

EESTI ÕDEDE LIIT
EESTI HAIGEKASSA
KODUÕDEDE SELTSING

KODUÕENDUSE TEGEVUSJUHEND

TALLINN 2015

Sisukord

1. SISSEJUHATUS	3
2. MÕISTED	5
3. KODUÕENDUSE EESMÄRGID JA PÕHIVÄÄRTUSED	7
4. KODUÕENDUSE SIHTGRUPP	9
5. KODUÕENDUSTEENUSE OSUTAMISE TINGIMUSED	10
6. KODUÕENDUSTEENUSE KORRALDAMINE EESTIS	11
7. KODUÕENDUSE PERSONAL JA MEESKOND	14
7.1 Avahoolduse meeskond	14
8. KODUÕENDUSTEENUSELE SUUNAMINE	16
8.1.Patsiendi 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	25
11.4. Mitteformaalsete hooldajate õpetamine ja toetamine	25
12. KODUÕENDUSTEENUSE DOKUMENTEERIMINE	27
13. KODUÕENDUSTEENUSE TULEMUSED JA	28
KVALITEEDI HINDAMINE	28
13.1 Kvaliteediindikaatorid koduõenduses.....	30
KIRJANDUS JA VIITED	33
LISA 1	39
Patsiendi kukkumise ennetamine ja ennetustöö dokumenteerimine	39
LISA 2	43
Lamatiste ennetamine, hooldus, ravi ja dokumenteerimine	43
LISA 3	44
Bradeni skaala lamatiste tekkeriski hindamiseks	44

1. SISSEJUHATUS

2000. aasta maikuus 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. Aastaks 2050 prognoositakse üle 65 aastaste osakaalu kogurahvastikus 24%, kellest 14,7% moodustavad 85 aastased ja vanemad eakad. 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 viimasel aastakümnel 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 koduõendus kuluefektiivsem teenuse liik võrreldes haiglaraviga. Hästi korraldatud koduõenduse korral on kogu elukaare ulatuses võimalik patsient kiiremini haiglaravilt kodusele ravile kirjutada ning ennetada ka patsientide haiglasse tagasi sattumist. Koduõendusteenus 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.

Eestis alustati koduõendusteenuse osutamist alates aprillist 2003. Koduõenduse tegevusjuhend valmis 2004. aastal koostöös Eesti Haigekassa ja Eesti Õdede Liidu ning Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni koostöös. Koduõdede seltsingu liikmete poolt on tehtud täiendusi ja parandusi juhendisse seoses seadusandluse ja nõudmiste muutumisega koduõenduse teenuse osutamiseks.

Koduõendusjuhendi eesmärgiks on kirjeldada koduõendusteenuse sisu ja olemust ning anda tõenduspõhiseid soovitusi kvaliteetse koduõendusteenuse elluviimiseks Eestis. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus on koduõendusteenus koodiga 3026 ja koduõendusteenuse saajat nimetatakse patsiendiks (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus).

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

Koduõenduse tegevusjuhendi täiendamisel 2014-2015 aastal osalesid:

Kadi Tarasova, koduõendusjuht, SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Lilia Leppsaar, õendusabikeskuse juhataja, AS Lõuna-Eesti Haigla

Kersti Keskküll, koduõenduse koordinaator, SA Kuressaare Haigla

Kersti Weiss, õendusjuht, SA Hiiu Ravikeskus

Sigrid Lillma, koduõenduse koordinaator, kvaliteedijuht, Räpina Haigla

Miia Sultsman, juhataja, Räpina Haigla

Aina Saarma, juhatuse liige, OÜ Medendi

Eha Rumberg, õendusjuht, Ida- Tallinna Kesksaigla Õenduskliinik

Teisi Rimmel, juhataja, OÜ Koduõde

Elle Mikiver, juhataja asetäitja, OÜ Koduõde

Linda Jürisson, juhatuse liige, OÜ Õendusteenused

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.

Koduõendus (*home nursing care*) - kvalifitseeritud õendusteenus, mida osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis oleva, kroonilist haigust põdeva või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendi raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks kodus keskkonnas. Koduõendusteenust osutatakse koduvisiidi käigus patsiendile tema elu- või viibimise kohas.

Koduõendusteenust võib osutada õendusabi osutaja kas koduõendusteenuse tegevusluba omava füüsilisest isikust ettevõtjana, sihtasutuses või äriühingus.

Koduõde – õde, kes on kantud tervishoiuregistrisse ja omab üldõe/ eriõe kvalifikatsiooni, omab vähemalt kolmeaastast tööstaaži ja saanud spetsiaalse väljaõppe õendusteenuste osutamiseks patsiendi kodus.

Hooldustöötaja - erialase ettevalmistusega töötaja, kes on omandanud tööks vajalikud teadmised ja oskused kliendi/patsiendi hooldamiseks, juhendamiseks ning rehabilitatsiooniks. Hooldustöötaja on hoolekande ja tervishoiu esmatasandi töötaja. Tema töö eesmärk on

abistada klienti/patsienti inimväärse elu korraldamisel ja võimalikult kõrge elukvaliteedi saavutamisel.

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

Koduõendusbaas- all mõistetakse taotleja(te) valduses/kasutuses olevat mitteiluruumi (minimaalselt 6 m² koos arvutitöökohaga), kus toimub teenust pakkuvate koduõdede töö koordineerimine, s.h on võimalus teenust pakkuvatel koduõdedel koguneda andme- ja infovahetuseks, koolitustegevuseks jms. Koduõendusbaasi olemasolu ja vastavust definitsioonile hinnatakse taotluse alusel, kahtluse korral kontrollitakse kohapeal.

3. KODUÕENDUSE EESMÄRGID JA PÕHIVÄÄRTUSED

Koduõendusteenuse eesmärk on parandada patsientide tervist ja heaolu, toetades nende toimetulekut koduses ja kogukonnas. Koduõendus on kvalifitseeritud õendusteenus, mida osutatakse patsiendile tema koduses 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 õenduplaanis määratletud tegevusi.

Koduõendust osutatakse ägeda haiguse paranemisperioodis olevale, kroonilist haigust põdevale või piiratud funktsionaalse võimekusega patsiendile raviks (arsti ettekirjutusel) ja/või efektiivseks toimetulekuks koduses keskkonnas.

Koduõenduse eesmärgid on:

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

Koduõendusteenuse osutamisel lähtutakse järgmistest printsiipidest:

- Koduõendusteenus peab vastama patsiendi vajadustele.
- Teenus peab olema kergesti ja kõigile kättesaadav.
- Lähtutakse tervise edendamise ja tüsistuste vältimise põhimõttest.
- Patsient ja/või pereliikmed kaasatakse neid puudutavate otsuste tegemise protsessi.

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 patsiendi vajaduste optimaalsel rahuldamisel kui ressursside ökonoomsel

kasutamisel saavutatakse juhul, kui teenust pakkuvad keskused ühendavad nii tervishoiu- kui hoolekandeteenused.

Lisaks vahetule patsiendikesksele õendusele, algatab õde muutusi ühiskonnas, kogukonnas ja tervishoius, mis aitaksid kaasa inimeste terviseedendusele. 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. Koduõde teeb koostööd kõikide teiste erialade spetsialistidega.

Koduõenduses lähtutakse õenduse põhiväärtustest: austus, lugupidamine, enesemääramisõigus, iseseisvus, autonoomia, väärikus, turvalisus. Koduõe suhe patsiendiga 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 õendusekeskne. Õe tegevus patsiendi suhtes on alati teadlik ja eesmärgipärane, et aidata patsiendil iseend ja oma probleeme paremini mõista, aidata tal näha oma ressursse, anda talle valikuvõimalusi ja teda toetada.

4. KODUÕENDUSE SIHTGRUPP

Koduõendus on iseseisev ambulatoorne õendusteenus. Koduõendusteenuse eesmärk on aidata abivajajal säilitada oma tervislikku seisundit ja toimetulekut parimal võimalikul viisil, pakkudes talle kvaliteetset esmatasandi tervishoiuteenust (perearst, pereõde, koduõde).

Koduõendusteenust vajavate patsientide põhilise sihtgrupi moodustavad patsiendid, kes ei vaja enam aktiivravi ja on haiglast koju suunatud. Kõige sagedasem koduõendusteenuse kasutaja Eestis on 65-85 aastane patsient, järgnevad üle 85-aastased patsiendid. Patsientide vanuseline koosseis on erinev linnades ja maapiirkondades. Alla poolte koduõendust saavatest patsientidest on funktsionaalse seisundi osas iseseisvad ja saavad enesehooldusega hakkama, pooled osaliselt sõltuvad, umbes kümnendik täielikult sõltuvad kõrvalabist. Seega koduõendusteenuse saaja Eestis on eakas, krooniliste haigustega ning kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks (82,5% patsientidest). Enamusel patsientidest on mitmest haigusest kombineeritud probleemid. Lisaks põhihaigusele esineb koduõendusteenuse patsientidel keskmiselt kolm kaasuvat haigust (sagedamini südamepuudulikkus, kõrgvererõhutõbi, ateroskleroos, stenokardia, nägemisprobleemid, bronhiaalastma).

Koduõendusteenus on näidustatud:

- patsiendile, kes lahkub haiglast ning kes ei vaja aktiivset ravi, vaid õendusabi ja füüsiliste või vaimsete piirangute tõttu ei saa külastada perearsti ning tervishoiuasutust;
- patsiendile, kellel kodune õendusabi võimaldab ennetada haiglaravile (sh õendusabiteenusele, õendushaiglasse) sattumist;
- hooldekodus viibivatele patsientidele;
- õendushaiglast koju suunatud patsientidele;
- terminaalstaadiumis patsientidele;
- kroonilist haigust põdevatele liikumispiirangutega patsientidele;
- piiratud funktsionaalse võimekusega patsientidele raviks ja/või efektiivsemaks
- toimetulekuks koduses keskkonnas;
- patsientidele, kelle õendusabi vajadus on suurem kui seda jõuab teostada pereõde.
- ägeda haigusega või haiglast koju pöörduvad lühiajalist õendusabi vajavad patsiendid
- saavad/võivad kasutada perearsti ja pereõde teenuseid.

Vajadus koduse õendusabi järele tõuseb seoses vanusega, igapäevatoimingute sooritamise võime langusega, kognitiivse seisundi halvenemisega, vähem kättesaadava sotsiaalse

toetusega, erinevate haiguste hulga suurenemisega, varasema koduhoolduse kasutamise korral.

5. KODUÕENDUSTEENUSE OSUTAMISE TINGIMUSED

Koduõendusteenuse pakkumise eeltingimusteks on:

- patsient kuulub koduõenduse sihtgruppi;
- patsiendi ja perekonna valmis- ja nõusolek koduõendusteenuseks;

patsiendi kodune keskkond võimaldab vajalike raviprotseduuride, õendustoimingute osutamist, emotsionaalne keskkond on kodust teenuse osutamist toetav ja soodustav. Vastasel juhul on õel õigus keelduda teenuse pakkumisest;

- patsiendil on haiguse või puude tõttu oluliselt raskendatud või võimatu iseseisev
- tervishoiuasutuse külastamine;
- patsient vajab pikemaajalist õendusabi, mida pereõde ei suuda kindlustada.

Koduõendus ei ole näidustatud, kui:

- patsient on raskesti haige, st vajab sagedast või pidevat õendushooldust, mida pole võimalik esmatasandil tagada;
- patsient vajab vältimatut 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 patsient vajab lühiajalisele õendushooldusele paigutamist;
- patsient või perekond soovivad tungivalt ravi- või hooldusasutusse paigutamist, et leevendada füüsilisi, emotsionaalseid, sotsiaalseid või majanduslikke raskusi ning perearst leiab selle olevat vajaliku;
- patsient vajab erakorralist abi. Erakorralisi kliente teenindab kiirabi. Koduõde osutab erakorralist abi vaid juhul, kui vajadus tekib tema poolt teenindataval patsiendil visiidi ajal.

Kui koduõde või keskus ei saa võtta patsienti vastu ülekoormuse või vastavate spetsialistide puudumise või õdede vähesuse vm põhjuste tõttu, teavitab ta koheselt suunajat. Koduõendusteenuse osutaja annab eelnevalt suunajale arstile informatsiooni oma võimaluste kohta, et vajadusel arst saaks suunata patsiendi teisele teenusepakkujale.

6. KODUÕENDUSTEENUSE KORRALDAMINE EESTIS

Koduõendusteenuse osutamist reguleerivad järgmised Sotsiaalministri määrused:

- 1) „Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused“ (13.08.2010, nr. 55, RT I 2010, 57, 388)
- 2) “Nõuded ambulatoorse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitele” (13.08.2010 nr.56, RT I 2010, 57, 389)
- 3) “Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord” (18.09.2008, nr 56, RT)
- 4) “Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded” (15.12.2004 nr.128, RTL 2004,158,2376).

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 pikad, visiitidele kulub rohkem aega ja sageli puudub transpordivahend. Üksikud väikelinna koduõenduskeskused teenindavad ka maapiirkonna patsiente.

Maapiirkondades jääb sageli teenindusraadius üle 10 km. Nii linnades kui maal on otstarbekas teenindada patsiente piirkondlikul 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 kuus kuni seitse patsienti. Kuus kuni seitse patsienti jõuab teenindada transpordivahendit kasutades või lähestikku elavate patsientide puhul. Maapiirkonnas teenindatakse keskmiselt kaks patsienti päevas vähem kui linnas. Et koduõendusteenus haaraks rohkem maapiirkondi, on suuremate transpordikulude ja väiksema teenindatavate arvu tõttu vajalik kaugusekoefitsient teenuse rahastamisel. Kui koduõendusteenindusraadius on üle 10 km, vajab ta autot.

Koduõendusteenust peaks tulevikus pakutama patsientidele seitse päeva nädalas ja ööpäevaringselt. Koduõendus ei osutu kallimaks institutsionaalsest hooldusest, kui seda

pakutakse patsiendile 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.

Ruumide ja sisseseadete nõuded koduõendusteenuse osutamiseks on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega n 56. Koduõendusteenuse osutajalt on nõutav dokumentide nõuetekohaseks hoidmiseks ja andmekaitse nõuetele ning töövahendite ja aparatuuri hoidmiseks vastava ruumi olemasolu. Ruumis peab olema lukustatav kapp dokumentide säilitamiseks ja peab olema ühendusvõimalus telefoniside- ja arvutivõrgu süsteemiga.

Koduõendusteenuse osutamiseks peab õel olema järgmine aparatuur ja töövahendid:

- vererõhuaparaat nii täiskasvanutele kui lastele mõeldud mansettidega,
- glükomeeter ja testribad,
- stetofonendoskoop,
- lamp neelu vaatamiseks,
- mõõdulint,
- termomeeter kehatemperatuuri mõõtmiseks,
- luup,
- käärid
- konteiner laboratoorsete analüüside transportimiseks,
- arvuti (riist- ja tarkvara),
- mobiiltelefon,
- ühekordne mask kunstliku hingamise tegemiseks,
- süstlad ravimite s/c, i/m ja i/v manustamiseks,
- erinevas suuruses kanüülid,
- süstalde ja nõelte hävitamise konteiner,
- infusioonisüsteemid,
- erinevas suuruses põiekateetrid,
- erinevas suuruses nasogastraalsondid,
- vahendid aspireerimiseks,
- vahendid klistiiri tegemiseks,
- esmaabivahendid,
- ühekordsed kaitsekindad,
- nahapuhastusvahendid,
- kätehügieeni vahendid,

- haavasiidumismaterjalid,
- ühekordsed spaatlid,
- anatoomilised pintsetid,
- ühekordsed pintsetid,
- ühekordsed maskid,
- ühekordsed neerukausid,
- pulssoksümeeter,
- inhalaator.

7. KODUÕENDUSE PERSONAL JA MEESKOND

Koduõena võib töötada õde:

- kes omab keskeri või kõrgharidust õenduse/ ämmaemanduse erialal ja praktiseerimise kogemust minimaalselt 3 aastat;
- kõrghariduse puudumisel õe või ämmaemanduse erialal peab olema läbitud koduõe täiendkoolitus, mis koosneb kolmest moodulist. Koduõenduse täienduskoolitus koosneb kolmest moodulist, kokku 182 akadeemilist tundi (3 EAP).
- Koduõde peab oskama teostada kõiki õendustoiminguid (ptk 11). Koduõena ei või üksi tööle lubada äsja kooli lõpetanud õde.

Koduõdedena töötavad Euroopa Liidu riikides nii kõrgharidusega õed (3-4 aastat õppeaeg) kui madalama haridustasemega õed (õppeaeg 1-3 aastat). Madalama haridustasemega õdede pädevusse kuuluvad peamiselt patsiendi isikliku hügieeni eest hoolitsemine ja lihtsamate tehniliste protseduuride teostamine. Selliseid töötajaid nimetatakse Eestis hooldustöötajateks. Eestis puudub piisav koolitatud hooldustöötajate kaader kõikides tervishoiuasutustes, k.a. koduõenduses.

Koduõendusmeeskonda kuuluvad koduõde/-õed, ja juhtumikorraldaja/õendusjuht, kui nad töötavad koduõenduskeskuses. Enamasti saavad koduõed üks kord nädalas kokku vastutava õendusjuhiga, arutavad ja analüüsivad probleemsemaid juhtumeid. Õendusjuht koordineerib õdede tegevust, jagab patsiendid õdede vahel vastavalt nende koormusele, oskustele ja patsiendi abivajaduse astmele, korraldab õdede asendamist, tööd puhkuste ajal jne. Hooldustöötaja võib töötada vaid õe poolt välja töötatud õendushooldusplaani alusel. Ta töötab õdede juhendamisel, teostab põetus- ning isikliku hügieeni toiminguid. Meeskonnas võivad töötada veel peale hooldustöötaja ka erineva ettevalmistusega õed: kontinentsusnõustajad, diabeediõed, taastusraviõed, psühhiaatriaõed, lasteõed jt õdespetsialistid.

7.1 Avahoolduse meeskond

Avahoolduse meeskonda võivad kuuluda kõik patsiendiga tegelevad antud piirkonnas töötavad spetsialistid. Meeskond moodustatakse patsiendi probleemide lahendamiseks, iga meeskonnaliige on tasustatud omal töökohal. Tüüpiline avahooldusmeeskond koosneb perearstist, pereõest, õendusjuhust või juhtumikorraldajast, koduõest, piirkonna

sotsiaaltöötajast ja/või sotsiaalhooldajast. 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 õendusplaani koostamiseks. Patsiendi osalemine ja temapoolsed otsustused on väga olulised.

Juhtumi korraldajateks koduõenduses on nende olemasolu korral õendusjuhid, 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 õendusteenuse järjepidevuse ja efektiivsuse tagamiseks;
- patsientidele osutatavate teenuste seisundi pidev hindamine;
- rahaliste ressursside efektiivse kasutamise juhtimine;
- õdede, patsiendi omaste ja patsiendi abistamisel osalevate vabatahtlike superviseerimine.

8. KODUÕENDUSTEENUSELE SUUNAMINE

Koduõendusteenus, kui esmatasandi õendusabiteenus peab olema kättesaadav kõigile patsientidele, kes seda vajavad. Koduõendusteenusele suunab patsiendi perearst või eriarst saatekirja alusel olles eelnevalt hinnanud patsiendi koduõendusteenuse vajadust. Koduõendusteenust võivad soovida patsiendid, nende pereliikmed, kohaliku omavalitsuse töötajad (sotsiaaltöötajad). Sellisel juhul on kohustuslik eelnev perearsti visiit patsiendi seisundi ja koduõendusteenuse vajaduse hindamiseks.

Koduõendusteenusele võivad patsiendi suunata nii ambulatoorses kui statsionaarses tervishoius töötavad arstid. Meeskonnaliikmeks jääb koduõele arst, kes ravib või jälgib patsienti koduõendusteenuse osutamise ajal. Alati saadetakse teade selle kohta perearstile. Õendusabi osutaja säilitab iseseisva õendusabi tervishoiuteenuse osutamise aluseks oleva saatekirja koos patsiendi õenduslooga.

Alates 1.juulist 2014. a. on Sotsiaalministri poolt kehtestatud saatekirjavorm statsionaarsele õendusabi- ja koduõendusteenusele suunamiseks. Saatekiri peab sisaldama järgmist:

- saatekirja andnud tervishoiuteenuse osutaja andmed;
- tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient suunatakse;
- patsiendi isikuandmed;
- diagnoositud haigused koos RKH-10 koodidega;
- patsiendi anamneesi ja tervise seisundi andmed ning kasutatavad ravimid;
- patsiendi haigestumisega seotud viimati tehtud uuringute vastused;
- suunava arsti poolt määratud ravi ning õe või ämmaemanda hinnatud õendusabivajadus ja sagedus struktureeritud vormi alusel.

8.1.Patsiendi koduõendusele suunamine haiglast väljakirjutamise järgselt

Haiglast välja kirjutamise järgselt koduõendusteenust vajavad, kuid seda mitte saanud patsiendid satuvad sagedamini tagasi haiglasse, vaatamata suhteliselt suurele sõltumatusele igapäevatoimingute sooritamisel.

Haiglast väljakirjutamise planeerimine (*discharge planning*) on võtmekomponent õenduse järjepidevuse protsessis, mis kindlustab teenuse saaja sattumise tema toimetulekust ja vajadustest lähtuval tasandile ning seega tagab nii teenuste vastavuse tegelikele vajadustele

kui teenuste osutamise majandusliku efektiivsuse. Väljakirjutamise planeerimine põhineb võimalikult täpsel ja objektiivsel patsiendi seisundi hinnangul. Planeeritakse ka edasise ravi- ja õendusteenuse 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 patsiendi 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 patsientide probleeme, katalogiseeritakse igakülgsest isiku ressursid ja tugevad küljed, hinnatakse vajadus teenuste järele ning määratakse hooldusvajadus. Igakülgne hindamine kaasab ilmtingimata spetsialiste paljudelt tervishoiu aladelt, et võimaldada patsiendi hindamist paljudes valdkondades: füüsiline, vaimne, sotsiaalne, majanduslik, funktsionaalne ja keskkondlik. Alati osalevad hindamises arst, õde ja sotsiaaltöötaja. Geriaatrilisel hindamisel põhinev tagab hospitaliseerimise, korduva hospitaliseerimise ning õendus- ja hoolduskodusse paigutamise vajaduse vähenemise ning teatud gruppidel ka suremuse vähenemise.

9. KODUÕE VISIIT

Koduõe visiidi kestvuseks ühe patsiendi juurde on 90 minutit.

Koduõe töö 90 minuti ulatuses sisaldab endas:

- sõiduaega patsiendi juurde ja tagasi. Eestis on see keskmiselt 25 minutit;
- patsiendi 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;
- meeskonna kohtumistele kuluva aja, mis on vajalik juhtumi korralduseks ja õendusplaani arendamiseks (patsiendi perearsti või eriarstiga konsulteerimine, ravikorralduste saamine ja tagasiside andmine). Keskmiselt kohtutakse üks kord nädalas meeskonnas. Teiste meeskonnaliikmetega kohtub juhtumikorraldaja;
- patsiendi lähedaste ja pereliikmetega suhtlemiseks ning tagasiside andmiseks.

Koduõendus teenuse 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)

Arvestades kvaliteedile kasvavaid nõudmisi vajavad koduõed töövahendina autot. Siiani on lahendamata jäätmekäitluse probleem koduõenduses. Õe tegevus esimesel ja viimasel visiidil patsiendi juures on erinev. Esimesel visiidil on rõhk patsiendi vajaduste, hetkeseisundi hindamisel ja otsesel füüsilisel hooldusel, viimasel visiidil enam psühholoogilisel toetamisel ja patsiendi enesehoolduse edendamisel.

9.1. Esimene visiit ja koduõenduse vajaduse hindamine

Esimesel visiidil sõlmitakse koduõenduse osutamise leping tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi vahel, teostatakse igakülgne patsiendi seisundi hindamine ning tehakse õendusplan. Esimesele visiidile kulub tunduvalt rohkem aega. Soovitav on teostada esimest visiiti ja koostada õendusplaani koos õendusjuhiga. Esimesele visiidile, kus teostatakse hindamine, kulub keskmiselt 1,5 kuni 2 tundi. Siis kulub ka õendusloo täitmisele umbes 20-30 minutit. Patsient 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 patsiendiga, kelle

seisundihindamine 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 patsiendi õendusprobleemid (või püstitatakse õendusdiagnoosid), määratletakse eesmärgid, milliste tulemusteni õendushoolduses jõuda soovitakse. Nende alusel ning vastavalt arsti jt spetsialistide korraldustele koostatakse õendusplaani. Õendusplaanis määratletakse õe ja hooldustöötaja poolt teostatavad vajalikud tegevused. Kui on tegemist multiprobleemsete patsiendiga, kelle probleemid on esmastasandi spetsialistide (perearsti, õe ja sotsiaaltöötaja) jaoks lahendamatud või vajavad lisahindamist, siis saadetakse patsient geriaatrilisele hindamisele.

9.2. Koduõe korduvad visiidid

Õendusabi osutamine sõltub patsiendi seisundist ning planeeritud õendustegevusest. Õde jälgib patsiendi seisundit igal visiidil kõikide määratletud ja lisanduda võivate uute õendusprobleemide osas, teostab õendusplaanis ette nähtud õendustoimingud. Kui on lisandunud uued õendusprobleemid või mõned probleemid on saanud lahenduse, siis kajastatakse see kohe õendusplaanis ja õe selle päeva sissekannetes. Kui patsiendi seisundis tekivad muutused, teavitatakse sellest suunanud arsti ning peab toimuma uus hindamine ning selle alusel muudetakse õendusplaani ja õendustegevust.

Vähemalt iga kolme kuu järel teostatakse vahehindamised, mis edastatakse perearstile. Vahehindamistel antakse hinnang teostatud õendustegevuse efektiivsusele, arst ja õde koos vaatavad üle teostatud õendustegevuse tulemused ning määratlevad uued eesmärgid. Vahehindamiste sagedus ja aeg määratakse kindlaks koos suunanud arstiga ja fikseeritakse õendusplaanis.

Koduõenduse visiitide kordade arv ja nende teostamise sagedus määratakse kindlaks seisundi hindamise alusel. Tulenevalt patsiendi seisundist võib koduõenduse teenuse osutamise periood venida ajaliselt väga pikaks. Üle kahe korra päevas ühele patsiendile visiite teha ei ole otstarbekas. Visiidi kordade arvu määrab õendusevajadus ja alternatiivsete teenuste olemasolu ning patsiendi nõusolek nendega. Kui patsient keeldub haiglaravist, tuleb vajalikku ravi ja õendusabi talle osutada kodus koostöös perearsti või raviarstiga. Koduõendust võib põhjendatud vajaduse korral pakkuda patsiendile elu lõpuni.

9.3. Koduõe visiitide pikkust ja kestvust mõjutavad tegurid

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

Visiidid võivad olla pikemad, kui 90 minutit, kui on tegemist:

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

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

- dementsus ja psühhiaatrilised probleemid;
- depressioon
- patsiendi vajadustele mittevastavad elamistingimused;
- perekondlikud probleemid ja väärkohtlemise juhtumid;
- vaesus, mistõttu ei ole võimalik osta õendushooldus- ja abivahendeid;
- sotsiaalhooldaja puudumine või sotsiaaltöö puudulikkus;
- patsiendi keeldumine haiglaravist, sotsiaalhooldajast.

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

Visiitide arv on suurem järgmistele patsientidele:

- pikaajalist koduõendusteenust ja palliatiivset hooldust vajavad patsiendid
- vaimse tervise häiretega patsiendid,
- endokriinsete häiretega patsiendid,

- nahaterviklikkuse häiretega patsiendid,
- nägemispuudulikkusega patsiendid,
- sotsiaalse suhtlemise probleemide korral, sest õde peab olema patsiendi esindajaks erinevates institutsioonides ning õde võib osutada patsiendile ainsaks suhtlemispartneriks.

Ka võib visiitide arv ühele patsiendile jääda väikeseks, kui patsiendile suunatakse peale esimesi visiite seisundi halvenedes edasistesse ravietaappidesse.

10. ÕENDUSPROBLEEMID

Õendusprobleemide hulk on patsienditi erinev varieerudes kolmest kuni 12-ni. Õendusprobleemide olemus ja hulk sõltub koduõendusteenuse patsiendi 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, köha),
- 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 ja 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 patsiendi 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

Pikemaajalise õendusprotsessi puhul lähtub õde headest meeskondliku töö tavadest ja juhtumi korraldamise põhimõtetest. Õde hindab patsiendi funktsionaalset seisundit. See jaguneb neljaks valdkonnaks:

- patsiendi füüsiline funktsioneerimine, mis puudutab tema sensomotoorset tegevust. Füüsilise võimetuse näiteks on piiratud kõndimisvõime või suutmatus 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 rahulolematus on emotsionaalse võimetuse nähud;
- sotsiaalne funktsioon puudutab patsiendi 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, patsiendi ja tema perekonna terviklikke vajadusi, finantsvõimalusi ning hinnangu tulemusena leitakse ja otsustatakse teenuse osutamiseks optimaalseim tasand. Hindamise protsessi on kaasatud lisaks professionaalsete erialade esindajatele (arst, õde, sotsiaaltöötaja jt) patsient ise ja tema perekond.

11.2. Õendusprobleemide lahendamine

Õde lähtub koduõenduse teostamisel patsiendi seisundi hindamise tulemustest ja arsti korraldustest, selgitab hindamise tulemusel välja lahendamist vajavad õendusprobleemid 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 patsiendi seisundi jälgimine. Nende tegevuste alla kuuluvad elutähtsate näitajate mõõtmine, ravirežiimi täitmise jälgimine, ravimite manustamise kontrollimine, ravimite toime hindamine. Koduõendusteenuse käigus sooritatavad raviprotseduurid, põetustegevused, laboriuuringud ja õendusalaane nõustamine on esitatud Sotsiaalministri määruses "Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused" (13.08.2010, nr. 55, RT I 2010, 57, 388).

Patsiendi 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 patsiendi ja tema perekonna koolitamisele ja juhendamisele. Eesmärk on õpetada klienti võtma enda peale vastutus oma tervise eest, sest patsient ja tema perekond peavad olema võimelised igapäevaeluvajadusi rahuldama ka peale professionaalse töötaja lahkumist (*self-care management*).

Psühhosotsiaalne toetamine. Patsiendid 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. Patsientide psühhosotsiaalsed vajadused on seotud ka usaldusliku, avatud ja võrdväärse õendussuhte loomisega.

11.3. Rehabiiteeriv õendustegevus

Rehabiiteeriv õendus on koduõenduse osa, mille eesmärk on aidata patsiendil 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, sotsiaaltöötaja (-hooldaja), patsient ja tema perekond.

11.4. Mitteformaalsete hooldajate õpetamine ja toetamine

Mitteformaalsete hooldajate kaasamine õendusplaani koostamisel ning hooldusega ülekoormatud sugulaste toetamine lubab üle minna ainult patsiendile orienteeritud abilt

süsteemsele teenindamisele. Mitteformaalsete hooldajate panus patsiendi hoolduses on märkimisväärne ja üldiselt vastuvõetavaks 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 isiku 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 tervises seisund, isolatsioon, kontroll ja viha, seepärast peaksid õed neil soovitama võimalusel vahepeal ilma süütundeta 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;
- gruppidegevused, kus kasutatakse õpetamist ja käitumise juhtimise tehnikaid, psühhoteraapiat, informatsiooni, praktiliste ja toimetulekuoskuste jagamist teistega, saadakse sotsiaalset toetust. Grupidegevused 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

Koduõdedele on kohustuslik teenuse osutamise dokumenteerimine ja haigekassal on õigus õendusplaani alusel kontrollida teenuse osutamise õigsust ja põhjendatust. Koduõendusteenuse dokumenteerimist reguleerib Sotsiaalministri 18.09.2008. a määrus nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“.

Koduõendusteenuse osutamise perioodil on Eesti Haigekassa läbi viinud kaks koduõendusteenuse kvaliteedi auditit dokumentatsiooni põhjal. Mõlema auditi tulemused kinnitavad, et koduõenduslugude dokumenteerimise kvaliteet on väga ebahütlane ja koduõenduslugu vajab parandamist ning kasuks tuleb ühtse õendusloo vormi kasutusele võtmine. 2011. aastal alustas koduõdede seltsing ühtse koduõendusloo vormi välja töötamist, mis vastab kaasaja õendusfilosoofiale, kutsealastele nõuetele, patsiendi tervise seisundi vajadustele ning kehtivatele seadustele. Koduõendusloo vorm ja selle täitmise juhend on valminud koostöös koduõdede seltsingu liikmete ja Eesti Õdede Liiduga. Koduõenduslugu on Eesti Õdede Liidu kodulehel.

Koduõenduslugu <http://www.ena.ee/koduoed/koduoenduslugu>

Koduõendusloo vormi täitmise juhend http://www.ena.ee/images/endusloo_juhend.pdf

13. KODUÕENDUSTEENUSE TULEMUSED JA KVALITEEDI HINDAMINE

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

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 igakülgset arendada ning täiendada, rakendades uuendusi oma igapäevatöös. Koduõel on kohustus osaleda erialasel täiendkoolitustel iga-aastaselt vähemalt 60 tunni ulatuses ning pidevalt ennast erialaselt arendada. Kvaliteet peab olema kõiges: patsiendiga seonduvas, õendustegevuses ja juhtimises.

Koduõendusteenuse osutamise ajal ja lõpus peab hindama patsiendi teadmiste, käitumise ja seisundi muutumist sekkumiste tulemusena. Osutatud teenuse kohta tuleb küsida tagasisidet patsiendilt ja/või omastelt, samuti koduõega koostööd teinud pere-, ravi- või eriarstilt. Tagasiside ja oma keskuse töö ning teostatud õendustegevuse efektiivsuse pidev analüüsimine on aluseks teenuse pidevale arendamisele ja parendamisele.

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

Töö kvaliteedi ja õdede läbipõlemise vältimiseks on soovitav kasutada supervisiooni. Kindlasti peaks olema kliiniline juhendamine ehk supervisioon igale tööle asuvale 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 käigus 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 parendamiseks. Kliiniline

supervisioon ei ole mõeldud ei juhtimise kontrollvahendite ega ravivõtetena, see on pigem abistav protsess, mida viiakse läbi õpetust vältivas vestluse vormis. Kliiniline supervisioon aitab kaitsta õde tema ametist tuleneva stressi vastu, soodustab personaalset ja professionaalset arengut. Iga koduõde peab supervisiooni kõrval saama ka pidevat kvisiooni, st õendusprobleemide arutamist oma eriala teiste esindajatega.

Kvaliteetse koduõendusteenuse aluseks on:

- patsiendist lähtumine, arvestades patsiendi ja/või tema perekonna eelistusi ja soove;
- töö nägemine protsessina: õendusvajaduse hindamine, eesmärkide püstitamine, tegevuste planeerimine ja pidev tulemuste hindamine (k.a. tagasiside patsientidelt);
- tingimuste loomine, mis tagab kvaliteetse töö (ressursside planeerimine, töö analüüsimine, meeskonnatöö, personalistruktuur, töönõustamine,
- täiendkoolitus, tehnika ja tehnoloogia);
- ökonoomsus ja efektiivsus.

Teenust osutaval asutusel peab olema välja töötatud kvaliteedi juhtimise süsteem, mille elluviimise eest ta vastutab. Koduteenuste kvaliteedipoliitika aluseks on organisatsiooni ja/või kohaliku omavalitsuse üldine kvaliteedipoliitika ning kohaliku omavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiupoliitika.

13.1 Kvaliteediindikaatorid koduõenduses

Teenuse kvaliteet

Standard	Mõõdik
1. Teenuse osutamine on lubatud õendusabi osutamise tegevusloa alusel.	1. 1. Teenuse osutaja omab Terviseameti poolt väljastatud kehtivat tegevusloa koduõendusteenuse osutamiseks
2. Koduõendusteenuse osutamist juhib kõrgharidusega ja vähemalt kolmeaastase kliinilise töökogemusega ja soovitavalt juhtimiskogemusega õde	2.1. Pädevustunnistused
3. Teenuse osutajal on rakendatud kvaliteedijuhtimissüsteem	3.1. Koduõendustegevused vastavad SM määrusele „Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu“ 3.2. Tervishoiuteenuse osutajal on olemas asutuse kvaliteedi standard 3.3. Auditid teenuse sihipärasuse hindamiseks (haigekassa auditid, siseauditid) 3.4. Vastutused on määratud ja dokumenteeritud (ametijuhendid) 3.5. Personali kvalifikatsiooni ja valiku põhimõtted on kirjeldatud; personali pädevusdokumendid
4. Teenuse osutaja personalipoliitika tagab personali, mis vastab patsiendi ja teenuse professionaalse kvaliteedi nõuetele	4.1. Teenuse osutajal on personali pädevust kinnitavad dokumendid. 4.2. Koduõde/õed on kantud Terviseameti registrisse. 4.3. Koduõde omab kõrgharidust või selle puudumisel on läbinud koduõenduse koolituse 3 moodulit 4.4. Koduõde omab kliinilist kogemust vähemalt 3 aastat 4.5. Tunnistused täiendkoolituste kohta on kättesaadavad
5. Koduõendusteenuse osutajal on dokumenteeritud raviprotseduuride läbiviimise juhendid	5.1. Protseduuride läbiviimise juhendid on välja töötatud
6. Teenuse osutajal on välja töötatud võimalike tüsistuste ja probleemsete juhtumite dokumenteerimise kord	6.1. Täidetud dokumentatsioon tekkinud tüsistuste ja probleemsete juhtumite kohta

7. Teenuse osutaja hindab perioodiliselt patsiendi rahulolu teenusega asutuses kinnitatud korra alusel.	7.1.Patsiendi rahulolu koduõendusteenusega on hinnatud vähemalt kord 2 aasta jooksul ja dokumenteeritud 7.2. Rahulolu hindamise instrumendid on koostatud teenuse iseloomu ja patsiendi taset (kognitiivset võimekust) arvestades ja on neile igati mõistetavad.
---	---

Patsiendiga seotud kvaliteet

Standard	Mõõdik
2.Patsiendi ja/ või tema lähedased kaasatakse koduõendusteenuse protsessis otsuste tegemisel ning nad on informeeritud koduõendusteenusest ja teenuse käigus tehtavatest protseduuridest.	2.1. Eesti Õdede Liidu poolt heakskiidetud Koduõenduslugu on täidetud vastavalt Koduõendusloo vormi täitmise juhendile 2.2.Patsiendi või tema esindaja poolt allkirjastatud koduõendusteenuse osutamise leping/ nõusolek (kahes eksemplaris, millest üks jääb patsiendile ja teine on koduõendusloo vahel).
3. Patsiendi delikaatsed isikuandmed on kaitstud	3.1. Andmekaitse luba delikaatsete isikuandmete töötlemiseks
4. Patsiendil on õigus ja võimalus esitada tagasisidet teenuse kvaliteedi kohta	4.1. Tagasiside esitamise kord ja dokumendid on patsiendile kättesaadavad 4.2. Kaebused on dokumenteeritud ja menetletud ja tagasisidestatud patsiendile

Patsiendi turvalisus

Lamatiste ennetamine, riskiteguritele tähelepanu pööramine	
Standard	Mõõdik
1. Patsiendi naha terviklikkuse säilitamine, kudedele surve vähendamine	1.1 Lamatiste riski hindamiseks on kasutatud Bradeni meetodeid 1.2 Patsienti ja lähedasi on õpetatud, nõustatud asendimuutuse vajadustest 1.3 Riskihindamine on dokumenteeritud
Patsiendi turvalisuse tagamine, kukkumiste ennetamine	
Standard	Mõõdik
2. Patsiendi turvalisuse hindamine koduses keskkonnas	2.1 Patsiendi kukkumise ohutegurid on hinnatud ja ettevaatusabinõud on dokumenteeritud 2.2 Hädaabinumbrid on patsiendile kättesaadavad

KIRJANDUS JA VIITED

Artiklid

Süsteematilised 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.

Kersktra, 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): 1023-103

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.
- Emlet, 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

- Emlet, 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.

Eesti Inimarengu aruanne 2012/2013. Eesti maailmas. Eesti Koostöökogu. Tallinn
<http://www.kogu.ee/wp-content/uploads/2013/05/EIA20122013.pdf> (06.08.2014)

Eesti Statistikaamet. SHARE uuring (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) <http://www.stat.ee/share> (8.01.2014)

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-s 18.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.

Õigusaktid

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused (13.08.2010, nr. 55, RT I 2010, 57, 388).

Nõuded ambulatoorse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitele (13.08.2010 nr.56, RT I 2010, 57, 389).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (09.05.2001, RT I 2001, 50, 284).

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord (18.09.2008, nr 56, RT).

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (15.12.2004 nr.128, RTL 2004,158,2376).

LISA 1

Patsiendi kukkumise ennetamine ja ennetustöö dokumenteerimine

Kogu maailma elanikkond vananeb, liikumisvõime on eakale inimesele hindamatu väärtus nii üksikisiku kui ühiskonna tasandil. Iga eakas inimene püüab püsida terve ja liikumisvõimelisena, soovides igapäevaelus toime tulla ilma kõrvalise abita. Paraku ei ole keegi kaitstud kukkumiste eest. Eriti suur risk luumurdudeks on vanuritel, sest vananemisega kaasnevad ealised protsessid muudavad luud hapraks.

Eda Mangus (2013) uurimistöö tulemuste põhjal selgus, et eakate kukkumist põhjustavad riskitegurid jagunevad bioloogilisteks ja keskkonna tingimustest tulenevaks. Bioloogilised tegurid tulenevad otseselt

- patsiendi tervislikust seisundist (inkontinentsus, immobiilsus, kognitiivse võimekuse häired, abivahendite kasutamine jt) ja
- vananedes (üle 65-aastased patsiendid) toimuvatest muutustest (peapööritus, tasakaaluhäired, nägemise langus),
- ravimite kõrvaltoimest,
- hirmust korduva kukkumise ees.

Keskkonnateguriteks, mis põhjustavad patsiendi kukkumisi on:

- ruumide valgustus
- temperatuur
- vaibad põrandatel
- valesti paigutatud mööbel

Kukkumised tulenevad bioloogiliste- ja keskkonnatingimuste toime kombinatsioonist. Koduõendusteenusel oleva patsiendi kukkumise ennetamine on meeskonnatöö, millesse on kaasatud patsient ise ja kõik patsiendiga tegelevad isikud.

1. Tegevuse eesmärk

1. Patsiendi turvalisuse tagamine.
2. Patsiendi kukkumise ennetamine.
3. Trauma tekkeriskide miinimumini viimine:
 - Määratleda patsiendi tervislik seisund ja liikumisvõime;
 - Kohandada koos patsiendi ja tema lähedastega turvaline ümbrus;
 - Sobitada õiged abivahendid ja õpetada patsienti ning tema lähedasi neid kasutama.

2. Teostajad

1. Koduõde
2. Patsient ja tema lähedased

3. Patsiendi ja tema lähedaste õpetus

1. Selgita välja patsiendi ja tema lähedaste koostöövõime. Patsiendi tervisliku seisundi halvenemine ja psüühilised probleemid võivad patsiendi koostöövõimet vähendada (nt rahutus, hirm, dementsus, depressioon).
2. Selgita patsiendi kukkumise riskid:
 - vanus

- eelnevad kukkumised, traumad
 - haigused, tervislikust seisundist tingitud piirangud (vt p 3.1. ja 3.4)
 - kasutatavad ravimid
 - keskkonnatingimused
3. Selgita patsiendile ja tema lähedastele koostöö tähtsust, loo usaldav kontakt ning palu patsiendil ja tema lähedastel järgida antavaid soovitusi, et tagada turvaline liikumine kukkumiste ennetamiseks.
 4. Selgita patsiendile ja tema lähedastele kukkumise riski suurenemise võimalusi, mille tõttu võib nii mõnigi oht õigeaegselt märkamata jääda (reageerimine aeglustub - võidakse komistada, libiseda ja kukkuda).
 5. Selgita patsiendile toimetulekuvõime võimalikku halvenemist põhjustavaid tegureid (tingitud ealistest muutustest või haigustest):
 - Halvatus
 - pearinglus
 - liikumishäired
 - vereringehäired, (madal vererõhk)
 - aneemiast tingitud nõrkus
 - lihasjõu langus
 - liigeste jäikus
 - tasakaalu ja koordineerimise halvenemine
 - aeglustunud mõtlemine
 - kuulmise ja nägemise halvenemine
 6. Selgita mõningate krooniliste haiguste puhul kasutatavate ravimite võimalikku kõrvalmõju organismile (näit lihastoonuse halvenemine, vaimsete võimete vähenemine, ortostaatiline hüpotensioon, nägemise hämardumine jne).
 7. Julgusta patsienti ja tema lähedasi koostööle ning koheselt teavitama koduõde oma probleemidest ja enesetunde muutustest (nt pearinglus, tasakaaluhäire jne).
 8. Selgita patsiendile ja tema lähedastele õigete võtete kasutamise vajadust asendi muutmisel:
 - Ei tohi järsku tõusta voodist/ toolilt püsti;
 - Esmalt tõuse voodi/tooli servale istuma, sest tuleb kohaneda uue asendiga (pearingluse oht, mis võib põhjustada tasakaaluhäire ja kukkumise);
 - Seejärel võib tõusta püsti, seista ja mõne aja pärast alustada kõndimist;
 9. Õpeta ja vajadusel soorita koos patsiendiga lihaseid tugevdavaid harjutusi:
 - Räägi patsiendile õige liikumistehnika ja iseseisvalt tehtavate lihasharjutuste vajalikkusest lihasjõu suurendamisele ning kiiremale paranemisprotsessile;
 - Õpeta patsiendile õigeid liikumistehnikaid;
 - Julgusta patsienti säilitama aktiivsust ja hoolitsema ise oma füüsilise seisundi säilitamise eest ning erguta teda igapäevatoimingutega hakkama saama;
 - Õpeta valima õige kehaline aktiivsuse vorm, intensiivsus ja sagedus, tunnetama oma organismi võimeid/ vältima ülekoormust, käimisel valima sobiv tempo ja tee pikkus;
 - Anna soovitused harjutustele ning soorituste kordadele.
 10. Õpeta abivahendite õiget kasutamist

11. Selgita nägemise parandamise vajalikkust (prillid, piisav valgustus, silmalihaste treenimine jms).
12. Õpeta patsiendile tegutsemist kukkumise korral:
 - Õpeta patsiendile võimaliku kukkumise korral toetuma kätele, et säästa puusaluud;
 - Kukkumise korral kutsu kohe abi (hüüdes, kui keegi on kodus)
13. Pärast kukkumist ei tohi tõusta kohe püsti. Tõustes kasuta järgmisi võtteid :
 - Esialgu neljakäpakile ehk toengpõlvitusse, selles asendis liikuda voodi/ tooli kõrvale;
 - Toeta kätega voodi/ tooli peale;
 - Tõuse ettevaatlikult püsti;
 - Heida voodisse pikali/ istu toolile.
14. Kahtluse korral traumale kutsu kiirabi
15. Õpeta patsienti ja tema lähedasi muutma oma kodu ja koduümbrust endale ohutumaks:
 - Selgita märja põranda ohtlikkust;
 - Räägi libisemiskindla vannitoa ja duširuumi vaipade olemasolust ja võimalusest spetsiaalse kleeplindi abil muuta põrandavaibad libisemiskindlaks;
 - Selgita koduse „liikumistee“/ trajektoori takistusest läbitavuse vajalikkust (näit: pikendusjuhtmete, esemete kõrvaldamine teelt);
 - Õpeta valima õige kehalise aktiivsuse vorm, intensiivsus ja sagedus, tunnetama oma organismi võimeid/ vältima ülekoormust, käimisel valima sobiv tempo ja tee pikkus.
16. Õpeta patsiendi lähedasi vajadusel abistama patsienti liikumisel või harjutuste sooritamisel, et ära hoida traumade tekke ohtu.

4. Vahendid

Sobiv rõivastus:

- Patsiendi suurusele vastavad riided (vältida pikki hommikumantleid!);
- Mugavad, madalad, mittelibiseva tallaga kannast kinnised jalatsid.
 - Mittelibisev põrandakattematerjal.
 - Piisav valgustus, ka öösel
 - Abivahendid:
- käimiseks vajalikud abivahendid (kepp, tugiraamid jne.)
- Riietumise abivahendid (haaramisnäpitsad, sukatõmbaja jne).

5. Ohud

Kommunikatsiooni probleemid patsiendi õpetuse edastamisel, mõistmisel, planeerimisel ja teostamisel.

6. Hindamiskriteeriumid

1. Õde on hinnanud ja dokumenteerinud patsiendi tervislikku seisundit, iseseisvat toimetulekuvõimet ja kodust olukorda arvestades kukkumisohtu.
2. Patsienti ja patsiendi lähedasi on nõustatud ja õpetatud looma ohutut keskkonda, kuidas abistada patsienti ja kuidas kodu kohandada kukkumiste vältimiseks ning see on dokumenteeritud koduõendusloos.

7. Vastutus

Õde vastutab kvaliteetse õendustegevuse (korrektne juhendamine, patsiendiõpetus), osutamise, õendustegevuse dokumenteerimise eest patsiendi õendusdokumentatsioonis.

8. Dokumenteerimine

Koduõde dokumenteerib õendusloos kuupäevaliselt patsiendi liikumisõpetuse

- Märki patsiendiõpetuse teostamine;
- Soovitatud abivahend(id);
- Soovitatud liikumisraviskeem (liikumisviis, harjutused jne);
- Iseloomustatud patsiendi seisundit/ enesetunnet liikumise ajal ja selle järgselt;
- Dokumenteeritud edasised soovitusel õendustegevuseks;

9. KASUTATUD KIRJANDUS

Kaasik, T. (2001). Eakate ohutus ehk kuidas vältida vigastusi vanemas eas. Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Mangus, E. (2013). Patsiendi kukkumise ennetamine hooldusasutuses. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Saava, A. (2011). Toimetulekupiiranguid põhjustanud vigastused Eestis. *Eesti Arst*, 90(4), 165-173.

Saks, K. (2010). Geriaatria – kellele, milleks, kuidas? *Eesti Arst*, 89 (7-8); 464-466.

Tilvis, R. Sourander, L. (1996). Geriaatria. Medicina.

Õe käsiraamat(2001) Medicina.

Õendusoskused (2003) Medicina.

LISA 2

Lamatiste ennetamine, hooldus, ravi ja dokumenteerimine

Vt. Eesti Haigekassa poolt heaks kiidetud ravijuhend Lamatiste käsitus- ennetamine ja konservatiivne ravi.

<http://ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/lamatiste-ennetamine-ja-ravi>

LISA 3

Bradeni skaala lamatiste tekkeriski hindamiseks

Patsient:

Hindaja:

Kuupäev:

Punktid

<p>Välisärritajate tajumine Võime adekvaatselt reageerida survest tingitud ebamugavustundele</p>	<p>Puudub (1 punkt) Puudub igasugune vastus valuärritajatele teadvushäire või ravimite toime tõttu VÕI Võime tunda valu on piiratud enamikul kehapinnast</p>	<p>Oluliselt piiratud (2 punkti) Vastus ainult valuärritajatele. Ebamugavustundest annab märku vaid oigamise või rahutusega VÕI võime tunda valu või ebamugavust on piiratud üle 1/2 kehapinnast</p>	<p>Vähesel määral piiratud (3 punkti) Reageerib käsklustele, kuid pole alati võimeline märku andma ebamugavustundest või vajadusest asendit vahetada VÕI võime tunda valu või ebamugavust on piiratud ühes või kahes jäsemes</p>	<p>Häireteta (4 punkti) Reageerib käsklustele Valu ja ebamugavuse tundmine ja sellest häälega märku andmine pole piiratud</p>
<p>Niiskus Naha niiskus</p>	<p>Pidevalt niiske (1 punkt) Nahk on niiske enamiku ajast higi, uriini vm tõttu. Niiskus on märgatav igal patsiendi liigutamisel või pööramisel</p>	<p>Sageli niiske (2 punkti) Nahk on niiske sageli, kuid mitte kogu aeg. Voodipesu vajab vahetust vähemalt 2 korda 12 tunni jooksul.</p>	<p>Vahetevahel niiske (3 punkti) Nahk on aeg-ajalt niiske, täiendav voodipesu vahetus vajalik ligikaudu 1 kord 12 tunni jooksul.</p>	<p>Harva niiske (4 punkti) Nahk on enamasti kuiv, voodipesu vajab vahetust tavapäraste ajavahemike järel</p>
<p>Liikumine Kehaline aktiivsus</p>	<p>Voodihaige (1 punkt) Lamaja</p>	<p>Ratastoolihaige (2 punkti) Kõndimise võime on oluliselt piiratud või puudub. Ei ole võimeline kandma oma keha raskust ja/või vajab abi toolile/ratastooli istumisel</p>	<p>Kõnnib vahetevahel (3 punkti) Kõnnib aeg-ajalt päeva jooksul lühikesi vahemaid, kõrvalise abiga või iseseisvalt. Suurema osa ärkvelolekuajast veedab voodis või toolil</p>	<p>Kõnnib sageli (4 punkti) Kõnnib ruumist väljas vähemalt kaks korda päevas ja ruumis vähemalt kord kahe tunni jooksul ärkvelolekuaja vältel.</p>
<p>Kehaasendi muutmine Võime muuta ja kontrollida kehaasendit</p>	<p>Liikumatu (1 punkt) Ei muuda keha ega jäsemete asendit ka mitte vähesel määral ilma kõrvalise abita</p>	<p>Oluliselt piiratud (2 punkti) Muudab aeg-ajalt vähesel määral keha või jäsemete asendit, pole võimeline ilma kõrvalise abita sageli või olulisel määral asendit muutma</p>	<p>Vähesel määral piiratud (3 punkti) Muudab iseseisvalt sageli, kuid vähesel määral keha või jäsemete asendit</p>	<p>Piiranguteta (4 punkti) Muudab iseseisvalt sageli olulisel määral asendit</p>
<p>Toitumine Igapäevane toitumise režiim</p>	<p>Puudulik (1 punkt) Ei söö kunagi tervet toiduportsjoni. Harva sööb üle 1/3 pakutud toidust. Sööb kuni 2 portsjonit valgutooteid päevas (liha- või piimatoodetena). Vedelikku tarvitab kesiselt. Ei võta vedelaid lisatoite VÕI Ei ole toidetav suu kaudu ja/või on lubatud juua ainult läbipaistvaid vedelikke või on ainult infusioonravil kauem kui 5 päeva</p>	<p>Tõenäoliselt ebapiisav (2 punkti) Harva sööb terve toiduportsjoni. Enamasti sööb vaid ligikaudu 1/2 pakutud toidust. Valku tarbib liha- või piimatoodetena ainult 3 portsjonit päevas. Aeg-ajalt tarvitab lisatoite VÕI Saab alla optimaalse koguse parenteraalset- või sonditoitu</p>	<p>Piisav (3 punkti) Sööb üle poole enamikest toiduportsjonitest. Sööb valgutooteid kuni 4 portsjonit päevas (liha või piimatoodetena). Aeg-ajalt võib keelduda toidust, kuid enamasti nõustub võtma pakutud lisatoitu VÕI On sondi- või on totaalsel parenteraalsel toitmisel, millega tõenäoliselt kaetakse enamik toitainete vajadusest</p>	<p>Väga hea (4 punkti) Enamikel toidukordadel sööb ära terve portsjon. Kunagi ei keeldu toidukorrast. Regulaarselt tarbib 4 või enam portsjonit liha või piimatoodetena päevas Aeg-ajalt sööb ka toidukordade vahel. Ei vaja lisatoitmist</p>
<p>Hõõrdumine ja nihkumine</p>	<p>On probleem (1 punkt) Vajab liigutamisel mõõdukat kuni maksimaalset abi. Täielik teisaldamine võimatu linade vastu hõõrdumiseta. Sageli libiseb voodis ja toolil allapoole, mistõttu vajab sagedast asendi korrigeerimist maksimaalse abiga. Spastilisus, kontraktuurid ja rahutus põhjustavad peaaegu pidevat hõõrdumist</p>	<p>On potentsiaalne probleem (2 punkti) Liigutab raskustega või vajab vähest abi. Liigutuste käigus nahk tõenäoliselt hõõrdub linadel mõningal määral, toolil, ohjamis- ja abivahenditel. Säilitab enamiku ajast suhteliselt hea asendi toolil või voodis, kuid aeg-ajalt libiseb allapoole</p>	<p>Pole ilmne probleem (3 punkti) Liigutab voodis ja toolil iseseisvalt ja omab piisavat lihasjõudu enda kergitamiseks liigutamise ajal. Säilitab voodis ja toolil hea asendi</p>	

Kokku punktid:

Lamatise tekkeriski hindamise tulemused:

madal lamatiste tekkerisk 15-18 punkti; **mõõdukas** lamatiste tekkerisk 13-14 punkti; **kõrge** lamatiste tekkerisk 10-12 punkti; **väga kõrge** lamatiste tekkerisk 9 ja vähem

