

2.7. Õendushoolduse korraldamise alused

2.7.1. Funktsionaalse seisundi hindamine ja õendusplaani koostamine

2.7.1.1. Õendushooldusvajaduse hindamine

2.7.1.2. Seisundi hindamise ja õendustegevuse dokumenteerimine

2.7.2. Õendusnõustamine

2.7.2.1. Psühhosotsiaalne hindamine ja toimetuleku soodustamine

2.7.2.2. Tervisenõustamine

2.7.2.3. Eneseabigruppide juhtimine

2.7.3. Õendushooldustoimingute sooritamine:

2.7.4. Õendushoolduse administratiivne hindamine ja kooskõlastamine

3. Hooldusravivõrgu planeerimine

3.1. Olemasolevad (hooldus)pikaravihaiglad

3.2. Vajadustest lähtuv hooldusravi planeerimine

3.2.1. Lähteandmete analüüs

3.2.1.1. Sihtgrupi määramine ealiste piiride kaudu

3.2.1.1.1. Õendushoolduskodu teeninduspiirkond

3.2.1.1.2. Geriaatriaosakonna teeninduspiirkond

3.2.1.2. Eakate toimetuleku- ja terviseuuring 2000

3.2.1.3. Pikaravi patsiendid aktiivravihaiglas

3.2.1.4. Lõuna-Eesti haiglate ja hooldekodude patsientide/residentide uuring

- 3.2.1.5. Täpsustamist vajavad andmed
- 3.2.2. Vastavus sihtgrupi vajadustele
 - 3.2.2.1. Olemasolevate teenuste vastavus vajadustele
 - 3.2.2.2. Katmata vajadused
 - 3.2.2.2.1. Kompleksne hinnang
 - 3.2.2.2.2. Õendushooldus
 - 3.2.2.2.3. Koduõendus
 - 3.2.2.2.4. Kohanemisravi
 - 3.2.2.2.5. Dementsete teenindamine
 - 3.2.2.3. Võrdne kättesaadavus regioonides.
- 3.2.3. Võrdlus teiste riikide näitajatega
- 3.2.4. Ressursside paigutamise mudelid
 - 3.2.4.1. Alternatiivid makrotasandil
 - 3.2.4.2. Planeerimine regionaalselt ja maakondade lõikes
 - 3.2.4.3. Kliendi tasandil
- 3.3. Vajadustest lähtuvad maakondade arengukavad
- 4. Hooldusravi rahastamise alused
 - 4.1. Teenuste ja asutuste kirjeldamine
 - 4.2. Teenuse mõiste
 - 4.3. Teenuse kirjelduse formaat
 - 4.4. Hooldusravi teenuste loetelu
 - 4.5. Teenuste kirjeldused ühtsetel formaatidel
 - 4.6. Hooldusravi osutavate asutuste loetelu.
 - 4.7. Asutuste kirjeldused ühtsetel formaatidel
 - 4.8. Hooldusravi rahastamise katteallikad
 - 4.9. Hooldusravi maksumus
 - 4.9.1. Tervishoiuteenused

- 4.9.2. Hoolekandeteenused
- 4.9.3. Interdistsiplinaarse meeskonnatöö finantseerimine.
- 4.10. Rahastamise strateegiad
 - 4.10.1. Praeguse olukorra analüüs
 - 4.10.2. Takistused
 - 4.10.3. Hooldekodude rahastamine
 - 4.10.4. Kohalike omavalitsuste osa hoolekande rahastamisel
 - 4.10.4.1. Omavalitsus kui teenuste pakkuja
 - 4.10.4.2. Omavalitsus kui teenuste ostja
 - 4.10.5. Hooldusraviga seotud rahastamissüsteemid
 - 4.10.5.1. Ravimite rahastamine
 - 4.10.5.2. Vaimsete puuetega isikute hoolekanne
 - 4.10.6. Teenuste rahastamine
 - 4.10.6.1. Teenuste tasemete diferentseerimine
 - 4.10.6.2. Võrdse kättesaadavuse tagamine
 - 4.10.7. Haigekassa kui rahastaja ja omavalitsus kui ostja
 - 4.10.8. Hooldusravi hindade väljatöötamine
 - 4.10.9. Rahastamise võimalikud variandid
 - 4.10.10. Mitmetasandilise teenindusvõrgustiku rahastamine
 - 4.10.10.1. Teenindustasandite rahastamine
- 4.11. Hooldusravi koguelarve
- 5. Hooldusravivõrgu rakenduskava
 - 5.1. Rakendamise prioriteedid
 - 5.2. Rakendamisega seotud arengud
 - 5.3. Haiglavõrgu arengukavale toetumine
 - 5.4. Rakendamise strateegiad
 - 5.4.1. Teenuste arengu strateegia
 - 5.4.2. Rahastamise arengu strateegia

LISAD

Lisa A Mõisted

Lisa B Teenuste kirjeldused

Lisa C Asutuste kirjeldused

Lisa D Joonised

Lisa E Tabelid

Sissejuhatus

Mais 2000.a. kiideti Vabariigi Valitsuse poolt heaks Rootsi ekspertide poolt valminud Haiglavõrgu arengukava 2015 (Hospital Master Plan), mis keskendus peamiselt aktiivravivõrgu ümberkujundamisele. Selle arengukava kohaselt jääb Eestisse aastaks 2015 kokku 13 aktiivravihaiglat, mis peavad tagama eriarstiabi vajaduse.

Aktiivravi efektiivsuse tõstmise ja ressursside säästlikuma kasutamise eelduseks kogu tervishoiusüsteemis on hästitoimiv hooldusravisüsteem. Hooldusravivõrgu ülesandeks on pakkuda abi nendele patsientidele, kes ei vaja enam aktiivravi, kuid kelle tervislik seisund ei võimalda neil iseseisvalt toime tulla. Põhilise osa hooldusravi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks.

Käesolev dokument annab ülevaate hooldusravi kontseptsioonist, kasutatavatest mõistetest, teenuste sisust ning teenuste planeerimise ja rahastamise alustest. Hooldusravivõrgu arengukava on aluseks kõigi Eestis loodavate hooldusravisüsteemi komponentide arendamisele.

Hooldusravivõrgu arengukava koosneb põhiosast ja lisadest, kus on toodud kõik tekstis viidatud joonised ja tabelid.

Hooldusravivõrgu arengukava koostamise projektijuht oli Viktor Vassiljev, Eesti Tervishoiuprojekt 2015.

Töögrupp kuulusid (tähestikulises järjekorras):

Agris Koppel, Eesti Tervishoiuprojekt 2015, haiglavõrgu arengukava projektijuht
Aive Sarjas, Sotsiaalministeerium, hoolekande osakonna juhataja
Anneli Taal, Eesti Tervishoiuprojekt 2015, investeerimispoliitika projektijuht
Annely Soots, Eesti Geriaatria ja Gerontoloogia Assotsiatsioon, president
Ilve-Teisi Rimmel, Eesti Õdede Ühing, president
Ivi Normet, Sotsiaalministeerium, tervishoiu osakonna juhataja kt
Jana Peterson, Eesti Haigekassa, raviteenuste büroo juhataja
Kai Saks, Tartu Ülikooli Kliinikum, dotsent
Lea Tobreluts, AS Põlva Haigla, peaarst
Reet Urban, Lõuna-Eesti Haigla AS, hooldusraviosakonna juhataja
Raivo Kolle, Tallinna Hooldushaigla, peaarst

Maailmapanga toetusel osales välisekspertina arengukava väljatöötamisel pr Anna Howe Austraaliast

Hooldusravi koht hoolekande- ja tervishoiusüsteemis

Eesti haiglaravivõrgus oli 2000.a I poolaastal 10 358 voodikohta, millest aktiiv- ja taastusraviga oli hõivatud 7 268 voodikohta ning pikaraviga 3 090 voodikohta. Aktiivravi kestvus on Eestis keskmiselt 9 päeva, samas kui majanduslikult arenenud riikides on see 5 - 6,5 päeva. Praegu on paljud voodikohad hõivatud patsientide poolt, kes on neile vajalikus mahus aktiivravi kätte saanud ning vajaksid suunamist taastus- või pikaravile (*bed blockers*). Need haiged ei vaja kallist, kõrgtehnoloogilist ja spetsialiseeritud aktiivravi, vaid ravi ning hoolduse jätkamist teises keskkonnas, mis võimaldaks inim- ja materiaalsete ressursside kulusäästlikku kasutamist. Et selliseid võimalusi praegu napib, siis jäävad need haiged aktiivravivooditele, pikendades nii keskmist aktiivravi kestvust haiglates.

Eesti Haiglavõrgu Arengukava (*Estonia Hospital Master Plan*) näeb ette aastaks 2015 vähendada aktiivravi kohti 2 voodikohani 1000 elaniku kohta (ca 3100 aktiivravi voodikohta). Selleks tuleb luua võimalused suunata haiged ravivõrgu järgmistesse etappidesse, mis kataksid vajaduse järelravi- ja hooldusraviteenuste järele.

Aktiivravi eesmärgiks on osutada aktiivset meditsiinilist abi haigetele diagnostiliste ja raviprotseduuride näol. Aktiivravi tulemusel inimene tervistub või saavutab elule ohutu stabiilse seisundi.

Järelravi eesmärkideks on inimese tervisliku ja funktsionaalse seisundi taastamine. Tervisliku seisundi taastamiseks peale aktiivravi on teatud juhtudel vajalik kindlalt piiritletud (1–3 nädalat) haiglas viibimine, mis kindlustab haigestumiseelse seisundi taastumise. Funktsionaalse seisundi taastamine toimub taastusravi abil, mis võib olla nii lühi- kui pikaajaline. Praegustel pikaravivooditel toimub osaliselt aktiivravi etapi läbinud patsientide järelravi, osaliselt krooniliste haigete põetamine ja osaliselt haiglaravi mittevajavate haigete hooldamine. Need kolm tegevust tuleb edaspidi ära jagada sisulise teenuse vajaduse järgi – esimene osa järelravisse, teine osa hooldusravisse (õendushoolduskodus, päevases osakonnas või kodus) ja kolmas hoolekandesüsteemi. Seega lähtub käesolev arengukava eeldusest, et järelravi etapiks loetakse aktiivset pikaravi ning taastusravi.

Järelravi → Tervisliku seisundi taastamine → aktiivne pikaravi
--

Järelravi → Funktsionaalse seisundi taastamine → taastusravi
--

Kui järelravi etapil selgub, et haigestumiseelse seisundi taastamine ei ole võimalik, vajab teatud tasemel stabiliseerunud seisundis haige suunamist hooldusravile.

Hooldusravi eesmärkideks on väljakujunenud tervisliku seisundi säilitamine, väljakujunenud funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine läbi õendustegevuse, inimese ettevalmistamine hooldusasutusse või koduhooldusele suunamiseks ning surijate õendusabi. Hooldusravi erinevus aktiiv- ja järelravist seisneb selles, et põhiliste teenustena osutatakse õendusabi- ja hooldusteenuseid.

Hooldusravi →	Funktsionaalse seisundi säilitamine	→ kohanemisravi
	Tervisliku seisundi säilitamine	→ õendusabi
	Toimetuleku toetamine	→ hooldus

Seega võib hooldusravi kohta hoolekande- ja tervishoiusüsteemis iseloomustada joonis 1 abil. Joonisel kujutatud aktiivravi blokk hõlmab ajaliselt haigestumisele järgnevat suhteliselt lühiajalist (keskmiselt 4,5 päeva) tervisliku seisundi stabiliseerimisele kuluvat aega (aktiivravi) ning vajadusel sellele järgnevat järelravi, milleks kulub rohkem aega. Hooldusravi blokk hõlmab nii perioodilist kui kestvat õendusabi ning hoolekandeteenuseid. Nii aktiiv- kui hooldusravi on vajadusel ja teatud tingimustel võimalik osutada ka kodus, mis on samas ka kliendisõbralikum ja kulusäästlikum.

1. Hooldusravi sisu

Hooldusravivõrgu näol on tegemist struktuuriga, mis funktsioneerib tervishoiu ja hoolekande piirimail ning teeb tihedat koostööd nii tervishoiu- kui hoolekande süsteemiga. Seetõttu vajab ühtselt mõistmist terminoloogiat, mis katab tervishoiu ja hoolekandes kasutatavaid mõisteid. Kõik käesolevas dokumendis kasutatud mõisted on esitatud Lisas A.

Hooldusravi etapil osutatavad teenused jagunevad tervishoiuteenusteks ja hoolekandeteenusteks (joonis 2).

1.1. Tervishoiuteenused

Tervishoiuteenused (*medical care*) on suunatud haiguse avastamisele, diagnoosimisele, ravimisele, samuti haiguste ja puuete ärahoidmisele.

Tervishoiuteenustest osutatakse hooldusravisüsteemis ööpäevaringselt õendusabi ja vajadusel kasutatakse arstiabiteenust. Tervishoiuteenuse eesmärgiks on patsiendile maksimaalselt võimaliku prima tervisliku ja füüsilise heaolu tagamine. Täpsemalt on teenused lahti kirjutatud õendushoolduskodu korraldust kirjeldavas osas.

Hooldusravi etapil osutatavateks põhilisteks tervishoiuteenusteks on:

- Kompleksne hinnang, mille eesmärgiks on individuaalse hooldusravi kava (õendushooldusplaani) koostamine. Kompleksse hinnangu teostab interdistsiplinaarne meeskond, mille koosseisus on: arst (geriaater või geriaatrilise ettevalmistusega sisearst), kes on meeskonna juht; õendusala töötaja; sotsiaaltöötaja; tegevusterapeut; liikumisterapeut. Interdistsiplinaarne meeskond ei pruugi olla kindel struktuuriüksus, vaid pigem alaline töögrupp. Kompleksne hinnang teostatakse patsiendile enne hooldusravisüsteemi sisenemist ning selle tulemuseks on individuaalne hooldusravi plaan. Edaspidi teostatakse komplekshinnangut patsiendi seisundi dünaamiliseks hindamiseks vastavalt vajadusele.
- Õendusabiteenused on ravi- ja õendushooldusprotseduurid, mille eesmärgiks on haigele prima võimaliku funktsionaalse seisundi kindlustamine, samuti patsiendi eest hoolitsemine, tema suunamine ning õpetamine, kuidas saavutada võimalikult kiiresti iseseisvus ja sõltumatus teistest inimestest.
- Taastusravi, mille ülesandeks on patsiendi kohandamine oma tervislikust, funktsionaalsest ja sotsiaalsest seisundist tuleneva staatusega, kindlustamaks talle toimetulek ja parim võimalik elukvaliteet (kohanemisravi, *slow stream rehabilitation*).
- Suriija õendusabi eesmärgiks on sureva patsiendi vaevuste leevendamine ja inimväärse surma tagamine.

1.2. Hoolekandeteenused

Hoolekandeteenuste eesmärgiks on patsiendile prima võimaliku füüsilise ja sotsiaalse heaolu tagamine. Täpsemalt on teenused lahti kirjutatud õendushoolduskodu korraldust kirjeldavas osas.

Sotsiaalteenuste eesmärgiks on kindlustada patsiendile tema sotsiaalsete vajaduste rahuldamine, võimaluste piires tema sotsiaalse heaolu parandamine (sotsiaalne rehabilitatsioon).

1.3. Teenuste osutajad

Tervishoiuteenuseid osutavad tegevusloa alusel õde ja hooldusõde ning sisearsti või geriaatri kvalifikatsiooniga arst, vajadusel taastusravi spetsialist. Hospitsi teenuseid võivad osutada õde, sotsiaaltöötaja, vajadusel arst ning kaasata võib vabatahtlikke, kiriku esindajaid jne.

Hoolekandeteenuseid osutavad sotsiaaltöötaja ja sotsiaalhooldaja.

Täpsemalt on hoolekandeteenuste osutajaid iseloomustatud õendushoolduskodu korraldust kirjeldavas osas.

1.4. Hooldusravi sihtgrupid

Üldisemalt on hooldusravi sihtgrupiks kõik inimesed, kes vajavad kõrvalabi ja õendushooldust, kuna ei saa endaga hakkama kroonilistest haigustest tingitud funktsionaalsete häirete ja puuete tõttu. Ilmse seose tõttu krooniliste haiguste ja vanuse vahel on selge, et valdava enamuse sihtgrupist moodustavad eakad inimesed.

Samas on arusaadav, et kõrge iga iseenesest ei ole hooldusravi näidustuseks. Juurdepääs hooldusravi teenustele põhineb füüsilise, vaimse ja sotsiaalse seisundi ning vastavalt isiku individuaalsete vajaduste hinnangul. Seega on hooldusravi sihtgrupiks ka nooremad õendusabi ja sotsiaalhoolekannet vajavad inimesed, kes lähtuvalt oma sotsiaalsetest vajadustest vajavad suunamist avahooldusele, mis kindlustab neile parima võimaliku elukvaliteedi. Siiski on nooremate püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimeste regionaalne paiknemine raskesti fikseeritav, nad ei sobi eakate inimeste hoolekandesüsteemi ning see takistab nende sotsiaalset integreerimist. Hooldusravivõrgu planeerimisel on otstarbekas võtta aluseks andmed elanikkonna vanuselise jaotuse kohta ning võimalusel teha korrektuurid vastavalt nooremate puudega inimeste regionaalsele jaotumisele.

Maailmapraktikas on hooldusravi planeerimisel sihtgrupina üldkasutatavad 65-aastaste ja vanemate elanikkonnagruppide arvnäitajad, kusjuures arvestatakse sellega, et samaaegselt vajab hooldusravi teenuseid 5 – 10% vastavast sihtgrupist. Arvestades, et Eestis on 208 546 elanikku vanuses 65 aastat ja üle selle, on üheaegselt hooldusravi teenuseid vajav populatsioon kuni 10-20 tuhat inimest.

Kuna hooldusravi patsient vajab kompleksset ravi-, õendusabi- ja sotsiaalhoolekande teenuste osutamist, siis ravi- ja hoolekandeteenuste sihtgrupid kattuvad.

Hooldusravi patsientide vajadused lähtuvad eelnenult läbitud ravietapist. Selles osas jagunevad patsiendid järgmistesse sihtgruppidesse (joonis 3):

- Patsient, kes on läbinud aktiivravi, mille tulemusel on tema ägedast tervisekahjustusest tingitud funktsionaalse seisundi langus stabiliseerunud mingil tasemel, mis vajab edasist hooldusravi.

- Patsient, kes on läbinud aktiivravi (funktsionaalne seisund stabiliseeritud) ja järelravi (funktsionaalne seisund paranenud ja saavutatud tasemel stabiliseerunud) ning kes vajab edaspidi hooldusravi.
- Patsient, kes on suunatud teistest tervishoiusüsteemi etappidest ning kes vajab õendusabi.
- Patsient, kes on suunatud sotsiaalhoolekande süsteemist, kuna vajab lisaks hoolekandele ka suures mahus õendusabiteenuseid.

2. Hooldusravi korraldamise alused

Hooldusravikompleks hõlmab geriaatria osakonda, õendushoolduskodu, päevast õendusabi üksust ja koduse õendusabi üksust ning vajadusel teisi ravi-, hoolekandening koolitusfunktsioonidega üksusi, mis võivad olla ka iseseisvad majandusüksused (joonis 4).

Hooldusravisüsteemi korralduses on määrav roll interdistsiplinaarsel hindamismeeskonnal, kes määrab ära patsiendi vajadustest lähtuvalt tema suunamise statsionaarsele, päevasele või kodusele hooldusravile. Põhieesmärk on patsiendi funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi parandamine ja selle tulemusena patsiendi suunamine institutsionaalsemast ja seega kallimast etapist võimalikult kodukesksesse keskkonda, kus tema hooldus on kulusäästlikum.

2.1. Geriaatriaosakonna korralduse alused

Geriaatriaosakond on aktiivravihaigla koosseisus olev spetsialiseeritud hooldusraviosakond. Geriaatriaosakonna ülesandeks on põhiliselt eakate patsientide ravi ja taastusravi ning eesmärgiks on iseseisva toimetuleku parandamine või edasisele hooldusravile suunamine. Geriaatriaosakonnas osutatakse kõiki vajalikke tervishoiuteenuseid, millest põhilised on järgmised:

- seisundi kompleksne hindamine (hooldusraviplaani koostamine)
- intensiivne rehabilitatsioon
- intensiivne õendusabi.

Kuigi geriaatriaosakond kuulub funktsionaalselt hooldusravikompleksi koosseisu (ning on kogu hooldusravi võtmeelemendiks), asub ta spetsialiseeritud osakonnana siiski aktiivravihaiglas ning on rahastatav sarnaselt aktiivraviga.

Osakonnas töötavad arstid on geriaatrid või geriaatria-alase ettevalmistusega sisearstid. Osakonna tööd juhib arst.

Õed ja hooldajad peavad olema läbinud geriaatria-alase ettevalmistuse.

Teenuste osutamise eesmärgiks on hooldusraviplaani koostamine ning patsiendi suunamine järgmisesse etappi. Osakonnas viibimise kestvus on komplekshinnangu teostamiseks kuni 10 päeva, rehabilitatsiooni ja intensiivse õendusabi puhul kuni 30 päeva. Osakonna suuruseks võib olla kuni 50 voodit.

2.1.1. Geriaatriaosakonna sihtgrupid

- Isikud, kelle ägedast haigestumisest tingitud tervislik ja funktsionaalne seisund on langenud, kuid võimaldab teatud määral paranemist, kes ei vaja enam aktiivhaiglas statsionaarset jälgimist ja ravi, kes ei vaja aktiivset taastusravi, kuid kes paranemiseks vajavad veel intensiivset õendusabi ja aeglast rehabilitatsiooni;
- isikud, kes vajavad tervisliku, funktsionaalse, vaimse ja sotsiaalse seisundi hindamist ning individuaalse hooldusraviplaani koostamist, mille alusel toimub edaspidine tegevus kas (hooldus)raviasutustes, päevakeskustes või kliendi kodus;

- geriaatrilised haiged (eakad patsiendid), kes vajavad tervisliku seisundi hindamist, ravi ja nõustamist toimetulekuks.

2.1.2. Geriaatriaosakonna diagnostilised klientide grupid

a) Ägeda haigestumise või kroonilise haiguse ägenemise järel tekkinud funktsioonihäirega patsiendid:

- neuroloogilised kahjustused: hemiparees, parapleegia, dementsus ja muud degeneratiivsed kesknärvisüsteemi jt haigused;
- luu - liigeskonna ja lihaste haigused: raskekujuline degeneratiivne artriit või reumatoidartriit, lihasdüstroofia jm;
- organkahjustused alaägedas faasis: neeru-, maksa-, kopsu- või südamekahjustused.

b) Liikumisvõimet piiravad mööduvad seisundid (traumad, infarktist paranemine jm).

2.1.3. Geriaatriaosakonnas osutatavad teenused (vt lisad, tabel 1)

2.1.4. Ruumid

Ruumide vajaduse määratlemisel on aluseks haigla spetsialiseeritud osakonnale esitatavad nõuded. Ruumide vajadus põhjendatakse iga haigla puhul koostatava funktsionaalprogrammiga ja võib tingimustest tulenevalt olla haiglati erinev.

Palati suuruse juures on peamine, et patsiendi voodile saaks juurde mõlemalt poolt ja patsienti saaks voodiga palatist välja transportida. Kõigis patsiendile vajalikes ruumides peavad olema tagatud liikumispuudega inimestele vajalikud nõuded.

2.1.5. Personal

Geriaatriaosakonnas töötav arst peab olema sisearsti või geriaatri kutsega. Sisearstil on nõutav geriaatriline täiendkoolitus. Arsti vajaduse arvestuslikuks aluseks on 1 arst 15 patsiendi kohta ööpäevaringselt valves või ööpäevaringselt on tagatud arsti konsultatsiooni võimalus.

Õenduspersonali (õed, hooldusõed) vajadus osakonnas, kus on 15 patsienti on ööpäevaringselt 2 töötajat ja sellele lisaks päeval veel 4.

Sotsiaaltöötajat ei pea osakonnas eraldi olema ning vajadusel teenindab osakondakas haigla või mõne õendushoolduskodu sotsiaaltöötaja.

2.2. Õendushoolduskodu korraldamise alused

Õendushoolduskodu on hooldusraviasutus, kus osutatakse ööpäevaringselt õendusabi teenuseid (vt lisad, tabel 1)

Arstiabi teenuseks on konsultatsioon vastavalt vajadusele, arsti ülesanneteks on diagnostiline tegevus ja osalemine interdistsiplinaarse hindamismeeskonna töös. Konsultatiivset abi osutab perearst, vajadusel geriaatriaosakonna arst. Vajaduste komplekshinnang tehakse geriaatriaosakonnas ning õendushoolduskodus toimub perioodiline hinnang vastavalt vajadusele, kuid mitte vähem kui kord aastas.

Teenuste osutamise eesmärgiks on kindlustada patsiendile parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet ja maksimaalne toimetulek haigusega.

Erinevus aktiivravihaiglast: õendushoolduskodu osutab tervishoiuteenustest tegevusloa alusel õendusabi teenuseid patsientidele, kes ei vaja aktiivravi, kuid vajavad ööpäevaringset õendushooldust ning hoolekandeteenuseid. Õendushoolduskodus viibimine ei ole ajaliselt piiratud ning see võib olla patsiendile tema viimaseks elamiskohaks.

Erinevus üldhooldekodust: üldhooldekodu osutab hoolekandeteenuseid, kuid ei osuta tervishoiuteenuseid.

2.2.1. Õendushoolduskodu sihtgrupid

- Isikud, kes ei vaja pidevat hoolekannet, kuid põevad kroonilisi haigusi ja on oma igapäevatoimingutes teistest sõltuvad, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad pidevat õendusabi ning perioodilist arstlikku kontrolli ja ravi korrigeerimist;
- isikud, kes põevad kroonilisi haigusi ja on oma igapäevatoimingutes teistest sõltuvad, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad pidevat õendusabi, perioodilist arstlikku kontrolli, ravi korrigeerimist ning pidevat hoolekannet;
- terminaalses seisundis patsiendid, kes vajavad nii meditsiinilist kui emotsionaalset ja sotsiaalset abi ning toetust, samuti nende pereliikmed.

2.2.2. Õendushoolduskodu diagnostilised klientide grupid

a) Alaägedas perioodis kroonilisi haigusi põdevad patsiendid:

- neuroloogilised kahjustused: hemiparees, parapleegia, dementsus ja muud degeneratiivsed kesknärvisüsteemi jt haigused;
- luu - liigeskonna ja lihaste haigused: raskekujuline degeneratiivne artriit või reumatoidartriit, lihasdüstroofia jm;
- kroonilised organkahjustused alaägedas faasis: neeru-, maksa-, kopsu- või südamekahjustused.

b) Liikumisvõimet piiravad mööduvad seisundid (traumad, infarktist paranemine jm).

c) Terminaalfaasis olevad patsiendid.

2.2.3. Õendushoolduskodus osutatavad teenused

Õendusabiteenused on kirjeldatud tabelis 1. Arstiabi osutamine toimub ainult vajaduse korral, kas piirkonda teenindavate geriaatriaosakonna arstide või perearstide poolt. Õendushoolduskodu baasil võib osutada ka kõiki vajalikke sotsiaalteenuseid.

2.2.4. Ruumid

Ruumide vajaduse määratlemisel on aluseks meditsiiniline tegevus ja sellest tulenev patsiendi-, personaliruumide ja abiteenistuste vajadus. Ruumide vajadus

põhjendatakse iga asutuse puhul koostatava funktsionaalprogrammiga ja võib tingimustest tulenevalt olla erinev.

Õendushoolduskodu palatid peavad olema 1- kuni 4- kohalised (soovitavalt kuni 2- kohalised), palati pindala ühe voodi kohta on mitte vähem kui 13 m² (olemasolevates õendushoolduskodudes või osakondades 10 m²). Palati suuruse juures on peamine, et patsiendi voodile saaks juurde mõlemalt poolt ja patsienti saaks voodiga palatist välja transportida. Kõigis patsiendile vajalikes ruumides peavad olema tagatud liikumispuudega inimestele vajalikud nõuded. Pesemisvõimalus peab olema igas palatis. Eraldi sanitaarsõlm ja dušš peavad olema 1–2 palati kohta.

2.2.5. Personal

Õenduspersonali (õed, hooldusõed) vajadus osakonnas, kus on 30 klienti on ööpäevaringselt 4 töötajat ja sellele lisaks päeval veel 4.

Sotsiaaltöötaja vajaduse arvestuslikuks aluseks on üks sotsiaaltöötaja 30 kliendi kohta 40 tundi nädalas.

2.3. Päevase õendusabi korralduse alused

Päevase õendusabi (päevase hooldusravi) teenuste pakkumiseks võib õendushoolduskodu juures asuda vastav osakond (iseseisev majanduslik üksus). Päevane hooldusravi on patsiendile õendus- ja arstiabi ning hoolekande teenuste osutamine õendushoolduskodu osakonnas, kuhu patsient tuleb hommikul ning lahkub õhtul koju. Päevane hooldusravi on ravi- ja hooldusteenuste kogum, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks ja /või efektiivsemaks toimetulekuks koduses keskkonnas. Põhilisteks teenusteks on õendusteenused, mida osutavad õde ja hooldusõde, ning hoolekanne, mida osutab sotsiaalhooldaja. Võimalusel ja vajadusel osutatakse taastusravi (aeglast rehabilitatsiooni).

Erinevus õendushoolduskodust (statsionaarsest õendusabist): päevases õendusabis osutatakse tervishoiuteenustest tegevusloa alusel õendusabi teenuseid patsientidele, kes ei vaja ööpäevaringest õendushooldust, kes oma funktsionaalselt seisundilt on võimelised kodus elama, kuid vajavad päeva jooksul õendushooldust, rehabilitatsiooni ning hoolekandeteenuseid. Päevane õendusabi toimub vastavalt vajadusele 10-päevaste või 30-päevaste tsüklikena, mille vahepeal toimub patsiendi seisundi hindamine interdistsiplinaarse meeskonna poolt.

Erinevus päevaravist: päevaravi on aktiivravi vorm patsientidele, kellele teostatavad raviprotseduurid ja uuringud nõuavad päevast viibimist haiglas. Päevastatsionaaris toimub kas aktiivravi või aktiivne taastusravi, mis tagab tervisliku ja funktsionaalse seisundi taastumise. Päevases õendusabis toimub õendushooldus ja nn. kohanemisravi, mis on suunatud stabiilses seisundis haigele, kelle tervisliku või funktsionaalse seisundi oluline paranemine on ebatõenäoline ning mille eesmärgiks on kroonilise haigusega või väljakujunenud püsiva puudega kohanemine.

Erinevus pensionäride päevakeskusest: pensionäride päevakeskuses osutatakse mitmesugust elukondlikku abi pensionäridele, kes oma tervislikult ja funktsionaalselt seisundilt on iseseisvad ega vaja kõrvalabi, aga samuti ka kõrvalabi vajavatele. Päevakeskuse eesmärgiks on eakate aktiveerimine, eneseabi, nõustamine, sotsialiseerimine, koolitamine, mitmesuguste teenuste soodushindadega pakkumine

(saunateenus, pesupesemine, toitlustamine jm). Päevakeskuse eesmärgiks ei ole õendushoolduse pakkumine. Seevastu päevases õendusabis osutatakse tervishoiu- ja hooldusalast abi patsientidele, kes oma tervislikult ja funktsionaalselt seisundilt vajavad päevast õendushooldust.

2.3.1. Päevase õendusabi sihtgrupid

- Isikud, kelle tervislik seisund on langenud, kuid stabiilne, ning funktsionaalne seisund on langenud, kuid võimaldab teatud määral paranemist, kes ei vaja ööpäevaringset õendushooldust, kuid vajavad päevast õendushooldust ning nn. aeglast rehabilitatsiooni;
- isikud, kes põevad kroonilisi haigusi ja oma igapäevatoimingutes vajavad mõningat kõrvalabi, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad päevast õendusabi, perioodilist arstlikku kontrolli, ravi korrigeerimist, aeglast rehabilitatsiooni ning pidevat hoolekannet;
- isikud, kelle seisundi hindamine ning individuaalse hooldusraviplaani koostamine kodustes tingimustes on raskendatud, kuid kes ei vaja statsionaarset ravi, ning kelle hooldusraviplaani (õendushooldusplaani) alusel toimub edaspidine tegevus kodus, koduhooldusel, hoolekandetasutusel, päevasel või kodusel hooldusravil, sealhulgas geriaatrilised haiged (eakad patsiendid), kes vajavad tervisliku seisundi hindamist, ravi ja nõustamist toimetulekuks.

2.3.2. Päevase õendusabi diagnostilised klientide grupid

a) Remissiooni perioodis kroonilisi haigusi põdevad patsiendid:

- neuroloogilised kahjustused: hemiparees, parapleegia, dementsus ja muud degeneratiivsed kesknärvisüsteemi jt haigused;
- luu - liigeskonna ja lihaste haigused: keskmise raskusega degeneratiivne artriit või reumatoidartriit, lihasdüstroofia jm;
- kroonilised organkahjustused kompensatsiooni faasis: neeru-, maksa-, kopsu- või südamekahjustused.

b) Liikumisvõimet piiravad mööduvad seisundid paranemisjärgus (traumad, infarktist paranemine jm).

c) Nägemispuudega patsiendid.

2.3.3. Päevases õendusabis osutatavad teenused

Päevases vormis osutatakse kõiki õendus- ja sotsiaalhoolekandeteenuseid, mis ei nõua kliendi ööpäevaringset viibimist õendushoolduskodus.

2.3.4. Ruumid

Ruumide vajaduse määratlemisel on aluseks ambulatoorses arstiabis kehtivad normid ning hoolekandeteenuste osutamiseks vajalikud ruumid, millest tuleneb patsiendi-, teenindus-, personaliruumide ja abiteenistuste vajadus. Ruumide vajadus põhjendatakse iga päevakeskuse puhul koostatava funktsionaalprogrammiga ja võib tingimustest tulenevalt olla erinev. Otstarbekas on planeerida päevase õendusabi üksus õendushoolduskodu või õendushoolduskeskuse juures asuvana.

Teenuste osutamiseks planeeritavate ruumide pindala ühe patsiendi kohta on mitte vähem kui 10 m² (olemasolevates õendushoolduskodudes või osakondades 6 m²). Koosviibimiste ja söögiruumi pindala osas tuleb lähtuda kehtivatest tervisekaitsenõuetest. Kõigis patsiendile vajalikes ruumides peavad olema tagatud liikumispuudega inimestele vajalikud nõuded.

2.3.5. Personal

Päevase õendusabi üksuses töötavad õed, kes on saanud üldõe või geriaatriaõe ettevalmistuse. Keskuse juht on õe kutsega. Tegevus- ja liikumisteraapiat viivad läbi tegevusterapeut ja liikumisterapeut.

Õenduspersonali (õed, hooldusõed) vajadus päevases õendusabi üksuses, on 1 õde 10 teenindatava patsiendi kohta ja sellele lisaks tegevusterapeut, liikumisterapeut, sotsiaaltöötaja ning muu personal vastavalt vajadusele.

2.4. Koduse õendusabi korralduse alused

Koduse õendusabi (koduse hooldusravi) teenuste pakkumiseks õendushoolduskodu teeninduspiirkonnas võib õendushoolduskodu juures asuda vastav osakond (iseseisev majanduslik üksus). Kodune hooldusravi on patsiendile õendus- ja arstiabi ning hoolekande teenuste osutamine patsiendi kodus. Kodune hooldusravi on ravi- ja hoolekandeteenuste kogum, mida osutatakse 1) ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, 2) ravi- või hoolekandetasutusest koju suunatud, 3) kroonilist haigust põdeva või 4) piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks ja /või efektiivsemaks toimetulekuks kodus keskkonnas. Põhilisteks teenusteks on õendushooldus, mida osutab õe juhendamisel hooldusõde, sotsiaalteenused, mida koordineerib sotsiaaltöötaja ja mitmed koduteenused (abistamine, ruumide koristamine, toiduainete kojutoomine jne.), mida osutab sotsiaalhooldaja. Põhimõtteliselt on võimalik kodus osutada ka aeglase rehabilitatsiooni teenuseid.

Koduse õendusabi üksuse kaudu osutab patsiendi kodus õendusabi teenuseid õde ning hoolekandeteenuseid sotsiaaltöötaja.

Arstiabi osutab vajadusel perearst. Interdistsiplinaarse meeskonna poolt peab hinnang olema tehtud eelnenud etapis, näiteks päevases hooldusravis. Hindamismeeskonna töös osaleb õendushoolduskeskuse arst või geriaatri kutsega arst mõnest muust asutusest, kuid tulemustest peab olema informeeritud ka perearst.

Teenuste osutamise eesmärgiks on kindlustada patsiendile parim võimalik (ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav) elukvaliteet ja maksimaalne toimetulek haigusega.

Erinevus perearsti õe visiitidest seisneb selles, et kui perearsti õde täidab perearsti ühekordseid või perioodilisi ettekirjutusi, siis kodune õendushooldus on süstemaatiline, vajaduste hinnangul põhinev ning lisaks tervishoiuteenustele pakub ka hoolekandeteenuseid.

Erinevus avahooldusest on selles, et avahoolduse kaudu osutatakse ainult hoolekandeteenuseid, kuid kodune õendusabi pakub lisaks ka tervishoiuteenuseid.

2.4.1. Koduse õendusabi sihtgrupid

- isikud, kes ei vaja hoolekannet, kuid põevad kroonilisi haigusi ja oma igapäevatoimingutes vajavad perioodilist kõrvalabi, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad perioodilist õendusabi;
- isikud, kes põevad kroonilisi haigusi ja oma igapäevatoimingutes vajavad perioodilist kõrvalabi, kelle tervislik ja funktsionaalne seisund on stabiilne ning kes vajavad püsivat või perioodilist õendusabi ning hoolekannet;
- isikud, kes on ravi- või hoolekandeesutusest koju suunatud ning vajavad tervisliku ja funktsionaalse seisundi perioodilist jälgimist pikema aja jooksul;
- Isikud, kes vajaksid päevast õendusabi, kuid mingitel põhjustel ei saa päevase õendusabi üksust külastada.

2.4.2. Koduse õendusabi diagnostilised klientide grupid

a) Alaägedas perioodis kroonilisi haigusi põdevad patsiendid:

- neuroloogilised kahjustused: hemiparees, parapleegia, dementsus ja muud degeneratiivsed kesknärvisüsteemi jt haigused;
- luu - liigeskonna ja lihaste haigused: raskekujuline degeneratiivne artriit või reumatoidartriit, lihasdüstroofia jm;
- kroonilised organkahjustused alaägedas faasis: neeru-, maksa-, kopsu- või südamekahjustused.

b) Liikumisvõimet piiravad mööduvad seisundid (traumad, infarktist paranemine jm).

c) Nägemispuudega patsiendid.

2.4.3. Koduses õendusabis osutatavad teenused

Kliendi kodus on võimalik osutada kõiki õendus-, arstiabi- ja sotsiaalteenuseid, mis ei vaja eriseadmete olemasolu või nende teenuste maht ei nõua kliendi viibimist päevases või statsionaarses hooldusraviüksuses. Arstiabi osutab patsiendile tema perearst või vajadusel geriaatriaosakonna arst.

2.4.4. Ruumid

Koduse õendushoolduse läbiviimiseks peab patsiendi eluruum vastama meditsiiniliste teenuste osutamiseks vajalikele elementaarsetele hügieeninõuetele. Kui patsiendi eluruumis sellistele nõuete täitmine on raskendatud, oleks otstarbekam paigutada patsient sotsiaaleluruumi või hoolekandeesutusse. Sellist lahendust võib soovitada, kuid lõpliku otsuse teeb patsient ise.

2.4.5. Personal

Vastavalt teenindatava piirkonna suurusele ja transpordivõimalustele võib üks öde teenindada 8 kuni 10 patsienti.

2.5. Miinimumandmestik

Kuna hooldusravi patsient võib liikuda ühelt hooldusravi tasandilt teisele ning ravivõrgust hoolekandevõrku, siis hooldusravi järjepidevuse tagamiseks,

patsiendi/kliendi seisundi dünaamiliseks jälgimiseks ning teenuste optimeerimiseks on vajalik miinimumandmestik. Miinimumandmestik sisaldab põhilisi isikuandmeid, tervise ja sotsiaalse seisundi andmeid ning muid vajalikke andmeid kliendi vajaduste jälgimiseks ja nende vajaduste järjepidevaks rahuldamiseks (vt tabel 2).

2.6. Seisundi kompleksne hindamine¹

Patsiendi/kliendi seisundi kompleksne hindamine on hooldusravi võtmeelement, mis eeldab tervishoiu ja hoolekande tihedat koostööd. Igakülgne hindamine tähendab meekonnatööd, milles osalevad nii tervishoiu- kui ka sotsiaaltöö spetsialistid.

Seisundi hindamine esmatasandil on perearsti, pereõde ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ülesanne. Toimetulekuraskustega patsiendi/kliendi pöördumisel ükskõik millise eelpoolnimetatud spetsialisti poole on vajalik hinnata ja dokumenteerida funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi põhinäitajad ning otsustada, kas patsiendi/kliendi probleeme on võimalik lahendada oma eriala piires. Juhul, kui see nii ei ole, on vajalik igakülgne seisundi hindamine interdistsiplinaarse meeskonna poolt. Selleks on Eestis vaja välja töötada seisundi hindamise kompleksteenus, mida osutavad interdistsiplinaarsed meeskonnad kas ambulatoorselt, statsionaarses ravi- või hoolekandeesutuses. Igakülgse geriaatrilise hindamise tulemused dokumenteeritakse vastavates vormides.

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

Seisundi hindamine interdistsiplinaarse meeskonna poolt tähendab multiprobleemse eaka patsiendi/kliendi probleemide, eesmärkide ja edasise tegevuskava määratlemist, vajalike teenuste osutamist või teiste spetsialistide teenuste koordineerimist ning seisundi dünaamilist hindamist. Juhul, kui patsient/klient lahkub meeskonna teeninduspiirkonnast, tuleb dokumendid seisundi hindamisest ja edasisest tegevusplaanist anda elukohajärgsele juhtumi korraldajale (case manager), kes vastutab edasise teenuste koordineerimise ja seisundi dünaamilise hindamise eest.

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

2.6.1. Interdistsiplinaarne meeskond (tabel 3)

Interdistsiplinaarne meeskond on ajutiselt või pidevalt samas põhikoosseisus töötav spetsialistide (arst, õde, sotsiaaltöötaja, teiste erialade spetsialistid vastavalt vajadusele) grupp, kelle tegevuse eesmärgiks on patsiendi/kliendi toimetuleku toetamine ja elukvaliteedi säilitamine võimalikult heal tasemel. Interdistsiplinaarne meeskond tegeleb probleemide lahendamisega eakatel isikutel, kellel tervislik

¹ Kai Saks, Raivo Allev, Annely Soots, Kadri Kõiv, Helgi Kolk, Inge Paju, Kadri Jaanson, Galina Schneider. Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Tartumaa Trükikoda, Tartu, 2001

seisund, funktsionaalse võimekuse langus ja sotsiaalne seisund põhjustavad toimetulekuhäireid. Interdistsiplinaarse meeskonna kokkukutsumise kohustus/õigus on meditsiini- või sotsiaaltöötajal, kui pöördumise põhjuseks olnud probleemide lahendamine väljub tema eriala kompetentsi piiridest.

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

Interdistsiplinaarse meeskonna liikmete rollid on kirjeldatud tabelis 3. iga spetsialisti ülesanded sõltuvad klientide vajadustest ning spetsialisti oskustest.

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

Ambulatoorsetes tingimustes kuulub interdistsiplinaarse meeskonna koosseisu perearst, kes on saanud geriaatrilist täiendkoolitust või geriaater. Statsionaarses ravi- või hooldusasutuses kuulub interdistsiplinaarse meeskonna koosseisu geriaater või patsiendi raviarst koos geriaatrilise täiendkoolituse läbinud raviarsti või geriaatriga. Vastavalt vajadusele kaasatakse teiste arstlike erialade esindajaid.

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

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

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

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

2.6.2. Seisundi hindamise vahendid (dokumendid)

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

Seisundi hindamine on kõigi professionaalide kohuseks, kes töötavad toimetulekuraskustega ja eakate patsientidega. Hindamise fookus ja detailsus sõltub hindaja professionist ning sellest, kas tegemist on esmatasandi või spetsialiseeritud hindamisega. Ilmselt pole otstarbekas rakendada universaalseid hindamise dokumente, sest andmete vajadus sõltub paljudest teguritest: teenindatavast kontingendist, teenindavast institutsioonist (haigla, õendushoolduskodu, avahooldus, hooldusasutus jne.), osakonna spetsiifikast (näiteks psühhogeriaatria) ja muustki. Samas tuleb kehtestada miinimumnõuded, mis peavad dokumentatsioonis tingimata sisalduma. Erinevad spetsialistid peavad töös eaka patsiendi/kliendiga hindama valdkondi, mis on täpsemalt loetletud tabelis 4.

2.7. Õendushoolduse korraldamise alused

2.7.1. Funktsionaalse seisundi hindamine ja õendusplaani koostamine

2.7.1.1. Õendushooldusvajaduse hindamine

Õendushooldusvajaduse hindamine võib toimuda esmatasandil perearsti, pereõe või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poolt. Toimetulekuraskustega patsiendi/kliendi pöördumisel ükskõik millise eelpoolnimetatud spetsialisti poole on vajalik hinnata ja dokumenteerida funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi põhinäitajad ning otsustada, kas patsiendi/kliendi probleeme on võimalik lahendada oma eriala piires või vajab ta suunamist õendushooldusele/hooldusravile.

Õendushooldusvajaduse hindamine võib toimuda ka hooldusravi etapil interdistsiplinaarse meeskonna poolt.

Õendushooldusvajaduse hindamise tulemuseks on õendushoolduse e. hooldusravi plaan.

2.7.1.2. Seisundi hindamise ja õendustegevuse dokumenteerimine (tabel 5)

Õendushooldus- e. hooldusraviplaani peab sisaldama kliendi isikuandmeid ning vastavalt tema seisundi hinnangule püstitatud õendushoolduse eesmärged ning nende saavutamiseks vajalike tegevusi koos hilisema tegevuste edukuse hindamisega.

Õendushoolduse jooksvaks dokumenteerimiseks on vajalik õendushoolduslugu (õenduslugu), mis peab sisaldama andmeid teostatud protseduuride kohta ning kliendi seisundi hinnangut.

Hooldusravi tsükli lõppedes tehakse kokkuvõtte ravi ja hoolduse kohta ning selles sisaldub hinnang kliendi seisundi kohta, mis on oluline info järgmiste etappide või muude teenuste osutajatele (nt perearst jt).

2.7.2. Õendusnõustamine

Õendusnõustamine hõlmab kolme iseseisvat ülesannete plokki: psühhosotsiaalset hindamist ja toimetuleku soodustamist, tervisenõustamist ja eneseabigruppide juhtimist.

2.7.2.1. Psühhosotsiaalne hindamine ja toimetuleku soodustamine

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

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

2.7.2.2. Tervisenõustamine

- Esmane profülaktika tervetele, et vähendada haiguste teket. Vaktsineerimine, tervist edendavad loengud, seminarid, infolehtede ja muu tervisedendusliku materjali levitamine.
- Teisene profülaktika, et välja selgitada inimesed, kellel on risk haigestuda. Näiteks: profülaktilised läbivaatused varase vähi avastamiseks (rinnanäärmete kontroll, uuring peiteverele), laste arenguhäirete avastamiseks, töö riskigrupi inimestega.
- Kolmandane profülaktika, et vältida haiguse taaspuhkemist, funktsioonide väljalangemist haiguse tagajärjel. Näiteks: diabeedi tasakaalustamine, suitsetamise lõpetamine peale südame infarkti, püsiva terviserikkega inimeste nõustamine haiguse süvenemise ärahoidmiseks ja haigusega toimetuleku soodustamiseks.

2.7.2.3. Eneseabigruppide juhtimine

Võib toimuda päevase õendusabi keskuse baasil, aga samuti ka pensionäride päevakeskuses, huvialaringi ning mistahes formaalse või mitteformaalse ühenduse juures. Tihti moodustavad just eneseabigrupid patsiendi/kliendi vajadustele vastava toetussüsteemi.

2.7.3. Õendushooldustoimingute sooritamine:

- Õendusprotseduurid: medikamentoosne ravi, uuringuteks ettevalmistus ja uuringute teostamine.
- Praktilise abi andmine kodu kohandamisel haigusega (tõstukid, kepid jne).
- Isiklik hooldus.

2.7.4. Õendushoolduse administratiivne hindamine ja kooskõlastamine

Juhtumi korraldamine (*case management*):

- funktsionaalse hindamise alusel koduse õendushoolduse planeerimine, pika- ja lühiajaliste eesmärkide formuleerimine ja prioriteetsete teenuste vajaduse ja ajakava hindamine;
- teenuste koordineerimine, et kindlustada hoolduse jätkuvus ja efektiivsus;
- patsiendile osutatavate teenuste ja patsiendi seisundi pidev hindamine;
- rahaliste ressursside efektiivse kasutamise juhtimine.

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

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

- Õendushooldustöötajate ja vabatahtlike superviseerimine.
- Tervisehoolduse konverentsid.

3. Hooldusravivõrgu planeerimine

3.1. Olemasolevad (hooldus)pikaravihaiglad

Hooldushaigla nimetuse all tegutsev Tallinna Hooldushaigla on praegu siiski sisuliselt pikaravihaigla, kus osutatakse pikaraviteenust. Samas on praegu paljud väikesed haiglad sunnitud osutama mingil määral hooldusravi teenust, millel puudub nii õiguslik alus kui rahaline kate.

Seisuga maikuu 2001 oli Sotsiaalministeeriumi litsentsibüroo andmetel Eestis 904 litsentseeritud pikaravivoodit (tabel 6). Antud loetelu ei ole täielik, kuna osadel haiglatel on järel- ja pikaravivoodid litsentseeritud erialavoodite koosseisus. Millised näidatud pikaravivooditest kuuluvad aktiivravi jätkuna vajaliku taastusravi hulka ja millised on hõivatud pikaajalist õendushooldust vajavate patsientidega, pole päris selge.

3.2. Vajadustest lähtuv hooldusravi planeerimine

Kuna aktiivravivoodite ja nendega seotud ressursside ümberprofileerimise eesmärk on optimaalne lähenemine eakate hooldusravi vajavate patsientide vajadustele, siis ressursside parimaks paigutuseks ja teenuste optimaalsemaks arendamiseks tuleb eelkõige need vajadused identifitseerida.

Seejärel tuleb määrata sihtgruppide regionaalne paigutus, analüüsida teenuste vastavust sihtgruppide vajadustele, kasutada nii Eestis olemasolevaid kui ka teiste riikide kogemusi, ning lõpuks luua regionaalsed ressursside paigutamise mudelid nii maakonna, valla kui kliendi tasandil. Sellised mudelid loovad hooldusravivõrgu arendamiseks vajaliku raamistiku, mida tuleb hooldusravivõrgu ülesehitamise käigus progressiivselt jälgida ja revideerida. Tähtis on hooldusravivõrgu arengukava rakendamise alustamine ja edasiarendamine kooskõlas Haiglavõrgu arengukavaga.

3.2.1. Lähteandmete analüüs

3.2.1.1. Sihtgrupi määratlemine ealiste piiride kaudu

Sihtgrupi enamuse moodustavad 65-aastased ja vanemad elanikud. Sihtgrupi jaotumine maakonniti on toodud tabelis 7, mis annab üldise pildi vajadustest hooldusravi järele regionoides ja maakondades.

Sihtgruppi kuuluvad ka nooremad püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimesed, kuid nende regionaalne paiknemine ei ole fikseeritav ning planeerimisel on otstarbekas võtta aluseks andmed elanikkonna vanuselise jaotuse kohta. See, kuidas vanuse kasvades suureneb vajadus abi järele, selgub Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsiooni (EGGA) poolt läbi viidud eakate toimetuleku uuringust.

Õendushoolduskodu kohtade vajadus → 10 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta

Hooldekodu kohtade vajadus → 20 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta
--

Aastal 2000 oli Eestis 208 574 elanikku vanuses 65 aastat ja üle selle, mis moodustas 14,5% elanikkonnast. Nendest omakorda viiendik oli vanuses üle 80 aasta.

Maakondade lõikes on vanemaealise elanikkonna osakaal erinev, kõikides alates 13,1% Hiiumaal kuni 17% Võrumaal. Looderegioon on suhteliselt noorem ja

kaguregioon vanem. Teenuste planeerimise seisukohalt on tähtis ka see, et suurem vanemaelise elanikkonna kontsentratsioon on kolmes keskuses. Kolmandik eakast elanikkonnast paikneb Harjumaal, suurem osa sellest Tallinnas; 10% Tartumaal, enamuse Tartus; ning 14% Ida-Virumaal, enamuse Kohtla-Järvel ja Narvas.

Need andmed on lähtepunktiks hooldusravivõrgu regionaalsel planeerimisel. Teine lähtepunkt on teenuste vajadused tasemete järgi. Toodud teenustasemete normatiivid 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta on kokkuleppelised ning neid saab kasutada esialgsel planeerimisel baasindikaatoritena, tulevikus tuleb aluseks võtta juba tegutsevast hooldusravivõrgust lähtuvad andmed, mis võimaldavad täpsemat planeerimist.

3.2.1.1.1. Õendushoolduskodu teeninduspiirkond (tabel 8)

Väiksemates maakondades on 65-aastaste ja vanemate elanike arv keskmiselt ligi 5000 inimest, mis määrabki ära hooldusravi pakkuva õendushoolduskodu teeninduspiirkonna minimaalse suuruse.

Õendushoolduskodu teeninduspiirkond → 5 000 üle 65-aastase elaniku

Teeninduspiirkonnad 5000 inimesele vanuses 65 ja üle selle tuleb moodustada maakonna keskuses või suurema elanikkonnaga linnas, haarates ümberkaudsed vallad. Suuremas omavalitsuses võib olla ka eraldi teeninduspiirkond. Kokku on baastasemel teenuste osutamiseks planeeritud 40 teeninduspiirkonda. Eeldades, et üheaegselt võib teenust vajada 10% piirkonna vanemaelisest elanikkonnast, peaks õendushoolduskodu (koos päeva- ja koduteenustega) suutma vastu võtta ja teenindada keskmiselt 500 patsienti/klienti aastas.

3.2.1.1.2. Geriaatriaosakonna teeninduspiirkond (tabel 8)

Nende osakondade poolt kõrgemal tasemel teenuste osutamine on kavandatud kaheksa teeninduspiirkonna baasil, igaühes keskmiselt 25 000 elanikku vanuses 65 ja üle selle, mis peavad katma kõik maakonnad. Arvestades eakate elanike jaotumust peavad geriaatriaosakonnad baseeruma Pärnus, Tartus, Jõhvis, Võrus, Viljandis ning Paides. Arvestades Tallinna elanikkonna suurust ning struktuuri peab Tallinnas olema vähemalt kaks keskust ja vastavalt kaks teeninduspiirkonda, üks ida- ja teine lääneosas.

Geriaatriaosakonna teeninduspiirkond → 25 000 üle 65-aastase elaniku

Lisaks on võimalikud väiksemad osakonnad luua Haapsalus (seotud Lääne-Tallinnaga), Kuressaares (seotud Pärnuga) ning Rakveres ja Narvas (seotud Jõhviga).

Geriaatriaosakondade teeninduspiirkonnad peavad vastama Haiglavõrgu arengukava (HMP) poolt planeeritud üld- ja keskhaiglate paiknemisele, et käivituks voodite ja teenuste ümberprofileerimine kooskõlas HMP poolt samas regioonis kavandatud arengutega.

3.2.1.2. Eakate toimetuleku- ja terviseuring 2000²

² Kai Saks, Ene-Margit Tiit, Ene Käärrik. Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuring 2000. Tartu, 2000

Eakate toimetuleku- ja terviseuuringu viis Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon läbi kirjaliku ankeetküsitluse meetodil koostöös TÜ Matemaatilise statistika instituudi teaduritega Avatud Eesti Fondi finantseerimisel. Uuriti nelja arvamusrupi hinnangut eakate olukorrale Eestis:

- eakad (kokku 811 üle 65-aastast inimest),
- pere- ja/või jaoskonnaarstid (kokku 163 arsti),
- pere- ja/või jaoskonnaõded (kokku 152 õde),
- omavalitsuste sotsiaaltöötajad (kokku 220 omavalitsust)

Uuringu üksikasjalikumad tulemused avaldati eraldi trükistena. Eakate eneste hinnangu kohaselt tuleb oma eluga täiesti iseseisvalt toime 43%, väga harva vajab abi 28%, mitu korda kuus 10% (20 300), mitu korda nädalas 6% (13 500), iga päev 10% (20 300) ning täiesti on sõltuvad teiste abist 3% (6100) eakatest. Abivajadus suureneb eriti järsult pärast 85-ndat eluaastat. Abivajadus meeste ja naiste ning linnades ja maal elavate eakate hulgas on ligikaudu ühesugune.

Vastuseks küsimusele, kelle poole pöörduakse abi saamiseks, nimetati enamasti pereliikmeid: 31% lapsi, 16% lapselapsi ja teisi sugulasi, 18% naabreid ja sõpru. Perearsti nimetasid 25% ja pereõde 9%, kuid muid teenuseid ei osatud nimetada. Sotsiaaltöötajate küsitlused näitasid, et 19% eakatest vajaksid abi väljastpoolt perekonda, kuid ei oska seda otsida.

Üle poole perearstidest ja sotsiaaltöötajatest vastasid küsitluse käigus, et nende teeninduspiirkonnas puuduvad hooldekodud, sotsiaalmajad ja muud võimalused hoolekandeteenuste osutamiseks. Samas kaks kolmandikku märkis ära vajaduse vastavate teenuste laiendamise järele. Teenused, mida enam sooviti näha, olid päevakeskused – seda märkisid kaks kolmandikku nii perearstidest kui sotsiaaltöötajatest. Koduse õendusabi kohta ei osatud midagi vastata, kuna selline teenus sisuliselt puudub.

Vaid 15% perearstidest ja 25% sotsiaaltöötajatest olid saanud geriaatria ja gerontoloogia alast koolitust, samas ainult 5% vastasid, et pole sellisest koolitusest huvitatud.

Selle uuringu tulemused näitavad mitte üksnes vajadust hooldusravi teenuste järele, vaid ka seda, et nii perearstid kui sotsiaaltöötajad näevad vajadust vastavate teenuste arendamiseks praegusest märksa suuremas ulatuses ning on valmis selles osas koostööd tegema.

Abivajadus suureneb ootuspäraselt koos vanusega, eriti järsult pärast 85-ndat eluaastat. Põhiliselt pöörduakse abi saamiseks pereliikmete, sugulaste ja tuttavate poole. Üllatavalt sageli pöörduvad eakad abi saamiseks ka meditsiinitöötajate poole (34%). Sotsiaaltöötajate poole pöörduakse harva (5%).

Vajadus ajutise põetusabi järele ei ole otseses sõltuvuses vanusest, kuid vajadus pideva põetusabi järele kasvab vanuse suurenedes oluliselt.

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

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

Eakate ambulatoorsed visiidid moodustavad 39% kõigist visiitidest, koduviisiidid 43% kõigist koduviisiitidest (seega umbes 2,5 korda rohkem võrreldes eakate osakaaluga nimistus).

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

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

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

Pereõde tegeleb vastuvõttudel kolmandiku tööajast (33%) eakatega. Regulaarseid koduviisiite teeb õde keskmiselt 15-le eakale patsiendile. Ühes kuus teeb õde keskmiselt 18 koduviisiiti eakate inimeste juurde. Ühele koduviisiidile kulub keskmiselt pool tundi. Voodihaigeid eakaid inimesi on perearsti teeninduspiirkonnas keskmiselt 11.

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

3.2.1.3. Pikaravi patsiendid aktiivravihaiglas

Sihtgrupp, kes vajab hooldusravi, selgub ka tervishoiustatistikast.

Litsentseeritud pikaravivoodite järgi

- Aastal 1999 oli 10 358 ravivoodist pikaravivooideid 856 (8,3%);
- Pikaravivooditel hospitaliseeritute arv oli 1999.aastal 7 341, voodikäive 8,7;
- Keskmine ravikestvus - 35,4 päeva (kõigi ravivoodite keskmine - 10,3 päeva);
- Voodihõive 84,1% (kõigi ravivoodite keskmine 73,5%);
- Letaalsus 14,8% (kõigi ravivoodite keskmine 2,6).

Rahastatud pikaravi hinnakirjakoodi järgi

- Haigekassa andmetel oli 2000.aastal pikaravi ja järelravi saanute arv 65 943, seega 23% kõigist aasta jooksul hospitaliseeritute. Neist litsentseeritud pikaravivooditel vaid 11%;
- Pikaravi ja järelravi saanutest moodustasid 60-aastased ja vanemad 66%, kellest omakorda 59% viibisid haiglas 10 kuni 20 päeva ning 36% üle 20 päeva;
- 15 460 patsienti vanuses 60 aastat ja rohkem, kes viibisid haiglas üle 20 päeva, moodustasid 23,4% kõigist pikaravile hospitaliseeritute;

Seega tuleb 15 500 patsienti võtta aluseks baasindikaatorina kui pikaravihaigla patsientide arv, kes vajavad ravivoodite ümberprofileerimise käigus rakendatavaid alternatiivseid teenuseid.

Pikaravivoodite kõrge hõive, raskused patsientide väljakirjutamisel ning pikaravihaigetega hõivatud kõigi ravivoodite kõrge protsent näitavad vajadust pikaravi ümberkorraldamise järele. Samal ajal kõrge letaalsus pikaravivooditel näitab alternatiivsete teenindusviiside puudumist.

Selliste alternatiivsete teenindusviiside - antud juhul mitmetasandilise hooldusravi rakendamine praeguste pikaravi patsientide tarbeks oleks aktiivravi kestvuse vähendamise üks põhilisi mehhanisme.

3.2.1.4. Lõuna-Eesti haiglate ja hooldekodude patsientide/residentide uuring³

Eesmärk: saada ülevaade Lõuna-Eesti piirkonna haiglates ja hooldekodudes viibivate haigete/residentide funktsionaalsest seisundist ja abi vajadusest. Selline informatsioon on vajalik tervishoiu ja hoolekande erinevate astmete tegevuse planeerimisel.

Metoodika: Residential Assessment Instrument (RAI); RUG-II. Haiglates hindasid haigete seisundit raviarstid (õe abiga), hooldekodudes õed (raviarsti abiga). Uuring viidi läbi 8.-11. mail 2001 (valdavalt 10.mail).

Uuritud kontingent: Jõgeva, Põlva, Tartu, Valga, Viljandi, Võru maakonnad; 15 haiglat (32 osakonda, 1757 voodit) ja 41 hooldekodu (1676 voodit, neist 586 psühhiaatrilist).

Tulemused: Haiglad – voodite hõivatus uuringu päeval oli 87%. Hinnati 1570 haiget, kelle hulgas oli naisi 56%, üksi elavaid 26%. Haigete keskmine vanus oli 59 aastat, 20% olid vanemad kui 75 aastat, 10% vanemad kui 80 aastat. Haiglas viibimise kestus uuringu päeval oli keskmiselt 15 päeva. Selleks ajaks olid 60% haigetest liiga haiged selleks, et haiglast välja kirjutada. Üle 80% haigetest olid sõltumatud igapäevaelutoimingutes. Haiglast väljakirjutamisel oleks 80% vajalik suunata koju (neist 8% vajaksid hooldusteenuseid), ülejäänud vajaksid edasist institutsionaalset ravi/hooldust mõnes teises kohas.

Hooldekodud – voodite hõivatus oli 96%. Vooditest olid psühhiaatrilised 40%. Hinnati 1610 hooldekodude resident. Keskmine hooldekodus viimise kestus oli 2,6

^{3 3} Tartu University Feasibility Study. Scandinavian Care, September 2001.

aastat üldhooldekodudes ja 11,8 aastat psühhiaatrilistes hooldekodudes. Keskmise residentide vanus oli 66 aastat. Üldhooldekodudes olid 57% vanemad kui 75 aastat ning 43% vanemad kui 80 aastat. 82% olid sõltumatud söömisel, 70% voodist tõusmisel, 68% tualeti kasutamisel. Enamus inimesi oli saabunud hooldekodusse kodust, kus mingeid hooldusteenuseid ei osutatud. Umbes pooled residentidest vajasid hooldekodus ainult hooldusteenuseid või minimaalset põetust.

Kokkuvõte: Haiglas viibimise kestust on võimalik lühendada, kuid selleks on vajalik välja arendada mitmekesised edasise ravi/hoolduse võimalused. Hooldekodude residentidest vajavad ligikaudu pooled kas ainult hoolekandeteenuseid või põetust piiratud mahus, mida saaks osutada kodus või kohandatud elamises (sotsiaaleluruumides). Abi vajaduse adekvaatseks hindamiseks on oluline juurutada igakülgse geriaatrilise hindamise teenus.

Tartu Ülikooli ja Rootsi ekspertide koostöös läbi viidav uuring näitab elanikkonna ealisest struktuurist lähtuvaid vajadusi ning patsientide sõltuvustasemetest lähtuvaid vajadusi. Kokkuleppe kohaselt uuringu teostajatega on võimalik (ja vajalik) uuringu tulemuste kasutamine hooldusravivõrgu arengukava detailiseerimisel.

3.2.1.5. Täpsustamist vajavad andmed

Selleks, et selgelt eristada pikaravi patsiente aktiivravi patsientidest ning vastavalt detailsemalt planeerida hooldusravivõrku, tuleb läbi viia Haigekassa vastavate andmete analüüs järgmistes küsimustes:

- Erialad, millistel eakate pikema ravikestvusega patsientide osakaal on suurem.
- Eakate ja nooremate patsientide ravikestvuse suhe nendel erialadel.
- Eakate pikema ravikestvusega patsientide hospitaliseerimine erineva suurusega haiglatesse.

3.2.2. Vastavus sihtgrupi vajadustele

Vajadustele vastava planeerimise teine lähenemisviis on hinnata praeguste teenuste vastavust sihtgrupi vajadustele:

- andmed olemasolevate teenuste vastavusest vajadustele;
- katmata vajadused;
- vajaduste katmiseks vajalikud tegevused;
- pakkumise ja kättesaadavuse võrdsus regiooniti.

3.2.2.1. Olemasolevate teenuste vastavus vajadustele

Haiglavõrgu arengukava (HMP) kohaselt vastab hooldekodukohtade arv 3 159 elanikkonna vajadustele. See hinnang vajab täpsustamist järgmistes lõikudes:

- järjekordade olemasolu ning nende seos erinevustega kliendi vajaduste hindamisel;

- kohalikud probleemid kohtade kättesaadavusega ja vajadus osta hooldekodukohti väljastpoolt teeninduspiirkonda;
- andmete puudumine hooldekodude klientide sõltuvusastmete kohta;
- hooldekodudes läbiviidava õendusabi kohta standardite ja litsentseerimisnõuete puudumine;
- pikaaravi teenuste ülepakkumine väikestes haiglates ning nende teenuste kattumine hooldekodudes osutatavate teenustega;
- voodipäeva/kohamaksu põhimõttel rahastamine pikaravihaigla ja hooldekodus ei võimalda ressursside kasutamise efektiivset juhtimist ega arvesta erinevusi sõltuvusastmetes ja vajadustes; kehtiv rahastamise tase on mõnede patsientide/klientide jaoks liiga madal, teistele liiga kõrge;
- erinevused hoolduse kvaliteedis ei sõltu rahastamise tasemest;
- puuduvad võimalused noorte invaliidide paigutamiseks, mistõttu nad on isoleeritud hooldekodudes koos vanuritega.

3.2.2.2. Katmata vajadused

Teenuste pakkumises esineb rida vajakajäämisi, mida näitavad probleemid pikaravi patsientide haiglast väljakirjutamisel. Selline olukord tekitab olulisi takistusi Haiglavõrgu arengukava (HMP) rakendamisel. Teatud lisateenuseid on mõnedes haiglates omal initsiatiivil arendatud, on näiteid ka erasektori poolt pakutavatest (tasulistest) koduteenustest, mis näitab olemasoleva süsteemi valmidust muudatusteks. Selliseid kogemusi tasub arvestada hooldusravivõrgu arengukava rakendamise käigus.

3.2.2.2.1. Kompleksne hinnang

Pikaravi vajaduse hinnang on täna aktiivravihaiglates puudulik. Probleemaatilised on nii teistest osakondadest pikaravisse üleviimine kui pikaravist teiste teenuste ulatusse suunamine.

Hooldekodusse suunamiseks teostab hinnangu kohaliku omavalitsuse ametnik, seetõttu puudub nii formaalne kui funktsionaalne seos omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja haigla vahel. Mõnes piirkonnas sujub küll hästi mitteformaalne koostöö, kuid see ei ole lahendus. Eriti suuri raskusi hooldekodusse suunamisel on nendes piirkondades, kus hooldekodukohti napib, siis pikeneb haiglas viibimine ja omavalitsused on sunnitud hooldekodukohti mujalt ostma.

Selleks, et teenuste pakkumine vastaks patsiendi/kliendi vajadustele, on ainus lahendus interdistsiplinaarsete hindamismeeskondade tegevuse käivitamine, mis võimaldab patsienti/klienti juhtida tema vajadustele enam vastava teenuse juurde.

Interdistsiplinaarne meeskond on geriaatriaosakonna nurgakivi ning hindamisteenuse väljaarendamine on Hooldusravivõrgu arengukava peamine prioriteet.

Hindamismeeskonnad on vastutavad suunamise eest nii õendushoolduskodusse, hooldekodusse kui kodusele õendushooldusele ja teistele avahoolduse liikidele.

Hindamismeeskondade esimene ülesanne on sorteerida patsientide/klientide grupp, keda täna teenindatakse nii pikaaravihaiglas kui hooldekodus. Nendel tuleb määrata sõltuvusaste ning sellele vastav teenuste tase, mis võimaldab patsienti/klienti paigutada süsteemi punkti, kus osutatakse just temale sobivaid teenuseid. Ilma selleta ei ole võimalik kindlustada hooldusravi vajalikku kvaliteeti.

Hindamismeeskond sorteerib välja ka need kliendid/patsiendid, kelle vajadustele ei vasta eakatele haigetele orienteeritud hooldusravivõrk või hoolekandeesutus ning kes vajavad alternatiivseid teenuseid. Täna on võimalik identifitseerida vähemalt kolm sellist gruppi:

1. suhteliselt noored täiskasvanud inimesed, kes põevad kroonilisi haigusi, nagu *sclerosis multiplex*, ning vajavad ühiskonnas aktsepteeritud elukvaliteedi säilitamiseks kodust hooldusravi;
2. tuberkuloosiga haiged, kelle teenindamine on otstarbekam päevakeskustes (sarnaselt täna funktsioneerivate vaimse tervise keskuste ja toetatud elamise programmidega);
3. noored, trauma tagajärjel invaliidistunud inimesed, kelle tervislik seisund on stabiilne ning kes vajavad hooldust ja/või põetust elu lõpuni, s.o. 30 – 40 aasta jooksul. Ükski olemasolevatest hoolekandeesutustest ei suuda tagada neile rahuldavat elukvaliteeti ega sotsiaalset integratsiooni.

- *Vajalikud tegevused:*

Kaheksa geriaatriaosakonna teeninduspiirkonna baasil vastutab iga hindamismeeskond elanikkonna eest, mille suurus on 25 000 65-aastast ja vanemat inimest. Hindamisfunktsiooni kontsentreerimine väiksema hulga hindamismeeskondade kätte, kes vastutavad suurema populatsiooni eest, on vajalik selleks, et kindlustada ühtsetel alustel ühtset hindamiskvaliteeti. Kui iga meeskond teostab aastas 2 500 hinnangut, saab ligi 10% teeninduspiirkonna sihtgrupist aastaga hinnatud. Riigi ulatuses 20 000 hinnangut aastas katab ära 15 500 pikaaravi patsienti vanuses 60 aastat ja üle selle, kelle haiglaravi kestvus on üle 20 päeva, ning samuti 1500 hooldekodusse suunatavat klienti.

Interdistsiplinaarse meeskonnatöö näitena võib tuua vaimsete puuetega inimeste hoolekandes kasutatavat vajaduste hinnangu süsteemi.

Maailmas üldkasutatavaid interdistsiplinaarse hinnangu meetodeid ja kriteeriume tutvustatakse EGGA ja Tartu Ülikooli koostöös läbiviidavatel kursustel. Geriaatrilise hinnangu põhimõtted on EGGA poolt avaldatud ning vastavad standardid tuleb välja töötada koostöös EGGA-ga.

3.2.2.2.2. Õendushooldus

Vajadus pikaajalise õendushoolduse järele on täna suures osas katmata. Haiglas on õendushooldus ajaliselt limiteeritud ning suurem osa patsiente, kes seda vajaksid, pole lokaliseeritud pikaajalisele õendushooldusele spetsialiseerunud osakondades. Samal ajal hooldekodudes ei ole õendushooldust ette nähtudki.

Peale vajaduste hinnangu on Hooldusravivõrgu arengukava teine prioriteet välja arendada pikaajaline õendushooldus kui teenuste kompleks, mida osutatakse

erinevatel teenindustasanditel erineva sõltuvusastmetega isikutele läbi mitmetasandilise teenindusvõrgustiku.

Õendushoolduse põhimõtted ja kriteeriumid tuleb välja töötada koostöös Eesti Õdede Ühinguga.

- *Vajalikud tegevused:*

Õendushooldus ja hoolekanne on täna rangelt jagatud vertikaalselt kahte erinevasse süsteemi kuuluvate institutsioonide vahel. Õendushooldust on täna võimalik pakkuda üksnes tervishoiusüsteemis ja hoolekannet – sotsiaalhoolekandesüsteemis. Kummaski süsteemis kehtivad omad reeglistikud, hindamismeetodid ja rahastamis põhimõtted. Et seda vahet ületada, tuleb hooldusravi kolm komponenti – eluasemeteenus, hoolekanne ja õendushooldus – reorganiseerida teenuste horisontaalse jaotuse alusel sellisel viisil, et teenuseid saaks osutada erinevatel tasanditel erinevates asutustes, ja seda nii olemasolevates asutustes kui ka tulevastes õendushoolduskodudes, mis hakkavad koostöös geriaatriaosakondadega pakkuma kõrgemal tasemel hooldusravi:

Õendushoolduse puudulikkuse korvamiseks ei piisa üksnes aktiivravivoodite ümberprofileerimisest hooldusravivooditeks. Vaja on välja töötada ja rakendada asutuste ja ressursside ümberjaotumist, rahastamis põhimõtteid ning personali koolitust hõlmavad strateegiad.

3.2.2.2.3. Koduõendus

Koduõendusteenuse puudumine on üks põhilisi tegureid, mis pikendab haiglaravi kestvust ning sunnib haigeid eakaid inimesi suunduma oma kodust hooldekodusse. Koduõenduse võrgustiku loomine on Hooldusravivõrgu arengukava kolmas prioriteet ja selle väljaarendamine peab toimuma kooskõlas geriaatriaosakondade ja õendushoolduskodude ning hindamisteenuste arendamisega.

- *Vajalikud tegevused*

Aktiivravivooditega seotud ressursside konverteerimine koduõendusteenusteks eeldab Haigekassa poolt vastavate teenuste hindade väljatöötamist. Nende hindade aluseks on vastavad kulud: eelkõige palgakulu, varustus ja transport. Teenuse lõplik hind selgub läbirääkimistel konkreetsete teenustepakkujatega.

3.2.2.2.4. Kohanemisravi

Praegune pikaravi rahastamine katab piiratud mahus õendusteenused ning ei võimalda osutada märkimisväärset taastusraviteenust ega muid rehabilitatsiooniliike (sotsiaalne, professionaalne, psühholoogiline jm rehabilitatsioon).

- *Vajalikud tegevused*

Funktsioonide taastamisele suunatud aeglase rehabilitatsiooni läbiviimine, mis võimaldaks vähendada tulevase ravi- ja hoolekandekulusid, on kavandatud geriaatriaosakondade ja päevaste õendushoolduskeskuste võrgustikus, kusjuures patsiendi rehabilitatsiooniprogrammi ja sealt välja suunamine toimub vajaduste hinnangu alusel. Teenuse rakendamine eeldab personali koolitust.

3.2.2.5. Dementsete teenindamine

Dementsusega klientide teenindamine hoolekandeesutustes on reorganiseerimisel ning vajakajäämisi dementsetele teenuste osutamises ei saa täna identifitseerida kui totaalset katmata vajadust. Pigem on tegemist hea näitega, kuidas üldtüüpi institutsioonis saab spetsiifilisele sihtgrupile vajalikke teenuseid osutada.

Nii on Iru Hooldekodus vastav dementsete osakond, kus viiakse läbi ka aktiveerimisprogramme. Samale sihtgrupile osutatakse päevateenust ja statsionaarset teenust Tartu Vaimse Tervise Keskuses. Teenuste läbiviimist alustati olemasolevate võimaluste baasil, mis näitab, et otstarbekas on põhitähelepanu osutada mitte niivõrd olemasolevate hoonete ümberehitamisele ja asutuste reorganiseerimisele, kui uute teenuste sisseviimisele.

3.2.2.3. Võrdne kättesaadavus regioonides.

Hooldekodukohtade osas

Hooldekoduteenuse kättesaadavust näitab hooldekodukohtade arv 1000 üle 65-aastase elaniku kohta. Haiglavõrgu arengukava (HMP) pakub välja 4 hooldekodukohta 1000 elaniku kohta, kusjuures mõeldud on kogu elanikkonda. Tuhande 65-aastase ja vanema elaniku jaoks oleks vajalik kohtade arv seega 28.

Tänaseid maakondadevahelisi erinevusi tuleb vaadelda seotult eaka elanikkonna osakaaluga vastavas piirkonnas, mis võimaldab tõeselt hinnata erinevusi hooldekodukohtade kättesaadavuses. Täna on Eestis keskmiselt 15,2 hooldekodukohta 1000 eaka kohta.

Harjumaal on hooldekodukohtade kättesaadavus madalaim ning sellest tulenevalt ostab Tallinna linn hooldekoduteenust naabervaldadelt. Kui Harjumaa välja arvata, siis oleks ülejäänud maakondade keskmine 20 kohta 1000 eaka elaniku kohta.

Läänemaal, Saaremaal ja Tartumaal on kättesaadavus alla keskmise. Nii näiteks on Tartu linn sunnitud sisse ostma teistest maakondadest ligi 50 hooldekodukohta.

Neljas maakonnas (Ida-Virumaa, Lääne-Virumaa, Pärnumaa ja Võrumaa) on kättesaadavus veidi üle riigi keskmise.

Ülejäänud seitsmes maakonnas on kättesaadavus selgelt üle keskmise, vähemalt 22 kohta tuhande eaka elaniku kohta, ning parim kättesaadavus on Raplamaal – 30.

Tabelis 10 on toodud kaks kättesaadavuse võrdsustamise mudelit:

- Esimene mudel seab eesmärgiks 15,2 hooldekodukohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. Selleks, et tagada maakondades võrdset kättesaadavust, tuleb alla keskmise kättesaadavusega maakondades juurde ehitada 532 hooldekodukohta (nende ümbertõstmine üle keskmise kättesaadavusega maakondadest ei ole reaalne).
- Teine mudel seab eesmärgiks 20 hooldekodukohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta, mis on täna keskmiseks arvaks, kui Harjumaa välja arvata. Selle mudeli puhul on võrdse kättesaadavuse tagamiseks vaja juurde 1 192 hooldekodukohta.

Toodud mudelite vaatlemisel tuleb arvestada kolme tingimust:

1. Valitud keskmised näitajad on vaid indikaatorid, mis näitavad võrdse kättesaadavuse saavutamiseks vajalikke meetmeid ega näita tegelikult vajalike kohtade arvu.
2. Mõlemad mudelid annavad juhiseid hooldekodukohtade regionaalse defitsiidi katmiseks vajalike ressursside paigutuseks, kuid arvesse tuleks võtta ka haiglakohtade kättesaadavus.
3. Kasutatud on elanikkonna struktuuri praeguseid näitajaid, kuid kohtade tegelikul planeerimisel tuleb arvesse võtta vastavad näitajad viieaastaste perioodide kohta kuni aastani 2015. Eesti vanuselise struktuuri ja selle prognoositavate muutuste uuringu on teostanud Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus (*Rahvastikuvananemine Eestis*, Tallinn, 1999, EKDK) ning ülevaade on esitatud tabelis 11.

Nagu näha, on aastaks 2014 oodata järsult üle 75-aastaste elanike arvu suurenemist ja eriti drastiliselt suureneb üle 85-aastaste inimeste arv.

Ümberprofileeritavate aktiivravivoodite osas

Sarnaselt hooldekodukohtade kättesaadavuse võrdsustamisega tuleb käsitleda ka ümberprofileeritavate akuutravivoodite kättesaadavuse võrdsustamist. Haiglavõrgu arengukava (HMP) pakub 3 434 aktiivravivoodi ümberprofileerimist alternatiivseteks teenusteks, mis eeldab aktiivravivoodite ümberprofileerimist hooldusravivooditeks suhtes 1:1. Hooldusravivõrgu arengu kontseptsioonist lähtudes tuleb aga arvesse võtta vabanevate ressursside konverteerimist ka päeva- ja koduteenusteks ning kõigi teenuste regionaalset kättesaadavust vastavalt elanikkonna vajadustele.

Lähtudes kogu maailmas levinud praktikast on otstarbekas võtta aluskriteeriumiks iga kahe hooldekodu voodi kohta üks õendushoolduskodu koht. Kui eesmärgiks seada 1000 65-aastasele ja vanemale elanikule 20 hooldekodu kohta, siis vastav eesmärk õendushoolduskodu kohtade osas on 10 ning kohtade arv 2080.

Kuna hooldusravivoodite rahastamine on aktiivravivoodite omast ligi 1,5 korda odavam, saame poolte vabanevate aktiivravivoodite ümberprofileerimisel luua 2575 õendushoolduskodu kohta, mis haakub eesmärgiks seatud numbriga ning isegi ületab seda, andes võimaluse aktiivravivoodite ümberprofileerimisel avanevate ressursside kokkuhoiuks.

Ümberprofileerimiseks vabanevate aktiivravivoodite regionaalne jaotus on toodud tabelis 12 ning näitab, et nende keskmine kättesaadavus on 16,5 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. Arvestades iga ümberprofileeritava aktiivravivoodi kohta 1,5 õendushoolduskodu kohta ja 3 hooldekodu kohta, näeme, et lähteresursid on enam kui küllaldased nii lisa hooldekodukohtade kui uute õendushoolduskodu kohtade loomiseks eesmärgiks seatud kättesaadavuse tasemel.

Ümberprofileerimiseks vabanevate aktiivravivoodite regionaalne jaotumine projitseerituna 1000 65-aastasele ja vanemale elanikule kõigub 11,0 kuni 18,6, mis näitab vajadust ressursside mõningase ümberjaotamise järele uute teenuste regionaalsel planeerimisel.

Võrdlus teiste lähteandmetega

10 õendushoolduskodu kohta ja 20 hooldekodu kohta 1000 üle 65-aastase elaniku kohta on vaid esmane eesmärk, mis peaks vastama elanikkonna vajadustele. Täpsem planeerimine on võimalik pärast diskussiooni teenuste osutajatega ning teenuste käivitumisel saadud andmete alusel.

Lõuna-Eesti haiglate ja hooldekodude patsientide/residentide uuringu tulemused näitavad, et lähtudes Rootsi vastavate teenuste kättesaadavuse tasemest vajatakse Eesti edelaregioonis 600 kuni 650 hooldushaigla (õendushoolduskodu) voodit, mis tähendab 11,3 voodikohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. See haakub käesolevas hooldusravi kontseptsioonis seatud eesmärgiga.

Lähtudes edelaregiooni 65-aastaste ja vanemate elanike arvust 57 725 ning eesmärgist 10 voodit 1000 elaniku kohta teeb see 577 õendushoolduskodu kohta.

Vastavas regioonis ümberprofileerimiseks avanevast 1000 voodist poolte (500) konverteerimisel õendushoolduskodu kohtadeks suhtes 1:1,5 saame 750 kohta. See arv ületab eeldatavat vajadust, kuna regioonis on ümberprofileeritavaid voodikohti keskmisest rohkem, mis annab võimaluse vastavaid ressursse kokku hoida või suunata teistesse regioonidesse.

Erinevate uuringute põhjal erinevate metoodikate alusel saadud andmed toetavad antud hooldusravi kontseptsioonis teenuste planeerimisel seatud eesmärgi. Maakonna tasandil tuleb seada indikaatoriks 10 õendushoolduskodu kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta, kuna:

- see haakub Lõuna-Eesti haiglate ja hooldekodude patsientide/residentide uuringus toodud vajadustega;
- see on võrreldav Rootsi andmetega teenuste vajadusest lähtuvalt elanikkonna vanuselisest struktuurist;
- see arvestab hooldekodu klientide ja õendushoolduskodu patsientide sõltuvusastmete, vajaduste ning rahastamise taseme erinevust;
- see on saavutatav ressursside arvel, mis avanevad poolte vabanevate aktiivravivoodite ümberprofileerimisel õendushooldusvooditeks ning annab võimaluse ka ressursside kokkuhoiuks.

Kättesaadavus eesmärgi tasemel

Sihtgrupi paigutus on maakonniti erinev, kuid riiklikul tasandil peab teenuste kättesaadavus olema kõigile elanikele võrdne.

Järelkult vajavad suurema eakate elanike osakaaluga maakonnad rohkem hooldusraviteenuseid ja väiksema osakaaluga maakonnad vastavalt vähem. Teenuste kättesaadavus eesmärgi tasemel 10 õendushoolduskodu kohta ja 20 hooldekodu kohta 1 000 65-aastase ja vanema elaniku kohta (2015.a) maakondade lõikes on toodud tabelis 13.

Hooldekodude osas on aluseks võetud täna olemasolevad 3159 kohta ning eesmärgi saavutamiseks lisatavad hooldekodukohad.

Tabelis toodud andmed tuleb aluseks võtta maakondade hooldusraviteenuste arengukavade koostamisel, mis eeldab maakonna tasandil koostööd teenuste osutajatega ning korralikku ülevaadet maakonna vajadustest ja olemasolevate teenuste vajadustele vastavusest või mittevastavusest.

3.2.3. Võrdlus teiste riikide näitajatega

Teenuste kättesaadavuse indikaatorite seadmisel ei saa üks-ühele üle võtta EL-s kehtivaid norme. Selleks on 4 põhjust.

1. Erinevused elanikkonna struktuuris, eriti 80-aastaste ja vanemate elanike osakaal. Nagu teiste riikide kogemused, nii näitavad ka Eesti vastavad andmed, et ea suurenedes kasvab märkimisväärselt ka vajadus abi järele. Täna on Eestis 65-aastastest ja vanematest elanikest vaid 18% 80-aastased ja vanemad, EL riikides on see näitaja kõrgem.
2. Erinevused elamistingimustes kujundavad erineva vajaduse hooldusravi järele. Sotsiaaleluruumide vähene kättesaadavus ja mugavusteta elamistingimused põhjustavad suuremat vajadust institutsionaalse hooldusravi järele. Samas tähendab see, et suhteliselt lihtsalt rakendatavad kodused teenused ja kohandatud elamispinna parem kättesaadavus vähendaksid vajadust institutsionaalse hooldusravi järele.
3. Erinevused tervishoiu, hoolekande ja nendega seotud muude teenuste korralduses. Eestis ei ole välja töötatud rahvusvaheliselt aktsepteeritud standardeid teenuste kättesaadavuse kohta, elatustaseme ja elamistingimuste standardid on erinevad, institutsionaalset hooldust on arendatud eelistatult ja avahooldus on puudulik. Eeskujuna tuleb eelistada riike, mis on võrreldava sotsiaalse ja majandusliku arengumudeliga, ning samuti neid, kus viimase 50 aasta jooksul on välja arendatud hinnatud vajadustel põhinev geriaatrilise abi süsteem.
4. Arvesse tuleb võtta erinevusi mõistetes. Standardsed definitsioonid EL riikides on praegu alles väljatöötamisel. Täna on Eestis raske neile vasteid leida, kuna olukord on erinev, kuid hooldusravivõrgu ja vastavate teenuste rakendumisel tuleb omaks võtta ka vastavad mõisted.

Teenindustasandite kättesaadavuse võrdlus on esitatud tabelis 14, milles toodud andmed pärinevad 15 EL riigis ja Norras läbi viidud uuringust.

Rahvusvaheliste kogemuste ülevõtmisel tuleb arvestada, et Eestis peab välja töötama omad teenuste kättesaadavuse kriteeriumid. Võrreldes Eestiga on mujal (v.a. Hispaania) palju parem kättesaadavus õendushoolduskodude (*nursing home*), hooldekodude, toetatud elamise osas ning ka kõrgelt arenenud avahooldussüsteem. *Nursing home* oleks meie oludes võrreldav hooldekoduga, kus osutatakse tervishoiuteenuseid, seega hooldusravi kontseptsioonis – õendushoolduskoduga.

Institutsionaalse hoolduse madal kättesaadavus ning paljude eakate inimeste mugavusteta elamistingimused (eriti maapiirkondades) tingivad selle, et inimesed, kes arenenud riikides elaksid institutsioonis või vastavate teenustega toetatud eluruumides, jäävad Eestis lihtsalt oma kodudesse. Samal ajal tähendab see, et Eestis ei ole vaja institutsionaalsesse hooldusesse paigutatud ressursside ulatuslikku restruktureerimist. Järelikult abivajajate üleviimisel aktiivravi ja pikaravi voodikohtadelt loodavasse hooldusravi süsteemi pole vaja vähendada institutsionaalset hooldust. Veelgi enam, institutsionaalse hoolduse madal

kättesaadavus on pigem hea lähteolukord päevase ja koduse hooldusravi väljaarendamiseks.

3.2.4. Ressursside paigutamise mudelid

Hooldusravivõrgu arendamisel on otstarbekas lähtuda ressurssidest, mis avanevad aktiivravivoodite ümberprofileerimisel.

Haiglavõrgu arengukava (HMP) kohaselt vähendatakse 10 -15 aasta jooksul aktiivravivoodite arvu 8 200 kuni 3 100 ning vabanevad hooned ja ressursid suunatakse pikaravi (*long term care*) arendamiseks, kusjuures 2/3 vabanevatest aktiivravivooditest profileeritakse ümber pikaravivooditeks ning rahastatakse 450 kr/päev. 3 434 pikaravivoodi rahastamine 450 kr/päev teeb kokku 564 milj kr aastas (HMP Appendix J)⁴. Praegu on Haigekassa kulud pikaravile 249,7 milj kr ja kohalike omavalitsuste kulud hoolekandele 133 milj kr, kokku 382,7 milj kr aastas.

3.2.4.1. Alternatiivid makrotasandil

Aktiivravivoodite osalisel ümberprofileerimisel avanevate rahaliste ressursside kasutamisel on valida mitme võimaluse vahel.

Lähtealuseks on HMP ettepanek ümberprofileerida kõik 3434 voodit pikaravivooditeks, rahastades neid 450 kr/päev, mis teeb kokku 564 milj.kr. (HMP, Appendix J).

Otsesel ümberprofileerimisel pikaravivooditeks tekib juurde 16,5 pikaravivoodit 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta ning see tõstab kogu institutsionaalse teenindustaseme kättesaadavuse arvuni 35.6 voodikohta 1000-le (tabel 15).

Selline otsene ümberprofileerimine ei näe siiski ette võimalust laia skaala hooldusraviteenuste väljaarendamiseks ning isikute hulk, kellele suudetakse abi osutada, ei suurene. Kõigi vabanevate ressursside ümberprofileerimine statsionaarseteks voodikohtadeks ei vabasta ressursse teiste (päevaste ja koduste) teenusvormide arendamiseks.

Arvestades praegust haiglavõrgu rahastamist summas 2 110 milj. kr, planeeritavat kokkuhoidu 666 milj.kr ning HMP ettepanekut rahastada kogu haiglavõrku, sealhulgas pikaravi (hooldusravi) summas 1 444 milj.kr, moodustab hooldusravivooditesse paigutatud 564 milj.kr 39% kogu haiglavõrgu ülalpidamiskuludest. Nii suure osa eelarvest eraldamine hooldusravivooditele ei ole otstarbekas.

Samuti jääb lahendamata vastuolu omavastutusega sotsiaalhoolekande ja omavastutusega hooldusravi vahel, mis on mõlemad ajaliselt limiteerimata teenused ja seega peaksid olema rahastatud omavastutuse osas samadel põhimõtetel. HMP poolt toodud summa 564 milj.kr ei kajasta omavalitsuste kulusid hooldekodukohtadele - 133 milj.kr (3 159 hooldekodukohta arvestusega 3 500 kr kuus).

Alternatiiv1: suurendada voodikäivet

Rahastamine 450 kr/päev on võrreldes praeguse pikaravi rahastamisega enam kui kahekordne, mis annab võimaluse mitmete uute teenuste osutamiseks. Võimalik on

⁴ Hospital Master Plan 2000-2015. SWECO ja Scandinavian Care, Aprill 2000.

lisapersonali rakendamine (õed, terapeudid jne.) nii aeglase rehabilitatsiooni kui intensiivsemal tasemel taastusravi läbiviimiseks, mis omakorda võimaldab rohkem patsiente haiglast välja suunata. Sellega suureneb voodite käive:

- Kui 3 434 voodikoha käive jääb tänasele tasemele (8,7), teenindatakse aastas 29,875 patsienti.
- Kui uute teenuste pakkumine, nagu vajaduste hindamine, kohanemisravi, päevane ja kodune õendushooldus, tõstab voodikäivet 50% (kuni 13-ni), siis seega tõuseb hospitaliseeritute arv kuni 44 642 aastas, või, teise variandina, 25 000 hospitaliseerimisjuhu käitlemiseks vajatakse 2 000 voodit. Sihtgrupiks on tänased 15 500 eakat pikaravi patsienti, kelle keskmine haiglas viibimine on üle 20 päeva.
- Voodikäibe suurendamine võimaldab praegu pikaravivooditesse paigutatud ressursside kuluefektiivsemat kasutamist.

Alternatiiv 2: ümberprofileerida 50% vabanevast voodifondist suure käibega hooldusravivooditeks ja 50% alternatiivseteks teenusteks.

Hooldusraviks vajalike voodite arv ning nende käive sõltuvad patsientide vajaduste hindamisest enne hospitaliseerimist, aeglase rehabilitatsiooni pakkumisest haiglas viibimise ajal ning võimalustest suunata patsient varakult haiglavälisele hooldusravile.

Selleks tuleb osa ressursse paigutada haiglaväliselt osutatavate teenuste rakendamisse. Tabelis 16 toodud mudelis on haigla ühe voodipäevaga samas hinnas (450 kr) päevase hooldusravi teenustega hõlmatud kaks patsienti (225 kr/päev) või koduse hooldusraviga neli klienti (112,5 kr/päev). Selliseid proportsioone kinnitavad arenenud õendusabi võrgustikuga maade kogemused, kuid hinnad on pigem illustratiivsed ning konkreetsete teenuste kalkulatsioonid tuleb välja töötada arvestades reaalseid kulusid.

Kui 3 434 voodikohta käibe juures 8,7 suudavad teenindada aastas ligi 30 000 patsienti, siis osa ressursside suunamine haiglavälise teenuste rakendamisse suurendab mitmekordselt patsientide/klientide hulka, kellele suudetakse abi osutada.

Toodud mudel illustreerib vaid teenindatavate patsientide arvu suurenemist olemasolevate ressursside ümberprofileerimisel mitmetasandiliseks teenindusvõrgustikuks. Tegelikult tuleb maksimaalsel tasemel (450 kr/päev) rahastatavad hooldusravivoodid omakorda ümber profileerida samal tasemel rahastatavateks suure käibega geriaatrilisteks vooditeks ning madalamal tasemel (270 kr/päev) rahastatavateks madala käibega õendushoolduskodu kohtadeks. Regionaalsel planeerimisel tuleb lähtuda kohalikust vajadusest erineval tasemel hooldusravi järele ning seada kohalikud eesmärgid lähtuvalt sihtgrupi regionaalsest jaotusest ning teenindustasandite võrdsest kättesaadavusest.

3.2.4.2. Planeerimine regionaalselt ja maakondade lõikes

Vabanevatest aktiivravivooditest lähtuv mudel

Vabanevatest aktiivravivooditest lähtuv ressursside regionaalse paigutamise mudel kujutab endast ainult üldist raamistikku, mis ei arvesta elanikkonna vajaduste regionaalseid erinevusi ning planeerimine toimub üleriigiliselt ühel tasemel seatud kättesaadavuse eesmärkide kohaselt. Antud mudeli detailne väljatöötamine eeldab

Tervishoiuprojekti, Sotsiaalministeeriumi, maakonnaarstide, kohalike omavalitsuste ja teiste õigustatud huvi omavate isikute koostöös.

Tabelis 17 on toodud näidisenähtena ühtne alus, mida võib kasutada hooldusravi eri tasemetel planeerimiseks maakonna tasandil.

Eesmärgiks seatud 8,2 öendushoolduskodu kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta baseerub ainult poolte vabanevate aktiivravivoodite ümberprofileerimisel hooldusravivooditeks ning nende rahastamisel 450 kr/päev. Kui võtta arvesse elanikkonna tegelikke vajadusi näitavaid uuringuid, siis peaks eesmärgiks seatud number olema suurem, kuna mõne regiooni elanikkonna sõltuvusaste ja tervislik seisund eeldavad keskmisest kõrgemal tasemel hooldusravi.

Nii näitab Lõuna-Eesti pikaajalise patsientide ja hooldekodude klientide sõltuvusastmete ja tervisliku seisundi uuring vajadust suhteliselt kõrgel tasemel hooldusravi järele, ning võttes aluseks Rootsi pikaajalise öendushoolduse kättesaadavuse tase, peaks Kagu-Eesti eeldatav vajadus olema 600 - 650 öendushoolduskodu kohta, mis teeb 11,3 kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta.

See tähendab, et nii regionaalselt kui valdade lõikes võib vajadus erinevatel tasemetel hooldusravi järele olla erinev, järelikult tuleb seada ka erinevad eesmärgid ning arvestada ravivoodite ümberprofileerimisel erinevate kuludega, sest näiteks kõrgemal tasemel öendushoolduskodu teenused eeldavad ka suuremate ressursside kaasamist. Kui 450 kr on hooldusravi voodikoha maksimaalne rahastamise tase, siis võttes öendushoolduskodu koha rahastamise tasemeks 350 kr/päev saame HMP poolt eeldatava voodikoha rahastamistaseme juures 450 kr samade ressursside arvel rahastada keskmiselt 1,3 öendushoolduskodu kohta. See omakorda võimaldab tõsta eesmärgiks seatud 8,2 öendushoolduskodu kohta 30% võrra kuni 10,66 kohani, mis ümmardatult teebki 11 öendushoolduskodu kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. Kagu-Eesti regiooni puhul 820 aktiivravivoodist poolte ümberprofileerimine hooldusravivooditeks koefitsiendiga 1,3 annab 533 voodikohta. Teiselt poolt, kui võtta eesmärgiks 11 voodikohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta, siis arvestades vastava populatsiooni suurust 57 725 inimest peaks Kagu-Eestis öendushoolduskodu kohti olema 635.

Esialgse planeerimisel maakondade tasandil tuleb eesmärgiks seada 10 või enam öendushoolduskodu kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. See on elanikkonna vajadustel põhinev indikaator, mida toetavad ka järgmised asjaolud:

- see katab Rootsi ekspertide uuringus ära näidatud patsientide sõltuvuse tasemetest lähtuvad vajadused;
- see katab ära Rootsi ekspertide poolt esile toodud ealisest struktuurist lähtuvad vajadused;
- see võimaldab arvestada patsientide erinevaid sõltuvusastmeid öendushoolduskodu kohtade osas ning vastavalt erinevusi voodite rahastamisel, keskmiselt summas 350 kr/päev;
- see on saavutatav ressursside piires, mis tulevad kasutamisele poolte ümberprofileeritavate aktiivravivoodite konverteerimisel hooldusravivooditeks.

Regiooni ja maakonna tasandil ühtse aluse rakendamisel tuleb määrata konkreetsed õendushoolduskodu- ja hooldekodukohtade arvud, mis tulenevad nii vastavate teenuste lõikes eesmärgiks seatud indikaatoritest kui ka kummagi teenuse arendamiseks avanevatest ressursidest. Saadud andmed on diskussiooni aluseks teenuste osutajate ja planeerijate vahel, mis eeldab esiteks tõest informatsiooni piirkonna vajadustest ja teiseks tõest informatsiooni eksisteerivate teenuste vajadustele vastavusest nii regionaalsel kui valla tasandil.

Elanikkonna vajadustest lähtuv mudel (tabel 18)

Elanikkonna vajaduste regionaalsetest erinevustest lähtuva ressurside regionaalse paigutamise mudeli puhul on aluseks elanikkonna vajadustele vastavad eesmärgid, elanikkonna vanuselise struktuuri regionaalsed erinevused, teenindustasandite võrdne kättesaadavus maakonniti ning samas lähtutakse ka akuutravivoodite ümberprofileerimisel avanevatest ressursidest.

3.2.4.3. Kliendi tasandil

Elanikkonna vajadustest lähtuv ressurside paigutamine vajab meetodeid teenuste paigutamiseks patsiendi/kliendi tasandil vastavalt tema sõltuvusastmele. Praegu on vahe pikaravihaigla ja hooldekodu rahastamises üsna väike, ning kohamaksu põhimõttel rahastamine mõlemas institutsioonis tähendab seda, et ei ole teadvustatud vajadust rahastada erineva sõltuvusastmega ja erinevate vajadustega patsiente/kliente erineval viisil.

Samal ajal on mõnedes asutustes personal teadvustanud patsientide erinevaid vajadusi ning omal initsiatiivil vastavalt struktureerinud ravi- ja hooldusprogramme, selliseid näiteid on mitmeid. Nii on pikaravihaiglates/osakondades patsiendid, kes vajavad aeglast rehabilitatsiooni, eraldatud nendest, kes vajavad ainult pidevat õendushooldust. Hooldekodudes hooldatakse dementsusega kliente eraldi osakondades. Seega on olemas esimesed kogemused ravi ja hoolduse kohaldamisel vastavalt patsiendi/kliendi vajadustele ning need kogemused aitavad kaasa sõltuvusastmetel ja vajadustel baseeruva rahastamissüsteemi rakendamisel.

Vajaduste klassifikatsiooni, mis hõlmaks praeguseid pikaravi patsiente ja hooldekodu kliente, vajab väljatöötamist. Selleks tuleb kasutada olemasolevaid kogemusi:

1. Mitmes asutuses on välja töötatud oma meetodikad ja dokumentatsiooni vormid, mis võimaldavad jagada patsiente sõltuvusastmete ja vajaduste järgi, planeerida ravi- ja hoolduskava ning jälgida selle läbiviimist. Seda on tehtud näiteks Iru Hooldekodus, Pärnu Haigla pikaraviosakonnas ja Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses.
2. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni (EGGA) poolt on välja töötatud rida hinnanguvorme, mida on tutvustatud paljudel koolitustel eesmärgil propageerida standardiseeritud lähenemist vajaduste ja sõltuvusastmete hinnangule ning abi planeerimisele.
3. Lõuna-Eestis on teostatud toimetuleku uuring, milles kasutati rahvusvahelise Residendi Hinnangu Instrumendi (*Resident Assessment Instrument*, RAI) varianti. RAI on eriti ulatuslik ja detailne vorm ning selle uuringu andmete edaspidine süvendatud analüüs võimaldab identifitseerida vajaduste indikaatorite väiksemaid variatsioone.

4. Maailmapanga konsultandi poolt on soovitatud kasutada sõltuvusastmetel baseeruvat klassifikatsioonisüsteemi *Australian Resident Classification Scale*, mis näeb ette kaheksat rahastamistasandit. Redutseeritud varianti nimetatud süsteemist mõnevõrra väiksema tasandite arvuga oleks üsna lihtne kohandada Eesti oludele.
5. Komplekshindade väljatöötamine ja rakendamine aktiivravis stimuleerib sama lähenemisviisi rakendamist ka hooldusravis ning Haigekassa sellealased kogemused tulevad kasuks kliendi vajadustel põhineva teenuste paigutamise ja rahastamise süsteemi väljatöötamisel hooldusravis.

3.3. Vajadustest lähtuvad maakondade arengukavad

Järgnevalt tuleb maakondades koostada vastava maakonna elanike analüüsitud vajadustest ning avanevatest ressursidest lähtuvad hooldusravi arengukavad. Ratsionaalse ja kulusäästliku arengu põhimõtetest lähtudes tuleb arvestada olemasolevate rahaliste võimaluste, hoonete ja personaliga. Lisafinantseerimine on võimalik personali koolituskulude katmiseks. Maakondade arengukavad peavad lähtuma olemasolevate teenuste analüüsist, mis hõlmab nende vastavust elanikkonna vajadustele. Järgneb ümberprofileerimiseks olemasolevate ja avanevate ressursside analüüs.

Saadud andmed võimaldavad planeerida nii voodikohtade kui teenuste mahtude arengut, arvestades ka nende territoriaalset paiknemist ja seotud ressursse (hooned, ruutmeetrid, sisseseade, personal jne).

Põhitähelepanu tuleb pöörata nende tervishoiuasutuste funktsionaalsele planeerimisele, mis Haiglavõrgu arengukava (HMP) kohaselt jäävad "õhku".

Tähtsa osa maakonna arengukavast moodustab majanduslik analüüs, mis võimaldab saada järgmised tulemused:

- **oodatav tulemus 1**
 - hooldusravivõrgu ümberkorraldamiseks maakonnas avanevad ressursid;
 - eesmärgi tasemel planeerimiseks vajalikud ressursid;
 - ressursside üle- või puudujääk maakonnas: 2005, 2010, 2015.
- **oodatav tulemus 2**
 - hooldusravivõrgu ümberkorraldamiseks riigis tervikuna avanevad ressursid;
 - eesmärgi tasemel planeerimiseks vajalikud ressursid;
 - üleriikliku hooldusravivõrgu kulud: 2005, 2010, 2015.

Maakondade arengukavad peavad olema koostatud ühtsetel alustel, et andmed oleksid võrreldavad ning võimaldaksid koordineerida arvestust ja planeerimist riigi tasandil. See eeldab tihedat koostööd nii maakonnaarstide vahel kui ka hooldusravi arengukava rakendamist koordineeriva üksusega.

4. Hooldusravi rahastamise alused

4.1. Teenuste ja asutuste kirjeldamine

Hooldusravi rahastamise aluseks peavad olema ühtsel formaadil kirjeldatud ning loetletud teenused ja asutused.

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

Antud teenuste loetlemisel ja kirjeldamisel on neli eesmärki:

1. Luua “ühine keel” kõigis erinevates eakaid teenindavates tervishoiu- ja hoolekandestruktuurides.
2. Luua omavalitsustele, haigekassadele jmt. vanurite teenuseid finantseerivatele struktuuridele taustmaterjal finantsproportsioonide väljatöötamiseks.
3. Võimaldada omavalitsustel hinnata oma haldusterritooriumi eakate teenustega kaetust ja juurdepääsu teenustele.
4. Tuua välja ja kirjeldada teenustesüsteemis loomist vajavad teenused, ning kokkulepitud kirjelduse järgi asuda vajaminevaid teenuseid välja arendama.

4.2. Teenuse mõiste

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

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

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

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

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

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

4.3. Teenuse kirjelduse formaat

Selleks, et standardiseerimisprotsess toimuks hooldusravi kõigi sihtgruppide vajadusest lähtuvalt ühistel alustel, on vaja hooldusravi erinevate vormide teenuse kirjelduse ühtset formaati. Antud juhul on selline formaat võetud Sotsiaalministeeriumi tellimusel Valdeko Paaveli juhtimisel 2000.a. valminud tööst “Psüühiliste erivajadustega inimeste riikliku hoolekande teenuste ja asutuste esialgne loend”.

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

4.4. Hooldusravi teenuste loetelu

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

Nimetus	Teenuse mõõt
Tervishoiuteenused	
Kompleksne hindamine*	Kombineeritud (teenuse hind ja/või tunni hind)
Õendushooldus*	tunni hind
Taastusraviteenused	teenuse/tunni hind
Haigla- ja kodune taastusravi* (sh füsioteraapia, tegevusteraapia, kõneteraapia)	teenuse/tunni hind
Hospitsiteenus*	Kombineeritud (teenuse hind ja/või päeva hind)
Sotsiaaltöötaja teenused	
Klienditöö: Sotsiaaltöötaja vastuvõtt Sotsiaaltöötaja koduvisiit Juhtumi korraldamine (case management)*	tunni hind
Kogukonnatöö: Vabatahtlike ja eneseabigruppide juhtimine, nõustamine, koolitamine ja juhendamine*	tunni hind
Hoolekandeteenused	
Koduhooldus	tunni hind
Tegevusjuhendaja teenus*	tunni hind
Soe toit koju	toidukorra maksumus
Transporditeenus	sõidukilomeetri hind
Dementsete päevahooldus	päeva/tunni hind
Kehalise puudega eakate päevahooldus	päeva/tunni hind
Eluasemeteenus (toetatud elamine)	kuu hind
Psühholoogilise abi teenus	
Psühholoogi vastuvõtt (nõustamine, psühholoogilised uuringud, psühhoteraapia)	tunni hind
Hingehoiuteenus*	tunni hind

* - teenused, mida hetkel ei ole või on olemas väga piiratud mahu, kuid milliste eelisareng on vajalik hooldusravi sihtgruppide vajadustele vastava hooldusravi süsteemi loomiseks.

4.5. Teenuste kirjeldused ühtsetel formaatidel

Kirjeldused põhinevad EGGA poolt välja antud kogumikus⁵ toodud teenuste kirjeldustel ning on esitatud lisas.

4.6. Hooldusravi osutavate asutuste loetelu

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

⁵ Kai Saks, Raivo Allev, Annely Soots, Kadri Kõiv, Helgi Kolk, Inge Paju, Kadri Jaanson, Galina Schneider. Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Tartumaa Trükikoda, Tartu, 2001.

Nimetus	Teenuse mõõt
Tervishoiuasutused	
Haigla geriaatriaosakond*	voodipäev
Järeldravi osakond	voodipäev
Psühhogeriaatria osakond	voodipäev
Õendushoolduskeskus*	
Õendushoolduskodu	voodipäev
Päevane õendusabikeskus	kombineeritud (teenuse hind ja/või päeva hind)
Koduse õendusabi osakond	kombineeritud (teenuse hind ja/või visiidi hind)
Hoolekandetasutused	
Üldhooldekodu	voodipäev
Päevahoolduskeskus*	päeva/tunni hind
Päevahoolduskeskus dementsetele inimestele*	päeva/tunni hind
Päevakeskus	
Hooldekodu dementsete osakond	voodipäev
Muude psüühikahäiretega eakate hooldekodu/osakond*	voodipäev

* teenused, mida hetkel ei ole või on olemas väga piiratud mahus, kuid milliste eelisarend on vajalik hooldusravi sihtgruppide vajadustele vastava hooldusravi süsteemi loomiseks.

4.7. Asutuste kirjeldused ühtsetel formaatidel

Kirjeldused põhinevad EGGA poolt välja antud kogumikus⁶ toodud teenuste kirjeldustel ning on esitatud lisan.

4.8. Hooldusravi rahastamise katteallikad

Põhilisteks teenuste finantseerimise katteallikateks on (tabel 19):

- tervishoiuteenuste osas haigekassa vahendid;
- hoolekandeteenuste osas valla- ja linna eelarvetest sotsiaalteenuste ostmiseks eraldatavad vahendid;
- patsiendi omafinantseerimine;
- vähesemal määral on võimalikud lisa katteallikad – valitsusväliste organisatsioonide abi, sihtannetused, investeeringud valla- ja linna eelarvete vahenditest, investeeringud erasektorist jm;
- mõningatel juhtudel on võimalik otse riigieelarvest eraldatavate vahendite kaasamine, näiteks praeguste erihooldekodude baasil hooldusravi/õendushoolduse rahastamisel.

⁶ Kai Saks, Raivo Allev, Annely Soots, Kadri Kõiv, Helgi Kolk, Inge Paju, Kadri Jaanson, Galina Schneider. Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Tartumaa Trükikoda, Tartu, 2001.

Lähtudes omavalitsusüksuses funktsioneeriva hooldusravivõrgu statsionaarsete, päevaste ja koduste voodikohtade/teenuste mahust planeeritakse tervishoiuteenuste finantseerimine haigekassa vahenditest ning hoolekandeteenuste finantseerimine valla- ja linna eelarvete vahenditest. Rahaliste vahendite planeerimisel tuleb arvestada haigekassast ning valla- ja linnaeelarvetest eraldatavate vahendite omavahelist proportsionaalset vastavust.

Oodatavalt kujuneb probleemiks eelarvelise planeerimise mehhanismide erisus haigekassas ja kohalikus omavalitsuses – kui haigekassa vahendite planeerimine rajaneb elanikkonna analüüsitud vajadusest lähtuval lepingumahtudel, siis kohalik omavalitsus lähtub kohalikest prioriteetidest, mis erinevad piirkonniti ning samas piirkonnas võivad erineda ka ajaliselt.

4.9. Hooldusravi maksumus

- Statsionaarsete hooldusravi vormide puhul lähtutakse hooldusravi maksumuse arvutamisel voodipäeva maksumusest, mis on diferentseeritud sõltuvalt osutatavate teenuste tasemest.
- Päevase hooldusravi puhul lähtutakse päeva maksumusest, mis on diferentseeritud sõltuvalt osutatavate teenuste tasemest.
- Koduse hooldusravi puhul lähtutakse osutatud teenuste maksumusest.

Näiteks võib arvutada õendusp personali töö- ja palgakulu järgmiselt: üks ööpäev sisaldab õendusp personali tööd $4 \times 24 + 4 \times 12 = 96 + 48 = 144$ tundi. Kuu vajadus on seega $144 \times 30 = 4320$ töötundi. Palga keskmiseks on võetud 25 kr tund, seega kuu palgafond õendusp personali osas on 143 640 kr, mis teeb iga ööpäeva maksumuseks patsiendi kohta 159,6 krooni.

Hooldamise üldkulude maksumuse saab arvutada vastavalt isiku kõrvalabi vajadusele:

Isik vajab kõrvalabi, juhendamist ja järelvalvet ööpäevaringselt - 120 krooni ööpäev.

Isik vajab kõrvalabi, juhendamist ja järelvalvet kas kogu päeva või kogu öö vältel - 100 krooni ööpäev.

Isik vajab toimetulekuks osalist kõrvalabi - 80 krooni ööpäev.

Lisanduvad veel muud majanduskulud, mis on asutuste lõikes erinevad.

Elamiskulud peaks klient tasuma omavahenditest (85% pensionist) alates hetkest, millal interdistsiplinaarse hindamismeeskonna otsuse kohaselt ei ole tema pöördumine tagasi oma koju (päevasele, kodusele hooldusravile) enam võimalik. Kaastasu rakendumine sõltub ka uue ravikindlustusseaduse sätetest.

Näitena võib tuua Tallinna Hooldushaigla reaalsed hooldusravi kulud statsionaaris, mis on 310 krooni ööpäev (tabel 20). Toodud näide on reaalne statsionaarse hooldusravi voodipäeva maksumus, mis tänapäeval on rahalise katteta, välja arvatud haigekassa poolt finantseeritav osa 203 kr pikaravi voodipäeva eest ning mõningatel juhtudel patsiendi omafinantseerimine, mis sihtgrupi varalist seisut arvestades ei ole alati võimalik.

Päevase ja koduse hooldusravi maksumuse arvutamisel lähtutakse teenuste maksumusest. Kuna tegemist on kompleksteenustega, siis kalkuleeritakse need olenevalt konkreetsest teenusest.

4.9.1. Tervishoiuteenused

Teenuste hinnakalkulatsioonide aluseks on olemasolevate tervishoiuteenuste osas haigekassa kehtivad hinnad, näiteks hooldushaiglas voodipäeva maksumus:

Kood 2947	järeldravipäev	198 kr
Kood 2051	pikaravipäev pikaraviteenust osutavale haiglale	203 kr
Kood 2052	ravipäev haigla suuruse korral alla 60 voodi	213 kr
Statsionaarsete taastusravipäevade hinnad		229 - 312 kr

Haigekassa hinnad uute teenuste osas (päevane ja kodune õendushooldus) tuleb välja töötada.

4.9.2. Hoolekandeteenused

Aluseks võetakse praegused hoolekandeteenuste hinnad. Seejuures tuleb arvestada, et täna on mõnede teenuste sisse "peidetud" õendusabi. Nii on tänastest hooldekodu klientidest 30 – 50% tulevase õendushoolduskodu kliendid, kellele vajalikke õendusabi teenuseid rahastatakse praegu sotsiaalhoolekande vahenditest. Kui õendusabi vajavad kliendid hooldekodust välja viia, vabaneb sotsiaalhoolekande vahendite see osa, mida kasutati õendusabiks ning vastavalt vähenevad hooldekodu kulud. Tulevases hooldusravi süsteemis toimub õendusabi rahastamine Haigekassa vahenditest ning vastavalt võib institutsionaalse hoolduse sotsiaalhoolekande osa vähendada.

4.9.3. Interdistsiplinaarse meeskonnatöö finantseerimine

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

Interdistsiplinaarse meeskonnatöö rahastamiseks on Eestis mitu võimalust, sõltuvalt abi osutamise tasemest.

- Esmatasandil toimuv hindamine - perearsti ja pereõe töö tasustatakse haigekassa lepinguga (pearaha alusel) ning sotsiaaltöötaja töö kohaliku omavalitsuse poolt vastavalt töötaja tunnitasu määrale.
- Spetsialiseeritud interdistsiplinaarse meeskonna ambulatoorne töö finantseeritakse haigekassa hinnakirja alusel arstil (sisearstil, geriaatri - eriarsti vastuvõtt) ja õel (vastuvõtt) ning sotsiaaltöötajal valla- ja linna eelarvete vahenditest vastavalt töötaja tunnitasu määrale või teenuste eest vastavalt hinnakirjale.

- Statsionaarses raviasutuses finantseeritakse spetsialiseeritud interdistsiplinaarse meeskonna arsti ja õe töö voodipäeva maksumuse arvel. Sotsiaaltöötaja teenus statsionaarses raviasutuses võib olla kombineeritud finantseerimisega: voodipäeva maksumusest, omavalitsuse finantseerimisest (omavalitsuse sotsiaaltöötaja rakendamine osalise koormusega tööks raviasutuses või teenuse eest tasumine vastavalt hinnakirjale), riigieelarvelistest vahenditest raviasutustele, mis on ulatusliku teeninduspiirkonnaga.
- Hoolekandeesutuse poolt reeglina interdistsiplinaarse meeskonna hinnangut täies ulatuses ei teostata (see toimub varem). Hoolekandeesutuse kliendi vajaduste hinnangut teostab sotsiaaltöötaja ning tasustatakse vastavalt töötaja tunnitasu määrale.

4.10. Rahastamise strateegiad

Esmapilgul tundub hooldusravi rahastamine lihtne olevat. Kuna hooldusravi koosneb Haigekassa poolt rahastatavatest tervishoiuteenustest ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatavatest hoolekandeteenustest, siis rahastatakse hooldusraviteenuste vastavad komponendid kumbki nende "loomulikust" allikast. Teenuste arendamine peab toimuma olemasolevate rahaliste vahendite piires, mis võimaldab järk-järgult kallilt institutsionaalselt teenindusel odavamale avateenindusele üleminekut ning 15 aasta möödudes teenindatakse tänasel tasemel rahaliste vahendite eest märksa suuremat hulka abivajajaid. Sellisel juhul üleminek seniselt pikaravilt ja osalt hoolekandelt hooldusravile otseselt täiendavaid ressursse ei vajaks.

Tegelikult loob praegune pikaravi ja hoolekandeteenuste rahastamise süsteem terve rea takistusi hooldusravi rahastamisel. Praegust rahastamismehhanismi iseloomustab teenuste vähene diferentseeritus, mis takistab uute hooldusravi teenuste kasutuselevõttu. Rahastamisskeemide muutmine eeldab kõigepealt laia skaala kliendi vajaduste hinnangul põhinevate hooldusravi (enamasti õendushoolduse) teenuste väljatöötamist ja detailiseerimist ning alles seejärel on võimalik rahastamispehmete väljatöötamine, mis eeldab terve rea pehmeteliste kokkulepete sõlmimist, eelkõige Haigekassa, kohalike omavalitsuste ning Sotsiaalministeeriumi vahel. Nimetatud osapoolte läbirääkimiste käigus on võimalik konkreetsete rahastamismehhanismide täpsustamine.

4.10.1. Praeguse olukorra analüüs

Täna sõltub õendushoolduse rahastamine rohkem sellest, millises süsteemi punktis patsiendile/kliendile teenuseid osutatakse, kui sellest, millist teenuste tüüpi või taset ta vajab. Praegune rahastamismehhanism on struktureeritud "vertikaalselt", nagu nähtub tabelist 21. Antud tabel annab ülevaate tänaseks välja kujunenud pehmetest. Rahastamine on selgelt lahtutatud - haiglas rahastatakse pikaravi Haigekassa vahenditest, hooldekodus hoolekannet valla- ja linna eelarvete vahenditest ning juures on suuremal või vähemal määral omavastutus, mis ei sõltu mitte patsiendi/kliendi vajadustest, vaid tema paiknemistest struktuuris.

Pikaravihaiglasse (osakonda) satub patsient sageli pärast aktiivravihaiglat, mida keskmiselt 10 päeva jooksul rahastab Haigekassa aktiivravi hinnete alusel sõltuvalt osutatud teenustest; seejärel rahastab Haigekassa 60 päeva pikaravi 100% ulatuses. Seejärel toimub rahastamine kirjalikul kokkuleppel haigekassaga või patsiendi omafinantseerimise arvelt. Haigekassa hinnad pikaravi voodipäeva eest on üle riigi

ühtsed ning võivad kõikuda sõltuvalt lepingu iseärasustest ainult 185 - 203 krooni ulatuses.

Hooldekodus on koha maksumus regionaalselt erinev ning sõltub kohaliku omavalitsuse eelarvest eraldatavate vahendite ulatusest, kõikides vahemikus 2 500 kuni 4 000 kr kuus, mis teeb keskmiseks 3500 kr kuus. Lisaks maksab klient esimesest päevast peale oma ülalpidamiskuludeks 85% pensionist, keskmiselt 1 275 kr kuus. Seega on hooldekodu koha maksimaalne kulu 5 275 kr kuus ehk 176 kr päevas, keskmiselt 157 kr päevas; omavastutus moodustab sellest 24%.

Seejuures olid praegused pikaaravi hinnad omal ajal kalkuleeritud ilmse suunitlusega maksta ainult haiglas viibimise eest ja eesmärgil suunata patsiendid haiglast välja. Ei pikaaravis ega hooldekodus ei võimalda hinnad märkimisväärset teenuste osutamist, v.a. eluliste vajaduste katmine, olmeteened ja madalamal tasemel põetus. Seega on sisuliselt nii siin kui seal tegemist kohamaksuga, mis katab patsiendi/kliendi institutsioonis viibimise elementaarsed kulud.

Haiglavõrgu arengukava (HMP) eeldab õendusabi rahastamist 450 kr päevas, mis on praeguse pikaaravi voodipäeva hinnast oluliselt suurem. Sellisel tasemel hooldusravi rahastamine teeks võimalikuks diferentseeritud ja patsiendi hinnatud vajadustel põhineva rahastusmehhanismi rakendamise.

4.10.2. Takistused

Praegune rahastusmehhanism seab mitmeid takistusi hooldusravi teenuste arenguks.

A. Institutsioonis viibimise kulud ei ole korrelatsioonis kliendi puute ja vajadustega

Maksimaalne päevahind haiglas ja hooldekodus on vastavalt 203 ja 176 kr. Vahe on kõigest 15% ning see ei tulene patsiendi sõltuvuse astmest ega individuaalsetest vajadustest, vaid vastupidi, piirab sõltuvuse astmest ja individuaalsetest vajadustest lähtuvate teenuste pakkumist.

Praegu töötavate pikaaravihaiglate (osakondade) kogemused näitavad, et kehtivad Haigekassa hinnad pikaaravi osas ei luba pakkuda funktsionaalse seisundi parandamiseks vajalikke teenuseid, mis võimaldaksid patsienti suunata paremat hakkamasaamist eeldavasse etappi.

Kohamaks hooldekodus ei võimalda vastu võtta kliente, kellel on vajadus suhteliselt suures mahus või kõrgel tasemel ravi- ja hoolekandeteenuste järele.

B. Samade teenuste erinevad rahastamisallikad

Kuigi erinevatest allikatest rahastatud, on Haigekassa poolt makstav pikaaravi voodipäev ja kohaliku omavalitsuse eelarvest ning kliendi pensionist makstav hooldekodu kohamaks samas suurusjärgus.

Pikaaravi patsiendid ning hooldekodu voodihaiged elanikud on üks ja sama sihtgrupp, kelle vajadused on samad ja kellele osutatakse enam-vähem samas ulatuses abi.

Marginaalne lõik, mis katab õendusabi teenused pikaaravis, ei ole haigla elamis- ja hoolekandekuludest eraldi defineeritav ning moodustab üsna väikese osa pikaaravi

voodipäeva hinnast. Eraldi õendusabi teenuste hindu ei ole ning samuti pole ka hinnavariante erineva puudeastme ning erinevate vajadustega patsientidele osutatavate teenuste eest tasumiseks. Sama on olukord ka hooldekodus.

Sisuliselt makstakse nii pikaravis kui hooldekodus samas ulatuses samade teenuste eest erinevatest allikatest.

C. Rahastamisest põhjustatud vastuolud

Pikaravihaiglas (osakonnas) on patsiendid jagatud kahte kategooriasse, millest üks on rahastatav Haigekassa poolt, aga teine omavastutuse korras. See vahe ei olene mitte patsiendi vajadustest ega osutatavate teenuste mahust, vaid ainult haiglas viibitud ajast.

Erinevate rahastamisallikate rakendamine sõltub kohast, kus patsiendile teenust osutatakse. Kuna haiglas viibimine ei eelda patsiendi omavastutust, siis on patsient rahaliselt huvitatud võimalikult pikemast haiglas viibimisest, mitte aga hooldekodusse suunamisest, kus omavastutuse määr rakendub esimesest päevast. Nagu näitavad pikaravihaiglate/osakondade kogemused, suureneb pikaravile pääseda soovijate hulk tunduvalt talvekuudel, mille põhjuseks on elementaarne tahtmine oma kodu küttekuludelt kokku hoida. Tegelikult peaks otsus, kas patsient vajab haiglaravi või hooldekodusse paigutamist, sõltuma tema hinnatud vajadustest.

Vaadeldes omavastutuse määra kui rahastamise osa, mis katab elamiskulusid nagu toit, küte, vesi jne, peaks patsient/klient need kulud ühtemoodi tasuma süsteemi igas institutsionaalses osas. Peamine tegur, mis takistab sellise põhimõtte rakendamist, on asjaolu, et juhul, kui inimesel on perspektiiv minna tagasi oma koju, peab ta ravil/hooldusel oleku ajal ka oma korteri kulud tasuma. Kompromissina on võimalik kokkulepe, et kui patsient viibib institutsioonis ajutiselt, peaks ta tasuma nende elamiskulude eest, mis on üle kantud institutsiooni (toit, pesupesemine jne), ning kui alaliselt, siis kõik elamiskulud.

4.10.3. Hooldekodude rahastamine

2000.a lõpus oli Eestis 94 hooldekodu, milles kokku 3195 kohta. Kuna omavalitsusi on üle 200, siis suurem osa neist ei ole otseselt hooldekoduteenuse osutajaks, küll aga ostjaks.

Enamik hooldekodudest (79) on omavalitsuste omanduses. Samas on omavalitsustele kuuluvate hooldekodude suurus kõikuv laiades piirides (7 kuni 337 kohta).

Hooldekodude ja kohtade jaotus omandisuhte järgi on toodud tabelis 22.

Riigile kuuluvad kümme hooldekodu on keskmisest suuremad, neist seitsmes on 30 ja enam kohta. Enamasti on tegemist erihooldekodudega ning nende haldus- ja rahastamispeamised peavad arenema kooskõlas mitmete reformidega, näiteks vaimse tervise valdkonnas.

1999.aastal oli hooldekodude elanikke 3013, kuid sama aasta jooksul oli ka 1224 inimest hooldekodudest lahkunud, seega 40% kohtadest läksid käibesse. See tähendab, et isikuid, kes aasta jooksul hooldekodu teenust realselt tarbisid, oli 4218.

Hooldekodust lahkunud klientidest 75% surid, 16% lahkusid koju, 5% viidi üle teise hooldekodusse ning 4% oli muid põhjusi.

Kuna mõned hooldekodud võtavad kliente ajutisele hoolekandele, siis need kliendid moodustasidki suurema osa 16%-st koju lahkujatest.

Kui arvestada 3159 hooldekodukoha keskmiseks hinnaks 3500 kr kuus (ilma omavastutusest), siis on Eesti hooldekodukohtade aastane kogumaksumus 133 milj kr.

See summa haakub Sotsiaalministeeriumi andmetega hooldekodude ülalpidamiskulude kohta, mis on 165 milj kr aastas, sisaldades omavastutuse määra kliendi osalise pensioni ja pereliikmete maksete arvel. Keskmise hooldekodu koha maksumus oli 4 475 kr, mis tähendab, et omavalitsuste poolt hooldekodu koha eest keskmiselt makstav summa on pigem 3 000 kui 4 000 krooni ligi. Valla- ja linna eelarvete vahenditest rahastatakse hooldekodusid 57% ulatuses, riigieelarvest 16% ning kliendi pensionist ja pereliikmete maksetest 25%.

4.10.4. Kohalike omavalitsuse osa hoolekande rahastamisel

Kõigil omavalitsustel on kohustus maksta hoolekande eest, kuid selleks eraldatav valla- või linna eelarve osa oleneb iga omavalitsuse prioriteetidest ning proportsioonid on regionaalselt erinevad. Seega on regionaalselt erinevad nii hoolekande kättesaadavus kui ka teenuste rahastamise tase. Neid erinevusi pehmendab mingil määral hoolekandele mõeldud summade ümberjagamine Rahandusministeeriumi kaudu.

Omavalitsused on nii teenuste pakkujateks kui ostjateks, kuid vastavalt linna/valla suurusele on olulisi erinevusi omavalitsuste võimalustes vastavaid teenuseid nii pakkuda kui rahastada. Samas suurem osa omavalitsusi ostab vastavaid teenuseid teistelt omavalitsustelt. Seejuures makstavad hinnad ei sõltu ei kliendi vajadustest, tema materiaalsest olukorrast ega teenuste kvaliteedist, vaid teenuse pakkuja kogemuslikust otsusest (pahatihti samas isikus nii teenuse pakkuja kui ostja otsusest).

Hooldekodu teenused sisaldavad ühelt poolt eluasemeteenust ja teiselt poolt samu teenuseid, mida osutatakse pikaarvahaiglas (osakonnas). Samas puuduvad hooldekodudel õendusabi osutamiseks vajalikud litsentsid, mistõttu õendusabi osutamine hooldekodudes on täna õigusvastane.

Haldusreformi käigus on kavandatud nii omavalitsuste liitmine kui funktsioonide ümberjaotus. Eeldatavasti tasandab haldusreform ka suured erinevused omavalitsuste poolt osutatavate hoolekandeteenuste osas. Haldusreform peaks looma ka võimaluse restruktureerida omavalitsuse kui hoolekandeteenuste pakkuja-ostja rolli ning selgemalt defineerida omavalitsuse osa hooldusravis.

4.10.4.1. Omavalitsus kui teenuste pakkuja

Kohalikel omavalitsustel on mitmeid võimalusi hoolekandeteenuste pakkujatena, mida tulevikus võiks tõhusamalt kasutada:

- ühelgi teisel pakkujal pole selliseid eeliseid katmaks vajadusi teenuste järele territoriaalselt;
- alus ja kogemused omavalitsustevaheliseks koostööks on olemas;

- omavalitsuse struktuuri baasil on hõlpsam välja arendada koduteenuste võrgustikku;
- hooldusraviteenuseid pakkuvaid (mittetulunduslikke) struktuure on hõlpsam rajada omavalitsuse administreerimisel.

4.10.4.2. Omavalitsus kui teenuste ostja

Kui teenuste pakkuja roll tundub olevat perspektiivikas, siis kohaliku omavalitsuse kui teenuste ostja roll on seotud mitmete raskustega:

- väiksemate rahaliste võimalustega väiksemad omavalitsused ei suuda oma piirkonnas teenuseid pakkuda, kuid on sunnitud neid teistelt omavalitsustelt ostma;
- teenuste arendamine ühes omavalitsuses mõjutab teisi teenuseid ja teisi omavalitsusi, näiteks haigla soov suunata patsiente hoolekandetasutusse satub vastuollu omavalitsuse sooviga paigutada sinna oma elanikke;
- selleks, et kindlustada võrdne ligipääs samal tasemel teenustele, peab vanemaealise elanikkonna suurema osakaaluga omavalitsus tegema ebaproportsionaalselt suuri kulutusi;
- kvaliteedistandardite nõuete täitmiseks vajalik hindade unifitseerimine viib omavalitsuste kulutuste suurenemisele;
- paljud omavalitsused on enda poolt osutatavate teenuste ostjad.

4.10.5. Hooldusraviga seotud rahastamissüsteemid

Hooldusravi rahastamis põhimõtete väljaarendamisel tuleb arvesse võtta nii ravimite rahastamist kui vaimsete puuetega isikute hoolekande rahastamist.

4.10.5.1. Ravimite rahastamine

Kuna hooldusravi sihtgrupis on nii käsimüügi- kui retseptiravimite kasutajaid, siis tähtis on kindlustada mõlema ravimite liigi kättesaadavus. Selles osas kehtib täna mitu rahastamisskeemi:

- retseptiravimid on osaliselt kompenseeritavad Haigekassa poolt, osaliselt maksab nende eest patsient omavahenditest, seda nii oma kodus kui hooldekodus;
- vabamüügiravimite eest maksab patsient oma kodus omavahenditest ning hooldekodus maksab nende eest hooldekodu;
- haiglas maksab kõigi ravimite eest haigla Haigekassa vahenditest.

Probleemiks on retseptiravimite väljaostmine hooldekodu kliendi poolt, kuna tema kasutada on vaid 15% pensionist. Hooldekodu ei saa osta retseptiravimeid hulgilaost, vaid ainult apteegist ja apteegi juurdehindlusega.

Ravimite, eriti retseptiravimite rahastamise ja hankimise probleemide lahendamine on hooldusravi tähtis komponent. Selleks on vajalikud kolm tegevust:

- hooldusravis enamkasutatavate ravimite nimekirja koostamine;
- hooldusravis enamkasutatavate retseptiravimite hankimise ja rahastamise kulusäästliku süsteemi väljatöötamine;
- hooldusravis enamkasutatavate ravimite soodushindade väljatöötamine arvestades teatud piirsummat, mis oleks ette nähtud hooldusravi patsiendile aasta jooksul kasutamiseks.

4.10.5.2. Vaimsete puuetega isikute hoolekanne

1999.aastal oli institutsionaalsel hooldusel viibivatest kestva ja/või püsiva psüühikahäirega isikutest (2635) 65-aastaseid ja vanemaid inimesi 26% (675). Suur osa neist on inimesed, kes on veetnud aastakümneid erihooldekodus ja seal vananenud. Tulevikus peaks osa kestva ja/või püsiva psüühikahäirega erihooldekodu eakatest elanikest suunduma hooldusravile, nii nagu täna on korraldatud dementsusega klientide elamine üldtüüpi hooldekodus.

Institutsionaalsel hooldusel viibivate kestva ja/või püsiva psüühikahäirega isikute hoolekande ümberkorraldamine toimub paljuski samadel põhimõtetel, nagu hooldusravi puhul:

- Sotsiaalministeeriumi andmetel on Eestis ligi 7000 inimest, kes vajavad pidevalt sotsiaalteenuseid psüühikahäirete tõttu. Psüühikahäiretega isikute hoolekande süsteemis on aastal 2000 avahoolduse osakaal suurenenud 30% ning vastavate hoolekandeesutuste kohtade arv vähenenud 17%.
- Vaimse tervise teenused sotsiaalsektoris baseeruvad multidistsiplinaarse meeskonna hinnangul, selliseid meeskondi töötab praegu 4. Multidistsiplinaarne meeskond teostab kliendi vajaduste hinnangu ning töötab välja individuaalse rehabilitatsioonikava. Seejuures on viimasel ajal täheldatav tendents osutada teenuseid mitte institutsionaalselt, vaid kogukonnas.
- Praegu on psüühikahäiretega isikute hoolekandes üheksa tüüpi teenuseid, need arenevad edasi vastavalt rahastamise lisavõimaluste avanemisele. Kaasatakse valitsusväliste organisatsioonide, eneseabi gruppide ja päevakeskusi opereerivate mittetulundusühingute abi. Teenuste standardid lähtuvad enamasti ühiskonnas aktsepteeritud normidest.
- Rahastamine toimub riigieelarve vahenditest ning ressursid uute teenuste arendamiseks vabanevad vastavalt erihooldekodudesse suunamiste vähenemisele. Praegu läheb kestva ja/või püsiva psüühikahäirega isikute hoolekandeks mõeldud vahenditest 80% institutsioonidele ja 20% muudele teenustele, kusjuures see viimane osa hõlmab ligi poole kõigist klientidest.
- Kestva ja/või püsiva psüühikahäirega isikutele päevases vormis teenuseid osutavad päevakeskused (näiteks Tartu Vaimse tervise keskus) osutavad enamasti toetatud elamise teenust ning lisaks erinevaid lisateenuseid. Sotsiaalministeerium tasub personalikulud ning muud kulud kaetakse kohalike omavalitsuste poolt.

Hooldusravi, nagu ka avahooldus, peab olema suunatud kõigile abivajajatele, sealhulgas vaimsete puuetega isikutele. Ainult juhul, kui see ei suuda patsiendi/kliendi vajadusi täita, suunatakse patsient/klient psühhokroonikute hoolekandesse.

4.10.6. Teenuste rahastamine

4.10.6.1. Teenuste tasemete diferentseerimine

Esimene samm on teenuste tasemete selge eristamine ning ka teenuste komponentide eristamine selleks, et saaks neid komplekteerida uut, selgemalt eristatavatel tasanditel. Praegune "vertikaalne" rahastamine tuleb asendada "horisontaalse" rahastamisega selliselt, et erinevatel tasemetel teenuseid saaks kombineerida vastavalt kliendi hinnatud vajadustele (tabel 23).

Sellise horisontaalse jaotusprintsipi aluseks on igapäevaste eluliste vajaduste täitmine, mis on kõigis etappides sama. Teenuste lisamine kõrgendab teenuste osutamise taset. Taset ehitatakse kõrgemaks, lisades erinevaid teenuseid - hoolekannet, õendushooldust, rehabilitatsiooni jne. Antud tabel võimaldab defineerida 7 erinevat teenuste taset. Teatud määral on jaotus tinglik, sest teenuseid kombineerides on võimalik ka üksiku taseme ulatuses omakorda tasemeid luua ning ideaalis on iga teenuste kombinatsioon individuaalne, lähtudes kliendi hinnatud vajadustest.

Teenuste rahastamine tasemete järgi tekitab teatud raskusi. Kui klient maksab omavahenditest elamiskulud, omavalitsused maksavad hoolekande eest, Haigekassa maksab õendusabi ja rehabilitatsiooni eest, siis selline rahastamine tekitab erinevatel tasanditel erinevate teenuste kombineerudes patsiendi tasandil üsna segase olukorra. Selle vältimiseks tuleb tervishoiu ja hoolekande rahastamiseks mõeldud summad kõrgemal tasemel kokku juhtida ning suunata ühe rahavoona madalamatele tasanditele kuni patsiendi hinnatud vajadustele vastava individuaalse teenustekompleksini välja.

Selleks, et viia rahastamine kooskõlla individuaalsete vajadustega, tuleb patsiendi/kliendi vajadused hinnata ning siis on võimalik vastavalt nendele teenustepakett kokku panna. Probleemiks on, et hetkel puuduvad teenuste tasemetele vastavad hinnangukriteeriumid. Nii on isiku paigutamiseks hooldekodusse hinnangu andja kohalik omavalitsus, kellel puudub selleks kvalifikatsioon ning kes on sageli ka ise teenuse pakkuja. Tuleb kriteeriumid ja standardid välja töötada ning personal koolitada

Hindamisfunktsioon tuleb kontsentreerida teatud arvule interdistsiplinaarsetele hindamismeeskondadele. See võimaldab muuta teenuste rahastamist individuaalseks, kliendi vajadustest sõltuvaks, olgu siis institutsionaalsel või avatud hooldusravil, ning samal ajal hoida hinnangukriteeriume üleriigiliselt ühel tasemel. Teenuste ja vastavalt rahastamise käivitamiseks tuleb hooldusravile lubada ainult läbi vajaduste hinnangu. Sama kehtib ka patsiendi/kliendi liikumisel ühelt teenindustasandilt teisele.

Kliendi vajaduste ning rahastamistasemete klassifikatsioonid peavad omavahel kooskõlas olema. Tasandite arv kliendi vajaduste klassifikatsioonis peab vastama tasandite arvule rahastamises. Haiglavõrgu arengukava (HMP) poolt pakutud rahastamistase 450 kr päevas on enam kui kaks korda suurem senisest (203 kr) ning võimaldab sisse seada mitu rahastamistasandit. Ning kui tasandite arv teenuste klassifikatsioonis on suurel määral kokkuleppeline, siis rahastamistasandite arv on määrava tähtsusega süsteemi väljatöötamisel.

Rahastamistasandite klassifikatsiooni tasandite arv peab kindlustama sujuva ülemineku ühelt tasandilt teisele ning andma piisavalt paindlikke võimalusi, et vältida patsiendi/kliendi suunamist tasandile, mis on tema hinnatud vajadustest kõrgemal või madalamal.

Selleks tuleb defineerida erinevaid teenindustasandeid vajavate gruppide proportsioonid elanikkonnas, leida mehhanism rahavoogude juhtimiseks tasandite vahel olemasoleva eelarve piires, juhtida klassifikatsiooni protsessi selle arengu käigus.

4.10.6.2. Võrdse kättesaadavuse tagamine

Võrdse kättesaadavuse kindlustamiseks tuleb välja töötada normatiivid iga teenindustasandi kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta. See võimaldab:

- hinnata teenuste kättesaadavust regionaalselt;
- viia teenuste ulatus vastavusse teiste riikide tingimustega;
- võrrelda teenuste kättesaadavust elanikkonna vajadustega;
- planeerida regionaalselt teenuste arengut ja rahastamist.

4.10.7. Haigekassa kui rahastaja ja omavalitsus kui ostja

Kohaliku omavalitsuse kui teenuste ostja ja pakkuja huvide konflikt lahendamiseks on kolm võimalust:

- omavalitsus jätkab ostjana, kuid delegeerib teenuste pakkumise erasektorile;
- omavalitsus jätkab teenuste pakkujana, kuid delegeerib ostja rolli koos vastavate rahaliste vahenditega Haigekassale;
- omavalitsus jätkab teenuste pakkujana, kuid delegeerib ostja rolli koos vastavate rahaliste vahenditega Haigekassast eraldi asuvale Hooldusravifondile.

Kui esimene võimalus on pigem kosmeetiline, pakkudes poolikut lahendust, siis teise võimaluse kasuks on mitmeid asjaolusid:

- Eeldatavasti vabaneb hooldusraviteenuste tarbeks aktiivravivoodite ümberprofileerimise käigus 564 milj kr aastas (HMP andmetel). Kui lisada omavalitsuste 133 milj kr, saame 697 milj kr. Seejuures katavad omavalitsuste vahendid umbes 20% kogusummast ning Haigekassa osaks jääb ligi 80%.
- Hoolekandeteenuste pakkumine on omavalitsuste kohustus, neil on vastavad struktuurid ja kogemused, mistõttu on teenuste pakkuja roll omavalitsusele loomulik ja arusaadav. Teenuste opereerimine erasektori poolt ei välista omavalitsuse kui teenuste pakkuja rolli.
- Ostja ülesannete koondumine ühte struktuuri lihtsustab patsiendi liikumist erinevate teenindustasandite vahel, kus on ülekaalus kas tervishoiu- või hoolekandeteenused.

- Haigekassal on kogemusi hinnangu- ja klassifikatsioonisüsteemide ülesehitamisel ja kasutamisel. Lihtsam on tegutseda ühe suure ostjana, kui hulga erinevas suuruses agentuuridena ning kergem on juhtida üht suurt lepingut, kui hulka väikseid.
- Hooldusravi teenuste iseloom, personal ning hooldusravi osa aktiivravi koormuse vähendamisel osutavad selgelt, et hooldusravi kui selline lähtub tervishoiusüsteemist ning laieneb sotsiaalhoolekandesüsteemile. Praeguste rahastamismehhanismide loomulikuks jätkuks on rahastada Haigekassa vahenditest teenuseid, mis on identifitseeritavad kui tervishoiuteenused, ning valla- ja linna eelarvete vahenditest - teenuseid, mis on identifitseeritavad kui hoolekandeteenused. Seejuures aga Haigekassa hinded on ühtsed kõigile, samas kui kohalikel omavalitsustel on võimalus osta teenuseid erinevate hindadega. Järelikult on mõttekam moodustada üks rahaline struktuur selleks, et kõigi teenuste eest ühtsete hindade alustel samast allikast maksta.
- Selleks, et vältida regionaalseid kõikumisi teenuste rahastamisel omavalitsuste poolt, on vaja valitsuse tasandil sekkumist. Rahastamise korraldamine Haigekassa kaudu on lihtsam ja mõistlikum.

Teise võimaluse oluliseks puuduseks on aga see, et riigi ja kohalike omavalitsuste eelarveraha haldamine ei ole Haigekassa funktsioon. Lähtuvalt kehtivast seadusandlusest ja oma põhikirjast haldab Haigekassa tervishoiuteenuste eest maksmiseks mõeldud rahalisi vahendeid ning sotsiaalhoolekande vahendite suunamine Haigekassasse eeldaks põhimõtelisi muudatusi nii Haigekassa enda töökorralduses kui ka praegu kehtivas seadusandluses.

Seega on kõige otstarbekam kolmas võimalus: luua spetsiaalne Hooldusravi fond, kuhu suunatakse nii kohalike omavalitsuste kui Haigekassa vahendid. See võimaldab:

- Planeerida valla- ja linna eelarvetest ning Haigekassast laekuvaid vahendeid vastavalt regionaalsetele vajadustele.
- Juhtida valla- ja linna eelarvetest ning Haigekassast laekuvaid vahendeid ühe voona;
- Paindlikult rahastada erinevaid teenuseid erinevatel teenindustasanditel.

4.10.8. Hooldusravi hindade väljatöötamine

Hooldusravi teenuste hindade väljatöötamisel on aluseks:

- olemasolevate teenuste hinnad;
- hindade kalkuleerimine teadaolevate kulude baasil, nagu näiteks personalikulud;
- teatud teenusemahtude hinnad teenuseühiku kohta, mille rahastamine on selge;
- läbirääkimised praeguste hindade ja eeldatavate hindade baasil;
- piiride seadmine vajalike ja mõistlike kulude vahel;

- käigusolevate teenuste osutamiseks ja rakenduskäigus teenuste arendamiseks vajalike hindade kalkuleerimine;
- erinevate teenusepakkujate poolt osutatavate samade teenuste hindade ühtlustamine.

Koduse hooldusravi hindade väljatöötamisel tuleb arvesse võtta:

- Vähiliidu poolt osutatava koduse õendusabi hindu, 120 kr/päev;
- perearsti õe visiidi hinda, arvestades asjaolu, et see ei sisalda transpordikuluseid ja perearsti õe poolt läbiviidavad protseduurid on vähem aeganõudvad;
- Tallinna Hooldushaigla baasil kavandatava koduse õendusabi hinnakalkulatsioonid arvestusega, et 5 000 kr katab ühe õe palgakulud, transpordi ja vajaliku sisseseade ning et üks õde teenindab 8 - 10 patsienti, hinnaga 300 - 600 kr patsiendi kohta kuus, sõltuvalt patsiendi vajadustest, visiitide sagedusest jne.

Hindade väljatöötamine eeldab kvaliteedistandardite väljatöötamist. Vajalikud on kolme liiki standardid:

- nõuded, millele peab vastama teenuse pakkuja, mis on tingimuseks temaga teeninduslepingu sõlmimisel. Teenuste pakkujad, kes pole võimelised vastavaid nõudeid täitma, peavad hooldusravi süsteemist välja jääma;
- nõuded, mille täitmine teenuste osutamisel on kohustuslik, s.h. personali koolitus;
- teenuste osutamisel saavutatud tulemustele esitatavad nõuded.

Koosmõjus peavad need kolm liiki standardeid kindlustama nii teenuste, nende osutajate kui kogu süsteemi kvaliteedikeskse arengu.

4.10.9. Rahastamise võimalikud variandid

A. Omavalitsuste poolt rahastamine standardiseeritud tasemete järgi

Praegune kohaliku omavalitsuse poolt kõigi klientide ülalpidamiskulude tasumine samas ulatuses asendatakse hooldusravi teenuste sotsiaalkomponendi tasustamisega sõltuvalt osutatavate teenuste tasemest, seega ühel tasemel rahastatakse kliendi hoolekannet väiksemas ja teisel tasemel suuremas ulatuses, tingimusel et omavalitsuse üldkulud jäävad samaks. Selline põhimõte eeldab teenuste tasemete standardiseerimist ja vastavalt tasemetele standardsete hindade väljatöötamist.

Õendusabi kulud kaetakse Haigekassa poolt olenevalt teenuste mahust, mis on individuaalne ja sõltub hinnatud vajadustest. Omavalitsuste ja Haigekassa vahendite kooskõlastatud rakendamiseks on otstarbekas neid hallata kui omaette Hooldusravi fondi.

Elamiskulud kaetakse patsiendi/kliendi pensionist alates hetkest, mil hindamismeeskond otsustab, et isik vajab alalist institutsionaalset hooldusravi ning tema tagasipöördumine oma koju ei ole tõenäoline. Ajutisel viibimisel institutsionaalsel hooldusravil ei ole elamiskulude katmine pensionist võimalik, kuna

samal ajal peab patsient/klient maksma oma korteri ülalpidamiskulud. Kompromissina võib sellel ajal pensionist katta elamiskulud institutsioonis (toit, pesupesemine), välja arvatud otsesed eluasemekulud.

Puuduseks on nende omavalitsuste kulude suurenemine, mille territooriumil on eakate elanike osakaal suurem. Selle disproportsiooni vältimiseks on vajalik rahaliste vahendite ümberjagamine kohaliku omavalitsuse tasandist kõrgemal, mis on omakorda probleemne.

B. Solidaarne rahastamine omavalitsuse poolt

Kõik omavalitsused maksavad ühtsetel alustel hooldusravi "peamaksu" vastavalt omavalitsuse territooriumil elavate eakate osakaalule. Vastavad summad laekuvad Hooldusravi fondile ning kasutatakse hooldusravi sotsiaalkomponendi katteks.

Selline maks oleks sarnane kindlustuspreemiaga ning sisuliselt olekski tegemist hooldusravikindlustusega.

Haigekassa kehtestab õendusabi hinnad, mis katavad ära vajalikud õendusabi teenused eri tasanditel, ning suunab vastavad vahendid samuti Hooldusravi fondi.

Hooldusravi fond kehtestab hindade skaala, mis katab ära vajalikud õendusabi ja hoolekandeteenused hooldusravi eri tasanditel ning need on riigi ulatuses ühtsed.

Elamiskulud kaetakse patsiendi/kliendi pensionist alates hetkest, mil hindamismeeskond otsustab, et isik jääb institutsionaalsele hooldusravile ning tema tagasipöördumine oma koju ei ole tõenäoline.

Puuduseks on suurema eakate elanike osakaaluga omavalitsuste suurem koormus, mille tasandamine vajab jälle riigi tasemel sekkumist.

C. Riigi eelarvest vahendite eraldamine

Hooldusravi sotsiaalkomponendi osa laekub Hooldusravi fondile otse riigi eelarvest ning vastavalt vähendatakse omavalitsustele riigi eelarvest laekuvaid vahendeid.

Plussiks on see, et jääb ära vajadus eraldi tasandusmehhanismi järele, miinuseks aga see, et suurema eakate osakaaluga omavalitsustel jäävad eraldatavad vahendid napiks.

Lahendus on riigi eelarvest eraldatavate vahendite kalkuleerimine omavalitsuste kaupa arvestades vanemaealise elanikkonna osakaalu iga omavalitsuse territooriumil, mis on suhteliselt lihtne.

4.10.10. Mitmetasandilise teenindusvõrgustiku rahastamine

4.10.10.1. Teenindustasandite rahastamine

Hooldusravi ja hoolekanne moodustavad ühise mitmetasandilise teenindusvõrgustiku. Reformi käigus profileeritakse osa hooldekodukohti õendushoolduskodu kohtadeks, kus hoolekandekomponent on rahastatav samadel alustel kui hooldekodus ning jääb kohaliku omavalitsuse kontrolli alla. Sisuliselt hakkavad kohalikud omavalitsused ostma seniste vahendite piires ühe ja sama hinnaga kohti nii hooldekodus kui õendushoolduskodus, kuid boonuseks saavad juurde haigekassa poolt rahastatava

õendushooldusteenuse. Sama toimub mitteinstitutionaalsete hoolekandeteenuste osas. Seetõttu ei saa hooldusravi kogueelarvet vaadelda ilma hoolekande eelarveta.

Aktiivravivoodite ümberprofileerimisel vabanevad ressursid konverteeritakse neljaks teenuste osutamise tasandiks, mis katavad ära kõik käesolevas hooldusravi kontseptsioonis identifitseeritud eesmärgid. Nendeks tasanditeks on: Geriaatria osakond (kompleksse hinnangu funktsiooniga), õendushoolduskeskus (osutab õendushooldust ja hoolekannet), hooldekodu (osutab ainult hoolekannet) ning avahooldus (päevane ja kodune õendusabi, päevane ja kodune hoolekanne). Vastavalt eelnevalt toodud põhimõttele annab laiem skaala teenuseid võimaluse avanevaid ressursse efektiivsemalt kasutada ning teenindada suuremat hulka abivajajaid.

Lisaks ümberprofileeritavate haiglavoodite arvelt vabanevatele ressursidele kaasatakse ka omavalitsuste hoolekandeks eraldatavaid vahendeid ja omavastutust, mis vähendab akuutravivoodite ümberprofileerimisest saadavate rahaliste vahendite kaasamist ning võimaldab neid kas kokku hoida või haiglavõrgu arendamisse (näiteks uute haiglate ehitamisse) paigutada.

Pakutud nelja teenindustasandi oodatavad kulud on hinnangulised ning baseeruvad HMP poolt pakutaval voodipäeva hinnal, kusjuures kõrgemad teenindustasandid on kallimad (interdistsiplinaarse hindamismeeskonna teenuse päevahind 450 kr) ja madalamad tasandid odavamad. Arvestatud on nii hooldekodude kui pikaravi praegust rahastamist, haigekassa vahendite, kohalike omavalitsuste vahendite ja omavastutuse (85% pensionist) kaasamist. Tabeli 24 andmed on illustratiivsed ning nii teenuste kui rahastamise tasandite mitmekesistamise mudel on aluseks diskussioonile, mille eeldatavaks tulemuseks on hindade täpsustamine.

Geriaatriaosakonna tasand

Komplekshinnangu, aeglase rehabilitatsiooni ja intensiivse õendushoolduse hind on 450 kr/päev, sama kui HMP poolt pakutud aktiivravivoodi ümberprofileerimisel loodud teenuse hind. Seega tuleb aktiivravivoodid geriaatriaosakonna vooditeks konverteerida suhtes 1:1.

Geriaatriaosakonna teenused on sarnased Haigekassa poolt rahastatavate aktiivravi teenustega:

1. osutatakse valdavalt tervishoiuteenust, sealhulgas arstiabi;
2. teenuseid osutatakse peamiselt haigla tingimustes;
3. teenuste osutamine on ajaliselt piiratud;
4. omavastutust ei rakendata.

Seega on otstarbekas geriaatria osakonnas osutatavaid teenuseid rahastada täies mahus Haigekassa poolt aktiivravi eelarvest.

Rahastamine 450 kr/päev on enam kui kahekordne võrreldes praeguse pikaraviga, mis annab võimaluse rakendada kõrgel tasemel teenuseid, see omakorda võimaldab suurendada voodikäivet praeguselt 8,7 kuni 17, lühendades keskmist ravikestvust kolme nädalani. Selle eesmärgi saavutamiseks on mõistlik seada statsionaaris

osutatavate hooldusraviteenuste ajaliseks limiidiks 10 päeva komplekshinnangu ning 30 päeva kohanemisravi ja intensiivse õendushoolduse puhul. Tegelikult võib keskmine ravikestvus osutada lühemaks päevases vormis läbiviidavate komplekshinnangute arvel.

500 voodikoha rahastamine kaheksas suuremas geriaatriaosakonnas ning neljas lisakeskuses 450kr/päev maksab kokku 82,125 milj. kr.

Õendushoolduskodu tasand

Õendushoolduskodu teenuseid rahastatakse keskmiselt 310 kr/päev, sealhulgas omavastutus 40 kr/päev. 450 kr/päev rahastatava voodi konverteerimisel saame 1,7 voodit, mille rahastamine on 270 kr/päev, kuid antud mudeli puhul on kasutatud konverteerimist suhtes 1:1,5 ning osa ressurside suunamist avahooldusesse.

Õendushoolduskodu ei ole haigla, ei osuta arstiabi, teenuste osutamine ei ole ajaliselt limiteeritud, osutatakse ka hoolekandeteenuseid ning on kliendile alaliseks elukohaks, seega tuleb rakendada omavastutusmäära sarnaselt hooldekoduga.

Rahastamine 310 kr/päev on 53% kõrgem, kui praeguse pikaravi puhul ning kindlustab kõrgema teenuste kvaliteedi.

Rahastamine ei kata arstiabi ja retseptiravimeid. Arstiabi kindlustatakse klientide kandmisega perearsti nimistusse ning kliendi poolt ostetavate retseptiravimite kättesaadavuse tagamiseks on vajalik retseptiravimite kompensatsioonimäärade korrigeerimine.

Erineva sõltuvusastmega ning erinevate vajadustega klientide rahastamine peab toimuma diferentseeritult (260, 310, 360 kr).

2100 koha rahastamiseks kulub 237,615 milj.kr, sellest omavastutus 30,660 milj.kr.

Hooldekodu tasand

Praegune rahastamine toimub valla- ja linna eelarvete vahenditest keskmiselt 3 500 kr/kuu, seega 117 kr/päev, omavastutus 40 kr/päev, kokku keskmiselt 157 kr/päev.

Hooldekodu klientideks peavad jääma suhteliselt terved eakad inimesed, kes ei vaja regulaarset õendusabi. Elades oma kodus peaks selline klient katma kõik kulud oma pensionist ning võrreldes 1 500 krooniga on hooldekodukoha maksumus 3 500 kr kuus ilmselt liiga kõrge. Kõrgemal tasemel teenuseid vajavate haigete vanurite üleviimine hooldekodust õendushoolduskodusse võimaldab hooldekodu kulusid tunduvalt vähendada.

Hooldekodu rahastamine ei kata arstiabi ega retseptiravimeid ning need probleemid lahendatakse sarnaselt õendushoolduskoduga.

Arvestades kulude vähenemist peaks hooldekodu kohta rahastama 100 kr/päev, pluss omavastutus 40 kr/päev, kokku 140 kr/päev, mis on praegusest rahastamise tasemest vaid 12% vähem. Praeguse 3 159 ning lisatava 1 200 hooldekodu koha rahastamine pakutud tasemel teeb aastas kokku 222,745 milj.kr, sellest omavastutus 63,641

milj.kr. Keskmiselt madalam rahastamine võimaldab suurendada kohtade arvu 38%, kusjuures kogumaksumus tõuseb vaid 20% - praeguselt 133 milj.kr kuni 159 milj.kr.

Päevase/koduse hooldusravi tasand

Lähtudes majanduslikult arenenud riikide praktikast tuleb 25% kogu hooldusravi eelarvest (v.a. omavastutus) paigutada päevases/kodus vormis osutatavatesse tervishoiu- ja sotsiaalteenustesse, mis teeb 150 milj.kr.

Kuna avahoolduse klient elab oma kodus ja katab elamiskulud pensionist, siis omavastutust ei rakendata.

Avahoolduse teenuste hinnad tuleb välja töötada olemasolevate ning teenuste käivitamisel laekuvate andmete baasil. Praegu võib näitena aluseks võtta Vähiliidu õendusvisiidi hinda – 100 kr. Kuna õendusvisiit on koduteenustest kalleim, siis eeldatavalt peaks 100 kr katma ka erinevates proportsioonides õendusabi ja hoolekannet sisaldavaid visiite.

4.11. Hooldusravi kogueelarve

Võrdluseks on toodud HMP poolt pakutud eelarve ja laia mitmetasandilise teenindusvõrgustiku sisseviimisel moodustuv eelarve.

HMP ettepanek: kogueelarve 697 milj.kr, mille moodustavad 564 milj.kr ümberprofileeritavate aktiivravivoodite arvel (Haigekassa vahenditest) ja 133 milj.kr praeguste hooldekodukohtade rahastamise arvel (valla- ja linna eelarvete vahenditest). Omavastutus on identifitseerimata. Teenused piirduvad hooldushaigla voodite ja hooldekodukohtadega.

Mitmetasandiline teenindusvõrgustik (tabel 25): kogueelarve 692 milj.kr, mille moodustavad Haigekassa ja kohalike omavalitsuste vahendid summas 598,3 milj.kr ning omavastutus 94,3 milj.kr. Haigekassa ja kohalike omavalitsuste poolt rahastatav komponent on 16,5% väiksem, kui HMP variandi puhul.

Pakutud variandi poolt on lisaks neli argumenti:

1. Geriaatriaosakondade rahastamiseks planeeritud 82 milj. kr tulevad tagasi Haigekassa aktiivravi eelarvesse, kuna vastupidiselt ülejäänud hooldusravi tasanditele on geriaatriaosakonnas tegemist valdavalt haiglas osutatavate tervishoiuteenustega. See vähendab õendushoolduskodude, hooldekodude ja avahoolduse kogueelarvet summani 516 milj. kr.
2. HMP eeldab haiglavõrgu ja hooldusravi kogumaksumust 1 444 milj.kr, millest hooldusravile kulub 39%. Kui laia teenuste skaala kogueelarvest maha arvata juba olemasolevate hooldekodude rahastamiseks kulutatavad 133 milj.kr, jääb ülejäänud hooldusravivõrgu rahastamise kuludeks 383 milj.kr, mis moodustab vaid 26% HMP poolt eeldatavast haiglavõrgu ja hooldusravi kogumaksumusest.
3. Ühesugune omavastutuse määr nii õendushoolduskodus kui hooldekodus moodustab 94 milj. kr.

4. Tasakaal erinevate hooldusraviteenuste tasandite vahel on tagatud kogueelarve jaotusega: 14% geriaatriaosakondadele, 35% õendushoolduskodudele, 27% hooldekodudele ning 25% avahooldusele.

5. Hooldusravivõrgu rakenduskava

Hooldusravivõrgu arengukava edukaks rakendamiseks tuleb luua rida eeldusi. Nende identifitseerimine eeldab kõigepealt arengukava rakendamise prioriteetide määramist, mis lähtuvad strateegilisest üldeesmärgist ning näitavad ära strateegiliselt tähtsaid suunad selle saavutamiseks. See võimaldab prioriteetsete arengusuundade rakenduskavade väljatöötamist, milleks tuleb luua vastavad tööühikud.

5.1. Rakendamise prioriteedid

Käesoleva arengukava rakendamise üldeesmärk on välja arendada mitmetasandiline teenuste kompleks, mis on vajalik krooniliste haiguste ning puuetega eakate inimeste hinnatud vajaduste katmiseks, seda nii statsionaarselt, päevateenustena kui kodudes. Selle eesmärgi saavutamine kindlustab hooldusravi osa seni puuduva lülina, mis ühendaks tervishoiu- ja hoolekandeteenused ühtseks süsteemiks ning kataks ära nii ühe kui teise süsteemi senised vajakajäämised.

Arengukava rakendamisel on strateegilise tähtsusega prioriteetideks:

- teenuste arendamine;
- regionaalne planeerimine;
- koolitus ja personal;
- rahastamine;
- vastutus;
- õiguslik regulatsioon.

Teenuste arendamise prioriteedi eesmärk on patsiendi/kliendi hinnatud vajadustele vastavate teenuste laia skaala väljaarendamine. See eeldab esmajärjekorras hindamisteenuse väljaarendamist.

Regionaalse planeerimise prioriteedi eesmärk on osa aktiivravivoodite järk-järguline ümberprofileerimine mitte üksnes hooldusravivooditeks, vaid hooldusraviteenuste laiaks skaalaks. See protsess peab toimuma sünkroonselt aktiivravivoodite ümberprofileerimisel ressursside vabanemisega vastavalt Haiglavõrgu arengukavale (HMP) ja maakondade tervishoiu arengukavadele. Hooldusraviteenuste rakendamine on seega haiglavõrgu arengukava täitmise tingimuseks.

Kuna seisundi hindamine on kogu hooldusravi kontseptsiooni võtmeküsimus, siis esmajärjekorras tuleb koolitada ja tööle rakendada hindamismeeskonnad.

Koolituse prioriteedi eesmärk on katta vajadus hooldusraviteenuste osutamiseks koolitatud personali järele. Koolitusstrateegia, mis hõlmab aktiivravihaiglate personali ümberõpet ja ümberorienteerimist, on teenuste planeerimise ja arendamise tähtsaks tingimuseks.

Rahastamise prioriteedi eesmärk on võimalikult efektiivselt ära kasutada Haiglavõrgu arengukava (HMP) kohaselt akuutravi ümberkorraldamise tulemusel hooldusravi vajaduste katteks vabanevad rahalised vahendid - 654 milj kr aastas. Selleks on

käesolevas arengukavas ette nähtud mitte üksnes Haiglavõrgu arengukava (HMP) poolt pakutud akuutravivõdite ümberprofileerimine hooldusravivõditeks suhtes 1:1, vaid vajaduste hinnangul põhinevate teenuste skaala väljatöötamine ning regionaalsel põhimõttel organiseeritud, mitmekülgse hooldusravisüsteemi väljaarendamine. Lahendamist vajav probleem on mitmete erinevate rahastamisallikate kombineerimist võimaldava mehhanismi loomine. Ka rahastamise osas on tähtis, et hooldusraviteenuste süsteemi regionaalne rakendamine toimuks tihedas koostöös Haiglavõrgu arengukava (HMP) elluviimisega. Ilma sellise koostöota tekib aktiivravivõdite koondamisel vabanevate rahalised ressurside kaotsimineku risk.

Vastutuse prioriteedi eesmärk on hooldusravivõrgu süsteemse ja regionaalse arengu toimumine kooskõlas Haiglavõrgu arengukavaga (HMP), käesoleva arengukavaga ning Maailmapanga poolt rahastatavate tegevustega. Selleks peab vastutus hooldusravivõrgu arengukava järjepideva arengu ja elluviimise eest olema Sotsiaalministeeriumi poolt selgel identifitseeritud ja administratiivselt lokaliseeritud.

Õigusliku regulatsiooni prioriteedi eesmärk on tagada õiguslik alus, mis kindlustab hooldusravivõrgu arengu ja funktsioneerimise vastavalt püstitatud eesmärkidele. Tuleb kriitiliselt üle vaadata nii tervishoidu kui sotsiaalhoolekannet reguleerivad kehtivad õigusaktid kui ka muud seotud õigusaktid, seda nii seaduste kui alamate õigusaktide tasemel. Teostatud analüüs võimaldab planeerida nii madalama taseme õigusaktide väljatöötamist ministeeriumi haldusalas kui ka vajalikke tegevusi seadusloomes.

Prioriteetsete arengusuundade rakenduskavade koostamiseks tuleb luua vastavad töörühmad.

5.2. Rakendamisega seotud arengud

Hooldusravivõrgu arengukava rakendamine on tihedalt seotud viie arenguga, mis toimuvad Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis ning mida tuleb arvestada:

1. Eesti Vanuripoliitika;
2. õenduserialade arengukavad;
3. tervishoiukorraldust, sotsiaalhoolekannet ja perekonna vastutust eakate eest reglementeeriv seadusandlus, eriti Tervishoiuteenuste korraldamise seadus;
4. Eesti haldusterritoriaalne reform ning sellega seotud võimalikud muutused kohalike omavalitsuste funktsioonides ja vastutusalas;
5. Eesti haiglavõrgu arengukava (HMP).

5.3. Haiglavõrgu arengukavale toetumine

Hooldusravivõrgu arengukava lähtub suures osas Haiglavõrgu arengukavast (HMP) ning HMP-le tuleb toetuda ka hooldusravivõrgu arengukava elluviimisel.

HMP toob välja vajaduse laiendada eakatele osutatava tervishoiuabi võimalusi. Selle vajaduse indikaatoriks on suurenev eakate nõudlus järelravi teenuste ja kestva ravi järele.

HMP kohaselt on uue haiglate struktuuri elluviimise eelduseks ravivõimaluste loomine patsientidele, kes vajavad pärast aktiivravi muid tervishoiuteenuseid.

HMP kohaselt peab praeguse pikaravi teenuste skaala laienema ning vastavaid teenuseid tuleb osutada paremates tingimustes. Pikaraviosakonnad ja -haiglad tuleb reorganiseerida ning halvas seisundis ruumid ja sisseseade asendada.

HMP-s on välja toodud ka rida loogilisi käike, arvutusi ja andmeid, millele tuleb toetuda Hooldusravivõrgu arengukava rakendamisel:

- Kui aktiivravivõodeid koondatakse arvult 8200 kuni 3110, siis vabaneb ümberprofileerimiseks hooldusravi- ja rehabilitatsioonivooditeks 5090 voodit. HMP kohaselt eeldatakse, et nendeks alternatiivseks funktsioonideks kasutatakse ligi kaks kolmandikku sellest arvust - seega 3343 voodit.
- HMP eeldab, et hooldushaiglate ja hooldekodude voodikohtade vajadus aastaks 2015 võib sõltuvalt tervishoiu ja sotsiaalhoolekande arengust olla 6000 - 7000 voodit.
- HMP eeldab hooldusravi finantseerimist summas 564 milj kr aastas. Samas eeldatakse, et aktiivravivoodite ümberprofileerimine hooldusravi- ja rehabilitatsioonivooditeks võimaldab säästa 666 milj kr.
- HMP teeb ettepaneku finantseerida hooldusravi summas 450 kr/voodipäev.
- HMP soovituslik ettepanek ruumide üldpinna osas pikaravi- ja rehabilitatsioonivoodi kohta on 90m² ehitatavatele ja 80m² rekonstrueeritavatele hoonetele, ning vastavalt 80 ja 70m² hooldekodudele.

Haiglavõrgu arengukava (HMP) tulemuslik rakendamine muutub problemaatiliseks, kui ei arendata välja hooldusravi võimalusi suurele hulgale eakatele patsientidele, kelle poolt on täna hõivatud aktiivravivoodid. HMP elluviimisel jäävad "õhku" vabanevad ressursid - hooned, personal, rahalised vahendid. Teisalt võib oluliselt halveneda tervishoiuteenuste kättesaadavus üldse, kui alternatiivsete võimaluste väljaarendamisega hiljaks jäädakse. Hooldusravivõrgu arengukava väljatöötamine, edasiarendamine, prioriteetsete tegevuste määratlemine ja viivitamatu ellurakendamine on Haiglavõrgu arengukava (HMP) suhtes praegu kriitilise tähtsusega. Peale selle, Hooldusravivõrgu arengukava järjepidev ellurakendamine kooskõlas haiglavõrgu restruktureerimisega võimaldab vabanevaid rahalisi vahendeid, hooned, personali ja muid ressursse viivitamatult suunata uute teenuste rakendamisele.

5.4. Rakendamise strateegiad

Hooldusravivõrgu arengukava rakendamisel tuleb keskenduda rohkem teenustele ja ressurssidele, kui funktsioonita jäävatele haiglahoonetele. Seetõttu on tähtis õigeaegselt otsustada, millised hooned ja ressursid on vajalikud hooldusravivõrgu arendamiseks, millised mitte, ja keskenduda tähtsamatele strateegiatele, milleks on teenuste arengu strateegia ja rahastamise arengu strateegia.

5.4.1. Teenuste arengu strateegia

Teenuste arendamise strateegial on neli prioriteetset arengusuunda:

- komplekshinnangu ja mitteinstitutionaalse õendusabi eelisarendamine;
- koolitus;
- rahastamine;
- koordineerimine ja planeerimine.

Komplekshinnangu ja mitteinstitutionaalse õendusabi eelisarendamine on arengukava rakendamise protsessi tähtsaim osa ning samas ka aktiivravivoodite eduka ümberprofileerimise tingimus. Kui haigla on huvitatud koondatavatele ressurssidele (s.h. personal) rakenduse leidmisest, peab ta arendama komplekshinnangu ja hooldusravi teenuseid ning finantseerima personali koolitust selles osas. Abiks võib olla Maailmapanga poolt finantseeritav Geriaatrilise Hinnangu ja Hooldusravi Programm, mida seostatakse HMP elluviimisega.

Koolitus peab toimuma riigi tasandil koordineeritava strateegia kohaselt ning ühtlustatud programmide alusel. Tartu Ülikoolil koostöös Eesti Geriaatria ja Gerontoloogia Assotsiatsiooniga (EGGA) on selleks vajalikud kogemused ja materjalid olemas. EGGA poolt on välja töötatud vastavad koolitusprogrammid arstidele, õdedele ja sotsiaaltöötajatele.

Rahastamises on põhiliseks probleemiks mitmete erinevate rahastamisallikate kombineerimist võimaldava mehhanismi loomine. Haigekassa vahendite kasutamine eeldab komplekshinnangu ja hooldusravi teenuste hinnakirja väljatöötamist samaaegselt aktiivravivoodite ümberprofileerimisel vabanevate vahendite ümbersuunamisega. Valla- ja linna eelarvetest vahendite eraldamine peab olema kooskõlas nii haigekassa hinnete, hooldusravi erinevatel tasanditel pakutavate teenustega kui regionaalsete vajadustega. Võimalik on ka Maailmapanga poolt pilootprojektide algrahastamine.

Koordineerimine ja planeerimine: hooldusravivõrgu arengukava rakendamine nii teenuste kui regionaalse arengu osas eeldab mitmete tegevuste koordineeritud ja plaanipärast läbiviimist. Väljatöötamist vajavad teenuste rahastamise ja osutamise standardid, mitmed juhised ja reglemendid, juhtimis- ja järelevalvesüsteemid. Juba maakondade arengukavade väljatöötamine eeldab teatud standardite ja reeglite olemasolu. Standardite süsteem on nõutav teenuste kvaliteedi saavutamiseks juba teenuste väljatöötamise järgus, samuti kvaliteedi säilitamisel ja tõstmisel hooldusravi kui süsteemi arendamise käigus. Standardid on vajalikud mitte üksnes ruumide, sisseseade jms, vaid ka personali koolituse osas. Omaette küsimus on standardite süsteem, mille nõuetele peavad vastama teenuste osutajad. Selles osas on vajalikud koolme liiki standardid: need, mis on eelduseks vastava tegevusloa saamiseks; standardid, millele peavad vastama osutatavad teenused; ning standardid, mille järgi hinnatakse osutatud teenuste tulemusi.

Hooldusravivõrgu rakendamise juhtimine, koordineerimine ja järelevalve riiklikus ulatuses on Sotsiaalministeeriumi haldusalas, kuid need funktsioonid peavad olema ka selgelt identifitseeritud ja adresseeritud. Kuna hooldusravi oma olemuselt kuulub osaliselt Tervishoiuosakonna, osaliselt Hoolekande osakonna kompetentsi, siis täna puudub ministeeriumis struktuurüksus, mis võiks hooldusravi teenuste ja võrgu arengut täies ulatuses planeerida, juhtida, koordineerida ja teostada arengukava

rakendamise käigus järelevalvet. Vastavad funktsioonid tuleks delegeerida kas Tervishoiuprojekti raames või iseseisva juriidilise isikuna tegutsevale struktuurile, see aga võib tekitada haldusõiguslikke probleeme. Teine võimalus on Sotsiaalministeeriumi struktuuris hooldusraviga tegeleva üksuse loomine. Juhul, kui Sotsiaalministeerium oma tegevuses keskendub õigusloomele ja delegeerib juhtimis-, koordineerimis- ning järelevalvefunktsioonid ametitele, tuleb moodustada Hooldusraviamet.

Hooldusravivõrgu rakendamise käigus peab toimuma jooksev koostöö hooldusravi arendamisel, elluviimisel ja teenuste osutamisel kaasatavate organisatsioonidega. Sellise koostöö tõhustamiseks on otstarbekas moodustada praeguse hooldusravivõrgu arengukava ekspertgrupi baasil konsultatiivse iseloomuga ühiskondlikel alustel tegutsev Hooldusravi Nõukogu, mille ülesandeks on jooksev konsultatiivne abi hooldusravi elluviimisel. Nõukogu sekretariaadi rahastamine toimub hooldusravivõrgu rakendamist juhtiva struktuuri kaudu;

5.4.2. Rahastamise arengu strateegia

Hooldusravi rahastamisvõimalused on hetkel loogiliselt jagatud teenuste kuuluvuse järgi. Tervishoiuteenused, mida praegu osaliselt pakuvad haiglad, kuuluvad rahastamisele Haigekassa vahenditest väljatöötatava teenuste hinnakirja alusel. Hoolekandeteenused, mida praegu osaliselt pakuvad hoolekandeesutused, kuuluvad rahastamisele valla- ja linna eelarvete vahenditest. Tihti on kohalik omavalitsus ka iseenda poolt müüdavate teenuste ostjaks. Seejuures on täna osa hoolekandeesutustes pakutavatest teenustest (näiteks litsentsita osutatav õendusabi) identsed pikaravis pakutavate teenustega.

Praeguse rahastamisviisi puhul on täheldatavad neli põhilist probleemi:

1. rahastamise tase on seotud rohkem patsiendi asukohaga kui tema hinnatud vajadustega;
2. vastutus koduõenduse rahastamise eest on defineerimata ja adresseerimata, mis on suurimaid takistusi õendushoolduse elluviimisel;
3. kui Haigekassa hinded on riigi ulatuses ühtsed, siis kohalike omavalitsuste sotsiaalhoolekandeks eraldatavad vahendid sõltuvad kohalikest prioriteetidest ning summad ja nende eraldamise põhimõtted on regionaalselt erinevad;
4. praegune teenuste kvaliteet ei sõltu alati teenuste hinnast, seda nii Haigekassa kui eriti kohalike omavalitsuse vahenditest rahastatavate teenuste osas;
5. sotsiaalhoolekande teenuste rahastamisel rikutakse kohustuste lahususe põhimõtet.

Nimetatud probleemide lahendamiseks on vajalikud neli sammu:

1. Haigekassa töötab välja ja kinnitab hinded hooldusravi teenuste skaalale, mis hõlmavad komplekshinnangut, aeglast rehabilitatsiooni, haiglaravi, päevast õendushooldust ja kodust õendushooldust. See teeb teenuste osutamise võimalikuks juba akuutravivoodite ümberprofileerimise käigus;

2. juurdepääs teenustele seotakse komplekshinnangu läbiviimisega ning planeeritavate teenuste maht seotakse regionaalselt ja üleriiklikult elanikkonna vajadustega;

3. töötatakse välja ja kinnitatakse hooldusravi standardid ning seatakse standarditele vastavus teenuste osutajatele kohustuslikuks tingimuseks teeninduslepingute sõlmimisel, mis kindlustab teenuste püsiva ja ühtlase kvaliteedi nii ajaliselt kui regionaalselt;

4. töötatakse välja Haigekassa ning valla- ja linna eelarvete vahendite integreerimise mehhanism, mis kindlustaks ühtse juurdepääsu teenustele sõltuvalt elanikkonna vajadustest nii regionaalsel kui üldriiklikul tasandil.

Rahastamise arengu strateegia väljatöötamisel on otstarbekas lähtuda kahest põhimõttest:

- Tuleb kriitiliselt üle vaadata olemasolevad institutsioonid, loobuda mittesobivate hoonete kasutamisest hooldekodudena ning kasutada hooldekodude ja õendushoolduskodude rajamiseks seniseid haiglahooneid, mis on paremas seisukorras. Vähendades voodite arvu praegustes haiglapalattites vastavalt hooldusravi nõuetele saame ka teatud ressursside kokkuhoiu, mis vähendab teeninduskvaliteedi tõstmiseks vajalikke kapitalimahutusi.
- Ei ole otstarbekas suunata investeeringuid hoonete ehitusse või ümberehitusse enne kui on täiel määral koormatud ümberprofileerimiseks planeeritavad haiglahooned. Suuremad kapitalimahutused hoonetesse on mõttekad ainult siis, kui see on vajalik teeninduskvaliteedi viimiseks vastavusse kehtestatavate standarditega. Seega tuleb hoonetesse investeerimist planeerida tsentraalselt, vastavalt regionaalselt hinnatud vajadustele, mis omakorda lähtuvad kehtestatavatest standarditest. Hinnanguliselt tuleks kõne alla ressursside suunamine ehituse mitte varem kui viie aasta pärast.
- Põhimõtteliselt peaks hooldusravivõrgu rakendamine toimuma olemasolevate ressursside piires ning lisainvesteeringud on mõeldavad ajutise puhvrina, mis võib olla vajalik vabanevate ressursside konverteerimise käigus.