

**EESTI ÕDEDE LIIT
EESTI HAIGEKASSA
EESTI GERONTOLOOGIA JA GERIAATRIA ASSOTSIATSIOON**

KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHEND

TALLINN 2004

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS	3
2. MÕISTED	5
3. KODUÕENDUSE EESMÄRGID JA PÕHIVÄÄRTUSED	7
4. KODUÕENDUSE SIHTGRUPP	9
4.1. Koduõendusteenuse sihtgruppi iseloomustavad tunnused	10
5. KODUÕENDUSTEENUSE OSUTAMISE TINGIMUSED	12
6. KODUÕENDUSTEENUSE KORRALDAMINE EESTIS	13
7. KODUÕENDUSE PERSONAL JA MEESKOND	14
8. KODUÕENDUSTEENUSELE SUUNAMINE	16
8.1. Kliendi koduõendusele suunamine haiglast väljakirjutamise järgselt	16
8.2. Kliendi koduõendusele suunamine geriaatrilise hindamise meeskonna poolt	17
9. KODUÕE VISIIT	18
9.1. Esimene visiit ja koduõenduse vajaduse hindamine	18
9.2. Koduõe korduvad visiidid	19
9.3. Koduõe visiitide pikkust ja kestvust mõjutavad tegurid	20
10. ÕENDUSPROBLEEMID	22
11. KODUÕENDUSTEENUSE RAAMES TEOSTATAVAD ÕENDUSTEGEVUSED	24
11.1. Seisundi hindamine	24
11.2. Õendusprobleemide lahendamine	24
11.3. Rehabilitaatoriv õendustegevus	26
11.4. Mitteformaalsete hooldajate õpetamine ja toetamine	26
12. KODUÕENDUSTEENUSE DOKUMENTEERIMINE	28
13. KODUÕENDUSTEENUSE TULEMUSED JA KVALITEEDI HINDAMINE	30
14. ETTEPANEKUD KODUÕENDUSE KORRALDAMISEKS	32
15. KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHENDI KOOSTAMISE PROTSESSI KIRJELDUS	34
16. KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHENDI TUTVUSTAMISE JA RAKENDAMISE PLAAN	36
KIRJANDUS JA VIITED	37
Lisa 1. Koduõendusteenuse osutajatele saadetud küsitlus	45

1. SISSEJUHATUS

2000. aasta maikuu kiideti Eesti Valitsuse poolt heaks "Haiglavõrgu arengukava 2015", milles rõhutatakse tänapäevase taastus- ja hooldusravi ning sotsiaalteenuste süsteemi väljaarendamise vajadust. 2001. aastal valminud Eesti hooldusravivõrgu arengukavas 2015 öeldakse, et aktiivravi efektiivsuse tõstmise ja tervishoiusüsteemi ressursside säästlikuma kasutamise eelduseks on hästitoimiv hooldusravisüsteem. Aktiivravi järgsete patsientide kõrval moodustavad küllalt olulise osa eakad ja krooniliste haigustega inimesed, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks.

Eestis nagu mujalgi maailmas on oodata eakate inimeste osakaalu tõusu. Oodatav tõus on praeguselt 19%-lt (üle 60-aastaseid) kogurahvastikus 25-27%-ni aastaks 2030. Tõuseb ka vanavanuri (üle 85 aastaste) osakaal rahvastikus. Kõrge vanusega kaasneb enam funktsionaalset kahjustust ja suureneb abivajadus igapäevatoimingute osas. Eakad tarbivad 2-3 korda rohkem tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid kui nooremad inimesed. Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava kohaselt on hooldusravivõrgu ülesandeks pakkuda abi neile patsientidele, kes ei vaja aktiivravi, kuid kelle tervislik seisund ei võimalda iseseisvalt toime tulla. Erilist rõhku on pandud laiapõhjalise koduõenduse arendamisele.

Koduõendusteenus on viimastel aastakümnetel kiiresti arenenud tervishoiuteenus, millel on mitmeid kasutegureid. Teenuse saajale on kodus viibimine parim võimalus iseseisvuse ja elukvaliteedi säilitamiseks või parandamiseks. Ühiskonna ja tervishoiusüsteemi huvidest lähtuvalt on avahooldus efektiivsem teenuse liik võrreldes haiglaraviga. Mitteformaalne hooldus, formaalne avahooldus, haigla- ja institutsionaalne hooldus on omavahel seotud ning kindlustavad hoolduse järjepidevuse. Hästi korraldatud koduõenduse korral on kogu elukaare ulatuses võimalik patsient kiiremini haiglaravilt kodusele ravile kirjutada ning ennetada ka patsientide haiglasse tagasi sattumist. Avahooldus on kulu-efektiivsem juhtudel, kui seda osutavad kvalifitseeritud tervishoiutöötajad ja patsiendil on olemas mitteformaalne tugivõrgustik. Patsiendi omaksed moodustavad olulise tugisüsteemi, kuid nad vajavad õpetust, toetust ja abistamist. Seejuures raske haigusega pidevat ravi ja hooldust vajavate patsientide kodune hooldamine ei ole uurimustulemuste põhjal kulu-efektiivsem võrreldes haiglaraviga ega ka efektiivsem patsiendi seisundi paranemise osas.

Eestis alustati koduõendusteenuse osutamist alates aprillist 2003. Koduõendusteenuse osutajatel on tekkinud vajadus nende tegevust reguleeriva juhendi järele. Käesolev koduõenduse tegevusjuhend on valminud Eesti Haigekassa ja Eesti Õdede Liidu ning Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni koostöös ja selle eesmärk on:

- kirjeldada koduõendusteenuse sisu ja olemust,
- anda tõenduspõhiseid soovitusi kvaliteetse koduõendusteenuse elluviimiseks Eestis.

Eesti Haigekassa teenuste nimekirjas on koduõendus-hooldusteenus, käesolevas tegevusjuhendis kasutatakse selle asemel terminit koduõendus ja/või koduõendusteenus. Tegevusjuhendis on koduõendusteenuse saajat nimetatud nii kliendiks kui patsiendiks, sest tegemist on nii haige inimese (patsiendi) hooldamise ja õenduse kui klienditeenindusega.

Tegevusjuhend toetub Eesti ning muu maailma andmetele ja uurimustele koduõenduse kohta. Tegevusjuhend on kooskõlastatud Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni ja Eesti Perearstide Seltsiga.

2. MÕISTED

Õde (*nurse*) – isik, kes on lõpetanud õendusala põhikoolituse ning kellele on vastava seadusandliku organi poolt antud õigus praktiseerida õendusosalal oma maal. Õe kutsetööd reguleerivad tervishoiualased seadused, määrused ja eeskirjad ning õe eetika koodeks.

Õendus (*nursing*) – õe/ämmaemanda kutsealane tegevus, mis lähtub õenduses kehtivatest põhimõtetest ja väärtushinnangutest ning mille eesmärgiks on inimese tervise ja töövõime taastamine ning kannatuste vältimine. Õenduse objektiks on üksikisik, perekond või elanikkond oma füüsiliste, psüühiliste ja sotsiaalsete vajadustega.

Avahooldus - kliendi vajadustest lähtuv, koostööl põhinev paindlik ja sotsiaalselt kujunenud tervishoiu- ja hoolekandesüsteem, mis tagab kliendile/abivajajale võimaluse elada võimalikult kaua ja turvaliselt oma kodus. Avahooldusteenuste all on mõeldud erinevaid kliendile/abivajajale kodus ja kogukonnas osutatavaid tervishoiu- (päevahoolduskeskused, tervisekeskused, koduõendus jt) ja hoolekandeteenuseid (kodu korrashoid, toiduainetega varustatus jt).

Avahoolduse meeskonda kuuluvad erinevad tervishoiu- ja hoolekandetöötajad- arst, õde, koduhooldaja, hooldustöötaja, füsioterapeut, sotsiaaltöötaja jt.

Koduhooldus (*home care*) – igas vanuses toimetulekuraskustega inimestele mõeldud hoolekandeteenused, mida osutatakse kliendi kodus.

Koduõendus (*home nursing care*) - kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodus keskkonnas.

Koduõde – õde, kes on saanud spetsiaalse väljaõppe õendusteenuste osutamiseks kodus.

Hooldusõde - kutsealase ettevalmistusega töötaja, kes aitab üksikisikut, peret või muid rühmi nende igapäevases elus, säilitades ja edendades nende tervist, abistades toimetulekul,

toetades nende arengut ja teostades isikliku hügieeni ja põetustoiminguid. Hooldusõdedeks nimetatakse ka meditsinikoolides varasema põetajaõppe läbinud isikud.

Õendusdiagnoos - kliiniline otsustus individuaalse, perekondliku või kogukonna vastuse kohta aktuaalsete või tõenäoliste tervisprobleemide või eluprotsesside/situatsioonide puhul. Õendusdiagnoos paneb aluse õe poolt teostatavate sekkumiste valikul, et saavutada vajalikke tulemusi, milles õde on vastutav.

Ametlik ehk formaalne hooldus - teenused, mida osutatakse palgaliste töötajate poolt, mis toetavad või täiendavad mitteformaalset hooldust, mõnikord ka asendavad.

Mitteametlik ehk mitteformaalne hooldus - hooldus ja toetus, mis antakse pere või naabrite, tuttavate, sõprade või vabatahtlike poolt. See on toetus toimetulekuraskustega indiviididele, et toetada nende kogukonnas elamist ja ära hoida nende institutsionaliseerimist.

3. KODUÕENDUSE EESMÄRGID JA PÕHIVÄÄRTUSED

Avahoolduse eesmärk on parandada klientide tervist ja heaolu, toetades nende toimetulekut kodus ja kogukonnas.

Koduõendus on kvalifitseeritud õendushooldus, mida osutatakse kodus keskkonnas. Koduõendus on osa avahooldusest, koduõde töötab nii koduõenduse- kui avahoolduse meeskonnas. Koduõde on kvalifitseeritud spetsialist, kes toimib vastavalt arsti poolt määratud raviplaanile ning teostab õendushooldusplaanis määratletud tegevusi. Koduõendust osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis olevale, kroonilist haigust põdevale või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendile raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodus keskkonnas.

Koduõenduse eesmärgid on:

- saavutada kliendi optimaalne tervislik seisund ja toimetulek igapäevaelutoimingutega;
- kui eelnev pole võimalik, siis väärikas surm;
- ennetada võimalikke tulevasi toimetulekuraskusi;
- toetada kliendi teadmisi, oskusi ja tahet eneseabi ja parema iseseisva toimetuleku soodustamiseks ja edendamiseks;
- teostada õendustoiminguid patsiendi kodus ning täita arsti korraldusi.

Kitsamas tähenduses on koduõendus õendustoimingute ajutine või pidev teostamine patsiendi kodus, nt ravimite manustamine, haavade hooldus, peritoneaaldialüüs jt.

Koduõenduse osutamisel lähtutakse järgmistest printsiipidest:

- õendushooldusteenus peab vastama kliendi vajadustele,
- teenus peab olema kergesti ja kõigile kättesaadav,
- lähtutakse tervise edendamise ja tüsistuste vältimise põhimõttest. Koduõde tervist edendav tegevus on haigetega tehtav töö selleks, et ennetada seisundi halvemaks muutumist, tüsistuste teket ja parandada nende toimetulekut ning elukvaliteeti. Koduõde tervist edendav tegevus hõlmab ka haigete hooldajaid, keda tuleks vaadelda kui „peidetud patsiente”, et algatada sekkumisi, mis ennetavad nende haigestumist suure hoolduskoormuse ja/või läbipõlemise tõttu.

- elanikkonna ja patsiendi enda osalust püütakse suurendada, lähtutakse aktiveerimise printsiibist, oluline on paljude erinevate sektorite (tervishoid, sotsiaaltöö, vabatahtlikud, kirik jt) koostöö oma kogukonna piires. Parimad tulemused nii klientide vajaduste optimaalsel rahuldamisel kui ressursside ökonoomsel kasutamisel saavutatakse juhul, kui teenust pakuvad keskused ühendavad nii tervishoiu- kui hoolekandeteenused.
- patsient ja/või pereliikmed kaasatakse neid puudutavate otsuste tegemise protsessi,
- lisaks vahetule klienditeenindusele algatab õde muutusi ühiskonnas, kogukonnas ja tervishoius, mis aitaksid kaasa inimeste tervise edendusele. Koduõel on sõnaõigus kogukonna ja omavalitsuse tasandil, koduõdede ühenduse kaudu ka vabariigi tasandil, et muuta elukeskkond tervislikumaks, puudega inimestele kohasemaks, et algatada uusi ja vajalikke teenuseid haigetele inimestele ja nende hooldajatele. Õde teeb koostööd kõikide teiste erialade spetsialistidega.

Koduõenduses lähtutakse õenduse põhiväärtustest: austus, lugupidamine, enesemääramisõigus, iseseisvus, autonoomia, väärikus, turvalisus. Koduõe suhe kliendiga on abistamissuhe. Abistamissuhe on Carl Rogeri järgi niisugune suhe, „mis kindlustab teadlikult teise inimese kasvu ja arengu, parema funktsioneerimise ja eluga toimetuleku”. Koduõe suhtlus kliendiga peab olema terapeutiline, see on probleemi- ja kliendikeskne. Õe tegevus kliendi suhtes on alati teadlik ja eesmärgipärane, et aidata kliendil iseend ja oma probleeme paremini mõista, aidata tal näha oma ressursse, anda talle valikuvõimalusi ja teda toetada.

Koduõendus on klienditeenindus ehk protsessikeskne tegevus kliendi ja teenindaja vahel klientide probleemide lahendamiseks ning tugineb kehtestavale ja kliendi isiksust arvestavale käitumismallile.

4. KODUÕENDUSE SIHTGRUPP

Koduõendus on hooldusravi osa. Hooldusravi eesmärk on aidata abivajajal säilitada oma tervislikku seisundit ja toimetulekut parimal võimalikul viisil, pakkudes talle kvaliteetset esmatasandi tervishoiuteenust (perearst, pereõde, koduõde).

Koduõendust vajavate klientide põhilise sihtgrupi moodustavad patsiendid, kes ei vaja enam aktiivravi ja on koju suunatud haiglast või muust institutsioonist või kelle kodune õendusabi võimaldab ennetada institutsionaliseerimist.

Koduõenduse sihtgrupp on aga laiem kui hooldusravi klientuur, hõlmates lapsi, psüühikahäiretega inimesi, sünnitanud emasid, ägeda haiguse paranemisperioodis olevaid inimesi. Peamine koduõendusteenuse saaja Eestis on hooldusravi vajav eakas klient (keskmiselt 82,5% patsientuurist) ja krooniliste haigustega isikud, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks.

Koduõendusteenust on võimalik osutada:

- kliendile, kes lahkub haiglast ning kes ei vaja aktiivset ravi, vaid õendusabi ja füüsiliste või vaimsete piirangute tõttu ei saa külastada perearsti või tervishoiuasutust.
- kliendile, kellel kodune õendusabi võimaldab ennetada haiglaravile (sh hooldusravile, hooldushaiglasse) sattumist;
- hooldekodus viibivatele klientidele;
- hooldushaiglast koju suunatud klientidele;
- terminaalstaadiumis kliendile;
- kroonilist haigust põdevatele liikumispiirangutega klientidele;
- piiratud funktsionaalse võimekusega patsientidele raviks ja/või efektiivsemaks toimetulekuks kodus keskkonnas;
- klientidele, kelle õendushooldusvajadus on suurem kui seda jõuab teostada pereõde.

Ägeda haigusega või haiglast koju pöörduvad lühiajalist õendusabi vajavad patsiendid saavad/võivad kasutada perearsti ja pereõde teenuseid.

Vähihaigete kodune toetusravi (kood 7408) on eraldi teenus, kuid seda ei võimaldata kõigile vähihaigetele. See ei kata kogu kodust vähihaigete klientuuri ning seetõttu on ka need haiged koduõenduse kliendid. Vajadusel kaasatakse meeskonda vähihaigete toetusravi teenuse pakkujad. Toetusravi osutatakse vähihaigetele nende viimasel kahel (mujal maailmas kuuel) elukuul ning enamasti on see palliatiivne ravi eesmärgiga kergendada sureva patsiendi vaevusi. Koduõendusteenus ei saa asendada vähihaigete toetusravi, mis vajab spetsiaalse väljaõppega meeskonnatööd.

4.1. Koduõendusteenuse sihtgruppi iseloomustavad tunnused

Kõige sagedasem koduõendusteenuse kasutaja Eestis on 65-85 aastane klient, järgmise sagedusega üle 85-aastane klient. Klientide vanuseline koosseis on erinev suurlinnas ja maapiirkondades. Üle 65 aastaste klientide osakaal 2004.a. on 69% Tallinnas ja 92% Rāpinas ja Põlvas. Maapiirkondades praktiliselt puudub alla 40-aastane klientuur, kuid Tallinnas moodustab see vanusegrupp märkimisväärse osa (16%) klientidest, ka vanuses 40-65-aastast on 15% klientidest. Eestis on 70 % koduõenduse klientidest naised.

Alla poolte koduõendust saavatest klientidest on funktsionaalse seisundi osas iseseisvad ja saavad enesehooldusega hakkama, pooled osaliselt sõltuvad, umbes kümnendik täielikult sõltuvad. Erinevate uurimustulemuste põhjal saab välja tuua järgmised koduõendusteenust vajavate klientide grupid terviseprobleemide järgi:

- südame-veresoonkonna haigused: operatsioonijärgne ja müokardi infarkti järgne periood,
- neuroloogilised seisundid: ajutrauma, selgroovigastus, polüskleroos, ajuinfarkt, *Parkinsoni tõbi*;
- haavandid ja nahaprobleemid: troofilised haavandid, lamatised,
- kognitiivsed ja käitumishäired: psüühikahäiretega patsiendid ja dementsed
- tugiaparaadi degeneratiivsed muutused, traumad: puusa- ja põlveliigeste proteesimine, artriit, amputatsioon, luumurrud;
- geriaatrilised probleemid: inkontinents, dementsus, piiratud liikuvus, tundlikkuse-taju häired;
- pediaatrilised probleemid: piiratud liikuvus, tundlikkuse-taju häired, kardiaalsed anomaaliad;

- krooniline obstruktiivne kopsuhaigus;
- valud;
- mitteaktiivravi vajavad spetsiifilised haigused ja vigastused (infusioonravi, hapnikravi, dialüüsravi, diabeet, epitsüstostoomi, trahheekanüüli, kolostoomi hooldus);
- terminaalfaasis olevad isikud ja nende perekonnad.

Enamusel patsientidest on mitmest haigusest kombineeritud probleemid. Lisaks põhihaigusele esineb koduõendusteenuse klientidel keskmiselt kolm kaasuvat haigust (sagedamini südamepuudulikkus, kõrgvererõhktõbi, ateroskleroos, stenokardia, nägemisprobleemid, bonhiaalastma).

Vajadus koduse abi järele tõuseb seoses:

- vanusega,
- igapäevatoimingute sooritamise võime langusega,
- kognitiivse seisundi halvenemisega,
- vähem kättesaadava sotsiaalse toetusega,
- erinevate haiguste hulga suurenemisega,
- varasema koduhoolduse kasutamise korral.

Põhihaiguse raskus ei ole oluline riskitegur avahoolduse kasutamiseks. Risk tõuseb võrdeliselt riskitegurite hulga suurenemisega.

5. KODUÕENDUSTEENUSE OSUTAMISE TINGIMUSED

Koduõendusteenuse pakkumise eeltingimusteks on:

- klient kuulub koduõenduse sihtgruppi;
- kliendi ja perekonna valmis- ja nõusolek koduõendusteenuseks;
- kliendi kodune keskkond võimaldab vajalike raviprotseduuride, õendustoimingute ja hoolduse osutamist, emotsionaalne keskkond on kodust teenuse osutamist toetav ja soodustav. Vastasel juhul on õel õigus keelduda teenuse pakkumisest;
- kliendil on haiguse või puude tõttu oluliselt raskendatud või võimatu iseseisev tervishoiuasutuse külastamine;
- klient vajab pikemaajalist õendusabi, mida pereõde ei suuda kindlustada.

Koduõendus ei ole näidustatud, kui:

- klient on raskesti haige, st vajab sagedast või pidevat õendushooldust, mida pole võimalik esmatasandil tagada;
- klient vajab vältimatu abi korras diagnostilisi ja/või terapeutilisi protseduure, mida pole võimalik kodus teostada;
- mitteametlik hooldaja ei suuda emotsionaalse pinge ja väsimuse tõttu tagada vajalikku hooldust ning klient vajab lühiajalisele õendushooldusele paigutamist;
- klient või perekond soovivad tungivalt ravi- või hooldusasutusse paigutamist, et leevendada füüsilisi, emotsionaalseid, sotsiaalseid või majanduslikke raskusi ning pererast leiab selle olevat vajaliku;
- klient vajab vaid üksikuid visiite protseduuride teostamiseks;
- klient vajab erakorralist abi. Erakorralisi kliente teenindab kiirabi. Koduõde osutab erakorralist abi vaid juhul, kui vajadus tekib tema poolt teenindataval kliendil visiidi ajal.

Kui koduõde või keskus ei saa võtta klienti vastu ülekoormuse või vastavate spetsialistide puudumise või õdede vähesuse vm põhjuste tõttu, teavitab ta koheselt suunajat. Koduõenduskeskus või üksi töötav õde annab eelnevalt arstidele informatsiooni oma võimaluste kohta, et arstid saaksid vajadusel patsientidele otsida muud teenust.

6. KODUÕENDUSTEENUSE KORRALDAMINE EESTIS

Koduõendusteenuse osutamist reguleerib Sotsiaalministri määrus „Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu“ (10.01.2002, nr 11, RTL 2002, 14, 178). Eestis pakutakse teenust peamiselt linnades, kuid ka paljud linnad pole veel koduõendusteenusega haaratud. Koduõendusteenust saavad kasutada väga vähesed maal elavad inimesed. Vajadus koduõendusteenuse järgi ei ole rahuldatud, kuna teenuse maht sõltub haigekassaga sõlmitud lepingust. Maapiirkondades elavate klientide teenindamiseks on vahemaad suured, visiitidele kulub rohkem aega ja sageli puudub auto. Maakondades pakutakse teenust vaid mõnes suuremas keskses, peamiselt perarstikeskuste baasil, teenindades peamiselt oma perearsti nimistu patsiente. Üksikud väikelinna koduõenduskeskused teenindavad ka maapiirkonna kliente.

Maapiirkondades jääb sageli teenindusraadius üle 10 km. Nii linnades kui maal on otstarbekas teenindada patsiente jaoskonna printsiibil (patsiendid koondada teenindamiseks elukohajärgselt). Keskusest kaugemate kohtade jaoks peetakse sobivaks kasutada antud piirkonnas elavat õde või luua koduõenduskeskus perearstikeskuse juurde. Elanikkond on maapiirkondades suhteliselt eakas ja koduõendusteenust on sinna kindlasti vaja.

Keskmiselt teenindatakse tööpäeva jooksul 4-6 klienti. Kuus klienti jõuab teenindada transpordivahendit kasutades või lähestikku elavate klientide puhul. 5 kilomeetrise tegevusraadiusega piirkonnas läbib õde päevas keskmiselt 15 km. Maapiirkonnas teenindatakse keskmiselt kaks klienti päevas vähem kui linnas. Et koduõendusteenus haaraks rohkem maapiirkondi, on suuremate transpordikulude ja väiksema teenindatavate arvu tõttu vajalik tiheduskoefitsient teenuste rahastamisel. Kui koduõde teenindusraadius on suur, vajab ta autot.

Koduõendusteenust peaks tulevikus pakutama klientidele 7 päeva nädalas ja ööpäevaringselt. Koduõendus ei osutu kallimaks institutsionaalsest hooldusest, kui seda pakutakse kliendile kuni kaks korda päevas. Kui koduõenduse visiitide vajadus päevas on üle kahe, on kulu-efektiivsem kasutada päeva- või institutsionaalset teenust. On riike, kus koduõendusteenust pakutakse institutsionaalse asemel ja ka suurema vajaduse korral (nt Põhja –Iirimaa, Soome, Norra jt), kuid sellised juhtumid vajavad lisafinantserimist.

7. KODUÕENDUSE PERSONAL JA MEESKOND

Koduõena võib töötada meditsiinkooli lõpetanud õde, kes on saanud koduõendusosalase täiendõppe. Täismahus koolitus koosneb 4 AP-st koduõe tööleasumisprogrammist. Kui koduõenduskeskus teenindab lapsi, sünnitanud naisi, surijaid ja psüühikahäirega inimesi, vajab ta vastava eriettevalmistuse ja nende klientidega töötamise kogemustega õde või ämmaemandat.

Koduõde peaks omama peale meditsiinkooli lõpetamist erialal praktiseerimise kogemust minimaalselt 3 aastat või peab ta vastavas valdkonnas kogemuste ja oskuste puudumisel olema läbinud superviseeritud praktikaõppe. Koduõde peab oskama teostada kõiki õendustoiminguid. Koduõena ei või üksi tööle lubada äsja kooli lõpetanud õde.

Koduõdedena töötavad Euroopa Liidu riikides nii kõrgharidusega õded (3-4 aastat õppeaeg) kui madalama haridustasemega õded (õppeaeg 1-3 aastat). Madalama haridustasemega õdede pädevusse kuuluvad peamiselt patsiendi isikliku hügieeni eest hoolitsemine ja lihtsamate tehniliste protseduuride teostamine. Selliseid õdesid nimetatakse Eestis hooldusõdedeks. Eestis puudub piisav hooldusõdede kaader kõikides tervishoiuasutustes, k.a. koduõenduses. Hooldusõde on 1-2-aastase haridusega hooldusõe või põetaja koolituse läbinud isik.

Koduõendusmeeskonda kuuluvad koduõde/-õded, ka hooldusõded ja juhtumi korraldaja/vanemõde, kui nad töötavad koduõenduskeskuses. Enamasti saavad koduõded üks kord nädalas kokku vastutava vanemõega, arutavad ja analüüsivad probleemsemaid juhtumeid. Vanemõde koordineerib õdede tegevust, jagab kliente õdede vahel vastavalt nende koormusele, oskustele ja patsiendi abivajaduse astmele, korraldab õdede asendamist, tööd puhkuste ajal jne. Hooldusõde võib töötada vaid õe poolt välja töötatud õendushooldusplaani alusel. Ta töötab õdede juhendamisel, teostab põetus- ning isikliku hügieeni toiminguid. Meeskonnas võivad töötada ka erineva ettevalmistusega õded: kontinentsusnõustajad, diabeediõded, taastusraviõded, psühhiaatriaõded, lasteõded jt õdespetsialistid.

Avahoolduse meeskond. Avahoolduse meeskonda võivad kuuluda kõik kliendiga antud piirkonnas töötavad spetsialistid. Meeskond moodustatakse kliendi probleemide lahendamiseks, iga meeskonnaliige on tasustatud omal töökohal. Tüüpilisem avahooldusmeeskond koosneb perearstist, pereõest, vanemõest või juhtumi korraldajast, koduõest, piirkonna sotsiaaltöötajast. Vajadusel võivad siia lisanduda ka füsioterapeudid, tegevusterapeudid jt meeskonna lisaliikmed. Meeskond võib kasutada ka spetsialiste konsultantidena. Meeskonnaliikmete vahel toimub regulaarne suhtlemine. Meeskonnatöös on vajalik sujuv andmete kogumine ja edastamine meeskonnaliikmetele ning nende kirjalik dokumenteerimine.

Patsiente ja pereliikmeid julgustatakse pöörduma oma murede ja küsimustega kõikide meeskonnaliikmete poole, nii et nende vajadused saaksid määratletud ja rahuldatud. Rõhutatakse avatud suhtlemist kõikide meeskonnaliikmete vahel patsiendi kohta käiva info jagamiseks ja hooldusplaani koostamiseks. Patsiendi osalemine ja temapoolsed otsustused on väga olulised.

Kui kliendid kasutavad mitmeid teenuseid, võivad nad vajada abi mitte ainult teenuste kättesaamisel, vaid ka nende koordineerimisel.

Juhtumi korraldajateks koduõenduses on nende olemasolu korral vanemõed, ülemõed ja osakonnajuhatajad, üldjuhul kõrgharidusega ja heade kogemustega üldõed. Juhtumikorraldaja planeerib koos koduõega koduse õendusabi teenuse osutamise ning teeb koostööd piirkondliku sotsiaalabi keskusega, võtab vajadusel ühendust teiste spetsialistidega ning korraldab haige paigutamise teistele teenuse osutamise tasanditele.

Juhtumi korraldamine hõlmab järgmisi tegevusi:

- funktsionaalse hindamise alusel koduse õendushoolduse planeerimine, pika- ja lühiajaliste eesmärkide formuleerimine ja prioriteetsete teenuste vajaduse ja ajakava hindamine;
- teenuste koordineerimine hoolduse järjepidevuse ja efektiivsuse tagamiseks;
- kliendile osutatavate teenuste ja patsiendi seisundi pidev hindamine;
- rahaliste ressursside efektiivse kasutamise juhtimine;
- õdede, kliendi omaste ja kliendi abistamisel osalevate vabatahtlike superviseerimine.

8. KODUÕENDUSTEENUSELE SUUNAMINE

Koduõendusteenus, kui üks esmatasandi hooldusravi osa peab olema kättesaadav kõigile patsientidele/klientidele, kes seda vajavad. Enamasti suunab kliendi koduõendusteenusele perearst. Koduõendusteenust võivad soovida patsiendid, nende pereliikmed, kohaliku omavalitsuse töötajad (sotsiaaltöötajad). Sellisel juhul on kohustuslik eelnev perearsti visiit patsiendi seisundi meditsiiniliseks hindamiseks ja saatekiri.

Koduõendusteenusele võivad klienti suunata nii ambulatoorses kui statsionaarses tervishoius töötavad arstid. Meeskonnaliikmeks jääb õdedele see arst, kes ravib või jälgib patsienti koduõendusteenuse osutamise ajal. Koduõenduskeskus võib töötada haigla juues, kus patsient antakse arsti saatekirjaga üle kohe peale haiglast lahkumist koduõenduskeskusele. Alati saadetakse teade selle kohta perearstile.

Koduõendusele suunatakse kliendid saatekirjaga. Saatekirja võib saata meilitsi, posti teel, anda käest kätte.

Saatekiri:

- sisaldab kõik kliendi diagnoosid koos koodidega;
- sisaldab arsti poolt määratud protseduurid, jälgimise vajaduse jt korraldused;
- antakse pärast kliendi läbivaatust,
- on trükitud või kirjutatud loetavas käekirjas.
- määratleb teenuse osutamise orienteeruva pikkuse ja vahehindamise aja.

Ideaaljuhul arutatakse kliendi probleeme suunava arsti ja koduõe vahel enne teenuse osutamist läbi.

8.1. Kliendi koduõendusele suunamine haiglast väljakirjutamise järgselt

Kliendid võivad vajada peale haiglast välja kirjutamist õe ja koduhooldaja abi. Haiglast välja kirjutamise järgselt koduõendusteenust vajavad, kuid seda mittesaanud kliendid satuvad sagedamini tagasi haiglasse, vaatamata suhteliselt suurele sõltumatusele igapäevatoimingute sooritamisel.

Haiglast väljakirjutamise planeerimine (*discharge planning*) on võtmekomponent hoolduse järjepidevuse protsessis, mis kindlustab teenuse saaja sattumise tema toimetulekust ja vajadustest lähtuval tasandil ja seega tagab nii teenuste vastavuse tegelikele vajadustele kui teenuste osutamise majandusliku efektiivsuse. Väljakirjutamise planeerimine põhineb võimalikult täpsel ja objektiivsel kliendi seisundi hinnangul. Planeeritakse ka edasise ravi- ja hooldustegevuse osutamise tase ja koht. Eakate inimeste keerulisematel juhtudel planeerib haiglast väljakirjutamise geriaatriameeskond.

8.2. Kliendi koduõendusele suunamine geriaatrilise hindamise meeskonna poolt

Kui on tegemist multiprobleemse kliendi ja keeruliste juhtumitega, mis vajavad geriaatrilist hindamist, teostab seisundi hindamise ja määratleb õendushooldusvajaduse geriaatrilise hindamise meeskond. Igakülgne geriaatriline hindamine on interdistsiplinaarne hindamine, kus avastatakse ja kirjeldatakse klientide probleeme, katalogiseeritakse igakülselt isiku ressursid ja tugevad küljed, hinnatakse vajadus teenuste järele ning määratakse hooldusvajadus. Igakülgne hindamine kaasab ilmtingimata spetsialiste paljudelt tervisehoolduse aladelt, et võimaldada patsiendi hindamist paljudes valdkondades: füüsiline, vaimne, sotsiaalne, majanduslik, funktsionaalne ja keskkondlik. Alati osalevad hindamises arst, õde ja sotsiaaltöötaja. Sellelaadsetel hindamistel põhinev hooldusravi tagab hospitaliseerimise, korduva hospitaliseerimise ning õendus- ja hoolduskodusse paigutamise vajaduse vähenemise ning teatud gruppidel ka suremuse vähenemise.

9. KODUÕE VISIIT

Koduõendus-hooldusteenuse hinnaga on kaetud järgmised kulud:

- koduõe töö,
- transpordikulu (keskmiselt 10 kilomeetrit visiidi kohta),
- töövahendid (süstlad, kindad, elustamismask, sidumismaterjal jms),
- ruumide ja üldkulu (sh koolitus, kindlustus, bürookulud)

Koduõe töö 90 minuti ulatuses sisaldab endas:

- sõidu aja kliendi juurde ja tagasi. Eestis on see keskmiselt 25 minutit;
- kliendi juures teostatud õendustegevusele kuluva aja, mis on keskmiselt 50 minutit;
- dokumentatsiooni täitmiseks kuluva aja. Õendusloo täitmiseks kuluv aeg ühe kliendi kohta on 10 kuni 15 minutit;
- meeskonnakohtumistele kuluva aja, mis on vajalik juhtumi korralduseks ja õendushooldusplaani arendamiseks. (patsiendi perearsti või eriarstiga konsulteerimine, ravikorralduste saamine ja tagasiside andmine). Keskmiselt kohtutakse üks kord nädalas õendushooldusmeeskonnas. Teiste meeskonnaliikmetega kohtub juhtumi korraldaja/vanemõde;
- patsiendi/kliendi lähedaste ja pereliikmetega suhtlemiseks ning tagasiside andmiseks.

Õe tegevus esimesel ja viimasel visiidil kliendi juures on erinev. Esimesel visiidil on rõhk patsiendi vajaduste, hetkeseisundi hindamisel ja otsesel füüsilisel hooldusel, viimasel visiidil enam psühholoogilisel toetamisel ja kliendi enesehoolduse edendamisel. Viimased visiidid aga tehakse sageli efektiivsuse hindamiseks ning seega võib kuluda nendele vähem aega.

9.1. Esimene visiit ja koduõenduse vajaduse hindamine

Esimesel visiidil teostatakse igakülgne seisundi hindamine ning tehakse õendushooldusplaani. Esimesele visiidile kulub tunduvalt rohkem aega. Soovitav on teostada esimest visiiti ja koostada õendushooldusplaani koos juhtiva või vanemõega. Esimesele visiidile, kus teostatakse hindamine, kulub keskmiselt 1,5 kuni 2 tundi. Siis kulub ka õendusloo täitmisele umbes 20-30 minutit.

Klient peab alati olema eelnevalt arsti poolt läbi vaadatud ning arst edastab õele haigusega seonduva teabe, teeb arstlikud ettekirjutused ja määratleb koduõenduse orienteeruva võimaliku kestvuse. Kui on tegemist multiprobleemsete klientidega, kelle seisundi hindamine vajab ka teiste spetsialistide kaasamist (arst, õde, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut jt), siis arutatakse peale eraldi teostatud visiite juhtum kõigi osapoolte vahel läbi.

Igakülgse seisundi hindamise alusel selgitatakse välja kliendi õendushooldusprobleemid (või püstitatakse õendusdiagnoosid), määratletakse eesmärgid, milliste tulemusteni õendushoolduses jõuda soovitakse. Nende alusel ning vastavalt arsti jt spetsialistide korraldustele koostatakse õendushooldusplaani. Õendushooldusplaanis määratletakse külastuste sagedus, kordade arv ning õe ja hooldajate poolt teostatavad vajalikud tegevused, vahehindamiste vajadus ja kord.

Kui on tegemist multiprobleemsete klientidega, kelle probleemid on esmastasandi spetsialistide (perearsti, õe ja sotsiaaltöötaja) jaoks lahendamatud või vajavad lisahindamist, siis saadetakse klient geriaatrilisele hindamisele.

9.2. Koduõe korduvad visiidid

Õendusabi osutamine sõltub patsiendi/kliendi seisundist ning planeeritud õendustegevusest. Õde jälgib kliendi seisundit igal viisidil kõikide määratletud ja lisanduda võivate uute õendusprobleemide osas, teostab õendushooldusplaanis ette nähtud õendustoimingud ning kirjeldab kõike seda õenduspäevikus. Kui on lisandunud uued õendushooldusprobleemid või mõned probleemid on saanud lahenduse, siis kajastatakse see koheselt õendushooldusplaanis ja õe selle päeva sissekannetes. Kui kliendi seisundis tekivad muutused, teavitatakse sellest suunanud arsti ning peab toimuma uus hindamine ning selle alusel muudetakse õendushooldusplaani ja õendushooldustegevust.

Vähemalt iga kahe kuu järel teostatakse vahehindamised. Vahehindamistel antakse hinnang teostatud õendustegevuse efektiivsusele, arst ja õde koos vaatavad üle teostatud õendustegevuse tulemused ning määratlevad uued eesmärgid.

Koduõenduse visiitide kordade arv ja nende teostamise sagedus määratakse kindlaks seisundi hindamise alusel õendushooldusplaanis. Visiite võib teha vastavalt vajadusele ka harvemini kui kord nädalas. Sel juhul võib ka juhtum venida ajaliselt väga pikaks. Üle kahe korra päevas ühele kliendile visiite teha ei ole otstarbekas. Visiitide kordade arvu määrab õendushoolduse vajadus ja alternatiivsete teenuste olemasolu ning patsiendi nõusolek nendega. Kui patsient keeldub haiglaravist, tuleb vajalikku ravi ja õendushooldust talle osutada kodus koostöös perearsti vm raviarstiga. Koduõendust võib põhjendatud vajaduse korral pakkuda kliendile elu lõpuni. Pikemaajaliste juhtude korral on vajalikud vahehindamised, vähemalt kahe kuu järel. Vahehindamiste sagedus ja aeg määratakse kindlaks koos suunanud arstiga ja see fikseeritakse õendushooldusplaanis, see sõltub konkreetse kliendi seisundist.

9.3. Koduõe visiitide pikkust ja kestvust mõjutavad tegurid

Keskmine visiidi pikkus ja visiitide koguarv ühele kliendile varieerub oluliselt sõltuvalt kliendi haigusest, õendusprobleemidest ja ravist ning õe tegevusest. Optimaalset visiidi kestust on seetõttu uurimuste põhjal raske välja tuua. Ainult haiguste ja õendusprobleemide alusel ei saa visiitide kestust ega ka hulka määrata.

Visiidid on pikemad, kui on tegemist:

- ägedate haiguste lisandumisega, mis vajavad kiiret juhtumi korraldust;
- palliatiivset ravi saavate klientidega;
- vaimse tervise probleemidega klientidega;
- eakate klientidega;
- halvenenud igapäevatoimingute sooritamise võimega klientidega;
- paljude õendusprobleemidega (nt nahaprobleemid, nägemine,)klientidega;
- kliendi ja tema hoooldajate toetamise ning õpetamise vajadusega;
- keerulise juhtumiga (nt kliendi seisundi halvenemine);
- uue koduõendusteenuse kliendi korral.

Eesti senise kogemuse põhjal pikendavad visiiti ja nõuavad lisasekkumisi ka psühhiaatriliste ja sotsiaalsete probleemide lisandumine:

- dementsus ja psühhiaatrilised probleemid;
- kliendi vajadustele mittevastavad elamistingimused;

- perekondlikud probleemid ja väärkohtlemise juhtumid;
- vaesus, mistõttu ei ole võimalik osta õendushooldus- ja abivahendeid;
- sotsiaalhooldaja puudumine või sotsiaaltöö puudulikkus;
- kliendi keeldumine haiglaravist, sotsiaalhooldajast.

Kõik need juhtumid vajavad lahendamist koostöös teiste spetsialistidega või kliendile lisa- või teiste vajalike teenuste korraldamist, st. juhtumi korraldamist.

Visiidi kordade arv on suurem järgmistele klientidele:

- pikaajalist koduõendusteenust ja palliatiivset hooldust vajavad kliendid,
- vaimse tervise häiretega kliendid,
- endokriinsete häiretega kliendid,
- nahaterviklikkuse häiretega kliendid,
- nägemispuudulikkusega kliendid,
- sotsiaalse suhtlemise probleemide korral, sest õde peab olema patsiendi esindajaks erinevates institutsioonides ning õde võib osutada patsiendile ainsaks suhtlemispartneriks.

Uurimustes on leitud, et tihedamalt teostatud visiidid on lühemad. Pikem ühe visiidi kestus on seotud vähesema arvu visiitidega. Liiga lühikesed ja harvad visiidid ning õdede vahetumine tekitavad mitteformaalsetes hooldajates rahulolematust.

Visiidi kestusest võtavad uurimustulemuste andmetel aega:

- 14,7% kliendi haigused ja õendusprobleemid,
- 9 % protseduurid,
- 17% abistamine igapäevaelutoimingute sooritamisel ning
- 20% toetamine ja õpetamine.

Ka võib visiitide arv ühele kliendile jääda väikeseks, kui klient suunatakse peale esimesi visiite seisundi halvenedes edasistesse ravi-etappidesse.

10. ÕENDUSPROBLEEMID

Õendusprobleemide hulk on klienditi erinev varieerudes kolmest kuni 12-ni. Õendusprobleemide olemus ja hulk sõltub koduõendusteenuse kliendi funktsionaalsest ja emotsionaalsest seisundist, haigusest ja mitmetest muudest teguritest. Kõige rohkem esineb füüsilisi, seejärel tervisekäitumisega seotuid, psühhosotsiaalseid ja kõige vähem keskkonnaga seotud probleeme. Viimati nimetatute vähest esinemist võib küll põhjustada asjaolu, et neid eraldi paljudes uurimustes ei ole välja toodud.

Sagedasemad füüsilised õendusprobleemid esinevad seoses:

- vereringehäiretega,
- südametegevuse muutustega,
- aktiivsuse ja liikumise muutustega, tasakaaluhäiretega,
- ravimitega (manustamine, kõrvaltoimed, vähene toime),
- valuga,
- toitumisega,
- lihas-liigessüsteemiga (nõrkus, väsimus, funktsionaalne puudulikkus),
- naha terviklikkusega (haavad, haavandid, lamatised),
- hingamisega (õhupuudus, kõha),
- enesehooldusdefitsiidiga (riietumine, pesemine),
- magamise/puhkamisega,
- nägemise ja kuulmisega,
- eritamisega,
- seedetegevusega,
- nahakahjustuste, infektsiooni, kukkumiste ja tüsistuste ohuga.

Sagedasemad õendusprobleemid seoses tervisekäitumisega on seotud:

- tervise säilitamisega,
- haigusteadvuse puudumisega,
- teadmiste puudusega ravi või haiguse kohta.

Sagedasemad psühhosotsiaalsed õendusprobleemid esinevad seoses:

- emotsionaalse seisundiga (ärevus, depressioon, hirm),
- kognitiivsete häiretega,
- üksilduse ja suhtlemisvaegusega,
- teotahte langusega.

Osad õendusprobleemid on õepoolsed iseseisvad otsustused, mille kohta kirjutab õde ise ette ravi ja/või hoolduse ja on vastutav tulemuste saavutamise eest. Vajalikke tegevusi õendusprobleemide lahendamiseks võib õde ise õendushoolduspersonalile täitmiseks ordineerida. Õe poolt määratud toimingud ja tegevused leevendavad õendusprobleeme ja ennetavad jälgimise kaudu uute õendusprobleemide tekkimist.

Osad õendusprobleemid on nii arsti kui õe poolt ette kirjutatud. Vastavad õendustoimingud ja sekkumised määratakse koostöös arstiga, kuid need algatab ja teostab õde. Õde jälgib kliendi seisundit, määratlemaks tüsistuste tekkimist või seisundi muutust ja teostab nii õe kui arsti poolt ettekirjutatud toiminguid ja protseduure

11. KODUÕENDUSTEENUSE RAAMES TEOSTATAVAD ÕENDUSTEGEVUSED

11.1. Seisundi hindamine

Pikemaajalisel hooldusprotsessil lähtub õde headest meeskondliku töö tavadest ja juhtumi korraldamise põhimõtetest.

Õde hindab kliendi *funktsionaalset seisundit*. See jaguneb neljaks valdkonnaks:

- indiviidi füüsiline funktsioneerimine, mis puudutab tema sensomotoorset tegevust. *Füüsilise võimetuse* näiteks on piiratud kõndimisvõime või suutmatust liikuda trepist. Igapäevaelu tegevusi puudutavaid füüsilisi funktsioone, nagu enesehooldus, liikumine jt nimetatakse igapäevaelutoiminguteks (ADL).
- *vaimne võimetus* puudutab intellektuaalse, kognitiivse või otsustusvõime kõrvalekaldeid. Näiteks mitteorienteerumine ajas ja ruumis;
- toimetulek stressiga puudutab emotsionaalset valdkonda. Põhjendamatu ärevustunne, õnnetuse tunne ja rahulolematust on *emotsionaalse võimetuse* nähud;
- sotsiaalne funktsioon puudutab indiviidi suhtlemist tema sotsiaalses võrgustikus. *Sotsiaalsele võimetusele* viitab isoleeritus sõpradest või pereliikmetest.

Hinnatakse lisaks tüüpilistele füüsilist ja psühhosotsiaalset seisundit kajastavatele vajadustele ka spetsiifilist õpetamist vajavaid olukordi, keskkonna aspekte, kliendi ja tema perekonna terviklikke vajadusi, finantsvõimalusi ning hinnangu tulemusena leitakse ja otsustatakse hoolduse osutamiseks optimaalseim tasand. Hindamise protsessi on kaasatud lisaks professionaalsete erialade esindajatele (arst, õde, sotsiaaltöötaja jt) klient ise ja tema perekond.

11.2. Õendusprobleemide lahendamine

Õde lähtub koduõenduse teostamisel kliendi seisundi hindamise tulemustest ja arsti korraldustest, selgitab hindamise tulemusel välja lahendamist vajavad õendushooldusprobleemid ehk püstitab õendusdiagnoosid. Õe poolt teostatavad sekkumised

jagatakse õe ja arsti poolt määratuteks. Õe poolt määratud sekkumised on sellised, mida õde võib õiguslikult õendushoolduspersonalile täitmiseks ordineerida.

Protseduuride sooritamine, raviskeemide rakendamine ja kliendi seisundi jälgimine.

Nende tegevuste alla kuuluvad elutähtsate näitajate mõõtmine, ravirežiimi täitmise jälgimine, ravimite manustamise kontrollimine, ravimite toime hindamine. Koduõendushooldusteenuse käigus sooritatavad raviprotseduurid, põetustegevused, laboriuuringud ja õendusala nõustamine on esitatud Sotsiaalministri määruses „Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu“ (10.01.2002, nr 49, RTL 2002, 42, 597).

Kliendi õpetamine ja juhendamine. Tegevuse eesmärgiks on saavutada ja seejärel säilitada maksimaalne võimalik tervislik seisund ja sõltumatus elamistoimingute sooritamisel. Õpetamine on koduõendusteenuse peamine osa, mis on suunatud kliendi ja tema perekonna koolitamisele ja juhendamisele. Eesmärk on õpetada klienti võtma enda peale vastutus oma tervise eest, sest klient ja tema perekond peavad olema võimelised igapäevaeluvajadusi rahuldama ka peale professionaalse töötaja lahkumist (*self-care management*).

Psühhosotsiaalne toetamine. Kliendid vajavad psühhosotsiaalset toetust näiteks haiguse või füüsilise puude aktsepteerimise, üksinduse tunde, hirmude ning suhtlemise puudumise leevendamiseks, haiglasse või hooldushaiglasse/õenduskodusse sattumisega seotud probleemide korral, turvatunde tugevdamiseks. Klientide psühhosotsiaalsed vajadused on seotud ka usaldusliku, avatud ja võrdväärse õendussuhte loomisega.

11.3. Rehabilitaeriv õendustegevus

Rehabilitaeriv õendus on koduõenduse osa, mille eesmärk on aidata isikul saavutada maksimaalne võimalik iseseisvus enesehooldustoimingute teostamisel. Koduse rehabilitatsiooni üks eesmärk on hinnata ja ennetada potentsiaalseid inimese tervist (kroonilise haiguse ägenemist) ja toimetulekut mõjutavaid faktoreid. Rehabilitatsiooniteenus kodus võib olla interdistsiplinaarne teenus, kus meeskonnas võib vastavalt vajadusele tegutseda erinevate erialade esindajad: arst, õde, füsioterapeut, sotsiaaltõtaja (-hooldaja), klient ja tema perekond.

11.4. Mitteformaalsete hooldajate õpetamine ja toetamine

Mitteformaalsete hooldajate kaasamine ravi- ja hooldusplaanide arendamisse ning hooldusega ülekoormatud sugulaste toetamine lubab üle minna ainult patsiendile orienteeritud abilt süsteemsele teenindamisele. Mitteformaalsete hooldajate panus kliendi hoolduses on märkimisväärne ja üldiselt vastuvõtavaks on saanud seisukoht, et sellised inimesed vajavad toetust. Väga oluline on, et nad ise ei muutuks patsientideks, täites omi ülesandeid patsientide eest hoolitsemisel. Mitteformaalsed hooldajad abistavad patsiente vastavalt viimase seisundile 2-24 tundi ööpäevas, keskmiselt 11,07 tundi. Perekond teostab hooldust suures mahus, mõned hinnangud märgivad, et iga indiviidi kohta hooldusasutuses on vähemalt kaks isikut samade kahjustustega, keda hooldatakse kodus. Hooldaja ülemäärane koormus on suureks riskifaktoriks hooldatava hooldusasutusse paigutamisel.

Sekkumiste hindamisel tuleb arvestada, millist toetust on vaja hooldajale pakkuda, mis on eesmärgiks (hooldajate vajadused muutuvad aja möödudes). Hooldaja toimetulekut aitavad parandada ka praktiliste oskuste õpetamine ja hooldajate toetamine, kuulamine koduvisiitide ajal. Seejuures tuleb meeles pidada, et õpetama peab võib-olla mitmeid kordi, sest hooldajate ärevus ja vanus võivad mõjutada õppimisvõimet. Hooldajat koormavad enda tervise seisund, isolatsioon, kontroll ja viha, seepärast peaksid õed neil soovitava võimalusel vahepeal ilma süütundeta kliendist puhata.

Hooldajatele suunatud sekkumised, mida avahooldusmeeskonna poolt nendele pakutakse, on jagatud erinevatesse alakategooriatesse:

- koduhooldusteenus;
- intervallhooldus, nt palgalised kodus hooldajad, et lähedane saaks puhata või ajutine hooldus hooldusautuses;
- sotsiaalsed võrgustikud ja tegevused: toetusgrupid, aktiveerimisprogrammid;
- tehnoloogial põhinevad nt internetivõrgustikud, kus antakse hooldajatele õpetust, toetatakse otsustamisel ja suheldakse, samuti abitelefoniid;
- individuaalsed sekkumised, näiteks probleemide lahendamise õpetamine, individuaalne ja perekonna nõustamine, psühhoteraapia, psühholoogiline toetamine, kognitiiv-käitumuslikud tehnikad;
- grupitegevused, kus kasutatakse õpetamist ja käitumise juhtimise tehnikaid, psühhoteraapiat, informatsiooni, praktiliste ja toimetulekuoskuste jagamist teistega, saadakse sotsiaalset toetust. Grupitegevused võivad olla suunatud ühele kindlale valdkonnale, nt suhtlemine, sümptomite leevendamine ja toimuda erinevates vormides nt grupidiskussioonid, kombineeritud loengud, võivad olla lühiajalised või pikaajalised.

12. KODUÕENDUSTEENUSE DOKUMENTEERIMINE

Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja näidisvormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega „Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide loetelu ja vormid ning tervishoiuteenuste dokumenteerimise kord“ (06.05.2002. nr 76, RTL 2002, 59, 891). Koduõdedele on kohustuslik teenuse osutamise dokumenteerimine ja haigekassal on õigus õendushooldusplaani alusel kontrollida teenuse osutamise õigsust ja põhjendatust.

Koduõenduslugu koosneb järgmistest osadest:

- üldandmed. Märgitud peab olema ka õe registri number;
- pere-, ravi-, eriarsti saatekiri, millel on patsiendi diagnoosid koos koodidega, arsti korraldused ja märkused;
- leping kliendiga ja kliendi nõusolek teenusega;
- õendusanamnees;
- õendushooldusplaani;
- ravimid;
- õenduspäevik, milles peab kajastuma kliendi seisund ja teostatud õendushooldus igal visiidil;
- haava ja haavandi hoolduse hindamise leht ning teostatud õendushoolduse protokoll (vajadusel)
- valuskaala leht (vajadusel);
- epikriis ja vahehindamiste tulemused

Õendushooldusplaanis kirjeldab koduõde hindamisele tuginedes kliendi õendusprobleeme, planeeritavaid õendustegevusi (k.a. protseduurid) ning nende oodatavat tulemust. Õendusplaani koostamisel määratletakse kooskõlastades raviva arstiga õendushoolduse vajalik ja prognoositav kestvus ning vahehindamiste ajad.

Õde koostab ja kooskõlastab alati õendushooldusplaani kliendiga ja/või pereliikmetega, kes kinnitavad seda oma allkirjaga.

Kui õde avastab hindamisel füüsilisi, psühholoogilisi/psüühilisi või sotsiaalseid probleeme, mille lahendamine või täpsem hindamine nõuab teiste spetsialistide kompetentsi, siis ta pöördub vastavate spetsialistide poole

Õenduspäevikusse dokumenteerib õde õendushooldusplaanile vastavalt kliendi seisundi, selles toimunud muutused, sooritatud õendustoimingud ja visiidile kulunud aja.

Õde märgib vastavalt õendushooldusplaanile jälgimislehele elulised märgid (RR, pulss, hingamissagedus jt). Jälgimisleht on vajalik kliendi seisundist dünaamilise ülevaate saamiseks. Õendushooldusplaanis kajastuvad ka saavutatud ning vahehindamiste tulemused. Õendusepikriisi koostab õde teenuse osutamise lõpetamisel, s.o. kokkuvõtte õendushooldusest ja tulemustest. Epikriisist koopia tuleb saata suunanud või meeskonnas töötanud arstile.

Õenduslugu on ametlik dokument, mis nummerdatakse, koduõenduslugu säilitatakse vähemalt viis aastat peale viimase kande tegemist.

13. KODUÕENDUSTEENUSE TULEMUSED JA KVALITEEDI HINDAMINE

Koduõenduse kvaliteedi kindlustamise esimene oluline tegur on oma ametisse sobiv, motiveeritud ja asjatundlik ning koolitatud töötaja. Teenuse kvaliteedi kindlustab õdede pidev täiendkoolitus ja töötajate püüd oma tööd igakülgsest arendada ning täiendada, rakendades uuendusi oma igapäevatöös. Koduõel on kohustus osaleda erialalisel täiendkoolitustel iga-aastaselt vähemalt 2-4 AP ulatuses ning pidevalt ise ennast erialaselt arendada.

Kvaliteet peab olema kõiges: kliendiga seonduvas, õendushoolduses ja juhtimises. Koduõendusteenu osutamise ajal ja lõpus peab hindama kliendi teadmiste, käitumise ja seisundi muutumist sekkumiste tulemusena.

Osutatud teenuse kohta tuleb küsida tagasisidet kliendilt ja/või omastelt, samuti koduõega koostööd teinud pere-, ravi- või eriarstilt. Tagasiside ja oma keskuse töö ning teostatud õendushoolduse efektiivsuse pidev analüüsimine on aluseks teenuse pidevale arendamisele ja parandamisele.

Teenuse kvaliteedi tagab õendustegevuse teostamisel kindlate ravi- ja protseduuride teostamise juhiste järgimine. Koduõenduse ravijuhised tuleb välja töötada ja kinnitada.

Töö kvaliteedi ja õdede läbipõlemise vältimise kindlustamiseks peab supervisioon olema õdedele kättesaadav. Kindlasti peaks olema kliiniline juhendamine ehk supervisioon igale tööleasuvale õele kohustuslik. Supervisioon on tööprotsessiga seotud, väljaõppinud supervisioonispetsialisti ja töötaja (töötajate grupi, ühe või mitme osakonna, kogu organisatsiooni) vaheline nõustamisprotsess, mis peegeldab inimese tööalast tegevust. Mõnikord kasutatakse supervisioonist kõneldes ka mõistet "tööjuhendamine". Sel juhul peetakse silmas ennekõike töö sisuga seotut. Tööjuhendamine tähendab koos õppimist (juhendaja ja juhendatav), mitte õpetamist s.t mitte niivõrd "mida teha" kui võrd "kuidas teha".

Juhendamise tõttu analüüsitakse rohkem oma praktilist tööd, kasvab õdede eneseteadlikkus. Seetõttu võib väita, et tänu juhendamisele tõuseb ka õdede töö kvaliteet. On ka väidetud, et kliiniline juhendamine on peamine vahend kliiniliste standardite ja töö kvaliteedi parandamiseks. Kliiniline supervisioon ei ole mõeldud ei juhtimise kontrollvahendite ega

ravivõtetena, see on pigem abistav protsess mida viiakse läbi õpetust vältivas vestluse vormis. Kliiniline supervisioon saab kaitsta õde tema ametist tuleneva stressi vastu, soodustab personaalset ja professionaalset arengut. Iga koduõde peab supervisiooni kõrval peab õde saama ka pidevat kovoisooni, st klientide arutamist oma eriala teiste esindajatega.

Kõikide klientide jaoks ei ole koduõendusteenuse tulemus alati positiivne. Tulemusi mõjutavad negatiivselt kliendi vanus, aga ka vaimse tervise probleemid, psühholoogiline toimetulek, paljud õendusprobleemid, pikaajaline koduõendusteenuse vajadus.

Koduõendusteenuse kvaliteedi tagab:

- kliendist lähtumine, teenindamine arvestades kliendi ja/või tema perekonna eelistusi ja soove;
- töö nägemine protsessina: õendushooldusvajaduse hindamine, eesmärkide püstitamine, tegevuste planeerimine ja pidev tulemuste hindamine (k.a. tagasiside patsientidelt);
- tingimuste loomine, mis tagab kvaliteetse töö (ressursside planeerimine, töö analüüsimise meetodid, meeskonnatöö, personalistruktuur, tööõustamine, täiendkoolitus, tehnika ja tehnoloogia);
- ökonoomsus ja efektiivsus.

Teenust osutaval asutusel peab olema oma kvaliteedipoliitika, mille elluviimise eest organisatsioon vastutab. Koduteenuste kvaliteedipoliitika aluseks on organisatsiooni ja/või kohaliku omavalitsuse üldine kvaliteedipoliitika ning kohaliku omavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiupoliitika.

14. ETTEPANEKUD KODUÕENDUSE KORRALDAMISEKS

- Maapiirkondades elavate klientide teenindamiseks on vaja lisaressursse (transpordivahendi olemasolu, kompensatsiooni transpordikuludele ja õe töötasule, sest teenindatakse keskmiselt kaks klienti päevas vähem kui linnas) Visiidi tasu nii transpordi kui töötasu osas peaks olema tiheduskoefitsiendiga, sest maapiirkonnas teenindatakse keskmiselt kaks klienti päevas vähem kui linnas.
- Koduõde vajab autot, kui ta teenindab kliente, kelle elukohad asuvad üksteisest kaugel.
- Lisaressursse vajab nende klientide teenindus, kes teatud põhjustel ei saa minna ravi- või hooldusasutusse ning vajavad üle kahe koduõe visiidi päevas. Võimalike lisaressursidena soovitame kohustusliku hoolduskindlustuse juurutamist Eestis, klientidele omaosalustasu kehtestamist, k.a. öistele ja nädalavahetuste visiitidele. Omaosalustasu võib rakendada ka transpordikulude katteks näiteks spetsialistide koduviisiideks: jalaravi õde, kontinentsusnõustaja, füsioterapeut, dieedispetzialist jt.
- Koduõenduskeskusel peaks olema võimalus kasutada kõikide spetsialistide abi ja pakkuda nende teenuseid koduseinte vahele aheldatud klientidele. Avahooldusteenustena tuleks pakkuda ka füsioteraapiat, tegevusteraapiat, kõneteraapiat, dieetnõustamist, jalaravi, kontinentsusnõustaja, diabeediõde vms eriettevalmistusega õdede konsultatsioone.
- Koduõena tööle asuv õde vajab tööjuhendust oma ala kogunud asjatundjalt. Äsja kooli lõpetanud õde ei tohiks kindlasti töötada üksinda. Ta peab töötama vähemalt neli kuud stažöörina juhendava õe käe all ning saama vähemalt aasta supervisiooni kogunud õe poolt. Soovitav on eelnev töötamine või superviseeritud praktika läbimine haiglas.
- Iga töötav koduõde vajab regulaarset supervisiooni ja nõustamist, võimalust oma tööd kogunud kolleegiga analüüsida. Võimalus arutada juhtumeid eksisteerib praegu vaid suuremates keskustes. Viie- kuni kümneliikmeline õdede grupp peaks omama juhti, kellega koos arutatakse probleemsemad juhtumid läbi.
- Koduõenduskeskus vajab ka juhtumi korraldajat, kelleks võib olla keskuse juht. Juhtumi korraldamine kui teenus vajab lahti kirjutamist ning hinna määramist.

- Palliativse/surijate õendushoolduse ning psüühikahäiretega patsientide koduõenduse jaoks on vajalik välja töötada lisa antud tegevusjuhendile, mille väljatöötamisse tuleb kaasata Eesti Vähiliit ning Eesti Psühhiaatriaõdede Selts. Tegevusjuhendi lisa määratletakse kriteeriumid, millal teenindab vähihaiget koduõde, millal antakse ta üle spetsiaalsele meeskonnale või kuidas tehakse koostööd.

15. KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHENDI KOOSTAMISE PROTSESSI KIRJELDUS

Koduõenduse tegevusjuhendi koostamisel lähtuti süstemaatilise ülevaate koostamise põhimõtetest. Süstemaatiline ülevaade võimaldab kvalitatiivselt analüüsida ja sünteesida väga erinevates hulkades ja olemuselt erinevaid allikaid.

Infootsingut alustati otsingumootorist Google leidmaks Eestis ja mujal maailmas olemas olevaid koduõenduse tegevusjuhendeid. Eestikeelsete otsingusõnadega `koduõendus`, `juhend`, `tegevusjuhend` leiti 210 allikat. Allikate hulgas ei olnud ühtegi koduõenduse tegevusjuhendit. Edasi otsiti inglise ja soomekeelseid allikaid otsingusõnadega `home nursing guideline`, `kotihoito`, `kotisairaanhoito`, `suositukset`. Mõlemas keeles leiti teostatud otsingu tulemusena mitmeid tegevusjuhendeid, kuid kahjuks ei olnud ükski neist tõendus põhine.

Edasi toimus otsing teadusandmebaasides CINAHL, *Academic Search Premier*, *PsycINFO*, *ERIC*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Health Source: Consumer Edition*, *MEDLINE*, *Clinical Pharmacology*. Esmalt otsiti andmebaasidest koduõenduse tegevusjuhendeid, kuid neid ei leidunud. Seejärel otsiti otsingusõnade abil andmebaasidest inglise või soome keeles avaldatud süstemaatilisi ülevaateid, meta-analüüse, mida leiti kokku 35 ning neist sobis 6. Kuna oli juba selge, et tegevusjuhendeid ei ole võimalik leida ning senise otsinguga oli leitud vähe teemakohaseid allikaid, otsiti edasi empiirilisi või teoreetilisi koduõendust käsitlevaid uurimusi. Otsingusõnadeks olid: *home (health) nursing*, *home health care nursing*, *home care nursing practice*, *home nursing service*, *home (health) care*, *nursing*, *older people*, *elderly*, *geriatrics*, *study*, *service*, *systematic review*, *guidelines*, *intervention*, *methods*, *practice*, *research*.

Kaasaarvamiskriteeriumid. Analüüsi kaasati uurimistööde raportid, millistes oli uuritud vähemalt üht järgmistest teemadest:

- koduõenduse sihtrühmad,
- koduõenduse osutamine õdede poolt,
- koduõenduse sisu,

- koduõenduse majanduslik efektiivsus,
- koduõenduse tulemused.

Teised kaasaarvamiskriteeriumid olid:

- soome- ja inglisekeelsed,
- eelretsenseeritud ajakirjades ilmunud artiklid,
- avaldatud aastatel 1990-2004,
- teostatud mistahes riigis kogu maailmas.

Kokku leiti andmebaasidest vastavalt otsingukriteeriumitele 95 artiklit, millistest kaasati metodoloogilise hindamise tulemusena 27 artiklit.

Viimasena otsiti ESTER andmebaasist, samuti käsitsi eelneva otsingu käigus leitud artiklite kasutatud kirjanduse loeteludest, raamatukogudest ja küsiti eriala spetsialistide käest. Nii leiti täiendavalt 5 uurimistöde raportit, mille usaldusväärsust kontrolliti. Lisaks kaasati 10 ülevaateartiklit, üks raport ja 8 koduõendust käsitlevat raamatut. Samuti leiti Eesti koduõenduse ja eakate olukorra kirjeldamiseks 5 allikat, Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava ning avaldamata allikaid.

Dokumendis kasutatud õigusaktid leiti otsingumootoriga elektrooniline Riigi Teataja (<https://www.riigiteataja.ee/ert/ert.jsp>), kasutades erinevaid otsingusõnu.

16. KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHENDI TUTVUSTAMISE JA RAKENDAMISE PLAAN

Eesti Haigekassa näeb ette, et ravijuhendi juurutamisel eristatakse ja kasutatakse kolme tasandit:

- Tervishoiutöötaja tasand: tervishoiutöötaja praktika muutmine või parendamine juurutatava juhendi abil.
- Süsteemi tasand: võimaldada tervishoiutöötajale ligipääs ravijuhenditele.
- Poliitika tasand: rahastada tervishoiuteenuseid vastavalt sekkumismeetodite tõendatusele.

Tegevusjuhendi täitmist kontrollitakse õendusdokumentatsiooni ja koduõenduse aruandlusvormide põhjal.

Tegevusjuhendi juurutamiseks tervishoiutöötaja tasandil tuleb töötavatele koduõdedele võimaldada tööalast koolitust, mis annab neile valmiduse töötada vastavalt käesolevale juhendile.

KIRJANDUS JA VIITED

Artiklid

Süstemaatilised ülevaated ja meta-analüüsid

Butterworth, T., Faugier, J. (2000). Clinical supervision:concept analysis.// *Journal of Advanced Nursing*, 31(3): 722-729.

Frich, L:M:H: (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2): 137-153.

Harding, R. & Higginson, I.J. (2003). What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? A systematic review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 17(1): 63-74.

van Haastregt, J.C.M.; Diederiks, J.P.M.; van Rossum, E.; de Witte, L.P. & Crebolder, H.F.J.M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*, 320(18): 754-758.

Pusey, H. & Richards, D. (2001). A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 5(2): 107-119.

Stuck, A.E.; Siu, A.L.; Wieland, G.D.; Adams, J. & Rubenstein, L.Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342(8878):1032-1036.

Thomé, B.; Dykes, A.-K. & Hallberg, I.R. (2003). Home care regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6): 860-872.

Uurimuste raportid

Anderson, M.A.; Pena, R.A. & Helms, L.B. (2001). Home care utilization by congestive heart failure patients: a pilot study. *Public Health Nursing*, 15(2): 146-162.

Bull, M.J. (1994). Use of formal community services by elders and their family caregivers 2 weeks following hospital discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3): 502-508.

Chiu, L.; Tang, K.-Y.; Liu, Y.-H.; Shyu, W.-C. & Chang, T.-P. (1999). Cost comparisons between family-based care and nursing home care for dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4): 1005-1012.

Chiu, L; Shyu, W.-C. & Liu, Y.-H. (2001). Comparisons of cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3): 380-386.

Ehrenberg, A.; Ehnfors, M. & Ekman, I. (2004). Older patients with chronic heart failure within Swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1): 90-96.

Holmqvist, L.W.; von Koch, L. & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Use of healthcare, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(4): 173-179.

Hughes, L.C.; Robinson, L.A.; Cooley, M.E.; Nuamah, I.; Grobe, S.J. & McCorkle, R. (2002). Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. *Nursing Research*, 51(2): 110-118.

Jones, J.; Wilson, A.; Parker, H.; Wynn, A.; Jagger, C.; Spiers, N. & Parker, G. (2000). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319(11): 1547-1550.

Kerskra, A. & Vorst-Thijssen, T. (1991). Factors related to the use of community nursing services in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1): 47-54.

Kerkstra, A. & Hutten, J.B. (1996). Organization and financing of home nursing in the European Union. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5): 1023-1032.

Krach, P.; DeVaney, S.; DeTurk, C. & Zink, M.H. (1996). Functional status of the oldest-old in a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3): 456-464.

Lee, T. & Mills, M.E. (2000). The relationship among medical diagnosis, nursing diagnosis, and nursing intervention and the implications for home health care. *Journal of Professional Nursing*, 16(2): 84-91.

Lee, T.; Kovner, C.T.; Mezey, M.D. & Ko, I.-S. (2001). Factors influencing long-term home care utilization by the older population: implications for targeting. *Public Health Nursing*, 18(6): 443-449.

Liu, K.; Manton, K.G. & Aragon, C. (2002). Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982-1994. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4): 252-53

Marek, K.D. (1996). Nursing diagnoses and home care nursing utilization. *Public Health Nursing*, 13(3): 195-200.

Martens, K.H. (2000). Home care nursing for persons with congestive heart failure: description and relationship to hospital readmission. *Home Healthcare Nurse*, 18(6): 404-409.

Martin, K.S.; Scheet, N.J. & Stegman, M.R. (1993). Home health clients: characteristics, outcomes of care, and nursing interventions. *American Journal of Public Health*, 83(12): 1730-1734.

Mistiaen, P.; Duijnhouwer, E.; Wijkel, D.; de Bont, M. & Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6): 1233-1240.

Naylor, M.D.; Bowles, K.H. & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17(2): 94-102.

Neal, L.J. (1999). Research supporting the congruence between rehabilitation principles and home health nursing practice. *Rehabilitation Nursing*, 24(3): 115-121.

O'Brien, S.P.; Gahtan, V.; Wind, S. & Kerstein, M.D. (1999). What is the paradigm: hospital or home health care for pressure ulcers. *The American Surgeon*, 65(4): 303-306.

O'Brien-Pallas, L.-L.; Doran, D.I.; Murray, M.; Cockerill, R.; Sidani, S.; Laurie-Shaw, B. & Lochhaas-Gerlach, J. (2001). Evaluation of a Client Care Delivery Model, part 1: variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19(6): 267-276.

O'Brien-Pallas, L.-L.; Doran, D.I.; Murray, M.; Cockerill, R.; Sidani, S.; Laurie-Shaw, B. & Lochhaas-Gerlach, J. (2002). Evaluation of a Client Care Delivery Model, part 2: variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20(1): 13-21, 36.

Paasivaara, L. (2004). Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. *Tutkiva Hoitotyö*, 2(1): 29-34.

Paunonen, M. & Häggman-Laitila, A. (1990). Life situation of aged home-nursing clients. *Journal of Community Health Nursing*, 7(3): 167-178.

Peruselli, C.; Di Giulio, P.; Toscani, F.; Gallucci, M.; Brunelli, C.; Costantini, M.; Tamburini, M.; Paci, E.; Miccinesi, G.; Addington-Hall, J.M. & Higginson, I.J. (1999). Home palliative care for terminal cancer patients: a survey on the final week of life. *Palliative Medicine*, 13(3): 233-241.

Ross, M.M. & Crook, J. (1998). Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6): 1117-1126.

Schwarz, K.A. (1999). A study of the relationship of caregiving appraisal to depressive symptomatology and home care utilization. *Journal of Community Health Nursing*, 16(2): 95-108.

Schwarz, K.A. & Blixen, C.E. (1997). Does home health care affect strain and depressive symptomatology for caregivers of impaired older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 14(1): 39-48.

Solomon, D.H.; Wagner, D.R.; Marenberg, M.E.; Acampora, D.; Cooney, L.M. & Inouye, S.K. (1993). Predictors of formal home health care use in elderly patients after hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9): 961-966.

Vernooij-Dassen, M.; Felling, A. & Persoon, J. (1997). Predictors of change and continuity in home care for dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(6): 671-677.

Ward-Griffin, C. & Bramwell, L. (1990). The congruence of elderly client and nurse perceptions of the clients' self-care agency. *Journal of Advanced Nursing*, 15(9): 1070-1077.

Ülevaateartiklid

Albrecht, M.N. (1990). The Albrecht model for home health care: implications for research, practice and education. *Public Health Nursing*, 7(2): 118-126

Conti, R.M. (1996). Nurse case manager roles: Implicationc for practice and education. *Nursing Administration Quarterly*, 21(1): 67-80.

Collier, P. & Early, A. (1995). A team approach to geriatric case management. *Journal of Case Management*, 4(2): 66-70.

Emler, C.A. (1996). Assessing the informal caregiver: team member or hidden patient? *Home Care Provider*, 1(5): 255-262, 275.

Hanley, R.J.; Wiener, J.M. & Harris, K.M. (1991). Will paid home care erode informal support? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(3): 507-21.

Hawes, C.; Morris, J.N.; Phillips, C.D.; Mor, V.; Fries, B.E. & Nonemaker, S. (1995). Reliability estimates for the minimum data set for nursing home resident assessment and care screening. *Gerontologist*, 35(2): 172-178.

Hermanova, A (1997). New challenges in ageing: home care. *Disability and Rehabilitation*, (19)4: 142-146.

Kane, R.A. (1994). Perspectives on home care quality. *Health Care Financing Review*, 16(1), 69-90.

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

Vaarama, M.; Voutilainen, P. & Manninen, M. (2003). Support for informal care as a social service. Report on support for informal care and its variation 1994-2002 www.stm.fi/suomi/pao/omaishoito/summary.htm

Raamatud

Emler, C.A.; Crabtree, J.L.; Condon, V.A. & Treml, L.A. (1996). *In-home Assessment of Older Adults*. An Aspen Publication, Maryland.

Hoeman, S.P. (2000). *Rehabilitation Nursing: Process and Application*. Mosby, St Louis.

Juall Carpenito, L. (2002). *Handbook of Nursing Diagnosis*. Lippincott.

Kadushin, A. (1992). *Supervision in social work*. Columbia University Press.

Martinson, I.M.; Widmer, A.G. & Portillo, C.J. (2002). *Home Health Care Nursing*. W.B. Saunders Company.

McClelland, E.; Kelly, K. & Buckwalter, K.C. (1985). *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning*. New York, Grune&Stratton.

McEwen, M. (1998). *Community-based nursing. An introduction*. WB Saunders, Philadelphia.

More, P. & Mandell, S. (1997). *Case management: An evolving practice*. New York, McGraw-Hill.

Rice, R. (1996). *Home Health Nursing Practice*. Mosby-Year Book, Inc.

Stackhouse, J.C. (1998). *Into the community. Nursing in ambulatory and home care*. J.B. Lippincott, Philadelphia.

Muud allikad

Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000. Tartu.

Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2015. (2001). Eesti Tervishoiuprojekt 2015, Sotsiaalministeerium, Tallinn.

Hanson, S. & Allev, R. (2000). *Avahooldus. Kvaliteetne koduhooldus*. Avatud Eesti Fond, Tallinn.

Interdisciplinary education (1996). A National Agenda for Geriatric Education, US Department of Health.

Katus, K.; Puur, A.; Põldma, A. & Sakkeus, L. (1999). *Rahvastikuvananemine Eestis*. Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus. RU sari D Nr 1, Tallinn.

Koduõenduse ja pereõenduse koostöö, koosolek Paides 21.01.2004 (Sotsiaalministeerium, Eesti Perearstide Selts, Eesti Pereõdede Selts, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, koduõenduskeskused)

Koppel, A. (2003). *Koduõendus-hooldusteenus (kood 3026)*. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste osakond.

Older australian at a glance. www.aihw.gov.au/publications/welfare/oag-s18.html

Organisatsiooni juhtimise käsiraamatu/kvaliteedikäsiraamatu koostamine ja rakendamine tervishoiuteenuse osutamisel. Soovitused käsiraamatu koostamiseks. (2003). [www.sm.ee/est/HtmlPages/Kvaliteedikäsiraamat/\\$file/Kvaliteedikäsiraamat.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Kvaliteedikäsiraamat/$file/Kvaliteedikäsiraamat.doc)

Saks, K.; Allev, R.; Soots, A.; Kõiv, K.; Kolk, H.; Paju, I.; Jaanson, K. & Schneider, G. (2000). *Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis*. EGGA.

Lisa 1. Koduõendusteenuse osutajatele saadetud küsitlus

Kallid koduõenduse pakkujad!

Maikuu lõpuks peab valmima koduõenduse tegevusjuhend. Eesti Õdede Liidu ja EGGA esindajad pöörduvad Teie poole abipalvega kaasa aidata tegevusjuhendi valmimisele. Oleme kokku kogunud materjali välismaistest allikatest, kuid nüüd vajame andmeid Eesti kohta.

Kõigepealt soovime kaardistada koduõenduse olukorda Eestis ning uurida koduõendusteenuse osutamisel esinevaid takistusi ja probleeme erinevates Eesti piirkondades

Tegevusjuhendi koostamisel oleks suureks abiks saada vastuseid järgmistele küsimustele:

1. Millist piirkonda teenindate? Kui suur on teie tegevusraadius? Kui tegevusraadius on üle 10 km, siis kuidas tulete toime transpordirahadega? Kas peate otstarbekaks osutada teenust üle 10 km raadiusega teeninduspiirkonnas? Kui teenindusraadius on suurem kui 10 km, siis mitu klienti suudate teenindada päeva jooksul?
2. Kui palju õdesid töötab Teie keskus? Milline on nende töökoormus, mitu õe kohta on ette nähtud? Kas Teie keskus töötab ka hooldusõde? Kas peate hooldusõde olemasolu vajalikuks?
3. Missugused piirkonnad teie maakonnas on koduõendusega haaratud, missugused piirkonnad on veel katmata? Missugune on vajadus koduõendusteenuse järele? Kas suudate rahuldada ka suurenenud vajadust?
4. Missugune on Teie keskmine klient? Palun jagage Teie keskuse poolt koduõendusteenust saavate klientide hulk orienteeruvalt järgmistesse vanusegruppidesse: alla 40a. 40-65a. 65-85 aastat ja üle 85 aasta vanad. Missuguste probleemidega on teie klientuur? Peamised haigusgrupid, õendusprobleemid?
5. Missugust dokumentatsiooni kasutate? Missugused on Teie soovitud baasdokumentatsioonile? Missugused andmed ja osad peaksid koduõendusdokumentatsioonil olema?
6. Millised peamised probleemid Teie keskus esinevad seoses koduõendusteenuse osutamisega?
7. Kas Te tegelete juhtumi korraldamisega? Kes tegeleb, ametinimetus?
8. Kas te osutate ka muid teenuseid lisaks Sotsiaalministri määruses toodud iseseisvalt osutatavate õendusabi teenuste loetelule?
9. Kuidas toimub/toimib meeskonnatöö? Koostöö sotsiaaltöötajatega? Perearstidega?
10. Kuidas kliendid satuvad koduõendusteenusele?

Kui Te olete teinud statistikat oma klientuuri, teenuse osutamise vms kohta, oleks meil väga hea meel, kui saaksite neid meile saata. Näiteks õe tegevuse kaardistus tööpäeva kohta annab hea ülevaate, mida õde teeb, kui palju ajaliselt erinevad tegevused aega võtavad (mõne tüüpilise päeva kaardistus)

Oleme Teile väga tänulikud, kui vastate. Vastused võib saata e-mailil annely@tervisekool.ee nädala jooksul, 11. maiks 2004 või aadressil Lembitu 8 Tartu 50406

Annely Soots ja Anna Vesper