



TARTU ÜLIKOOL

Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS)

TULEMUSED

Kai Saks, Ruth Kalda, Helgi Kolk, Sirje Kree (toimetajad)

2015

© 2015 Eesti Teadusagentuur

Toimetajad: Kai Saks, Ruth Kalda, Helgi Kolk, Sirje Kree

Keeletoimetaja: Kairit Henno

ISBN 978-9949-9764-0-9

Trükise koostamist ja väljaandmist toetas Euroopa Regionaalarengu Fond tervishoiuteaduste võimekuse edendamise programmi TerVE raames, mida viis ellu Eesti Teadusagentuur SA.

EAKAS



Eesti Teadusagentuur
Estonian Research Council

TerVE



Sisukord

| | |
|---|------------|
| Sissejuhatus | 3 |
| Uuringu tausta kirjeldus | 4 |
| Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS): osalejad ja korraldus | 9 |
| A KOONDTULEMUSED, JÄRELDUSED, ETTEPANEKUD | 14 |
| Eakate seisundi põhinäitajad interRAI andmete alusel kõigi teenuseliikide võrdlusena | 15 |
| Elukvaliteedi tulemused teenuseliikide ja interRAI hindamisvormide võrdlusena | 21 |
| Eakate preventsiiooni vajadused | 26 |
| Professionaalide arvamused interRAI kasutatavuse kohta | 33 |
| Projekti EAKAS järeldused ja ettepanekud | 35 |
| B TULEMUSED TEENUSELIIKIDE KAUPA | 37 |
| Esmatasandi eakate haigete seisund ning tervishoiu- ja sotsiaalabi teenuste vajadus Tartu piirkonnas interRAI KH andmete põhjal | 38 |
| Koduhoolduse ja -õenduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI KO andmete põhjal | 67 |
| Päevahoolduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI HO andmete põhjal | 83 |
| Asutushoolduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI HO andmete põhjal | 97 |
| Aktiivravi patsientide seisund Tartu piirkonnas interRAI andmete põhjal | 109 |
| C TABELID TULEMUSTEGA interRAI VORMIDE KAUPA | 150 |
| interRAI KH (kontakthindamine) | 151 |
| interRAI KO (koduõendus/koduhooldus) | 162 |
| interRAI HO (asutushooldus) | 187 |
| interRAI AR (aktiivaravi) | 208 |

Sissejuhatus

Eesti elanikkond vananeb, ühelt poolt sündimuse vähenemise, teisalt aga eluea pikenemise arvelt. Eakate osakaal Eesti rahvastikus oli 2015. aasta 1. jaanuari seisuga 18,8 protsenti, prognooside kohaselt on see 2040. aastal 28 protsenti. Vananemine, isegi kui see on edukas ning ilma haigusteta, toob paratamatult kaasa toimetulekuvõime halvenemise väga kõrges eas. Paljudel lisanduvad vanemas eas ka kroonilised haigused, mistõttu vanusega abivajadus üha kasvab. Abiks olevaid teenuseid planeerida saab tõhusalt siis, kui on täpselt teada, milles abi vajatakse, nii üksikisiku puhul kui ka piirkonniti. Paindlikud teenuste pakettid, mis arvestavad nii isiku tervist ja toimetulekuvõimet kui ka omastehooldajate ressursi, on majanduslikult efektiivsed ning aitavad vähendada teenuste ala- ja ka ülepakkumist. Teenuste korraldamine kodu põhjal (vajadustele vastav avahooldusteenuste pakett) vähendab kallimate teenuste vajadust (aktiivravi, statsionaarne õendusabi, asutushooldus). Ennetavate meetmete sihipärane rakendus spetsiifiliste programmidenäiteks kukkumise, alatoitumuse ennetamine jmt) vähendab raskete tüsistuste tekkimist.

Vanemaealiste inimeste tervise ja toimetuleku uuringuid on viimasel aastakümnel tehtud üha rohkem. Eestiski on korraldatud mitmeid suuri uuringuid, milles eakate seisundit kirjeldatakse nii tervise kui ka toimetuleku aspektist (Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis 2000. a; SHARE uuring Eestis – alates 2013. a, uuringu viimane laine kavandatud 2024. a; Euroopa Sotsiaaluuring Eestis alates 2004, jätkuv; Eesti Terviseuuring – 1996, 2006, 2014). Enamikus uuringutes on uuritavateks kodus elavad eakad inimesed, tervishoiu- ja hoolekandeteenuste tarbijad pole kaasatud või teistest eristatud. Selline teave ei ole piisav, et planeerida teenuseid habrastele eakatele, kellel on muust elanikkonnast spetsiifilisemad teenuste vajadused.

Antud uuring eristub teistest eakate tervise ja toimetuleku uuringutest eeskätt selle poolest, et hinnatakse nende eakate inimeste seisundit ja vajadusi, kes kasutavad mingit tervishoiu- või hoolekandeteenust, sõltumata elupaigast uuringu ajal (kodus, haiglas, õendusosakonnas, hooldekodus). Teisalt on sihiks hinnata ühe piirkonna eakate vajadusi komplekselt, hõlmates pea kõik tervishoiu- ja hoolekandeteenuste saajate rühmad. Seega kajastavad uuringu „Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine“ (EAKAS) tulemused ühes piirkonnas elavate ja tervishoiu- või hoolekandeteenuseid vajavate vanemate inimeste probleemide struktuuri. Lisaks hinnatakse uuritavate vajadust preventsoonimeetmete järele, samuti teenuste vajadust kodus elavatel inimestel.

Tartu linn ja Tartu maakond, kus uuring tehti, on rahvastikunäitajate poolest üsna Eesti keskmine, seega on tulemused üldjoontes laiendatavad kogu Eestile. Täpsemate piirkondlike tulemuste saamiseks võib aga sama meetodikaga teha uuringuid Eesti eri piirkondades. Kui meil juurutatakse interRAI meetodikat hooldusvajadusega isikute seisundi rutiinseks hindamiseks kõikidel teenuste tasanditel, saab eri piirkondade olukorda ja vajaduste dünaamikat analüüsida jooksvalt interRAI andmekogu alusel.

Otsus publitseerida uuringu tulemused elektroonilisel kujul on ajendatud eesmärgist teha need võimalikult laialdaselt kättesaadavaks tervishoiu- ja hoolekandetöötajatele kogu Eestis.

Täname uuringu rahastajat Eesti Teadusagentuuri ja meie häid koostööpartnereid ning andmekogujaid, kelle panus uuringu õnnestumiseks oli väga oluline.

Toimetajad

Uuringu tausta kirjeldus

Kai Saks, Helgi Kolk, Ruth Kalda, Sirje Kree

Uuringut kavandades tuginesime olemasolevale tõendus põhisele teabele eakate probleemidest, geriaatrilisest preventatsioonist ning igakülgsest seisundi hindamisest. Läbitöötatud materjalide põhjal määratlesime uuringu eesmärgid. Järgnevalt on toodud põhiseisukohad, millest lähtusime (täiendatud ka uuemate kirjandusallikatega).

Sagedamad tervise- ja toimetulekuprobleemid vanemas eas

Normaalne vananemine tähendab eelkõige seda, et inimene elab haigusteta kuni kõrge eani. See õnnestub praegu siiski vähestel. Eestis ei kurtud 65-aastastest ja vanematest inimestest pikaajalisi tervisehäireid 2000. aastal 10% (1). Eesti terviseuuringu 2006. a andmetel ei ole pikaajalist tervisehäiret kunagi esinenud 65–69-aastastest meestest 20%-l ja naistest 7,5%-l, üle 80-aastastest meestest 9%-l ning naistest 8%-l (2). Ometi kaasneb ka terve vananemisega funktsiooni- ja toimetulekuvõime järkjärguline vähenemine. Edukalt vananev inimene ei vaja kõrvalist abi igapäevaelus enne 80.–85. eluaastat (4, 5). Eesti terviseuuringu andmetel oli täiesti iseseisvalt toimetulevaid inimesi 65–69-a meeste hulgas 86,9%, naiste hulgas 78,3%, ning 80-aastaste ja vanemate meeste hulgas 57,3% ja naiste seas 43,3% (2). Vananemine ei mõjuta ainult inimese keha, vaid ka kognitsiooni, psühhoemotsionaalset ning sotsiaalset seisundit. Kognitiivne võimekus võib püsida kaua aega stabiilsena ning vananemine iseenesest, ilma haigusteta, ei tekita dementsust. Siiski on alates 70. eluaastastest täheldatud vaimse võimekuse testide skooride vähenemist. Põhjuseks võib olla reaktsioonikiiruse langus, sest pikema sooritusaja jooksul tulemused ei vähenenud (5). Eakate hulgas on leitud depressiivsust sagedamini kui nooremate seas. Rahvusvahelise uuringu SHARE andmetel esineb Eesti vanemaealistel depressiivsust sagedamini kui enamikus teistes riikides: rohkem kui kolmandikul kodus elavatel 55-aastastel ja vanematel inimestel, kusjuures 75-aastastest ja vanematest ligi pooltel (6). Kliinilist depressiooni esineb Eestis 18–24-aastastel 2,4% ja 75–84-aastastel 9,7% (7). Arvatakse, et eakate depressiivsuse suurenemine ei ole tingitud vanusest, vaid on seotud kaotustega, mis vanuse kasvades sagenevad – terviseprobleemid, toimetulekuhäired, positsiooni kaotamine, iseseisvuse kaotamine, rahamured, sõprade kaotamine (8, 9). Depressiivsus võib vähendada tervislike eluviiside ja ravisoovituste järgmist, osalemist ühiselus ning halvendada eakate elukvaliteeti, soodustada une- ja toitumishäirete ning aneemia teket (10). Sotsiaalne seisund ja tugivõrgustik on toimetulekuga tihedasti seotud ning võib avaldada olulist mõju ka tervisele. Nii näiteks võib sotsiaalse suhtluse vähenemine olla seotud kognitiivsete võimete halvenemise ning tervislikest eluviisidest loobumisega, soodustades depressiivsuse teket (11, 12).

Paraku kaasneb paljudel vananemisega ka krooniliste haiguste avaldumine, eelkõige südame-veresoonkonna haigused, suhkurtõbi, luuhõrenemine, tugi-liikumisaparaadi ning neuroloogilised haigused, silmahaigused, kuid samuti pahaloomulised kasvajad ning kognitiivsed häired. Tervislikud eluviisid aitavad nendesse haigustesse haigestumise riski vähendada.

Nii kergemad terviseprobleemid kui ka sotsiaalsed ja psühholoogilised tegurid võivad eriti koostöös muuta senise aktiivse eaka inimese abivajajaks, vähendada tema iseseisvust, kahandada elukvaliteeti. Murranguks terve ja aktiivse vananemise ning probleemse vananemise vahel on paljudel juhtudel äge haigestumine, mille tõttu organismi reservid ammenduvad ning avaldub nn doomino efekt, mille korral juba suhteliselt vähene kahjustus ühes elundkonnas tekitab häireid ka teistes süsteemides ning tagajärjeks võivad olla tervise kiire halvenemine ja olulised raskused edasises toimetulekus.

Preventsioon ehk ennetus vanemas eas

Tervisemurede ja toimetulekahäirete ennetus on eakate puhul niisama oluline kui noorematel, kuid selle sisu on teistsugune ning toimivate meetmete ring laiem, mistõttu kasutatakse eakate puhul tihti väljendit „preventsioon“. Eakatel on sageli palju riskitegureid ning nende tähendus ei ole väga vanas eas päris selge. Nad põevad tihti mitut kroonilist haigust, mistõttu preventsioon võib tuua kaasa soovimatuid kõrvalnähte, kognitiivsete võimete languse puhul on raske saavutada soovitude täpset järgimist.

Esmase preventsiooni sihiks eakate puhul on nõustamine eelkõige toitumise, kehalise koormuse ja ohutuse suhtes, immuniseerimine (gripp, pneumokokk, teetanus/difteeria) ning sotsiaalse suhtluse ja aktiivse eluviisi soodustamine. Primaarse preventsiooni efektiivsus pole eakatel siiski kuigi suur, nii näiteks on soovitud mõju kukkumiste ennetamisel tervetel ja mitte kukkunud eakatel 10–17%, samas kui riskirühmale suunatud ennetus aitab vähendada kukkumisi ligi kolmandiku, haiglaravi vajadust veerandi ning haiglapäevade arvu koguni poole võrra (13, 14). Kindlasti tuleb rakendada ka spetsiifilisi haiguste ennetuse meetmeid, arvestades seejuures, et eakatele ei sobi kõik noorematele suunatud sekkumised. Nii näiteks on eakatel toitumisprobleemidest kõige olulisem alatoitumise vältimine (ideaalne kehamassi indeks vanemaealistel on seejuures 23–29), hüpertensiooni ravis tuleb vältida liigset vererõhulangust, kolesteroolisisalduse alandamisele suunatud medikamentoosne ravi vajab väga vanadel inimestel põhjalikku kasu/kahju analüüsi jne (15, 16).

Kuluefektiivsuse poolest on tõhusamad eakate teisene ja kolmandane preventsioon. Sekundaarse ennetuse sihiks eakatel on võimalikult varajane haiguste ja geriaatriliste sündroomide avastamine ning adekvaatse ravi rakendamine, et aeglustada haiguse kulgu ja vähendada tüsistuste teket. Eakatel on fookuses nägemine, kuulmine, hüpertensioon, pahaloomulised kasvajad, depressioon, dementsus, alatoitumine, kukkumised, pidamatus, uni, valu, hambad, ravimite väärkasutus, toimetulek igapäevaeluga, tugivõrgustik. Tertsiaarse preventsiooni sihiks on vältida puude teket, parandada või säilitada iseseisvat toimetulekut ning parandada/säilitada elukvaliteeti. Eakate puhul on oluline peale põhihaiguse diagnoosida kõik kaasuvad haigused ja sündroomid, määrata sekkumiste prioriteedid, rakendada igakülgset rehabilitatsiooni, parandada sotsiaalset tugivõrgustikku, toetada omastest hooldajaid ning tagada vajalikud tervishoiu- ja sotsiaalteenused, ennetamaks tervise- ja toimetulekahäirete süvenemist.

Eakate puhul võib preventsiooni olla raskem ellu rakendada. Ühelt poolt tuleneb see eakatest endist – aastate jooksul praktiseeritud elustiili muuta on raske ja motivatsioon selleks võib puududa. Teisalt tuleneb see professionaalidest – eakate terviseennetust ei peeta nii oluliseks kui nooremate puhul, ei tunta eakate preventsiooni eripärasid, ei leita aega või vajadust sellega tegeleda, kuna esiplaanil on terviseprobleemid ja nende ravi. Niisamuti raskendab edukat preventsiooni tervishoiu- ja hoolekandevaldkondade omavaheline vastutuse ja ressursside hajumine. Samas on näidatud, et sihipäraselt rakendatud ennetus on eakatel efektiivne (17).

Igakülgne seisundi hindamine

Tänapäeval on seisundi igakülgse hindamise kontseptsioon ja sellest lähtuva ravi/hoolduse/ennetuse kava koostamine ning järgimine eakate puhul tunnustatud nii tervishoius kui hoolekandes (18, 19, 20). Igakülgne geriaatriline hindamine (IGH) tähendab, et isiku seisundit hinnatakse eri aspektidest: meditsiiniline, funktsionaalne, kognitiivne, psühholoogiline, sotsiaalne, keskkondlik, majanduslik, elukvaliteet ja rahulolu. Iga aspekti hindamiseks võib kasutada spetsiifilist mõõdikut, siiski peetakse paremaks rakendada kompleksset hindamisvormi, mis sisaldab kõik vajalikud osad. Eestis valisid professionaalid sobivaks IGH hindamismeetodiks 2003. aastal interRAI metoodika. Praegu kasutavad seda geriaatrilise hindamise meeskonnad isiku põhiandmete kogumiseks, kuid interRAI metoodikat kasutatakse üha laiemalt ka rutiinseks seisundi hindamiseks, näiteks koduõenduses. Praegusel ajal on aktuaalne ühise metoodika rakendamine toimetulekuprobleemidega isikute seisundi hindamiseks

kõikidel tervishoiu- ja hoolekandetasanditel. Sotsiaalministeeriumi tellimusel tegi Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE) InterRAI tarkvara kasutuselevõtu võimaluste analüüsi. Uuringu järeldus on, et interRAI on meile kõige sobivam seisundi igakülgse hindamise valideeritud metoodika teiste maailmas laiemalt kasutatavate metoodikate seas ning professionaalid on valmis seda laiemalt rakendada eeldusel, et on olemas süsteemide (tervishoid/hoolekanne) vahel ühilduv tarkvara (21).

InterRAI metoodika sisaldab vahendeid seisundi igakülgseks hindamiseks nii pikaajalise hooldusvajadusega inimestel: (interRAI HO – asutushooldus; interRAI KO – koduhooldus/-õendus), kui ka aktiivravihaigetel (interRAI AR), kontakthindamiseks perearsti/sotsiaaltöötaja vastuvõtul (interRAI KH), lisaks mitmeid vorme psühhiaatriliste probleemidega isikute, palliatiivset ravi vajavate isikute jaoks ning veel teisi. Metoodika kasulikkus põhineb järgmistel põhiaspektidel: inimene saab nii-öelda õige teenuse, mis tagab abi tõhususe; saab kavandada inimeste jaotumist teenuste vahel vastavalt vajadusele; paraneb teenuste kvaliteet; *case-mix*'i süsteemis saab planeerida kulutusi ja teha teenuseid arendades pikemaajalisi plaane; piirkondlikul ja riigi tasandil saab planeerida hooldussüsteemi ning ennetuse meetmeid ja selleks vajalikke ressursse (22).

Probleemid, mida antud projektiga taheti lahendada

1. Saada igakülgne ülevaade tervishoiu- või hoolekandeteenust kasutavate eakate probleemidest ühes Eesti piirkonnas; sellist teavet vajavad tervishoiu- ja hoolekandepühid kõikidel tasanditel teenuste ja ressursside planeerimiseks, toetamaks eakate iseseisvat toimetulekut.
2. Selgitada eakate preventsiiooni eri meetmete ja mahtude vajadust ühes piirkonnas. Kuigi piirkondlikud vajadused võivad Eesti piires mõnel määral erineda, oli planeeritav uuringu tegemise koht – Tartu linn ja maakond – tõenäoliselt heaks mudeliks ka paljudele teistele suurematele omavalitsustele, kuna Tartumaa rahvastiku koosseis on lähedal Eesti keskmistele näitajatele.
3. Hinnata tervishoiu- ja hoolekandetöötajate praegusi teadmisi eakate probleemidest ning preventsiiooni rakendamise vajadusest ja mõttekusest. Antud tulemused lubavad planeerida eakatega töötavate professionaalide täiendusõpet.
4. Hinnata interRAI vormide kasutatavust Eestis.

Viidatud kirjandus

1. Saks K, Allev R, Soots A, Kõiv K, Kolk H, Paju I, Jaanson K, Schneider G. (2001). Ülevaade eakate probleemidest. Raamatus: Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis, lk 6–17, Tartumaa Trükikoda.
2. Matsi A, Oja L. Eesti terviseuuring. 2006.Tabelid. (2009). AS Aktaprint. Tallinn.
3. Demura S, Sato S, Minami M, Kasuga K. (2003) Gender and age differences in basic ADL ability on the elderly: comparison between the independent and the dependent elderly. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*. 22; 1:19–27. <http://doi.org/10.2114/jpa.22.19>
4. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, Maseda A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50; 3:306–10. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.017.
5. Salthouse TA. (2000). Aging and measures of processing speed. *Biological Psychology* 54 35–54. DOI: 10.1016/S0301-0511(00)00052-1

6. Saks K, Tiit E-M. Tervise subjektiivsed ja objektiivsed hinnangud (SHARE 5. laine) (publitseerimiseks vastu võetud).
7. Kleinberg A. (2014). Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. *Dissertationes Medicinae Universitatis Tartuensis* 216. University of Tartu Press. Pp. 100. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36237/kleinberg_anne.pdf (vaadatud 4.12.2015).
8. Taylor WT. (2014) Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 371:1228-36. DOI: 10.1056/NEJMcp1402180
9. Yang YT, Wang YH, Chiu HT, Wu CR, Handa Y, Liao YL, Hsu YHE. (2015) Functional limitations and somatic diseases are independent predictors for incident depressive disorders in seniors: Findings from a nationwide study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, doi:10.1016/j.archger.2015.07.005
10. de Rezende CHA, Coelho LM, Oliveira LM, Silva NP (2009). Dependence of the geriatric depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 13; 7:617–21. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-009-0172-0#page-2> (vaadatud 4.12.2015).
11. Dickinson WJ, Potter GG, Hybels CF, McQuoid DR, Steffens DC. (2011). Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 26; 12:1267–74. doi: 10.1002/gps.2676.
12. Ford ES, Ahluwalia IB, Galuska DA. (2000). Social relationships and cardiovascular disease risk factors: findings from the third national health and nutrition examination survey. *Preventive Medicine*. 30; 2:83–92.
13. King MB, Tinetti ME. (1996). A multifactorial approach to reducing injurious falls. *Clinics in Geriatric Medicine*. 12; 4:745–59.
14. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. (2009). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.
15. Tiit EM, Saks K. (2015). Body mass index of elderly Europeans. *Papers on Anthropology*, 24, 2: 114–128. <http://dx.doi.org/10.12697/poa.2015.24.2.10>
16. Messinger-Rapport BJ, Factora R. (2015). Geriatrics update 2015: Vaccination, frailty, chronic disease guidelines, and cognition. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 82; 8:498–505. [http://www.ccjm.org/index.php?id=107953&tx_ttnews\[tt_news\]=419929&cHash=90d6bd9b1fb1a9994b25b5d6b7d9493a](http://www.ccjm.org/index.php?id=107953&tx_ttnews[tt_news]=419929&cHash=90d6bd9b1fb1a9994b25b5d6b7d9493a) (vaadatud 4.12.2015).
17. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San José A, Santa Eugenia S, Sellarès J, Padrós J. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial (2010). *Family Practice* 2010; 27:239–245. doi: 10.1093/fampra/cmp101.
18. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Gosset C, Petermans J, Milisen K. (2010). The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 58, 1:83–92. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02621.x.
19. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Jul 6; 7:CD006211. doi: 10.1002/14651858.
20. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C, McMurtry C, Pennypacker L, Smith DM, Ainslie N, Hornick T, Brodtkin K, Lavori P. (2002). A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *New England Journal of Medicine*. 346:905–12. DOI: 10.1056/NEJMsa010285.
21. InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs (2011) http://www.ec.ut.ee/sites/default/files/ec_files/interRAI_l6ppraport.pdf (vaadatud 4.12.2015).

22. Carpenter I, Hirdes JP. Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. (2013). In: A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD, DOI: 10.1787/9789264194564-en

Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS): osalejad ja korraldus

Kai Saks

Projekti kestus: mai 2013 – juuni 2015.

Projektile EAKAS väljastas Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee loa (protokoll nr 227/T-12 väljastatud 9.07.2013).

Projekti uurijate tuumikusse kuulusid:

Kai Saks (vastutav täitja), Tartu Ülikooli sisekliiniku dotsent

Ruth Kalda, Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetooli juhataja, professor

Helgi Kolk, Tartu Ülikooli Kliinikumi arst-õppejõud

Sirje Kree, Tartu linnavalitsuse tervishoiuosakonna juhataja

Ene-Margit Tiit, Tartu Ülikooli emeriitprofessor (statistiline andmetöötlus)

Pärt Prommik, Tartu Ülikooli doktorant, projekti administraator

Uurimistöös osalesid:

Kristina Oja, Tartu Ülikooli Kliinikumi õendusabi osakonna juhataja

Kadi Tarasova, Tartu Ülikooli magistrant

Helen Int, Tartu Ülikooli magistrant

Ingrid Starovoitov, Tartu Ülikooli magistrant

Ronald Rätsep, Tartu Ülikooli üliõpilane

Tiiu Laud, Tartu Ülikooli Kliinikumi informaatikateenistuse projektijuht

Kavandatud valim

Projekti raames oli kavas uurida 3000 isikut, kes on 65-aastased või vanemad, elavad Tartu linnas või Tartu maakonnas, on nõus uuringus osalema ning kasutavad järgmisi teenuseid Tartu linnas/Tartu maakonnas:

- 1) perearsti vastuvõtt (n = 1000 linnas, n = 500 maakonnas);
- 2) koduhooldusteenust saavad isikud (n = 100 linnas; n = 50 maakonnas);
- 3) koduõendusteenust saavad isikud (n = 100 linnas; n = 50 maakonnas);
- 4) hooldajatoetusega tugiisiku abi saavad isikud (n = 200 linnas; n = 100 maakonnas);
- 5) aktiivravil viibivad isikud (n = 300 linnas);

- 6) statsionaarsel õendusabil viibivad isikud (n = 150 linnas; n = 75 maakonnas);
- 7) hooldekodus viibivad isikud (n = 150 linnas; n = 75 maakonnas).

Uuringu meetodika

1. Eakate teenusesaajate seisundi hindamine

Uuritavate seisundi igakülgseks hindamiseks kasutati interRAI meetodikat (hindamisvormid koos käsiraamatutega). Varem adapteeritud vormidest kasutati **interRAI KO** (koduhoolduse vorm: koduhooldus, koduõendus) ja **interRAI HO** (asutushoolduse vorm: õendusabiosakond, hooldekodu); projekti jaoks adapteeriti veel kaks vormi: **interRAI KH** (kontakthindamise vorm: perearstiabi, hooldajatoetuse abil elavad isikud, aktiivravijärgsed hindamised kaks kuud pärast haiglast lahkumist) ja **interRAI AR** (aktiivravi vorm: aktiivravil viibivad isikud). Uuringu ettevalmistavas osas telliti tarkvaraarendus interRAI vormide rakendamiseks ning nende põhjal loodi interRAI veebipõhine andmekogu. Tulemuste analüüsil kasutati nii üksiktunnuste esinemise kui ka kliiniliste protokollide (CAP) märgistumise sagedust. Kliinilised protokollid leitakse interRAI üksiktunnuste põhjal spetsiifiliste algoritmide abil IT-rakendusega ning märgistumise korral tuleb hakata ilmnunud probleemiga tegelema, kuna hinnatud isikul on potentsiaal vastavat häiret ennetada, seisundit parandada või halvenemist ennetada. CAP-idega seotud täpsed juhised on leitavad käsiraamatus „InterRAI kliinilise hindamise protokollid (CAP)“. Eestikeelseid interRAI käsiraamatuid saab osta veebilehelt <https://catalog.interrai.org/language/estonian>.

Elukvaliteeti hinnati varem adapteeritud vormidega: **SF 36** (heade kognitiivsete võimetega inimestel) või **QOL-AD** (kognitiivsete häiretega isikutel). Vorm valiti vastavalt interRAI vormiga hinnatud kognitiivsele võimekusele: SF 36, kui kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel olid sõltumatud, peaaegu sõltumatud või minimaalselt halvenenud; QOL-AD, kui kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel olid mõõdukalt või oluliselt halvenenud.

Tegemist oli Tartu linna ja maakonna eakate (65-aastased ja vanemad) tervishoiu- ja hoolekandeteenuse saajate läbilõikeuuringuga.

Projekti tutvustav teave saadeti Tartu linna ja maakonna kõikidele tervishoiu- ja hoolekandetasutustele, keda sooviti kaasata: perearstid, sotsiaalabiosakonnad, koduõendusteenuse pakkujad, õendusabiosakonnad, hooldekodud, Tartu Ülikooli Kliinikumi (TÜK) aktiivraviosakonnad (sisehaiguste, kardioloogia, neuroloogia, traumatoloogia, ortopeedia). Juunis 2013 korraldati teabepäev, kuhu kutsuti osalema kõiki potentsiaalselt sobivaid partnereid. Uuringus soovis osaleda 46 asutust/allasutust:

- 1) Alatskivi Perearst OÜ
- 2) Alatskivi vallavalitsus
- 3) AS Medicum Tartu Medicum
- 4) Dr Merike Tubli OÜ
- 5) Dr Monika Vask OÜ
- 6) FIE Galina Šeremeta
- 7) Luunja vallavalitsus
- 8) Meeksi vallavalitsus
- 9) Mõisavahe Perearstid OÜ
- 10) Mäksa vallavalitsus
- 11) Nõo vallavalitsus
- 12) OÜ Tartu Kesklinna Perearstikeskus

- 13) Perearst Anu Starkopf OÜ
- 14) Perearst Elli Kahar OÜ
- 15) Perearst Hiie Karelson OÜ
- 16) Perearst Laidi-Astrid Reinet OÜ
- 17) Perearst Merle Raidoja OÜ
- 18) Perearst Sirje Saarniit OÜ
- 19) Perearst Tiiu Kaasik OÜ
- 20) Perearst Tiiu Tootsi OÜ
- 21) Perearst Ülle Perend OÜ
- 22) Perearstid Plaks ja Pilv OÜ
- 23) Päevakeskus Kalda, Annelinn
- 24) Päevakeskus Kalda, Ropka/Karlova
- 25) Päevakeskus Kalda, Tähtvere
- 26) Päevakeskus Kalda, Ülejõe
- 27) Rannu vallavalitsus
- 28) SA Aarike Hooldekeskus
- 29) SA Elva Haigla
- 30) SA Hooldekodu Härmalõng
- 31) SA Nõo Hooldekodu
- 32) SA Peipsiveere Hooldusravikeskus
- 33) SA Rõngu Hooldusravikeskus
- 34) SA TÜK statsionaarse õendusabi osakond
- 35) SA TÜK kardioloogia osakond
- 36) SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus
- 37) SA TÜK ambulatoorse õendusabi osakond
- 38) SA TÜK neuroloogia osakond
- 39) SA TÜK ortopeedia osakond
- 40) SA TÜK reumatoloogi-sisehaiguste osakond
- 41) SA TÜK traumatoloogia osakond
- 42) SA Võnnu Haigla
- 43) Tartu hooldekodu
- 44) Tartu Kesklinna Koduõendus OÜ
- 45) Tartu linnavalitsuse sotsiaalabi osakond
- 46) Ülikooli Perearstikeskus OÜ

Andmete kogujatele korraldati neli koolituspäeva, peale selle kaks päeva väiksematele gruppidele ning mõned eraldi ühele kuni kolmele isikule, kus õpetati uuritavate värbamist ja andmekogumise vormide täitmist, samuti anti põhjalik ülevaade inimuuringute eetikaga seonduvast. Kokku koolitati andmekogujateks 159 isikut.

Partnerasutustes värvati uuritavaid koolitatud andmekogujate kaudu – nemad kutsusid osalema kõiki patsiente/kliente, kes said nende asutusest uuringukuude jooksul teenust. Uuringukuudeks olid valitud oktoober 2013, veebruar 2014 (ainult tervishoiuteenused) ja mai 2014. Nõustumise korral täideti isiku nõusoleku leht või isiku esindaja nõusoleku leht (raskete kognitiivsete häiretega isikute puhul). Seejärel kogus hindaja andmed teenusele vastava interRAI vormiga, selle tulemustest lähtuvalt valis elukvaliteedi hindamise vormi (SF 36 või QOL-AD).

Andmeid kogusime kolme uuringukuuga kokku 3980 juhu kohta (133% võrreldes planeerituga).

Uuringus keeldus osalemast keskmiselt 14,1% neist, keda osalema kutsuti. Kõige vähem oli keeldujaid pikaajalisel hooldusel/hooldusravil olevate isikute hulgas (4,6%), kõige rohkem kodus õendus- või hooldusteenust saavate isikute hulgas (18,9%), aktiivravis oli keeldujaid 16,5% ning peremeditsiinis 16,8%. Seega oli keskmine osaluse määr 85,9%, mida saab lugeda väga heaks.

Pärast andmete puhastamist ja ebakvaliteetsete andmete eemaldamist (palju puuduvaid andmeid, valede vormide kasutamine) on andmekogus andmeid teenuste kaupa kokku 3917 uuringu kohta järgmiselt (päevahoolduse teenus lisandus planeeritutele uuringu käigus):

interRAI HO – kokku 963

hooldekodu 523
hooldusravi 393
päevahooldus 47

interRAI KO – kokku 669

koduõendus 274
koduhooldus 395

interRAI KH – kokku 1888

peremeditsiin 1246
hooldajatoetus 304
aktiivravi järelhindamine 337

interRAI AR – kokku 397

2. Uuring tervishoiu- ja hoolekandetöötajate teadmiste ja soovide kohta eakate preventsionis

Uuringu eesmärgiks oli saada teada tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkujate arvamused eakate ennetuse vajadusest ja ennetuse printsiipide igapäevapraktikas rakendamisest eakate puhul. Selle uurimiseks koostati anonüümne poolstruktureeritud ankeet, mis jagati enne koolituse algust kõigile tulevastele andmekogujatele ning paluti täita enne koolituse algust. Ankeete paluti täita ka teistel uuringusse kaasatud asutuses töötavatel professionaalidel, kes ei osalenud andmete kogumisel ega koolitusel. Preventsiiooni ankeete laekus 125.

3. interRAI metoodika kasutatavuse uuring

Uuringu eesmärgiks oli hinnata nelja interRAI hindamisinstrumendi (asutushooldus, koduhooldus, aktiivravi ja kontakthindamine) kasutamise perspektiive Eesti tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis.

Hinnangud koguti uuringus osalenud andmekogujatelt pärast andmekogumise lõppu. Selleks paluti neil täita uuringu tarbeks koostatud anonüümne poolstruktureeritud ankeet. InterRAI kasutatavuse ankeete laekus 51.

Andmete töötlemine

Kogutud andmed elukvaliteedi kohta ja enamiku interRAI andmeid sisestasid interRAI andmekogusse kaks andmesisestajat, osa interRAI andmeid sisestasid TÜK andmekogujad otse Tartu Ülikooli Kliinikumi elektroonsesse haiguslukku. InterRAI andmetest tegi väljavõtte TÜK IT-spetsialist, interRAI andmed ja elukvaliteedi andmed ühendas statistik. Andmete esmaanalüüsiks kasutati kirjeldavat statistikat, rühmadevahelise erinevuse olulisuse analüüsiks ANOVA analüüsi, oluliseks erinevuseks loeti $p < 0,05$. Elukvaliteedi ja interRAI andmete vaheliste seoste otsimiseks kasutati korrelatsioonanalüüsi ja astmeliste regressioonimudelite tegemist. Mudelite kirjeldatuse astet hinnati R^2 -ga. Koostati täiendav andmekogu elukvaliteedi andmete edasiseks täpsustavaks analüüsiks.

Ankeetküsimustikke analüüsiti nii kvalitatiivselt (sisuanalüüs) kui ka kvantitatiivselt (vastusevariantide esinemissagedus).

Tulemuste esitamine

Tulemused esitame kolmes blokis:

- A koondtulemused, järelused, ettepanekud
- B tulemuste analüüs eri teenuseliikide kaupa (tunnuste esinemissagedus vastanute hulgas)
- C interRAI põhilised tulemused tabelina interRAI vormide kaupa (kõigi vastuste esinemissagedus)

A KOONDTULEMUSED, JÄRELDUSED, ETTEPANEKUD

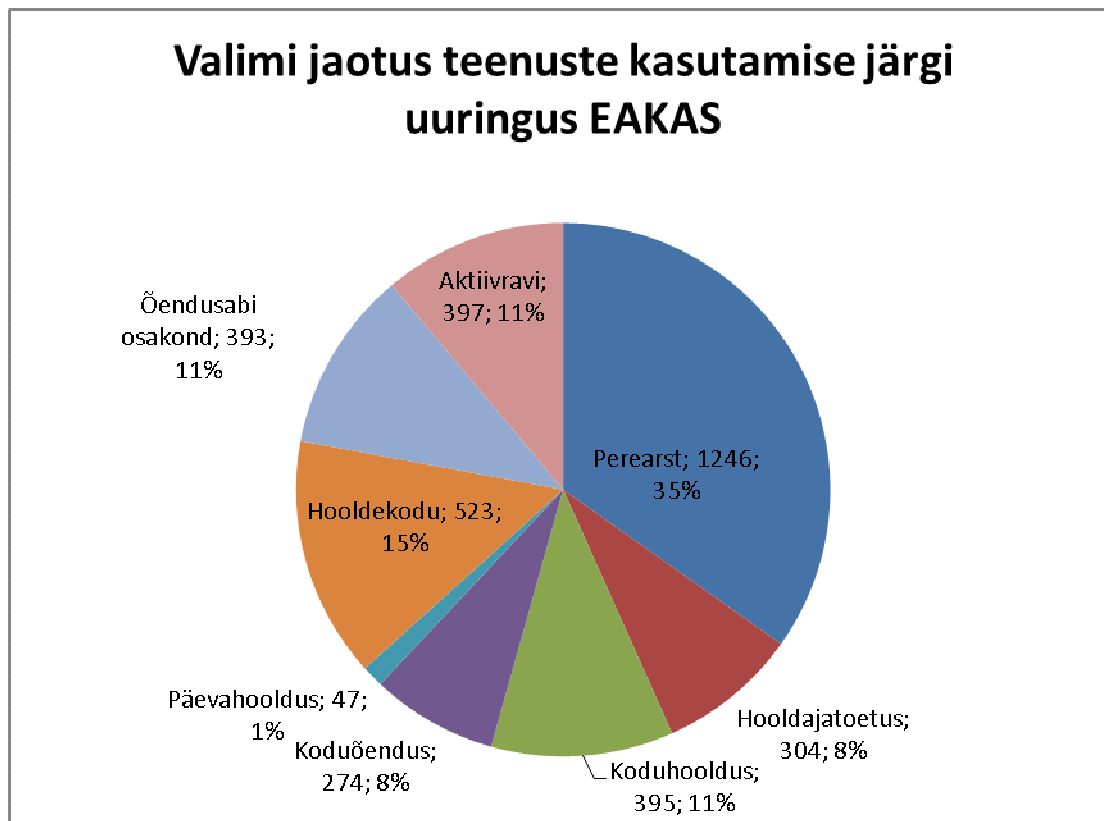
Koondülevaade on tehtud teenuserühmade põhjalike analüüside põhjal ning selles osas on vaadeldud võrdlevalt kõiki teenusesaajate rühmi.

Eakate seisundi põhinäitajad interRAI andmete alusel kõigi teenuseliikide võrdlusena

Kai Saks

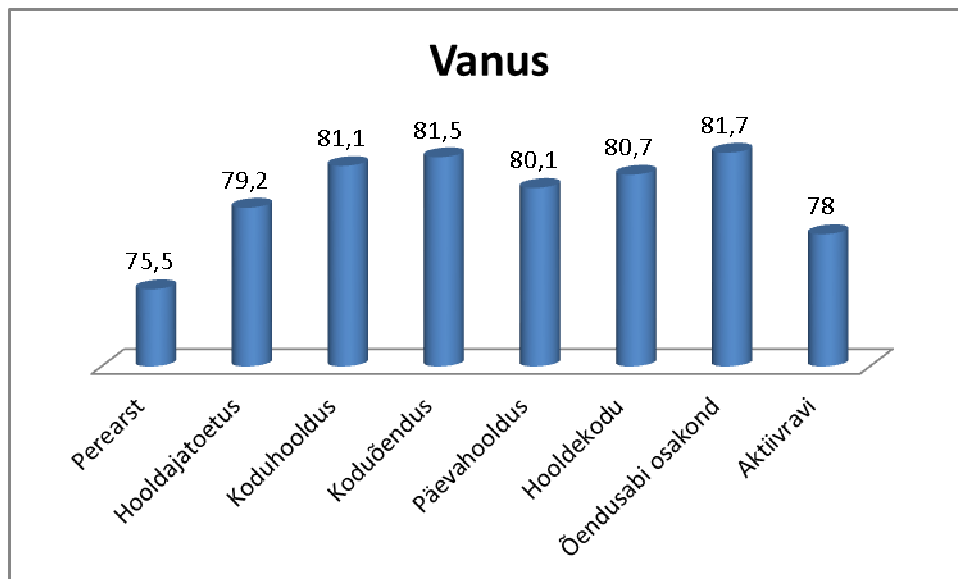
Uuritute taustandmed

Kõige suurema rühma uuritutest moodustasid perearstiteenuse kasutajad – 35%, hooldekodus elas 15%, võrdselt 11%-ga-olid valimis esindatud koduhoolduse, õendusabiosakonna ja aktiivravi teenuse saajad, koduõenduse patsiente ja hooldajatoetuse teenusega kodus elavaid isikuid oli mõlemaid 8% ning päevahoolduse teenuse saajaid vaid 1%. Valimi jaotus saadud teenuste järgi on esitatud joonisel 1.



Joonis 1. Teenuste kasutamine projekti EAKAS valimis

Perearsti teenuse saajad olid teistest pisut nooremad (75,5 a), teiste keskmine vanus jäi vahemikku 78,0–81,7 a (joonis 2).

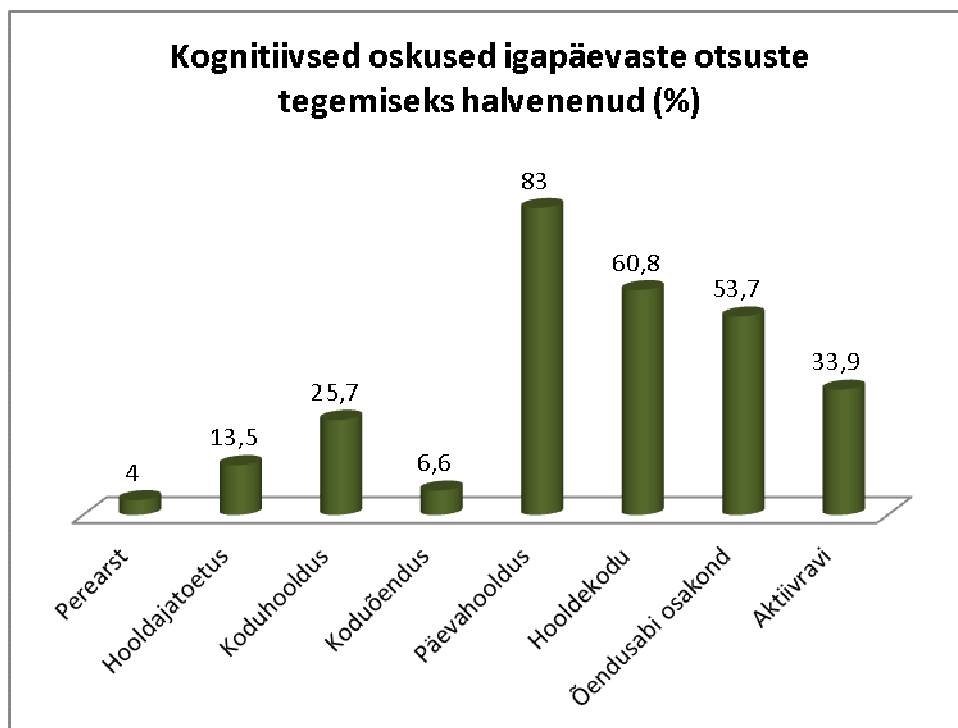


Joonis 2. Valimi vanuseline jaotus teenuste kaupa

Naisi oli uuritute hulgas kõige enam koduhoolduse rühmas (85%), kõige vähem koduõenduse rühmas (64%), teiste teenuste saajate hulgas oli naised 71–75%.

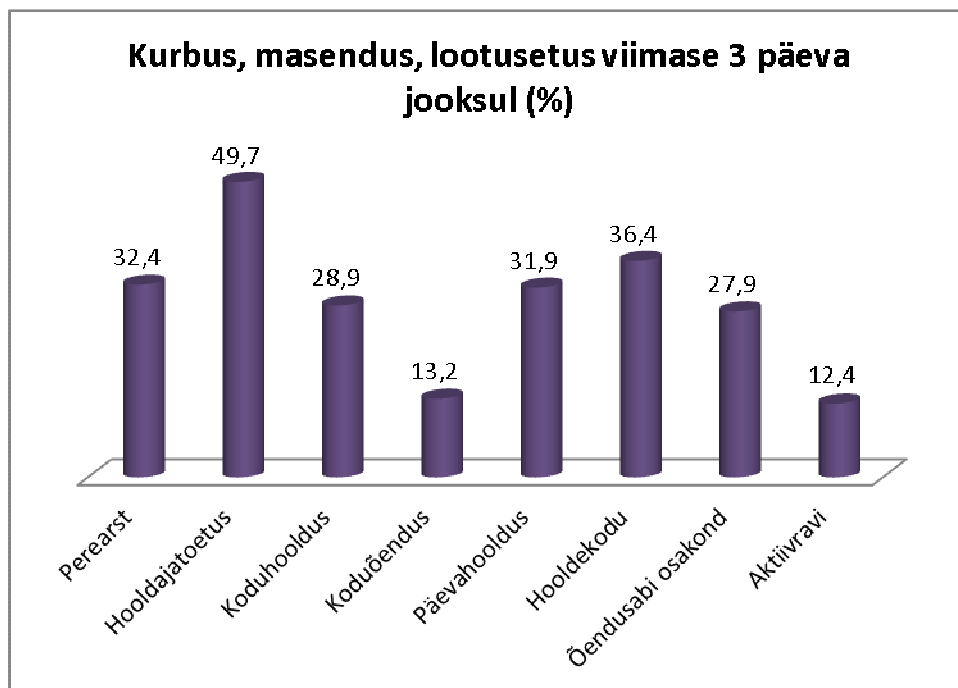
Valisime kuus dimensiooni, milles teenusesaajate rühmi võrrelda. Iga dimensiooni esindab üks tunnus, mille valikul oli eelduseks see, et 1) tunnus oleks vastava dimensiooni tüüpiline näitaja; 2) tunnus esineks ühesugusena enamikus interRAI vormides. Siiski ei õnnestunud leida sarnaseid tunnuseid kõikide dimensioonide jaoks – aktiivravivormis puuduvad võrreldavad tunnused kahe dimensiooni kohta. Valitud dimensioonid ja neid esindavad tunnused on järgmised: **vaimne seisund** (kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel), **psühhomotsionaalne seisund** (depressiivsus), **funktsionaalne seisund** (kõndimine), **kliiniline seisund** (valu), **sotsiaalne seisund** (peamine abistaja väljendab stressi, viha või depressiooni; asutushoolduse vormis – perekond väljendab ülekoormatust isiku haiguse tõttu; puudub aktiivravivormis); **subjektiivne tervisehinnang** (isiku hinnang tervislikule seisundile; see puudub aktiivravivormis).

Kognitiivne võimekus oli kodus elavatel inimestel oluliselt parem kui ravi- või hooldusasutuses viibivatel inimestel (joonis 3), välja arvatud päevahoolduse teenuse saajad, kuna seda teenust pakutakse dementsuse või psüühikahäiretega inimestele.



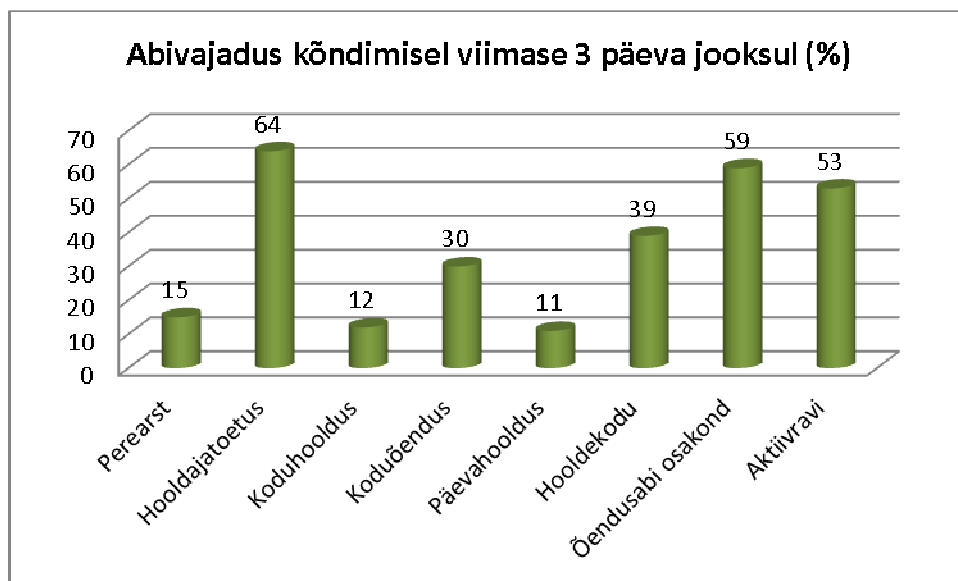
Joonis 3. Kognitiivsete häiretega inimeste osakaal uuritute hulgas vastavalt teenuserühmale

Depressiivsust esines aktiivravi ja koduõendust saavatel inimestel vähem (12–13%), oluliselt rohkem aga kodus hooldejatoetusega elavatel inimestel (ligi pooltel), teistel esines depressiivsust ligikaudu kolmandikul juhtudel (joonis 4).



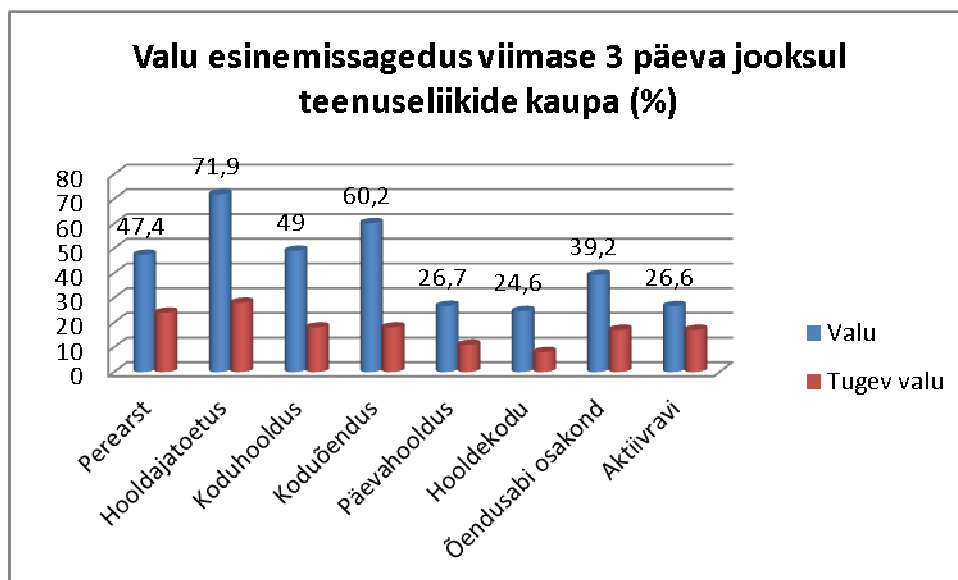
Joonis 4. Depressiivsuse tunnuste esinemine valimis teenuserühmade kaupa

Kõndimisel vajasid kõige vähem abi päevahoolduse, koduhoolduse ja perearsti teenuse saajad (11–15%), kõige enam hooldajatoetusega kodus elavad inimesed ning õendusabi osakonna ja aktiivravi patsiendid (53–64%, joonis 5).



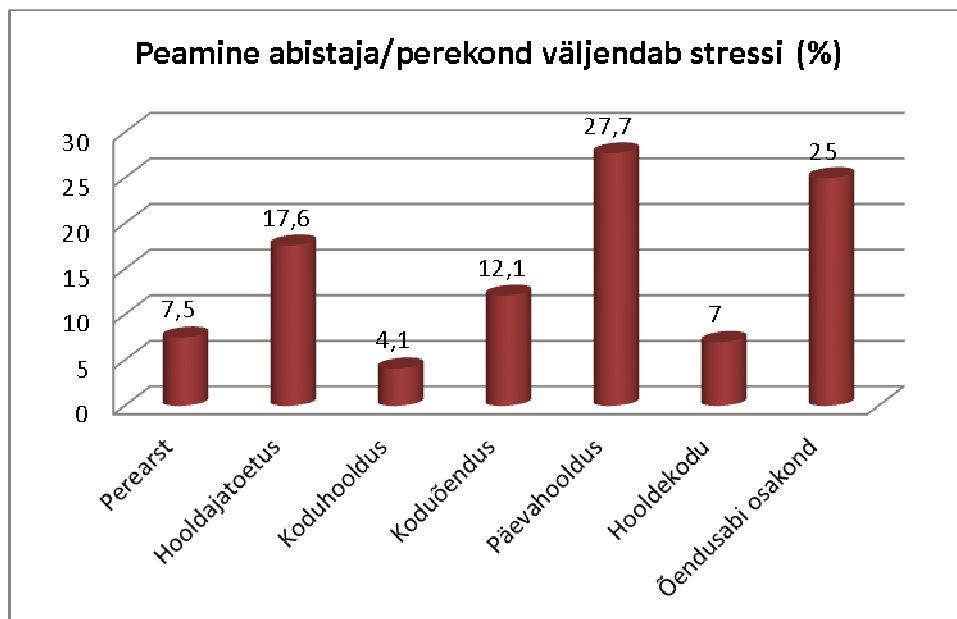
Joonis 5. Abivajadus kõndimisel teenuseliikide kaupa

Valu esinemissagedus oli kõige väiksem hooldekodus ja aktiivrais viibivatel ning päevahooldusteenusega isikutel (25–27%), kõige suurem hooldajatoetusega ja koduõendusteenusega isikutel (vastavalt 72% ja 60%). Aktiivravi haigetel oli valu valdavalt tugev, teiste teenuste saajatel esines tugev valu vähem kui pooltel valu tunnistanud uuritutest (joonis 6).



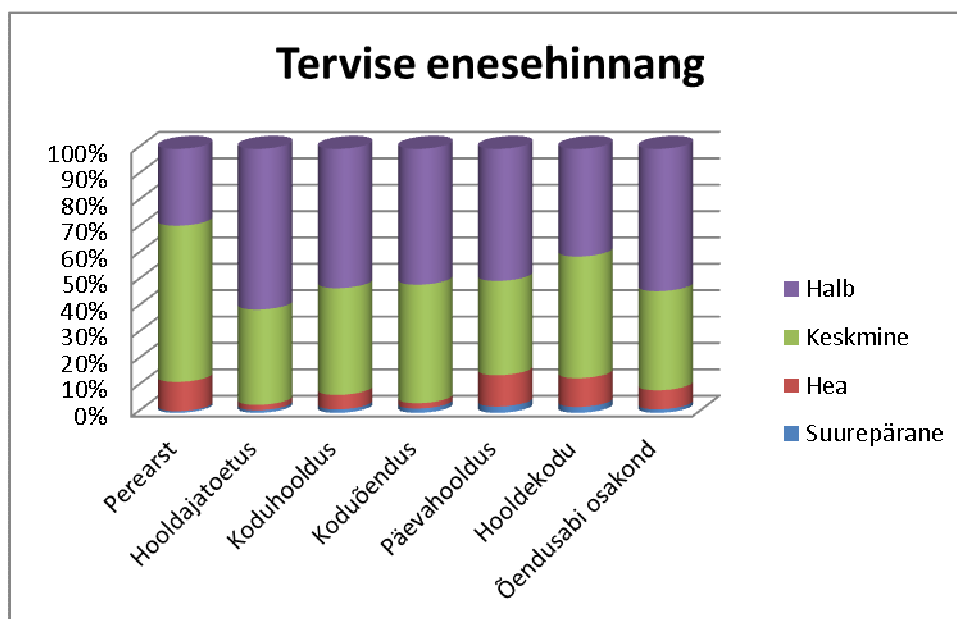
Joonis 6. Valu esinemissagedus teenuseliikide kaupa

Mitteformaalsete abistajate ülekoormatus oli teistest oluliselt kõrgem õendusabi osakonnas viibivate haigete (33,3%) ning päevaholdust saavate isikute lähedastel (27,7%), kõrge ka hooldajatoetusega elavate inimeste (17,6%) ning koduõendusteenuse saajate omaste hulgas (12,1%). Teistel oli omasteholdajate ülekoormatuse tunnuseid vähem kui 10%-l (joonis 7).



Joonis 7. Mitteformaalsete hooldajate ülekoormatus teenuseliikide kaupa (aktiivravis need andmed puuduvad)

Enda tervist hindas halvaks 29–61% isikutest. Kõige paremaks hindasid tervist perearsti teenuse kasutajad, hooldekodus elavad ning päevaholdusteenusega isikud, kõige halvemaks hooldajatoetusega ja koduõendusteenust saavad isikud (joonis 8). Aktiivravis vormis see tunnus puudus.



Joonis 8. Tervise enesehinnang teenuseliikide kaupa (aktiivravis need andmed puuduvad)

Kokkuvõtte seisundi põhinäitajatest teenuseliikide kaupa

Probleemide esinemissagedus dimensioonide kaupa on toodud tabelis 1.

Selgus, et probleemseid valdkondi oli kõige rohkem kodus hooldajatoetusega elavatel ja õendusabiosakonnas viibivatel inimestel ning kõige vähem perearsti teenust saanud ja hooldekodus elavatel inimestel.

Tabel 1. Probleemide esinemissagedused dimensioonide kaupa eri teenuseid saavatel isikutel. (↑ – keskmisest vähem probleeme; ↔ – keskmisel tasemel probleemid; ↓ – palju probleeme; ↓ – väga palju probleeme; MH – mitte hinnatud)

| | Vaimne võimekus | Depressiivsus | Funktsionaalne võimekus | Valu | Tervise enesehinnang | Abistaja stress |
|-------------------|-----------------|---------------|-------------------------|------|----------------------|-----------------|
| Perearst | ↑ | ↔ | ↑ | ↓ | ↑ | ↑ |
| Hooldajatoetus | ↑ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Koduhooldus | ↔ | ↔ | ↑ | ↓ | ↔ | ↑ |
| Koduõendus | ↑ | ↑ | ↔ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Päevahooldus | ↓ | ↔ | ↑ | ↑ | ↑ | ↓ |
| Hooldekodu | ↓ | ↔ | ↔ | ↑ | ↑ | ↑ |
| Õendusabi osakond | ↓ | ↔ | ↓ | ↔ | ↔ | ↓ |
| Aktiivravi | ↔ | ↑ | ↓ | ↑ | MH | MH |

Kokkuvõtteks võib öelda, et väljendunud probleemid olid dimensioonide kaupa jaotunud järgmiselt:

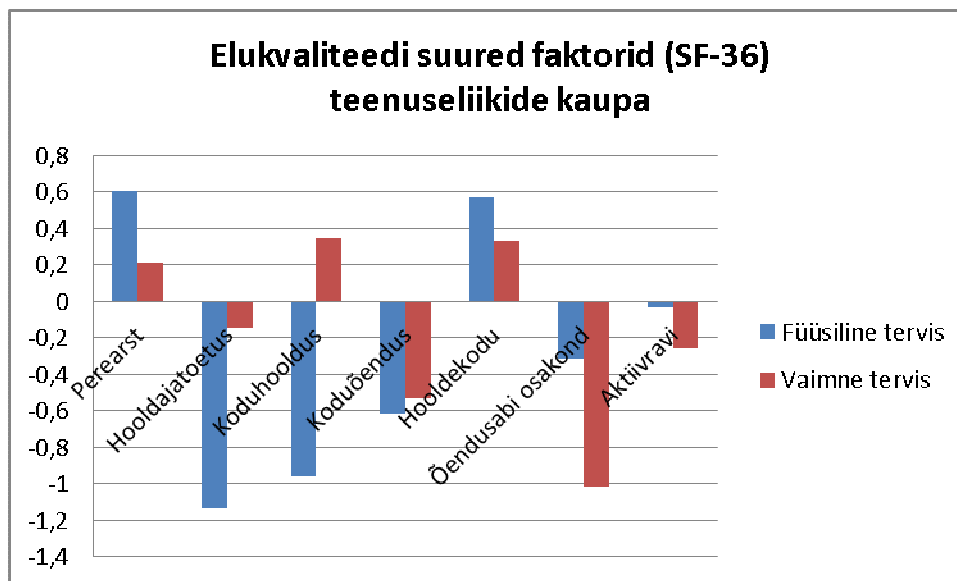
- vaimse seisundi probleemid domineerisid päevahoolduses, hooldekodudes ning õendusabi osakondades;
- depressiivsus oli suurim hooldajatoetusega elavatel isikutel;
- funktsionaalse võimekuse probleemid olid kõige väljendunud hooldajatoetusega elavatel isikutel, õendusabi osakondade ning aktiivravi patsientidel;
- valu oli oluliseks probleemiks kõigil kodus elavatel inimestel (välja arvatud päevahoolduse kliendid);
- subjektiivne tervisehinnang oli kõige halvem hooldajatoetusega elavatel inimestel ning koduõendusteenuse saajatel;
- omastehooldajate stress oli kõige suurem õendusabi osakondade, päevahoolduse klientide ning hooldajatoetusega inimeste lähedastel.

Elukvaliteedi tulemused teenuseliikide ja interRAI hindamisvormide võrdlusena

Kai Saks, Ene-Margit Tiit, Kristina Oja

Elukvaliteedi andmestikus võrdlesime teenuserühmade vahel kahte SF-36 põhifaktorit: füüsilisest tervisest sõltuv (füüsiline tervis) ja vaimsest tervisest sõltuv (vaimne tervis) elukvaliteet. Kuna päevaholduse teenuse saajate hulgas oli enamik isikuid kognitiivse häirega, täideti neil valdavalt QoL-AD vorm ning antud analüüsis nende andmeid ei kajastata.

Selgus, et kõige parem tervisest sõltuv subjektiivne elukvaliteet (nii füüsilise kui ka vaimse tervise lõikes) oli perearsti teenuse kasutajatel ja hooldekodus elavatel isikutel (joonis 1). Füüsilise tervisega seotud elukvaliteet oli üldiselt halvem kodus teenuseid saavatel isikutel (hooldajatoetus, koduhooldus, koduõendus), vaimse tervisega seotud elukvaliteet aga õendusabi teenuste saajatel (nii kodus kui ka õendusabi osakondades). Aktiivravil viibivad haiged hindasid oma elukvaliteeti teistega võrreldes üsna neutraalselt – ei heaks ega halvaks.



Joonis 1. Subjektiivse elukvaliteedi faktorid teenuseliikide kaupa.

Otsisime seoseid elukvaliteedi ja interRAI meetodika vahel sihiga hinnata eri dimensioonide (enese üldine tervisehinnang, vaimne seisund, funktsionaalne seisund, kliiniline seisund, sotsiaalne seisund) tähendust tervisest sõltuvalle elukvaliteedile. Selleks moodustasime esmalt nii SF-36 kui ka QoL-AD andmestikust uue tunnuse „elukvaliteet“, mis omandas peakomponendi väärtuse (*Principal Component Analysis*). Mõlemad, nii SF-36 kui ka QoL-AD peakomponendid, on standardiseeritud, teisisõnu – keskväärts on 0 ja standardhälve 1. Peakomponentide kirjeldatuse tase oli QoL-AD puhul 0,33 ning SF-36 puhul 0,30 (tabelid 1 ja 2).

Tabel 1. Üksiktunnuste korrelatsioonid QoL-AD peakomponendiga

| QoL-AD tunnus | Korrelatsioon |
|---------------------------------|---------------|
| füüsiline tervis | ,632 |
| energia | ,691 |
| meeleolu | ,864 |
| elamistingimused | ,624 |
| mälu | ,235 |
| suhted pereliikmetega | ,605 |
| hinnang abielule | ,397 |
| suhted sõpradega | ,263 |
| üldine enesetunne | ,784 |
| suutlikkus teha vajalikke töid | ,136 |
| suutlikkus teha asju oma lõbuks | ,485 |
| rahaline seis | ,427 |
| hinnang elule tervikuna | ,833 |

Tabel 2. Üksiktunnuste korrelatsioonid SF-36 peakomponendiga

| SF-36 tunnus | Korrelatsioon |
|-----------------------------------|---------------|
| tervise enesehinnang | -,579 |
| tervis võrreldes eelmise aastaga | -,444 |
| suur füüsiline koormus | ,272 |
| keskmine füüsiline koormus | ,494 |
| poekoti kandmine | ,475 |
| mitme trepivahe ületamine | ,533 |
| ühe trepivahe ületamine | ,545 |
| painutamine | ,515 |
| >1 km kõndimine | ,502 |
| 500 m kõndimine | ,597 |
| 100 m kõndimine | ,582 |
| enda pesemine | ,548 |
| tööaja vähendamine tervise tõttu | ,580 |
| vähem saavutatud tervise tõttu | ,602 |
| sooritused piiratud tervise tõttu | ,511 |
| oli raskusi tervise tõttu | ,540 |
| tööaja vähendamine emots. tõttu | ,689 |
| vähem saavutatud emots. tõttu | ,673 |
| vähem hoolikas emots. tõttu | ,651 |
| seltsitegevuse häirimine | -,642 |
| valu tundmine | -,476 |
| valu häirib | -,564 |
| särtsakas | -,468 |
| närviline | ,581 |
| masendunud | ,634 |
| rahulik | -,562 |
| energiaküllane | -,512 |
| rõhutud | ,632 |
| kurnatud | ,612 |
| õnnelik | -,526 |
| väsinud | ,598 |
| tervis segas sots. aktiivsust | ,568 |
| haigestusin kergemini | ,460 |
| sama tervis mis teistelgi | -,415 |
| tervis halveneb edaspidi | ,365 |
| tervis on suurepärase | -,530 |

Mõlema andmestiku peakomponendid ühendati ning kasutati sõltuva tunnuseks elukvaliteedi mudelite tegemisel interRAI andmestikega. Mudelite ennustavad väärtused jäid vahemikku 0,349–0,669, nende kirjeldused on toodud tabelites 3–6.

Tabel 3. interRAI kontakthindamise vormi tunnuste ennustav mõju tervisest sõltuvale elukvaliteedile

| Elukvaliteedi mudel: interRAI kontakthindamine (interRAI KH) | Mudeli R ² | Lisanduv ennustav väärtus |
|---|-----------------------|---------------------------|
| 1 Tervise enesehinnang | 0,428 | 0,428 |
| 2 Vaimse tervise probleemide summa | 0,560 | 0,132 |
| 3 Valu tugevus | 0,609 | 0,049 |
| 4 Puude raskusaste | 0,634 | 0,025 |
| 5 Professionaalsete teenuste vajadus | 0,645 | 0,011 |
| 6 Õhupuudus | 0,652 | 0,007 |
| 7 Äge probleem või kroonilise probleemi ägenemine | 0,657 | 0,005 |
| 8 Meeleolu enesehinnang | 0,661 | 0,004 |
| 9 IADLi* võimekus (probleemide summa) | 0,667 | 0,006 |
| 10 Pesemine vannis/duši all | 0,669 | 0,002 |

* IADL – instrumentaalsed igapäevaelu toimingud

Tabel 4. interRAI koduhoolduse vormi tunnuste ennustav mõju tervisest sõltuvale elukvaliteedile

| Elukvaliteedi mudel: interRAI koduhooldus (interRAI KO) | Mudeli R ² | Lisanduv ennustav väärtus |
|--|-----------------------|---------------------------|
| 1 Tervise enesehinnang | 0,195 | 0,195 |
| 2 Depressiivsus | 0,290 | 0,095 |
| 3 Väsimus | 0,317 | 0,027 |
| 4 Valu esinemine | 0,331 | 0,014 |
| 5 Valu sagedus | 0,355 | 0,024 |
| 6 Depressiooni skoor | 0,371 | 0,016 |
| 7 IADLi* sooritus | 0,382 | 0,011 |
| 8 Suhtlemise CAP ** | 0,392 | 0,010 |
| 9 IADLi* võimekuse skoor | 0,400 | 0,008 |

* IADL – instrumentaalsed igapäevaelu toimingud; **CAP – kliinilise hindamise protokoll

Tabel 5. interRAI asutushoolduse vormi tunnuste ennustav mõju tervisest sõltuvale elukvaliteedile

| Elukvaliteedi mudel: interRAI asutushooldus (interRAI HO) | Mudeli R ² | Lisanduv ennustav väärtus |
|--|-----------------------|---------------------------|
| 1 Tervise enesehinnang | 0,260 | 0,260 |
| 2 Väsimus | 0,311 | 0,051 |
| 3 Valu tugevus | 0,338 | 0,027 |
| 4 ADL* CAP** | 0,360 | 0,022 |
| 5 Suhtlemise CAP** | 0,373 | 0,013 |
| 6 Alakeha riietamine | 0,393 | 0,020 |
| 7 Nägemisvõime | 0,404 | 0,011 |
| 8 Sotsiaalsetes tegevustes osalemine | 0,410 | 0,006 |

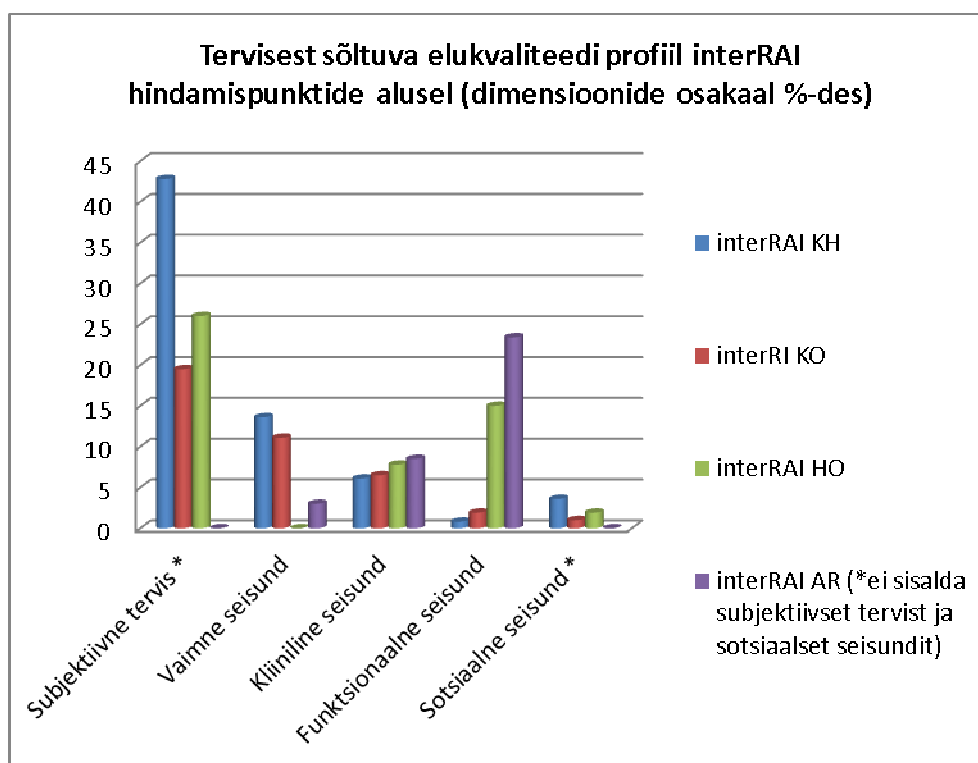
* ADL – igapäevatoimingud; **CAP – kliinilise hindamise protokoll

Tabel 6. interRAI aktiivravi vormi tunnuste ennustav mõju tervisest sõltuvale elukvaliteedile

| Elukvaliteedi mudel: interRAI aktiivravi (interRAI AR) | Mudeli R ² | Lisanduv ennustav väärtus |
|---|-----------------------|---------------------------|
| 1 Transpordi kasutamine (enne haigestumist) | 0,125 | 0,125 |
| 2 Iiveldus (vastuvõtmisel) | 0,163 | 0,038 |
| 3 Voodihaige (vastuvõtmisel) | 0,198 | 0,035 |
| 4 Valu esinemine (enne haigestumist) | 0,225 | 0,027 |
| 5 Depressiivsus (enne haigestumist) | 0,241 | 0,016 |
| 6 Äge sündmus (enne haigestumist) | 0,261 | 0,020 |
| 7 Tuelaeti kasutamine (enne haigestumist) | 0,278 | 0,017 |
| 8 Isiklik hügieen (enne haigestumist) | 0,300 | 0,022 |
| 9 Liikumise esmane viis (enne haigestumist) | 0,321 | 0,021 |
| 10 ADLi* hierarhiline skaala (enne haigestumist) | 0,335 | 0,014 |
| 11 Käitumise häired (enne haigestumist) | 0,349 | 0,014 |

* ADL – igapäevatoimingud

Rühmitasime mudelites esinevad interRAI tunnused viide dimensiooni: subjektiivne tervis, vaimne seisund, kliiniline seisund, funktsionaalne seisund, sotsiaalne seisund. Hindasime eri dimensioonide ennustavat väärtust subjektiivsele tervisest sõltuvale elukvaliteedile interRAI vormide kaupa (joonis 2).



Joonis 2. Subjektiivse tervisest sõltuva elukvaliteedi profiil interRAI hindamispunktide alusel interRAI vormide kaupa.

Selgus, et perearsti teenuse saajatel ja hooldajatoetusega kodus elavatel isikutel oli tervisest sõltuva elukvaliteedi põhiline ennustav väärtus tervise enesehinnangul (42,8%), vaimne seisund lisas 13,6%, kliiniline seisund 6,1%, sotsiaalne seisund 3,6% ning funktsionaalne seisund 0,8% .

Kodus koos kaasneva koduõendus- või koduhooldusteenusega elavatel inimestel ennustas tervise enesehinnang elukvaliteedist 19,5%, vaimne seisund 11,1%, kliiniline seisund 6,5%, funktsionaalne seisund 1,9% ning sotsiaalne seisund 1%.

Hooldekodus või õendusabiosakonnas viibivatel isikutel ennustas tervise enesehinnang 26% subjektiivsest elukvaliteedist, kliiniline seisund 7,8%, funktsionaalne seisund 5,3% ning sotsiaalne seisund 1,9%.

Aktiivravihaiglas olevatel haigetel ei sisaldanud interRAI andmestik subjektiivset tervisehinnangut – seda tuleb meeles pidada tulemuste tõlgendamisel. Aktiivravis oli suurima ennustava väärtusega funktsionaalne seisund 23,4%, kliiniline seisund lisas 8,5% ning vaimne seisund 3%. Haigestumiseelsetel näitajatel oli ennustav väärtus oluliselt suurem (25,6%), võrreldes näitajatega vastuvõtmisel (9,3%).

Kokkuvõtte elukvaliteedi andmetest teenuseliikide ja hindamisvormide kaupa

Uuringust selgus, et tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid saavate eakate elukvaliteet varieerus eri teenuserühmade vahel märgatavalt. Kodus teenuseid saavatel eakatel oli suureks väljakutseks füüsilisest tervisest sõltuv elukvaliteet, õendusabi teenuseid saavatel eakatel aga vaimsest tervisest sõltuv elukvaliteet (nii koduteenuse kui ka statsionaarse õendusabiteenuse puhul).

Tervisest sõltuvat elukvaliteeti on interRAI hindamisvormide alusel võimalik ennustada kõige paremini neil kodus elavatel isikutel, kes ei saa professionaalset pikaajalist teenust, kuid ka teistes teenuserühmades oli tulemus täiesti arvestatav.

Kodus elavatel isikutel (nii pikaajalise teenusega kui ka perearsti teenuse kasutajatel) oli elukvaliteet seotud eeskätt subjektiivse tervisehinnangu ning vaimse tervise ja kliinilise seisundiga. Hooldus(ravi)asutuses viibivatel eakatel ennustavad elukvaliteeti tervise enesehinnang koos funktsionaalse ja kliinilise seisundiga. Aktiivravihaigetel on elukvaliteeti ennustava väärtusega haigestumiseelne funktsionaalne seisund ning kliiniline seisund (nii haigestumiseelne kui ka vastuvõtmise seisund).

Eakate preventsiiooni vajadused

Kai Saks

Uurisime eakate preventsiiooni vajadusi kahest aspektist: professionaalide arvamuste alusel ning tuginedes interRAI andmestikule.

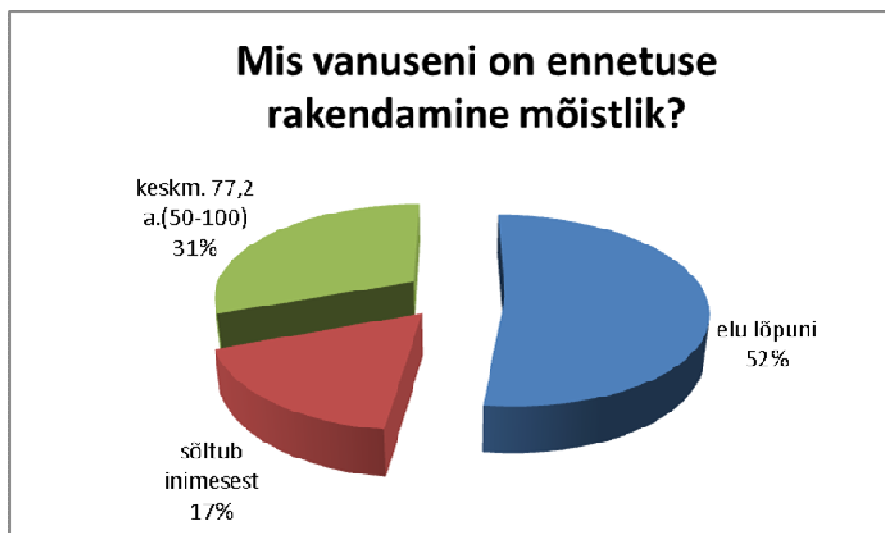
Professionaalide arvamused eakate preventsiiooni kohta

Uuringu eesmärgiks oli saada teada tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkujate arvamused eakate ennetuse vajadusest ja ennetuse printsiipide rakendamisest eakatele igapäevpraktikas. Uuritavad olid projekti EAKAS partnerasutustes töötavad professionaalid (eeskätt arstid, õed, sotsiaaltöötajad). Tagasi saadi 125 ankeeti, vastanute erialaline jaotus ja töökoht on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Valimi jaotus eriala ja töökoha alusel

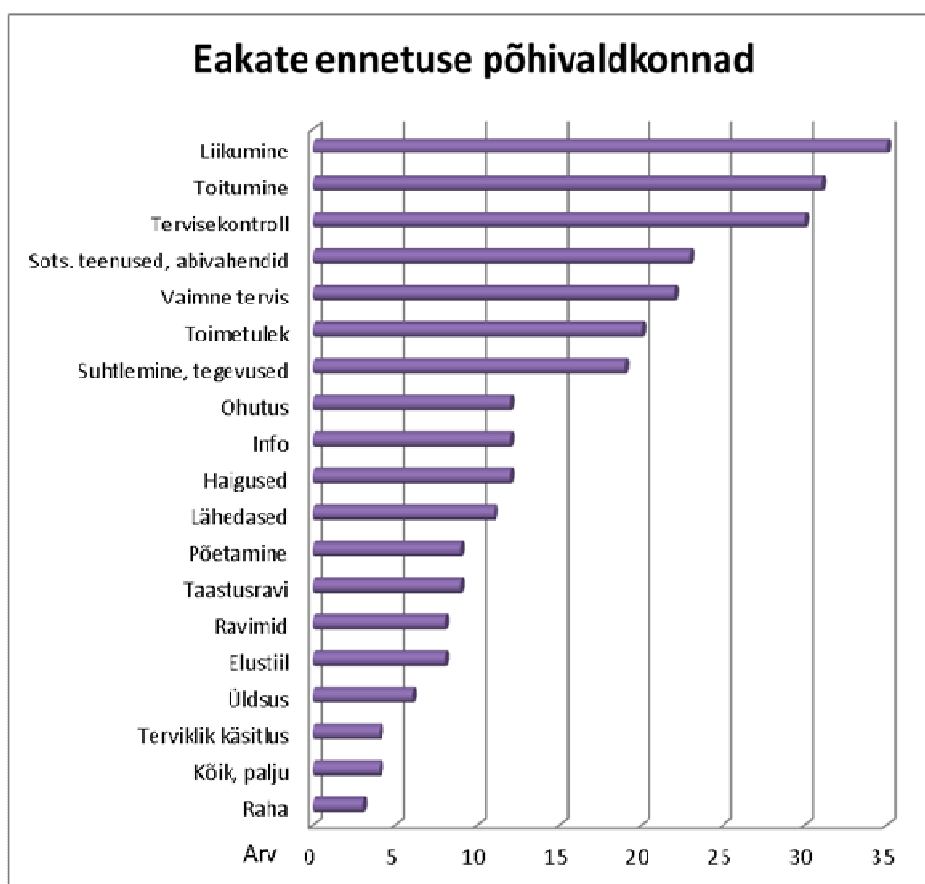
| Töökoht Eriala | Haigla | Pere- meditsiin | Õendus- osakond | Kodu- õendus | Hoolde- kodu | KOV | Muu | Kokku |
|-------------------|--------|--------------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----|-----|-------|
| Arst | 10 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| Õde | 21 | 19 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 46 |
| Sotsiaaltöötaja | 4 | 0 | 2 | 0 | 4 | 13 | 3 | 26 |
| Hooldaja | 5 | 0 | 0 | 0 | 10 | 5 | 1 | 22 |
| Muu | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 12 |
| Kokku | 42 | 28 | 4 | 5 | 20 | 19 | 7 | 125 |

Preventsiiooni pidas vajalikuks elu lõpuni rakendada pool vastanutest (52%), umbes kolmandik arvas, et see sõltub konkreetsest inimesest, ning kolmandik esitas mingi kindla vanuse (50–100 a, keskmine vanus 77 a, vt joonis 1). Ennetusele täpse vanusepiiri seadmist ei pidanud vajalikuks sotsiaaltöötajad (vaid üks neist arvas piiri olevat vajaliku), õdedest nägi vanusepiiri seadmist vajalikuna pool, hooldustöötajatest veerand ning arstidest viiendik.



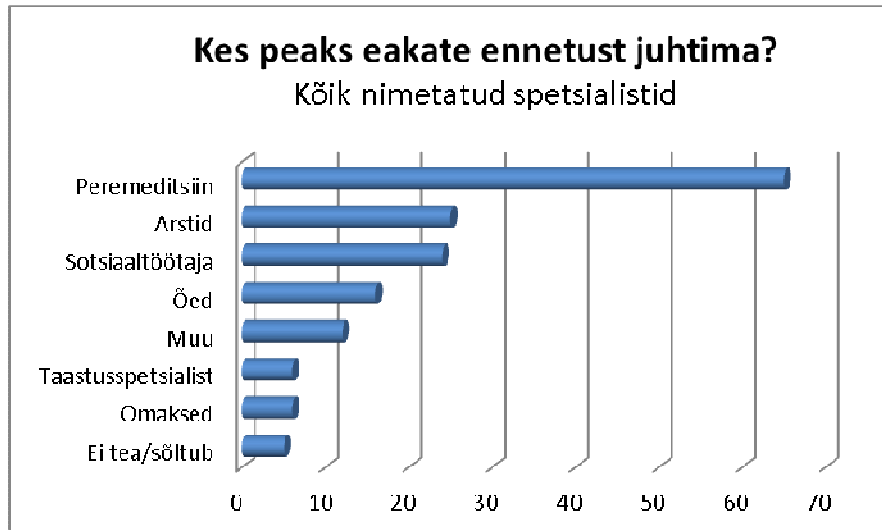
Joonis 1. Arvamused preventsiiooni rakendamise vajaduse kohta eakatel

Kolm kõige sagedamini nimetatud ennetuse valdkonda eakate puhul olid: liikumine, toitumine ja tervisekontroll. Sageduselt järgnesid sotsiaalteenuste ja abivahendite kättesaadavus, vaimne tervis, üldine toimetulek igapäevaeluga ning suhtlemine ja eakate aktiveerimine (tegevused eakatele). Kõigi esitatud arvamuste rühmad koos sagedusega on esitatud joonisel 2.

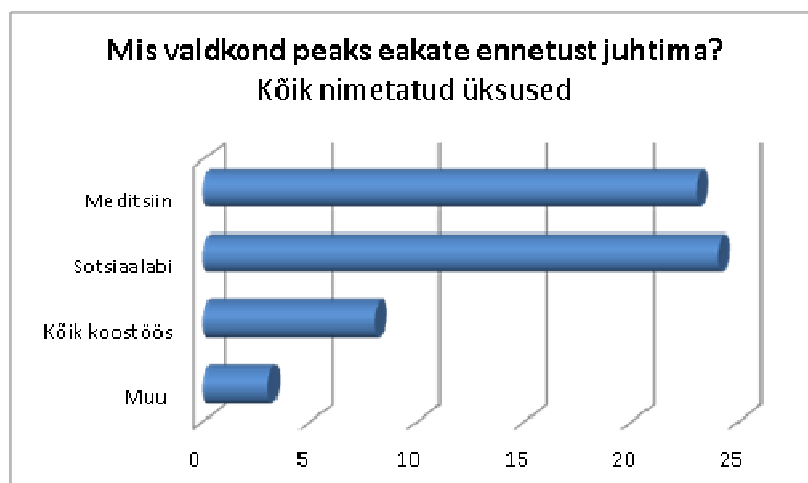


Joonis 2. Eakatele vajalikud ennetuse valdkonnad professionaalide arvates

Küsimusele, kes peaks eakate ennetust juhtima, võis vastata kas eriala nimetamisega või valdkonda määratledes. Erialadest valiti suure ülekaaluga ennetuse juhiks peremeditsiin tervikuna, valdkondadest nii selget eelistust ei paistnud – nii meditsiin kui ka sotsiaalabi nimetati võrdse sagedusega (joonised 3 ja 4).



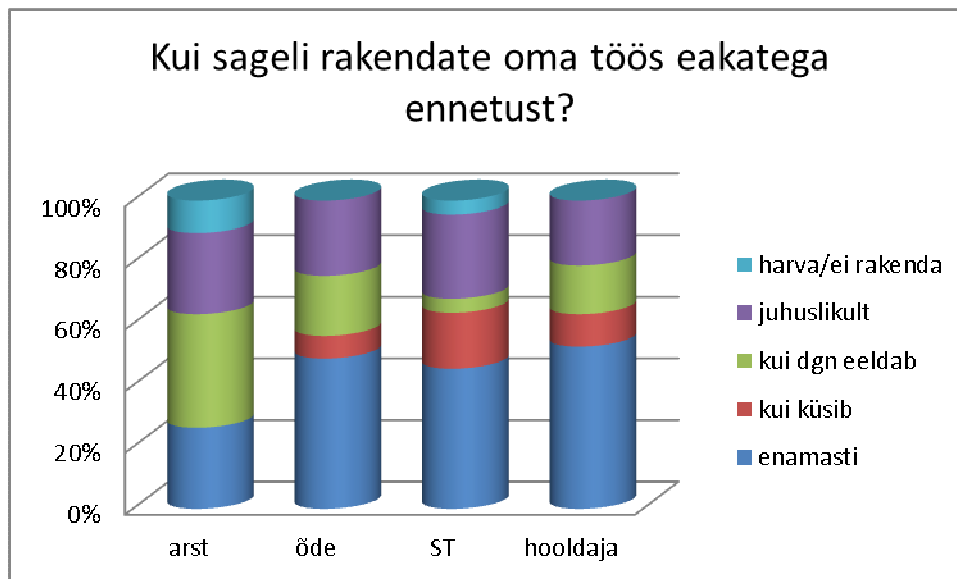
Joonis 3. Professionaalide arvamus selle kohta, kes peaks eakate ennetust juhtima



Joonis 4. Professionaalide arvamus selle kohta, milline valdkond peaks eakate ennetust juhtima

Nii arstidest, õdedest kui ka sotsiaaltöötajatest pool arvas, et eakate ennetuse juhtimine peaks olema tervishoiu vastutada, ülejäänutest enamik pidas vajalikuks teha seda tervishoiu- ja hoolekandevaldkonna koostöös. Hooldustöötajatest pidas kolmandik parimaks eakate ennetuse juhiks sotsiaaltöö valdkonda.

Ennetuse meetmeid rakendab oma igapäevatoos pisut vähem kui pool professionaalidest, ligikaudu sama palju rakendab siis, kui diagnoos või probleem seda eeldab, 9% vaid siis, kui isik seda küsib, ning 4% ei rakenda üldse või teeb seda väga harva. Arstide hulgas oli kõige rohkem neid, kes rakendavad ennetusemeetmeid valikuliselt (kui diagnoos eeldab või juhuslikult), enamasti rakendas preventiooni neist vaid veerand. Teiste professionaalide hulgas rakendasid ennetusmeetmeid enamasti ligikaudu pooled (joonis 5).



Joonis 5. Preventiivsete meetmete rakendamine eakate puhul professionaalide igapäevatöös

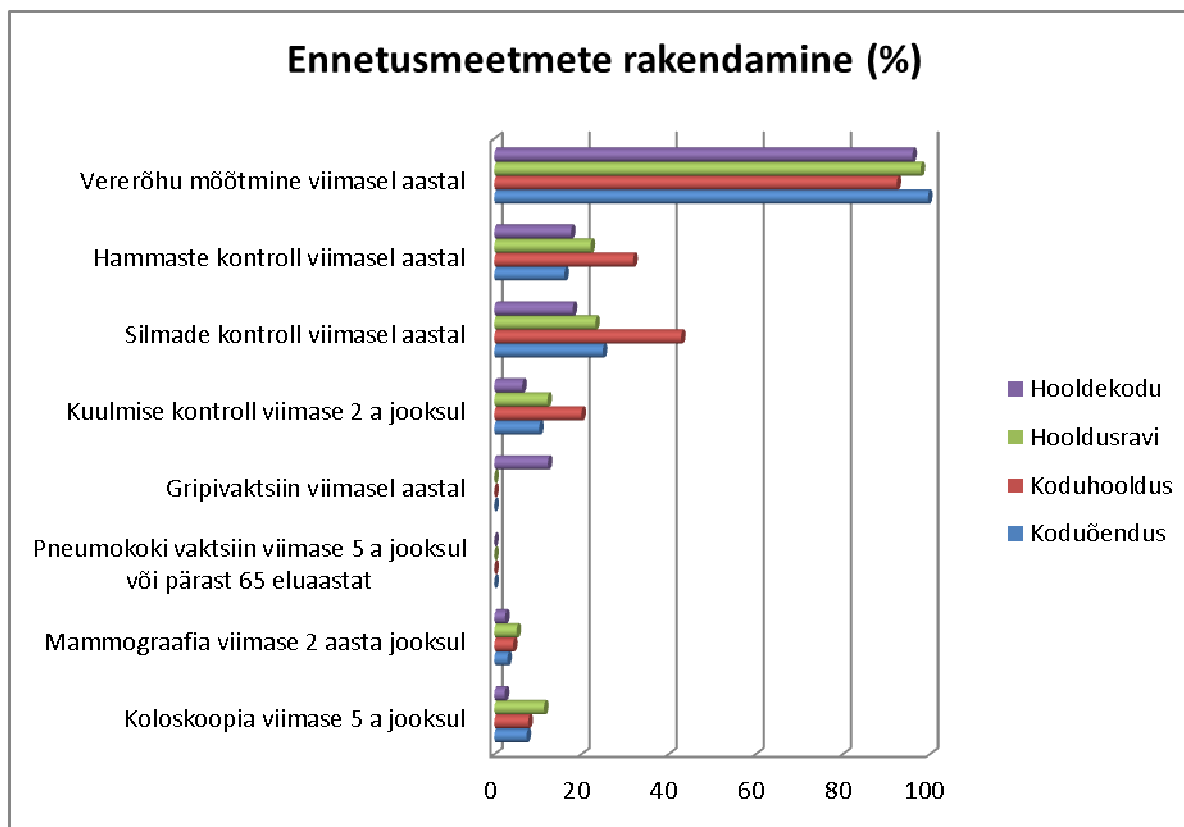
Samas leidis 90% vastajatest, et spetsiifilisi preventiooniprogramme eakatele on vaja rakendada.

Kokkuvõtte professionaalide arvamusest ennetuse kohta eakate puhul

- Ligi kolmandik seob ennetuse rakendamise vajalikkuse mingi vanusega (keskmiselt 77 a), tervishoiutöötajad rohkem kui sotsiaalala töötajad.
- Sagedamini nimetati vajalikeks ennetusevaldkondadeks järgmisi: liikumine, toitumine, tervisekontroll ja varajane diagnostika, abivahendid, vaimne tervis, toimetulek, suhtlemine ja tegevused.
- Juhtrolli ennetuses eakatel inimestel peaks poolte arvates võtma tervishoid, poolte arvates peaks seda tehtama tervishoiu ja sotsiaalabi valdkonna koostöös või sotsiaalabi juhtimisel.
- Peaaegu pooled hooldustöötajad, õed ja sotsiaaltöötajad rakendavad ennetusemeetmeid töös eakatega enamikul kordadel, arstid aga sagedamini siis, kui diagnoos või probleem seda nõuab.
- Eakatele suunatud ennetusprogramme on vaja 90% vastanute arvates, erialati olulisi erinevusi arvamustes ei olnud.

Preventsiooni teostamine ja vajadus Tartu linna ning maakonna eakatel interRAI andmete põhjal

Vererõhu kontrollimisega vähemalt üks kord aastas oli kõikides teenuserühmades olukord hea – see oli tehtud uuritutest 92–99% puhul. Äärmiselt puudulikult olid rakendatud aga teised eakatele vajalikud meditsiinilised skriinimismeetodid: hammaste kontroll (16–32%), silmade kontroll (18–43%), kuulmise kontroll (6–20%), mammograafia (2–5% naistest), peaaegu olematu on immuniseerimine – vaid hooldekodudes oli vaktsineeritud 12% eakaid gripi vastu, teistes teenuserühmades olid üksikud vaktsineeritud, niisamuti pole tehtud vaktsineerimisi pneumokoki vastu. Teistest sagedamini oli kontrollitud hambaid, silmi ja kuulmist koduhooldusel olevatel isikutel, kuid üheski rühmas ei ulatunud see isegi pooleni uuritutest, jäädes enamasti alla viiendiku (joonis 6).



Joonis 6. Tervise seisundite skriinimine teenuseliikide kaupa.

Muud sagedamad preventsoonivajadused teenuseliikide kaupa on toodud tabelis 2. Preventsoonivajaduse hinnangu aluseks on nii interRAI üksiktunnuste esinemise kui ka kliiniliste protokollide (CAP) märgistumise sagedus. Kliinilised protokollid leitakse interRAI üksiktunnuste põhjal algoritmide abil. Isik, kellel on mõni CAP märgistatud, vajab selles valdkonnas sihipärasest sekkumisest, et vältida probleemi teket, seisundit parandada või seisundi halvenemist pidurdada.

Kuna interRAI eri vormides on seisundi valdkonnad erinevalt kajastatud (näiteks ei hinnata interRAI HO vormiga instrumentaalsete igapäevatoimingute ehk IADLi võimekust, koduse keskkonna optimeerimise vajadust jmt), võib tühi lahter tähistada nii seda, et antud meetme järele pole vajadus väga suur (mitte rohkem kui 10%), kui ka seda, et antud valdkonna kohta andmed puuduvad.

Tabel 2. Sagedamad preventsoonivajadused teenuserühmade kaupa.

● – enamik (> 50%) vajab; ○ – paljud vajavad (10–49%)

PA – perearsti teenus; HT – hooldajatoetuse teenus; AR – aktiivravijärgne; KHo – koduhooldus; KÕ – koduõendus; ADL – igapäevaelu toimingud; IADL – instrumentaalsed igapäevaelutoimingud

| Preventsoonimeetme valdkond | interRAI KH (PA, HT, AR) | interRAI KO (KHo, KÕ) | interRAI HO (HR, HK) | Päevahooldus | interRAI AR |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|-------------|
| ADL | ○ HT | ○ | ● | ● | ○ |
| IADL | ○ HT | ○ | | | ○ |
| Füüsiline tegevus | ● | ○ | ● | ○ | |
| Kukkumine | ○ HT,AR | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Kodukeskkonna optimeerimine | | ○ | | | |
| Omastehoolduse toetamine | | ○ KÕ | ○ HR | ○ | |
| Valu | ● | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Uriinipidamatus | ○ | ● | ○ | ○ | ○ |
| Soolepidamatus | | ● | ○ | | |
| Kõhukinnisus | ○ | | | | |
| Hammaste hooldus | ○ | | | | |
| Alatoitus | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| Lamatised | ○ | ○ | | | |
| Deliirium | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Dehüdratatsioon | | | | ○ | |
| Kognitiivne võimekus | ○ HT | ● | ● | ○ | ○ |
| Teovõime hindamine | ○ HT | ○ | ● | ● | ○ |
| Meeleoluhäired | ○ PS, HT | ● | ● | ● | ○ |
| Suhtlemine | ● | ● | | | ○ |
| Unehäired | ● | | ○ | | |
| Hammaste kontroll | ● | ● | ● | ● | |
| Silmade kontroll | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Kuulmise kontroll | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Vaktsineerimine | ● | ● | ● | ● | |
| Mammograafia | ● | ● | ● | ● | |

Ennetusmeetmete sagedane vajadus (vajalik 10%-l uuritutest või rohkem) oli meie andmete põhjal kokkuvõtlikult selline:

1. **Vajalikud kõikides teenuserühmades**
 - 1.1. Meeleoluhäired
 - 1.2. Kognitiivne võimekus
 - 1.3. Igapäevaelu toimingud (ADL)
 - 1.4. Teovõime hindamine
 - 1.5. Valu
 - 1.6. Uriinipidamatus
 - 1.7. Kukkumine
2. Vajalikud neljas teenuserühmas
 - 2.1. Füüsiline tegevus
 - 2.2. Alatoitus
 - 2.3. Deliirium
3. Vajalikud kolmes teenuserühmas
 - 3.1. Instrumentaalsed igapäevaelu toimingud (IADL)
 - 3.2. Omastehoolduse toetamine
 - 3.3. Suhtlemine
4. Vajalikud kahes teenuserühmas
 - 4.1. Unehäired
 - 4.2. Lamatised
 - 4.3. Soolepidamatus
5. Vajalikud ühes teenuserühmas
 - 5.1. Kodukeskkonna optimeerimine
 - 5.2. Kõhukinnisus
 - 5.3. Hammaste hooldus
 - 5.4. Dehüdratatsioon

Kindlasti on vajadus paljude meetmete järele veelgi suurem, eeskätt nendel isikutel, kelle seisundit hinnati interRAI KH-vormiga. See vorm on kõige lühem, mõeldud nende isikute väljasõelumiseks, kes vajaksid täielikku hindamist interRAI KO (või mõne muu) vormiga. Täielikku hindamist vajasisid peaaegu kõik hooldajatoetuse teenusel isikud ning ligikaudu pooled perearsti teenuse saajatest ja aktiivravijärgsetest isikutest. Niisamuti polnud kõikides vormides andmeid kõikide vajaduste kohta küsitud sarnaselt.

Kokkuvõtte ennetuse rakendamise ja vajaduste kohta eakatel

- Ainsa ennetusmeetmena on täies mahus rakendatud vererõhu regulaarne kontroll, teiste meetmete rakendamine on äärmiselt puudulik.
- Eakatele vajalikud preventsiivmeetmed, mis aitaksid parandada nende tervist ja toimetuolekut ning tõsta elukvaliteeti, haaravad eri eluvaldkondi: meditsiinilised, vaimse tervisega seonduvad, funktsionaalsed, sotsiaalsed. Seega vajavad vastavad programmid eri valdkondade spetsialistide head koostööd.

Professionaalide arvamused interRAI kasutatavuse kohta

Kai Saks

Uuringu eesmärk oli hinnata nelja interRAI hindamisinstrumendi (asutushooldus, koduhooldus, aktiivravi ja kontakthindamine) kasutamise perspektiive Eesti tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis:

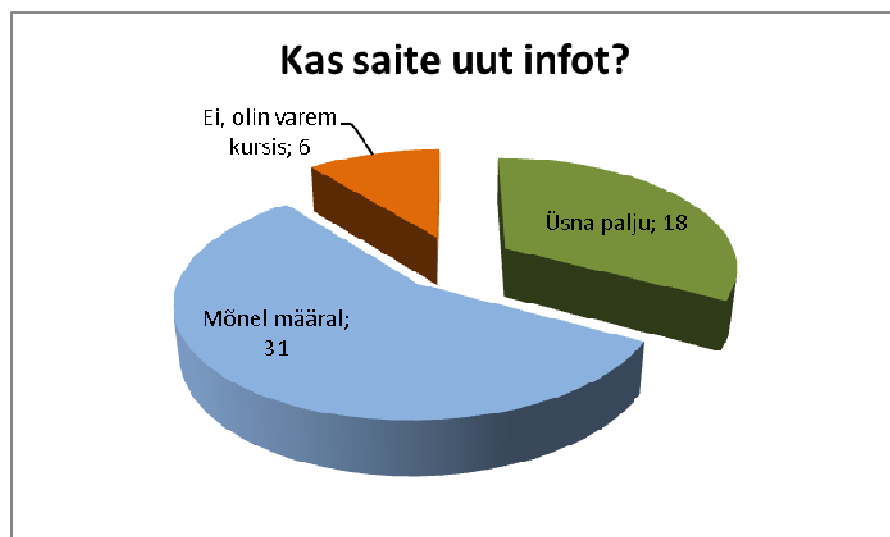
- uue info saamist,
- rakendatavust ja sellega seotud raskusi,
- kasutatavust ja sellega seotud raskusi.

Ankeete saadi tagasi 56 andmekogujalt, enam-vähem võrdse sagedusega kõikide interRAI vormide kohta (11–16 vastajat iga vormi kohta). Vastajate erialane taust ning jaotus interRAI hindamisvormide kaupa on toodud tabelis 1.

Tabel 1. Vastajate jaotus erialatausta ja interRAI vormi kasutamise kogemuse alusel

| | interRAI AR | interRAI HO | interRAI KO | interRAI KH | Kokku |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Arstid | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| Õed | 8 | 3 | 9 | 9 | 29 |
| Sotsiaaltöötajad | 1 | 5 | 3 | 2 | 11 |
| Muu | 2 | 7 | 4 | 0 | 13 |
| Kokku | 11 | 15 | 16 | 14 | 56 |

Vastajate arvates sai neist 49 (89%) interRAI vormi kasutades uut teavet oma uuritava kohta, kolmandik said palju uut infot (joonis 1). Uut infot saadi vastavalt interRAI vormidele järgmiselt: interRAI HO 13/13; interRAI KO 14/15, interRAI KH 12/14, interRAI AR 8/11.



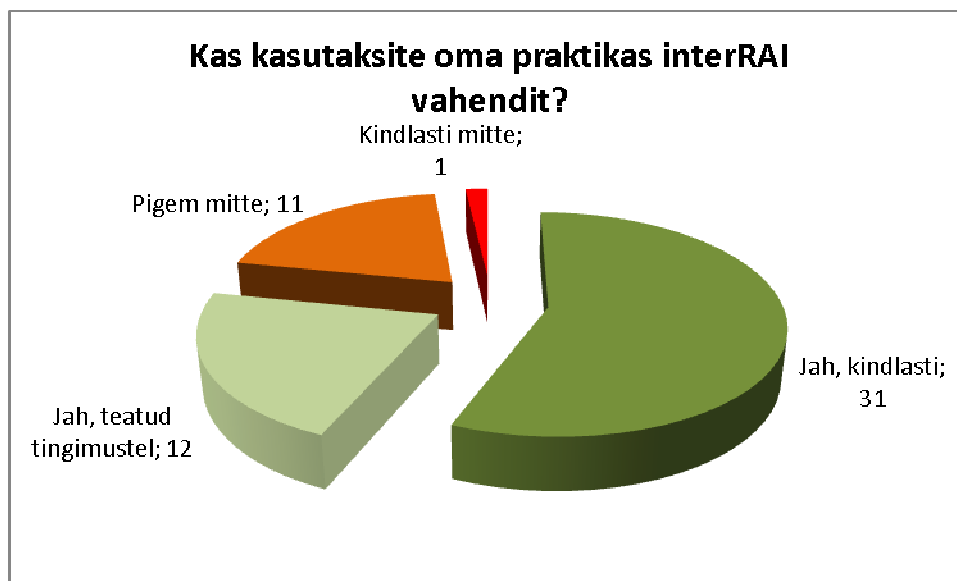
Joonis 1. Uue info saamine hinnatava kohta interRAI hindamisvormi kasutamisel

Kõik interRAI HO-, KO- ja KH-vormi kasutajad pidasid vorme rakendatavaiks: pool pidas rakendamist kergeks, pool teatud raskustega seotuks, kolm interRAI AR kasutajat (kokku oli neid 11) pidas nende

kasutamist raskeks või võimatuks. Rakendatavuse probleemidest nimetati sagedamini raskusi andmete kättesaamisega, ajanappust, kuid ka raskesti mõistetavaid, liigseid või puuduvaid küsimusi. Aktiivravi vormi puhul arvas osa, et seda on selles ravietapis liiga vara kasutada.

Kolm neljandikku vastanutest kasutaks ka tulevikus interRAI vahendeid oma igapäevatöös, üle poole neist sooviks neid kindlasti kasutada (joonis 2). Valdav osa interRAI HO ja KO kasutajatest kasutaksid interRAI metoodikat kindlasti (vastavalt 12/15 ja 10/15).

Kasutamata jätmise põhjustena märgiti sagedamini töömahukust ja ajanappust, meeskonnatöö puudulikkust, info kättesaamist teiste meetoditega, puudusi vahendites, kuid ka isiklike probleeme või vajadust saada enne piisavalt koolitust.



Joonis 2. Hinnang interRAI vahendite kasutatavusele oma igapäevapraktikas

Kokkuvõtte arvamustest interRAI vahendite kasutamise kohta

- Enamik kasutajatest (89%) sai interRAI vahenditest uut teavet uuritava kohta.
- Kõigi hooldusasutuse, koduhoolduse ja kontakthindamise vahendite kasutajate arvates olid interRAI vahendid nende asutuses rakendatavad, kuigi ligi poolte arvates teatud raskustega.
- Kolm neljandikku kasutaks interRAI vahendeid ka edaspidi oma igapäevatöös, viiendik neist küll teatud tingimustel.

Projekti EAKAS järelused ja ettepanekud

Kai Saks, Ruth Kalda, Helgi Kolk, Sirje Kree

Uuringu EAKAS tulemustele tuginedes tegid projekti tuumikusse kuuluvad uurijad järgmised järelused ja ettepanekud.

Järelused

- Preventsioon eakate ravis/hoolduses on praegu juhuslik, tihti üksnes diagnoosile tuginev, mis ei vasta preventsiiooni põhimõtetele eakatel inimestel.
- Rakendamata jäävad paljud tõendus põhised ja kulusäästlikud ennetusmeetmed, mille järele on suur vajadus.
- Preventsiiooni eelduseks on seisundi igakülgne hindamine kõikidel teenusetasanditel, praegu kasutatavad hindamismetoodikad sellist teavet piisavalt ei sisalda.

Ettepanekud projekti EAKAS tulemustel põhinevate ennetusmeetmete rakendamiseks

Kõikidele eakatele vajalik

- Perearsti/pereõe ennetav tervisekontroll kindla vormi järgi üks kord aastas (regulaarne igakülgne seisundi hindamine, probleemide aktiivne skriinimine).
- Regulaarne hammaste kontroll.
- Kehaline ja vaimne aktiveerimine.
- Vaktsineerimine gripi ja pneumokoki vastu.

Spetsiifilised interdistsiplinaarsed programmid mitmesuguste probleemidega eakatele

- Vaimne tervis (meeleoluhäired, kognitiivne võimekus, teovõime hindamine, deliirium, unehäired, suhtlemine).
- Füüsilise võimekuse ja toimetuleku edendamine (füsioteraapia ja tegevusteraapia individuaalsed ja grupitegevused, abivahendid, koduse keskkonna kohandamine).
- Valu kontroll.
- Kukkumise ennetamine.
- Kehaline ja vaimne aktiveerimine.
- Uriini- ja soolepidamatuse leevendamine.
- Alatoitumise ennetamine.

Ettepanekud sotsiaalpoliitika meetmete rakendamiseks

- Omastehooldus vajab toetamist professionaalsete teenustega – eriline tähelepanu hooldajatoetusega ja õendusteenuseid saavatele eakatele.
- Vajalike teenuste paketi korraldamine ning selle paindlik ja kulusäästlik toimimine nõuab professionaalset (formaalset) hoolduse juhtumikorraldust koos sellest tulenevate õiguste ja vastutusega; vajalik on välja töötada vastavad regulatsioonid ja teenus juurutada.
- Eakate ravis ja hoolduses vajab praktikasse juurutamist interRAI metoodika kõikidel teenuse tasanditel – vajadus selle järele on korduvalt tõestatud ning valmisolek koos IT-lahendustega on antud projekti käigus loodud.
- Kõigi tervishoiu- ja hoolekandetöötajate teadlikkust eakate tervise, toimetuleku ja preventsiiooni iseärasustest on tarvis oluliselt parandada – vaja on luua struktuuriüksus(ed), kes seda korraldaks ja kannaks vastutust.

B TULEMUSED TEENUSELIIKIDE KAUPA

Selles osas esitatakse uuringu põhilised tulemused interRAI vormide alusel teenuseliikide kaupa. Analüüsitud on vastuste esinemissagedust kõigi VASTANUTE hulgas, arvestamata puuduvate vastuste osakaalu. Seetõttu võivad selles osas esitatud tulemused mõne tunnuse puhul erineda interRAI tulemuste koondtabelites esitatust (C osa), kuna viimastes tabelites esitatakse kõikide vastuste jaotus, kaasa arvatud puuduvad tulemused.

Esmatasandi eakate haigete seisund ning tervishoiu- ja sotsiaalabi teenuste vajadus Tartu piirkonnas interRAI KH andmete põhjal

Ruth Kalda, Helen Int

Taustast

InterRAI-I kontakthindamise instrumendi kasutamise eesmärgiks on toetada hooldus- ja raviotsuste vastuvõtmist, dokumenteerida kliiniline informatsioon isikute kohta, kellele ei ole viimasel ajal tehtud täiendavat igakülgset hindamist ning anda sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid vajavate inimeste kohta esmast kliinilist informatsiooni. InterRAI kontakthindamine fikseerib kõige olulisema informatsiooni, mis on aluseks eri sekkumiste edasisele planeerimisele. Nendeks sekkumisteks võivad näiteks olla igakülgse hindamise vajadus, erakorraline koduhoolduse vajadus, spetsialiseeritud teenuste, nagu rehabilitatsiooniteenuse vajadus jne.

Siin kirjeldatavad uuringud on tehtud perearstikeskustes ja patsientide kodudes. Uuringus kutsuti osalema kõiki 65-aastaseid ja vanemaid patsiente, kes ajavahemikus oktoober 2013, veebruar 2014, mai 2014 pöördusid perearstikeskusesse või kelle juurde kas pereõde või -arst tegi koduvisiidi. Sama instrumendiga hinnati ka hooldajatoetusteenust saava tugisikuga kodus elavaid isikuid ning tehti järelhindamine aktiivravihaigetele kaks kuud pärast haiglast lahkumist. Andmeid kogusid tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad, kes said enne seda InterRAI KH instrumendi kasutamise koolituse. Uuring oli läbilõikeline. Uuritavad või nende seaduslikud esindajad allkirjastasid enne osalemist informeeritud nõusoleku, kõikidele patsientidele oli uuringust osavõtt vabatahtlik.

TULEMUSED

Kokku tehti 1888 hindamist, neist 1246 (66%) juhul oli tegemist üldarstiabi teenuse osutamisega, 304 juhul (16%) hooldajatoetusteenust saava eakaga, 337 (18%) juhul aktiivravijärgse hindamisega ja ühel juhul viibis patsient hooldekodus.

1. Üldarstiabi teenust saavate klientide terviseseisundi analüüs

Uuritavate kirjeldus

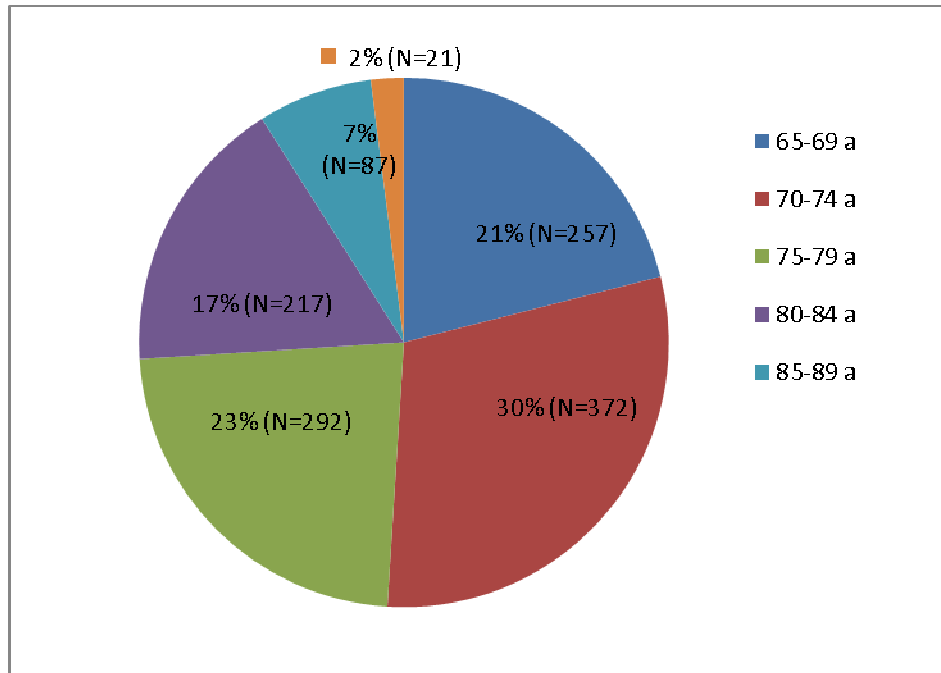
Üldarstiabiteenust saavaid eakaid osales uuringus kokku 1246. Kõige suurem oli uuritavate arv oktoobris (tabel 1), sel perioodil on tavaliselt ka perearstikeskustesse tehtud visiitide arv tavapäraselt suurim, seoses haigestumise sesoonse tõusuga.

Tabel 1. Uuritavad uuringuperioodide lõikes

| Uuritavad | Oktoober | Veebruar | Mai |
|-----------|----------|----------|-----|
| Mehed | 136 | 112 | 112 |
| Naised | 325 | 270 | 291 |
| Kokku | 461 | 382 | 403 |

Uuritavatest 886 (71%) olid naised ja 360 (29%) mehed. Uuritavate keskmine vanus oli 75 aastat (SD 6,4), noorim 65- ja vanim 101-aastane. Kõige rohkem uuritavaid oli vanuserühmas 70–74 eluaastat (30%) ning kõige vähem vanuserühmas 90–101 (2%) (joonis 1). Enamik uuringus osalenutest olid

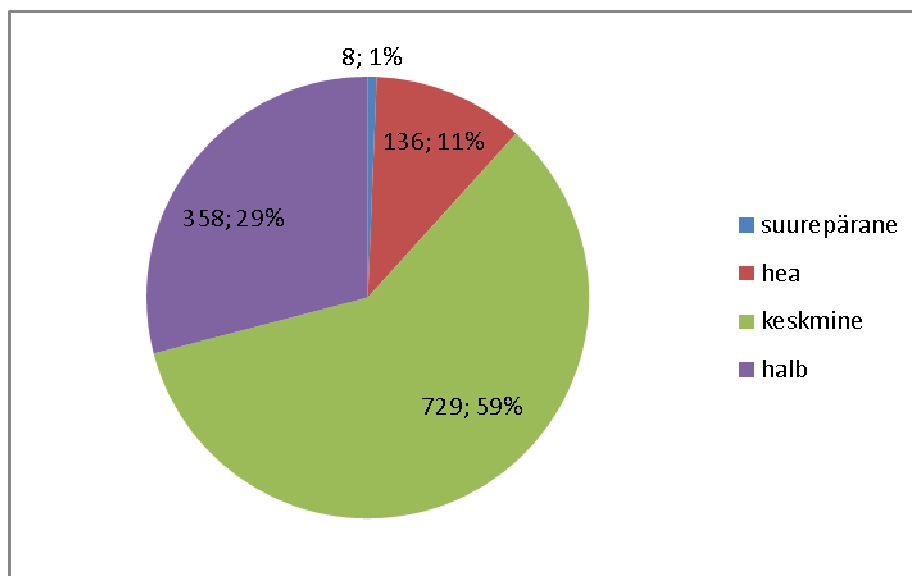
eestlased (82%) ning sama palju neist rääkisid ka eesti keelt. Vene rahvusest uuritavaid oli 16% (202) ning muust rahvusest 2% (23). Puuet ei esinenud 493 (42%) küsitletutest, keskmine puue esines 205-l (18%), raske puue 400-l (35%) ning sügav puue 61 patsiendil (5%). Üksi elas 487 (39%) ja koos abikaasa või elukaaslasega 486 (39%) eakatest ning 146 (12%) elas koos lapsega/lastega, kuid ilma abikaasata. Oma majas/korteris/üüritud toas ilma koduhooldustoetuseta elas valdav osa uuritavatest ehk 1216 (98%). Kodus koos kaasneva koduõenduse ja/või koduhoolduse teenusega elas 17 uuritavat (2%).



Joonis 1. Üldarstiabi teenust saavate eakate vanuseline jaotus

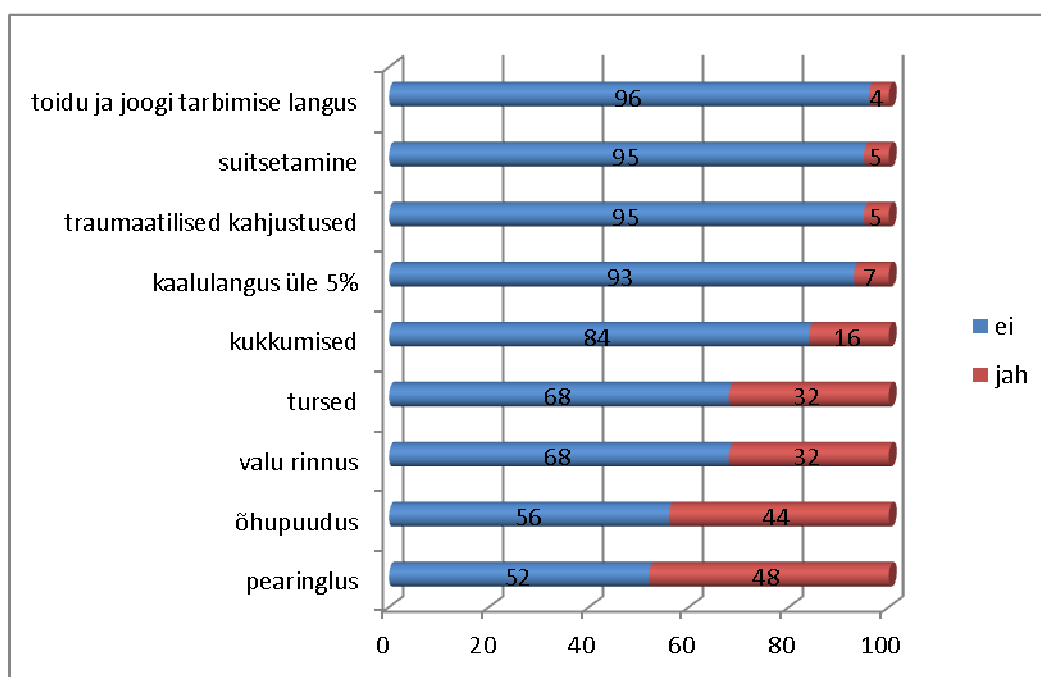
Üldarstiabi teenust saavate eakate põhilised terviseprobleemid

Eakate põhilisi terviseprobleeme uurides selgus, et suurepäraseks hindas oma tervislikku seisundit 8 (1%), heaks 136 (11%) eakatest, keskmiseks 729 (59%) ning halvaks 358 (29%) eakatest (joonis 2). Sellise hinnangu poolest erinevad eakad üsna oluliselt nooremast kui 65-aastaste üldpopulatsioonist, kus 2014. a küsitlusuuringu andmetel hindab oma tervist väga heaks 22,5%, heaks 29%, keskmiseks 38,4% ning halvaks või väga halvaks 10% vastanutest (Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2014).



Joonis 2. Üldarstiabi saavate eakate enesehinnang tervisele

Üle poole vastanutest ehk 661 (54%) koges küsitlusperioodidel ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme. Kõige sagedamini esinevateks terviseprobleemideks on pearinglus, mis esineb kokku 601 (48%) küsitletul, õhupuudus – 541 (44%), valu rinnus – 404 (32%), perifeersed tursed – 399 (32%) ning kukkumised – 203 (16%) küsitletutest. Teised terviseprobleemid esinevad oluliselt harvemini (joonis 3). Lamatised esinevad 27 patsiendil (2%), püsikateeter 5 patsiendil ning hapnikravi saavad 3 patsienti.



Joonis 3. Tervisehäirete esinemise sagedus üldarstiabi teenuse saajate hulgas (osakaal vastajate hulgas, %)

Eraldi analüüsisime kõige sagedamini esinevate terviseprobleemide raskusastet.

Selgub, et **õhupuudust** esineb juba rahuolekus 70 patsiendil (küsitletutest 6%), igapäevasel tavalisel tegevusel esineb see terviseprobleem 148-l (12%) ning mõõdukal tegevusel 323 patsiendil (26%) (tabel 2).

Tabel 2. Õhupuuduse esinemine

| | Puudub | Puudub rahuolekus, esineb mõõdukal tegevusel | Puudub rahuolekus, esineb tavalisel igapäevasel tegevusel | Esineb rahuolekus |
|------------------|--------|--|---|-------------------|
| Õhupuudus | 700 | 323 | 148 | 70 |

Teiste probleemsete seisundite esinemissagedus on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Probleemsete seisundite esinemine Tartu piirkonna eakatel

| | Ei esinenud | Esines, kuid mitte viimase kolme päeva jooksul | Esines ühe päeva vältel viimase kolme päeva jooksul | Esines kahe päeva vältel viimase kolme päeva jooksul | Esines iga päev viimase kolme päeva jooksul |
|---------------------------|-------------|--|---|--|---|
| Pearinglus | 644 (52%) | 249 (20%) | 148 (12%) | 59 (5%) | 138 (11%) |
| Valu rinnus | 835 (68%) | 204 (16%) | 108 (9%) | 43 (3%) | 49 (4%) |
| Perifeersed tursed | 838 (68%) | 148 (12%) | 50 (4%) | 30 (2%) | 171 (14%) |

Kukkumised on eakate tähtis terviseprobleem, mis enamasti on tingitud elukorraldusest ja haiguste esinemisest, lõppedes sageli elukvaliteedi olulise halvenemisega. Seetõttu analüüsisime seda osa detailsemalt vanuserühmade kaupa. Nagu eeldada võis, on kukkumistest enim ohustatud kõige eakamad: 90-aastastest ja vanematest on viimase 90 päeva jooksul kukkunud iga kolmas (tabel 4).

Tabel 4. Kukkumise sagedused üldarstiabi saajate eri vanuserühmades

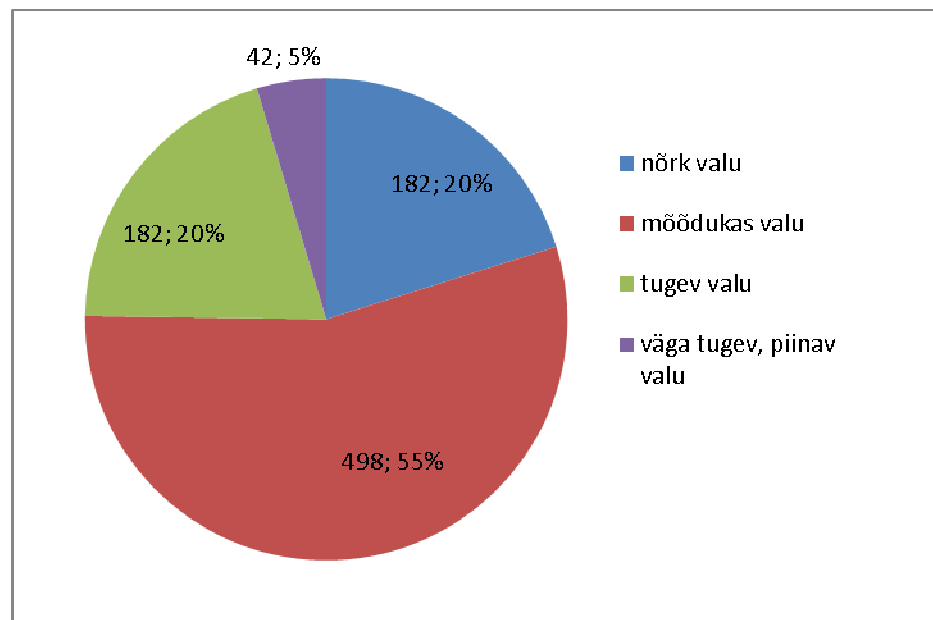
| Kukkumised/Vanuserühm | 65-69 N = 257 | 70-74 N = 372 | 75-79 N = 292 | 80-84 N = 217 | 85-89 N = 87 | 90-101 N = 21 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Üks kukkumine või rohkem viimase 90 päeva jooksul | 32 (12%) | 63 (17%) | 42 (14%) | 45 (21%) | 14 (16%) | 7 (33%) |
| Ei ole kukkunud viimase 90 päeva jooksul | 221 | 306 | 247 | 172 | 72 | 14 |

Kuna krooniliste terviseprobleemidega kaasneb sageli **valusündroom**, uuriti valu esinemissagedust ja iseloomu detailsemalt. Selgus, et valu esineb koguni 891 uuritutest (72%), sealhulgas igapäevaselt viimase kolme päeva jooksul esines valu ühel kolmandikul küsitletutest (tabel 5).

Tabel 1. Valu esinemissagedus üldarstiabi saajate seas

| | |
|--|-----------|
| Valu esinemine | 349 (28%) |
| Valu ei ole | 349 (28%) |
| Esineb, kuid ei ole esinenud viimase kolme päeva jooksul | 303 (24%) |
| Esines ühe-kahe päeva vältel viimase kolme päeva jooksul | 196 (16%) |
| Esines iga päev viimase kolme päeva jooksul | 392 (32%) |

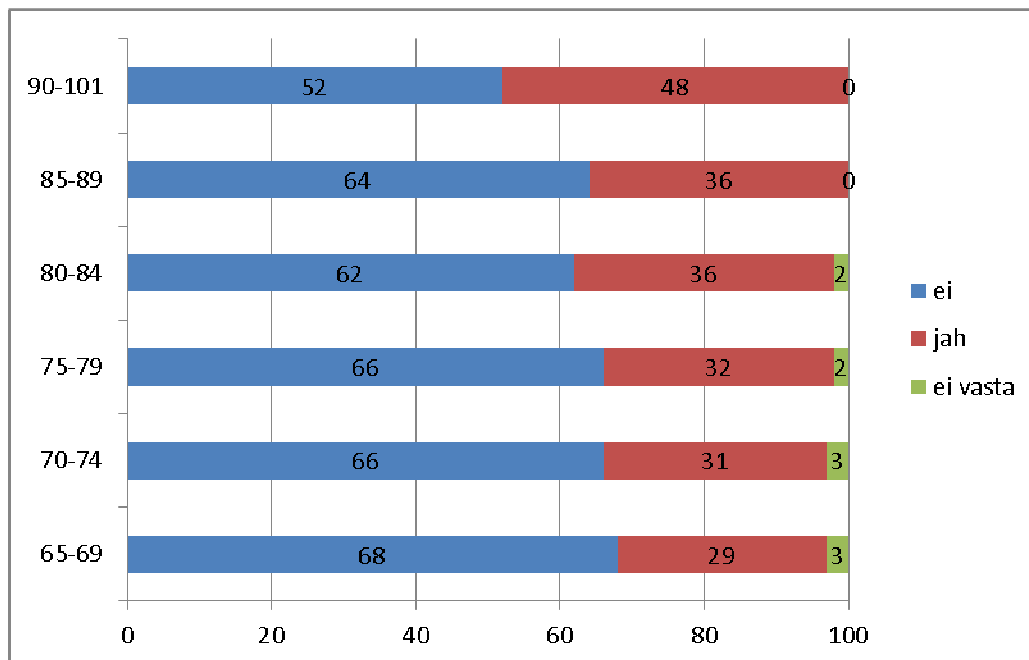
Nendel, kes tunnistasid valu esinemist, oli see enamasti mõõdukas – 498 juhul (56%), tugevat või kohati lausa piinavat valu tunnistas kokku 224 patsienti (24% neist, kel valu esines, ja kõikidest uuritud eakatest moodustas see 18%). Nõrk valu esines 182 patsiendil (20%) (joonis 4). Tähelepanu väärib just tugevat või lausa piinavat valu tunnistavate eakate hulk. Ühest küljest võib see tähendada valu alaravimist, teisalt aga seda, et valu olemasolu peavad eakad enda terviseprobleemidega paratamatult kaasnevaks probleemiks, millega pole vajalik alati arsti poole pöörduda. Valu nii sageda esinemise põhjuseid peaks loomulikult täpsemalt uurima.



Joonis 4. Valu tugevus neil eakatel, kes tunnistasid valu esinemist

Selleks et uurida **meeleoluga seonduvaid probleeme**, küsiti eakatel, kas nad on viimase kolme päeva jooksul tundnud masendust, kurbust või lootusetust.

Sellele küsimusele vastas jaatavalt 401 patsienti (32%), küsimusele vastamata jättis 29 (2%). Naiste hulgas oli jaatavalt vastanute osakaal mõnevõrra suurem (36%) kui meestel (24%). Enam on masendust, kurbust või lootusetust tundnud kõrgeimas vanusegrupis olevad eakad (joonis 5).

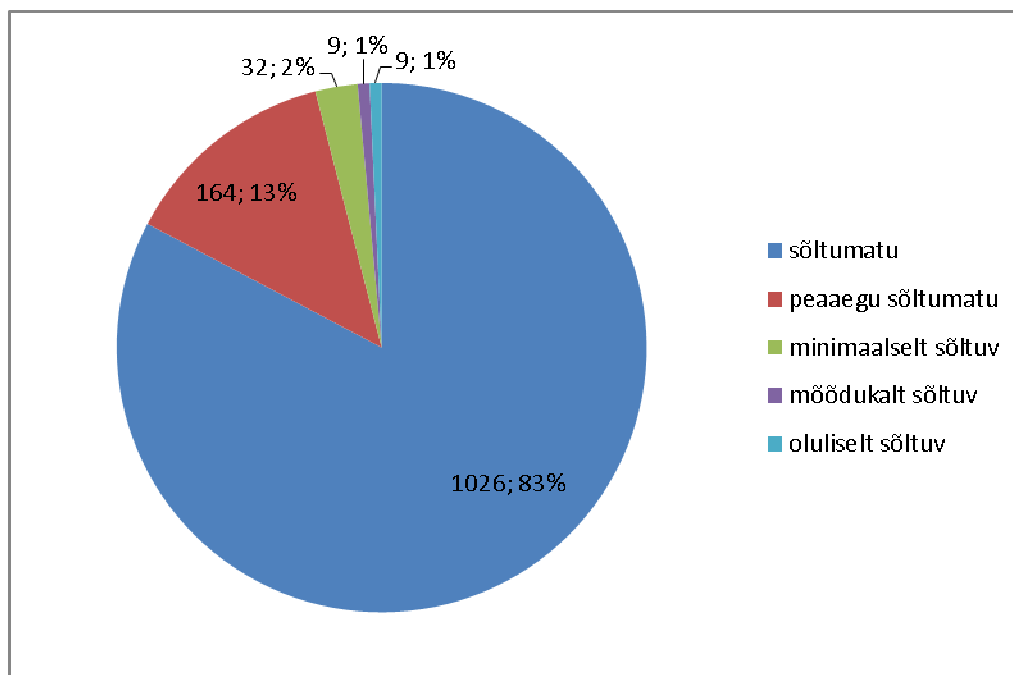


Joonis 5. Kurbuse, masenduse või lootusetuse esinemine viimase kolme päeva jooksul üldarstiabi saajate eri vanusegruppides (osakaal vastajate hulgas, %)

Üldarstiabi teenust saavate eakate põhilised toimetulekuprobleemid

Kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel

Kognitiivsete otsuste tegemise all mõeldakse igapäevatoimingutega seotud otsuste tegemist. Tahtsime teada, millisel määral saavad eakad sellega enda hinnangul hakkama. Otsuseid tehes on teistest sõltumatud 1026 (82%) eakatest, peaaegu sõltumatud 164 (13%) ning minimaalselt sõltuvaks pidas oma seisundit 32(3%) ning mõõdukalt ja oluliselt sõltuvaks kokku 18 (1%) eakat (joonis 6).



Joonis 6. Teistest sõltuvus igapäevaotsuste tegemisel (üldarstiabi saavate eakate hulk)

Hinnates kognitiivsete otsuste tegemist vanuserühmade kaupa, selgub, et otsuste tegemine hakkab halvenema tegelikult juba 75. eluaastast ning süveneb vanuse kasvades (tabel 6).

Tabel 6. Oskused igapäevaotsuste tegemisel eri vanusegruppides

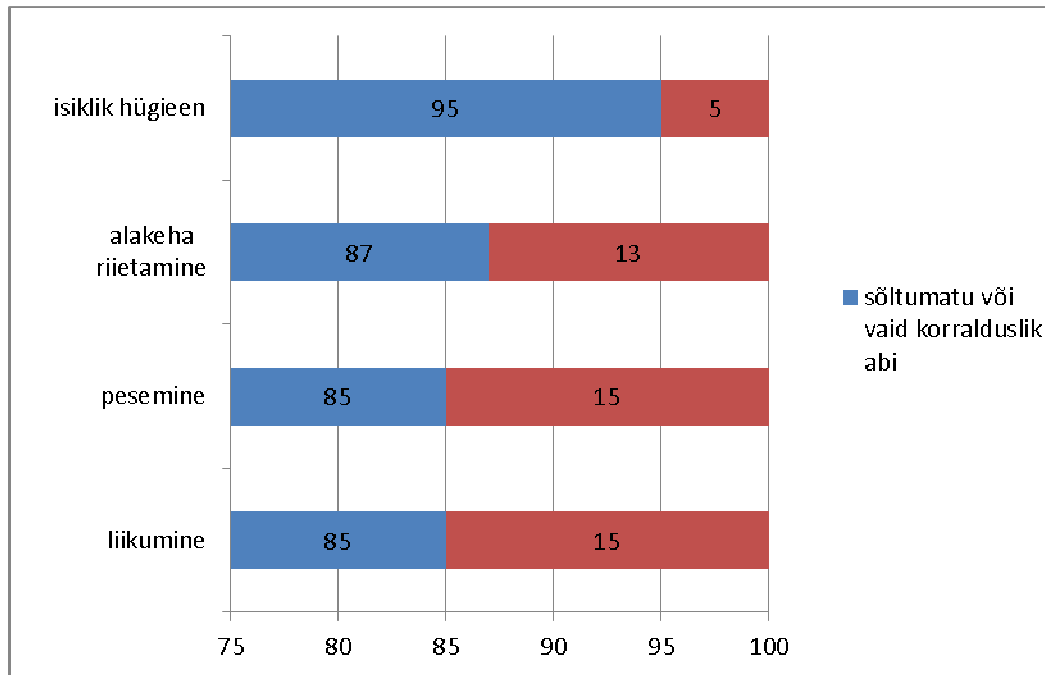
| Oskused otsuste tegemisel | 65–69 N = 257 | 70–74 N = 372 | 75–79 N = 292 | 80–84 N = 217 | 85–89 N = 87 | 90–101 N = 21 | Kokku N = 1246 |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| Sõltumatu | 231 (90%) | 328 (88%) | 235 (80%) | 161 (74%) | 64 (74%) | 7 (33%) | 1026 (82%) |
| Peaaegu sõltumatu | 20 (8%) | 36 (10%) | 45 (16%) | 41 (19%) | 19 (22%) | 3 (14%) | 164 (13%) |
| Minimaalselt halvenenud | 4 (2%) | 4 (1%) | 6 (2%) | 10 (5%) | 2 (2%) | 6 (28%) | 32 (3%) |
| Mõõdukalt halvenenud | 0 | 1 (0%) | 3 (1%) | 3 (1%) | 0 | 2 (9%) | 9 (1%) |
| Oluliselt halvenenud | 0 | 3 (1%) | 1 (0%) | 0 | 2 (2%) | 3 (10%) | 9 (1%) |

ADLi toimingute sooritamine

ADLi toiminguteks peetakse igapäevaseid elutegevusi, nagu pesemine, isiklik hügieen, alakeha riietamine, liikumine. Pesemise all on mõeldud pesemist üle kogu keha vannis või duši all. Selle punkti all on mõeldud ka siirdumist vanni või duši alla ja sealt välja ning keha iga osa, välja arvatud selja ja juuste pesemist. Isikliku hügieeni all on mõeldud juuste kammimist, hammaste pesemist, habeme ajamist, kosmeetika kasutamist, aga ka näo ja käte kuivatamist. Alakeha riietamise all mõeldakse seda, kuidas eakas paneb riidesse ja riietub lahti vööst allpool (üleriided, pesu), sealhulgas

paneb kinni proteesid, ortoosid, vööd, püksid, seelikud, kingad, kinnitusvahendid. Liikumise all on mõeldud seda, kuidas eakas liigub ühest kohast teise samal korrusel (jalgsi või ratastooliga). Kui eakas liigub vaid ratastooliga, hinnatakse seda, kas ta on sellega liikudes iseseisev.

Enamik üldarstiabi teenust kasutanud eakatest saab iseseisvalt või vaid korraldusliku abiga hakkama kõikide igapäevaelu toimingutega, kõige iseseisvamad ollakse isiklikus hügieenis (uuritutest 95%) (joonis 7).

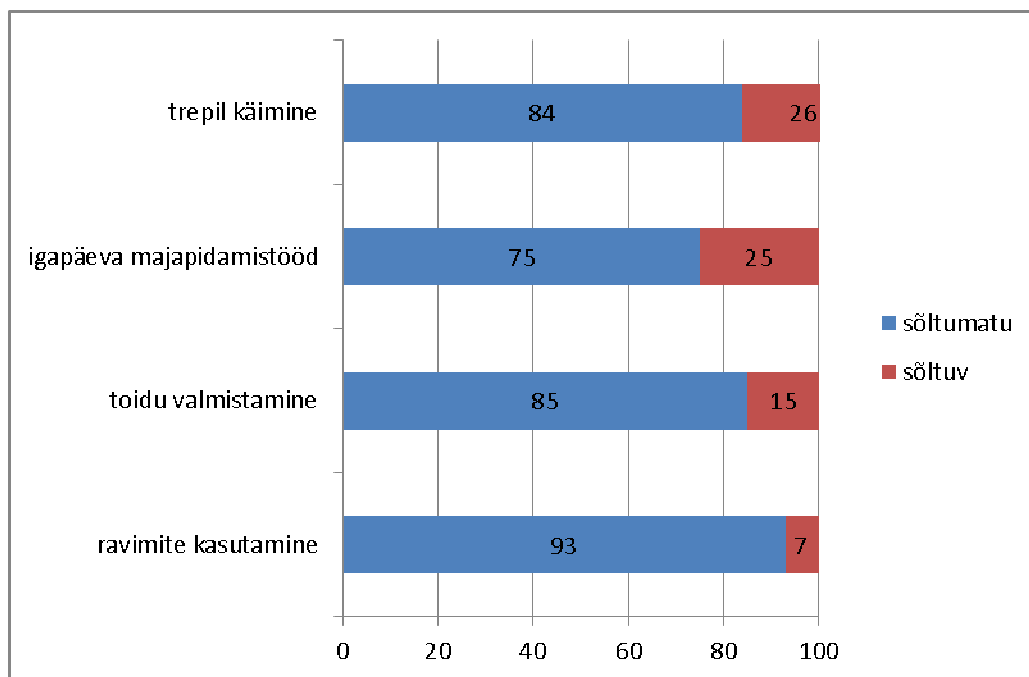


Joonis 7. Teistest sõltuvus igapäevaelu toimingutes (osakaal üldarstiabi saavate eakate hulgas, %)

ADLi võimekus on tihedalt seotud eakate tervisliku seisundiga. InterRAI KH võimaldab hinnata ka seda, kas eakatel esineb haigusi, mis muudavad nende ADLi võimekuse, käitumise või meeleolu ebastabiilseks. 356 patsiendi puhul (29%) vastati sellele küsimusele jaatavalt. Lisaks hinnati 483 patsienti tugiteenuseid vajavaks (39%).

IADLi võimekus

IADLi võimekuse all hinnatakse eakate eeldatavat võimet tulla võimalikult sõltumatult toime selliste tegevustega nagu toidu valmistamine, igapäevased majapidamistööd (nõude pesemine, tolmu pühkimine, voodi korrastamine, pesu pesemine jne), aga ka ravimite tarvitamine ja treppidest käimine. Nii nagu ADLi võimekuse puhul, küsiti seda, kas isik on tegevustes sõltumatu ja vajab ainult korralduslikku abi või on teda vaja juhendada, millega kaasneb mitmekülgne muu abi. Ravimite tarvitamise all on mõeldud seda, kas eakal on meeles ravimeid võtta, kas ta teab, kuidas avada pudeleid, võtab õigeid ravimite doose, teeb süsti, määrab salve. Treppil käimise all on mõeldud seda, mil määral eakas suudab treppidel liikuda (12–14 astet).



Joonis 8. IADLi võimekus üldarstiabi saavate eakate hulgas (osakaal vastanute hulgas, %)

Selgub, et kõige enam ollakse sõltumatu ravimite võtmisega seotud üksikasjades (93% hindab end ise toime tulevaks), kõige enam aga vajatakse kõrvalist abi treppidel liikumisel (26% vajab siin juhendamist või igakülgset muud abi) (joonis 8).

Tabel 7. IADLi võimekus vanuserühmade kaupa (eakate hulk, kes vajavad juhendamist või igakülgset muud abi)

| IADLi võimekus | Sõltuv | | | | | |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | 65-69 N = 257 | 70-74 N = 372 | 75-79 N = 292 | 80-84 N = 217 | 85-89 N = 87 | 90-101 N = 21 |
| Toiduvalmistamine | 25 (10%) | 43 (12%) | 40 (14%) | 45 (21%) | 21 (24%) | 18 (86%) |
| Igapäeva majapidamistööd | 40 (16%) | 79 (21%) | 66 (23%) | 80 (37%) | 27(31%) | 18 (86%) |
| Ravimite kasutamine | 10 (4%) | 22 (6%) | 13 (4%) | 17 (8%) | 10 (11%) | 13 (62%) |
| Trepil käimine | 42 (16%) | 75 (20%) | 69 (24%) | 69 (32%) | 33 (38%) | 14 (67%) |

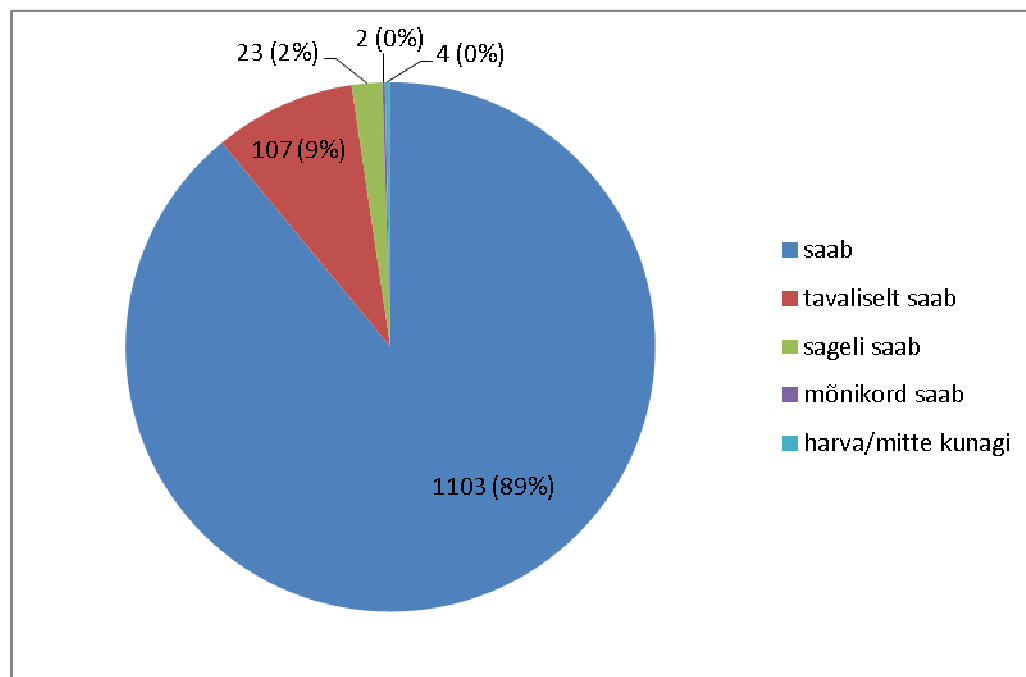
Eri vanuserühmades on IADLi võimekus väga erinev, igakülgset abi hakatakse oluliselt enam vajama alates 80. eluaastast ja üle 90-aastased eakad vajavad juhendamist ning abi juba enamasti (tabel 7).

Võrreldes 90 päeva taguse ajaga on enamiku eakate IADLi võimekus jäänud samale tasemele (70% eakatest), see on halvenenud ligi veerandil eakatest ja mõnevõrra paranenud 6%-l eakatest (tabel 8).

Tabel 2. Muutused IADLi seisundis võrreldes 90 päeva taguse ajaga

| Muutus IADLi seisundis* | Mehed N = 358 | Naised N = 875 | Kokku (N = 1233) |
|-------------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Paranenud | 16 (5%) | 60 (7%) | 76 (6%) |
| Muutusi ei ole | 264(74%) | 589(67%) | 853 (70%) |
| Halvenenud | 76(21%) | 221(25%) | 287 (23%) |
| Ei saa hinnata | 2(1%) | 5(1%) | 7 (1%) |

Eakatel hinnati ka seda, milline on nende **võime teistest inimestest aru saada**. Vaid väga vähestel üldarstiabi saavatel eakatel on probleeme nii teistest inimestest kui neile antud soovitudest ja käsklustest aru saamisega (joonis 8). Teistest inimestest saab alati aru 89% ja tavaliselt saab aru 9% (joonis 9).



Joonis 9. Üldarstiabi saavate eakate võime teistest aru saada

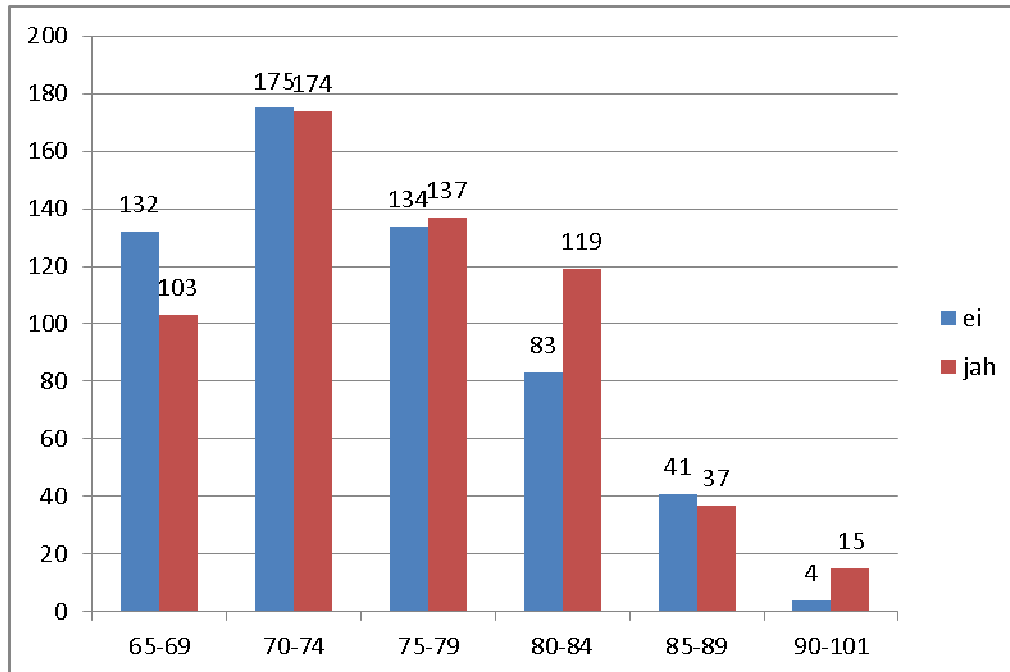
Küsitletud eakatest 8% on olnud viimase 90 päeva jooksul **haiglas** ja **erakorralist meditsiiniabi** on viimase 90 päeva jooksul vajanud 9% eakatest. Kirurgilise abi vajadust viimase 90 päeva jooksul märkis 6% eakatest.

Üldarstiabi teenust saavate eakate sotsiaalabi ja tervishoiuteenuste vajadus

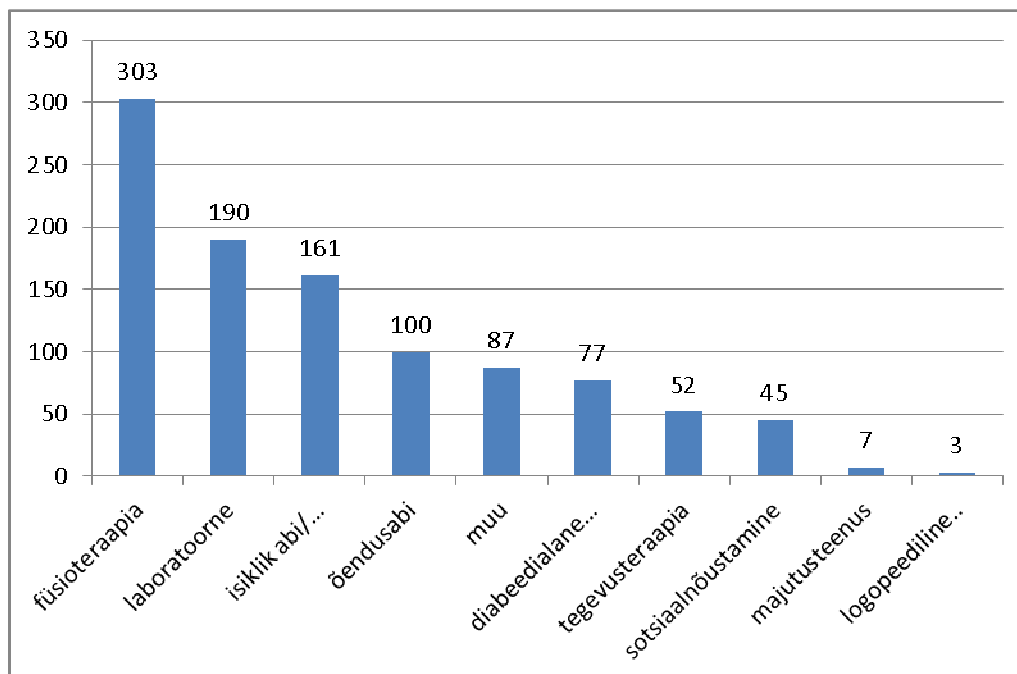
Eakatel hinnati ka teatud tervishoiu- ja sotsiaalabi teenuste vajalikkust. Hindaja pidi üle vaatama kogu saadud info ning selle põhjal langetama otsuse teenuse vajaduse kohta. Lühiajaliste teenustena peetakse siinkohal silmas teenuseid, mille kestus on vähem kui 60 päeva, või neid, mida isik vajab eeldatavalt vähem kui 60 päeva (näiteks lühiajaline operatsioonijärgne haavahooldus). Pikaajaliste teenuste alla liigituvad teenused, mille kestus on rohkem kui 60 päeva, näiteks isikuabi teenused.

Selgus, et lühiajalisi teenuseid vajab üldarstiabi saavatest eakatest 23% ja pikaajalisi teenuseid ligi pool küsitletutest (51%).

Vanuserühmade siseselt jaguneb pikaajaliste teenuste vajajate ja mittevajajate arv enam-vähem pooleks, v.a 80–84- ja ka üle 90-aastaste hulgas, kus neid, kes vajavad pikaajalisi teenuseid, on oluliselt enam (joonis 10).



Joonis 10. Pikaajalise teenuse vajadus eri vanusegruppides (üldarstiabi saavate eakate arv)



Joonis 11. Eri teenuste rakendamise vajalikkus (üldarstiabi saavate eakate arv, kes antud teenust vajaksid)

Üldarstiabi saavate eakate kõige sagedamini vajatavad teenused on ootuspäraselt füsioteraapia ning mingi laboratoorne teenus või laboratoorne abivahend (nt glükomeeter, testribad, korrapärane verehüübimise määramine), isiklik abi või koduhooldus ning õendusabiteenus (joonis 11). Kõige vähem vajavad selle grupi eakad majutusteenust (asutushooldus) ja logopeedilist abi.

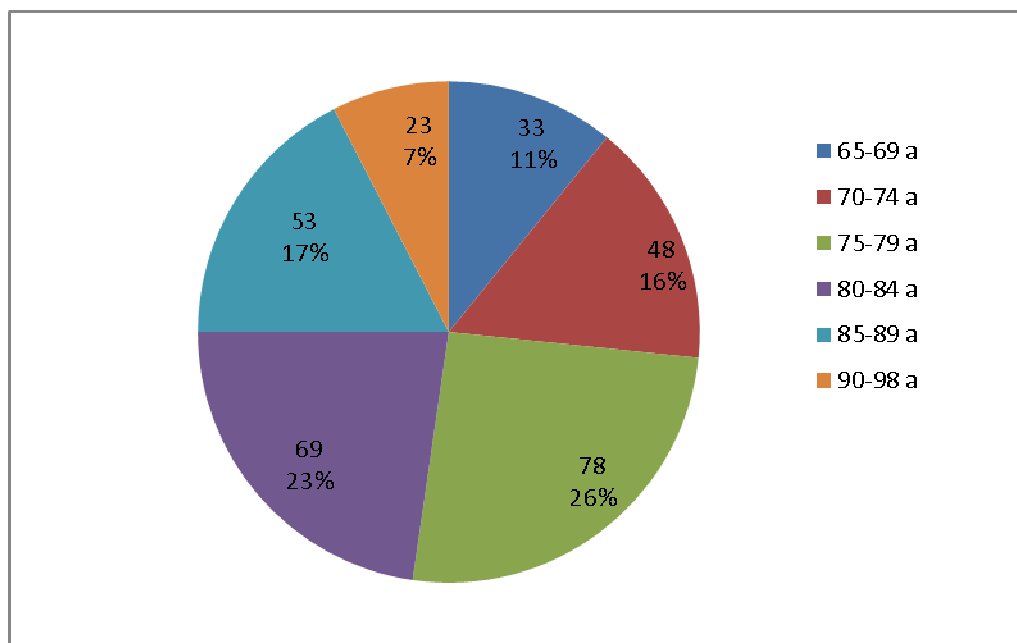
2. Hooldajatoetust saava tugisikuga kodus elavate klientide terviseseisundi analüüs

Uuritavate kirjeldus

Hooldajatoetust saavaid eakaid osales uuringus kokku 304, neist 77 (25%) meest ja 227 (75%) naist. Uuritavate keskmine vanus oli 79 aastat (SD 7,2), noorim 65- ja vanim 98-aastane. Kõige rohkem uuritavaid oli vanuserühmas 75–79 eluaastat (26%) ning kõige vähem vanuserühmas 90–101 (7%) (joonis 12). Enamik uuringus osalenutest olid eestlased (91%). Vene rahvusest uuritavaid oli 9% (N = 26) ning muust rahvusest osalejaid oli alla 1% (N = 2).

Puuet ei esinenud vaid 5 küsitlertul (1%), keskmine puue esines 3 (1%), raske puue 180 (62%) ning sügav puue 104 patsiendil (36%).

Üksi elas 138 (45%) ja koos abikaasa või elukaaslasega 89 (29%) eakatest ning 58 (19%) elas koos lapsega/lastega, kuid ilma abikaasata. Vanemate, õe-venna või muude sugulastega elas 19 eakat (6%).



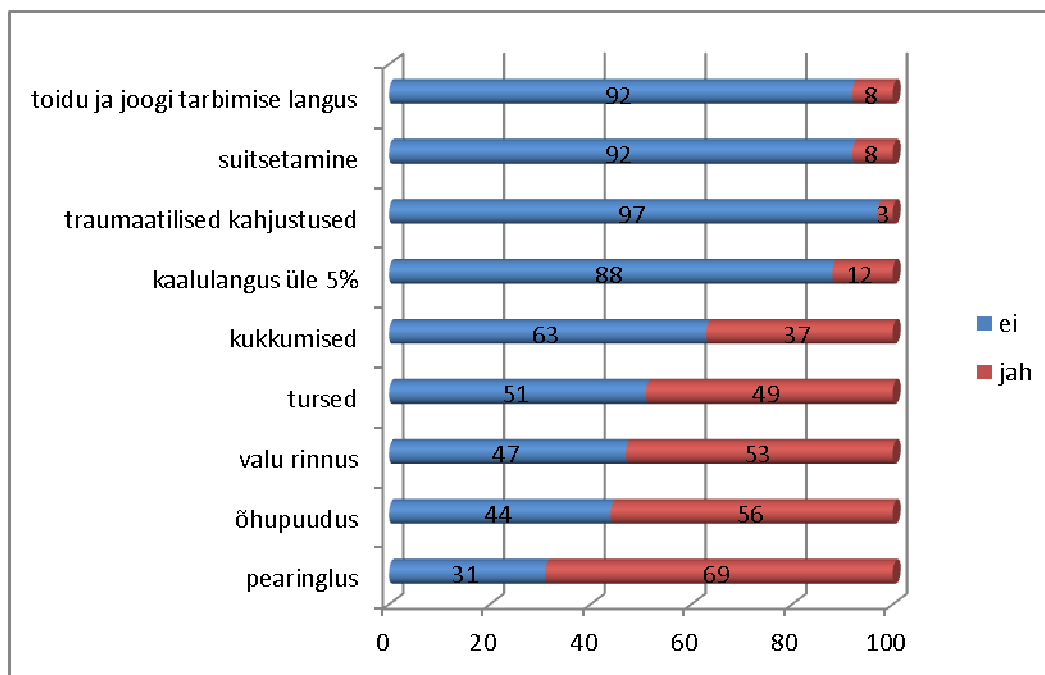
Joonis 12. Hooldajatoetuse teenust saavate eakate vanuseline jaotus

Hooldajatoetuse teenust saavate eakate põhilised terviseprobleemid

Suurepäraseks hindas oma tervislikku seisundit 3 eakat (1%), heaks 6 (2%), keskmiseks 108 (36%) ning halvaks 182 (61%) eakat. Seega erineb koduhooldusteenusel olevate eakate tervise enesehinnang oluliselt üldarstiabi teenust saavate eakate omast, saades märksa madalama hinnangu.

Üle poole vastanutest e 156 (53%) koges küsitlusperioodidel ägedaid või ägenevaid kroonilisi terviseprobleeme. Kõige sagedamini esinevateks tervisehäireteks olid: pearinglus, mis esines kokku

207 küsitlertul (69%), õhupuudus – 170 (56%), valu rinnus – 158 (53%), perifeersed tursed – 146 (49%) ning kukkumised – 111 (37%). Teisi terviseprobleeme esines märksa harvem (joonis 13). Lamatised esinesid 17 patsiendil (6%), püsikateeter oli asetatud 2 patsiendile ning hapnikravi sai 1 patsient.



Joonis 13. Tervisehäirete esinemissagedus (osakaal hooldajatoetusteenust saavate eakate hulgas, %)

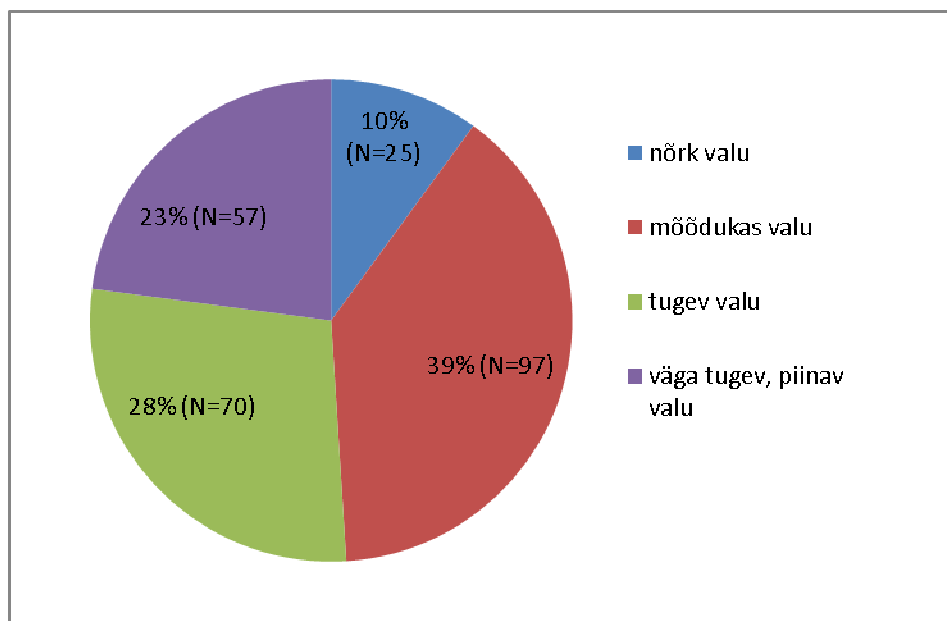
Eraldi analüüsisime kõige sagedamate terviseprobleemide raskusastet.

Selgub, et **õhupuudust** esines juba rahulolekus 71 patsiendil (küsitlertutest 23%), igapäevasel tavalisel tegevusel esines see terviseprobleem 49 (16%) ning mõõdukul tegevusel 50 patsiendil (16%).

Pearinglust oli viimase kolme päeva jooksul igapäevaselt **esinenud** 99 patsiendil (33%), valu rinnus igapäevaselt 38 (13%) ja turseid 101 patsiendil (34%).

Mingisuguse **valu esinemist** kinnitas 84% eakatest (N = 251), sealhulgas igapäevaselt viimase kolme päeva jooksul oli valu esinenud koguni 152 patsiendil (51%).

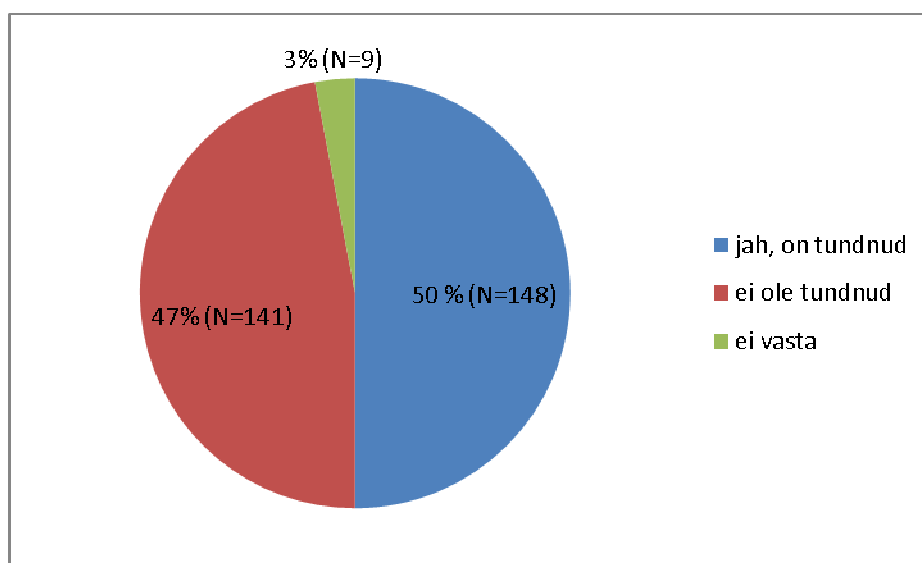
Nendest, kes tunnistasid valu esinemist, oli see enamasti mõõdukas – 97 juhul (39%); tugevat või kohati lausa piinavat valu tunnistas kokku 127 patsienti (51% neist, kel valu esines). Nõrk valu esines 25 patsiendil (10%) (joonis 14).



Joonis 14. Valu tugevus neil hooldajatoetusteenust saavatel eakatel, kes tunnistasid valu esinemist

Meeleolu

Küsimusele, kas nad on viimase kolme päeva jooksul tundnud masendust, kurbust või lootusetust, vastas jaatavalt 148 patsienti (50%), patsientidest 9 (3%) jättis küsimusele vastamata, eitavalt vastas 141 patsienti (47%) (joonis 15).

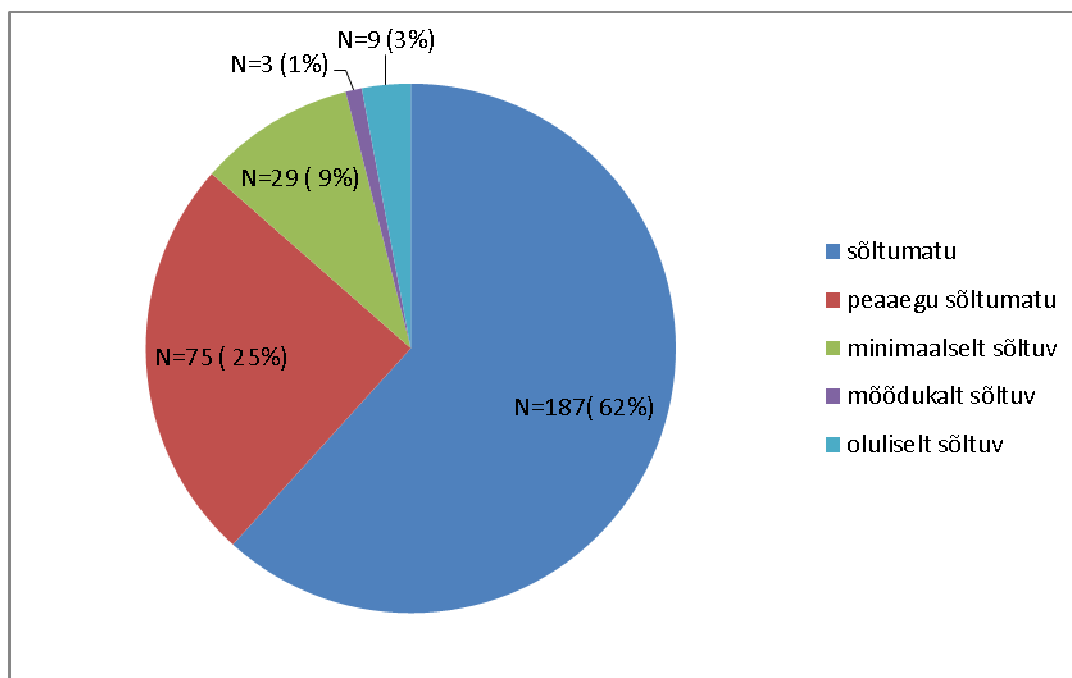


Joonis 15. Hooldajatoetusteenust saavate eakate hulk, kes on tundnud viimase kolme päeva jooksul lootusetust, masendust või kurbust

Hooldajatoetust saavate eakate põhilised toimetulekuprobleemid

Kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel

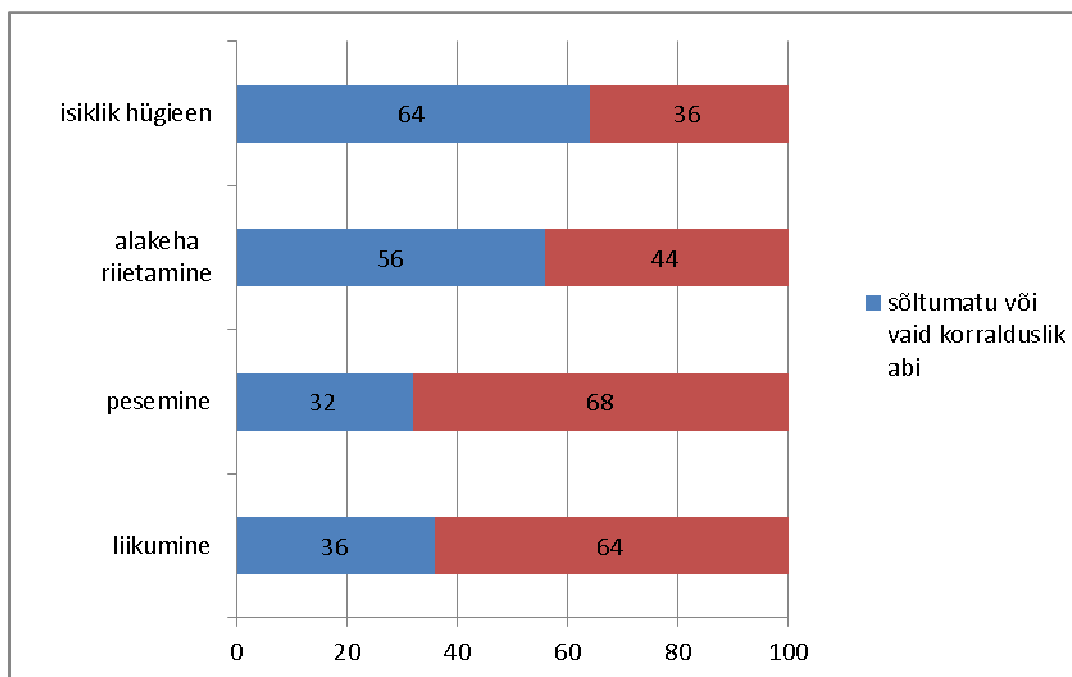
Enda hinnangul on igapäevatoimingutega seotud otsuste tegemisel teistest sõltumatud 187 (62%) eakatest, peaaegu sõltumatud 75 (25%) ning minimaalselt sõltuvaks pidas oma seisundit 32 (11%) ning mõõdukalt ja oluliselt sõltuvaks kokku 12 (4%) eakat (joonis 16).



Joonis 16. Igapäevaotsuste tegemine (% hooldajatoetust saavatest eakatest)

ADLi toimingute sooritamise

Enamik hooldajatoetust saavatest eakatest saab iseseisvalt või vaid korraldusliku abiga hakkama isikliku hügieeni toimingutega ning alakeha riietamisega, kõige enam vajatakse abi keha pesemisel ja liikumisel (joonis 17).

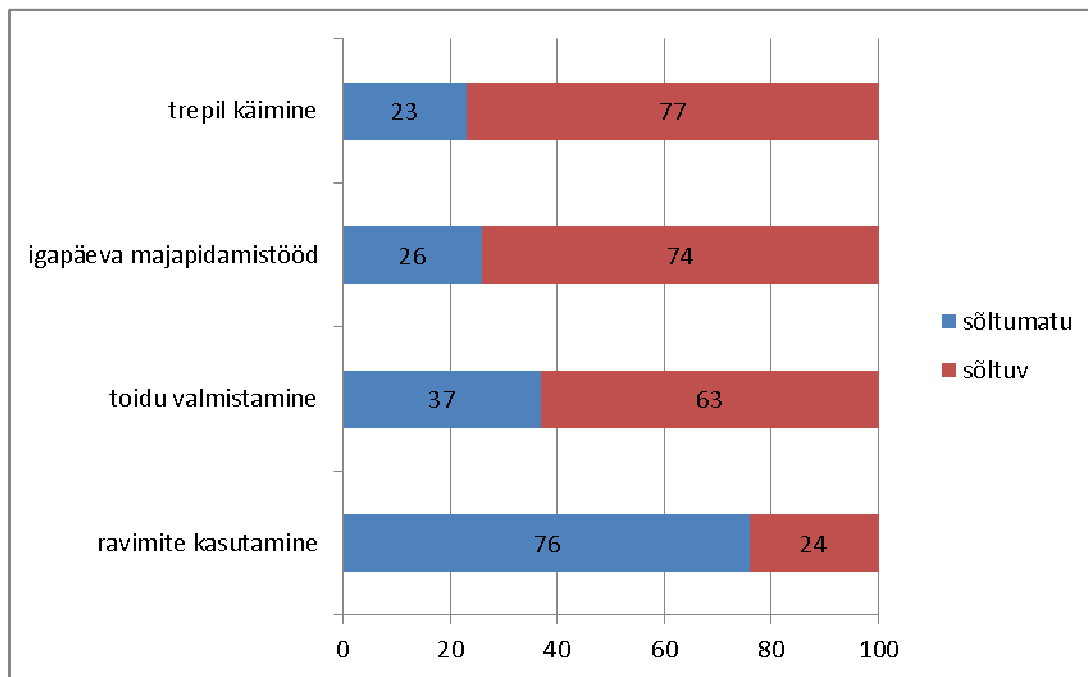


Joonis 17. Abivajadus igapäevaelu toimingutes (osakaal hooldajatoetusteenust saavate eakate hulgas, %)

132 patsiendi puhul (43%) hinnati, et tal esinevad seisund või haigused, mis muudavad kognitiivse ADL-võimekuse ebastabiilseks. Lisaks hinnati enamik patsiente (93%, N = 282) tugiteenuseid vajavaks.

IADLi võimekus

Selgub, et kõige sõltumatumad ollakse ravimite võtmisega seotud üksikasjades (76% hindas end ise toime tulevaks), enamik vajab aga igakülgset abi nii toidu valmistamisel kui ka igapäeva majapidamistöodes, sealhulgas kõige enam treppidest käimisel, mille puhul 77% ütles, et vajab selles igakülgset abi (joonis 18).

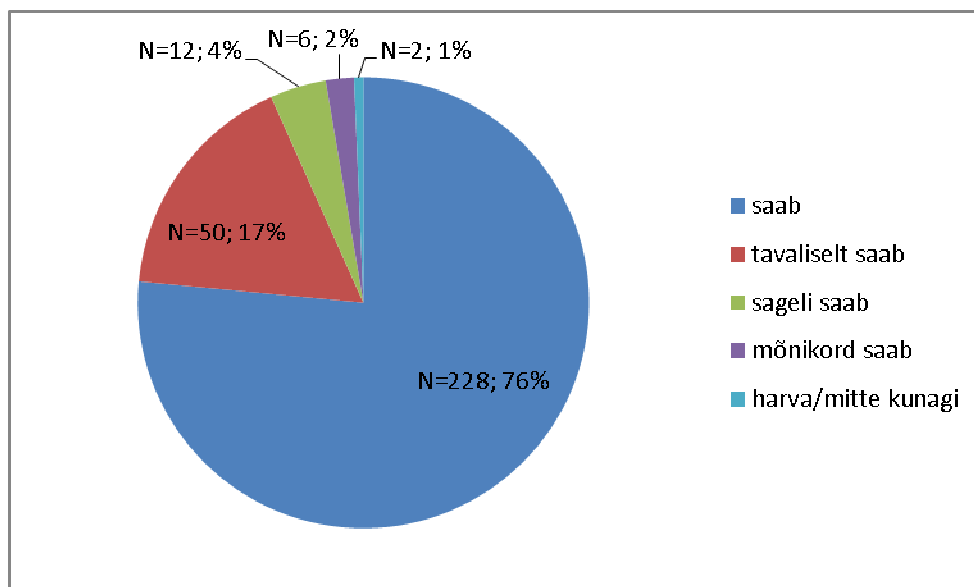


Joonis 18. IADLi võimekus (% hooldajatoetust saavatest eakatest)

Võrreldes 90 päeva taguse ajaga oli enamiku eakate (N = 159) IADLi võimekus jäänud samale tasemele (53% eakatest), halvenenud oli see 134-l (42%) ja mõnevõrra paranenud 15 eakal (5%).

Võime teistest inimestest aru saada

Enamik hooldajatoetust saavatest eakatest saab teistest inimestest või neile antud käskudest alati aru (76%), mõnikord või harva saab aru 3% eakatest (N = 8) (joonis 19).



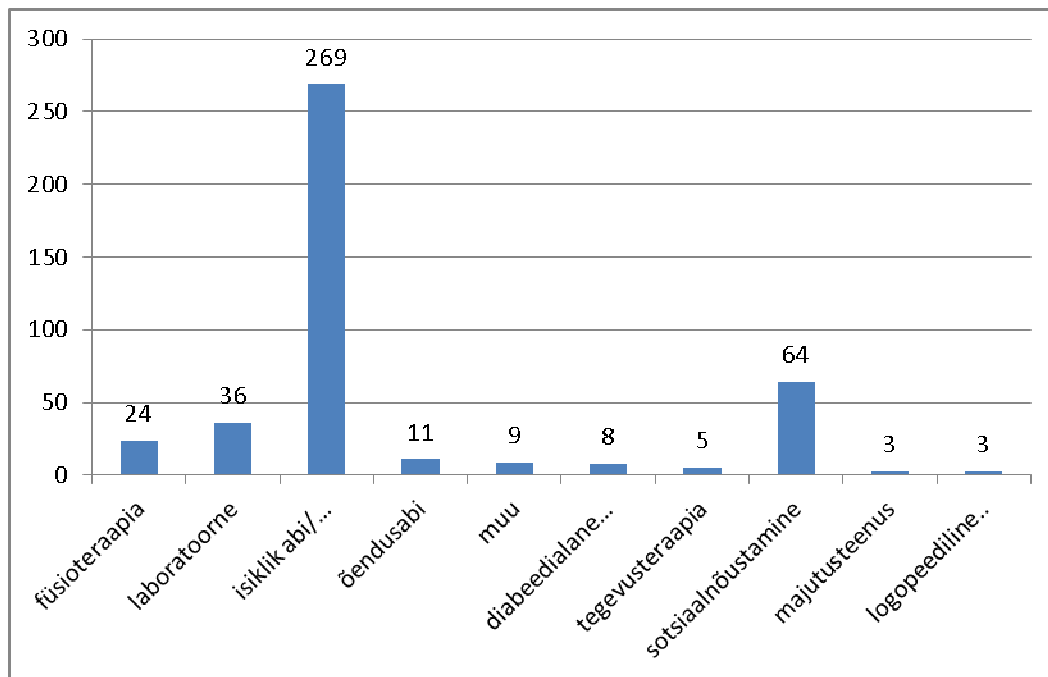
Joonis 19. Võime teistest aru saada (% hooldajatoetusteenust saavatest eakatest)

Küsitletud grupi eakatest 13% on viimase 90 päeva jooksul viibinud **haiglas** ja **erakorralist meditsiiniabi** on viimase 90 päeva jooksul vajanud 18%. Kirurgilist abi on viimase 90 päeva jooksul vajanud 4% eakatest.

Hooldajatoetusteenust saavate eakate sotsiaalabi ja tervishoiuteenuste vajadus

Peaaegu kõik hooldajatoetusteenust saavad eakad (98%) hinnati kas sotsiaalabi või tervishoiuteenuste vajajateks. Lühiajalise teenuse (vähem kui 60 päeva) vajajateks hinnati 7 eakat, teised hinnati pikaajalise teenuse vajajateks.

Hooldajatoetusteenust saavate eakate kõige sagedamini vajatavad teenuseliigid on isiklik abi või koduhooldusteenus, sotsiaalnõustamine, laboratoorne teenus või abivahend ning füsioteraapia (joonis 20). Teisi teenuseid vajatakse märksa vähem.



Joonis 20. Eri teenuseliikide vajadus hooldajatoetusteenust saavate eakate hulgas (teenust vajavate eakate arv)

3. Aktiivravi saanud eakate klientide terviseseisundi analüüs

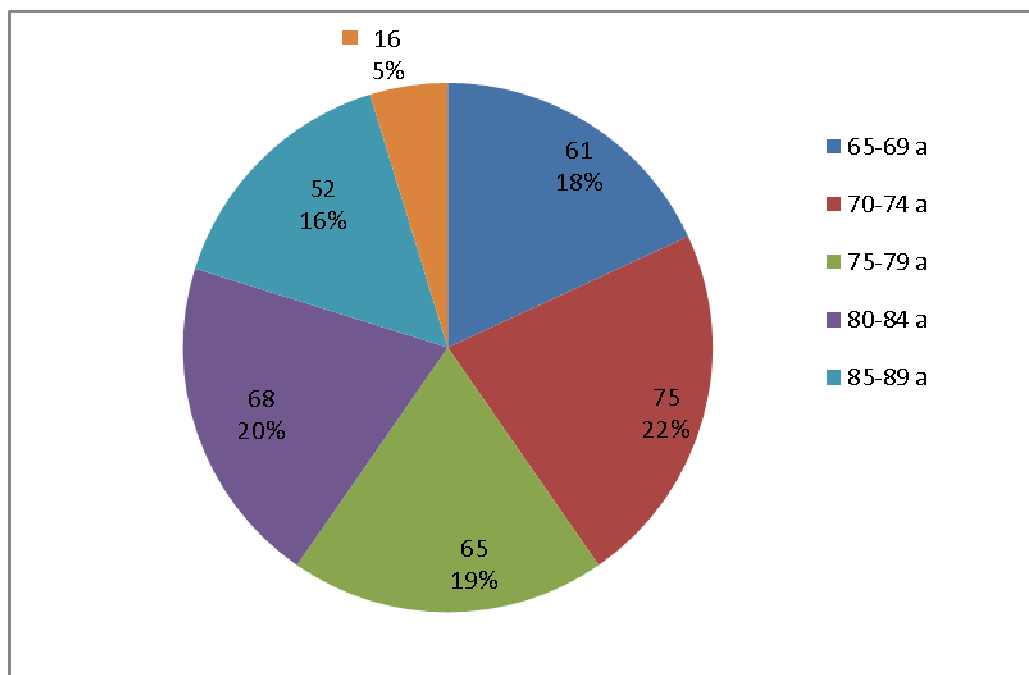
Uuritavate kirjeldus

Kaks kuud tagasi aktiivravi saanud eakaid osales uuringus kokku 337, neist 108 (32%) meest ja 229 (68%) naist.

Uuritavate keskmine vanus oli 77 aastat (SD 7,3), noorim 65- ja vanim 101-aastane. Kõige rohkem uuritavaid oli vanuserühmas 70–74 eluaastat (22%) ning kõige vähem vanuserühmas 90–101 (5%) (joonis 21). Enamik uuringus osalenuid olid eestlased (81%). Vene rahvusest uuritavaid oli 17% (N = 55) ning muust rahvusest osalejaid alla 3% (N = 6).

Puuet ei esinenud 99-l (36%) küsitletutest, keskmine puue esines 48-l (18%), raske puue 101-l (37%) ning sügav puue 25 patsiendil (9%).

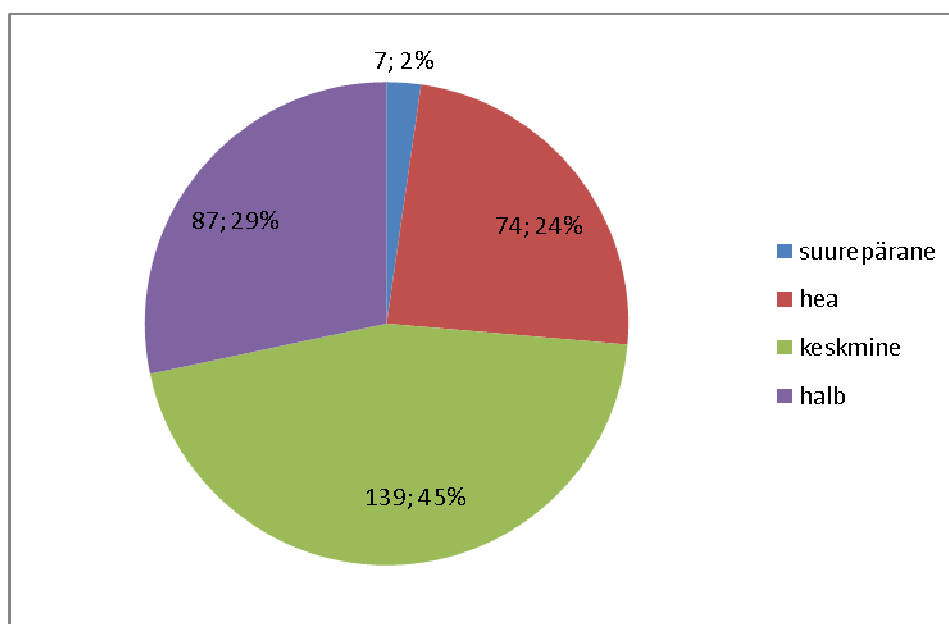
Üksi elas 115 (40%), koos abikaasa või elukaaslasega 101 eakat (35%) ning 50 (17%) elas koos lapsega/lastega, kuid ilma abikaasata. Vanemate, õe-venna või muude sugulastega elas 10 eakat (3%), mittedugulastega 11 eakat (4%).



Joonis 21. Aktiivravi saanud eakate vanuseline jaotus

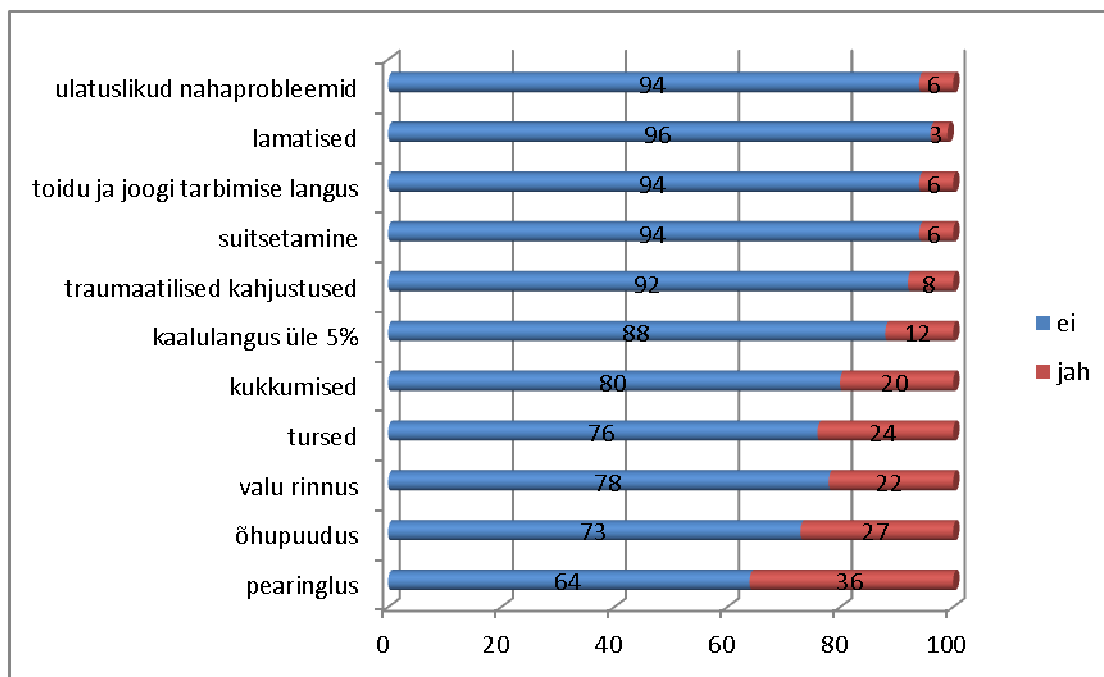
Aktiivravi saanud eakate põhilised terviseprobleemid

Suurepäraseks hindas oma tervislikku seisundit 7 (2%), heaks 74 (24%) eakat, keskmiseks 139 (45%) ning halvaks 87 (28%) eakat (joonis 22).



Joonis 22. Aktiivravi saanud eakate tervise enesehinnang

Üle poolte vastanutest e 184 (56%) on küsitlusperioodidel kogenud ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme. Kõige sagedamini esinevateks terviseprobleemideks on pearinglus, mis esineb kokku 118 küsitletul (36%), õhupuudus – 89 (27%), valu rinnus – 72 (22%), perifeersed tursed – 78 (24%) ning kukkumised – 66 (20%) küsitletut. Teised terviseprobleemid esinevad märksa harvemini (joonis 23). Lamatised esinevad 10 patsiendil (3%), püsikateeter 7 patsiendil ning hapnikravi saavad 4 patsienti.



Joonis 23. Tervisehäirete esinemise sagedus aktiivravi saanud eakatel (osakaal küsitletute hulgas, %)

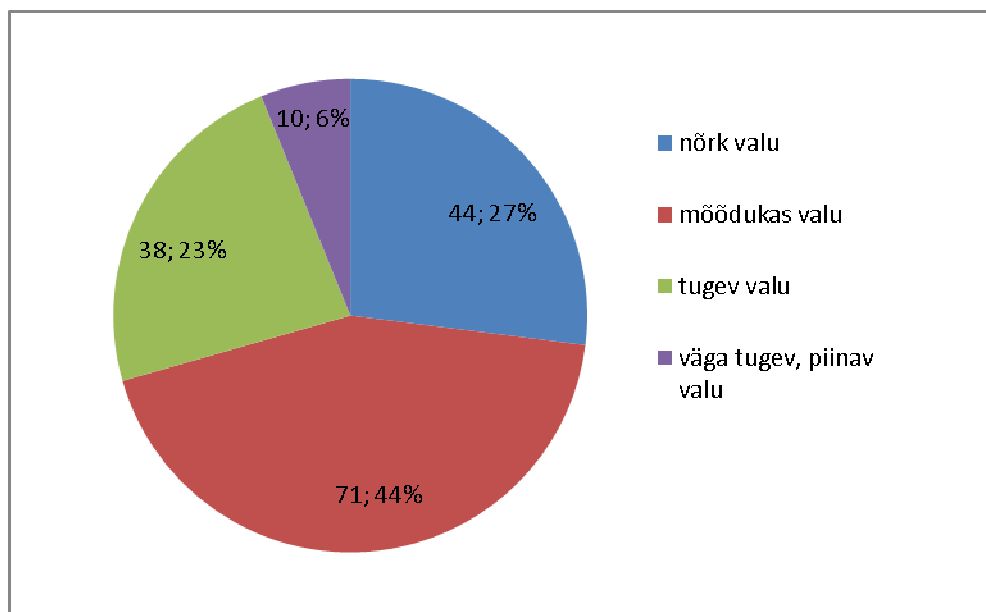
Eraldi analüüsisime kõige sagedamini esinevate terviseprobleemide raskusastet.

Selgub, et **õhupuudust** esineb juba rahuolekus 19 patsiendil, igapäevasel tavalisel tegevusel esineb see terviseprobleem 17-l ning mõõdukal tegevusel 53 patsiendil.

Pearinglust on viimase kolme päeva jooksul igapäevaselt esinenud 19 patsiendil, valu rinnus igapäevaselt 8-l ja turseid 36 patsiendil.

Mingisuguse **valu** esinemist kinnitas pool eakatest (N = 163), sealhulgas igapäevaselt viimase kolme päeva jooksul oli valu esinenud koguni 63 patsiendil (19%).

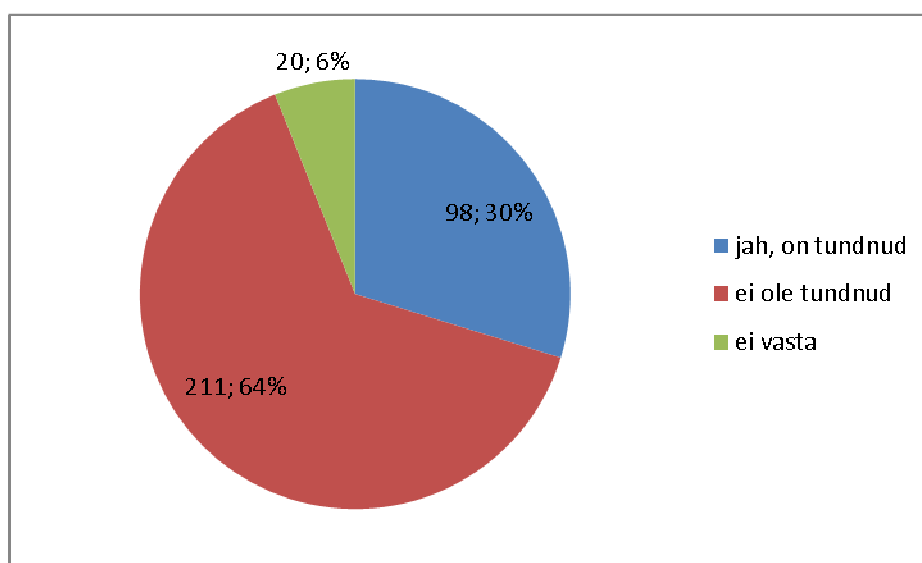
Nendest, kes tunnistasid valu esinemist, oli see enamasti mõõdukas – 71 juhul (44%), tugevat või kohati lausa piinavat valu tunnistas kokku 48 patsienti (29% neist, kel valu esines). Nõrk valu esines 44 patsiendil (27%) (joonis 24).



Joonis 24. Valu tugevus neil aktiivravi saanud eakatel, kes tunnistasid valu esinemist

Meeleolu

Aktiivravi saanud patsientidest 98 (30%) on viimase kolme päeva jooksul tundnud masendust, kurbust või lootusetust, 20 jättis küsimusele vastamata (6%), eitavalt vastas 211 patsienti (64%) (joonis 25).

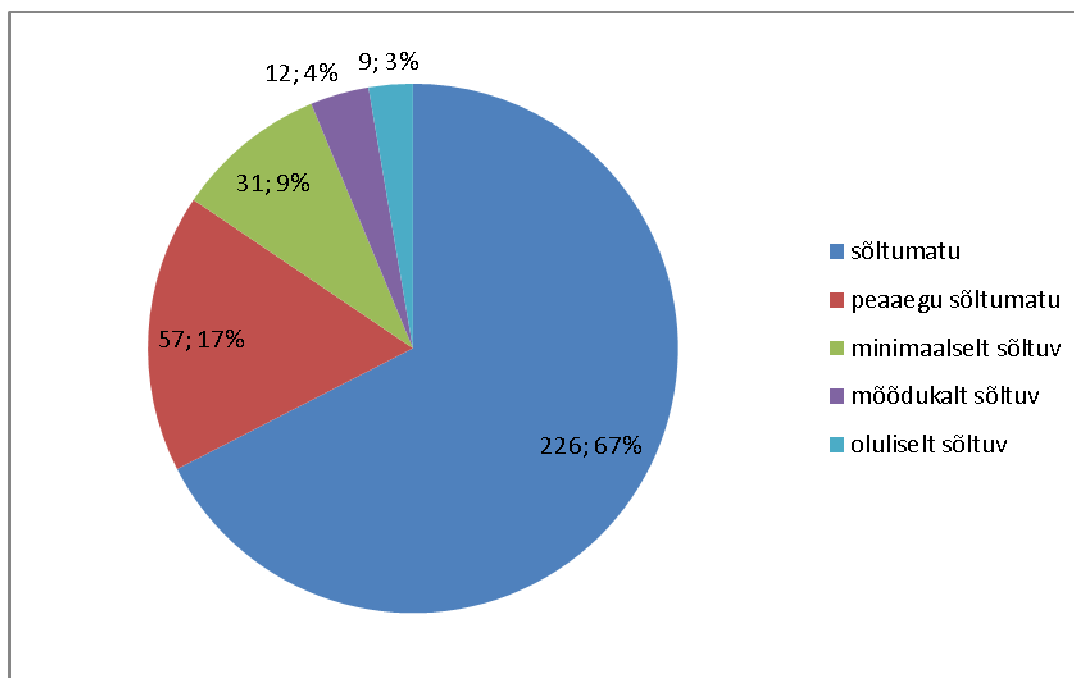


Joonis 25. Aktiivrabi saanud eakate hulk, kes on tundnud viimase kolme päeva jooksul lootusetust, masendust või kurbust

Aktiivravi saanud eakate põhilised toimetulekuprobleemid

Kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel

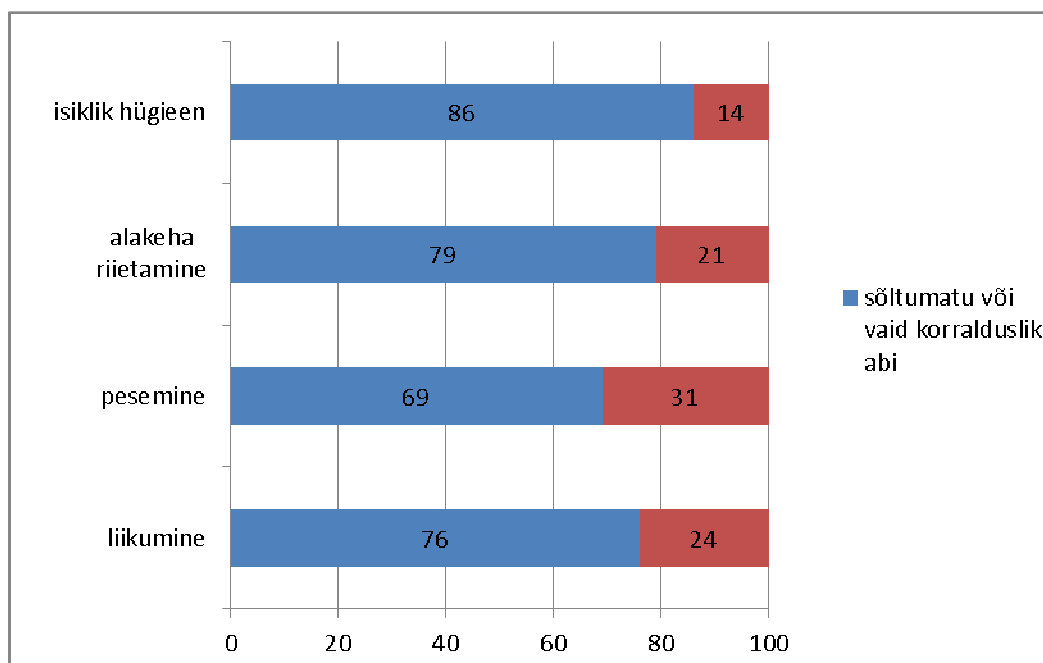
Enda hinnangul on igapäevatoimingutega seotud otsuste tegemisel teistest sõltumatud 226 (67%) küsitletut, peaaegu sõltumatu 57 (17%) ning minimaalselt sõltuvaks pidas oma seisundit 31 (9%) ning mõõdukalt ja oluliselt sõltuvaks kokku 21 (7%) eakat (joonis 26).



Joonis 26. Igapäevaotsuste tegemine aktiivravi saanud eakate hinnangul

ADLi toimingute sooritamise

Enamik aktiivravi saanud eakatest saab iseseisvalt või vaid korraldusliku abiga hakkama pea kõikide ADLi toimingutega, enim vajatakse abi keha pesemisel ja liikumisel (joonis 27).

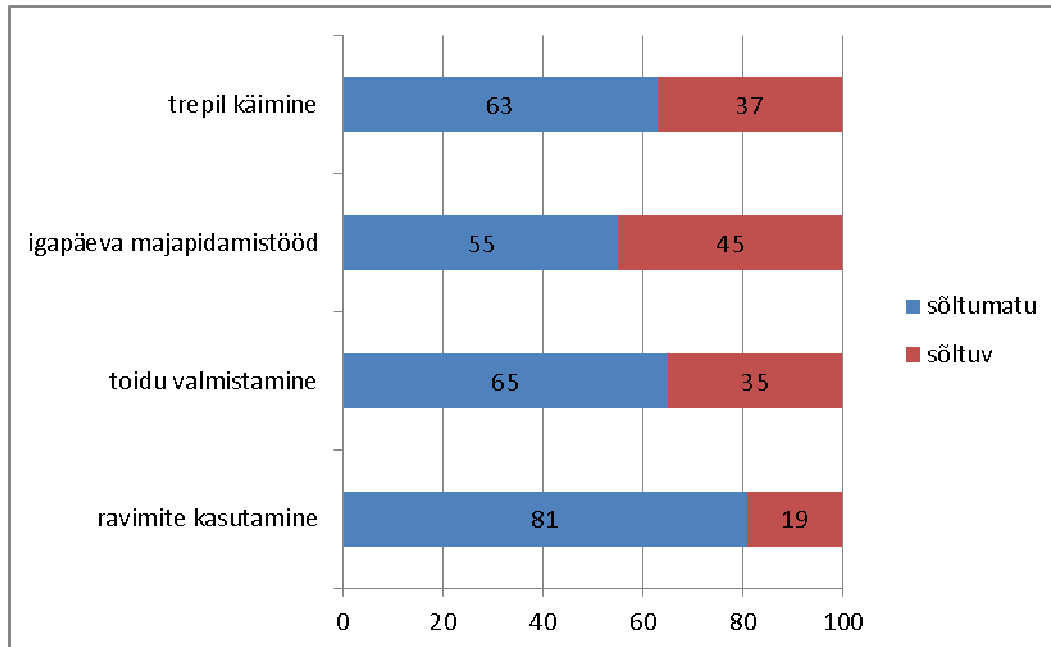


Joonis 27. Abivajadus igapäevatoimingute sooritamisel (osakaal aktiivravi saanud eakate hulgas, %)

Küsitletutest 147 patsiendi puhul (44%) hinnati, et tal esinev seisund või tema haigused muudavad kognitiivse ADLi võimekuse ebastabiilseks. Lisaks hinnati 183 patsienti tugiteenuste vajajateks.

IADLi võimekus

Kõige sõltumatamad ollakse ravimite võtmisega seotud üksikasjades (81% hindab end ise toime tulevaks), samuti toidu valmistamisel, mille puhul 65% arvab end iseseisvaks. Igakülgset abi vajatakse enam igapäeva majapidamistöodes (45% juhtudest) (joonis 28).

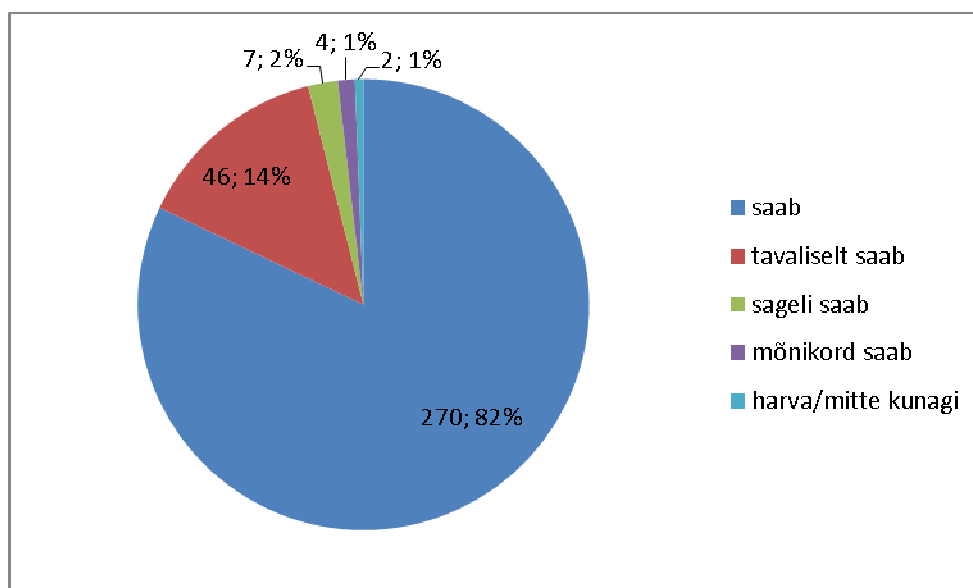


Joonis 28. Aktiivravi saanud eakate IADLi võimekus (osakaal eakate hulgas, %)

Võrreldes 90 päeva taguse ajaga on enamiku eakate (N = 120) IADLi võimekus jäänud samale tasemele (38% eakatest), halvenenud on see 54-l (17%) ja mõnevõrra paranenud 144 eakal (45%).

Võime teistest inimestest aru saada

Aktiivravi saanud eakatest saab teistest inimestest alati aru 270 (82%), mõnikord või harva saab aru 6 ehk 2% eakatest (joonis 29).



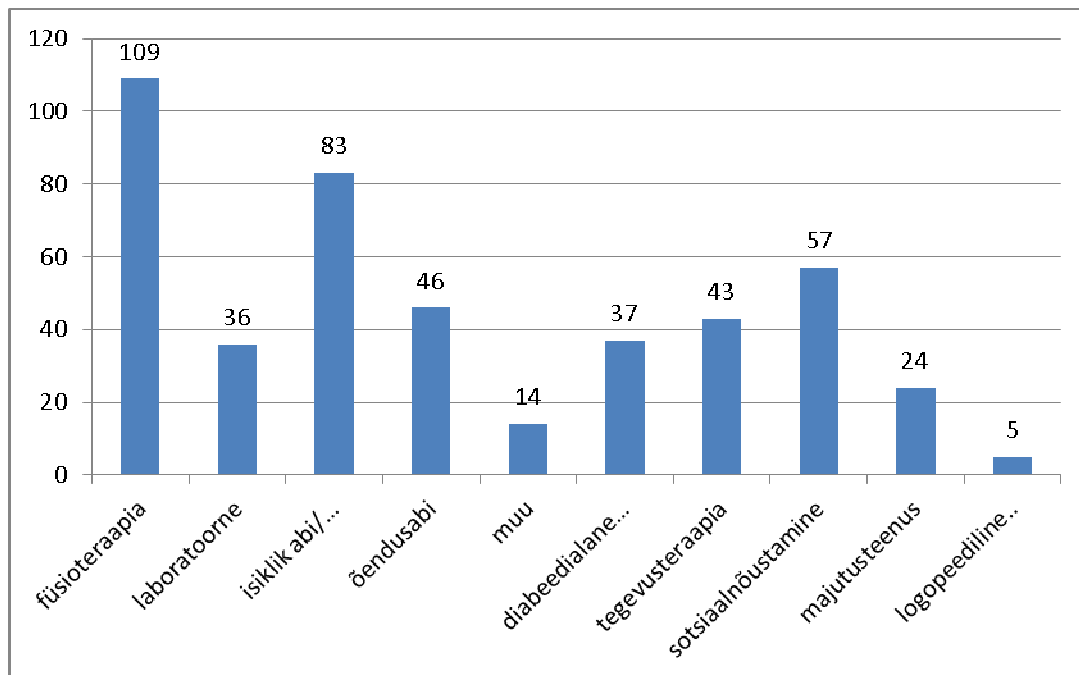
Joonis 29. Aktiivravi saanud eakate võime teistest aru saada

Küsitletud selle grupi eakatest 272 on praegu või on viimase 90 päeva jooksul viibinud **haiglas** (83%), **erakorralise meditsiini abi** on viimase 90 päeva jooksul vajanud 63 e 28% eakatest. Kirurgilise abi vajadust viimase 90 päeva jooksul tunnistas 85 isikut ehk 26% selle grupi eakatest.

Aktiivravi saanud eakate sotsiaalabi ja tervishoiuteenuste vajadus

Umbes pool aktiivravi saanud eakatest (N = 153; 51%) hinnati kas sotsiaalabi või tervishoiuteenuseid vajavaks. Lühiajalist teenust (vähem kui 60 päeva) vajavaks hinnati 81 aktiivravi saanud eakat.

Aktiivravi saanud eakate vajatavad sagedamad teenused on füsioteraapia, isiklik abi või koduhooldusteenus, sotsiaal nõustamine, õendusabi ja tegevusteraapia (joonis 30). Teisi teenuseid vajatakse mõnevõrra vähem.



Joonis 30. Eri teenuste vajadus aktiivravi saanud eakate hulgas (teenust vajavate eakate arv)

Eakat abistavate lähedaste seisund üldarstiabis, hooldajatoetust saavatel ja aktiivravil olnud inimestel

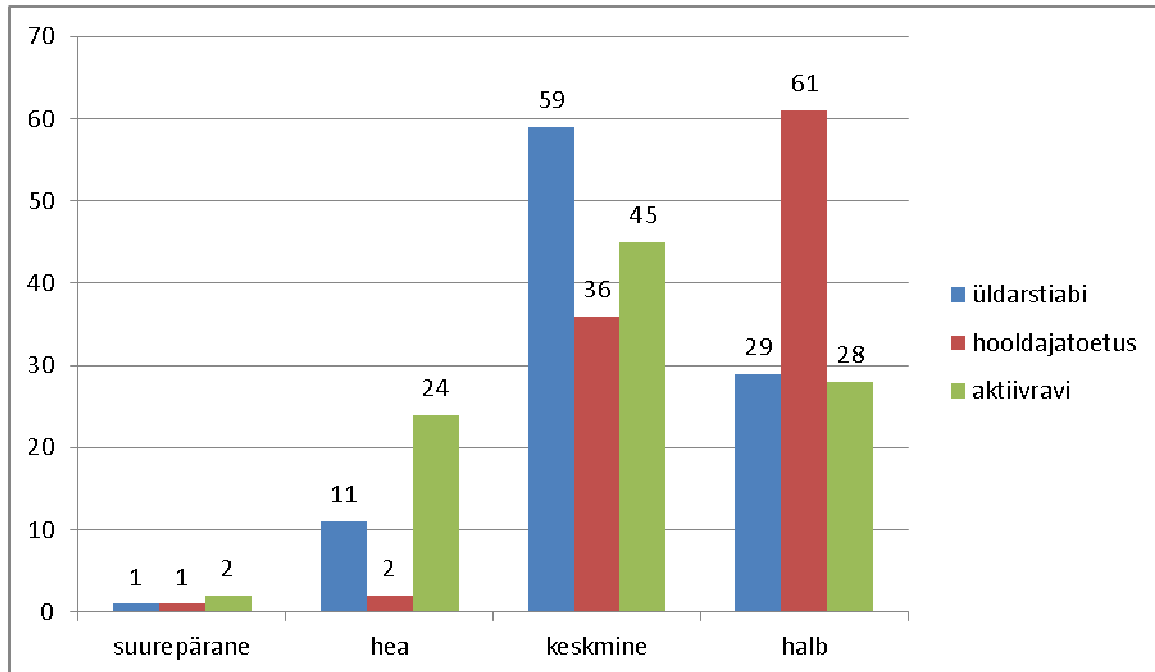
Üheks oluliseks probleemiks, mida tuleb tähele panna ning mille korral nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemil võimalusel sekkuda, on eakaid abistavate lähedaste isikute kurnatus ja läbipõlemine. InterRAI küsimustik võimaldab hinnata abistajate stressi, viha või depressiooni tunnuseid, samuti perekonnaliikmete ülekoormust sõltuvalt eaka haigusest.

Peamise abistaja stressi või depressiooni võis kahtlustada üldarstiabi saavatest eakatest 92 (7%) puhul, 45 hooldajatoetusteenust saava (15%) ja 35 aktiivravi saanud eaka puhul (12%). Perekonna või lähedaste ülekoormust võis täheldada 98-l üldarstiabi saaval eakal (8%), 26-l hooldajatoetust saaval eakal (9%) ja 29 aktiivravi saanud eakal (9%).

Üldarstiabi, hooldajatoetusteenust ja aktiivravi saanud eakate terviseseisundi olulisemad erinevused

Üldine tervislik seisund on kõige halvem hooldajatoetusteenust saavatel eakatel (joonis 31). Nende hulgas on 61% neid, kelle tervislik seisund on hinnatud halvaks, samal ajal kui üldarstiabi saavate ja

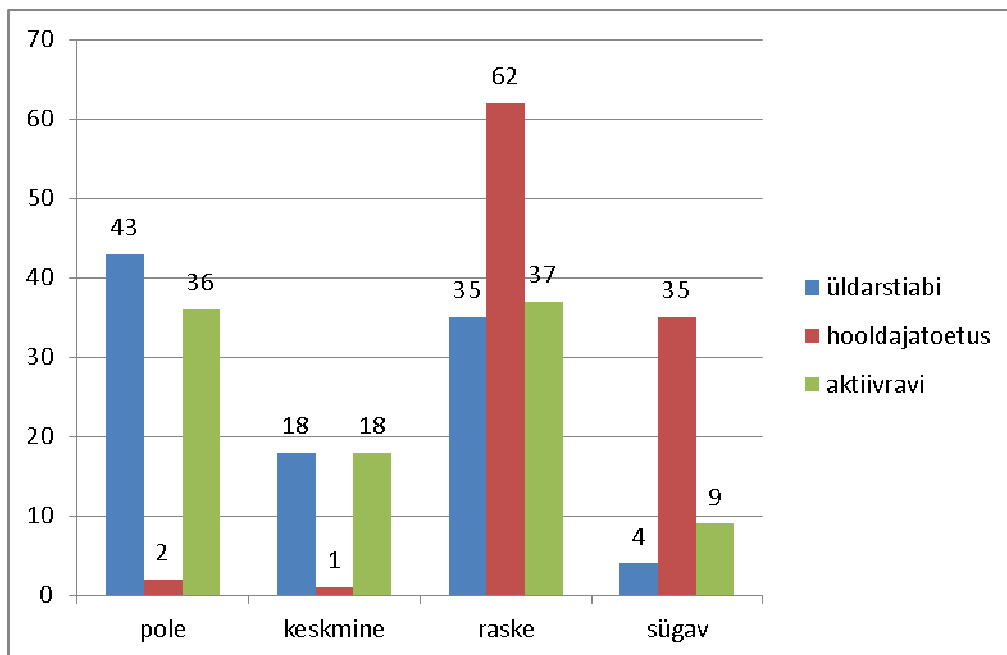
aktiivravi saanud eakate hulgas on halva tervise seisundiga isikuid üle poole vähem. Selgelt eristuvad ka aktiivravi saanud eakad, kellest lausa 24% hindab oma tervist heaks. Ilmselt mängib siin rolli ka hiljutine aktiivravil viibimine.



Joonis 31. Eri teenuseliikide saajate tervislik seisund hindamise hetkel (osakaal vastanute hulgas, %)

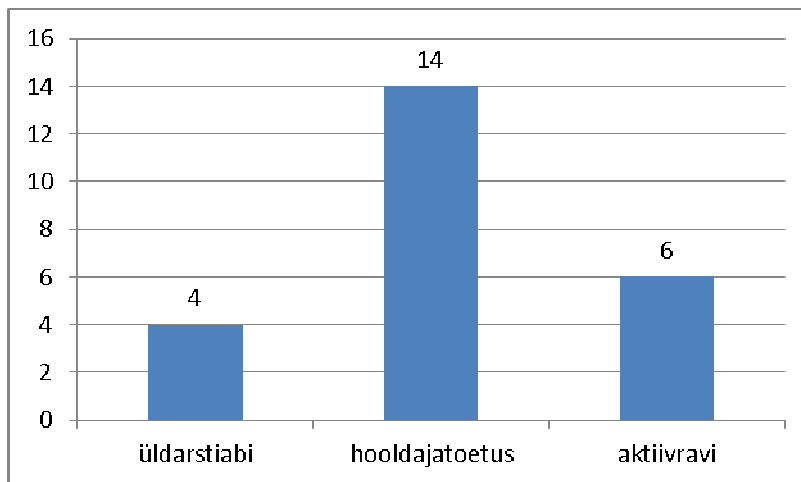
Olulisemad terviseprobleemid on erinevat teenust saanud eakate rühmades sarnased: pearinglus, õhupuudus, valu rinnus, tursed ja kukkumised. Erinevus on vaid selles, et nende probleemide esinemise sagedus on suurim hooldajatoetusteenust saavatel eakatel.

Hooldajatoetusteenust saavate eakate hulgas on ka enim raske ja sügava puudega isikuid, koguni 97% (joonis 32).



Joonis 32. Eri teenuseliikide saajate puude raskusaste (osakaal vastava puudega eakate hulgas, %)

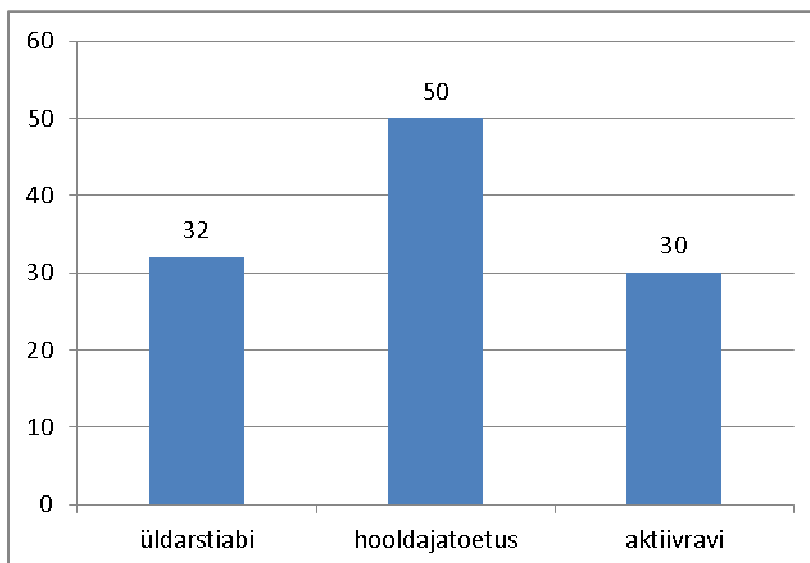
Igapäevaotsuste tegemisel vajavad teiste juhendamist sagedamini just hooldajatoetusteenust saavad eakad (joonis 33).



Joonis 33. Kognitiivsed oskused igapäevaste otsuste tegemisel (osakaal eakate hulgas, kelle kognitiivsed oskused on halvenenud, %)

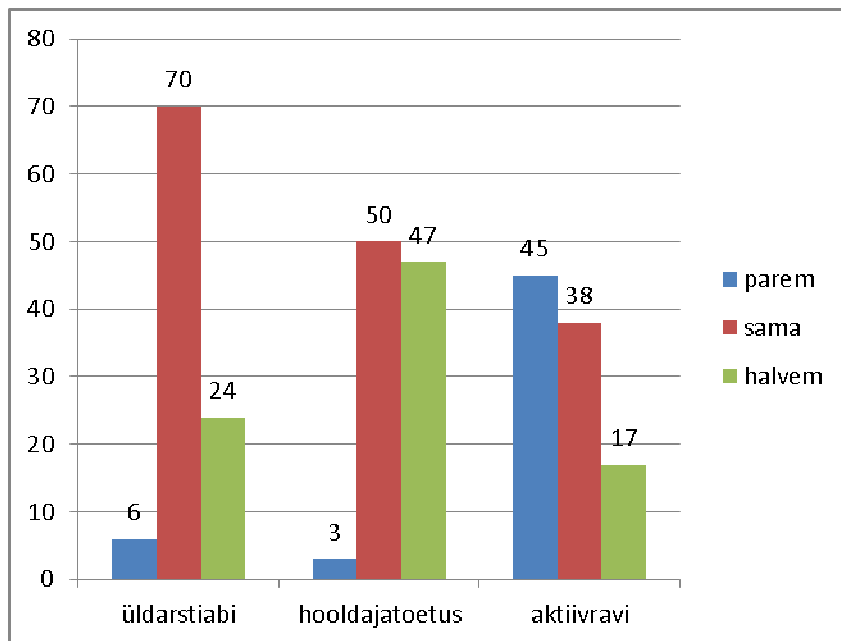
Sellistes igapäevatoimingutes nagu pesemine, isiklik hügieen, alakeha riietamine, liikumine, vajab juhendamist või füüsilist abi vähemasti pool hooldajatoetusteenusega eakatest või isegi enam. Üldarstiabi ja aktiivravi saajate hulgas on abivajajate hulk poole võrra väiksem.

Masendust või kurbust on viimase kolme päeva jooksul tundnud samuti enam hooldajatoetusteenusega eakad (50%) (joonis 34).



Joonis 34. Viimase kolme päeva jooksul masendust, kurbust, lootusetust tundnute hulk erinevates eakate rühmades

Võrreldes 90 päeva taguse ajaga on võimekus igapäevaotsuseid teha enim kaldunud halvenema hooldajatoetusega eakatel (ligikaudu pooltel), enim aga paranenud aktiivravi saanutel (joonis 35). Viimaste puhul võib tõenäoliselt positiivseks mõjuriks pidada haiglaravil viibimist.



Joonis 35. Muutused IADLi seisundis võrreldes 90 päeva taguse ajaga (osakaal eakate hulgas, %)

Ligikaudu kolm neljandikku hooldajatoetusega eakatest vajab kõrvalist abi nii toidu valmistamisel, igapäevastes majapidamistöodes kui ka treppidel liikumisel. Üldarstiabi saajate ja aktiivravil viibinud eakate hulgas on abivajajate hulk märksa väiksem, sõltuvalt tegevuse liigist on selline abi vajadus kuni neljandikul.

Kõige suuremaks on hinnatud hooldajatoetusteenusega eakate vajadust eri liiki sotsiaalabi või tervishoiuteenuste järele – ligi 98% selle rühma eakatest, üldarstiabi ja aktiivravi saanud eakatest on vajadus umbes pooltel. Samas aga vajavad hooldajatoetusteenusega eakad põhiliselt isiklikku abi või koduhooldusteenust, üldarstiabi ja aktiivravi saanud eakatel on teenuste vajadus palju mitmekesisem ja spetsiifilisem: vajatakse nii füsioteraapiat, spetsiaalset laboriteenust, õendusabi, diabeedinõustamist kui ka tegevusteraapiat.

Kokkuvõte ja arutelu

Nii perearsti poole pöörduvad, hooldajatoetusteenust saavad eakad kui ka aktiivravi saanud eakad hindavad oma tervise seisundit valdavalt kas keskmiseks või halvaks, sealjuures hooldajatoetusteenust saavad eakad pigem halvaks, üldarstiabi ja aktiivravi saanud eakad pigem keskmiseks. Perearsti poole pöördunud eakate keskmine tervisehinnang on üsna sarnane populatsioonipõhise eakate tervisehinnanguga (SHARE 2011), hooldajatoetusteenust saavatel eakatel on hinnang tervisele aga oluliselt halvem.

Üldarstiabi, hooldajatoetusteenust ja aktiivravi saanud eakatel on esiplaanil üsna sarnast laadi terviseprobleemid: õhupuudus, tursed, pearinglus, valu rinnus ning kukkumised. Kõige probleemsem ilmselt on aga **valu sündroom**, mille esinemist tunnistas üldarstiabi teenust saavatest eakatest koguni 72% ning hooldajatoetusega eakatest 84%. Aktiivravi saanud eakatel oli valu esinemine mõnevõrra väiksem, umbes pooltel. Lausa 18%-l perearsti juures käivatest eakatest on valu tugev või väga tugev, mis on enam, kui uuringud on tavapäraselt näidanud iseseisvalt kogukonnas elavate eakate kohta (kelle seas see on u 4%). Hooldajatoetusega eakatest 42% tunnistas tugeva või väga tugeva valu esinemist ja see on oluliselt kõrgem näitaja, kui on osutanud samalaadsed rahvusvahelised uuringud. Aktiivravi saanutel oli tugeva või väga tugeva valu esinemine mõnevõrra väiksem. Kuigi valu

intensiivsus on subjektiivne ega pruugi olla kooskõlas mingi elundkonna kahjustuse ulatusega, võib see kaasa tuua näiteks depressiooni, ärevuse, unetuse või ka igapäevase sotsiaalse suhtluse häirimise, mistõttu peaks olema tehtud adekvaatne valu kontroll, kas siis medikamentooselt või kasutades teisi ravivõtteid (antidepressandid, füsioteraapia, valuravi kliinik, psühholoog jne). Valuravi tõhusust peab regulaarselt kontrollima, hinnates patsiendi ravimsoostumust ning jälgides võimalikke kõrvaltoimeid.

Teiseks oluliseks probleemiks on **meeleolu häired**. Masendust, lootusetuse tunnet või kurbust on viimase kolme päeva jooksul tundnud ligikaudu kolmandik perearsti juures käinud eakatest ja aktiivravi saanud eakatest ning pooled hooldajatoetusteenusel eakatest. Teatavasti on depressioon sageli aladiagnoositud ja alaravitud. Ravimata meeleoluhäired aga on seotud eakate kõrgema suremuse, funktsionaalse allakäigu ja sotsiaalse isoleeritusega. Soovitada võiks rutiinselt depressiooni mõne hindamiskaala kasutamist, Eestis on lühiküsimustikuna perearstidele kasutada näiteks EMS (enesehinnanguline meeloluskaala), mis on suunatud just depressiooni sõelumisele.

Funktsionaalse soorituse probleemid. Üldarstiabi saavate eakate toimetulek nii isikliku hügieeni kui ka igapäeva majapidamistoimingutega on sarnane samaealiste eakate üldpopulatsiooniga, hooldajatoetusega eakate puhul on aga märgatav nende oluliselt suurem sõltuvus teiste abist ja juhendamisest. Üldpopulatsioonis vajab isiklikus hügieenis abi 5% eakatest ja majapidamistöodes 22%, hooldajatoetusteenusel eakatest aga vastavalt 14% ja 45%. Pea pooltel (45%) hooldajatoetusteenusel isikutest oli toimetulek viimase 90 päeva jooksul veelgi halvenenud. Tähelepanu võiks pöörata sellele, et sageli on eakate funktsionaalne sooritus mõjutatud paljudest teguritest, sealhulgas eespool loetletud valu ja ka meeleoluhäirete esinemine. Peale selle mõjutavad igapäevatoimingute sooritamist teised olulised tervisehäired, nagu õhupuudus, pearinglus, valu rinnus, tursed ja ka kukkumised, mis olid mõlemas eakate rühmas sagedamini esinevate häirete seas ja eeskätt probleemiks just hooldajatoetusega eakatel.

Aktiivravi saanud eakad olid funktsionaalses soorituses pigem sarnased üldarstiabi saavate eakatega kui hooldajatoetusteenust saavate eakatega. Tähelepanuväärne on aga see, et lausa 45% aktiivravi saanud eakatest hindas oma seisundi viimase 90 päeva jooksul paranenuks, võrreldes 6%-ga üldarstiabi saanud eakate ja 5%-ga hooldajatoetusteenust kasutavate eakate rühmas. See viitab olulisele seosele terviseseisundi ja funktsionaalse võimekuse vahel. Seetõttu on nii üldarstiabi saavatel eakatel kui ka hooldajatoetusega eakate puhul määrava tähtsusega kontrollida eri tervisehäireid (isegi kui konkreetselt nende üle ei kaevata) ning planeerida ka vastavad sekkumised.

Pisut üle poole üldarstiabi saavatest eakatest (51%) ja aktiivravi saanud eakatest (51%) ning peaaegu kõik (98%) hooldajatoetusteenust saavatest eakatest hinnati kas terviseteenuseid või sotsiaalabiteenuseid vajavateks. Suurim oli vajadus füsioteraapia teenuste, aga ka isikliku abi või hooldajatoetusteenuse ning ka sotsiaalnoustamise järele.

Preventsiooni vajadused üldarstiabis, hooldajatoetust saavatel ja aktiivravil olnud inimestel

- Antud uuringugrupi eakatel on ennetuse vajadused eeskätt seotud esinevate krooniliste haigustega: südame-veresoonkonna haigused, diabeet, liigesehaigused jt.

- Ligi pool hooldajatoetusteenust saavatest eakatest ning kuni kolmandik perearsti juures käivatest ja aktiivravijärgsetest patsientidest vajaks ennetavaid meetmeid meeleoluhäirete parandamiseks.
- Rohkem kui pool eakatest vajab adekvaatset valu käsitlemist ja valu ennetamist.
- Hooldajatoetusteenust saavatest eakatest ligi pooltel on vajalik IADLi ja muude igapäevaelu toimingute soodustamine ning kognitiivse võimekuse allakäigu peatamiseks suunatud tegevused.
- Umbes kolmandik hooldajatoetusteenust saavatest eakatest, viiendik aktiivravi saanud patsientidest ja perearsti juures käivatest patsientidest vajab ka kukkumiste skriinimist ning vajadusel sekkumisi kukkumiste ennetuseks.
- Pisut enam kui kümnendik hooldajatoetusteenuse saajatest ja aktiivravijärgsetest eakatest vajab ka kaalulanguse suhtes sõelumist, võimalike põhjuste väljaselgitamist ning vajadusel sekkumist.

Koduhoolduse ja -õenduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI KO andmete põhjal

Ruth Kalda, Kadi Tarasova

Uuring on tehtud koduõendust või -hooldust saavate Tartu piirkonna eakate hulgas. Tegemist on läbilõikeuuringuga, mis viidi läbi 2013. a oktoobris ning 2014. a veebruaris ja mais. Eakate tervise seisundi kirjeldamiseks kasutati interRAI KO vormi.

Tulemused

Kokku tehti 669 tervise seisundi hindamist:

270 oktoobris 2013,

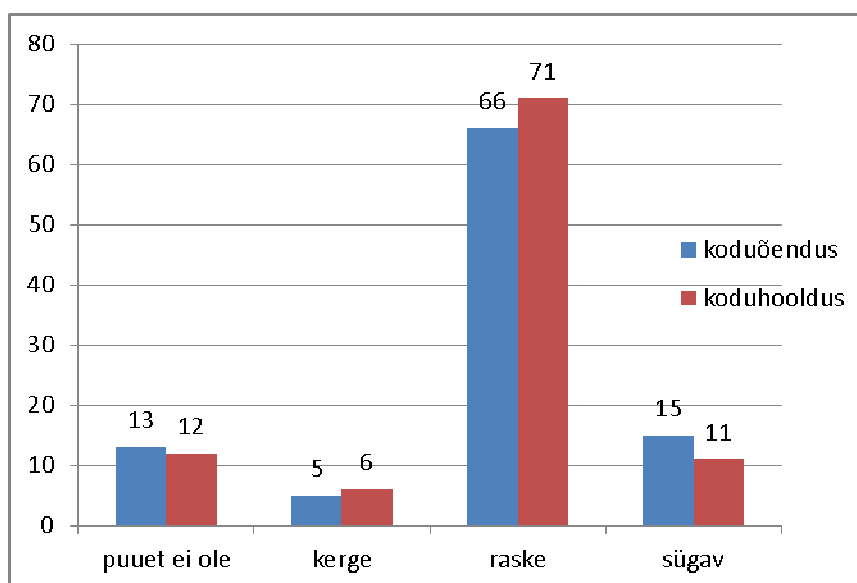
124 veebruaris 2014,

275 mais 2014.

Koduõendust saavatel eakate tervisekirjeid koostati 274 korral (41%), koduhooldusteenust saavate eakate tervisekirjeid oli 395 (59%). Mehi osales uuringus 163 (24%), naisi 506 (76%), eestlasi oli 90% ja vene rahvusest kliente 10%, kusjuures koduõendust saavate eakate hulgas oli vene rahvusest teenusesaajate osakaal mõnevõrra suurem kui koduhooldusteenust saavate hulgas (vastavalt 15% ja 8% teenusesaajatest). Võrreldes koduhooldusega oli koduõendust saavate eakate hulgas oluliselt enam mehi (vastavalt 16% ja 36% teenust saavatest eakatest).

Haiglas oli viimase 90 päeva jooksul viibinud 140 koduhooldus- või koduõendusteenust saavat eakat (21%), sealhulgas 33% koduõendusteenusel ja 13% koduhooldusteenusel eakatest. Kiirabi abi olid viimase 90 päeva jooksul vajanud vastavalt 28% ja 8% eakatest.

Uuringus osalenutest esines 31-l kerge puue (6%), raske puue esines 376-l (69%) ja sügav puue 68-l (12%). Puuet ei esinenud 67 eakal (12%). Puude raskusastmete jaotus oli koduõendust ja koduhooldusteenust saavatel eakatel üsnagi sarnane (joonis 1).

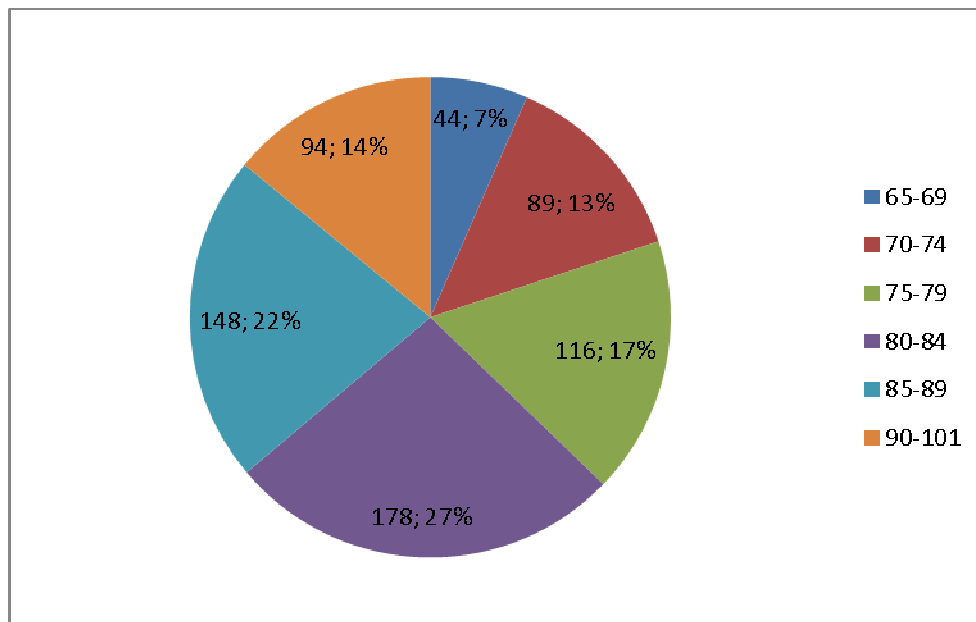


Joonis 1. Puude esinemine koduõendust ja koduhooldusteenust saavatel eakatel (% eakatest)

Perekonnaseis oli uuritavatel järgmine: vallalisi 13%, abielus 21%, koos partneriga elas 2%, leski 56%, lahus elavaid oli 2% ning lahutatuid 7%.

Üksi elavaid oli eakate hulgas 61%, koos abikaasaga elavaid 21%, koos lastega, aga abikaasata elas 10% eakatest, 3% elas koos abikaasa ja lastega, ning ülejäänud elasid kas õe või venna või muude sugulastega.

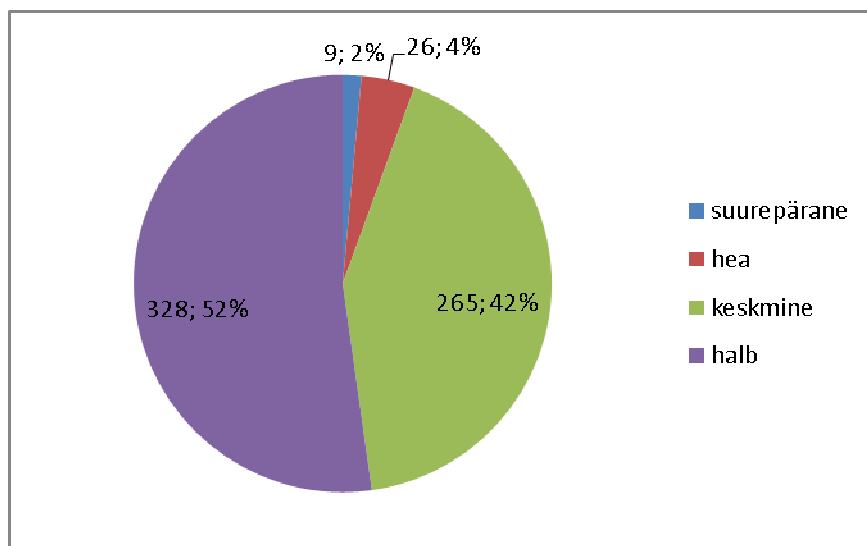
Uuritud eakad olid vanuses 65–101 aastat, keskmine vanus 82 a (SD = 7), enim oli uurituid vanuserühmas 80–84 aastat (joonis 2). Eakate keskmine vanus oli mõlemas teenusesaajate grupis (koduõendus ja koduhooldus) sarnane.



Joonis 2. Koduhooldus-/koduõendusteenust saavate eakate vanuseline jaotus

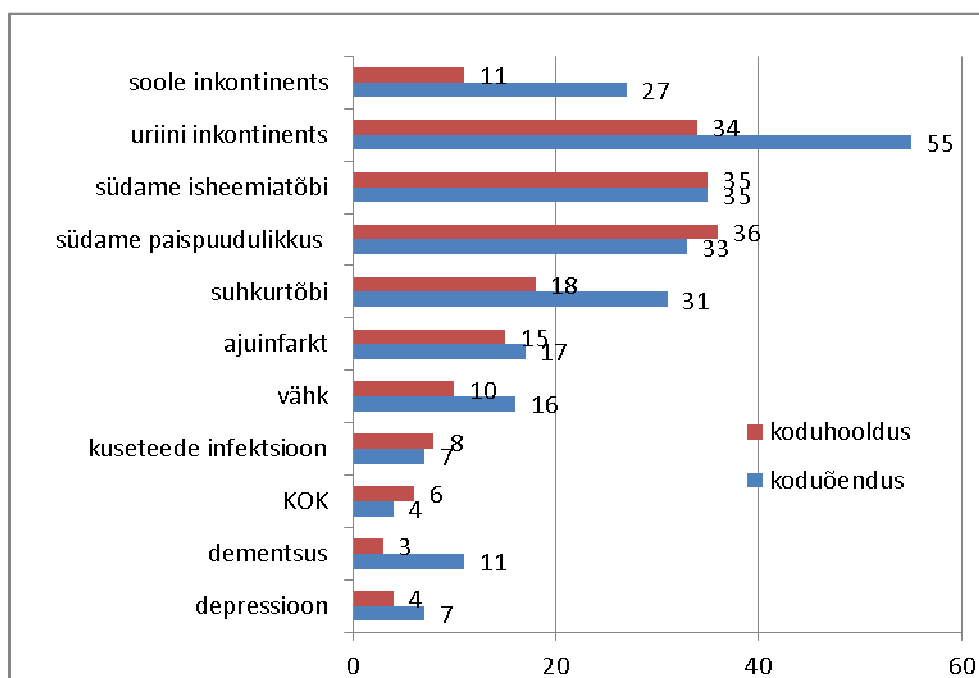
Eakate terviseseisund

Oma terviseseisundi hindas suurepäraseks 9 eakat (2%), heaks 26 (4%), keskmiseks 265 (42%). Seega hindas enamik eakatest oma terviseseisundi halvaks – 328 eakat ehk 52%. Koduõendust või koduhooldust saavate eakate tervisehinnang oluliselt ei erinenud.



Joonis 3. Koduõendust või koduhooldusteenust saavate eakate enesehinnang oma tervisele

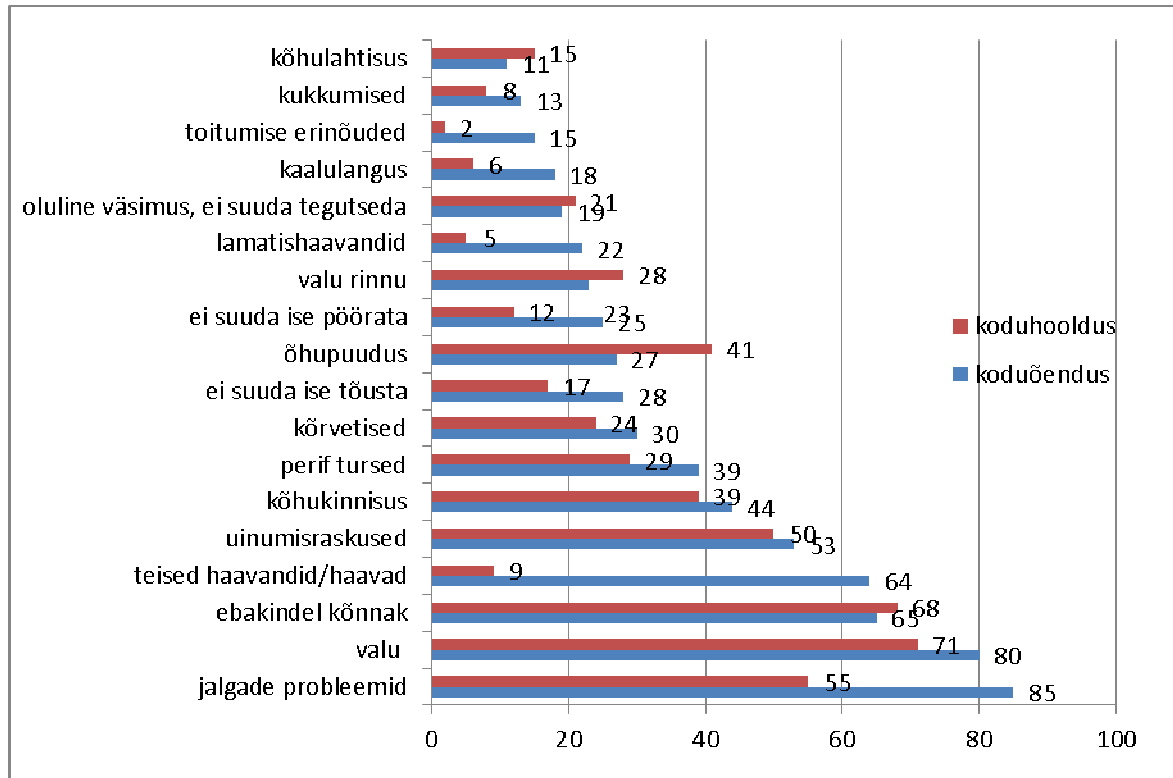
Koduhooldust/õendusteenust saavatel eakatel sagedamini esinevad haigused olid järgmised: südame isheemiatõbi ja südame paispuudulikkus, uriini inkontinents, suhkurtõbi ja ajuinfarkt (joonis 4). Koduõendusteenust saavatel eakatel esines oluliselt sagedamini nii soole kui ka uriini inkontinentsi, aga ka suhkurtõbe ja dementsust. Pisut enam esines koduõendusteenuse saajatel ka depressiooni (joonis 4).



Joonis 4. Koduõendust või koduhooldusteenust saavate eakate sagedamad haigusseisundid (osakaal eakate hulgas, %)

Vererõhku oli mõõdetud viimase aasta jooksul 95%-l eakatest, koloskoopia oli viimase 5 aasta jooksul tehtud 8%-l (N = 50) eakatest. Gripi vastu oli vaktsineeritud 4 eakat (vähem kui 1%), pneumokoki vastu 3 eakat, mammograafia oli tehtud 25 eakale e 4%-le eakatest. Suitsetajaid oli eakate hulgas 40 (6%), alkoholitartajaid 36 (5%), sealhulgas 1–2 drinki nädalas tarvitasid 16 eakat, 3–4 drinki 15 ning viis ja enam drinki nädalas 5 eakat. Normaalkaaluliseks hinnati 101 eakat, 62 ülekaaluliseks ja 36 alakaaluliseks. Teiste kohta andmed puudusid.

Sagedamad terviseprobleemid, mis esinesid vähemalt 10%-l uuritavatest, on toodud joonisel 5. Sagedamad terviseprobleemid olid: jalgade probleemid, valu esinemine, ebakindel kõnnak, teised haavandid (troofilised haavandid, nahaprobleemid), uinumisraskused ja kõhukinnisus. Koduõendusteenust saavatel eakatel esineb koduhooldust saavatest eakatest oluliselt enam erinõudeid toidule, lamatishaavandeid, kaalulangust, perifeerseid turseid, õhupuudust, ebakindlust nii tõusmisel kui ka pööramisel, samamoodi on neil enam esinenud hiljutisi kukkumisi ja jalgade probleeme (joonis 5).

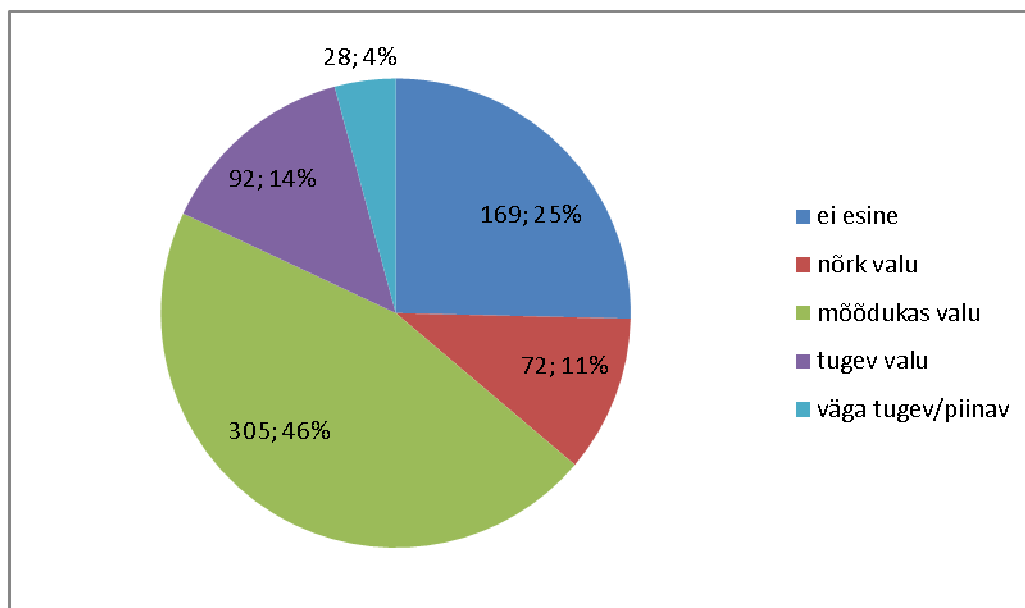


Joonis 5. Sagedamini esinevad terviseprobleemid koduõendust või koduhooldusteenust saavatel eakatel

Valu esinemine

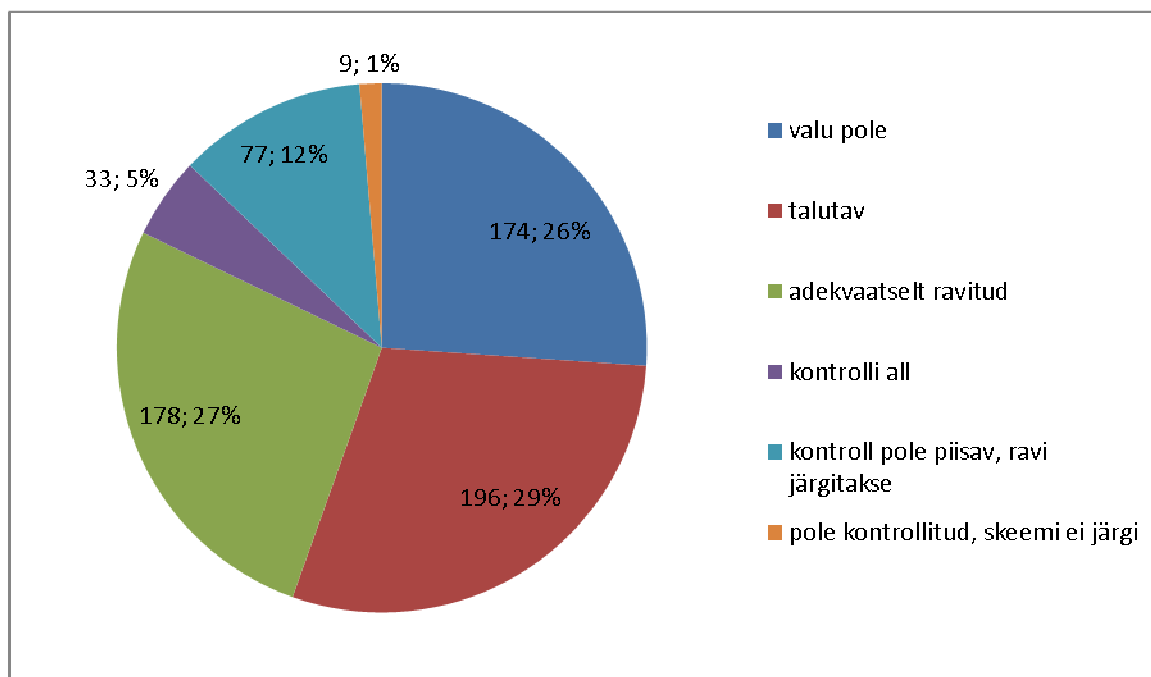
Kuna eakate kõige sagedamini esinev terviseprobleem on valu esinemine – seda kurtis kokku 75% eakatest e uuritustest 489 –, on järgnevalt kirjeldatud valu esinemist lähemalt.

Püsivat valu tunnistas 12% eakatest ehk 81 iskut, läbilöögivalu esinemist 68 eakat e 10% uuritustest. Kõige enam esineb uuritavatel mõõdukat valu, mida tunnistas 46% eakatest, tugevat valu esineb 14%-l ja väga tugevat valu 4%-l eakatest (joonis 6). Valu esinemises ja tugevuses ei ilmnunud erinevusi koduõendust ja koduhooldusteenust saavate eakate vahel.



Joonis 6. Koduõendust või koduhooldusteenust saavate eakate hinnang valu tugevusele

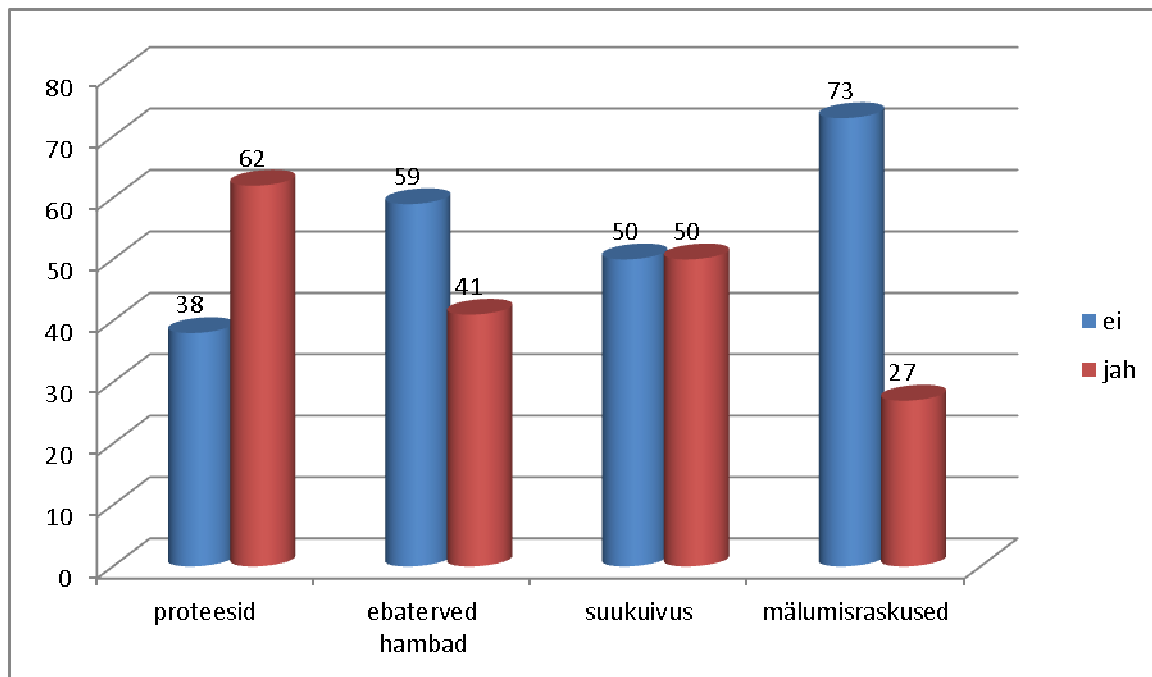
Kuigi valu on eakate põhiliseks terviseprobleemiks, hindab väga suur osa eakatest (29%) seda talutavaks, 27% hinnangul on valu adekvaatselt ravitud, ja veel 5% ütleb, et valu on kontrolli all, kuigi nad ei järgi alati ravirežiimi. Kokku 13% eakatest tunnistab, et valu ei ole kontrollitud, ettekirjutatud ravi järgitakse, aga see pole piisav (joonis 7).



Joonis 7. Valuravi kontroll koduõendust või koduhooldust saavate eakate hinnangul

Hammaste seisund

Kuna hammaste halb seisund on samuti üks sagedamaid eakate probleeme, väärib see teema eraldi tähelepanu. Hammaste ja suuõõne seisundiga seotud eri laadi probleemide osakaal on toodud joonisel 8. Enam on probleemiks suukuivus, haigeid hambaid esineb pisut vähem kui pooltel eakatest, mälumisraskusi on rohkem kui neljandikul. Proteese kannab 62% eakatest (joonis 8).

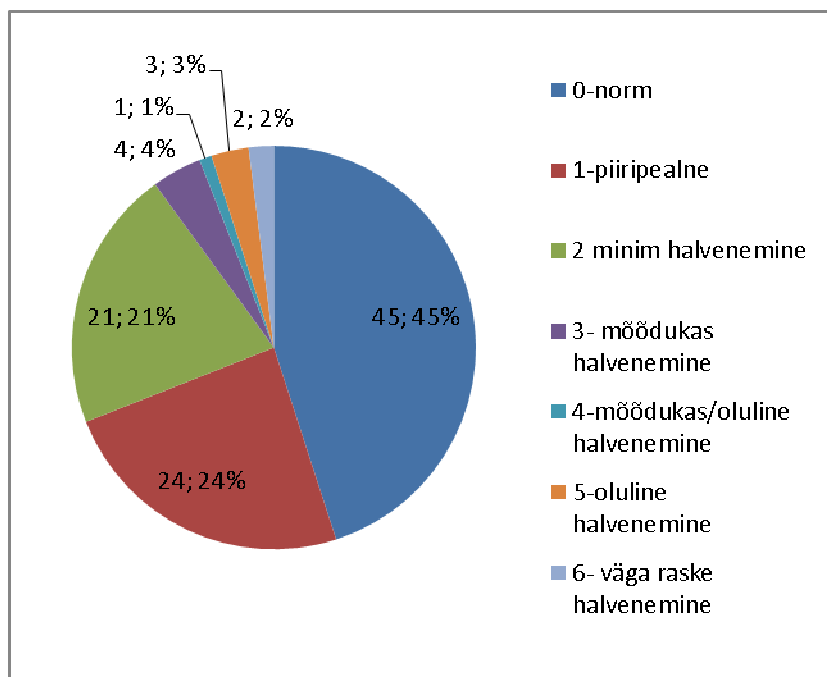


Joonis 8. Hammaste ja suuõõne seisundiga seotud probleemide esinemine

Haigeid hambaid esineb enam koduõendust saavatel eakatel (53% vs. 34% koduhooldusel olevatel eakatel), suukuivust ja mälumisraskusi aga pisut enam koduhooldusel olevatel eakatel. Hambaid oli viimase aasta jooksul kontrollitud kokku 21%-l uuritud eakatest (N = 139), sealjuures koduõendust saavatest eakatest 16%-l ja koduhooldusteenust saavatest eakatest 24%-l.

Kognitiivne seisund

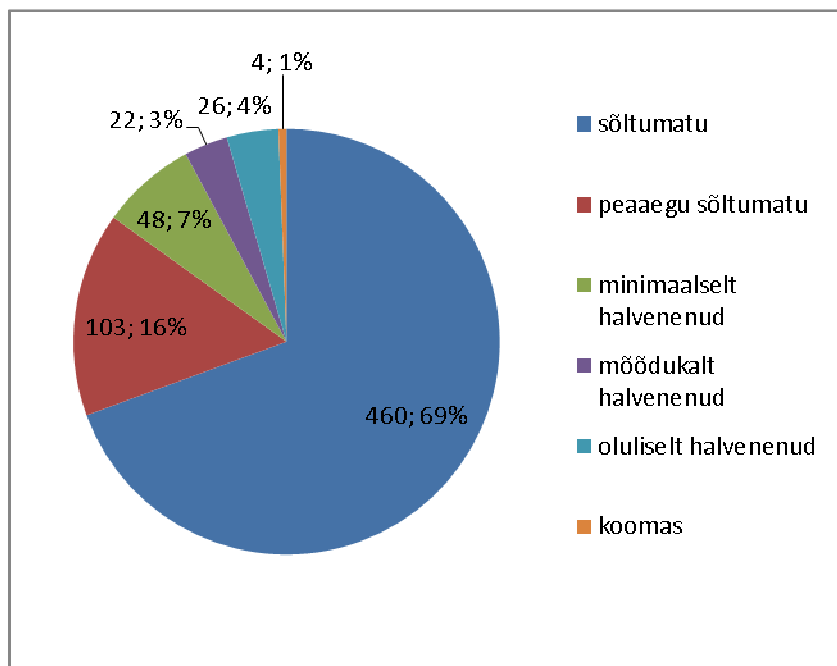
CPS-i skoor, mis iseloomustab uuritavate **kognitiivset võimekust summaarsena**, oli täiesti normikohane (CPS 0) 209-l uuritud eakal (45%) (joonis 9). Vähesed kognitiivse võimekuse häired (CPS 1–2) esinesid 212 eakal (45%). Mõõdukalt ja oluliselt häirunud kognitiivne võimekus (CPS 3–5) esines 36 eakal (8%), väga raskete kognitiivsete häiretega eakaid oli 10 (2%).



Joonis9. Koduõendust või koduhooldust saavate eakate kognitiivse võimekuse skoorid

Koduõendust ja -hooldust saavate eakate keskmist kognitiivse võimekuse skoori võrreldes selgub, et see on oluliselt parem koduhooldusteenust saavatel eakatel (keskmised vastavalt 1,32 (SD 1,60) ja 0,79 (SD 0,79). Siiski jääb keskmine näitaja ka koduõendusteenust saavatel eakatel pigem piiripealse halvenemise ja minimaalse halvenemise vahele.

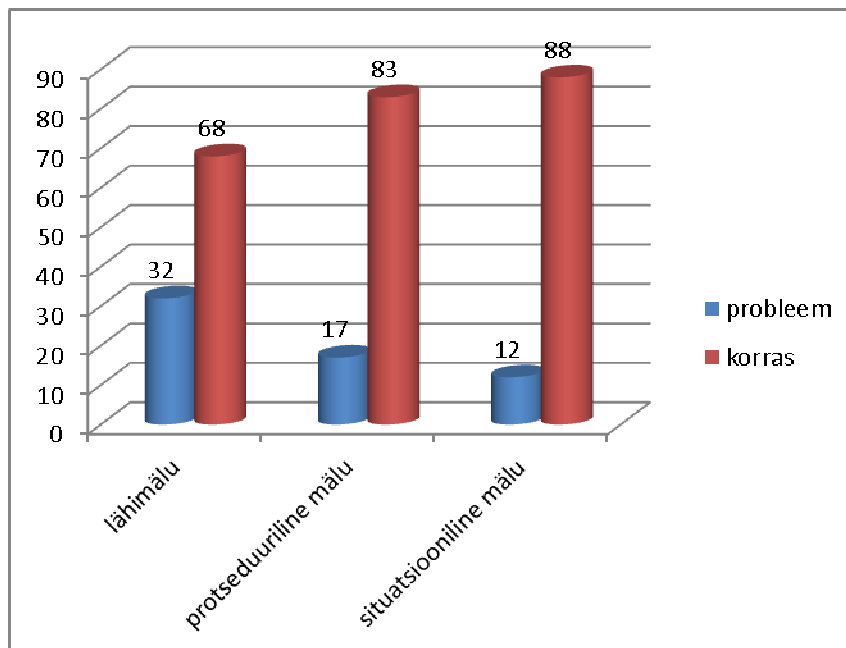
Enamik eakatest on igapäevaotsuseid tehes teistest sõltumatud (69%) (joonis 10). Peaaegu sõltumatud on 16%, kognitiivne võimekus on halvenenud kokku 15%-l eakatest, neist 1%-l oluliselt halvenenud.



Joonis 10. Hinnang koduõendust või -hooldust saavate eakate kognitiivsetele oskustele igapäevaotsuste tegemisel

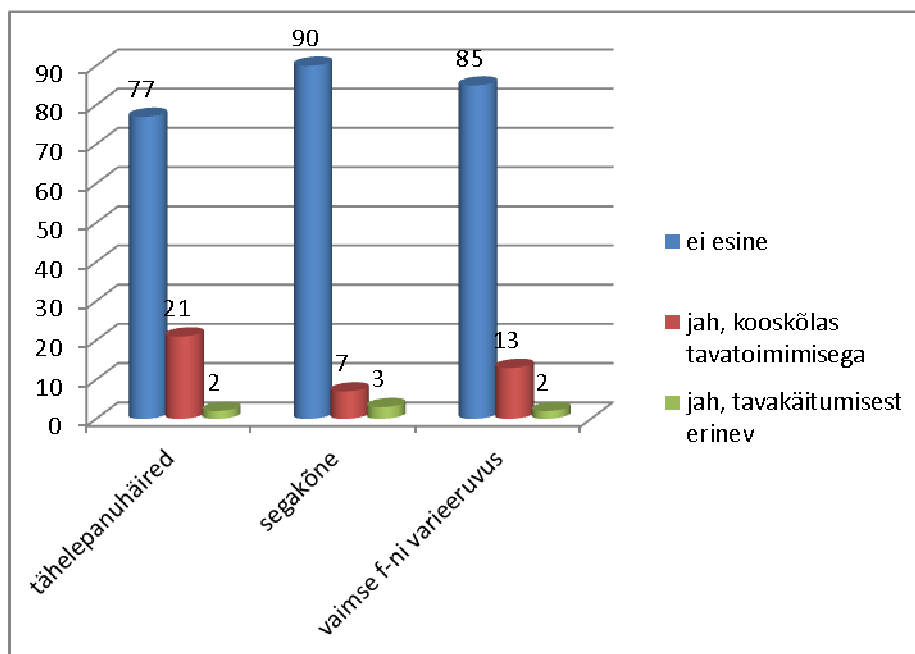
Eakate otsustusvõime oli viimase 90 päeva jooksul halvenenud 52 juhul (8%), püsinud sama 550 juhul e 87% ja paranenud 28 juhul e 4%.

Mälu puhul esinesid enim lähimälu probleemid, kokku umbes kolmandikul eakatest (joonis 11).



Joonis 11. Koduõendust või -hooldust saavate eakate mäluprobleemid (osakaal eakate hulgas, %)

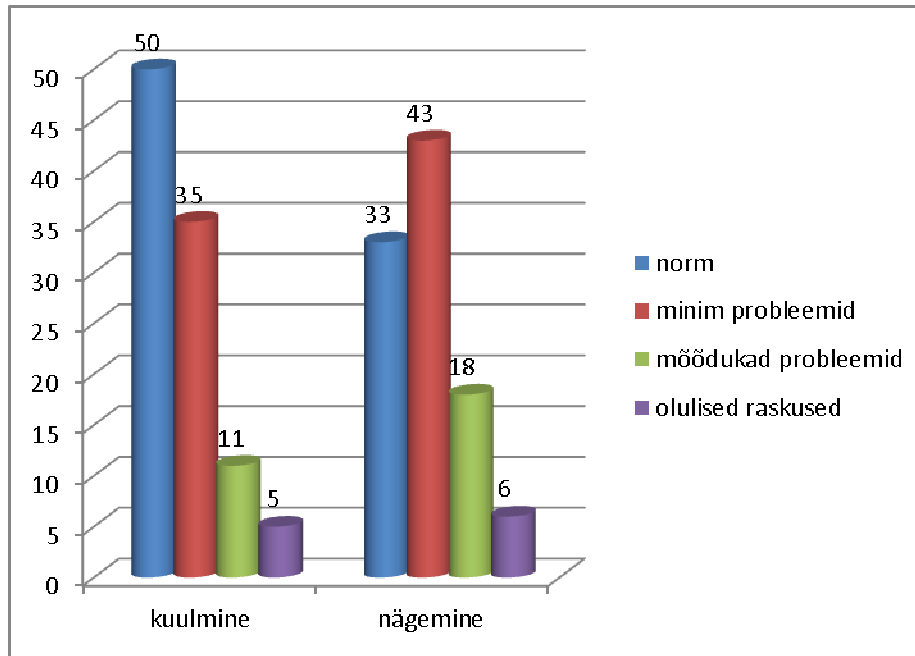
Umbes neljandikul eakatest esineb tähelepanuhäireid, kümnendikul esines periooditi segakõne ning vaimse funktsiooni varieeruvust päevade lõikes esineb 15%-l eakatest. Enamasti oli nende häirete esinemine kooskõlas tavapärase toimimisega (joon 12).



Joonis 12. Koduõendust või -hooldust saavate eakate kognitiivse võimekuse perioodilised häired (osakaal eakate hulgas, %)

Enese teistele arusaadavaks tegemise probleeme ei esinenud 75%-l eakatest, tõsiseid probleeme esines vaid 24 isikul (4%). Võime teistest aru saada oli täiesti probleemideta 513 eakal (77%), enamasti sai teistest aru veel 119 eakat (19%) ja probleeme esines suuremal määral 21 eakal (4%).

Suhtlemise probleeme ei esinenud 89%-l antud uuritavate grupi eakatest (kokku 421 juhul), mõõdukaid probleeme esines kokku 33 juhul (7%), olulisi probleeme 18 juhul (4%).



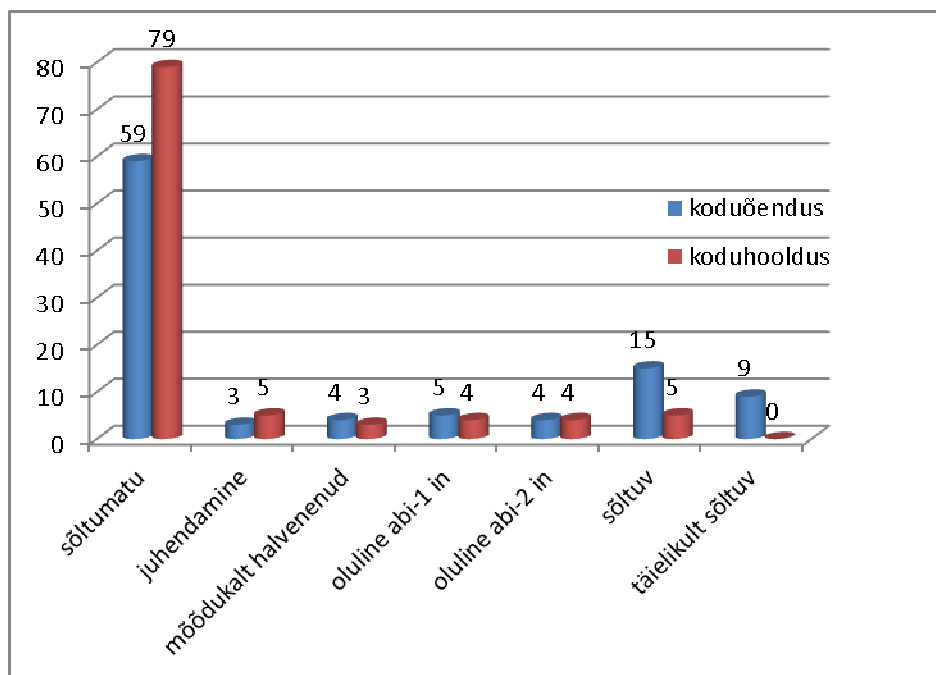
Joonis 13. Kuulmise ja nägemise probleemide esinemine koduõendust või -hooldust saavatel eakatel (osakaal eakate hulgas, %)

Suhtlemisraskused võivad eakatel sageli tuleneda kuulmise ja nägemise probleemidest, mistõttu oli tähtis seda eraldi uurida. Olulised **kuulmise raskused** esinesid 31 eakal (5%), kusjuures 3 eakat olid päris kurdid (joonis 13). Koduõendust saavate eakate hulgas oli vähem neid, kelle kuulmine hinnati normaalseks, ja enam minimaalse kuulmislangusega eakaid, võrreldes koduhooldusteenust saavate eakatega. Samas, mõõdukate või oluliste kuulmisprobleemidega eakate hulk oli sarnane.

Nägemise olulised probleemid esinesid kokku 42 eakal (6%), kusjuures 10 olid pimedad (joonis 13). Silmi oli viimase aasta jooksul kontrollitud 36%-l (N = 236), kuulumist 11%-l (N = 70).

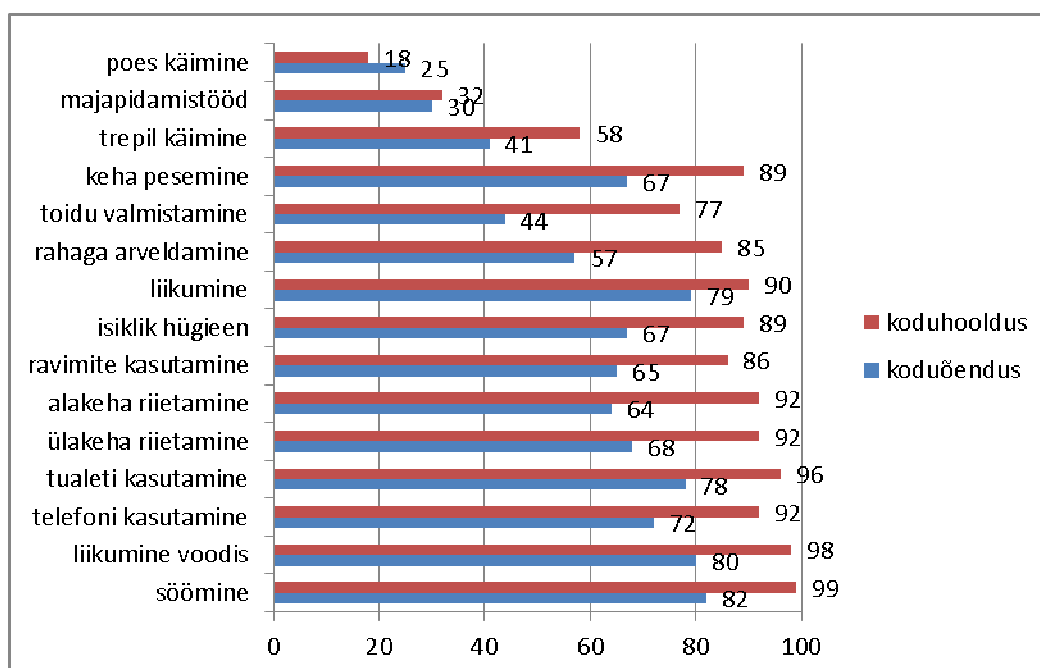
Hakkamasaamine igapäevaelu toimingutega

Igapäevaelus oli sõltumatu enamik mõlema teenusrühma eakatest, kokku 321 eakat. Siiski oli täiesti sõltumatuid rohkem koduhooldusel olevate eakate hulgas (joonis 14). Juhendamisel said ise hakkama 17, mõõdukat abi vajasisid 16, olulist abi kokku 43 eakat, teiste abist sõltus 52 ja sõltus täiesti 24 eakat (sagedusjaotus rühmiti on toodud joonisel 14).



Joonis 14. Hakkamasaamine igapäevaelu toimingutega koduõendust või -hooldust saavate eakate hulgas (osakaal eakate seas, %)

Igapäevatoimingutes teistest sõltumatute või vaid minimaalset korralduslikku abi vajavate eakate hulk teenusesaajate eri gruppides on toodud joonisel 15. Enamasti ollakse sõltumatud söömisel, voodis liikumisel ja pööramisel, telefoni kasutamisel, tualeti kasutamisel, ravimite kasutamisel, liikumisel ja riietumisel. Enam vajatakse kõrvalist abi poes käimisel, majapidamistöodes, treppidel käimisel ja keha pesemisel. Pea kõikide toimingute puhul on kõrvalisest abist sõltumatuid enim koduhooldusteenust saavate eakate hulgas (joonis 15).

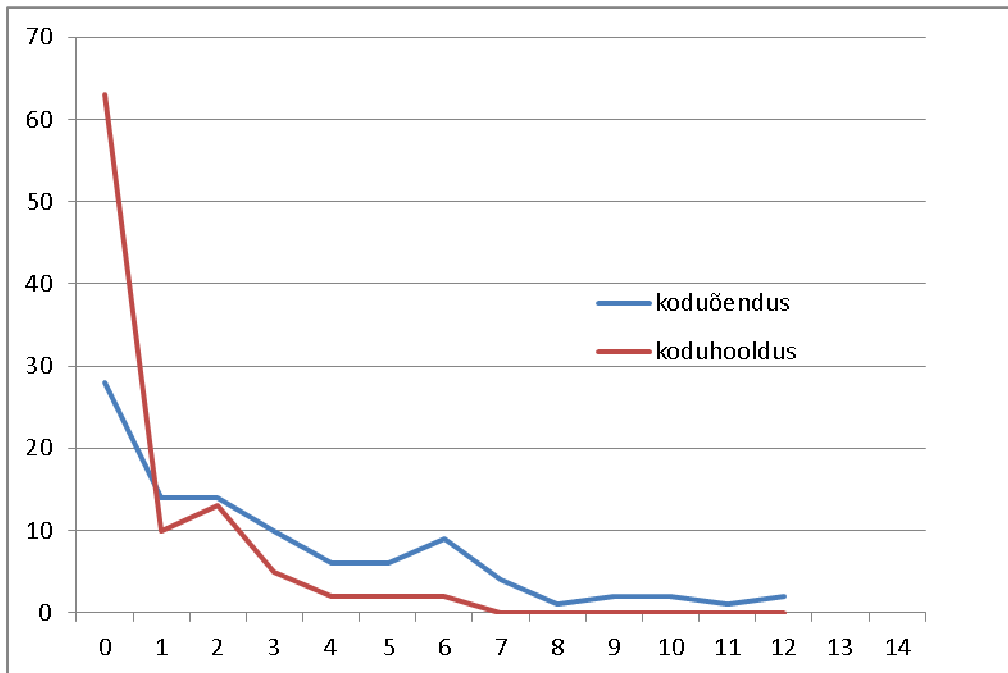


Joonis 15. Igapäevatoimingutes teistest sõltumatute eakate arv ja osakaal eakate hulgas

Depressiooni esinemine

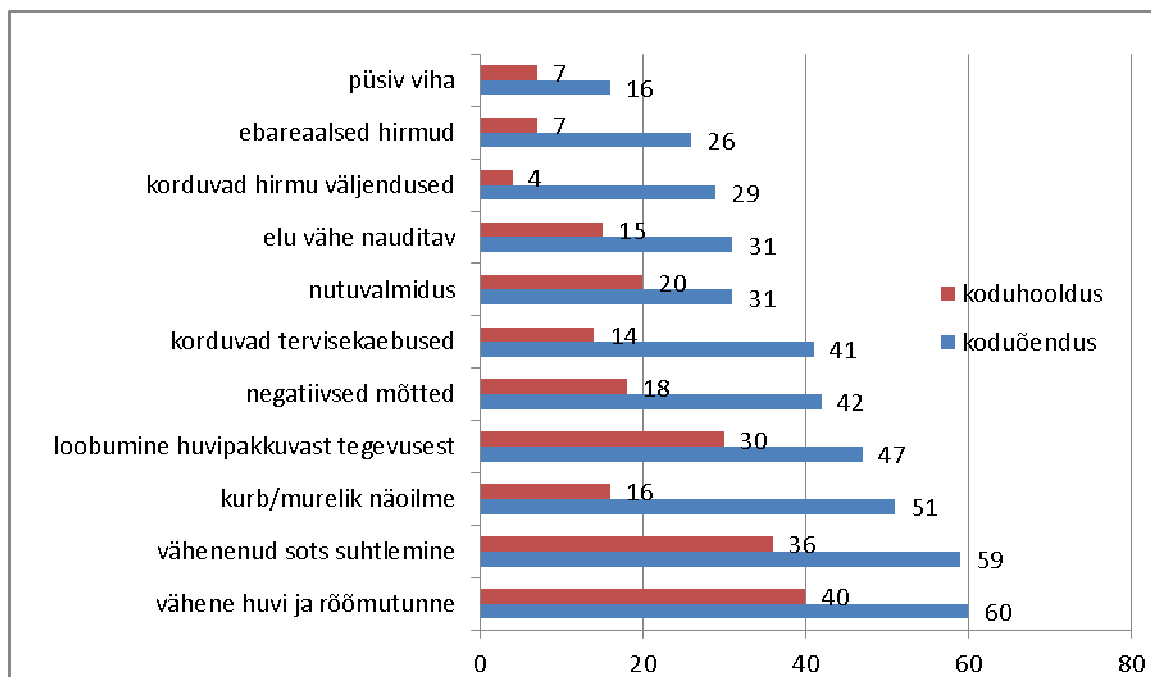
Depressiooni lühiskaala, millega eakate depressiivsust hinnati, põhineb isiku enda hinnangul oma meeleolule ja näitab sümptomite arvu ning sageduse alusel hinnatud alanenud meeleolu ja ärevuse esinemist.

Depressiooni 14-astmelisel skaalal (skoor 0–6: vähetõenäoline depressioon, skoor 7 või enam: patsienti tuleks võimaliku depressiooni suhtes uurida) saadi tulemuseks, et uuritavatest 92% e 433 isiku puhul oli depressiooni esinemine vähetõenäoline ja täpsemalt tuleks uurida depressiooni suhtes 39 patsienti (8%) (joonis 16). Rohkem on tõenäolise depressiooniga patsiente koduõendusteenust saavate eakate hulgas.



Joonis 16. Depressiooni lühiskaala skoorid koduõendust või -hooldust saavatel eakatel (osakaal eakate hulgas, kel esines vastav skoor, %)

Depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnustest esines kõige enam vähest huvi ja rõõmu asjadest, mille vastu varem tunti huvi, vähenenud sotsiaalset suhtlemist, kurba, murelikku näoilmet ning loobumist seni huvi pakkunud tegevustest (joonis 17). Enim esineb depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnuseid koduõendusteenust saavatel eakatel.



Joonis 17. Depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnuste esinemine koduõendust või -hooldust saavatel eakatel (osakaal eakate hulgas, %)

Käitumishäired

Käitumishäirete sage esinemine on häiriv nii eakale endale kui ka temaga kontaktis olevatele isikutele. Nende esinemisega võib kaasuda eaka liikumise või teistega kokkupuutumise piiramine, samuti funktsionaalne allakäik. Sagedamini kaasuvad sellised häired kognitiivse seisundi halvenemisega või ka raskete vaimsete häirete episoodidega, aga võib olla teisigi põhjuseid. Seega on vajalik probleemi esinemissagedust uurida ja võimalike põhjustega tegelda.

Tabel 1. Käitumishäirete esinemine koduõendust ja -hooldust saavatel eakatel (eakate arv, kel vastav käitumishäire esines)

| Käitumishäire | Ringi uitamine | Sõnaliselt kahjustav | Füüsiliselt kahjustav | Sotsiaalselt kohatu/segav | Sobimatu avalik seksuaalkäitumine | Hooldust tõrjuv |
|--------------------|----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| koduõendus | 16 | 20 | 2 | 14 | 1 | 25 |
| koduhooldus | 11 | 10 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Väärkohtlev suhe

Eesmärk on leida üles need eakad, kes on hooletusse jäetud, keda on väärkoheldud või kes on selles riskirühmas.

Järgnevalt on ära toodud väärkohtlemisele viitavad otsesed näitajad koos esinemissagedusega, kusjuures kõrge riskiga eakaga on tegemist, kui esimese grupi näitajatest esineb vähemalt üks ja teise grupi näitajatest vähemalt kaks või enam. Mõõduka riskiga eakad on need, kel on täidetud üks kahest kriteeriumist (kas esineb vähemalt üks esimese grupi näitajatest või vähemalt kaks teise grupi näitajat) (tabel 2).

Tabel 2. Võimaliku väärkohtlemise riskiga isikute arv

| 1. Grupi näitajad | koduõendus | koduhooldus |
|---|-------------------|--------------------|
| Kardab pereliiget, hooldajat või lähedast tuttavat | 7 | 5 |
| Ebatavaliselt halb hügieen, hoolitsemata | 14 | 18 |
| Hooletusse jäetud, halvasti koheldud | 3 | 9 |
| 2. Grupi näitajad | | |
| Depressiooni ja masenduse esinemine | 43 | 30 |
| Halb toitumus/alakaal | 27 | 9 |
| Konflikt või viha pereliikmete vastu | 36 | 26 |
| Terviseprobleemid, ei täida ravirežiimi enamiku ajast | 22 | 19 |
| Elamukorraldus ei vasta vajadustele, isik tuleks viia mujale | 42 | 28 |
| Hooldaja on häiritud, vihane või depressiivne/üle koormatud | 29 | 14 |
| Sotsiaalne isolatsioon/vähene sotsiaalne suhtlemine (esitatud need, kel see probleem on igapäevane) | 66 | 57 |

Sotsiaalse seisundi hindamise (sotsiaalse toetuse) tulemused

Formaalsest hooldusest osutati isikuabi ADL-i toimingutes 34%-le koduõendust saavatest isikutest ja 10%-le koduhooldusteenusel eakatest. Koduabi teenuseid (IADL, poes käimine, toiduvalmistamine) oli viimase 7 päeva jooksul osutatud 31%-le koduõendusteenust saavale eakale ja 82%-le koduhooldust saavale eakale. Sooja toidu koju toomise teenust kasutas 6 koduõendusteenust saavat eakat ja 16 koduhooldusteenusel eakat. Füsioterapiat, tegevus- ja kõneterapiat pakuti kokku 5 juhul ning psühholoogist abi vaimse tervise spetsialisti poolt ei osutatud kellelegi.

Keskmine koduõendusteenuse kordade arv oli 2,7 korda nädalas koduõendusteenust saavatel eakatel ja 0,28 korda nädalas koduhooldusteenust saavatel. Nädala jooksul osutatud koduõendusteenuse aeg oli vastavalt 101 ja 9 minutit. Koduabiteenust kasutati koduõendusteenusel eakate puhul keskmiselt 0,85 korda nädalas ja koduhooldusteenusel eakate puhul ulatus see 1,76 korraks nädalas. Koduabiteenuse minutite arv nädalas oli 64 minutit koduõenduse ja 119 minutit koduhoolduse puhul.

Koos abilisega elab 48% koduõendusteenust ja 30% koduhooldusteenust saavatest eakatest. Abiline väljendab viha, stressi või depressiooni vastavalt 11% ja 4% juhtudest ega suuda jätkata abistamist mõlema eakate grupi puhul 7% juhtudest. Tugevaid peresuhteid väljendas vastavalt 77% ja 64% eakatest.

Keskkonna mõju hindamise tulemused näitavad, et remonti vajavaid kodusid esines 16%-l koduõendusteenust saavatest eakatest ja 7%-l koduhooldusteenust saavatest eakatest, räpane oli ümbrus vastavalt 5% ja 7% eakate puhul. Hädaabi kättesaadavuse võimalus (telefonid) oli vastavalt 93%-l ja 97%-l eakatest, toidukaupade kojutoomise võimalus vastavalt 77%-l ja 97%-l eakatest. Nappide rahaliste võimaluste tõttu pidi viimasel 30 päeval vajaliku toidu või ravimite tarbimist ning meditsiinilist abi piirama 7% koduõendusteenusel eakat ja 14% koduhooldusel eakat.

Järgnevalt on tabelis 3 esitatud nende uuritute osakaal, kelle puhul on vaja tegeleda mingi spetsiifilise probleemiga, et selle tekkimist ennetada (suure riskiga isikud), seisundit parandada või

selle edasist halvenemist ennetada (kasutatud on interRAI skriinerite ning kliiniliste protokollide ehk CAP-ide andmeid, mis on leitud vastavate algoritmidega algandmetest).

Tabel 3. Kliinilised sihtmärgid – ajend soodustamiseks paranemist või ennetamiseks allakäiku (osakaal eakate hulgas, kellel vastav ajend esines, %)

| Sihtmärk | Ajendi esinemine või risk | | Ajend paranemise soodustamiseks | | Ajend allakäigu ennetamiseks | |
|---|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|
| | Kodu-õendus | Kodu-hooldus | Kodu-õendus | Kodu-hooldus | Kodu-õendus | Kodu-hooldus |
| Füüsilise tegevuse soodustamine | | | 54 | 55 | | |
| Instrumentaalsed igapäevategevused (IADL) | | | 32 | 25 | | |
| Muud igapäevaelutegevused | | | 31 | 15 | 60 | 83 |
| Kodukeskkonna optimeerimine | 15 | 10 | | | | |
| Institutsionaalne risk | 43 | 20 | | | | |
| Füüsiline tõkestamine (võimalusel tõkestuse lõpetamine) | 2 | | | | | |
| Kognitiivsete võimete vähenemise risk | 83 | 94 | | | 5 | 3 |
| Deliirium | 13 | 6 | | | | |
| Suhtlemine | | | 81 | 91 | 2 | |
| Meeleolu (risk masenduseks) | 72 | 36 | | | | |
| Käitumine | 71 | 30 | | | | |
| Väärkohtlev suhe | 5 | 2 | | | | |
| Mitteametlik tugi | 27 | 59 | | | | |
| Sotsiaalsed suhted | 5 | 0 | | | | |
| Kukkumised | 26 (sh kõrge risk 4) | 10 (sh kõrge risk 2) | | | | |
| Valu | 48 (sh kõrge risk 18) | 29 (sh kõrge risk 11) | | | | |
| Lamatised | 27 | 6 | | | | |

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|---|---|
| Südame ja hingamiselundkonna probleemid | 70 | 81 | | | | |
| Alatoitumus | 22 | 10 | | | | |
| Dehüdratatsioon | 11 | 6 | | | | |
| Sobilikud ravimid | 5 | 13 | | | | |
| Tubaka ja alkoholi tarvitamine | 6 | 6 | | | | |
| Uriinipidamatus | 35 | 29 | 28 | 27 | | |
| Soolepidamatus | | | 7 | 2 | 5 | 1 |

Kokkuvõte ja arutelu

Enamik koduõendus- ja koduhooldusteenust saavatest eakatest hindab oma tervises seisundit halvaks (52%). Eakatest 81%-l esineb kas raske või sügav puue.

Kliinilistest probleemidest on esiplaanil uriini inkontinents ja südame-veresoonkonna haigused. Kui südame-veresoonkonna haiguste esinemissagedus on sarnane üldpopulatsiooniga, siis uriinipidamatuse esinemissagedus on oluliselt suurem (55%-l koduõendus- ja 34%-l koduhooldusel eakatest). Ajend seisundit parandavaks spetsiifiliseks sekkumiseks uriinipidamatuse puhul esines 28%-l eakatest, teistel puhkudel hinnati eaka otsustusvõime liiga halvaks, et paranemist saaks saavutada. Koduõendusklentidel hinnati üsna sagedaks ka soole inkontinentsi esinemine (27%), samas hinnati neil olevat vaid 12% ajendit paranemise saavutamiseks või allakäigu ennetamiseks.

Üsna sagedateks probleemideks on veel valu, jalgade probleemid, kõndimise probleemid ja uinumiskäitumus, ka kõhukinnisus. Valu tõttu vajab spetsiifilist sekkumist 48% koduõendus- ja 29% koduhooldusel eakatest ning kukkumise riski tõttu vastavalt 26% ja 10% eakatest. Alatoitumuse riski tõttu vajab sekkumist 22% koduõendus- ja 10% koduhooldusel eakatest. Haigeid hambaid esineb 59%-l koduõendus- ja 41%-l koduhooldusklientidel.

Funktsionaalse soorituse probleemid. Igapäevatoimingutes sõltus kõrvalisest abist 41% koduõendus- ja 21% koduhooldusklientidest. See on oluliselt kõrgem näitaja kui esinemissagedus üldpopulatsioonis. Umbes kolmandik koduõendus- ja 60% vajab sekkumist allakäigu ennetuseks, koduhooldust saavate eakate hulgas olid vastavad arvud 15% ja 83%. Enam vajatakse kõrvalist abi poes käimisel, majapidamistöodes, treppidel käimisel ja keha pesemisel.

Kognitiivse seisundi probleemid. Väga suur osa eakatest hinnati kognitiivsete võimete vähenemise riskirühma: vastavalt 83% koduõendus- ja 94% koduhooldusteenusel eakatest. Deliiriumi tekke risk esines 13%-l koduõendus- ja 6%-l koduhooldusel eakatest, meeoleolu alanemise risk vastavalt 72%-l ja 36%-l eakatest. Need eakad vajavad spetsiifilist hindamist ja sihipärast sekkumist. Väga kõrgeks on hinnatud sekkumise vajadust suhtlemise parandamiseks – koguni 81% koduõendus- ja 91% koduhooldust saavatest eakatest.

Sotsiaalsed probleemid. Kuigi tugevaid peresuhteid väljendas vastavalt 77% ja 64% eakatest, on abiline väljendanud viha, stressi või depressiooni vastavalt 11% ja 4% juhtudest ega suuda jätkata

abistamist mõlema eakate rühma puhul 7% juhtudest. Sotsiaalsed suhted vajasid sekkumist 5%-l koduõendusteenust saaval eakal, koduhooldusel olevatel eakatel ei esinenud hindamise kohaselt sellist vajadust. Väärkohtlemise risk esines hindamise alusel vastavalt 5%-l ja 2%-l eakatest, mis on üsna sarnane koduhooldusel olevate eakate kohta käivate rahvusvaheliste uuringutega. Samas, kõikidel nendel juhtudel oleks vajalik regulaarne kordushindamine ning vajadusel spetsiifiline abi. Selliste isikute puhul on alati oluline hinnata ka vaimse tervise probleemi ning asjaolusid, mis sellise väärkohtlemise võimaluse (ilmingu) on esile kutsunud.

Üsna oluliseks probleemiks tundub olevat see, et elamukorraldus ei vasta eaka vajadustele ja isik tuleks viia kuhugi mujale (kokku oli neid juhte 70).

Preventsiooni vajadused koduõenduses ja -hoolduses

Enamikul juhtudel (rohkem kui pooltel) on vaja rakendada meetmeid:

- ✓ kognitiivse võimekuse parandamiseks või allakäigu ennetamiseks, sealhulgas suhtlusvõimekuse parandamiseks
- ✓ füüsilise tegevuse soodustamiseks
- ✓ meeleoluhäirete parandamiseks
- ✓ unehäirete parandamiseks või ennetamiseks

Rohkem kui kolmandikul koduõendus- ja koduhooldusteenusel eakatest on näidustatud:

- ✓ IADL-i ja muude igapäevaelu tegevuste soodustamine
- ✓ valu adekvaatne ravi või ennetamine
- ✓ uriinipidamatuse probleemidega tegelemine
- ✓ kõhukinnisuse probleemidega tegelemine
- ✓ hammaste saneerimine

Paljudel (enam kui kümnendikul eakatest) on vajalik veel:

- ✓ kukkumiste riski hindamine ja kukkumist ennetus
- ✓ alatoitumuse ennetus
- ✓ koduõendusteenusel eakatel lamatiste riski hindamine ja lamatiste ennetamine
- ✓ deliiriumi riski hindamine ja selle ennetamine
- ✓ kodukeskkonna optimeerimine

Päevahoolduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI HO andmete põhjal

Kai Saks

Kõik uuringud on tehtud Tartu vaimse tervise hooldekeskuse päevakeskuses, mis pakub teenust dementsusega inimestele. Rohkem eakatele päevahoolduse teenust pakkuvaid asutusi Tartus ega Tartumaal ei olnud. Teenust pakuti 2013. a 50 inimesele ja 2014. a 53-le. Tegemist oli läbilõikeuuringuga, milles kasutati interRAI HO vorme. Uuringu metoodikat on põhjalikult kirjeldatud vastavas peatükis.

TULEMUSED

Uuritavate kirjeldus

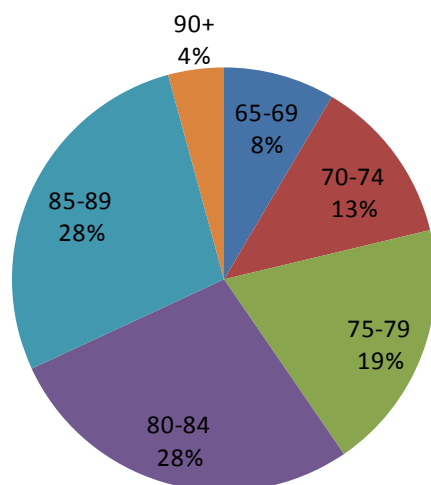
Kokku tehti 47 hindamist, neist 21 oktoobris 2013 ning 26 mais 2014. Hindamisi tehti meeste puhul 12 ja naiste puhul 35, eestlasi oli 29 ning venelasi 18. Raske või sügav puue esines 37 juhul (79%). Enamik uuritutest (35) oli kas lesestunud, lahutatud või elas lahus, pisut rohkem kui veerand (13 ehk 28%) elas üksinda. Tugevaid suhteid perega väljendati 36 korral (77%). Lähedastest väljendas ülekoormatust 13 (28%). Koduteenuseid ei saanud keegi. Eestkostet või volitatud esindajat meditsiiniotsustes ei olnud seatud ühelegi uuritutest, ühel juhul oli uuritava volitatud esindaja rahalistes otsustes. Elustamisest keeldumise juhiseid ei olnud dokumenteeritud kellelgi.

Päevahoolduse uuritavad olid vanuses 65–97 aastat (keskmine vanus 80,0 a), kõige sagedamini vanuses 80–89 a (56%). Vanuseline jaotus valimis oli järgmine: 65–69 a 4 (8,5%), 70–74 a 6 (12,8%), 75–79 a 9 (19,1%), 85–89 a 13 (27,7%), 90 a ja vanemad 2 (4,2%)(vt ka joonis 1).

Alzheimeri tõve diagnoos oli 33-l (70%), dementsus muudel põhjustel 27-l (57%) – seega oli dementsus mitmel juhul segatüüpi. Ajuinfarkti olid põdenud 6 (13%), bipolaarne häire esines 2-l (4%), skisofreenia 1-l (2%). Kaasuvatest haigustest esinesid sagedamini: ärevus 19 (40%), südame paispuudulikkus 15 (32%), südame isheemiatõbi 7 (15%), depressioon 4 (9%), suhkurtõbi 4 (9%).

Vererõhku oli viimase aasta jooksul mõõdetud 46-l uuritul (98%), mammograafia oli tehtud 1-l (3% naistest), koloskoopia viimase viie aasta jooksul 3-l (6%), gripivaktsiini oli viimase aasta jooksul saanud 1 inimene (2%), pneumokoki vaktsiini mitte ükski.

Päevahooldus: Vanuseline struktuur



Joonis 1. Päevahooldus klientide vanuseline jaotus.

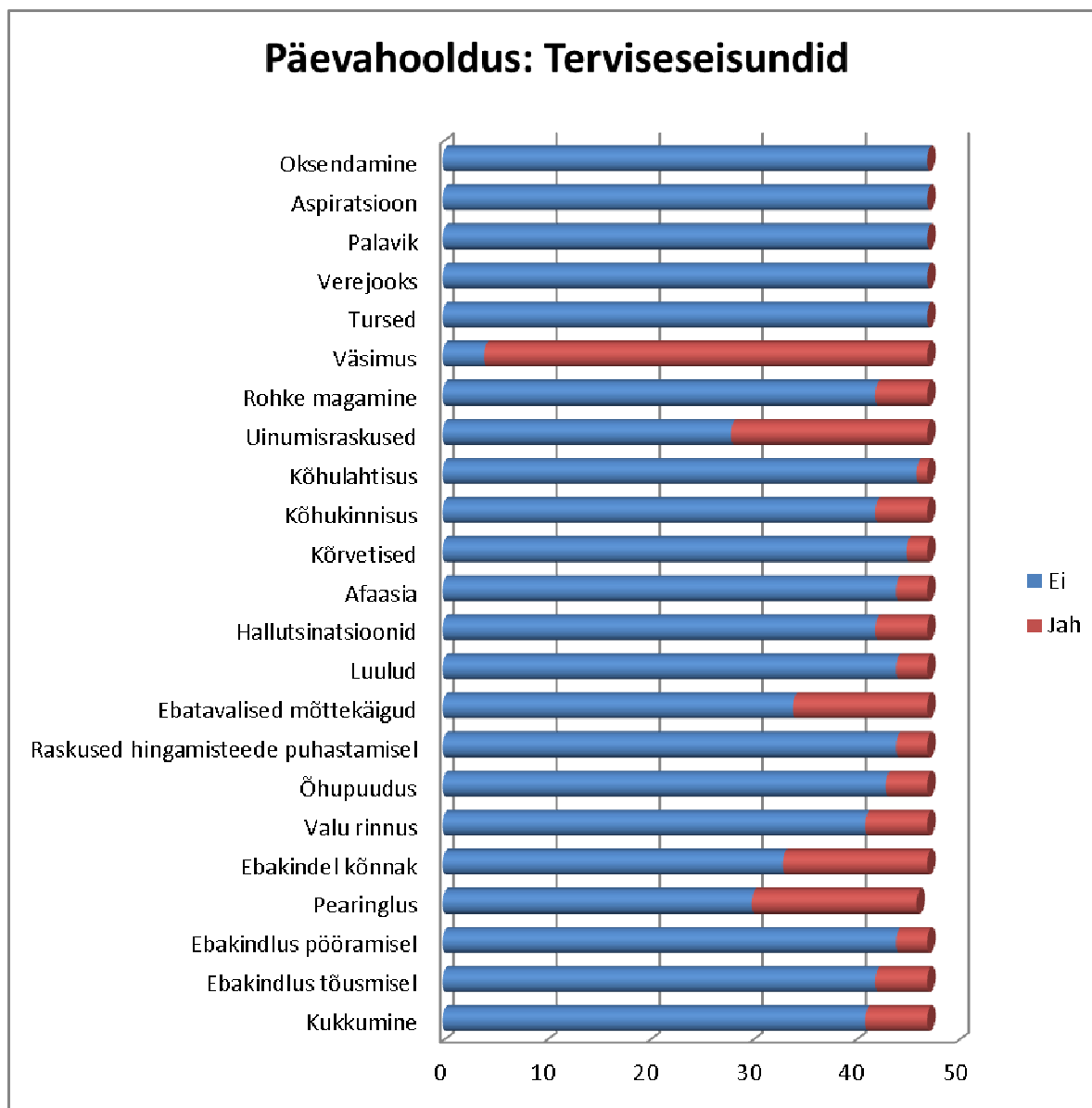
Seisundi hindamise tulemused

Tulemuste analüüsil on kasutatud eeskätt kompleksnäitajaid – skoare, skriinimise tulemusi, kliiniliste sihtmärkide ajendeid. Lisaks on kasutatud valikut üksiktunnuseid, mis on antud uuritute rühma puhul seisundi kirjeldamise juures olulised. Andmestik oli väga vähe puuduvaid tunnuseid (analüüsiks kasutatud tunnuste vastuste määr enamasti maksimaalselt 47, minimaalselt 43), mistõttu ei ole vastanute arvu eraldi välja toodud.

- **Terviseseisundid**

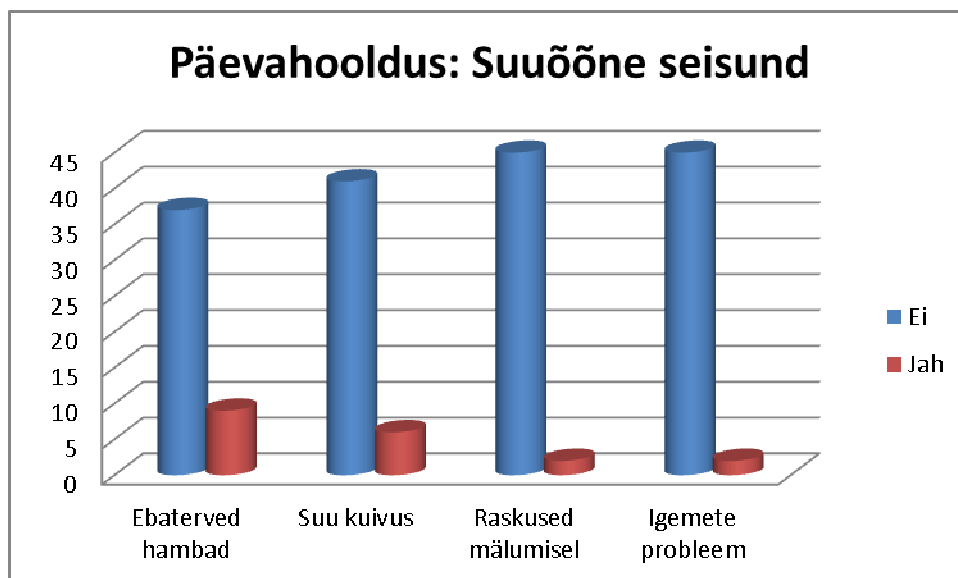
Sagedamad terviseprobleemid (esinesid vähemalt 10%-l) olid järgmised (vt ka joonis 2):

- väsimus – 43-l (91%), seejuures oluline või raske väsimus 25-l (53%)
- uinumisraskused – 19 (40%)
- pearinglus – 16 (35%)
- ebakindel kõnnak – 14 (30%)
- ebatavalised mõttekäigud – 13 (28%)
- kukkumine – 6 (13%)
- valu – 6 (13%)
- valu rinnus – 6 (13%)
- rohke magamine – 5 (11%)
- kõhukinnisus – 5 (11%)
- hallutsinatsioonid – 5 (11%)
- ebakindlus tõusmisel – 5 (11%)



Joonis 2. Terviseseisundi häirete esinemissagedus.

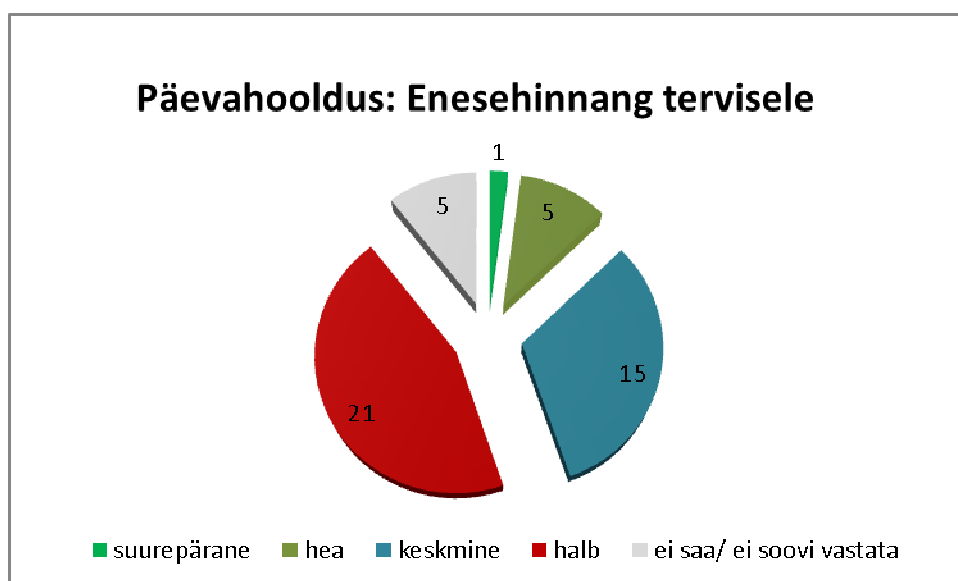
Suuõõne probleemidest esines kõige sagedamini katkiseid hambaid – 9 (20%) ja suu kuivust – 6 (13%), muud probleemid esinesid kahel inimesel (joonis 3). Hambaid oli viimase aasta jooksul kontrollitud vähem kui pooltel – 18 (38%).



Joonis 3. Suuõõne seisund.

- **Enesehinnang tervisele**

Tervist hinnati kõige sagedamini halvaks – 21 (45%), või keskmiseks – 15 (32%), vaid 6 juhul oli hinnang hea või suurepärane (13%). Viiel juhul isik ei saanud või ei soovinud vastata (joonis 4).

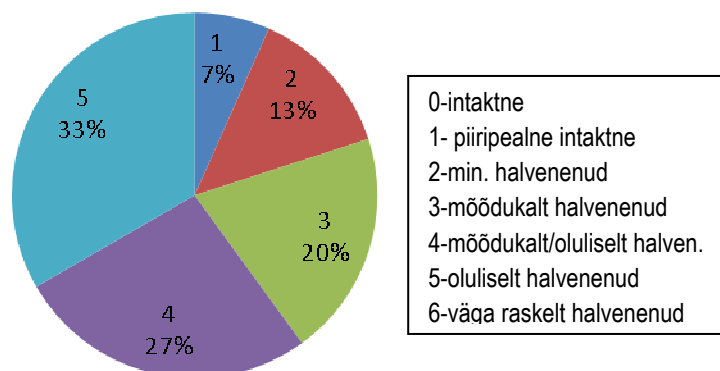


Joonis 4. Enesehinnang tervisele.

- **Kognitiivne seisund**

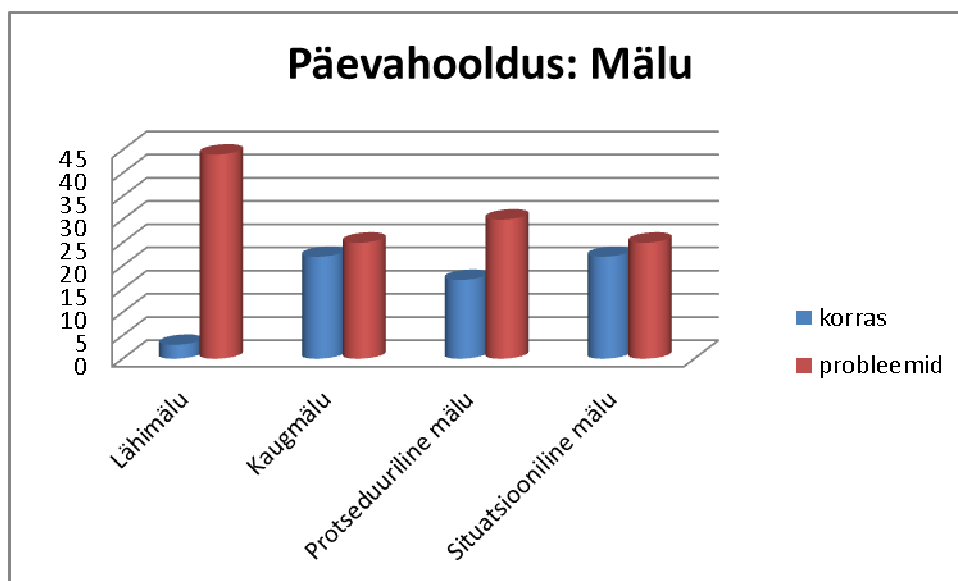
Kognitiivse võimekuse skoor (CPS – *cognitive performance score*) iseloomustab uuritavate kognitiivset võimekust summaarsena mitme tunnuse põhjal. Kuna uuring tehti dementsusega isikutele teenust pakkivas asutuses, polnud uuritavate hulgas kellelgi kognitiivne võimekus täiesti korras (CPS 0 ehk intaktne). Vähesed kognitiivse võimekuse häired (CPS 1 ja 2) esinesid 20%-l ning mõõdukad või olulised häired 80%-l uuritutest (joonis 5). Väga raskete kognitiivsete häiretega (CPS 6) kliente uuritute hulgas ei olnud – need inimesed pole võimelised päevaholdusele tulema.

Päevaholdus: CPS skoor



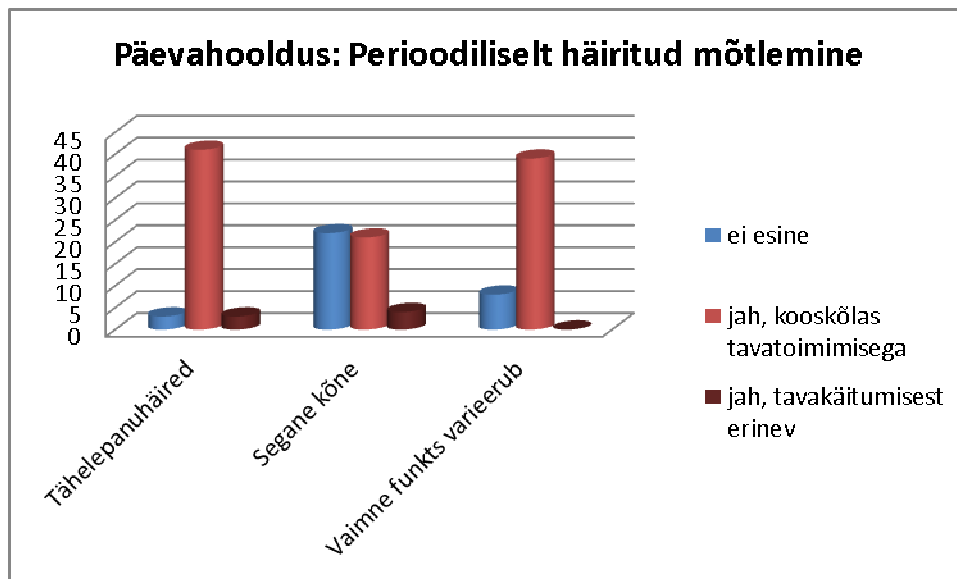
Joonis 5. Kognitiivse võimekuse skoor (CPS).

Mäluhäiretest domineerisid lähimälu probleemid (see oli korras vaid kolmel juhul), teiste mäluliikide probleeme (kaugmälu, protseduuriline mälu, situatsiooniline mälu) esines ligikaudu pooltel (joonis 6).

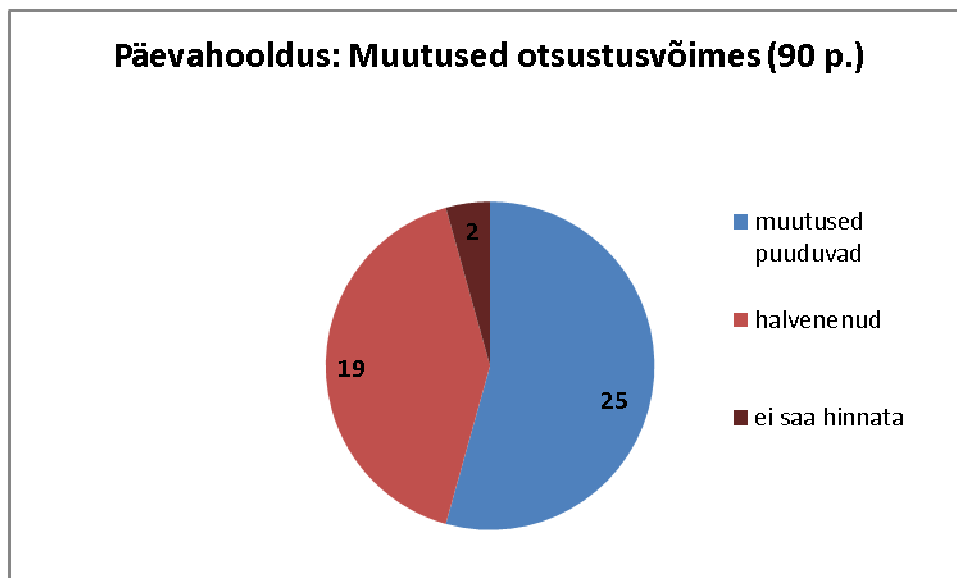


Joonis 6. Mäluprobleemide esinemissagedus.

Kognitiivse võimekuse perioodilisi häireid (tähelepanuhäired, vaimse funktsiooni varieerumine ning periooditi segane kõne) esines enamikul, kuid enamasti olid need kooskõlas nende isikute tavatoimimisega. Siiski esines 3–4 juhul tavapärasest erinevat varieeruvust, mis võib olla mõne ägeda seisundi tunnuseks (joonis 7). Otsustusvõime oli viimase 90 päeva jooksul halvenenud 19 juhul (joonis 8). Deliriumi skriining oli positiivne koguni 29 juhul, negatiivne 18 juhul.



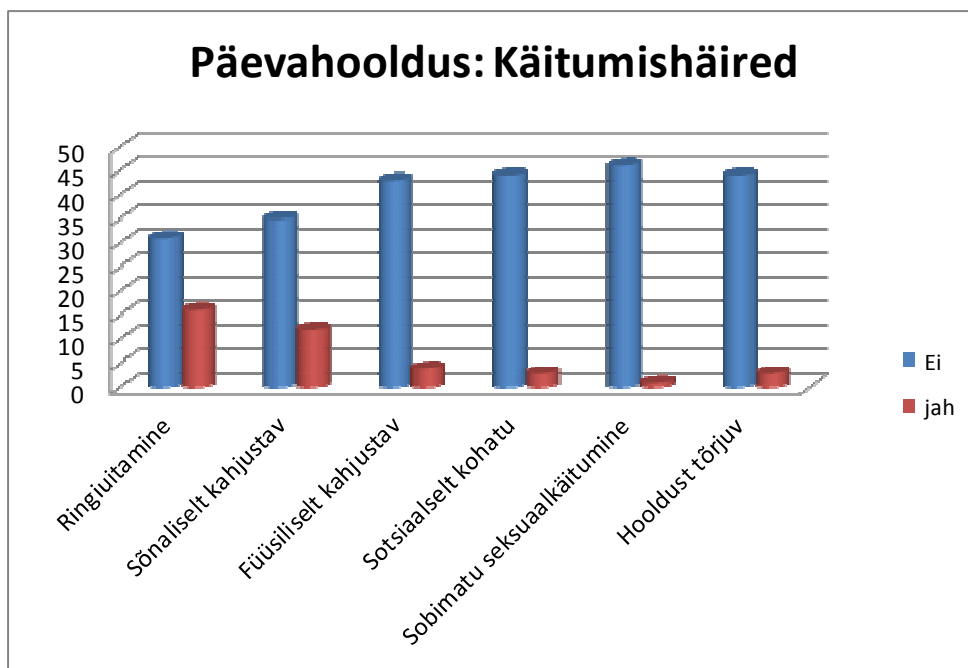
Joonis 7. Perioodiliselt häiritud mõtlemise esinemissagedus.



Joonis 8. Viimase 90 päeva jooksul esinenud muutused otsustusvõimes.

- **Käitumine**

Käitumishäiretest oli kõige sagedam ringiuitamine – kokku 16 juhul (34%), neist iga päev 4-l (9%). Sõnaliselt kahjustav käitumine esines 12 juhul (26%), neist iga päev 3-l (6%). Teisi käitumishäireid esines harvem (1–4 juhul ehk 2–9%; joonis 9).

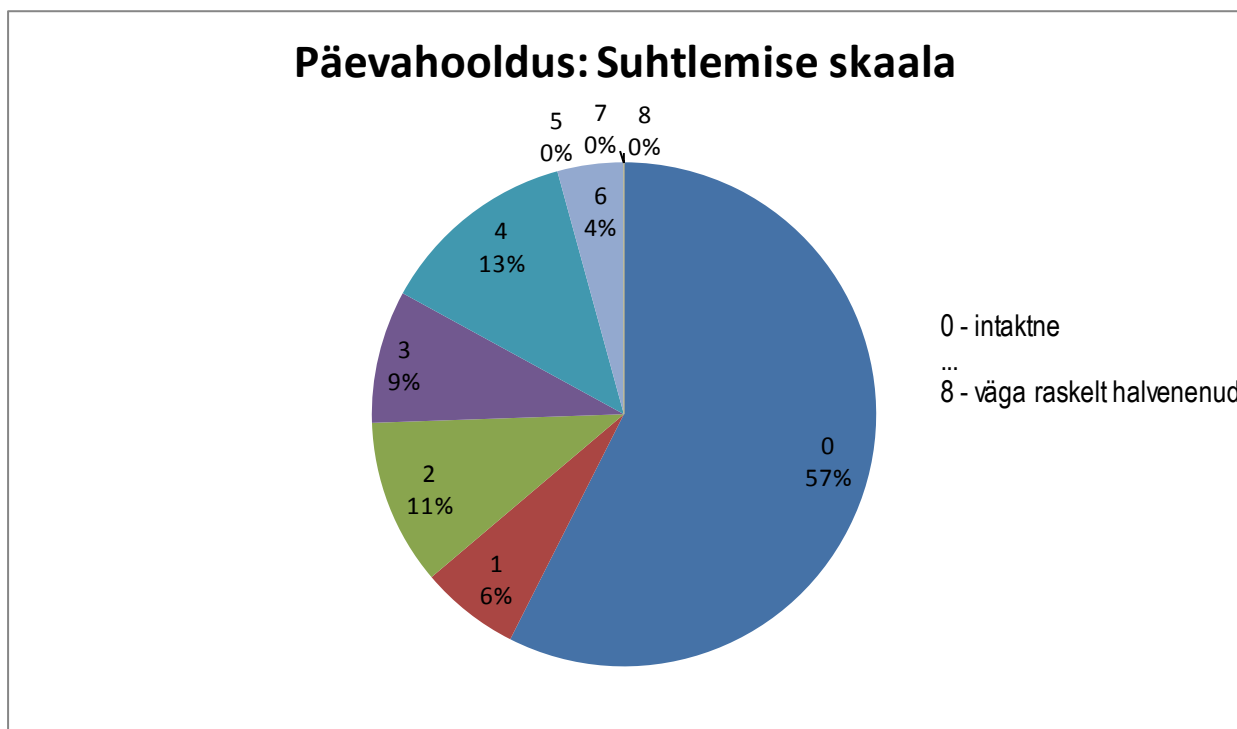


Joonis 9. Käitumishäirete esinemissagedus.

Konflikte teiste hooldusel viibijatega esines rohkem kui veerandil uuritutest – 13 (28%), personaliga oli konflikte 4-l (9%). Personal tunnistas vaid ühel juhul frustratsiooni isikuga lävimisel (2%).

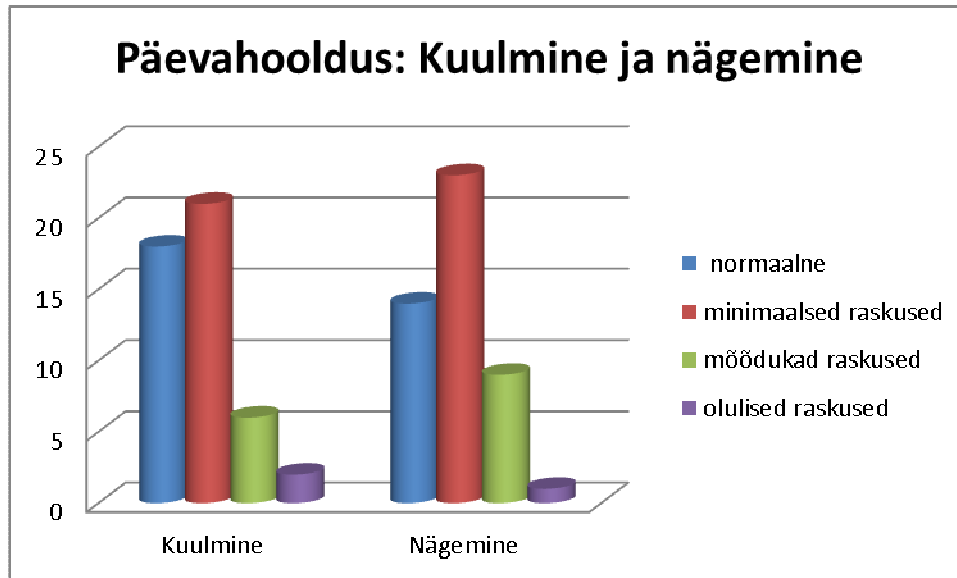
- **Suhtlemine**

Suhtlemise skaala näitas, et enam kui pooltel juhtudel suhtlemisprobleemid puudusid, mõõdukaid suhtlemisprobleeme (skoor 3–5) esines ligikaudu viiendikul ning olulisi probleeme (skoor 6–8) vaid üksikutel (joonis 10)



Joonis 10. Suhtlemise skaala skooride jaotus.

Ilmselt olid suhtlemisraskused seotud eeskätt kognitiivse funktsiooni häiretega, sest kuulmise ja nägemise olulisi probleeme esines väga vähestel (1–2 juhul, vt joonis 11). Samas võib ka mõõdukas sensoorne häire (esines 6–9 juhul) kognitiivsete häiretega inimestel suhtlemist oluliselt halvendada.

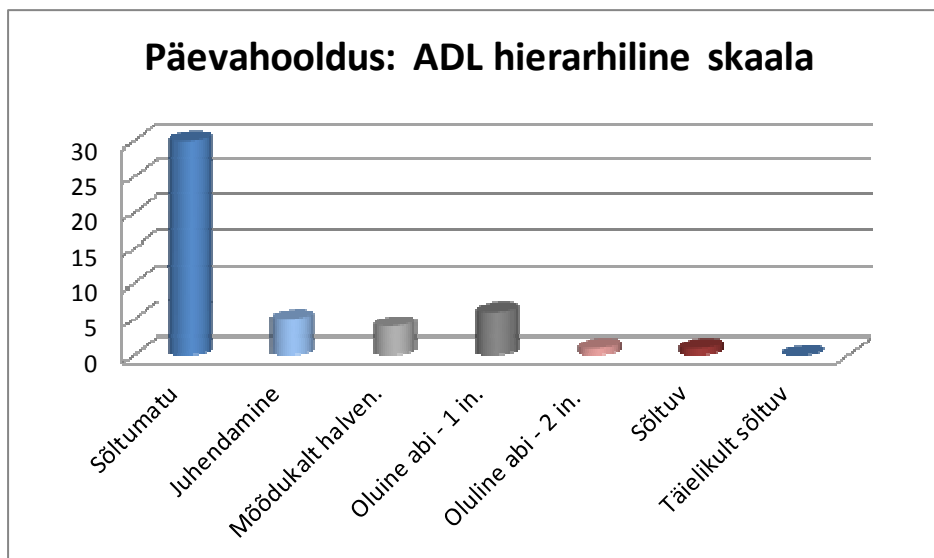


Joonis 11. Kuulmise ja nägemise probleemid.

Silmi oli viimase aasta jooksul kontrollitud 25-l (53%), kuulmist viimase kahe aasta jooksul 21-l (45%).

- **Hakkamasaamine igapäevaelu toimingutega**

Igapäevatoimingutes (ADL) olid sõltumatud 30 uuritavat (64%), juhendamisel said hakkama 5, mõõdukat abi vajasisid 4, olulist abi 7 ning üks oli neis toimingutes teistest suuresti sõltuv, täielikku sõltuvust ei esinenud kellelgi (joonis 12).



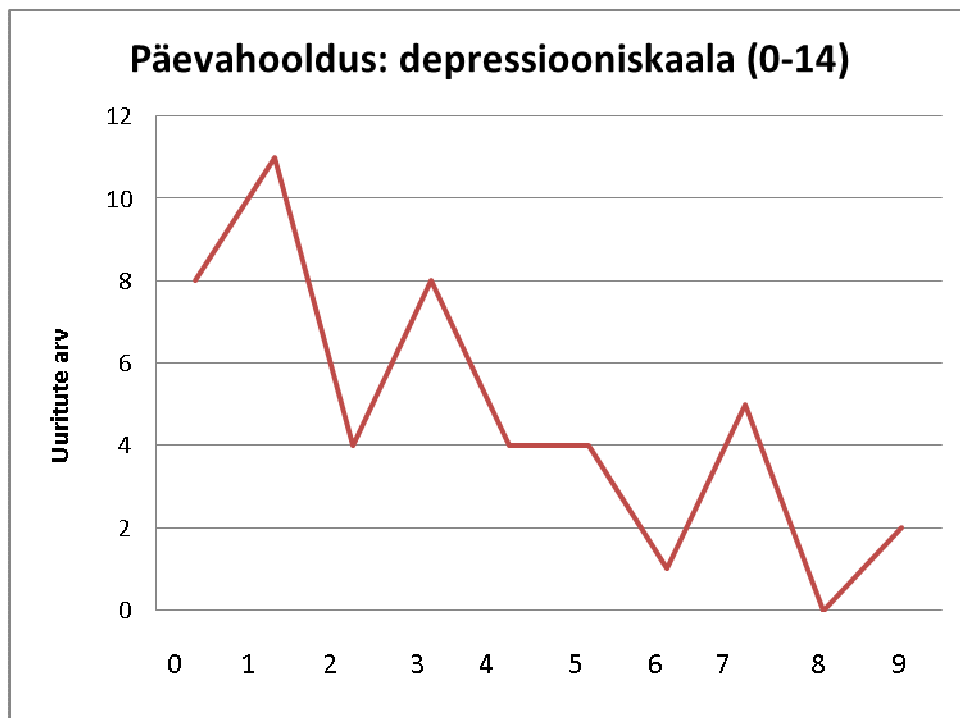
Joonis 12. Toimetulek igapäevaeluga.

Toimingute kaupa oli sõltumatuid: liikuvus voodis 41 (87%), liikumine 38 (81%), söömine 40 (85%), kõndimine 36 (77%), siirdumine tualetti 36 (77%), tualeti kasutamine 34 (72%), isiklik hügieen 24 (51%), alakeha riietamine 23 (49%), ülakeha riietamine 20 (42%), keha pesemine 13 (28%).

Viimase 90 päeva jooksul oli toimetulek paranenud 1-l, jäänud muutumatuks 24-l ning halvenenud 22-l. Uuritute enamik (39) arvas, et nad ei suuda oma toimetulekut parandada, professionaalidest arvasid seda kõik.

- **Depressiivsus**

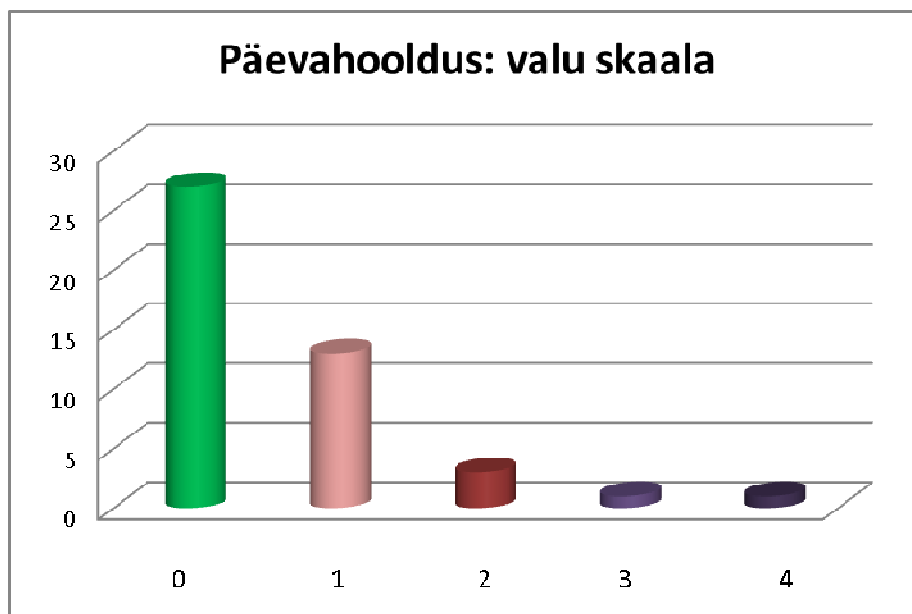
Depressiivsuse lühiskaalal osutas skoor 7 või rohkem (maksimaalselt võimalikust 14-st) võimalikule depressiivsusele 7 uuritavaal (15 %) – neid isikuid oleks vaja depressiooni suhtes lähemalt uurida (joonis 13).



Joonis 13. Depressiivsuse lühiskaala (0 – ei ole ... 14 – tõenäoline depressioon).

- **Valu**

Uuritutest 27-l (60%) valu ei esinenud, valu ei olnud igapäevane ja/või ei olnud tugev (skoor 1–2) 16 juhul (35%), igapäevane tugev või piinav valu (skoor 3–4) esines 2 inimesel (5%), vt joonis 14.



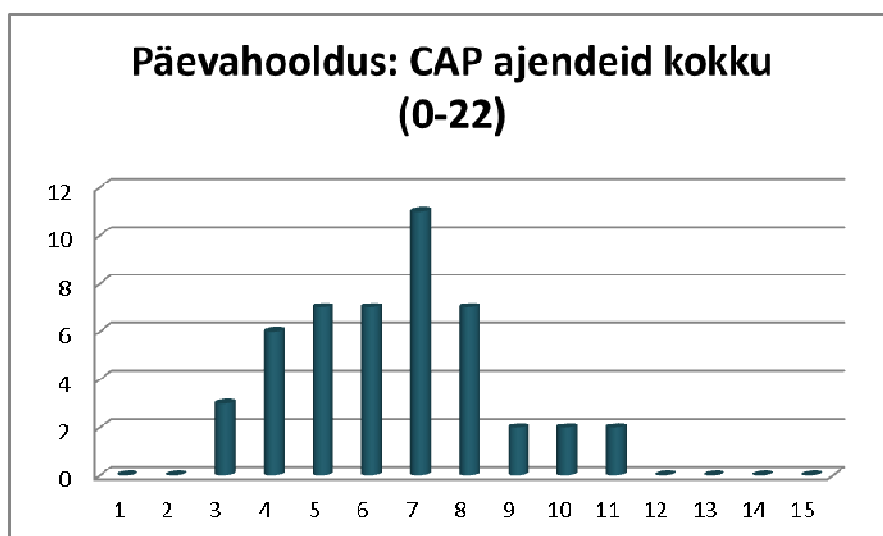
Joonis 14. Valu skooride jaotus (0 – valu ei ole ... 4 – igapäevane piinav valu).

- **Kliinilised sihtmärgid (CAP-id)**

Hooldusvajadusega isikul esineb enamasti palju probleeme, millest mõnesid tänapäevaste võimalustega oluliselt mõjutada ei saa, teistega peaks aga aktiivselt tegelema, sest kogemus ja tõenduspõhised andmed kinnitavad sekkumiste edukust. CAP-id tähistavad sisuliselt neid valdkondi, millega ravi- ja hooldusplaanis peaks aktiivselt tegelema. CAP-e kasutatakse hooldusplaani koostamiseks ning prioriteetide paikapanekuks.

Kõik CAP-id, millel ajend esineb, ei pruugi siiski antud hetkel sekkumist vajada. Näiteks on konkreetsel isikul inkontinentsi diagnostika ja ravi ning muude sekkumistega juba tegeletud, maksimaalselt hea võimalik tulemus on saavutatud, probleemi lahendada aga ei õnnestunud. Sel juhul tuleb antud CAP vastavalt märgistada.

Päevahooduse klientidel oli inimese kohta keskmiselt 6,4 positiivse ajendiga CAP-i (3–11), kõige sagedamini 7 (joonis 15).



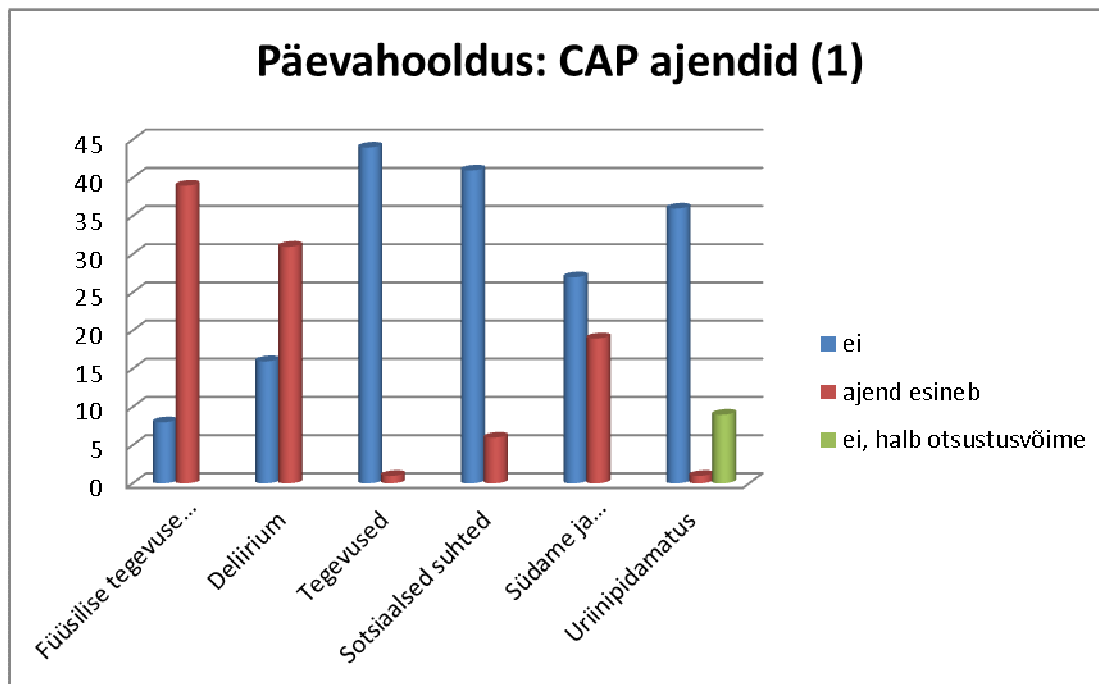
Joonis 15. Ühel inimesel esinevate eri CAP-ide koguarv.

Sageduse järjekorras oli CAP-ide esinemine järgmine (joonised 16, 17, 18).

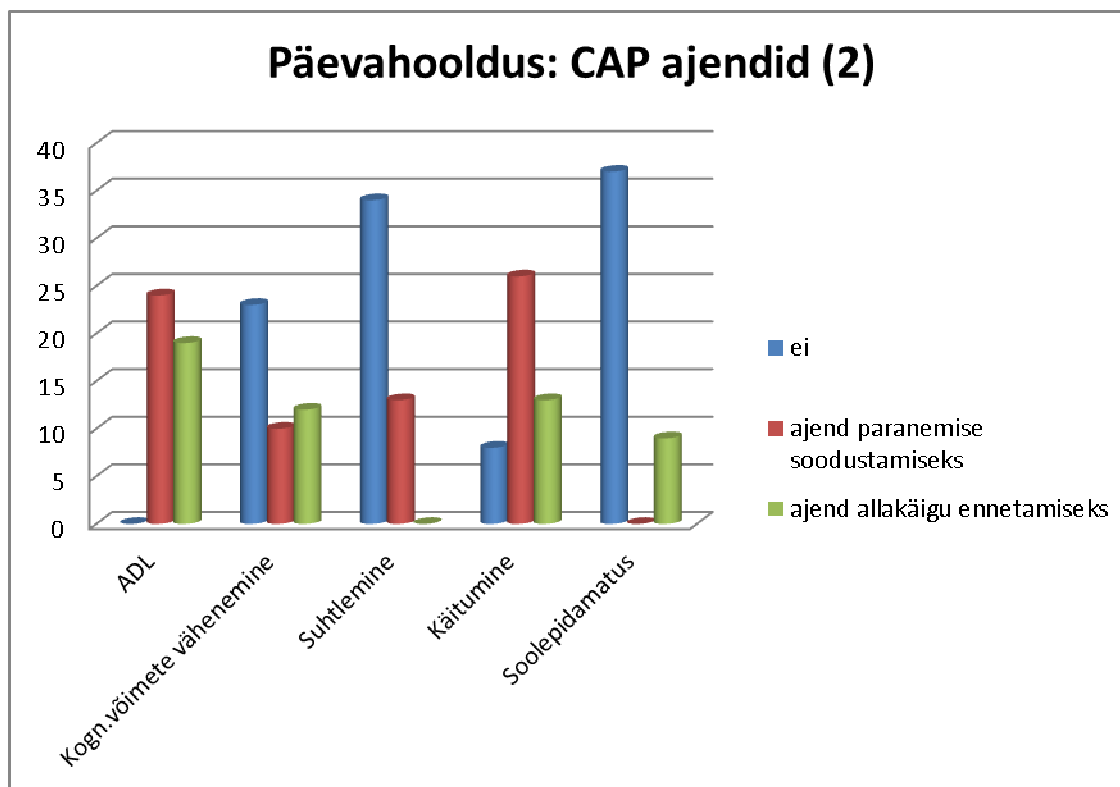
- Igapäevaelu toimingud (ADL) 43 (100%), sealhulgas paranemise soodustamine 24 (56%) ja allakäigu ennetamine 19 (44%).
- Meeleolu 39 (83%), sealhulgas kõrge riskiga 24 (51%) ja keskmise riskiga 15 (32%).
- Käitumine 39 (83%), sealhulgas paranemise soodustamine 26 (55%), allakäigu ennetamine 13 (28%).
- Füüsilise tegevuse soodustamine 39 (83%).
- Deliirium 31 (66%).
- Kognitiivne võimekus 22 (49%), sealhulgas paranemise soodustamine 10 (22%), allakäigu ennetamine 12 (27%).
- Südame ja hingamiselsundkonna probleemid 19 (41%).
- Suhtlemine 13 (28%) – kõik paranemise soodustamiseks.
- Dehüdratsioon 10 (22%), sealhulgas kõrge riskiga 7 (15%), keskmise riskiga 3 (7%).
- Soolepidamatus 9 (20%), kõigil juhtudel allakäigu ennetamine.
- Valu 8 (18%), sealhulgas kõrge riskiga 5 (11%), keskmise riskiga 3 (7%).
- Sotsiaalsed suhted 6 (13%).
- Kukkumised 6 (13%), kõik keskmise riskiga.
- Tubaka ja alkoholi tarvitamine 4 (9%).
- Alatoitumus 3 (7%).
- Uriinipidamatus 1 (2%) paranemise soodustamiseks; uriinipidamatuse probleeme või nende riski esines veel 9-l (20%), kuid neil puudus potentsiaal edasiseks olukorra parandamiseks.
- Tegevused 1 (2%).
- Toitesond 1 (2%).

Ühelgi isikul ei esinenud CAP-i ajendina

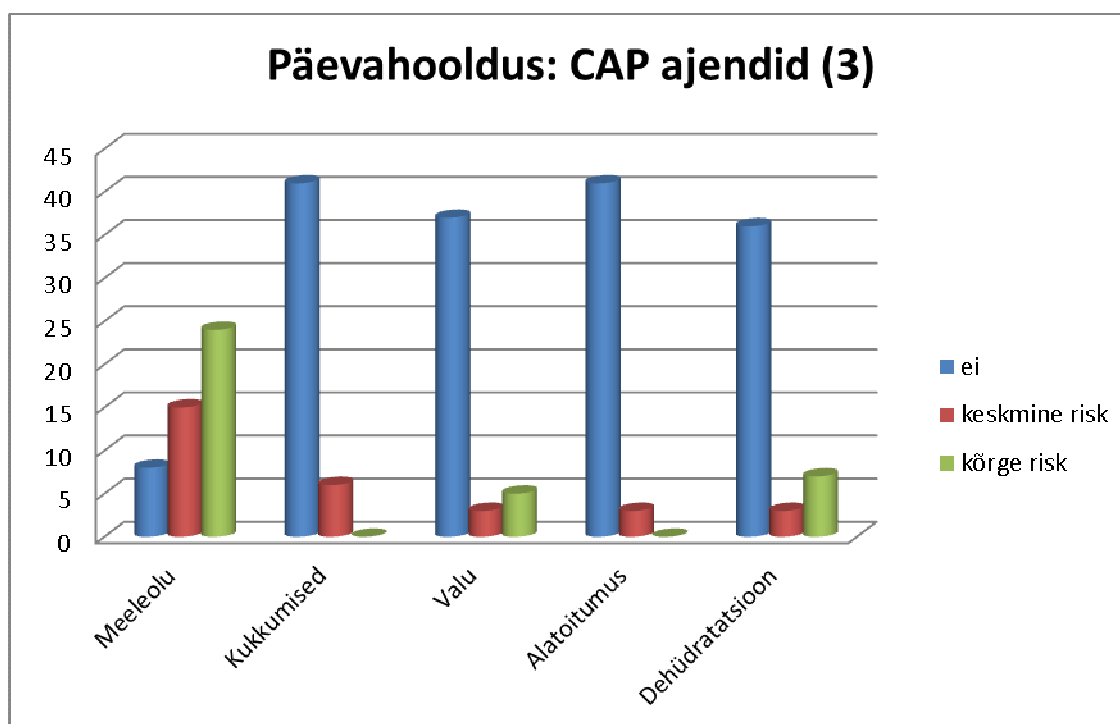
- füüsilist tõkestamist
- lamatishaavandit



Joonis 16. CAP-i ajendite esinemissagedus: füüsilise tegevuse soodustamine, deliirium, tegevused, sotsiaalsed suhted, südame- ja hingamiselsundkonna probleemid, uriinipidamatus.



Joonis 17. CAP-i ajendite esinemissagedus: igapäevased elutegevused (ADL), kognitiivsete võimete vähenemine, suhtlemine, käitumine, soolepidamatus.



Joonis 18. CAP-i ajendite esinemissagedus: meeleolu, kukkumised, valu, alatoitumus, dehüdratatsioon.

Arutelu

Järgnev arutelu keskendub sellele, milliseid aktiivse sekkumise strateegiaid on vaja suunata eakatele dementsusega inimestele, eeskätt päevakeskuste klientidele. Võrdlused samaealistega Eestis tuginevad eeskätt **SHARE 2011. a** populatsioonipõhise uuringu andmetele ning **2006. a Eesti terviseuuringute** andmetele (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Uuringud/databasetree.asp>). Võrdlused teiste riikide andmetega pärinevad **interRAI kliinilise hindamise protokollide käsiraamatust**.

Päevaholdusteenust kasutavad dementsusega eakad hindasid oma tervist valdavalt halvaks (45%) või keskmiseks (32%), mis on võrreldav samaealiste inimeste populatsioonipõhise uuringu andmetega. Mitmed varasemadki uuringud on näidanud, et dementsusega inimeste tervise enesehinnang ei ole teistega võrreldes halvem.

Probleemid koondasime nelja põhivaldkonda: funktsionaalse soorituse probleemid, kognitiivse seisundi või vaimse tervise probleemid, sotsiaalse elu probleemid, kliinilised probleemid (vastavalt interRAI kliinilise hindamise protokollide käsiraamatule).

Probleemsetest valdkondadest olid esiplaanil igapäevaeluga toimetuleku probleemid ja kehaliste võimetega seonduv ning vaimse tervise probleemid.

Funktsionaalse soorituse probleemid. Uuritud isikute hulgas oli oluliselt suurem sõltuvus igapäevastes enesehoolduse toimingutes võrreldes samaealiste Eesti elanikega üldpopulatsioonis (37% vs. 5–6%). Pooltel oli toimetulekuvõime viimase kahe kuu jooksul halvenenud ning kõik vajasid aktiivset sekkumist kas toimetulekuvõime parandamiseks või olemasolevate võimete säilitamiseks. Rahvusvaheliste andmete kohaselt vajab koduteenustel olevate isikute hulgas sarnaseid meetmeid kokku 35% (seisundi parandamiseks 20% ning allakäigu ennetamiseks 15%). Füüsilise tegevuse soodustamisega on meie uuritute puhul vaja hooldusplaanis arvestada 83%-l juhtudest. Rahvusvaheliste andmete kohaselt on koduhoolduse klientide hulgas selliseid isikuid 30%.

Kognitiivse seisundi või vaimse seisundi probleemid. Kuigi tegemist on valdavalt dementsuse diagnoosiga inimestega, on pooltel juhtudel põhjendatud sihipärane sekkumine kognitiivse funktsiooni parandamiseks või allakäigu pidurdamiseks. Ligikaudu kahel kolmandikul esineb deliirium või on risk selle tekkeks – need isikud vajavad arstlikku hindamist. Rahvusvaheliste andmete kohaselt on deliirium võimalikuks probleemiks 3–15%-l koduhooldusel olevatest isikutest. Enamik selles analüüsis kirjeldatud isikutest (83%) vajab sekkumist meeleolu- ning käitumishäirete esinemise või nende tekke suure riski tõttu (rahvusvaheliste andmete kohaselt koduhoolduse klientidest vastavalt 50% ja 10%). Depressiivsust esineb uuritavatel vähem kui SHARE uuringus, kuid rohkem kui Eesti Terviseuuringus (vastavalt 15%, 39–54% ning 4–5%). Veerand isikutest vajab sekkumist suhtlemise parandamiseks (rahvusvaheliste andmete alusel on koduhoolduses selline vajadus keskmiselt 18%).

Sotsiaalsed probleemid. Peaaegu kõikidel on koostamata tulevikujuhised, määramata volitatud esindaja või seadmata eestkoste. Ligikaudu veerand lähedastest tundis ülekoormatust. Sotsiaalsed suhted vajavad spetsiifilist sekkumist 13%-l juhtudest (rahvusvahelistel andmetel on koduhoolduses selline vajadus 15%). Tegevustesse kaasatusega probleeme üldiselt ei olnud.

Kliinilistest probleemidest on esikohal südame- ja hingamiseldkonna mured – nende esinemissagedus on võrreldav Eesti samaealise üldpopulatsiooniga (41% vs. 44–46%), samuti rahvusvaheliste andmetega (40%). Ka uinumisraskused ja pearinglus on uuritute seas sagedad (vastavalt 40% ja 35%). Üllatavalt kõrge on dehüdratatsiooni võimalus – viiendik isikuid vajab selle vältimiseks meetmete rakendamist (rahvusvahelistel andmetel koduhoolduses 5%). Ligikaudu viiendik vajab sekkumist valu adekvaatseks kontrolliks (rahvusvaheliste andmete alusel on vajadus koduhoolduses 50%) ning sama palju soolepidamatuse tõttu (rahvusvahelistel andmetel on vajadus 13%). Üllatav oli see, et uriinipidamatusega isikuid, kes vajaksid spetsiifilist sekkumist seisundi

parandamiseks või allakäigu vältimiseks, oli vaid üks (rahvusvahelistel andmetel koduhoolduses 34%). Dementsusega isikutel piirab tõhusa abi võimalusi kognitiivse võimekuse häire. Kukkumise riski tõttu vajab spetsiifilist sekkumist 13% isikutest (rahvusvahelistel andmetel 18%), alatoitumuse riski tõttu 7% (rahvusvahelistel andmetel 22%). Hambaarsti abi vajab kuni viiendik uuritutest.

Ennetuse vajadused

Kokkuvõttes on esitatud uuritavate spetsiifilised ennetusmeetmete vajadused – need, mis erinevad samaealiste tavapopulatsioonist ja vajaksid senisest tõhusamat juurutamist.

1. Pääaegu kõikidel rakendamist vajavad meetmed:

- **toimetulekuvõime ja füüsilise tegevuse soodustamiseks**
- **meeleolu- ning käitumishäirete vähendamiseks või nende süvenemise vältimiseks**
- **teovõime hindamine, volitatud esindaja või eestkoste seadmine, tulevikujuhiste tegemine**
- **immuniseerimine gripi vastu üks kord aastas**

2. Paljudel vajalikud meetmed:

- kognitiivse seisundi parandamiseks või säilitamiseks suunatud sekkumised – vastavalt hinnatud seisundile (erinevad strateegiad neile, kellel on suurem võimalus seda mõjutada, ja neile, kellel see võimalus on väiksem)
- arstlik kontroll deliiriumi võimaliku esinemise või selle tekke riski tõttu
- südame- ja hingamiseldunkonna haiguste tunnuste jälgimine, adekvaatse ravi tagamine
- unehäirete avastamine, sekkumiskava
- vedelikubilansi jälgimine ja tagamine (tarbitud vedeliku ja eritunud vedeliku hulga tasakaal) dehüdratatsiooni vältimiseks
- valu esinemise hindamine (spetsiifiliste meetodite kasutamine dementsusega isikutel), adekvaatse valukontrolli tagamine
- suuõõne seisundi hindamine, võimalusel hambaravile suunamine
- sooleinkontinentsi parandamine
- kukkumise riski vähendamine
- päevahoolduse kõrval ka toetavate koduteenuste pakkumine – üksi elavatel isikutel toimetuleku parandamiseks, mitteformaalsete hooldajate koormuse vähendamiseks

3. Spetsiifilised ennetusmeetmed vastavalt vajadusele.

Muid probleeme esineb vähem kui 10%-l päevahoolduse teenust saavatest isikutest. Neile kõigile tuleb teha individualiseeritud ennetusplaani pärast igakülgset seisundi hindamist, arvestades isiku probleeme ning olemasolevaid ressursse.

Asutushoolduse klientide seisund Tartu piirkonnas interRAI HO andmete põhjal

Sirje Kree, Piret Väljaots

Uuritavate kirjeldus

Asutushoolduse interRAI hindamisvormi alusel tehti 916 hindamist. Analüüsitud hindamistest 381 tehti oktoobris 2013. a, 139 veebruaris 2014. a ning 389 mais 2014. a. Hinnatud isikutest 661 olid naised ja 255 mehed. Hooldekodus viibis 523 isikut, nendest 71,3% olid naised ja 28,7% mehed, statsionaarse õendusabi osakonnas (edaspidi hooldusravis) viibis 393 isikut, neist 73,3% naised ja 26,7% mehed. Eesti rahvusest isikuid oli 771 (84%), vene rahvusest isikuid 123 (13%) ning muust rahvusest või teadmata rahvusest isikuid 22 (3%).

Asutuste järgi tehti hindamised SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku statsionaarse õendusabi osakonnas (N = 287) ja Tartu Hooldekodus (N = 223), SA-s Nõo Hooldekodu (N = 86), SA-s Hooldekodu Härmalõng (N = 72), SA-s Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus (N = 78), SA-s Rõngu Hooldusravikeskus (N = 66), SA-s Elva Haigla TM (N = 56), SA-s Aarike Hooldekeskus (N = 30), SA-s Peipsiveere Hooldusravikeskus (N = 10) ja SA-s Võnnu Haigla (N = 8).

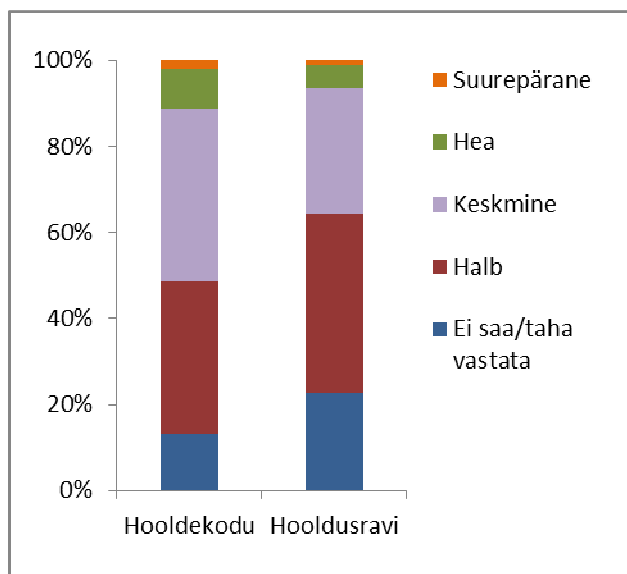
Hinnatud naiste keskmine vanus oli 82,6 aastat (standardhälve SD 7,6 aastat) ning meeste keskmine vanus 77,3 aastat (SD 7,9 aastat). Nii hooldekodus kui ka hooldusravis viibivate naiste keskmine vanus oli 82,6 aastat, hooldekodus viibivate meeste keskmine vanus 76,0 aastat (SD 7,9 aastat) ning hooldusravis 79,0 aastat (SD 7,7 aastat).

Hinnatute hulgas oli statistiliselt oluliselt ($p < 0,001$) rohkem naisi (N = 661) kui mehi (N = 255) ning rohkem eestlasi (N = 771) kui muust rahvusest elanikke (N = 145). Teenuse liik (hooldekodu või hooldusravi) ei olnud statistiliselt oluliselt ($p > 0,05$) seotud soo, rahvuse, vanuserühma ega teenusele suunamisele eelnenud elukohaga, kuid oli statistiliselt oluliselt seotud perekonnaseisu ($p < 0,001$), viimase haiglas viibimise aja ($p < 0,001$) ja puude raskusastmega ($p < 0,01$).

Enne hooldekodusse asumist elas 62,6% isikutest üksi, 13,1% ainult abikaasa/elukaaslasega ning 24,2% koos teiste isikutega. Enne hooldusravile asumist elas 45,2% isikutest üksi, 18,3% ainult abikaasa/elukaaslasega ning 36,5% koos teiste isikutega. Ligi pooltel nii hooldekodusse kui ka hooldusravisse suunatud isikutel oli täielik või mõningane kontroll asutushooldusele suunamise üle.

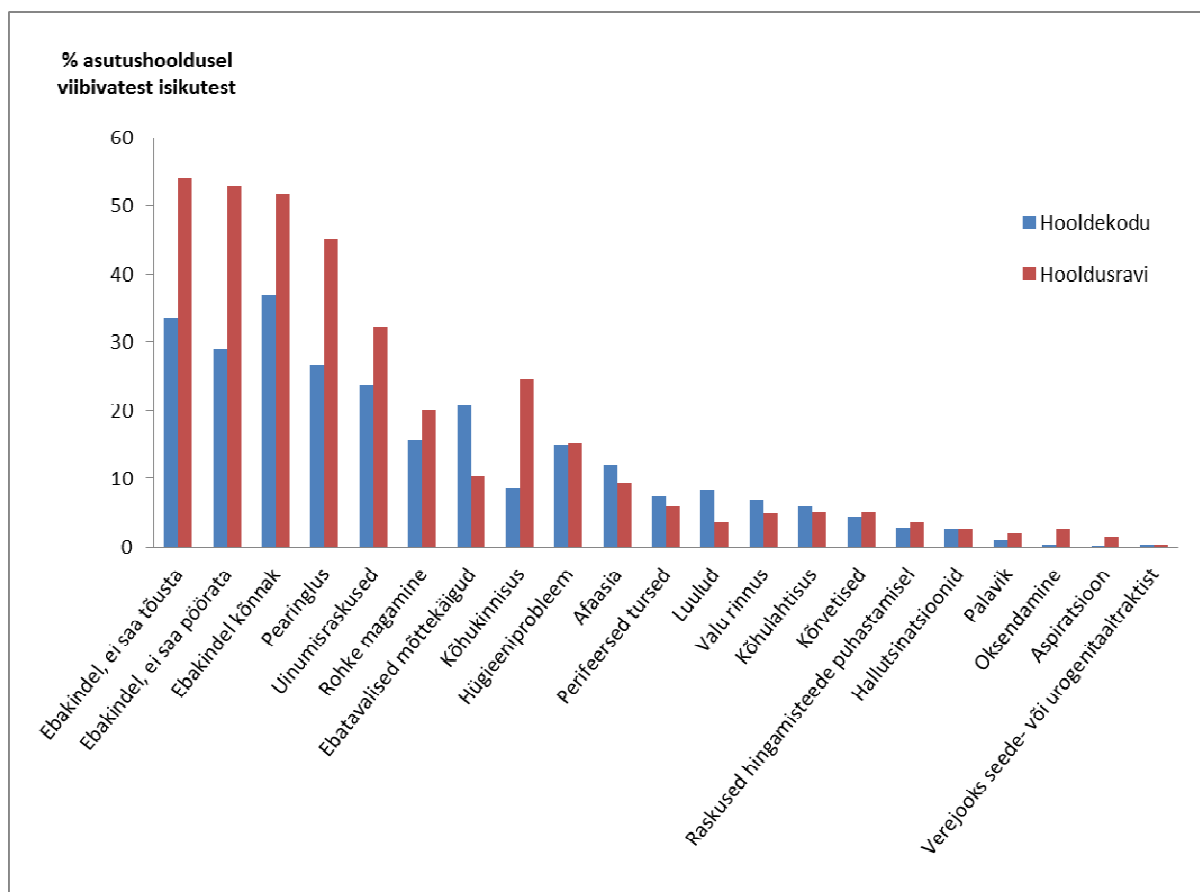
Hooldusasutuses viibivate isikute tervislik seisund

Nii hooldekodus kui ka hooldusravil viibivad isikud hindasid oma tervist valdavalt halvaks (hooldekodus 35,5% ja hooldusravis 41,7%) või keskmiseks (vastavalt 40,0% ja 29,0%) (joonis 1). Hooldusravis hinnatud isikutest 22,6% kas ei saanud või ei tahtnud oma tervisele hinnangut anda. Võrreldes hooldekodus viibivate isikute vastava näitajaga (13,1%) on seda märksa enam. Kõigist küsitletud asutushooldusel viibivatest isikutest hindas oma tervist heaks 7,8% ning suurepäraseks 1,6%.

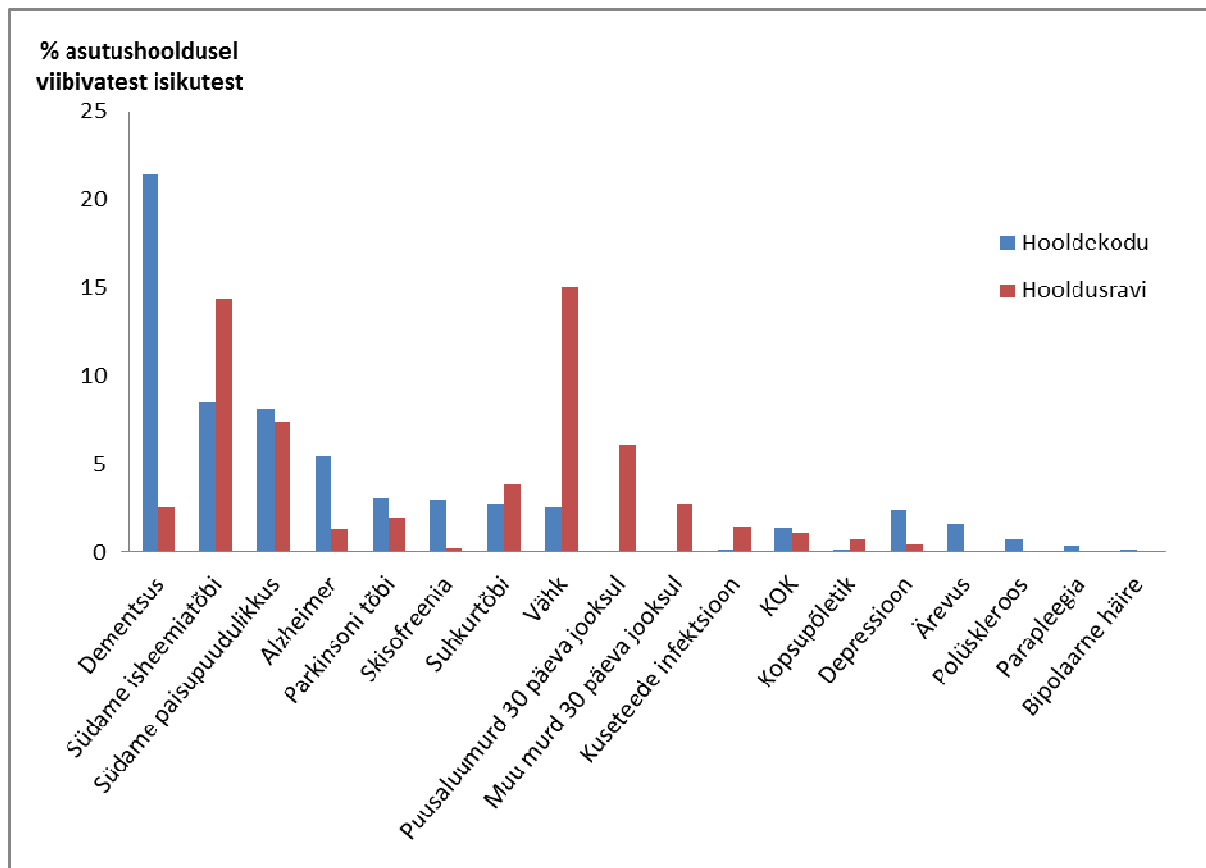


Joonis 1. Hooldusasutuses viibivate isikute enesehinnang tervisele

Hooldekodus ja hooldusravil viibivate isikute kolmel viimasel päeval esinenud terviseprobleemid olid sarnased (joonis 2). Peamised probleemid olid seotud tasakaaluga (ebakindlus seisma tõusmisel, pööramisel, kõndimisel, peeringlus) ning unega (uinumisraskused ja rohke magamine).



Joonis 2. Hooldusasutuses viibivatel isikutel hindamisele eelnenud kolmel päeval esinenud terviseprobleemid.



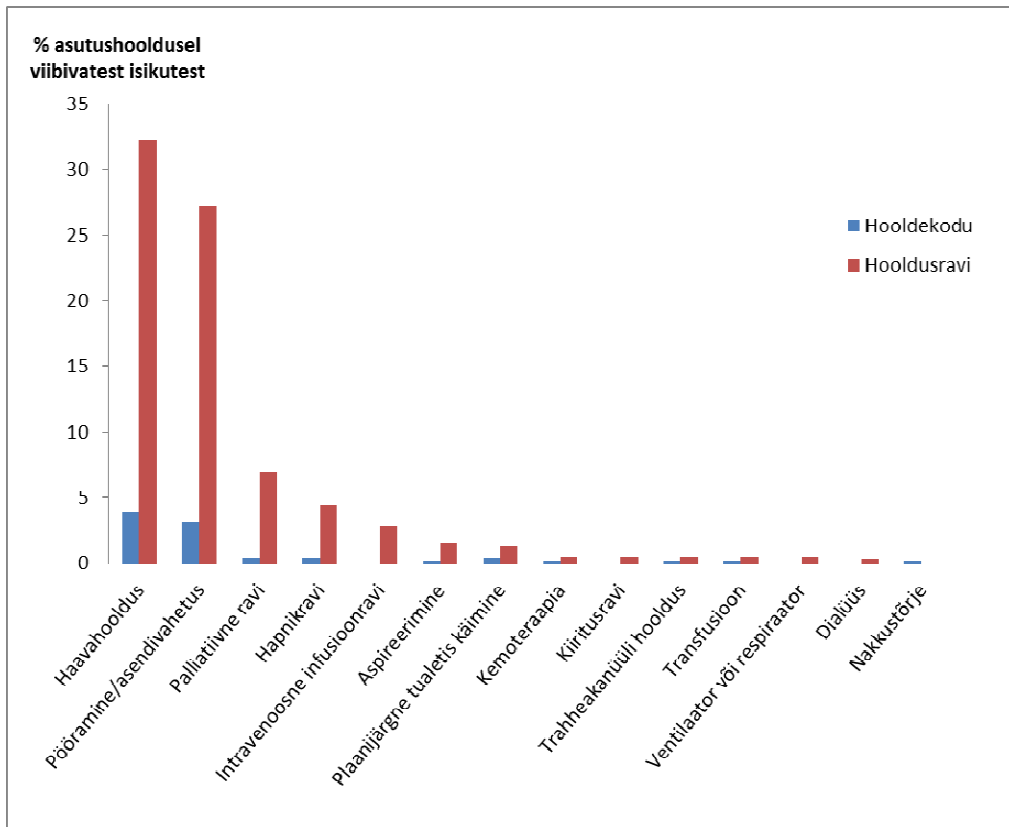
Joonis 3. Hooldusasutuses viibivate isikute põhidiagnoos või käesoleva hooldustegevusega seotud peamine probleem

Asutushooldusel viibivate isikute põhidiagnoosid või hooldustegevusega seotud peamised probleemid olid hooldekodus ja hooldusravil viibivatel isikutel erinevad (joonis 3). Kui hooldekodus viibijate peamise probleemina olid välja toodud ülekaalukalt dementsus ning seejärel südameprobleemid ja Alzheimeri tõbi, siis hooldusravil viibivate isikute peamiste probleemidena toodi välja vähk, südameprobleemid ning puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul.

Hooldusravis oli võrreldes hooldekoduga statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) rohkem isikuid, kes olid viimase 90 päeva jooksul kukkunud (46,0% vs. 11,5%). Puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul oli hooldusasutuses viibimise peamine põhjus või käesoleva hooldustegevusega seotud peamine probleem statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) sagedam hooldusravis viibivate patsientide hulgas kui hooldekodus viibivatel isikutel. Hooldekodus viibivatest isikutest 51,4% ning hooldusravis viibivatest isikutest 79,6% kasutasid nelja või enam ravimit. Nelja või enama ravimi kasutajate hulgas oli võrreldes 0–3 ravimi kasutajatega statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) rohkem isikuid, kes olid kukkunud viimase 90 päeva jooksul (nelja ja enama ravimi kasutajatest oli kukkunud 32,2% ning 0–3 ravimi kasutajatest 15,6%). Nelja või enama ravimi kasutajatest 6,1%-l oli esinenud puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul, mis on statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) suurem sagedus võrreldes isikutega, kes kasutasid 0–3 ravimit (mitte ühelgi 0–3 ravimi kasutajast ei olnud esinenud puusaluumurdu viimase 30 päeva jooksul).

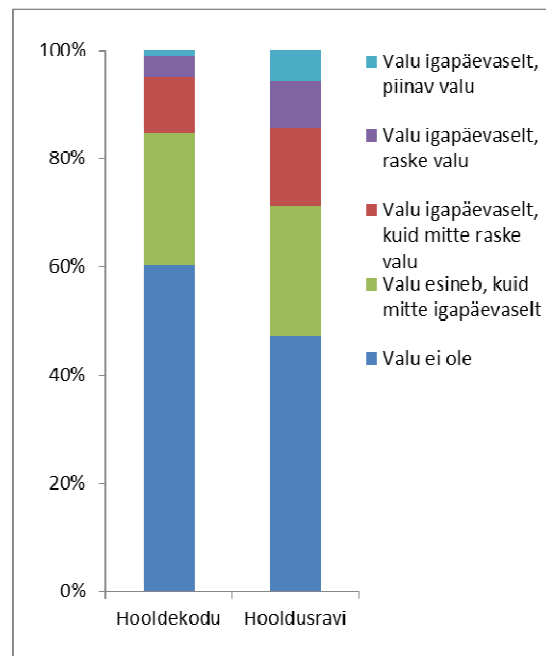
Hooldusravil viibivate isikute hulgas oli võrreldes hooldekodus viibivate isikutega enam neid, kellele oli määratud ravi või protseduur (joonis 4). Ravi ega protseduure ei olnud määratud 91,3%-le hooldekodus ning 50,8%-le hooldusravis viibijatest. Kõige sagedam määratud ravi või protseduur nii hooldekodus kui ka hooldusravis oli haavahooldus (hooldekodus 3,9% ja hooldusravis 32,2%),

pööramine ja asendivahetus (hooldekodus 3,1% ja hooldusravis 27,2%), palliatiivne ravi (hooldekodus 0,4% ja hooldusravis 6,9%) ning hapnikravi (hooldekodus 0,4% ja hooldusravis 4,4%).



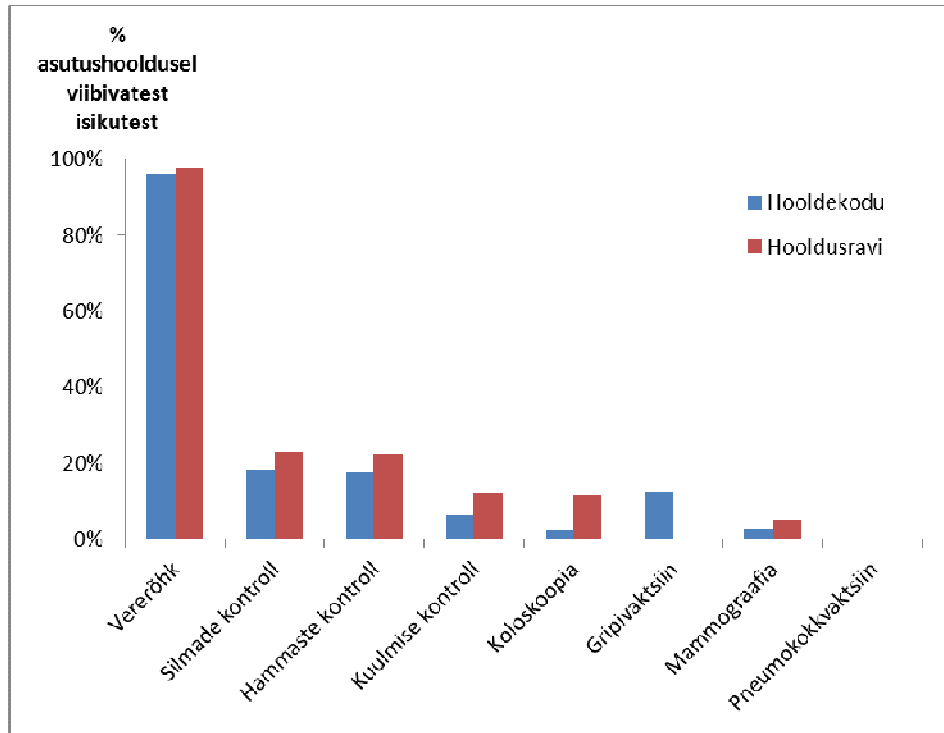
Joonis 4. Asutushooldusel olevatele isikutele määratud/planeeritud ravi ja protseduurid

Valu skaalal mõõdetuna (joonis 5) esines igapäevane piinav valu 1,1%-l hooldekodus ning 5,8%-l hooldusravis viibivatest isikutest, igapäevane raske valu 3,8%-l hooldekodus ning 8,4%-l hooldusravis viibivatest isikutest, igapäevane, kuid mitte raske valu 10,5%-l hooldekodus ja 14,5%-l hooldusravis viibivatest isikutest. Valu ei kurtnud 60,3% hooldekodus ja 47,2% hooldusravis viibivatest isikutest. Igapäevane tugev või piinav ja raviskeemiga halvasti kontrollitud valu esines 3,7%-l hooldekodus viibivatest isikutest ning 11,7%-l hooldusravil viibivatest isikutest.



Joonis 5. Valu esinemine asutushooldusel viibivatel isikutel valuskaala järgi

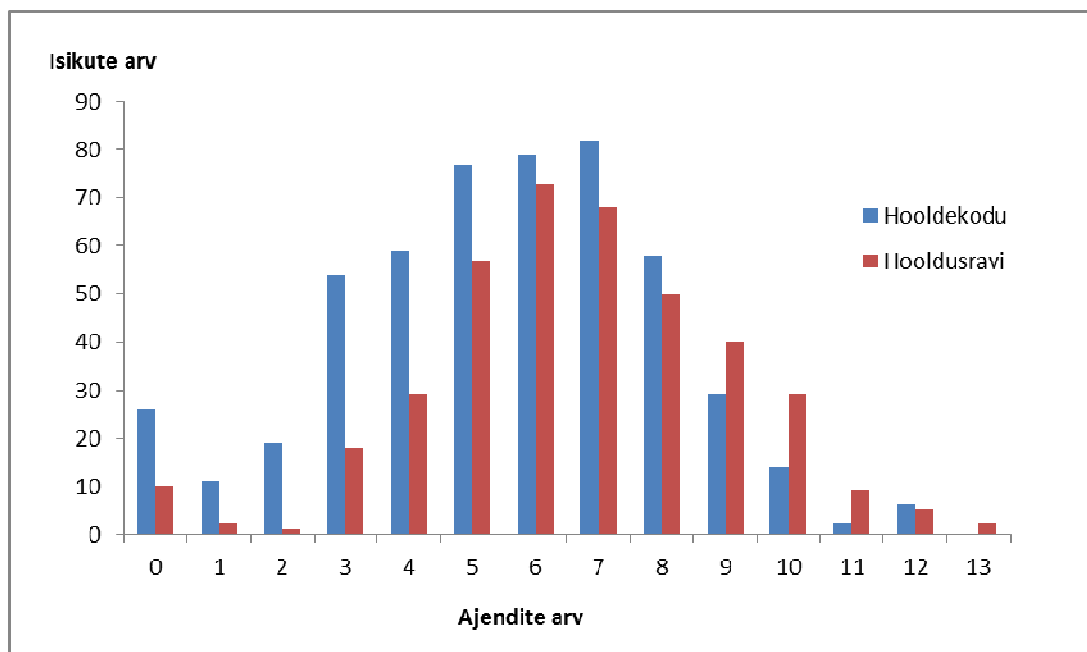
Hooldekodus viibivatest isikutest 95,9%-l ja hooldusravil viibijatest 97,9%-l oli viimase aasta jooksul kontrollitud vererõhku. Silmade kontrolli oli viimase aasta jooksul läbinud 18,2% hooldekodus ja 23,2% hooldusravis viibivatest isikutest, hammaste kontrolli 17,8% hooldekodus ja 22,1% hooldusravis viibivatest isikutest, gripivaktsiini oli viimase aasta jooksul saanud 12,5% hooldekodus viibivatest isikutest ega olnud saanud ükski isik hooldusravis. Pneumokoki-vastast vaktsiini ei olnud viimase viie aasta jooksul saanud ükski asutushooldusel viibijatest (joonis 6).



Joonis 6. Asutushooldusel viibijatele tehtud terviseuuringud (vererõhu mõõtmine, gripivaktsiin, silmade ja hammaste kontroll viimase aasta jooksul, mammograafia ja kuulmise kontroll viimase 2 aasta jooksul, koloskoopia ja pneumokoki vastane vaktsiin viimase 5 aasta jooksul)

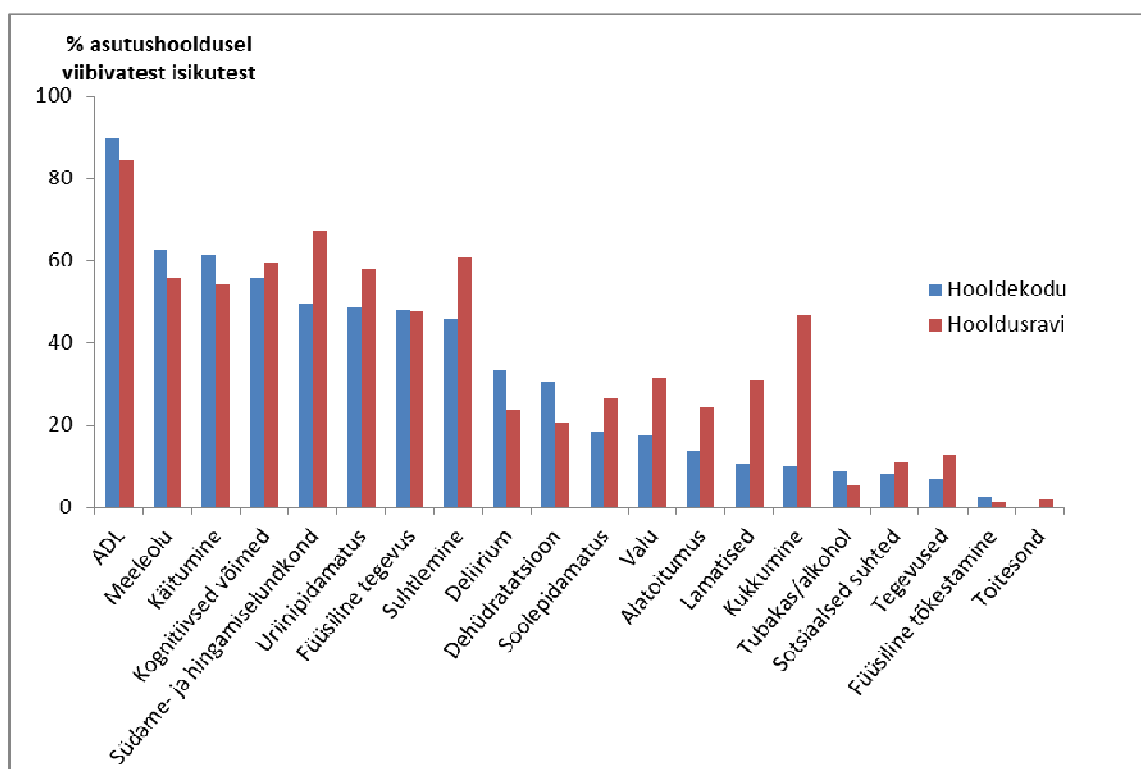
Uuritavatel esinevad kliinilised ajendid

Neljas hinnatud probleemivaldkonnas – funktsionaalne sooritus, kognitiivne seisund ja vaimne tervis, sotsiaalne elu ning kliinilised probleemid – esines nii hooldekodus kui ka hooldusravis viibivatel isikutel mitmeid kliinilisi ajendeid (joonis 7). Kõige enam esines ühel hooldekodus või hooldusravil viibival isikul 5–7 ajendit. Hooldekodus viibijate hulgas oli enam neid, kellel esines 3–7 ajendit, hooldusravil viibivate isikute hulgas aga enam neid, kellel esines 5–9 ajendit. Samas on oluline, et andmed kliiniliste ajendite esinemise kohta olid lünklikud – ligi pooltel juhtudel (49,6%) oli jäänud märkimata vähemalt üks ajend ning vaid 22,2%-l hinnatutest oli märgitud info kõigi hindamisprotokollis olevate ajendite kohta. Seega võib kogutud andmeid pidada probleeme alahindavaks ning tegelike probleemide hulk on tõenäoliselt veelgi suurem.



Joonis 7. CAPide põhjal hinnatud kliinilised ajendid asutushooldusel olevatel isikutel

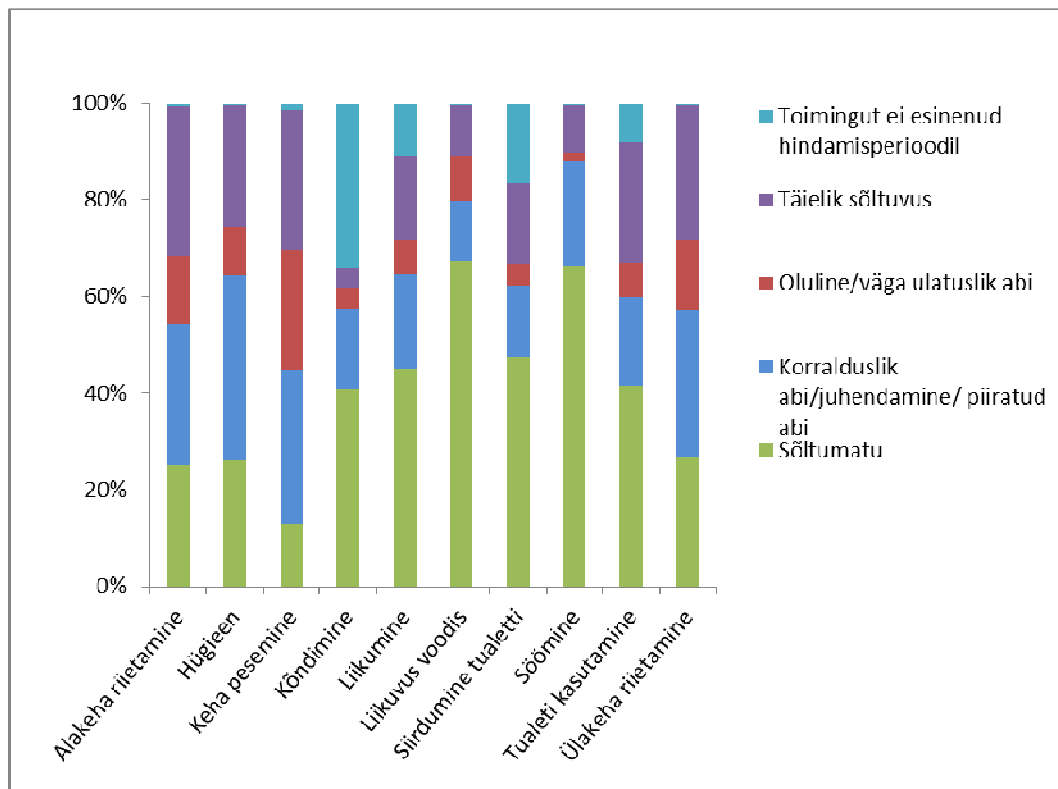
Kõige rohkem esines kliinilisi ajendeid igapäevaelu tegevustes (ADL), nii hooldekodus kui ka hooldusravil viibivatel isikutel. Selle kõrval esines ajendeid seoses meeleolu, käitumise, kognitiivsete võimete, südame-veresoonkonna ja hingamiseldukonna, uriinipidamatuse, füüsilise tegevuse ja suhtlemisega (joonis 8). Hooldusravil viibivatel isikutel esines võrreldes hooldekodus viibivate isikutega statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) sagedamini ajend seoses kukkumiste ning lamatishaavanditega, hooldekodus viibivatel isikutel oli aga statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) rohkem ajendeid seoses dehüdratsiooni ja deliiriumiga.



Joonis 8. Asutushooldusel viibivate isikute kliinilised ajendid probleemivaldkondade järgi

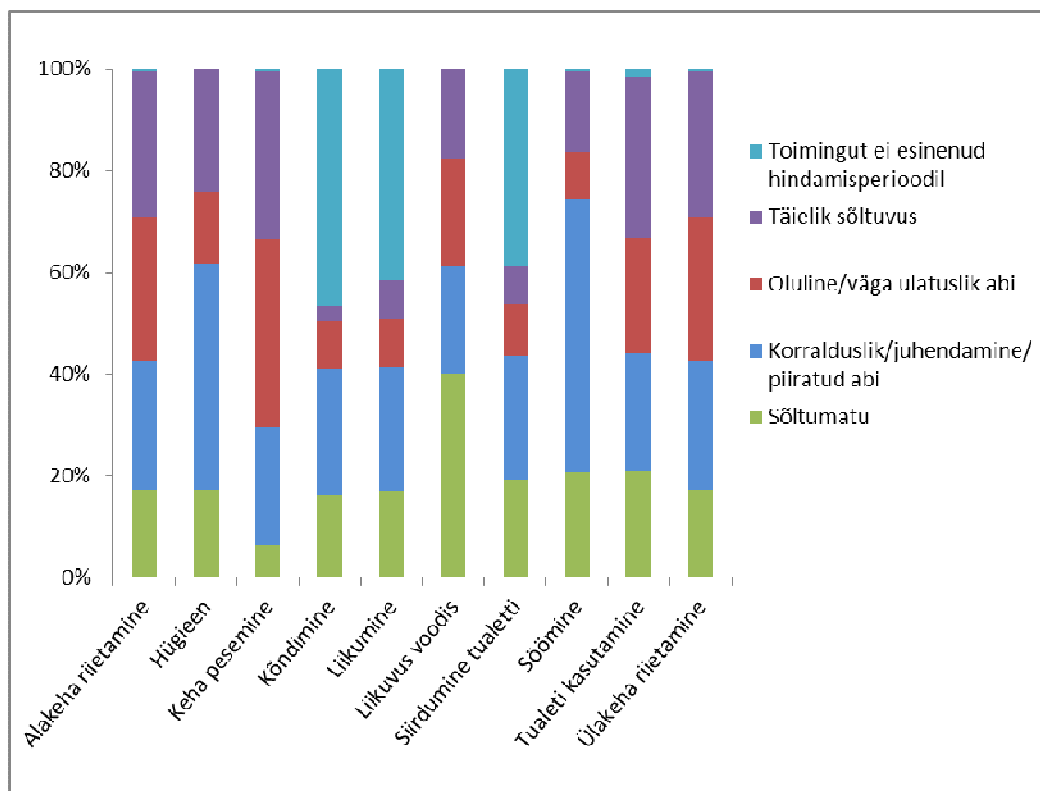
Asutushooldusel viibivate isikute igapäevane toimetulek ja kogukonda tagasipöördumine

Asutushooldusel viibivatest isikutest vajas suur osa igapäevaelu tegevuste sooritamisel rohkemal või vähemal määral abi. Hooldekodus viibivatest isikutest üle poole olid igapäevaelu tegevuste sooritamises kas sõltumatud või vajasid üksnes vähest abi (korralduslik abi, juhendamine või piiratud abi) (joonis 9). Täielik sõltuvus teisest inimesest, oluline või ulatuslik abi oli sagedamini vajalik toimingutes, mis olid seotud isikliku hügieeni ning riietumisega. Hindamisperiodil ei esinenud selliseid toiminguid nagu kõndimine 33,9%-l, liikumine 11,2%-l, tualetti siirdumine 16,5%-l ja tualeti kasutamine 8,3%-l hinnatutest – tõenäoliselt on tegemist täielikult voodihaigetega, kes ei saa mainitud toiminguid sooritada ka täieliku kõrvalise abiga. Hooldekodus viibijatest oli voodihaigeid 16,9%, ratastooli või skuutri abil liikus 23,7%, abivahendita liikus 31,1% ning abivahendiga (kepp, raam, kark, rulaator) 28,2%.



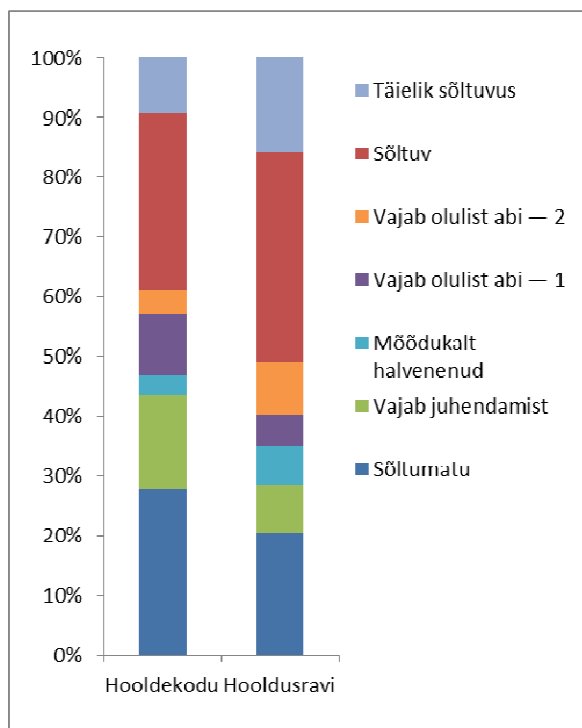
Joonis 9. Hooldekodus viibivate isikute võimekus igapäevaelu tegevuste sooritamisel

Enamiku igapäevaelu tegevuste puhul suutis vaid ligi 40% hooldusravil viibivatest isikutest kas iseseisvalt, juhendamise, korraldusliku abi või piiratud abiga toime tulla (joonis 10). Enim oldi täiesti sõltumatud voodis liikumisel ning kõige rohkem vajati juhendamist, korralduslikku või piiratud abi söömisel ja isikliku hügieeni tagamisel. Täielik sõltuvus või oluline abivajadus esines sagedamini keha pesemise, riietumise ning tualeti kasutamise toimingutes. Suurel osal selle rühma uuritutest ei esinenud hindamisperiodil selliseid toiminguid nagu siirdumine tualetti (38,7%), liikumine (41,5%) ja kõndimine (46,6%) – tõenäoliselt on need täielikult voodihaiged, kes ka kõrvalise abiga ei suuda antud toiminguid sooritada. Hooldusravil viibivatest isikutest 51,0% olid voodihaiged, vaid 3,1% liikus ratastooli või skuutri abil, 31,9% käis abivahendiga ning ainult 14,0% liikus ilma abivahendita.

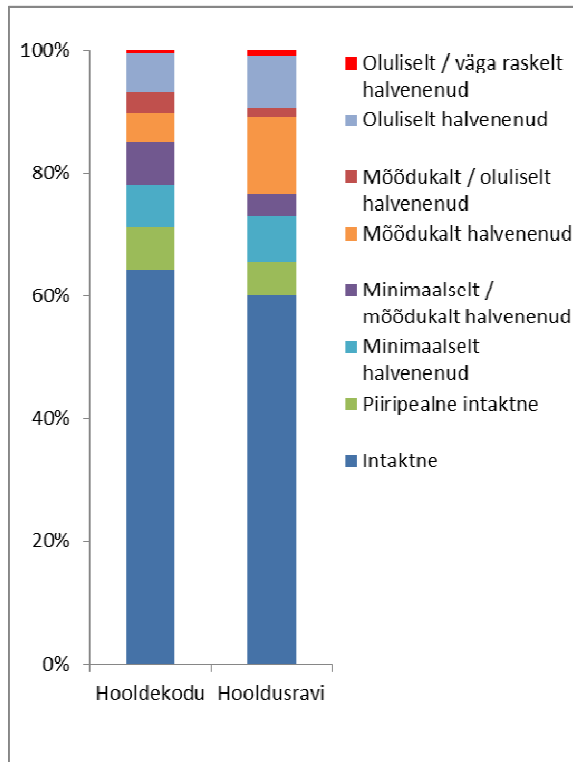


Joonis 10. Hooldusravil viibivate isikute võimekus igapäevaelu tegevuste sooritamisel

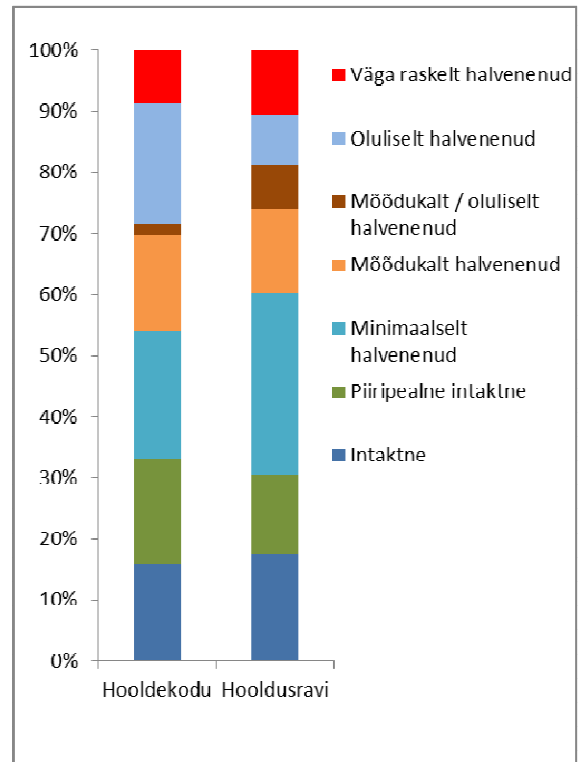
ADL-skaala järgi mõõdetult oli igapäevaelu tegevustes teistest isikutest täielikult sõltuvaid 9,3% hooldekodus ja 15,9% hooldusravil viibijatest, sõltuvaid 29,6% hooldekodus ja 35,0% hooldusravis, igapäevaelu tegevustes olulist abi vajavaid vastavalt 14,4% ja 14,1% ning täiesti sõltumatu 27,8% hooldekodus ning 20,4% hooldusravis viibivatest isikutest (joonis 11).



Joonis 11. Igapäevaelu tegevuste sooritamine asutushooldusel ADL skaala järgi



Joonis 12. Suhtlemisvõimekus asutushooldusel viibivatel isikutel suhtlemise skaala järgi



Joonis 13. Asutushooldusel viibivate isikute kognitiivne sooritus kognitiivse soorituse skaala järgi

Suhtlemise skaala järgi oli suhtlemisvõimekus väga oluliselt halvenenud 0,4%-l hooldekodus ning 0,8%-l hooldusravis viibivatest isikutest. Suhtlemisvõimekus oli oluliselt halvenenud 6,3%-l hooldekodus ning 8,6%-l hooldusravis viibivatest isikutest, mõõdukalt/oluliselt halvenenud 3%-l hooldekodus ja 1,3%-l hooldusravis viibivatest isikutest. Suhtlemise skaala järgi hea suhtlemisvõimekusega oli 64,3% hooldekodus ning 60,2% hooldusravis viibivatest isikutest (joonis 12).

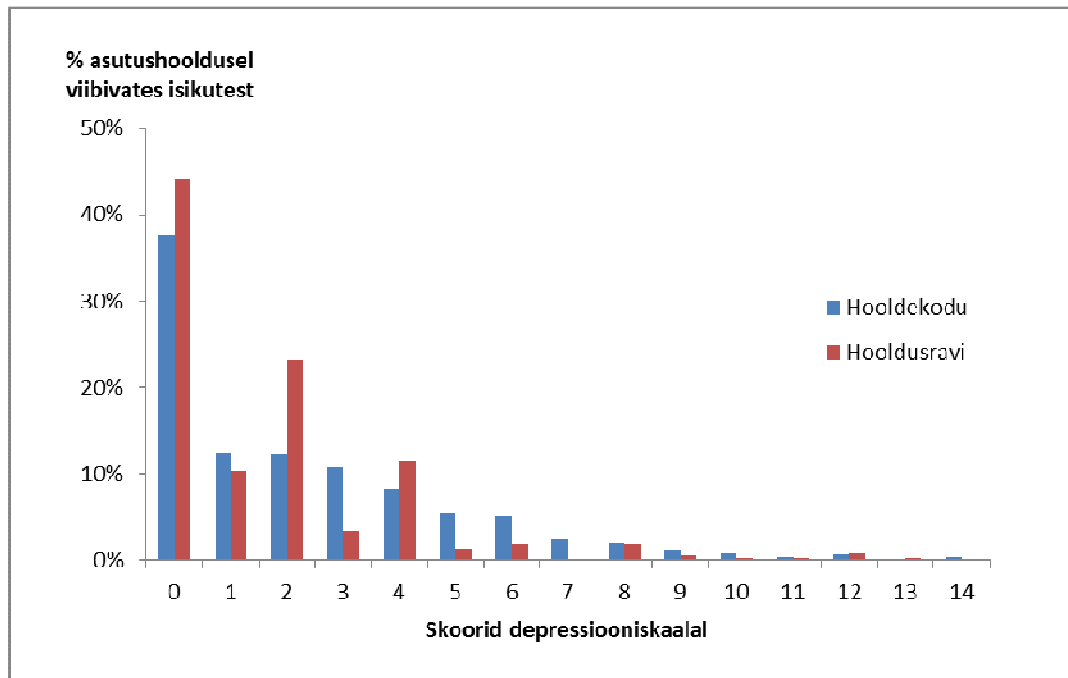
Kognitiivse soorituse skaala alusel oli kognitiivne võimekus väga raskelt halvenenud 8,7%-l hooldekodus ning 10,5%-l hooldusravil viibivatest isikutest, oluliselt halvenenud vastavalt 19,7%-l ning 8,1%-l ning mõõdukalt või oluliselt halvenenud vastavalt 1,9%-l ning 7,3%-l. Hea kognitiivse sooritusega oli 15,9% hooldekodus ning 17,6% hooldusravis viibivatest isikutest, piiripealse sooritusega vastavalt 17,2% ning 12,9% ja minimaalselt halvenenud kognitiivse sooritusega vastavalt 21,0% ja 29,7% (joonis 13).

Hooldekodus viibivatest isikutest 26,7% ning hooldusravis viibivatest isikutest 57,6% väljendas soovi kogukonda tagasi pöörduda. Hooldekodus viibijate tugiisikutest 4,8% väljendas soovi, et isik pöördub tagasi kogukonda. Hooldusravis viibivate isikute tugiisikutest ligi pooled (48,1%) väljendasid soovi, et isik pöördub tagasi kogukonda. Eeldatavalt ei kirjutata välja kogukonda hooldekodust 96,7% isikutest ning hooldusravist 10% isikutest.

Hooldekodus viibijatest oli kogukonnas eluase olemas 31,0%-l ning hooldusravis viibijatel 94,6%-l. Hooldekodus viibijatest 7 ning hooldusravil viibijatest 192 kirjutati asutushoolduselt välja uuringukuu jooksul. Hooldekodust väljakirjutamisel asus isik 3 juhul elama oma koju ja 4 juhul kirjutati isik hooldekodust välja seoses tema surmaga. Hooldusravis viibijatest 62,0% siirdus pärast väljakirjutamist elama oma koju, toetatud elamisele või koju koos koduõendus- või koduhooldusteenusega. 21,9%-l juhtudest asuti elama hooldekodusse, 10,4%-l juhtudest suunati isik edasi haiglasse (taastusravi, aktiivravi, psühhiaatria haigla, hospiits) ning 5,7% juhtudest kirjutati isik hooldusravist välja seoses tema surmaga.

Hooldekodus viibijate lähedastest 7,0% ning hooldusravil viibijate lähedastest 25,0% olid väljendanud ülekoormatust isiku haiguse tõttu. Tugevad ja toetavad suhted perekonnaga olid 50,8%-l hooldekodus ning 82,5%-l hooldusravil viibivatest isikutest. Üksildust tundis 22,9% hooldekodus ning 18,7% hooldusravis viibivatest isikutest, igapäevaelu väärtustas 55,8% hooldekodus ning 49,0% hooldusravis viibivatest isikutest.

Depressiivsuse skaalal oli skoor 7 või rohkem (vajab uurimist depressiooni suhtes) 8,1%-l hooldekodus ning 4,0%-l hooldusravis viibivatest isikutest, valdavalt oli depressiooniskoor 0 ehk depressiooni ei esinenud (37,6% hooldekodus ning 44,2% hooldusravis viibivatest isikutest) (joonis 14).



Joonis 14. Asutushooldusel viibivate isikute skoorid depressiooniskaalal 0-14

Arutelu ja kokkuvõte

Uuringusse kaasati 65-aastased ja vanemad inimesed, seega on ootuspärane, et uuringus osalenute vanus oli kõrge: naiste keskmine vanus 82,6 eluaastat ning meestel 77,3 eluaastat. Samas esineb eakatel võrreldes noorematega suurema tõenäosusega selliseid terviseprobleeme, mis vajavad ööpäev läbi jälgimist ja kõrvalist abi, mistõttu asutushooldusel viibivad eelkõige eakad inimesed.

Nii hooldekodus kui ka hooldusravis viibijate hulgas leidis neid, kes hindasid oma tervist heaks või suurepäraseks. Samas on hinnang oma tervisele suhteline ning näiteks asutushooldusele saanud isikud võivad tunda end asutuses kindlamalt kui kodus. Teiste inimeste seltskonnas viibides hindavad nad oma tervist teistega võrreldes paremaks või on tervislik seisund asutushoolduse vältel oluliselt paranenud, mistõttu võrreldes eelneva seisundiga hinnatakse oma tervist heaks.

Viimasel kolmel päeval esinenud probleemidena toodi nii hooldekodus kui ka hooldusravis enim välja probleemid tasakaaluga – ebakindlus püstitõusmisel ja ümberpöörämisel, ebakindel kõnnak, peeringlus. Arvestades, et hooldusravis viibijate ühe põhiprobleemina toodi välja puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul, on tasakaaluprobleemidega tegelemine ning kukkumise ennetus olulised, et ennetada inimeste sattumist asutushooldusele. Tähtis on märkida, et hooldekodus viibivatest isikutest 51,4% ning hooldusravil olijatest 79,6% kasutas nelja või enam ravimit, ning on teada, et

nelja ja enama ravimi kasutamise korral on risk kukkuda ning seeläbi luu murda suurem kui neil, kes kasutavad alla nelja eri ravimi (Mitty & Flores 2007). Kukkumiste ennetuses on oluline koostada individuaalne plaan, mille käigus vaadatakse üle isiku ravimid, keskkond (valgustus, põrandapind, trepid jne), kõndimist toetavate abivahendite kasutus, õpetatakse kõndimist ning tehakse füüsilisi harjutusi. Asutushooldusel viibijatega töötav personal võiks läbida kukkumisrisi programmi, kuna on leitud (Mitty, E, Flores, S. Fall Prevention in Assisted Living: Assessments and Strategies. Geriatric Nursing. Vol 28; 6:394–357), et programmis osalemise tulemusena vähenesid asutushooldusel viibijate kukkumised 11% võrra.

Hooldusplaani prioriteetsete valdkondadena oli ära toodud nii igapäevatoimingutega, meeleolu, käitumise, kognitiivsete võimete, suhtlemise, füüsilise tegevuse ja südame ning hingamiselsundkonnaga seonduvad ajendid, nii hooldekodus kui ka hooldusravis. Just hooldusravis paistis hooldusplaani prioriteetidena silma ka kukkumise ning lamatistega seotud ajend, mis lubab arvata, et kukkumiste ennetus võiks olla prioriteet juba enne hooldusravile sattumist.

Hooldekodus viibivatele isikutele oli suhteliselt harva (8,7% juhtudest) määratud ravi või protseduur, hooldusravis oli ravi või protseduur määratud 49,2%-le isikutest. Kõige sagedamaks raviks või protseduuriks oli haavahooldus ning pööramine ja asendivahetus, mis on kooskõlas tulemusega, et voodihaigeid oli hooldekodu elanike hulgas 16,9% ning hooldusravis isegi 51,0%. Hooldekodus viibijatest 41% ning hooldusravis viibivatest isikutest 52,8% kaebas valu, hooldusravis viibijate põhiprobleemidena olid märgitud valu põhjustavad seisundid, nagu vähk ja puusaluurmurd, viimase 30 päeva jooksul.

Asutushooldusel viibijate meeleolule ning emotsionaalsele enesetundele tuleb samuti kui füüsilisele heaolule tähelepanu pöörata – 22,9% hooldekodus ning 18,7% hooldusravis viibivatest isikutest tundsid end üksildasena. Vähemtähtis ei ole asutushooldusel viibijate lähedaste heaolu, kuna 7,0% hooldekodus ning 25,0% hooldusravil viibivate isikute lähedastest on ülekoormatud seoses isiku haigusega. Lähedastele peavad olema kättesaadavad toetavad teenused nii koduseks toimetulekuks kui ka psühholoogiline tugi, kui isik pöördub tagasi kogukonda elama.

Ennetuse vajadus

Asutushooldusel viibijate kliinilistest ajenditest lähtudes on vajalikud ennetustegevused järgmistes valdkondades.

1. Üle 50% isikute puhul on vajalikud meetmed:
 - **igapäevategevuste soodustamiseks**
 - **meeleluuhäirete parandamiseks**
 - **kognitiivse võimekuse ja suhtlemise parandamiseks**
 - **südame- ja hingamiselsundkonna parandamiseks**
 - **uriini- ja soolepidamatusega tegelemiseks**
2. 10–49% isikute puhul on vajalikud meetmed:
 - füüsilise tegevuses soodustamiseks
 - deliiriumi riskiga tegelemiseks
 - valu kontrolliks
 - alatoitumisega tegelemiseks
 - kukkumiste ennetamiseks
 - lamatiste ennetamiseks
3. Kuni 10% isikute puhul on vajalikud meetmed:
 - sotsiaalsete suhete arendamiseks
 - tegevuste planeerimiseks
 - alkoholi ja tubaka tarvitamise kontrolliks

Uuringust selgus, et hooldusravis viibinud isikutest 46,0% olid viimase 90 päeva jooksul kukkunud. Puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul oli hooldusravis viibimise peamine põhjus. Hooldekodus viibivatest isikutest 51,4% ning hooldusravis viibijatest 79,6% kasutasid nelja või enam ravimit. Nelja või enama ravimi kasutajate hulgas oli kukkunud 32,2% ja 0–3 ravimi kasutajatest oli kukkunud 15,6%. Nelja või enama ravimi kasutajatest 6,1%-l oli esinenud puusaluumurd viimase 30 päeva jooksul, mitte ühelgi 0–3 ravimi kasutajast ei olnud esinenud puusaluumurdu viimase 30 päeva jooksul.

Seetõttu saame väga olulise ennetusliku valdkonnana välja tuua kukkumise ennetamise meetmete vajalikkuse:

- eaka koduse ja ka asutushoolduse elukeskkonna (valgustus, põrandapind, trepid) hindamine ning ohutumaks muutmise,
- füüsilised harjutused tasakaalu parandamiseks,
- kõndimist toetavaid abivahendeid kasutama õpetamine,
- kasutatavate ravimite mõjude ja koosmõjude hindamine.

Aktiivravi patsientide seisund Tartu piirkonnas interRAI andmete põhjal

Helgi Kolk

Eesmärk: hinnata mitmesuguste probleemide ja geriaatriliste sündroomide esinemissagedust, preventsiiooni võimalikkust ning vajalikkust aktiivravi osakondadesse hospitaliseeritud eakatel haiglas oleku ajal ning haiglaravist kahe kuu möödudes.

Uuringud tehti SA TÜK viies statsionaarses aktiivravi osakonnas: kardioloogia, neuroloogia, ortopeedia, traumatoloogia ja sisehaiguste osakondades. Uuringus osalesid Tartu linnas ja maakonnas elavad 65-aastased ja vanemad patsiendid, kes hospitaliseeriti loetletud osakondadesse kolmel uuringuperioodil ehk oktoobris 2013, veebruaris ja mais 2014.

Patsientidel täideti haiglas viibimise ajal interRAI aktiivravi (AR) vorm, hospitaliseerimisest kahe kuu möödudes täitsid samad uurijad patsientide interRAI kontakthindamise vormi.

InterRAI AR-i hindamisvorm on kliiniliseks kasutamiseks mõeldud standardiseeritud miinimumhindamise vahend, mille eesmärgiks on hinnata haiglaravil viibivate eakate vajadusi, tugevaid külgi ja eelistusi. InterRAI AR koosneb hindamisvormist, üksikasjalikest juhistest ja hoolduse planeerimise protokollidest.

- Meditsiinilised ja terviseseisundid: põhihaigus, kaasuvate haiguste profiil, kommunikatsioon ja nägemine, kontinents, kukkumine, tasakaal, iiveldus, õhupuudus, jõuetus, valu, kaalulangus, naha seisund.
- Ravimite ja eriravide kasutus, tervishoiu- ja hoolekandeteenuste kasutus.
- Funktsionaalne: ADL-i (igapäevatoimingute sooritamise) võimekus, IADL-i (instrumentaalsete igapäevaelu toimingute sooritamise) võimekus, liikumine, aktiivsus.
- Psühholoogiline: meeleolu, käitumishäired, kognitiivne võimekus.
- Sotsiaalne: elukeskkond, tugivõrgustik, teenuselt lahkumise potentsiaal, tulevikujuhised.

InterRAI kontakthindamise instrumendi kasutamise eesmärgiks on dokumenteerida kliiniline informatsioon eesmärgiga toetada järgnevate hooldus- ja raviotsuste vastuvõtmist ning anda sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid vajavate inimeste kohta esmast kliinilist informatsiooni. Uuringus kasutati instrumendi eelnevalt aktiivravil viibinud ja interRAI AR-vormiga hinnatud isikute korduvhindamiseks kaks kuud pärast aktiivravilt lahkumist.

Probleemi raskuse mõõtmise skaalad on olulised isiku seisundi tõsiduse määramiseks. Näiteks ADL- ja IADL-skaalad võimaldavad ilma tegevuste osa täielikult ja detailselt läbi vaatamata kiiresti näha probleeme isiku toimimises. Peale selle on neil skaaladel skriinimise funktsioon. Kognitiivse soorituse skaala näitab, kas isikul võib esineda dementsust, ning võimaldab oletada kahjustuse määra. Skaalade abil saab hinnata seisundi muutumist aja jooksul.

Hindajateks olid kliinilised spetsialistid (õed, sotsiaaltöötajad, arstid, füsioterapeudid).

Tulemuste analüüsil on kasutatud eeskätt kompleksnäitajaid – skoore, skriinimise tulemusi, kliiniliste sihtmärkide ajendeid. Lisaks on kasutatud valikut üksiktunnuseid, mis on antud uuritute rühma puhul olulised seisundi kirjeldamiseks.

TULEMUSED

Uuritavate kirjeldus

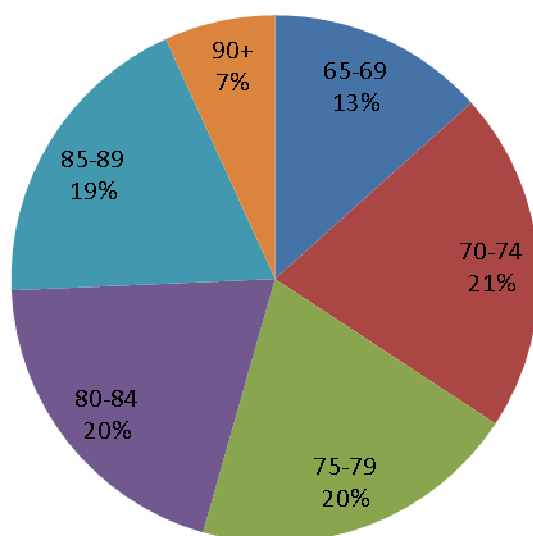
Kokku uuriti 397 patsienti: 102 kardioloogia, 91 neuroloogia, 59 ortopeedia, 84 traumatoloogia ja 60 sisehaiguste osakonnast. Uuritud patsientide jaotus osakonniti eri uuringuperioodidel on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. SA TÜK aktiivravi osakondades interRAI AR-metoodikaga uuritud patsientide jaotus osakonniti eri uuringuperioodidel.

| Periood/ osakond | 01.10.13 – 31.10.13 | 01.02.2014 – 28.02.2014 | 01.05.2014 – 31.05.2014 | Kokku |
|---------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Kardioloogia | 37 | 13 | 52 | 102 |
| Neuroloogia | 24 | 26 | 41 | 91 |
| Ortopeedia | 21 | 20 | 18 | 59 |
| Traumatoloogia | 22 | 34 | 28 | 84 |
| Sisehaigused | 24 | 14 | 23 | 61 |
| Kokku | 128 | 107 | 162 | 397 |

Uuritud patsientidest 270 (68%) olid naised, 127 mehed, keskmine vanus 78,5 aastat, vahemik 65...101 aastat (meeste keskmine vanus 77,2 a, naistel 79,1 a). Vanuserühmades 70–74 a, 75–79 a, 80–84 a ja 85– 89 a oli patsiente igapähe ligikaudu viiendik kõigist uuritutest (19–21%), vähem olid esindatud kõige noorem vanuserühm 65–69 a (13%) ja kõige eakamad, 90-aastased ja vanemad, keda oli 27 ehk 7% uuritutest. Patsientide vanuseline struktuur on esitatud joonisel 1.

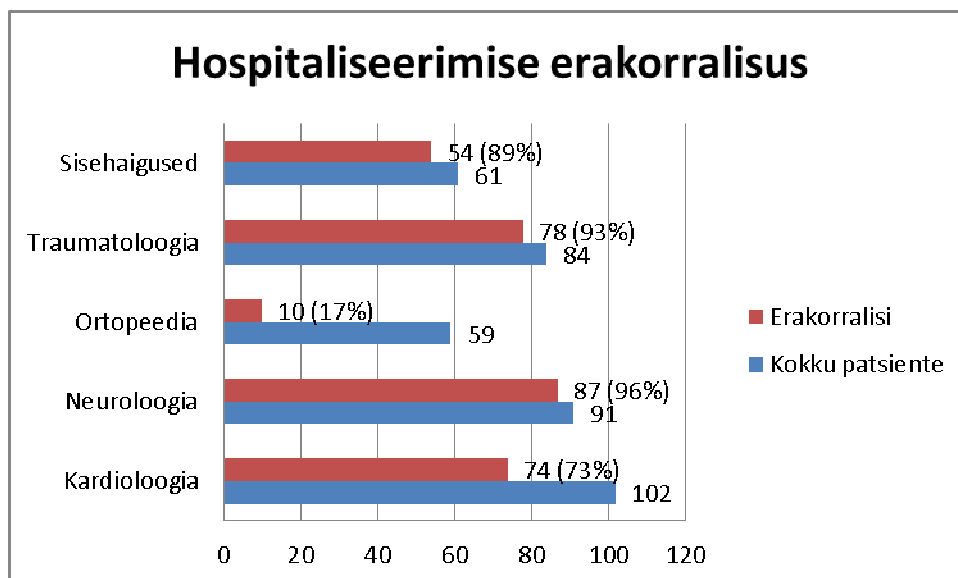
Uuritud patsientide vanus



Joonis 1. Aktiivravi osakondadesse hospitaliseeritud patsientide vanuseline struktuur (patsientide osakaal uuritute üldarvus, vanus aastates).

Eesti keeles suhtlemist eelistas 83% uuritutest, mis vastas uuritute rahvuskoostisele (83% eesti rahvusest isikuid). Enne hospitaliseerimist elas 94,7% patsientidest kodus ilma õendus- või sotsiaalteenusteta, 1%-le kodus elanud eakatest osutati õendus- või sotsiaalteenuseid. Kõigist haiglasse sattumise eel kodus elanud isikutest 43,6% elas üksi. Hospitaliseeritutest 2,5% viimaseks elukohaks oli hooldekodu. Ülejäänud 1,8% patsientidest suunati teistest haiglatest või aktiivravi osakondades. Uuritud patsientidest 253 elas Tartu linnas, 144 Tartu maakonnas. Uuringu toimumise ajal 2014. aastal elas Tartu linnas 16 156 ja maakonnas 8 912 üle 65-aastast elanikku, seega oli statsionaarsel ravil viibinud uurituid võrdsetl nii linnast kui ka maakonnast, 1,6% elanike üldarvust.

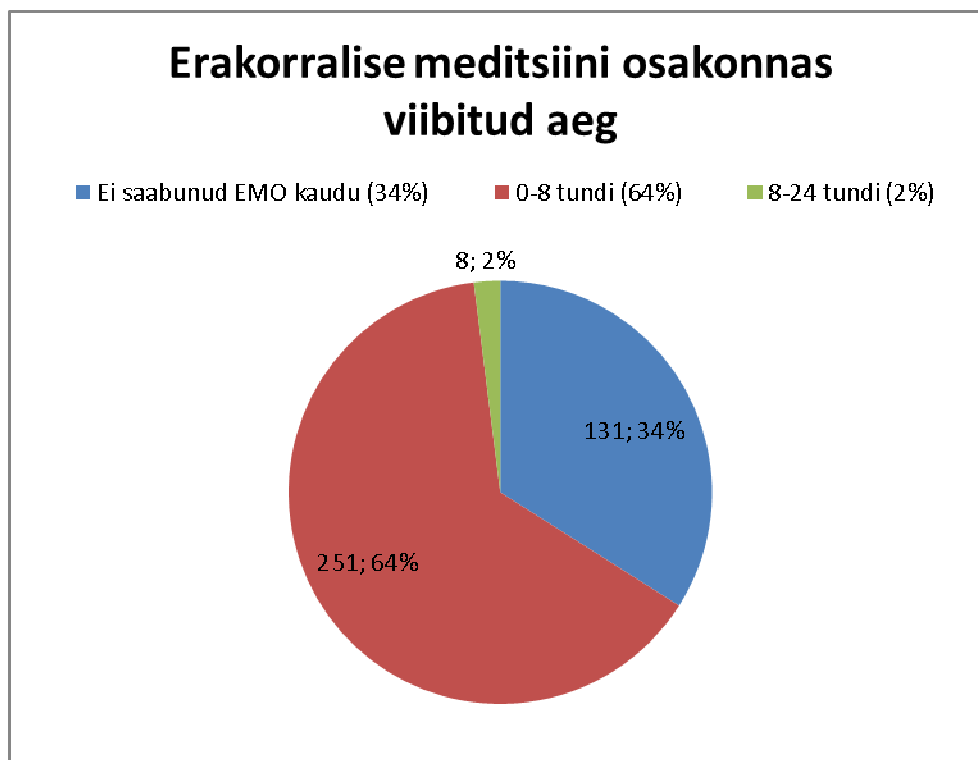
Hospitaliseerimise erakorralisuse kriteeriumiks võeti uuringus ägeda probleemi või trauma tekkimine hospitaliseerimisele 60 päeva vältel: kõrgeim oli erakorraliste haigete osakaal neuroloogia osakonnas, 96%, madalaim ootuspäraselt ortopeedia osakonnas, 17% (joonis 2). Kõigist hospitaliseeritud patsientidest oli äge haigus või trauma anamneesis hospitaliseerimisele eelnenud 7 päeva vältel 251-l (63%), neuroloogia osakonnas 77-l patsiendil (85%), traumatoloogia osakonnas 71 patsiendil (85%), ortopeedia osakonnas 7-l patsiendil (12%).



Joonis 2. Uuritavate hospitaliseerimise erakorralisus: hospitaliseerimise põhjuseks olnud ägeda haiguse või trauma tekkeajal (erakorralisena hospitaliseeritudel 0–60 päeva).

Kuuekümmen patsiendi jaoks (15% kõigist uuritudest) oli see korduv hospitaliseerimine viimase 90 päeva vältel, peale selle olid 3 patsienti toodud üle teistest haiglastest. Kõige sagedamaks korduvhospitaliseerimise põhjuseks eakatel on sama haiguse ägenemine või süvenemine. Uuringus ei ole täpsustatud, kas korduvhospitaliseerimise põhjuseks oli sama või varasemast erinev haigus/probleem. Uuringu eesmärgiks ei olnud eelnenud korduvhospitaliseerimiste põhjuste analüüs ning seetõttu ei ole võimalik võrrelda tulemusi varemavaldatud uurimustega, kuid uuritud eakate patsientide korduvhospitaliseerimiste sagedus on suureks koormuseks nii finantseerijale (Eesti Haigekassa) kui ka patsientidele.

TÜ Kliinikumi erakorralise meditsiini osakonna (EMO) kaudu saabus 259 hospitaliseeritud patsienti (65% kõigist). EMO-s viibitud aeg oli enamikul (251; 97%) alla 8 tunni, 8 patsienti (3%) viibisid hospitaliseerimise eel EMO-s 8–24 tundi. Ükski hospitaliseeritud patsient ei viibinud EMO-s üle 24 tunni (joonis 3). Erakorralise meditsiini osakonnas veedetud aeg on oluline deliiriumi tekke aspektist, mitmed eelnenud rahvusvahelised uuringud on näidanud deliiriumi sagenemise ja ravitulemuste halvenemise negatiivset seost erakorralise meditsiini osakonnas veedetud aja pikenedamisega.



Joonis 3. Patsientide hospitaliseerimise viis ja erakorralise meditsiini osakonnas viibitud aeg.

Seisundi hindamise tulemused

Meditsiinilised ja terviseseisundid

Uuritud patsientide kõige sagedamaks põhidiagnoosiks olid kardiovaskulaarsed haigused, järgnesid liigeste- ja skeletisüsteemi haigused – need on eakate sagedamad haigused, kuid jaotus tulenes ka uuringus osalenud osakondade spetsiifikast.

Kognitiivne seisund ja mälu

Kognitiivse funktsioneerimise alla kuulub võime pidada meeles sündmusi, orienteeruda ajas ja ruumis ning langetada sobilikke otsuseid. Vananedes esineb sageli mälu, eriti lähimälu, õppimise ja kontsentratsioonivõime langust, ilma et see mõjutaks kognitiivset funktsiooni igapäevaelu häirival määral.

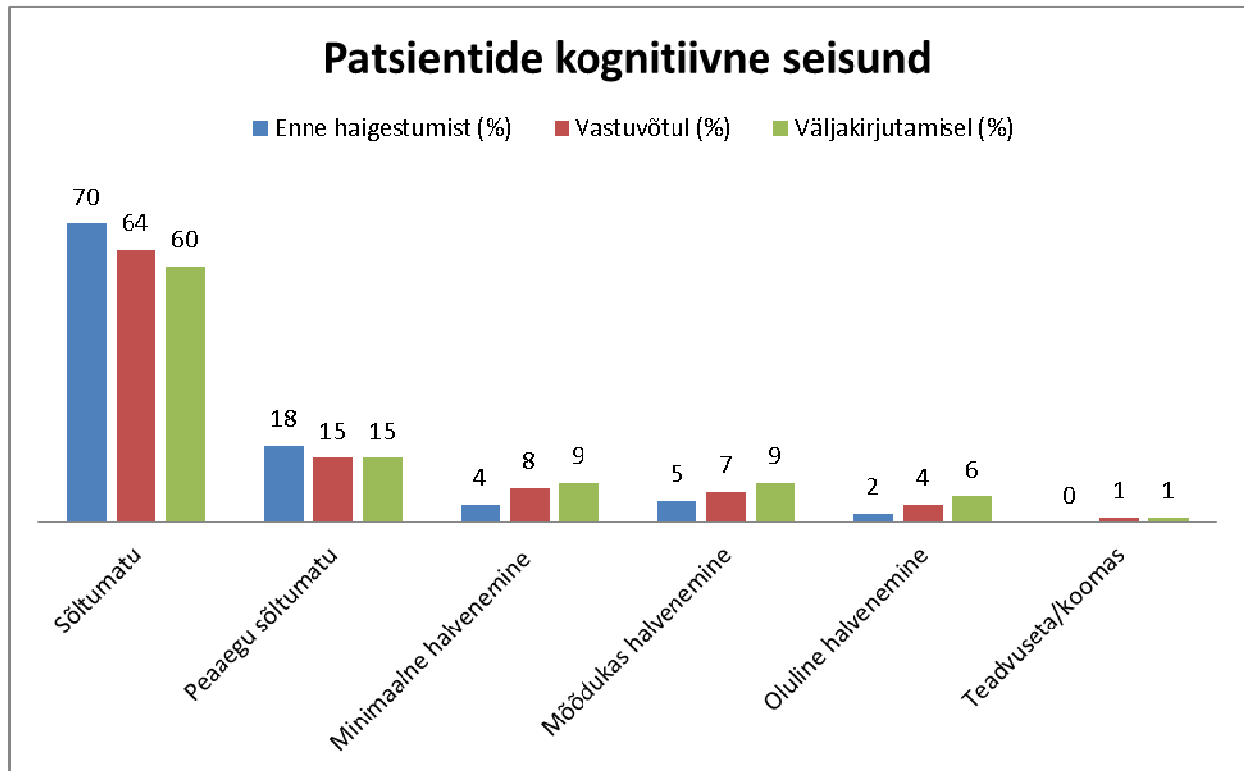
Kognitiivse seisundi ja mälu puhul hinnati haigusele eelnenud seisundit patsiendi enda, lähedaste ja hooldajate anamneesi ning meditsiinidokumentide alusel. Haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel hindasid seisundit ja mälu patsiendiga tegelenud uurija ning ravipersonal.

Kognitiivseid oskusi igapäevaotsuste (toidu hankimine, valmistamine, söömine, riietumine, igapäevased toimetused jms) tegemisel hinnati kuueastmelisel skaalal, kusjuures

- sõltumatu patsiendi otsused olid loogilised, mõistlikud ja ohutud;
- peaaegu sõltumatutel tekkisid raskused ainult uutes olukordades;
- minimaalselt halvenenud kognitiivse võimekuse korral olid otsused teatud olukordades halvad või ohtlikud ja patsient vajab juhendamist;
- mõõduka halvenemise puhul olid otsused pidevalt halvad või ohtlikud ning nõutav alaline järelevalve;

- oluliselt halvenenud kognitiivse võimekusega isik tegi ise otsuseid harva või ei teinud kunagi;
- teadvusetu patsient oli hinnatud kui raskeim aste.

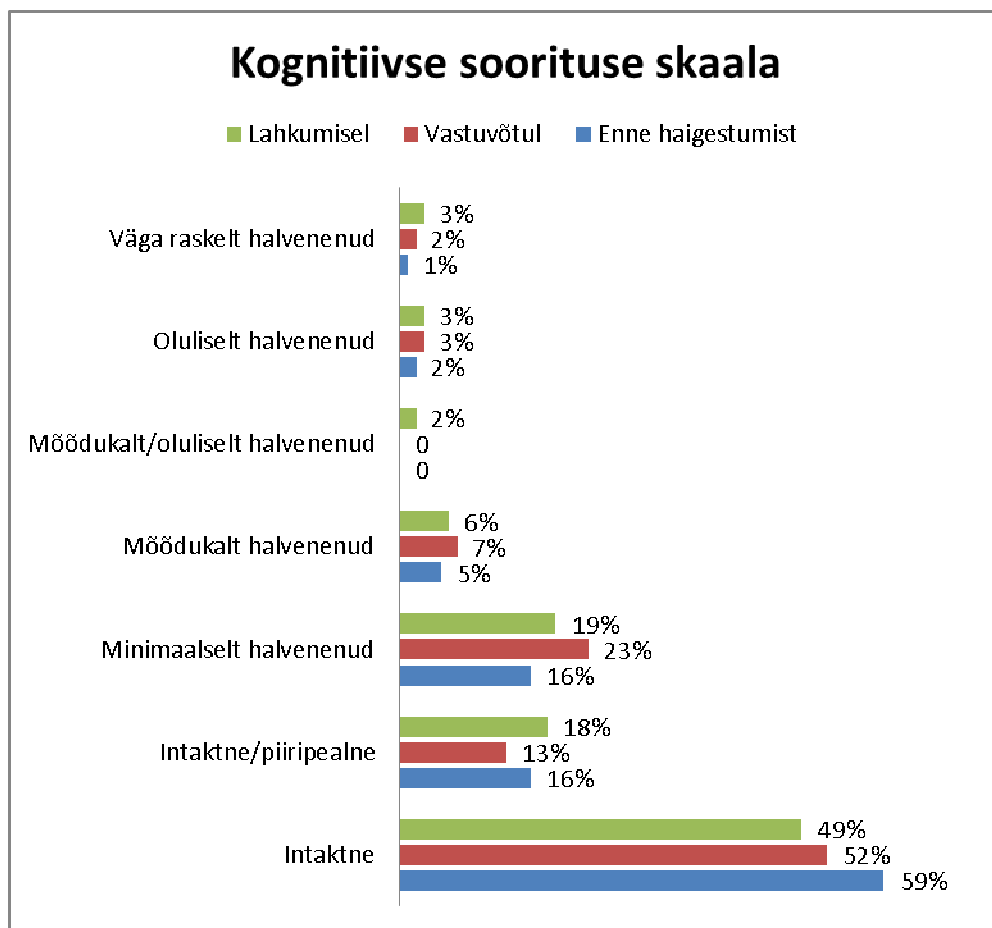
Haiguse või trauma tõttu haiglaravile sattumine halvendas patsientide kognitiivset võimekust ning suurendas nende sõltuvust (joonis 4), mis on ootuspärane, kuid õigete sekkumisvõtetega vähemalt osaliselt ennetatav tulemus. Samas vajavad patsiendid tekkinud kognitiivse häire tõttu nii haiglas olles kui haiglaravilt lahkudes abistamist ja tuge nii igapäevaeltu korralduslikes küsimustes kui ka järgnevatel otsustes.



Joonis 4. Patsientide kognitiivsed võimed enne haigestumist, haiglasse vastuvõtul ja väljakirjutamisel.

Kui enne haigestumist oli sõltumatu või peaaegu sõltumatu 88% eakatest, siis haiglasse vastuvõtul oli selliseid patsiente 79% uuritustest. Väljakirjutamisel oli kognitiivselt intaktseid patsiente 75%. Otsustustes sõltumatute või peaaegu sõltumatute patsientide hulk vähenes ägeda haiguse ja haiglaravi järel 13%, võrreldes haigestumiseelse seisundiga. Suurenes nende patsientide osakaal, kelle kognitiivsed võimed olid halvenenud: kui ägeda haigestumise eel esines kognitiivsete võimete halvenemist 11%-l, siis haiglast lahkumisel oli halvenenud juba iga neljanda patsiendi (25%) kognitiivne võimekus. Mõõduka ja raske kognitiivse häirega patsientide osakaal suurenes haiglaravi ajal ka võrrelduna vastuvõtul esinenuga: 12% uuritustest vastuvõtul ja 16% lahkumisel.

Kognitiivse soorituse skaala kirjeldab isiku **kognitiivset seisundit**. CPS-skaala arvutamisel kasutatakse eelnevalt hinnatud viit punkti: kognitiivsed oskused igapäevaotsuste tegemisel, sõnaline lähimälu, protseduuriline mälu, enese arusaadavaks tegemine ja ADL-toimingute sooritamine – söömine. Skoorid kalkuleeritakse eelloetletud viie punkti hinnete kombinatsioonist ja need jäävad vahemikku 0...6 (intaktne ... väga raskelt halvenenud). Suurem skoor näitab suuremat kahjustust, skoorid väärtusega „2“ või rohkem peegeldavad dementsuse esinemise suurt tõenäosust, mistõttu neid saab kasutada dementsuse skriinimisel. Haiglast lahkumisel hinnati kognitiivse seisundi skriiningu alusel dementsust tõenäoseks 100 patsiendil ehk veerandil kõigist uuritustest, mis tähendab seda, et nende puhul on vajalikud täiendavad testid ja kliinilised uuringud diagnoosi täpsustamiseks (joonis 5).



Joonis 5. Kognitiivse soorituse skaalad kalkuleerituna üksiktunnuste põhjal. Alates kategooriast „minimaalselt halvenenud“ on dementsus tõenäone.

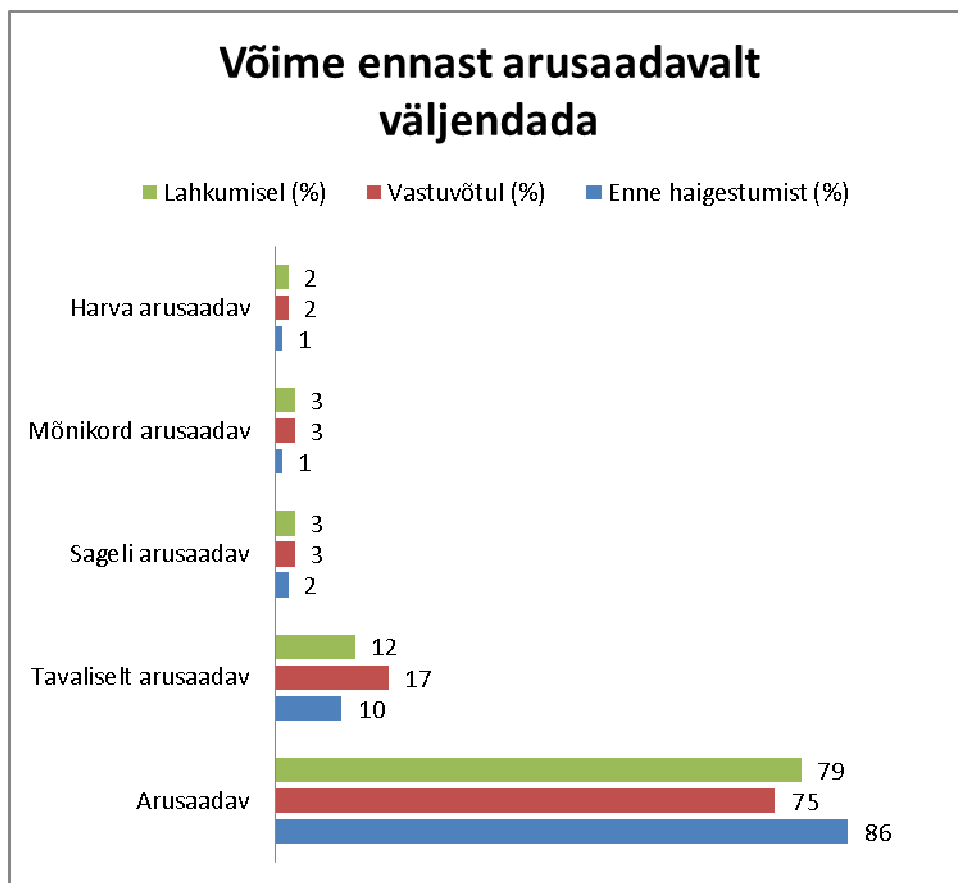
Sarnaselt hinnati sõnalist lähimälu, protseduurilist mälu, situatsioonilist ja kaugmälu nii haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul kui ka haiglast lahkumisel. Haigestumise ja haiglas viibimise tagajärjel suurenes mäluhäiretega isikute hulk: enne haigust esines sõnalise lähimälu häireid 29%-l uuritutest, väljakirjutamisel 35%-l, analoogsed olid muutused ka situatsioonilise (orientatsioon ja äratundmine) ning kaugmälu puhul: häired enne haigust vastavalt 17%-l ja 10%-l, haiglast lahkudes 23%-l ja 13%-l. Vaid protseduurilise mälu (võime teostada järjestikuseid tegevusi) puhul ei ilmnunud märkimisväärset halvenemist (enne haigestumist normis – 75%, haiglast lahkudes 74%). Kõige harvem esines patsientidel kaugmälu häireid, vastavalt 10%-l haigestumise eel ning 15%-l haiglast lahkumisel (tabel 2).

Tabel 2. Eri tüüpi mäluhäirete esinemine ja dünaamika aktiivravi osakondadesse hospitaliseeritud üle 65-aastastel patsientidel.

| | Enne haigestumist | Haiglasse saabudes | Haiglast lahkudes |
|------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | % | % | % |
| Lähimälu korras | 71 | 64 | 65 |
| Lähimälu häired | 29 | 36 | 35 |
| Protseduuriline mälu korras | 80,5 | 75 | 74 |
| Protseduurilise mälu häired | 19,5 | 25 | 26 |
| Situatsiooniline mälu korras | 83 | 79 | 77 |
| Situatsioonilise mälu häired | 17 | 21 | 23 |
| Kaugmälu korras | 90 | 87 | 85 |
| Kaugmälu häired | 10 | 13 | 15 |

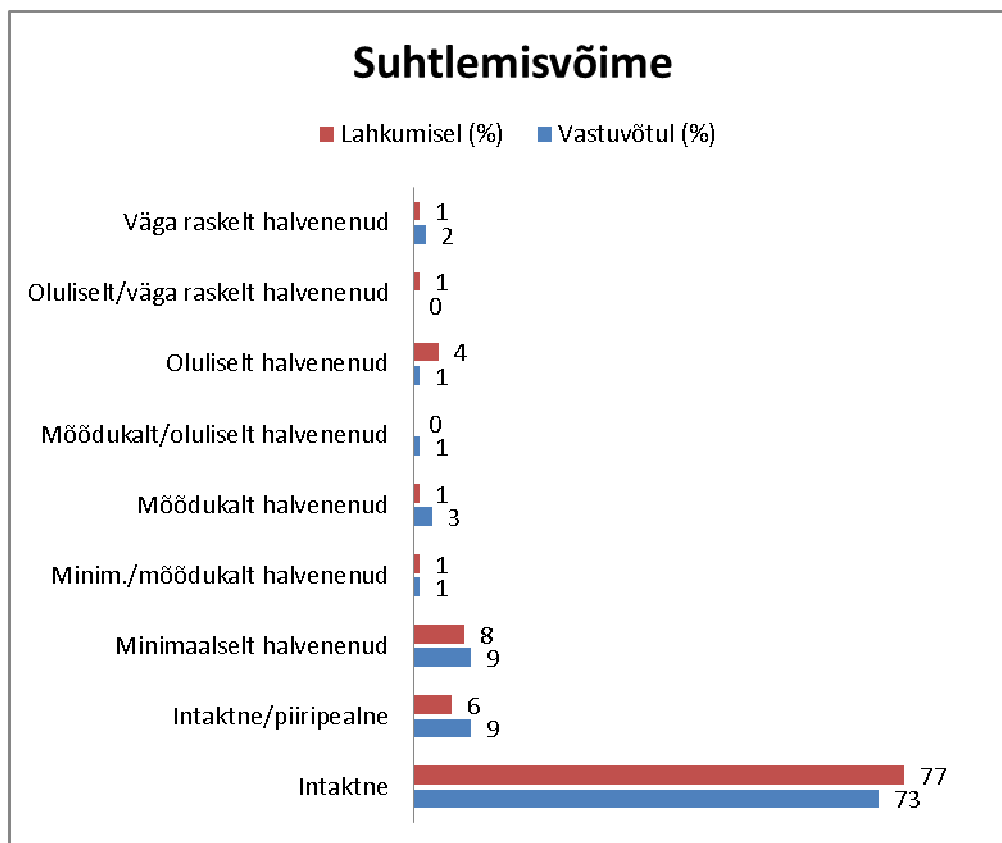
Suhtlemine, nägemine ja kuulmine

Haigestumine ja haiglasse sattumine halvendasid uuritavate patsientide kommunikatsioonivõimet: kui haigestumise eel väljendas ennast raskusteta või väga väheste raskustega 96% patsientidest, siis vastuvõtul oli nende osakaal 93% ning väljakirjutamiseks oli see vähenenud 91%-ni ehk igal kümnendal patsiendil oli haiglast väljakirjutamisel vähenenud võime väljendada või edastada soove, vajadusi, arvamusi, kiireloomulisi probleeme ja pidada dialoogi kas kõnes või kirjas (joonis 6). Need patsiendid olid uuringusse võetud patsientide keskmisest vanusest vanemad, keskmine vanus 80,6 a (73...94 a) vs. 78,5 a. Võime teistest aru saada korreleerus võimega ennast arusaadavaks teha.



Joonis 6. Patsientide suhtlemisvõime peamisi komponente, võime ennast arusaadavalt väljendada haigestumise eel, aktiivravile saabudes ja haiglast lahkudes.

Enese arusaadavaks tegemist ja teistest arusaamist analüüsib suhtlemise skaala. Selles on kaheksa raskusastet, suurem number peegeldab raskemat häiret. Kui haiglasse saabudes oli intaktse või piiripealse intaktse suhtlemisvõimega patsiente 82%, siis haiglast väljakirjutamisel oli selliste patsientide osakaal veidi suurenenud, 84% (joonis 7). Paranemine on seletatav ägedast haigusest paranemisega või tervistumisega. Mõõdukalt kuni väga raskelt halvenenud suhtlemisvõimega isikute osakaal püsis haiglasse saabumisest kuni lahkumiseni sama, tähtis on märgata oluliselt halvenenud suhtlemisvõimega isikute hulga suurenemist.

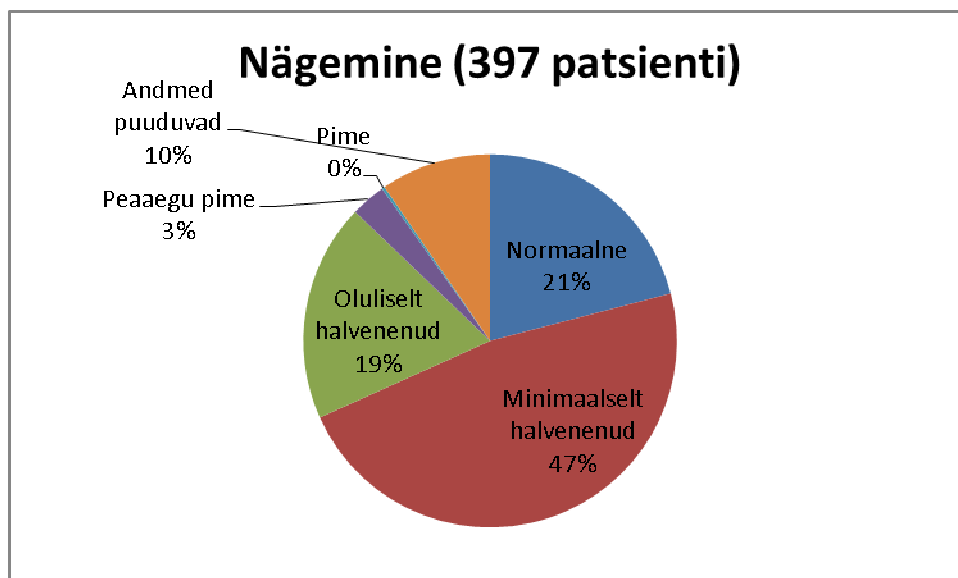


Joonis 7. Uuringus osalenud eakate patsientide võime ennast arusaadavaks teha ja teistest aru saada (suhtlemise skaala) haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel.

Kommunikatsioonivõimet mõjutavad väga olulisel määral nägemine ja kuulmine.

Nägemine

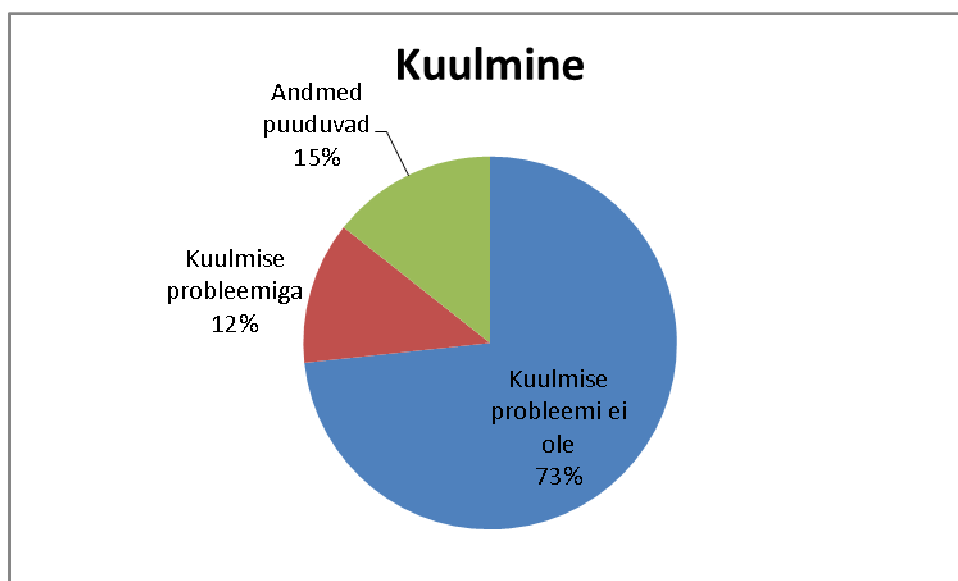
Uuringus hinnati patsientide visuaalset võimet näha lähedal olevaid objekte adekvaatse valgustuse korral, kasutades olemasolul isiku tavalisi nägemise abivahendeid (prillid, suurendusklaas). Lisaks küsitleti nii uuritavaid kui ka nende hooldajaid ja pereliikmeid nägemise muutuste kohta. Normaalne nägemine (võime näha tavapärasel valguses koos tavapärase prillide või muude abivahenditega) leiti olevat 23%-l hospitaliseeritustest. Rohkem kui pooled (52%) nägid suurt kirja, kuid mitte tavalist kirja ajalehes või raamatus, sellist nägemisvõimet hinnatakse interRAIs minimaalselt halvenenuks. Uuritustest 21% ei näinud suurt kirja, kuid eristas objekte (mõõdukas halvenemine), 3,3%-l oli nägemine oluliselt halvenenud, eristasid valgust, suuri objekte. Üks uuritud patsient oli pime (joonis 8).



Joonis 8. Patsientide nägemine hinnatuna küsitluse ja käepäraste uuringute (teksti lugemine) alusel.

Kuulmine

Hospitaliseeritud patsientidest 49-l ehk 12%-l oli anamneesis või leiti uuringutel kuulmise probleem. Kuulmine jäi uuringus hindamata valdavalt olulise kognitiivse defitsiidiga patsientidel (57 isikut), kuid võib eeldada, et nende hulgas ei esinenud kuulmishäireid harvem kui ülejäänud patsientidel, seega esines kuulmise probleeme kuni viiendikul uuritud patsientidest (joonis 9).

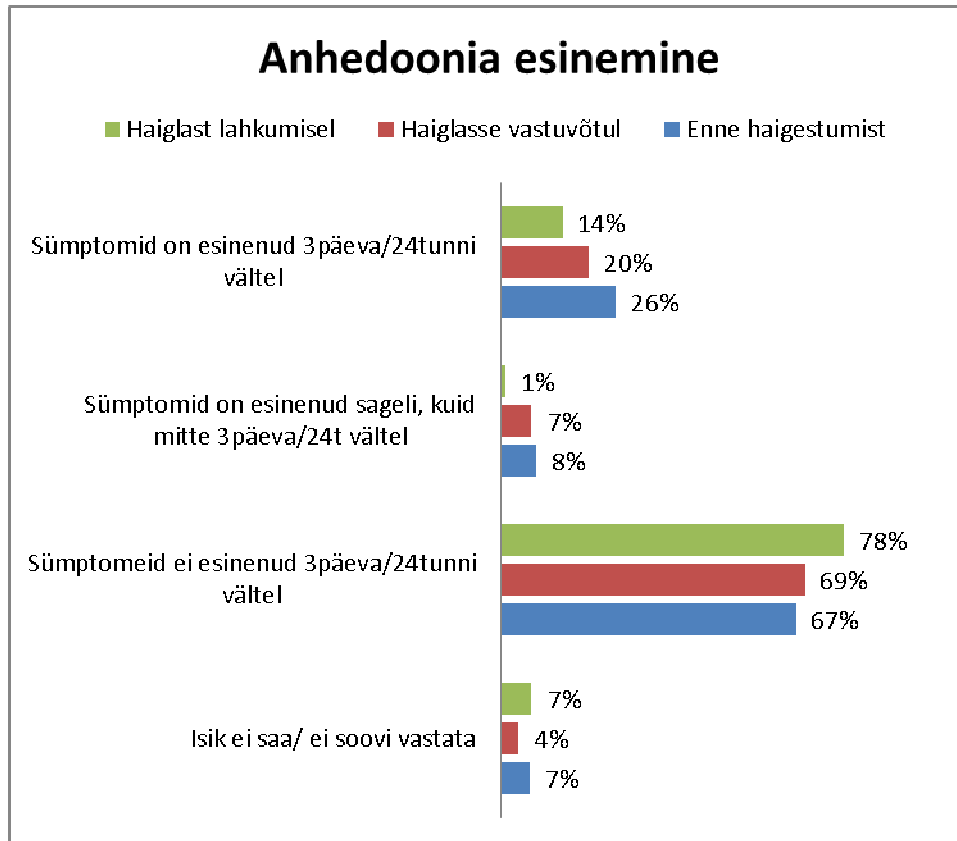


Joonis 9. Patsientide kuulmine hinnatuna küsitluse ja käepäraste uuringute alusel.

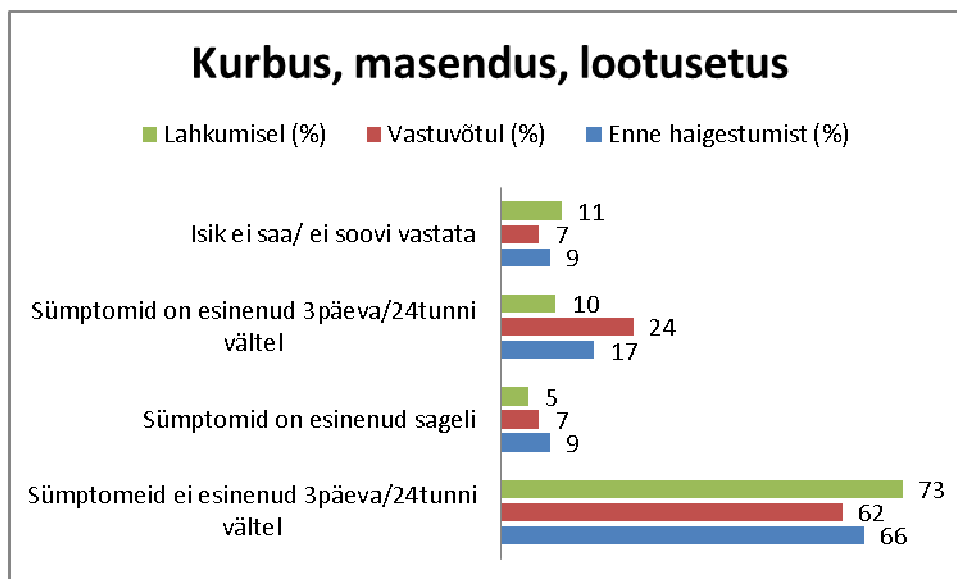
Meeleolu ja käitumine

InterRAI AR instrumendi abil määrati isiku hinnang oma meeleolule, seega järgnevalt esitatavad tulemused (joonised 10, 11, 12, 13) sisaldavad ainult isiku enese verbaalseid hinnanguid (ägeda) haiguse eelse, haiglasse vastuvõtul ja väljakirjutamisel esinenud kolme dimensiooni (anhedoonia, ärevus, meeleoluhäired) kohta.

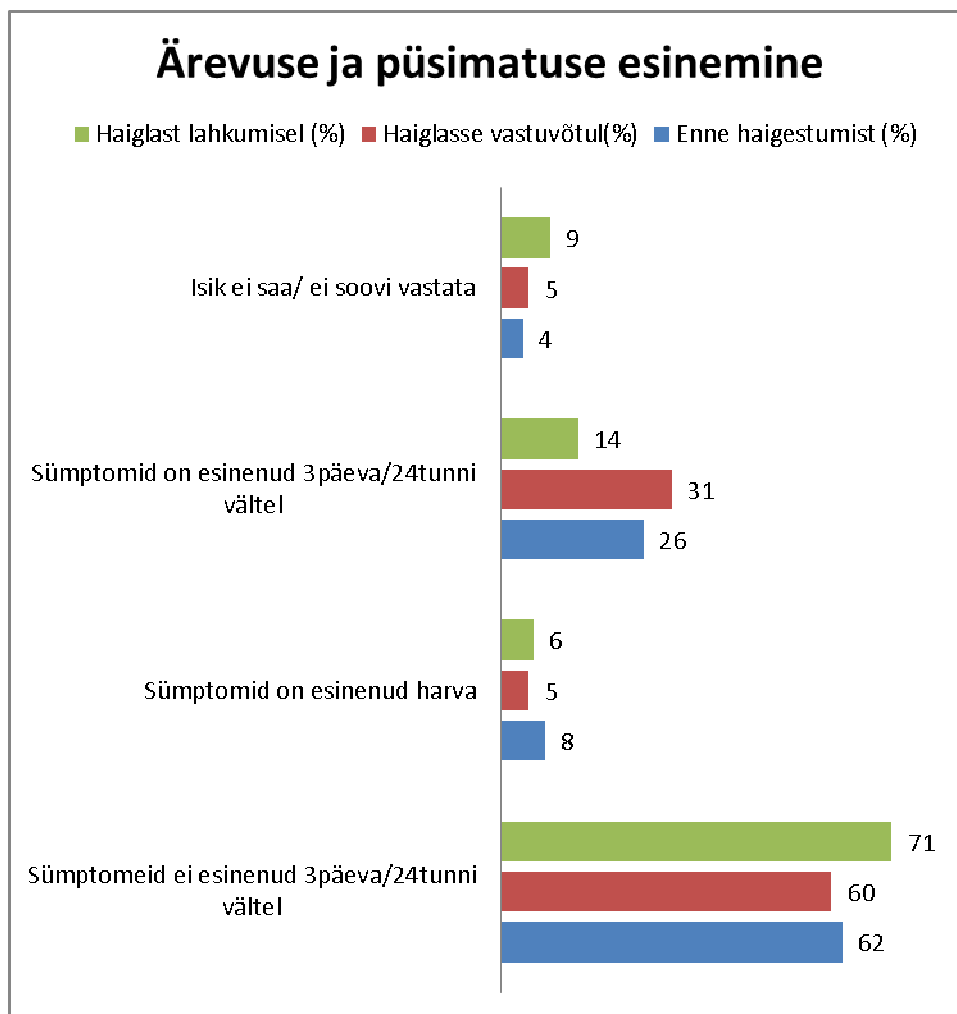
Depressiooni sümptomite esinemine haiglasse saabumisel kuni kolmandikul uuritutest (26% + 8%, joonis 10) on ootuspärane, kuid tavapäratu on sümptomite esinemissageduse vähenemine patsientide haiglasviibimise vältel – haiglast lahkumise ajaks kuni 10% võrra.



Joonis 10. Patsientide hinnang anhedoonia (vähene huvi tavaliselt nauditava vastu ja vähene rõõm tavaliselt nauditava üle; depressiooni sümptomid) esinemise kohta haigestumise eel, aktiivravile vastuvõtul ja sealt lahkumisel.

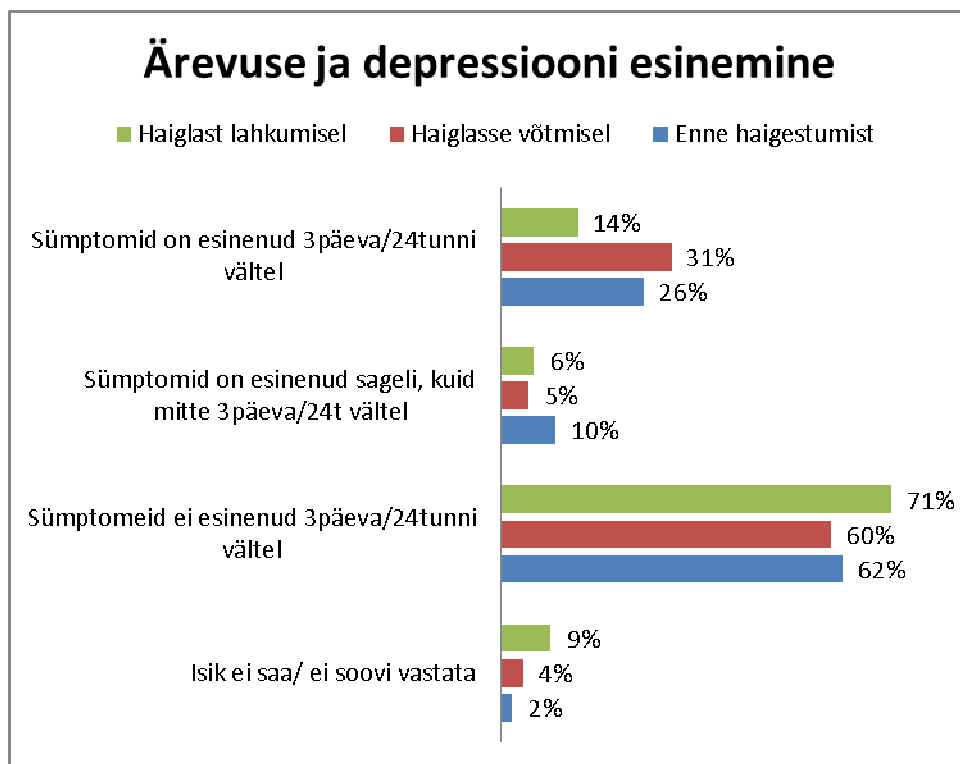


Joonis 11. Patsientide hinnang kurbuse, masenduse ja lootusetuse (depressiooni sümptomid) esinemise kohta haigestumise eel, aktiivravile vastuvõtul ja sealt lahkumisel.

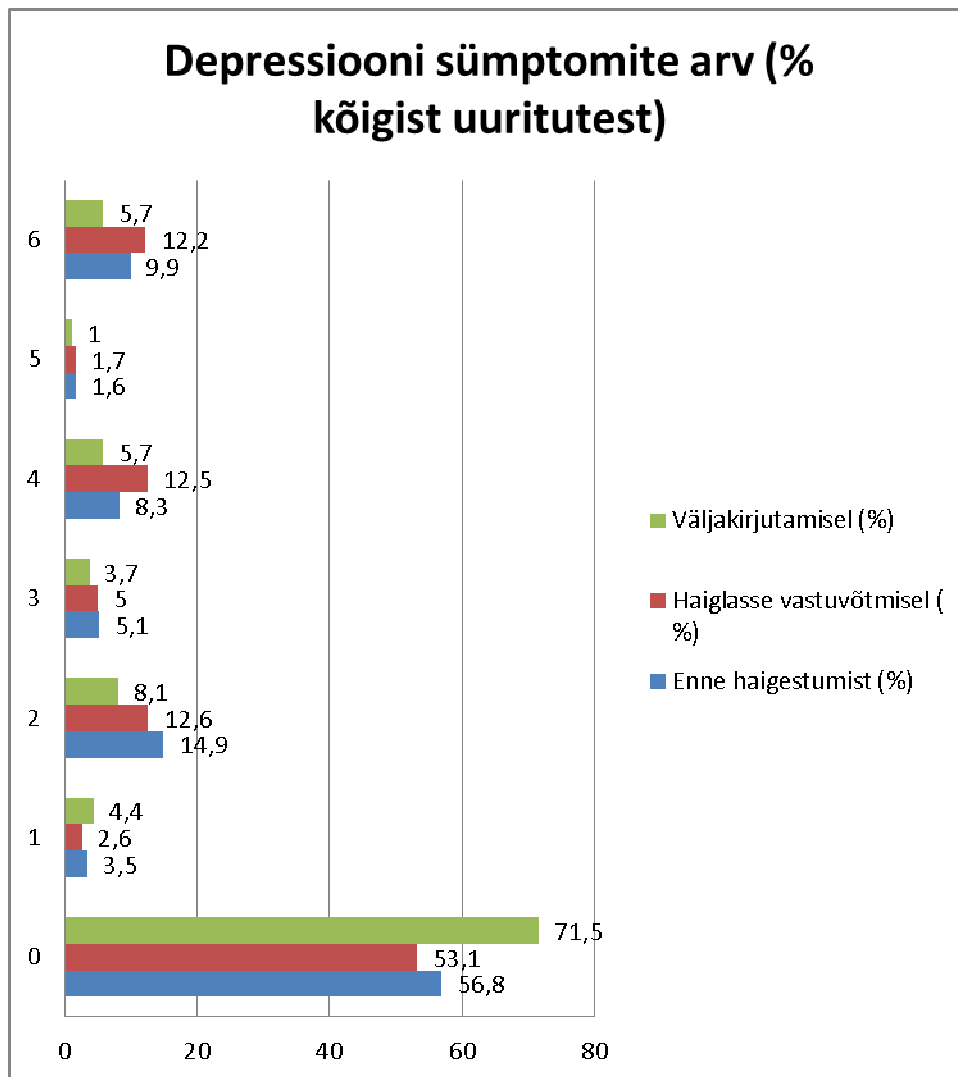


Joonis 12. Patsientide hinnang ärevuse, püsimatuse ja rahutuse esinemise kohta haigestumise eel, aktiivravile vastuvõtul ja sealt lahkumisel.

Ärevuse ja püsimatuse sümptomite esinemine suureneb patsientide aktiivravisse vastuvõtul (joonis 11), kuid haiglast lahkumise ajal on nende patsientide osakaal, kellel ärevuse sümptomeid enese hinnangul ei esine, kõrgem kui haigestumise eel, vastavalt 71% ja 62%. Ärevuse sümptomeid tunnetanud patsientide osakaal on kõrgeim vastuvõtul – 31%, vähenedes haiglast lahkumise ajaks 14%-ni (haiguse eel 26%).



Joonis 13. Ärevuse ja depressiooni sümptomite esinemine ägeda haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel.



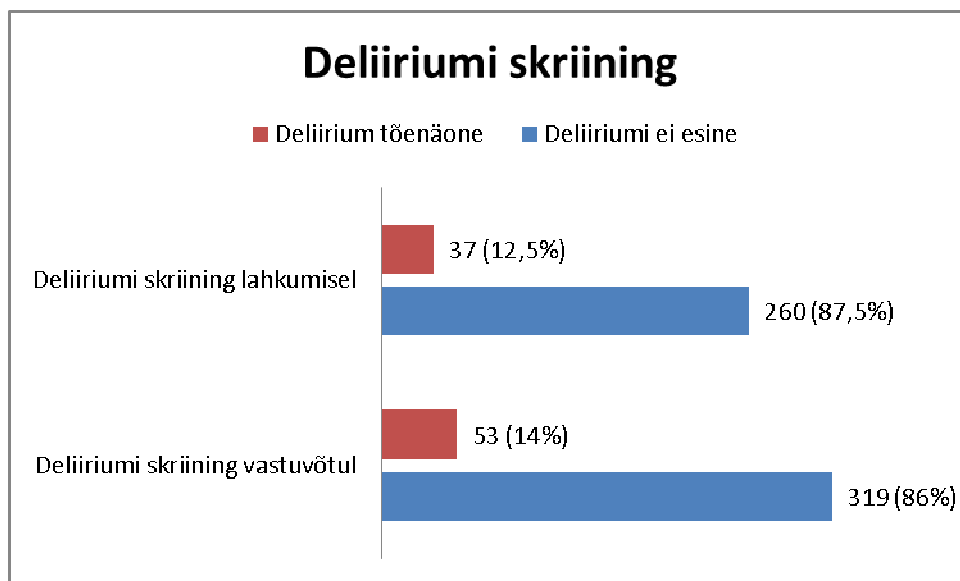
Joonis 14. Depressiooni sümptomite (0...6) arv depressiooni lühiskaalal vertikaalteljel sümptomite arv, horisontaalteljel patsientide osakaal

Depressiooni sümptomeid ei esinenud haigestumise eel 57%-l uuritutest, haiglasse vastuvõtul oli sümptomiteta isikuid 53%, väljakirjutamisel 71,5%. Depressiooni sümptomeid esines enne haigestumist 43%-l uuritutest, vastuvõtul oli depressioonisümptomitega isikute osakaal veelgi suurenenud, 52%-le. Haiglast lahkumisel esines depressiooni sümptomeid 29% patsientidest (joonis 14).

Deliirium

Deliiriumi sümptomeid patsiendi haiglasse vastuvõtu ajal hinnati retrospektiivselt meditsiinidokumentide ja patsiendiga tegelenud töötajate informatsiooni alusel. Lahkumise päeval hindasid patsiendi seisundit interRAI AR koolituse läbinud hindajad.

Deliiriumi esinemist hinnati skriinimisvahendiga, mis arvestas tunnustena „perioodiliselt häiritud mõtlemist/segasusseisundit“ ja „vaimse seisundi akuutset muutust võrreldes tavalise funktsioneerimisega“. Selline skriining on vajalik deliiriumi õigeaegsete ennetusmeetmete rakendamiseks. Kui esinesid mõlemad tunnused, oli skriinimistulemus positiivne ja isikul esines suure tõenäosusega deliirium (joonis 15). Deliiriumi võimalik esinemissagedus 14% haiglasse vastuvõtul ja 12,5% haiglast lahkumisel vastab varasemate uuringute andmetele deliiriumi esinemuse kohta eakatel patsientidel haiglaravi ajal (u 15%) (joonis 15).



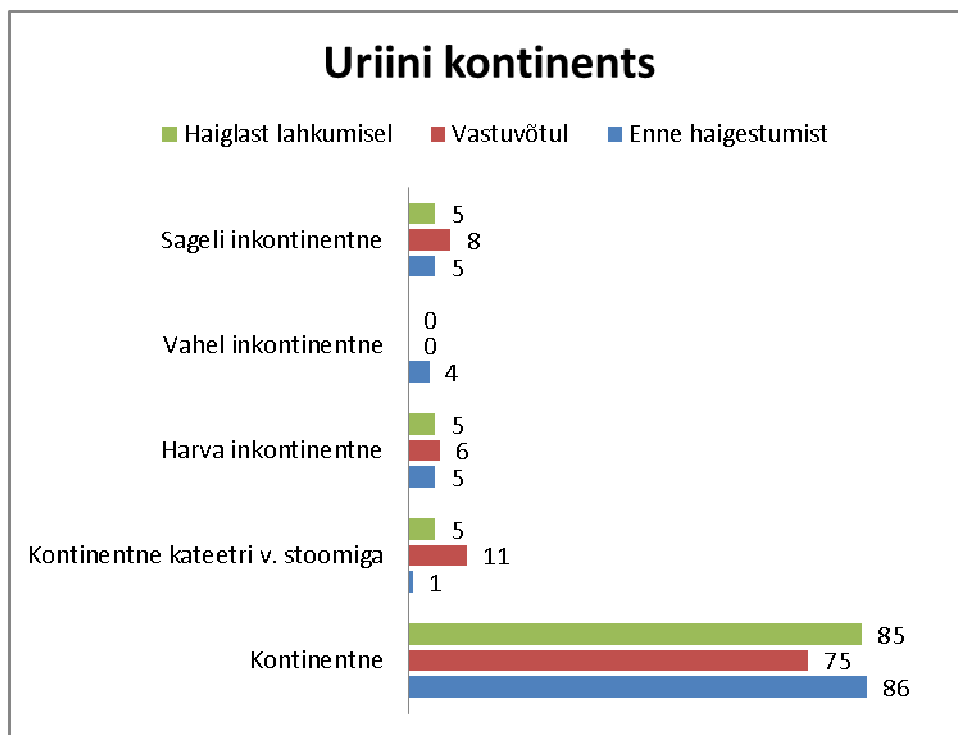
Joonis 15. Deliiriumi skriiningu tulemused hospitaliseeritud patsientidel haiglasse vastuvõtul ja haiglaravilt lahkumisel.

Tabel 3. Deliiriumi tunnuste esinemine patsientidel haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel.

| | Haiglasse vastuvõtul (%) | Haiglast lahkumisel (%) |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Käitumishäirete esinemine | 4,6 (18/390) | 8,9 (29/327) |
| Periooditi segane kõne | 5,9 (23/387) | 8,3 (27/324) |
| Vaimne ebastabiilsus | 4,9 (19/329) | 7,9 (26/328) |

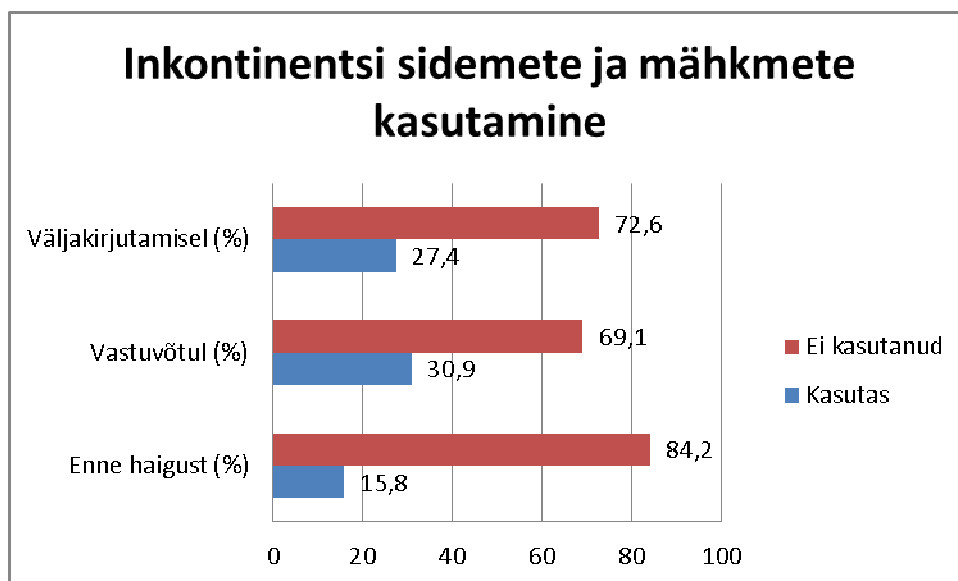
Kontinents

Uriini kontinents: kontroll põie tühjendamise üle, abivahendid. Haigestumise eel kontinentseks (ka koos sobiva abivahendi kasutamisega) hinnati 86%, vastuvõtul 75% uuritutest. Uriini kogumise abivahendeid kasutas haigestumise eel alla 2% kõigist uuritutest. Uriini inkontinentsi esines enne haigestumist 8%-l uuritud naistest ja 9,4%-l meestest. Haiglast lahkumisel oli uriini kontinentsi puhul peaaegu taastunud haiguseelne olukord: 85% patsientidest inkontinentsi ei esinenud (joonis 16).



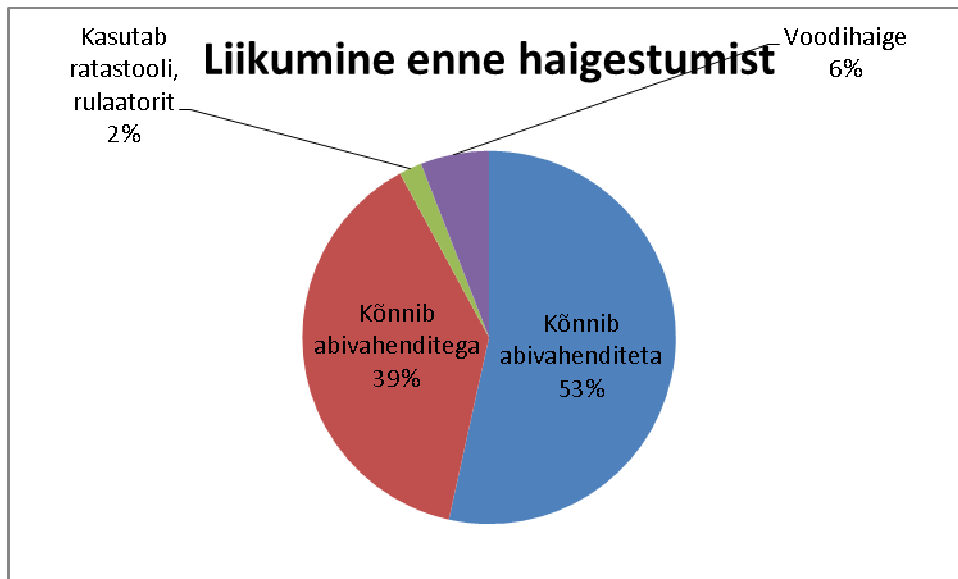
Joonis 16. Uriini kontinentsus haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkudes.

Soole kontinents: kontroll soole tühjendamise üle – enne haigestumist oli kontinentne 93% uuritutest, lahkumisel 92,4%.

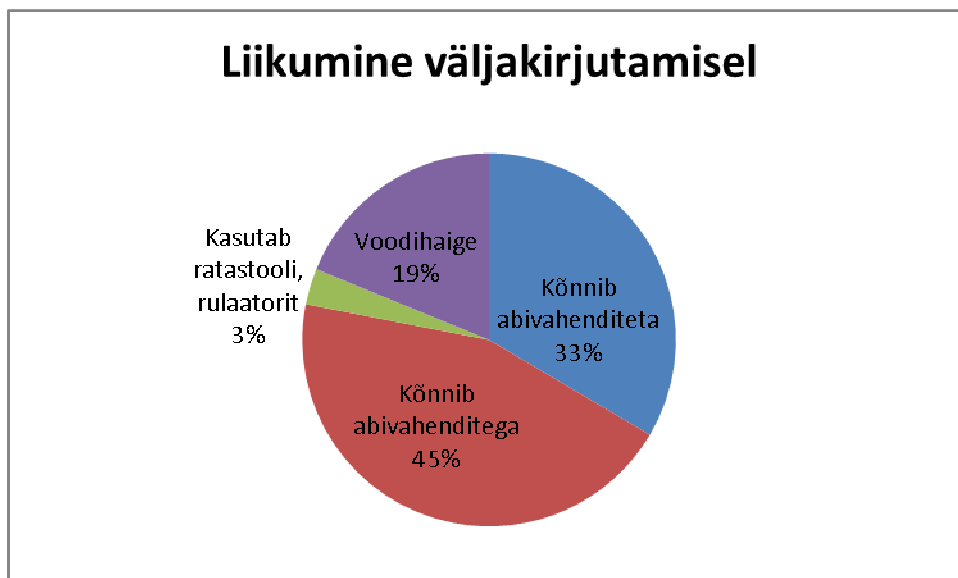


Joonis 17. Inkontinentsi mähkmete ja sidemete kasutamine patsientidel enne ägedat haigestumist ja haiglast väljakirjutamisel (osakaal uuritute hulgas, %).

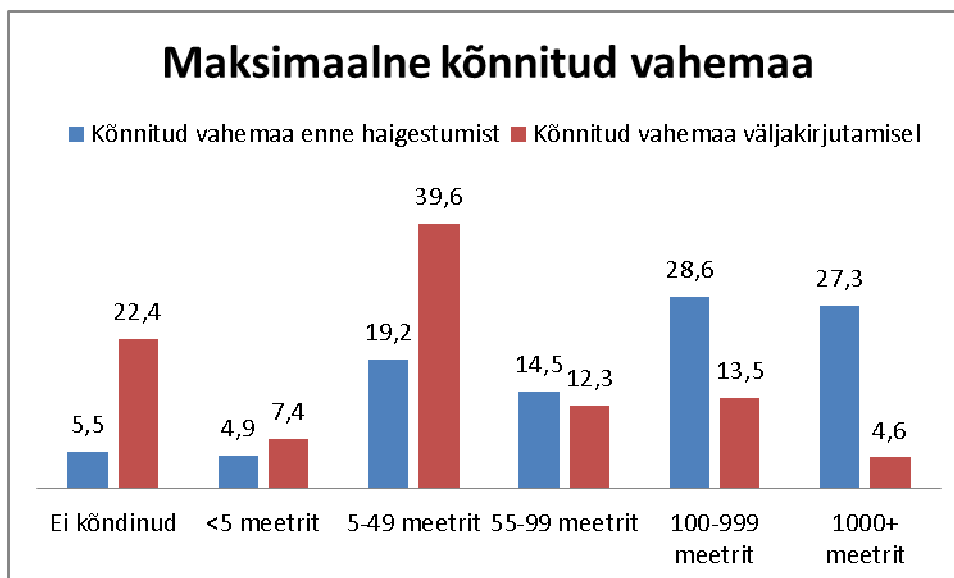
Liikumine



Joonis 18A. Patsientide liikumisviisid enne ägedat haigestumist.



Joonis 18B. Patsientide liikumisviisid haiglast lahkumisel.

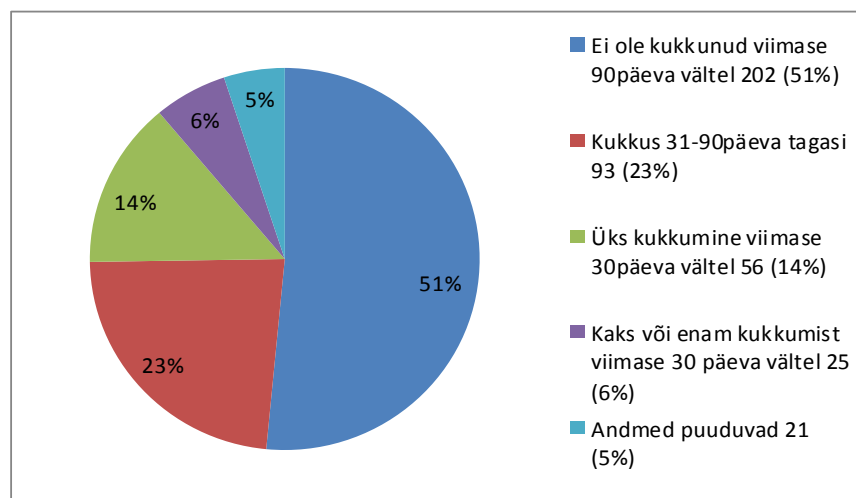


Joonis 19. Patsiendi kõnnitud maksimaalne vahemaa haigestumise eel ja haiglast lahkudes.

Kui haiguse eel suutis rohkem kui veerand uuritud isikutest kõndida üle ühe kilomeetri, siis haiglaravi järel oli selliseid isikuid vaid 4,6%. Kõnnitud vahemaa vähenes eelkõige alajäsemete traumade, insuldi, aga ka plaaniliste põlve- ja puusaliigese endoproteesimiste järel. Ratastooli kasutas iseseisvalt vaid 4 patsienti (1%) uuritustest, kes suutsid ratastooliga läbida kuni 50 meetrit. Viimase kolme päeva vältel enne haigestumist ei olnud väljas käinud 31% uuritustest, neist 23% ei olnud käinud väljas pikema aja vältel. Uuritustest 24% käis väljas 1–2 päeval kolmest, 45% käis väljas iga päev. Patsientide aktiivsuse tase ei erinenud uuringu kuude (oktoober, veebruar, mai) lõikes.

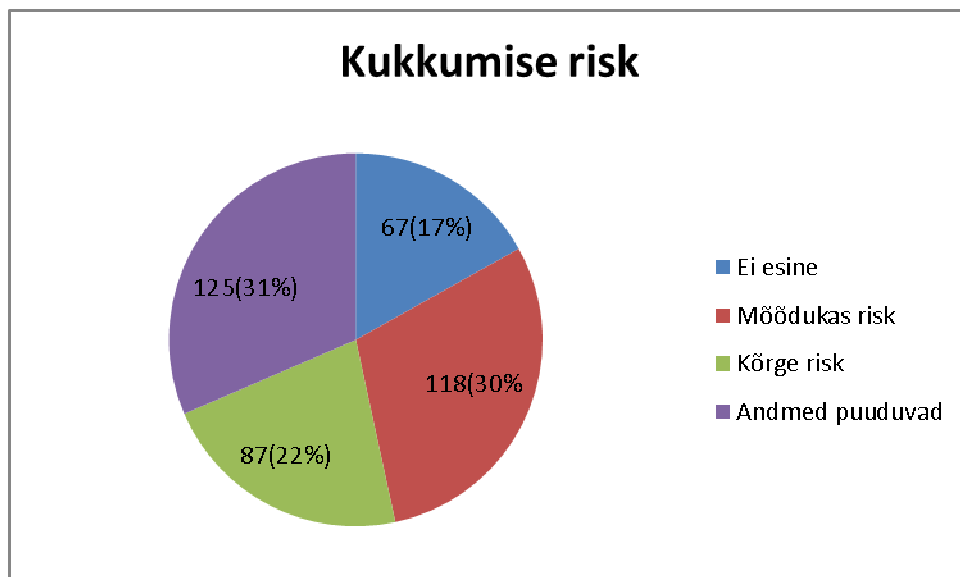
Kukkumine

Kukkumine –kehaasendi igasugune soovimatu muutus, mille tagajärjel kukub isik põrandale või muule pinnale. Siia loeti ka abistamise ajal aset leidnud kukkumised. Hinnati kukkumisi, mis olid toimunud 90 päeva vältel enne hospitaliseerimist (joonis 20). Veidi üle poole patsientidest (51%) ei olnud viimase kolme kuu vältel kukkunud, iga viies (20%) oli viimase kuu vältel kukkunud, sealjuures 6% korduvalt. 81-st viimase kuu jooksul kukkunud patsiendist 43 olid hospitaliseeritud traumatoloogia, 13 sisehaiguste, 12 kardioloogia, 10 neuroloogia ja 3 ortopeedia osakonda.



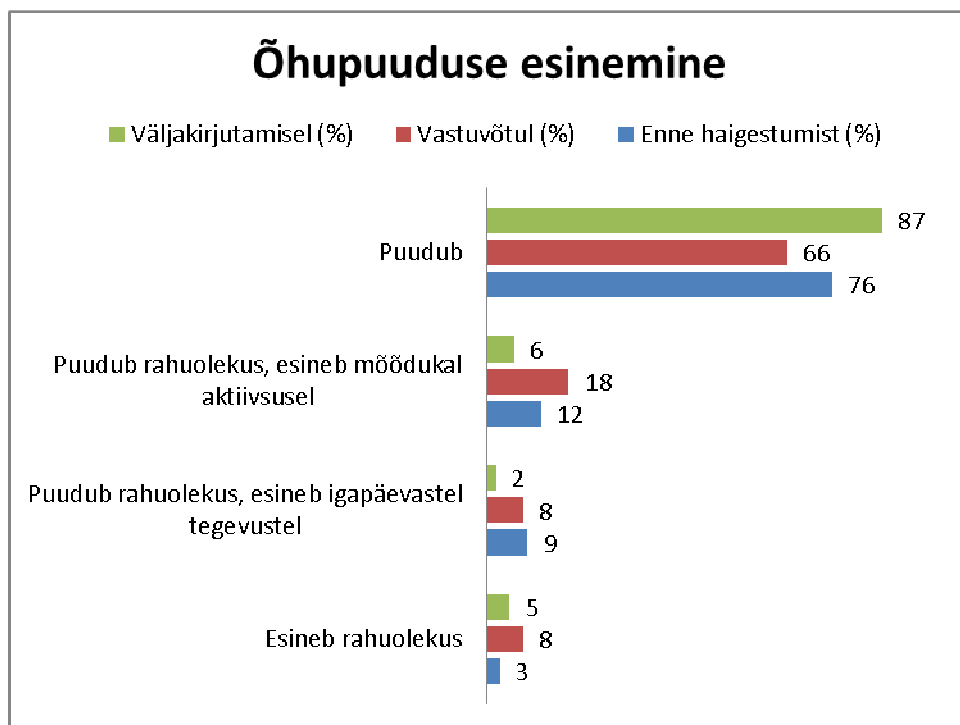
Joonis 20. Hospitaliseeritud patsientide eelnenud kukkumised.

Kukkumise riski hinnates arvestati nägemist, eelnenud kukkumisi ning probleemsete seisundite sagedust – isik on ebakindel ega saa abistajata iseseisvalt seisma tõusta. Kui isik on 90 päeva vältel kukkunud, esineb keskmine kukkumise risk. Kui isiku kognitiivse soorituse skaala on ≥ 2 , kui isikul on siirdumisega seotud tasakaaluprobleeme või mõõdukas kuni raske nägemiskahjustus, on tegemist kõrge kukkumisriskiga. InterRAI AR hindamissüsteemi kalkuleeritud kukkumise risk oli kõrge 22%-l kõigist uuritutest, 30%-l oli risk mõõdukas ja ainult 17%-l patsientidest puudus kukkumise risk.

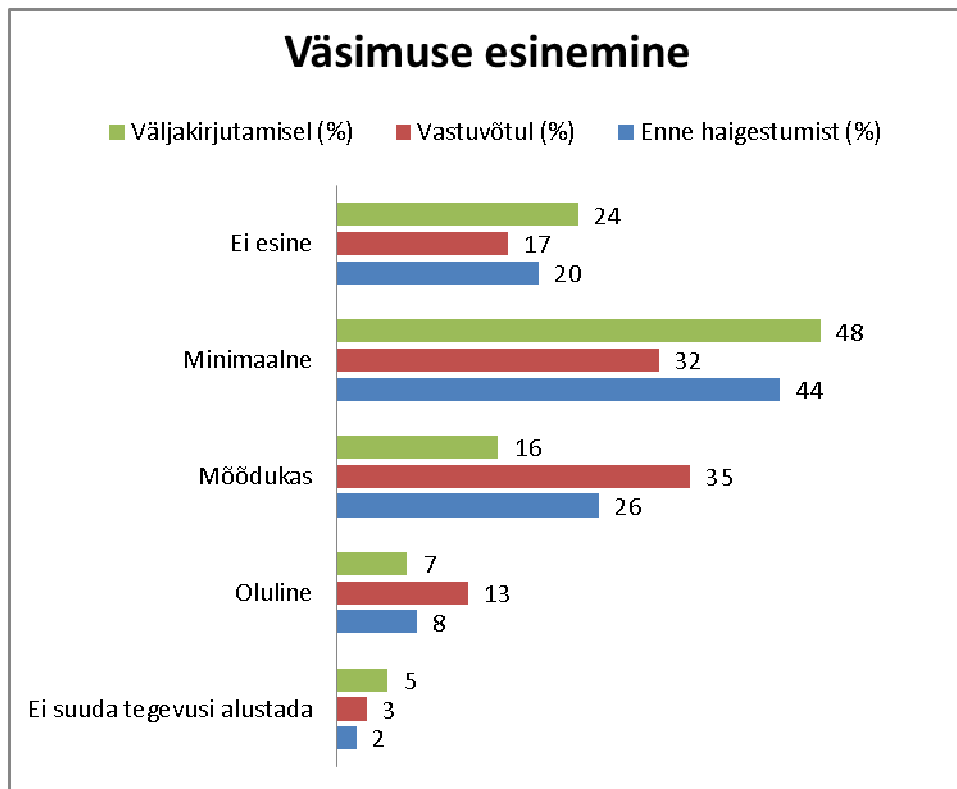


Joonis 21. Hospitaliseeritud patsientide kukkumisrisk.

Õhupuudus ja väsimus



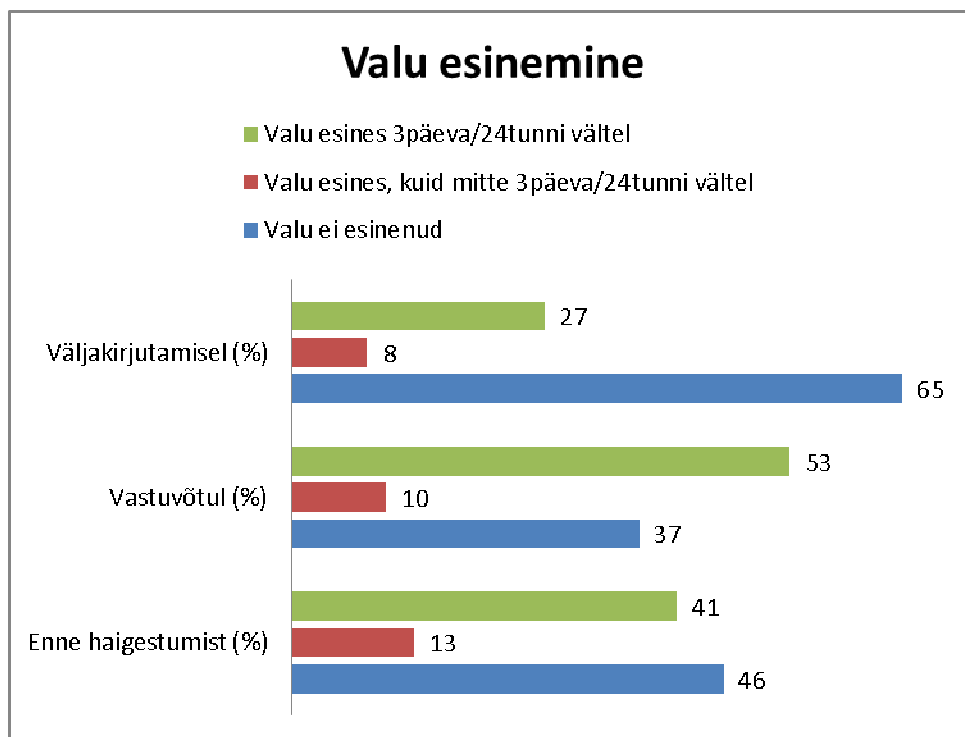
Joonis 22. Õhupuuduse esinemine patsientidel haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul ja väljakirjutamisel.



Joonis 23. Väsimuse esinemine patsientidel haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul ja väljakirjutamisel.

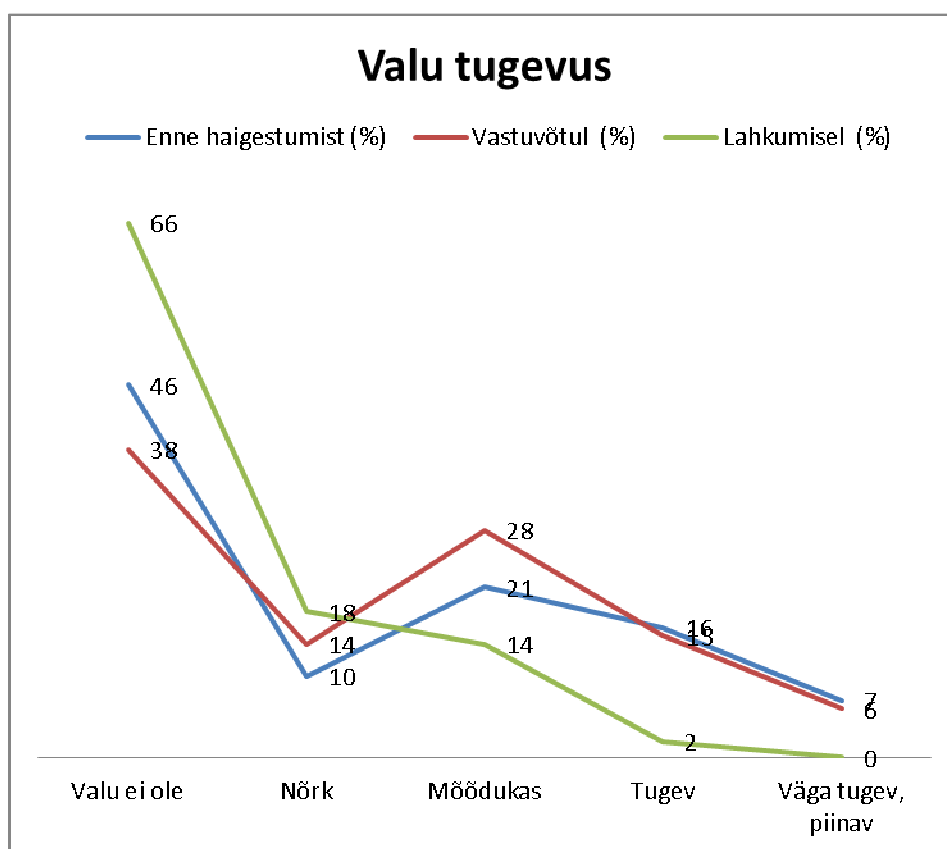
Valu

Valu puhul uuriti sagedust ja tugevust enne hospitaliseerimist tinginud haigestumist, haiglasse vastuvõtul ning haiglast lahkumisel. Enne ägedat haigestumist puudus valu vähem kui pooltel uuritutest, 46%-l. Ülejäänud 54%-l uuritutest esines valu, neist enamikul (41,2%) esines püsiv valu ja 12,6%-l episoodiline valu. Haiglasse vastuvõtul hinnati valuvabaks 118 patsienti ehk 29,7% kõigist, kelle kohta andmeid esitati. Seejuures esines 53,3% patsientidest püsiv valu ning 9,3%-l episoodiline valu. Haiglast lahkudes hinnati valuvabaks 65,4% patsientidest, 26,6%-l esines püsivat valu, 8% patsientidest hindas oma valu episoodiliseks (joonis 24).



Joonis 24. Valu esinemine haigestumise eel, haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel.

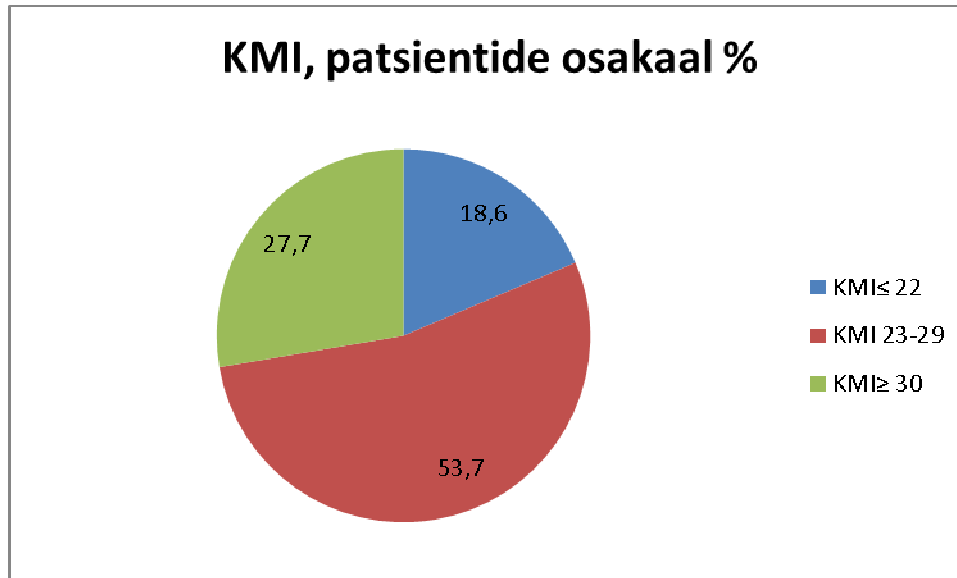
Valu tugevust hinnates lähtuti eelkõige patsiendi enda hinnangust, kuid ka uurija kliinilisest hinnangust, tulemused on esitatud joonisel 25.



Joonis 25. Hinnang valu tugevusele enne ägedat haigestumist, haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel (osakaal patsientides hulgas, %).

Toitumuslik seisund ja söömine

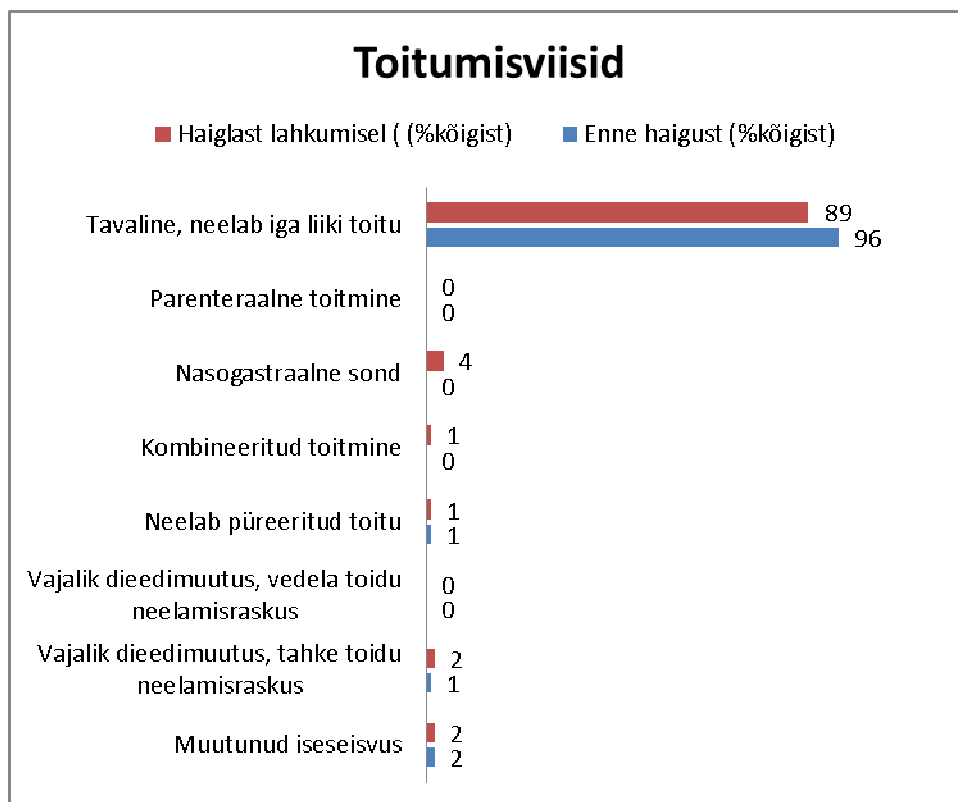
Pikkus, kaal ja kehamassi indeks mõõdeti ja arutati patsientide haiglasse saabumisel. Eakate puhul on normaalne kehakaal KMI vahemikus 23–29, alakaal – KMI 22 ja vähem, ülekaal – KMI 30 ja enam. Uuringu alusel jäi normaalsesse kaaluvahemikku 53,7% kõigist patsientidest, alakaalulisi oli 18,6%, sealhulgas kehamassi indeksiga 20 ja vähem 8,6% uuritutest. Ülekaalulisi (KMI 30 ja suurem) oli 27,7% hospitaliseeritud patsientidest, sealjuures KMI 35 ja suurem oli 10,6%-l uuritutest (joonis 26).



Joonis 26. Patsientide jaotus kehamassi indeksi (KMI) alusel.

Toitumisviise hinnates arvestati söömise iseseisvust, võimalike neelamishäirete esinemist ja parenteraalse või sondiga toitumise vajadust. Enne haigestumist hinnati 95,9% uuritute toitumist tavaliseks ehk need isikud suutsid iseseisvalt süüa ja neelata iga liiki toiduaineid. Muutunud iseseisvus (vähene tahke toidu neelamine, söömine ja joomine lonkshaaval, dieedi muutuse vajadus teadvustamata) esines 2,3%-l uuritutest ning tahke toidu neelamistakistus ja vajadus dieedi muutmiseks esines 1,3%-l uuritutest. 2 patsienti (0,5%) suutsid neelata ainult püreeritud toitu. Haiglast lahkumisel oli tavalise toitumisviisiga isikuid 89,5% ehk 6,4%-l patsientidest oli tekkinud kergema- või raskemakujuline neelamishäire (joonis 27). Toitumisviis oli haiguse tagajärjel kõige sagedamini muutunud insuldi tõttu neuroloogia osakonnas viibinud patsientidel (kokku 25 patsienti), aga ka neljal traumatoloogia, kolmel kardioloogia, ühel ortopeedia ja ühel sisehaiguste osakonnas viibinud patsiendil.

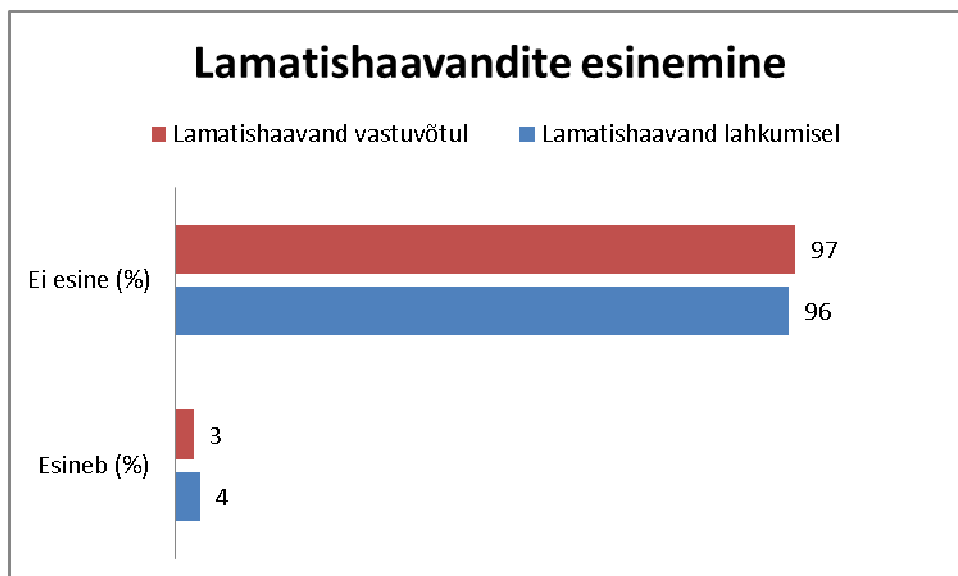
Kui haiguse eel ei vajanud keegi uuritutest toitumist nasogastraalsondiga, siis haiglaravi järel oli selliseid patsiente 4% uuritutest. Kõik need patsiendid olid hospitaliseeritud neuroloogia osakonda ehk siis põdesid põhihaigusena neuroloogilist haigust.



Joonis 27. Patsientide toitumisviisid enne ägedat haigestumist ja haiglaravilt lahkumisel.

Nahakahjustused

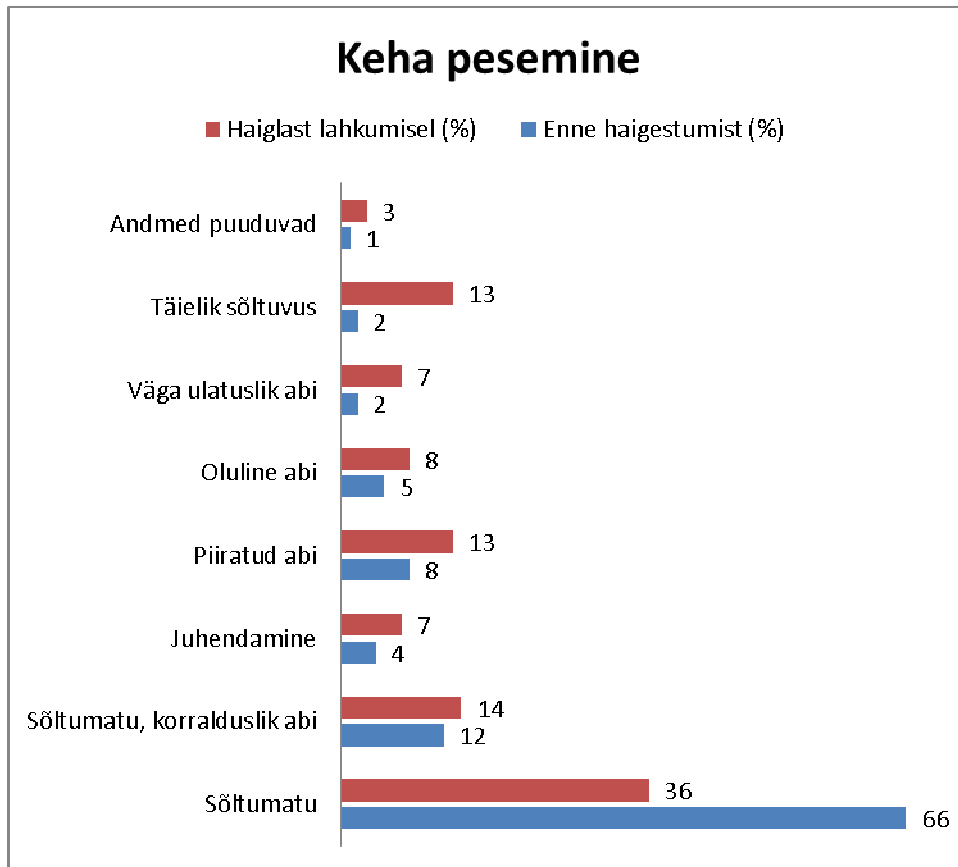
Lamatiste esinemist hinnati anamneesis ning haiglasse saabumisel ja sealt lahkumisel. Uuritud patsientidest 5,5%-l oli anamneesis lamatishaavand.



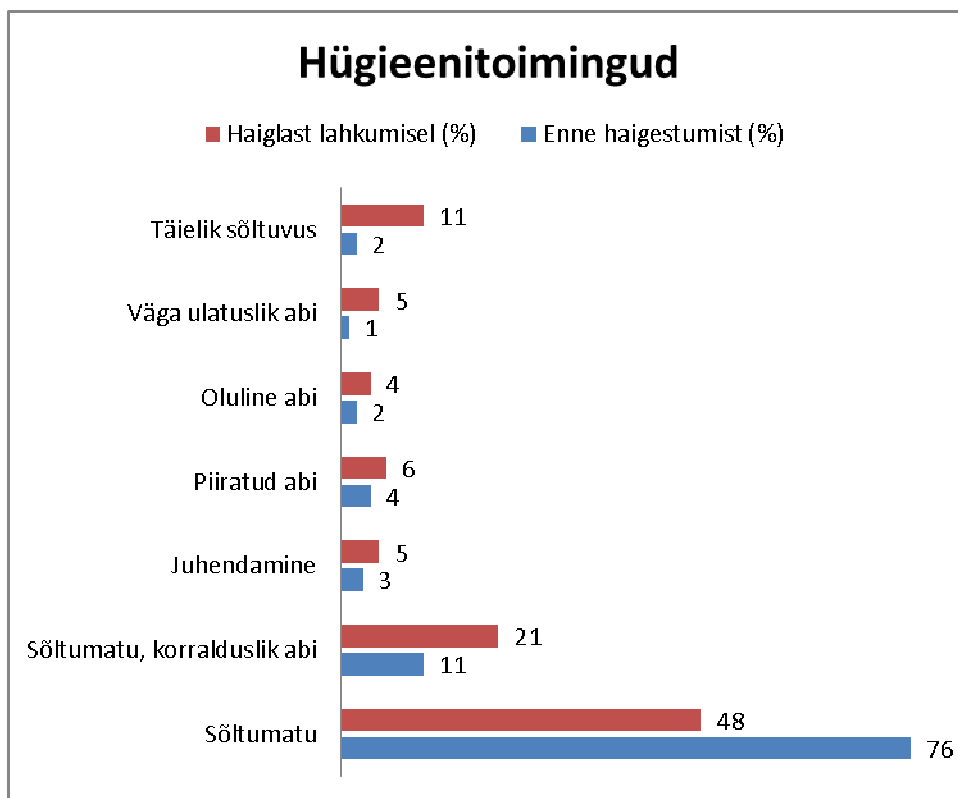
Joonis 28. Lamatishaavandite esinemine haiglasse vastuvõtul ja ravilt lahkumisel (osakaal kõigi uuritute hulgas, %).

Funktsionaalne seisund

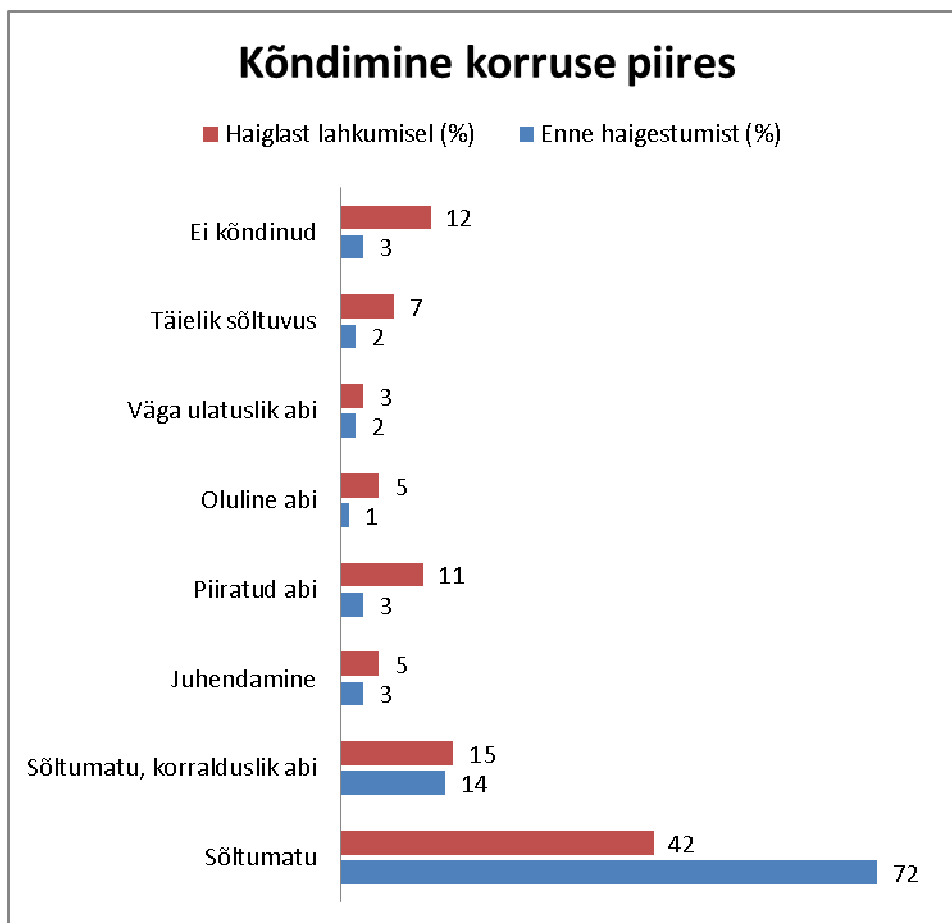
Igapäevaste toimingutega (**ADL**, Activities of Daily Living) toimetuleku hindamisel määrati, milliseid tegevusi suutis isik ise sooritada ning kui suur oli seejuures verbaalse ja füüsilise abi vajadus. ADL-toiminguid hinnati enne haigestumist, haiglasse vastuvõtul ja haiglast lahkumisel. Esitatud on toimetulek igapäevategevustega enne haigestumist ja aktiivravilt lahkudes, kuna vastuvõtu puhul ei saanud paljudel isikutel ADL-tegevusi hinnata nende puudumise tõttu. Igapäevaste toimingutega hakkamasaamine haiglasse saabumisel ja haiglast lahkumisel on esitatud joonistel 29–35.



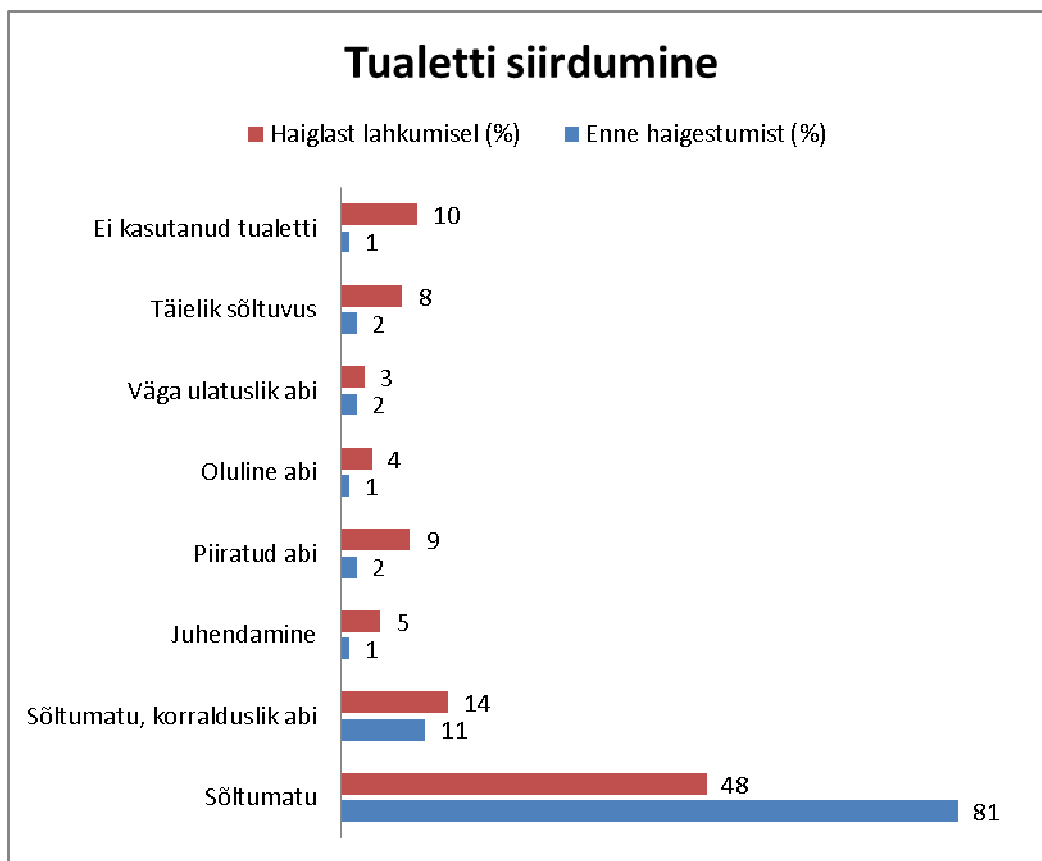
Joonis 29. Keha pesemine hõlmab vanni või duši alla siirdumist ning kõigi kehaosade pesemist.



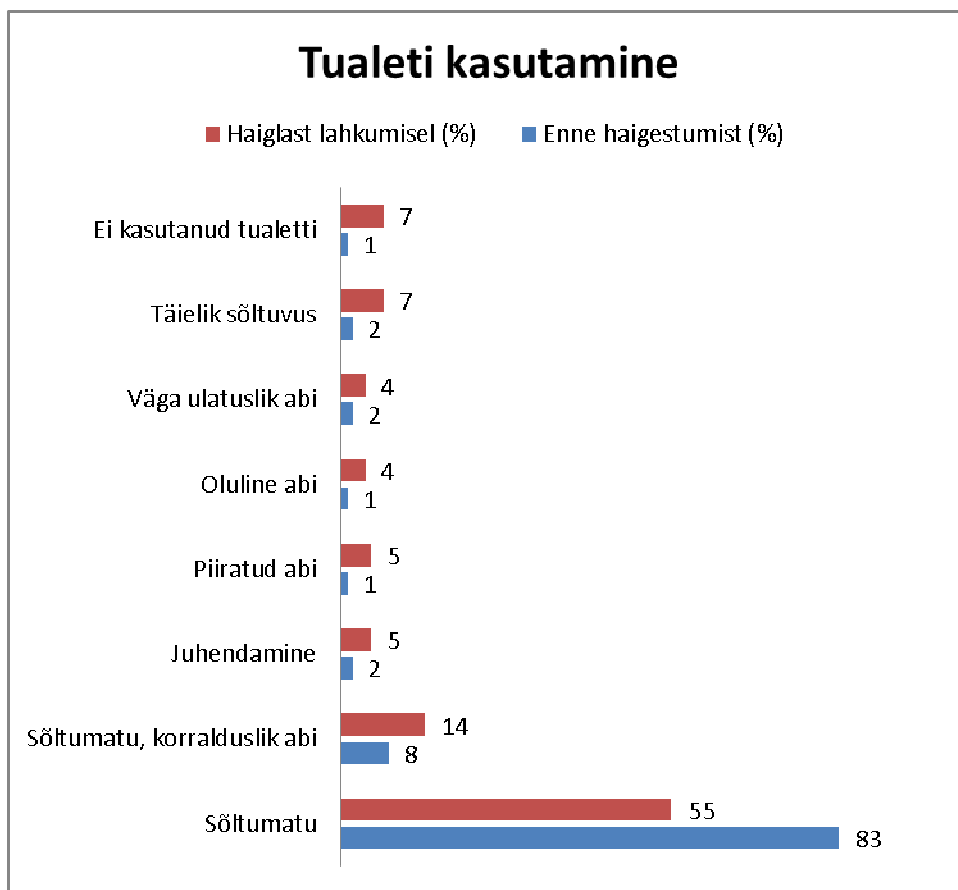
Joonis 30. Isiklik hügieen: juuste kammimine, hammaste pesemine, habeme ajamine, näo ja käte pesemine ning kuivatamine.



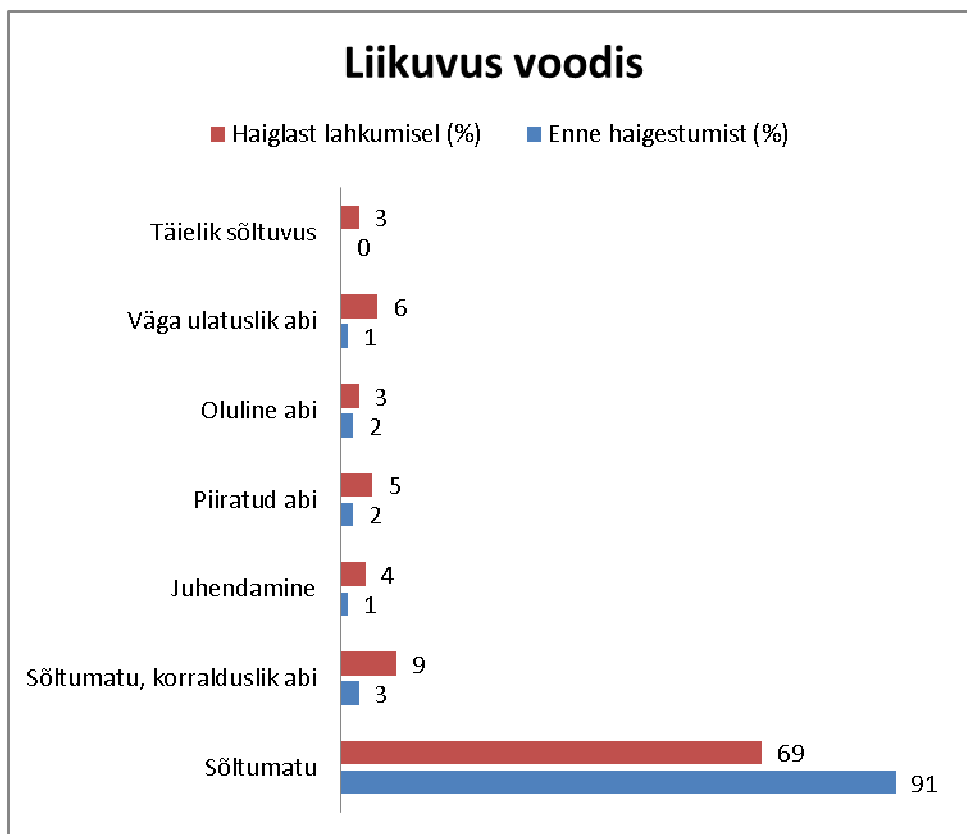
Joonis 31. Kõndimine sama korruse piires.



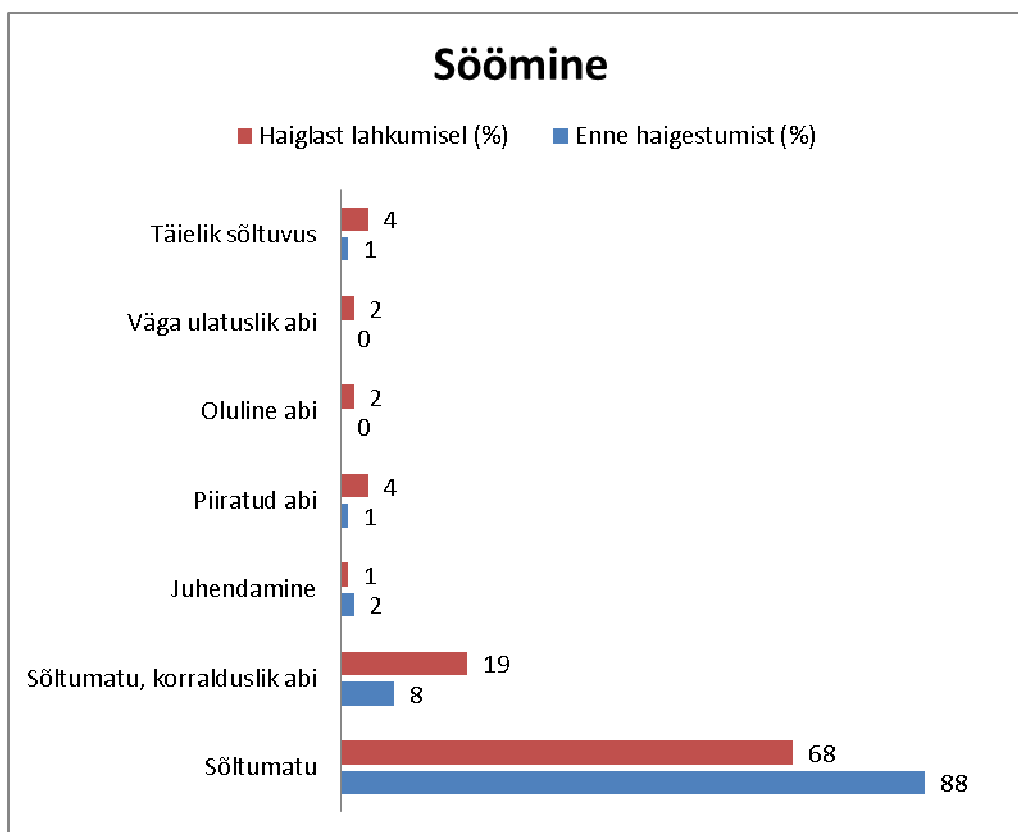
Joonis 32. Siirdumine tualetti: liikumine tualetti või potitoolile ja sealt tagasi.



Joonis 33. Tualeti kasutamine – tualettruumi, potitooli, siibri, uriinipudeli kasutamine, enda puhastamine pärast tualeti kasutamist või pidamatuse episoodi, mähkmete, kateetri ja stoomi kasutamine.



Joonis 34. Liikuvus voodis: pikaliheitmine ja istuma tõusmine, keeramine ja kehaasendi muutmine voodis.



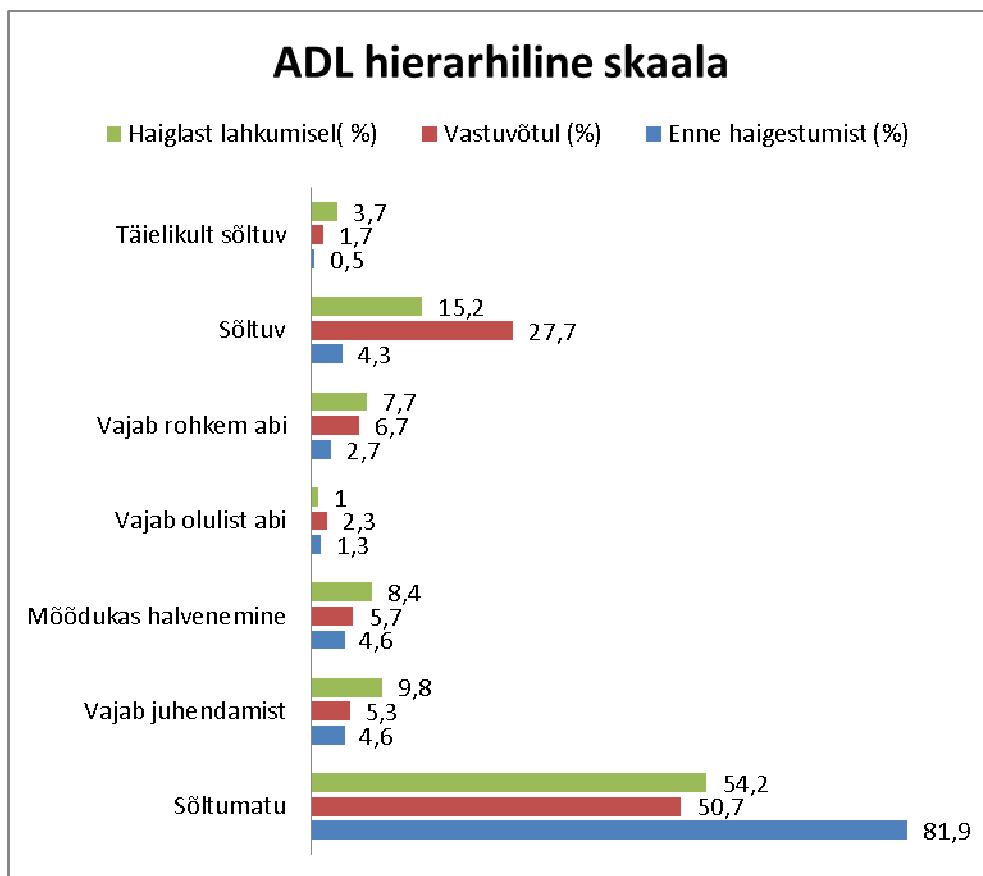
Joonis 35. Söömine sõltumata söömise viisist (ka gastrostoomi kasutamine, sonditoit).

ADL-i hierarhiline skaala näitab eelkõige haiguse tõttu tekkivaid kahjustusi toimetulekus pikema aja vältel. Siin on olulised mõisted „varajaselt probleemsed“, „teises järjekorras probleemsed“ ja „hiliselt probleemsed“. Selle skaala alusel on kasulik isikuid rühmitada ning hinnata vajata vaid teenuseid. Selle juures kasutatakse (ainult) seitset kategooriat. Skaala arvutatakse nelja punkti alusel:

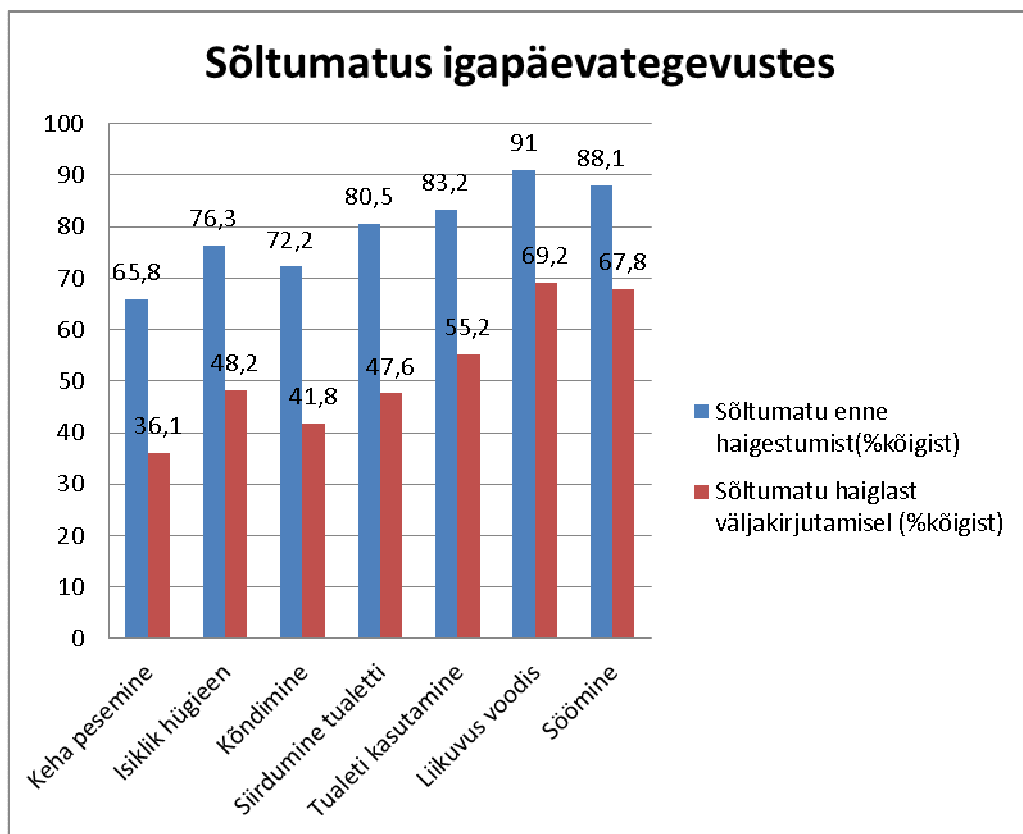
- isiklik hügieen
- kõndimine
- tualeti kasutamine
- söömine.

Suuremad skoorid peegeldavad väiksemat sõltumatust:

- 0 sõltumatu
- 1 vajab juhendamist
- 2 mõõdukalt halvenenud
- 3 vajab olulist abi-1
- 4 vajab olulist abi-2
- 5 sõltuv
- 6 täielikult sõltuv (joonis 36).



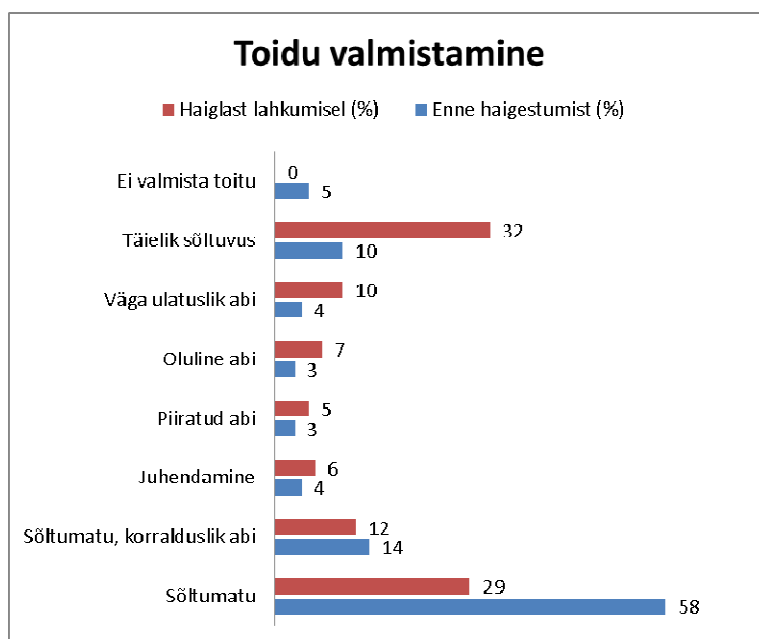
Joonis 36. Igapäevategevuste hierarhilise skaala muutumine: seisund enne haigestumist, haiglasse vastuvõtul ja väljakirjutamisel.



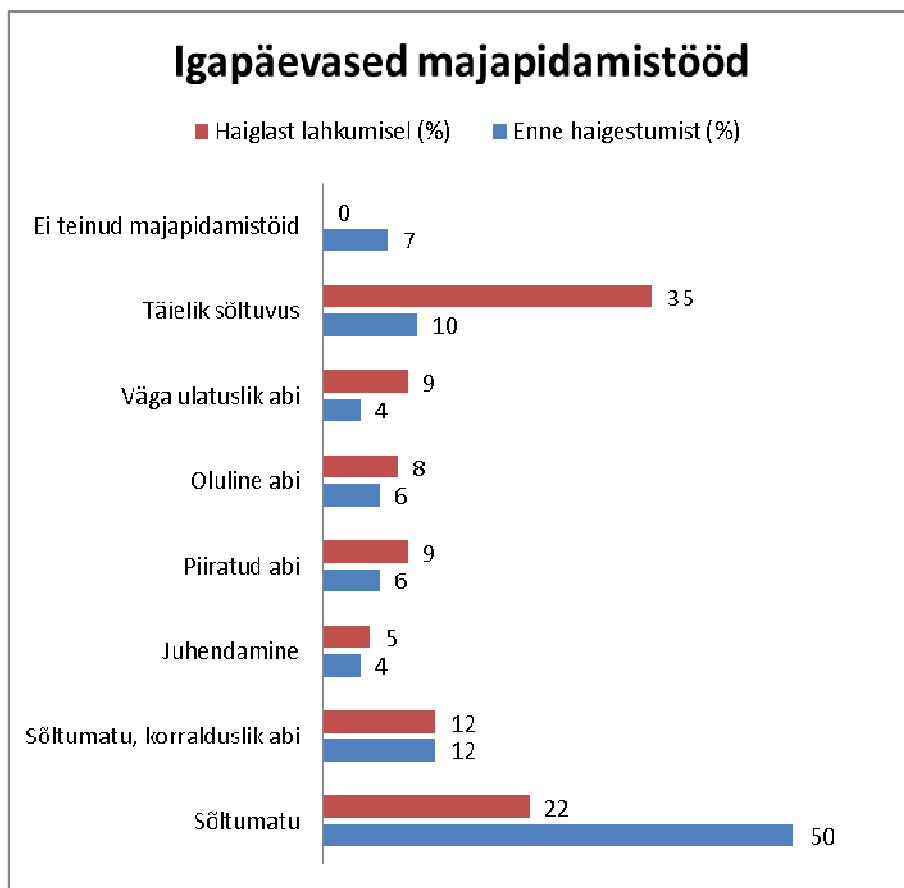
Joonis 37. Sõltumatuse dünaamika erinevate igapäevatoimingute puhul, võrreldes seisundit ägeda haigestumise eel ja haiglast väljakirjutamisel.

Instrumentaalsed igapäevategevused (IADL, *Instrumental Activities of Daily Living*)

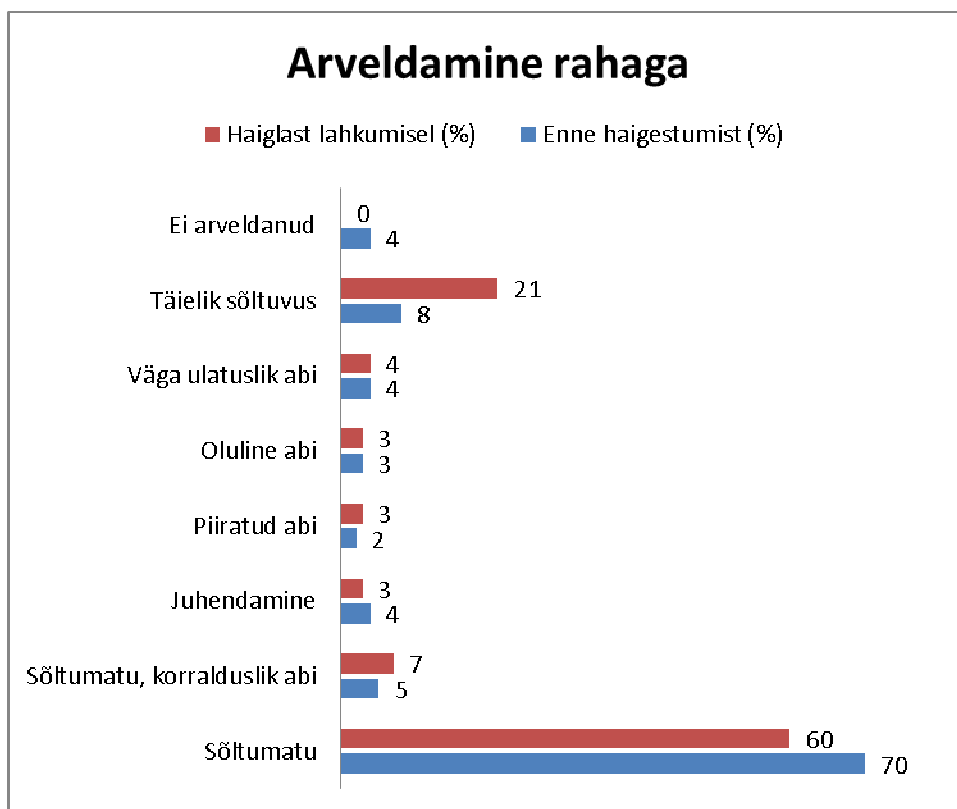
Iseseisva toimetulekuga kõige enam seotud funktsioonide dünaamikat näitavad joonised 38–45.



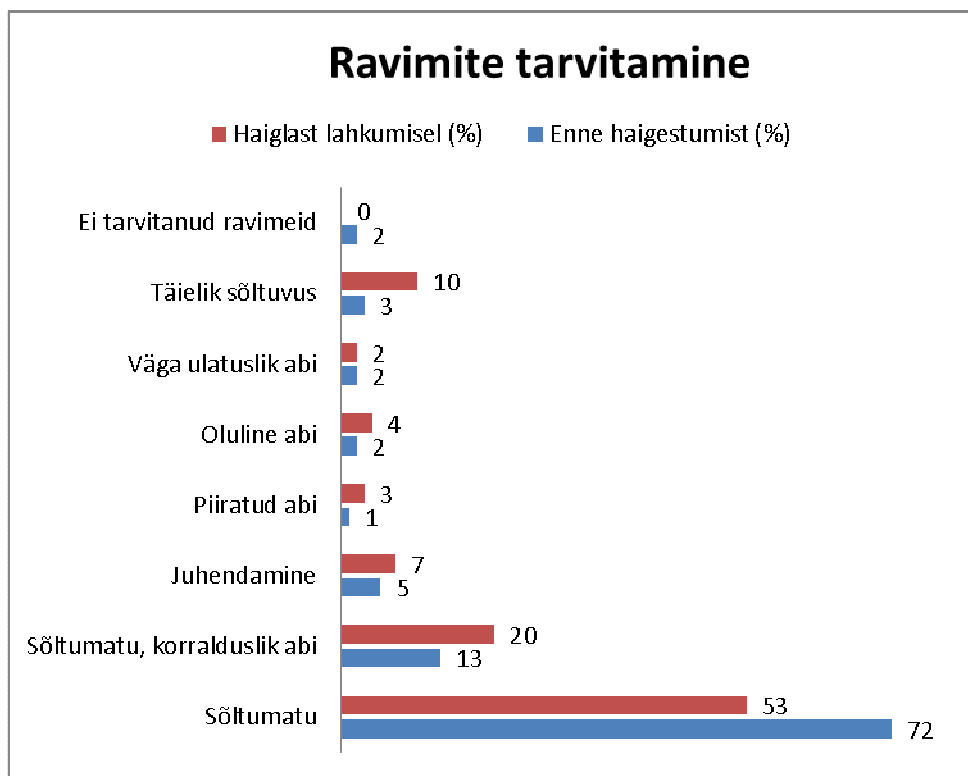
Joonis 38. Toidu valmistamine: söögi valmistamine alates planeerimisest ja koostisainete hankimisest kuni laua katmiseni.



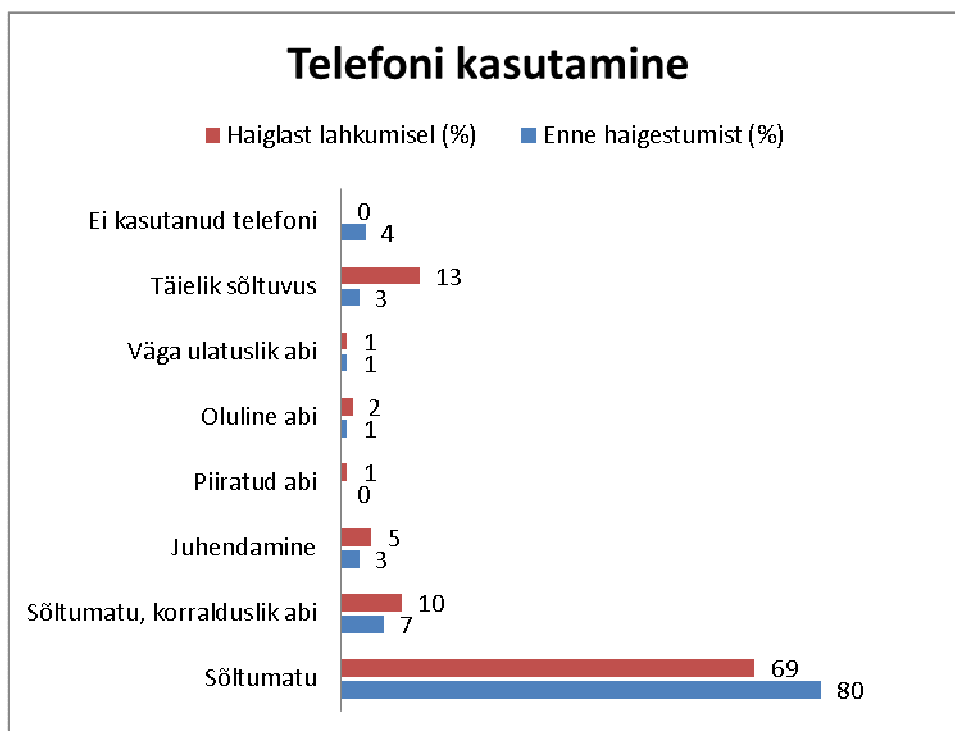
Joonis 39. Igapäevased majapidamistööd: koristamine, pesu pesemine jne.



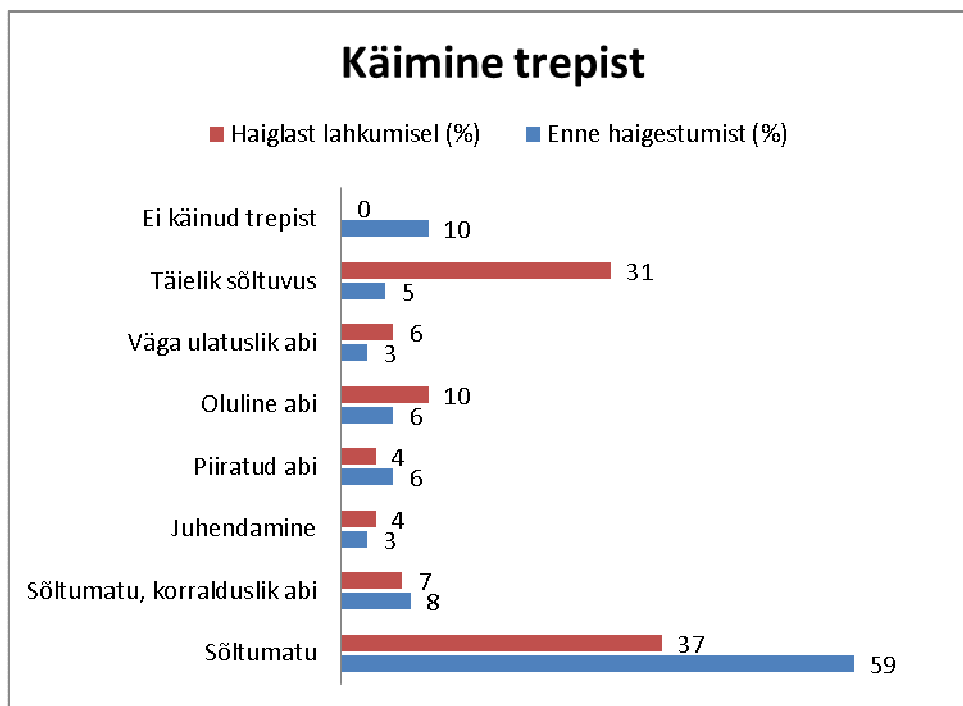
Joonis 40. Rahaga arveldamine: eelarve, arvete maksmine, pangakonto kasutamine.



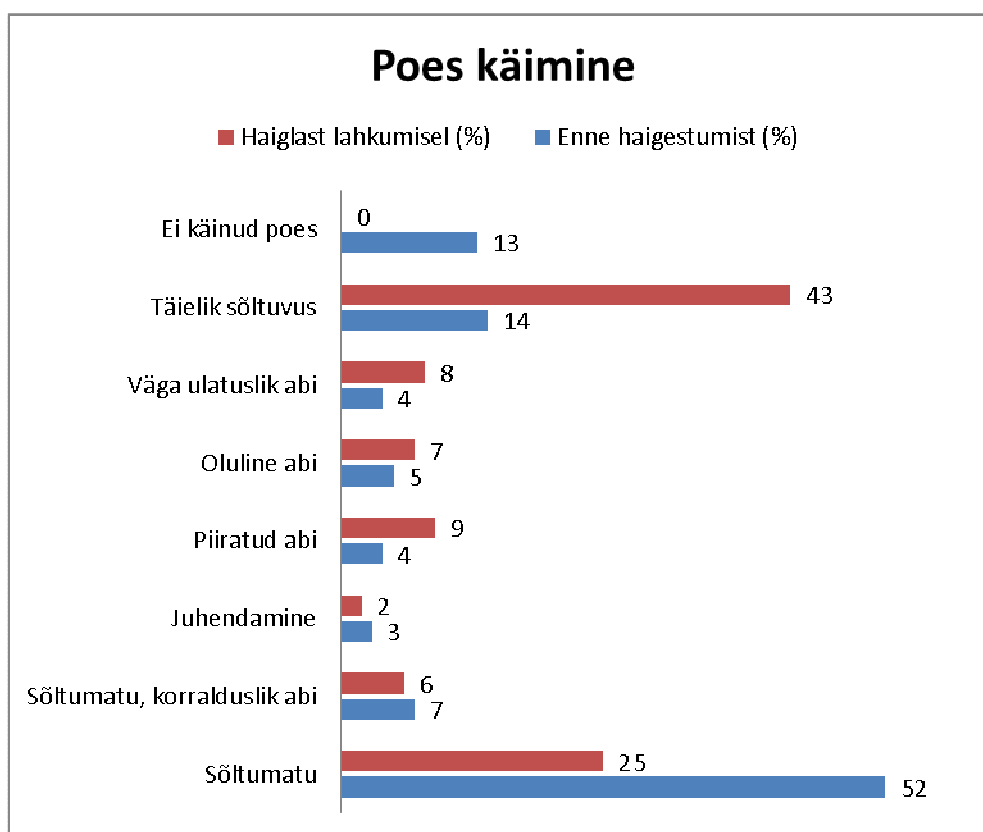
Joonis 41. Ravimite kasutamine: õigete annuste ja õigeaegse tarvitamise meelepidamine, oskavada pakendeid, manustada välispidiseid ravimeid, teha süste.



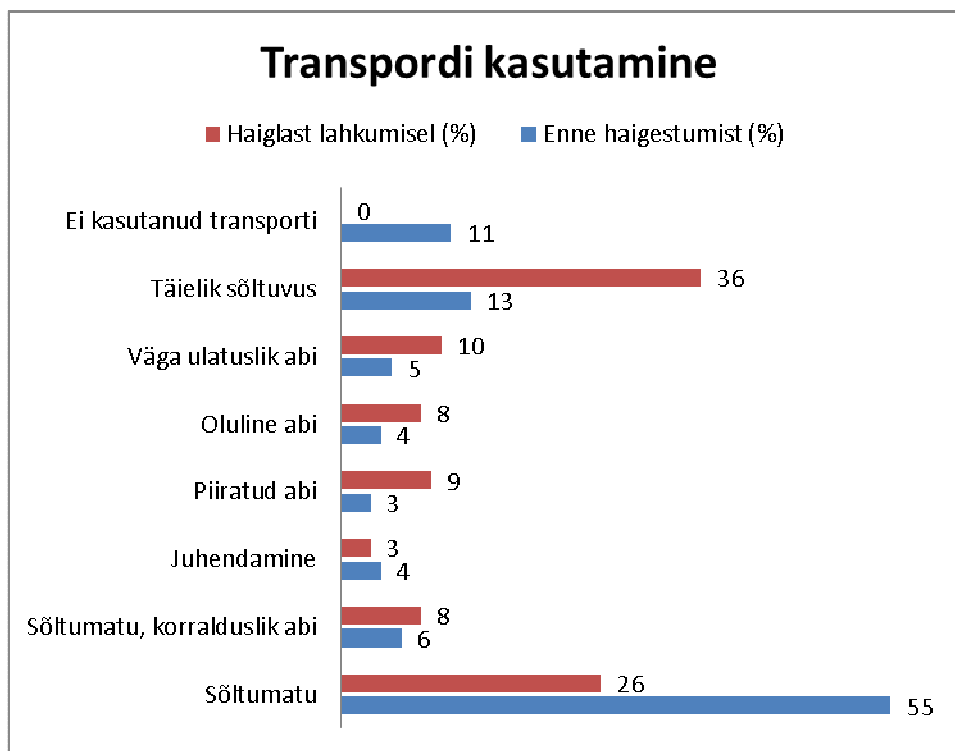
Joonis 42. Telefoni kasutamine: kuidas helistas või vastas kõnele (ka abivahendiga, kui kasutab suurte numbritega telefoni, häälvoimendajat).



Joonis 43. Trepil käimine: liikumine 12–14 astet järjest.



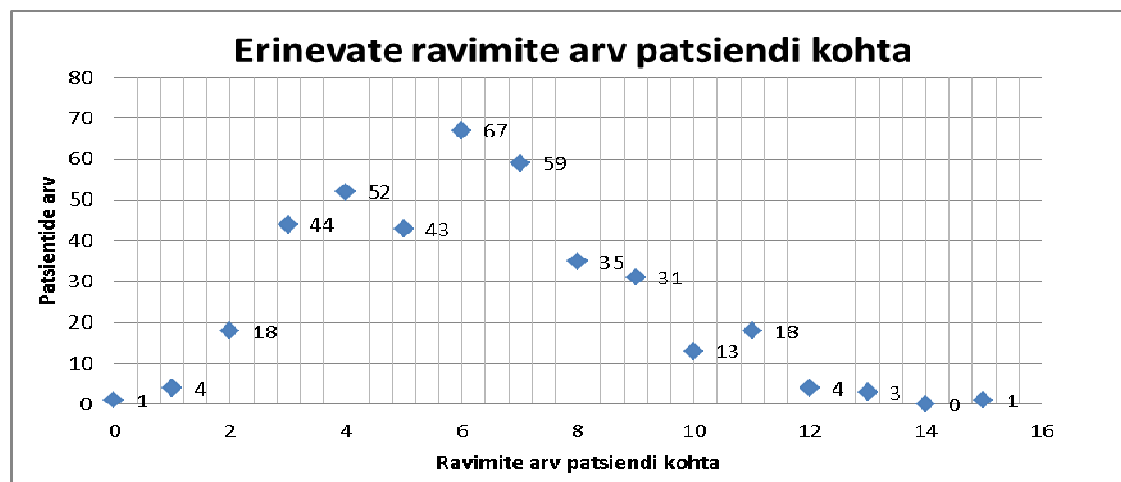
Joonis 44. Poes käimine: toidu ja majapidamistarvete valimine, ostu eest tasumine. Siin ei hinnata liikumise ega transpordi probleeme.



Joonis 45. Transpordi kasutamine: ühistranspordi kasutamine (sõiduplaanid, tasumine) ja/või ise auto või muu transpordivahendiga sõitmine (väljumine majast, sõidukisse sisse ja sealt välja saamine).

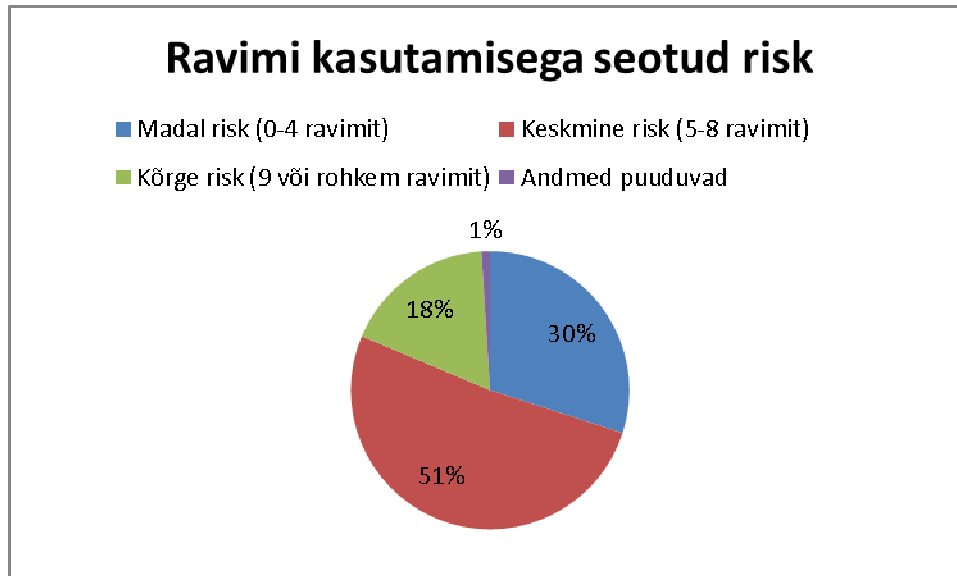
Ravimid

Vananemine muudab ravimite jaotuvust, ainevahetust ja eritumist, mistõttu sageneb ravimite soovimatute kõrvaltoimete sagedus. Paljude haigustega isikutele on enamasti määratud ka arvukalt ravimeid, mis suurendab ravimite omavaheliste soovimatute koostoimete riski. Ravimite tarvitamine eakate (üle 65-aastaste) isikute hulgas on majanduslikult arenenud riikides, sealhulgas Eestis, pidevalt suurenenud. Uuringus osalenud aktiivravipatsiendid tarvitasid haiglast lahkudes keskmiselt kuut nimetust ravimeid, kusjuures paljusid arstimeid oli vaja kasutada rohkem kui üks kord päevas. Ainult üks patsient uuritud 397-st ei tarvitanud haiglast lahkudes ravimeid, ühele patsiendile oli määratud 15 eri ravimit (joonis 46).



Joonis 46. Patsientidele manustatud eri ravimite arv haiglast lahkumisel. Kõige enam (67) on patsiente, kes tarvitasid samal ajal kuut eri ravimit.

Soovimatute kõrval- ja koostoitmete ning vigade hulk ravimite tarvitamisel suureneb eakatel koos preparaatide arvu suurenemisega: isikutel, kes tarvitavad kuni nelja ravimit, on risk madal, 5–8 eri ravimi puhul keskmine ja 9 või enama ravimi kasutajatel kõrge. Uuritud haigetest kuulus kõrge riski rühma peaaegu viiendik ehk 18% (joonis 47). Lisariskiks on ravimid, mille kasutamine või kooskasutamine eakatel ei ole näidustatud, edaspidi on kavas ka selle aspekti analüüs.



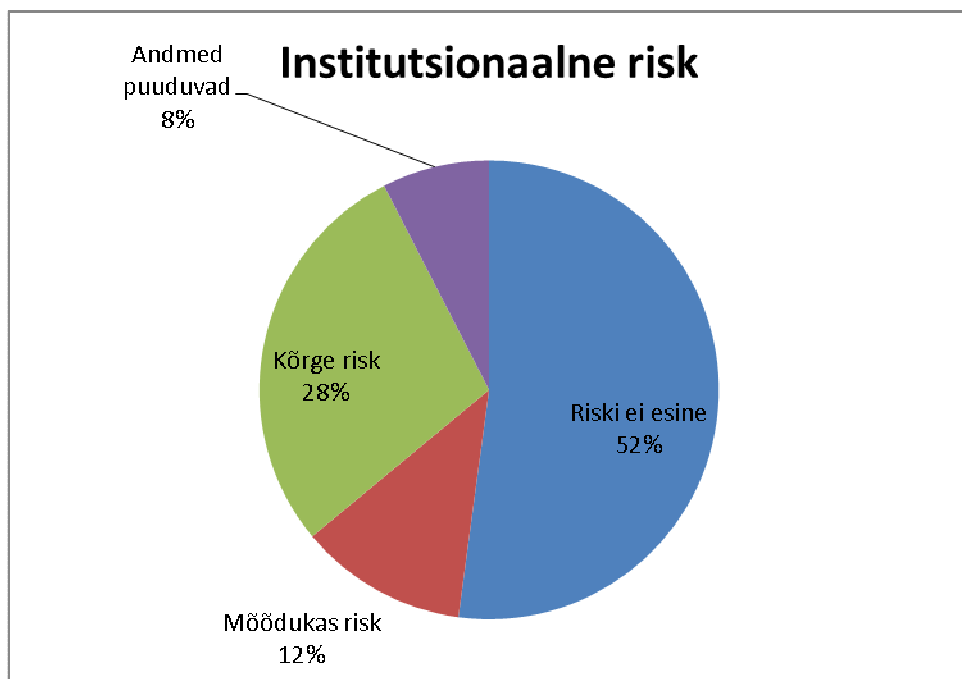
Joonis 47. Ravimite kasutamise seotud riskitasemed haiglaravi järel.

Ravi ja protseduurid väljakirjutamisel

Eespool on käsitletud väljakirjutamisel patsientidele määratud ravimite hulka. Registreeriti ka muude raviviiside hulk peale medikamentoosete. Aktiivravi lõppedes oli planeeritud järgmisi ravimeetmeid (sulgudes patsientide osakaal, %):

- kemoterapia (1%)
- dialüüs (1%)
- intravenoosne infusioonravi (12%)
- hapnikravi (5%)
- aspireerimine (3%)
- trahheekanüüli hooldus (1%)
- haavahooldus (30%)
- toitmine nasogastraalsondiga (6%)
- parenteraalne toitmine (1%)
- füsioteraapia (61%)
- tegevusteraapia (18%)
- logopeedi teenus (4%)
- funktsionaalne rehabilitatsioon (19%)
- psühholoogiline ravi (14%).

InterRAI andmetele toetudes kalkuleeriti peaaegu kolmandiku (28%) patsientide institutsionaalne risk kõrgeks, 12%-l mõõdukaks, riski ei esinenud 52%-l uuritutest. Risk oli kõrgem eakamatel (üle 75-aastastel) patsientidel.



Joonis 48. Institutsionaalne risk hospitaliseeritud patsientidel.

Kliinilise hindamise protokollides (CAPs, *clinical assessment protocols*) kalkuleeritud ajendid mitmesuguste seisundite ja probleemide tekkeks ning sekkumisvajaduseks on esitatud eespool vastavate peatükkide juures. Summaarne riskide esinemine on toodud tabelis 4.

Tabel 4. Eri valdkondade mõjutamise ajendite esinemine aktiivravil viibinud patsientidel, CAP-ide summa tähistab ajendite arvu.

| CAP-ide summa | Patsientide arv | Osakaal (%) |
|---------------|-----------------|-------------|
| 0 | 31 | 8 |
| 1 | 56 | 14 |
| 2 | 61 | 15 |
| 3 | 46 | 12 |
| 4 | 73 | 18 |
| 5 | 67 | 17 |
| 6 | 37 | 9 |
| 7 | 19 | 5 |
| 8 | 6 | 2 |
| 9 | 1 | 0 |

Arutelu ja kokkuvõte

Aktiivravil viibinud patsientide keskmine vanus oli 78,5 aastat, Tartu linna ja maakonna patsientide proportsioon oli vastavuses elanike arvuga vastavates piirkondades ehk nii linnast kui ka maakonnast oli 65-aastaste ja vanemate elanike üldarvust võrdselt 1,6% uuritud. Kaks kolmandikku uuritud patsientidest olid naised, mis vastab samuti ligilähedaselt sama vanuserühma elanikkonna koosseisule piirkonnas. Naispatsiendid olid keskmiselt kaks aastat meespatsientidest vanemad. Valdav osa hospitaliseeritud patsientidest (95%) elas haiglaravi eel oma kodus.

Enamik eakaid elas aktiivravi osakondadesse hospitaliseerimise eel kodus, kus tegutses iseseisvalt või sai toimetulekuks abi, mille maht oli uuritud isikute puhul väga tagasihoidlik. Hospitaliseerimise eel oli koduhooldusteenuseid saanud 9% patsientidest, tugiisik oli olemas 74%-l, tugiisik puudus 24%-l (2% elas hooldekodus). Hospitaliseerimise eel oli üksikutele patsientidele (1% kõigist) toodud koju sooja toitu, koduõendusteenust oli osutatud 2%-le uuritustest, kaks patsienti olid päevakeskuse kliendid. Hospitaliseerimisega kaasneb kriitiline periood, mis ei ole oluline ainult haiguse ja füsioloogiliste tagajärgede tõttu, vaid mõjutab sageli patsiendi toimetulekut ja sõltumatust. Funktsionaalse suutlikkuse vähenemine tähendab muutust isiku võimes sooritada iseseisvaks toimetulekuks vajalikke tegevusi. Institutsionaliseerimise riski vajaduse hindamisel arvestatakse patsiendi haiguseelset sõltumatuse taset, haiglasse võtmise meditsiinilist näidustust, haiglas viibimise ajal tekkivaid meditsiinilisi komplikatsioone, varasema elukoha füüsilist keskkonda, väljakirjutamise ajal olemasolevat mitteformaalse abi määra ja rahalisi kaalutlusi. Haiglaravi järel oli peaaegu pooltel uuritud patsientidest tekkinud institutsionaalne risk. Võimalik, et risk oli osal patsientidest olemas ka haiglaravi eel, kuid see oli hindamata ning võis olla hospitaliseerimise põhjuseks. Arvatavalt suurendas institutsionaliseerimise riski sobivate ambulatoorsete teenuste ja tugisüsteemide puudumine.

Vastavalt varasematele rahvusvahelistele uuringutele on institutsionaliseerimise põhilisteks riskifaktoriteks kognitiivne kahjustus, liikumispuue ja inkontinents.

Eakate hospitaliseeritud patsientide hulgas on kognitiivse seisundi kahjustus tavapärane. Olulisemad tunnetust mõjutavad seisundid on deliirium ja dementsus. Kõige sagedam allakäigu põhjustaja on deliirium, mis võib esineda nii ägeda haigestumise eel mitmesugustel põhjustel tekkinud dementsuse kui ka varasema intaktse kognitiivse funktsiooni foonil. Käitumis- ja suhtlemisprobleemidega (näiteks afaasia, nägemise või kuulmise kahjustusega) isikute puhul on kognitiivset funktsiooni hinnata keerukas, samuti võivad loetletud probleemid ise olla kognitiivse kahjustuse põhjuseks. Eelneva ajukahjustusega isikutel võib kognitiivne allakäik esineda ka ilma deliiriumi nähtudeta. Kognitiivsete võimete halvenemine ohustab isiklikku sõltumatust ning suurendab hooldusasutusse suunamise riski. Samasugune suundumus leidis kinnitust ka esitatud uuringus. Haigestumine ja haiglasse sattumine halvendasid uuritavate patsientide kommunikatsioonivõimet: kui haigestumise eel väljendas ennast raskusteta või väga väheste raskustega 96% patsientidest, siis vastuvõtul oli nende osakaal 93% ning väljakirjutamise ajaks oli see vähenenud 91%-ni – ehk igal kümnendal patsiendil oli haiglast väljakirjutamisel vähenenud võime väljendada või edastada soove, vajadusi, arvamusi, kiireloomulisi probleeme ja pidada vestlust.

Kognitiivsete häirete kõrval võivad suhtlemist halvendada meeleoluhäired, mis on eakate hospitaliseeritud patsientide seas sage nähtus. Depressiooni esinemissagedus aktiivravi patsientidel on varasemates uuringutes olnud 9–50%, sõltudes peale uuritud patsientide struktuuri oluliselt ka uuringu metoodikast. Ärevuse sümptomeid on esinenud kuni veerandil hospitaliseeritud eakatest patsientidest. Meeleoluhäire mõjutab oluliselt haigestumust ja haigustega toimetulekut. Kuigi meeleoluhäired võivad esineda kõigil inimestel, on suurema riskiga need, kellel on varasemalt esinenud meeleoluhäireid, kerge kuni mõõdukas kognitiivne kahjustus, valu ja/või tervise seisundi ebastabiilsust. Kuigi meeleolu muutumine seoses ägeda haiguse või traumaga on tavapärane, on oluline hinnata depressiooni ja ärevuse esinemissagedust ja raskusastet ning igapäevases kliinilises töös koostada vajadusel raviplaan. Sarnaselt varasema uuringu (Eesti eakate tervise ja toimetuleku uuring 2000) tulemustega vähenesid uuritud patsientide meeleoluhäirete esinemissagedused haiglas viibimise ajal, võrreldes hospitaliseerimisele eelnenud ajaga. Selline tulemus ei ole vastavuses varasemate rahvusvaheliste uuringutega, muutuse põhjus vajab täiendavat selgitamist.

Sarnaselt varasemates uuringutes kirjeldatuga süvenesid deliiriumi tunnused (tähelepanu- ja käitumishäired, periooditi segane kõne, vaimse seisundi ebastabiilsus) haiglas olles, sümptomite esinemissagedus jääb siiski madalamaks kui varasemates (väljaspool Eestit tehtud) uuringutes.

Võimalik, et tegemist on ägeda segasusseisundi aladiagnoosimise ja -märkamisega, eriti nn pidurdatusega kulgeva deliiriumi puhul.

Liikumisvõime sõltub põhiliselt patsiendi tervislikust seisundist. Uuringus on iseloomustatud patsientide liikumisvõimet enne haigestumist ja pärast haiglast lahkumist. Küsitletud oli ka liikumisvõime kohta haiglasse vastuvõtul, kuid uurijate hinnangul oli sel juhul liikumisvõime olulisel määral mõjutatud keskkonna tingimustest (viibimine erakorralise meditsiini osakonnas), samuti hospitaliseerimise põhjusest (plaanilisele liigete endoproteesimisele suunatud patsientide liikumisvõime oli haiglasse vastuvõtul valdavalt parem kui ravilt lahkudes). Märkimisväärse hulga patsientide liikuvus halveneb haiguse ja haiglasviibimise tagajärjel olulisel määral, mis mõjutab edasist toimetulekut ning abivajadust.

Hooldusasutusse suunamise sageduselt kolmanda põhjusena märgitakse põie- ja soolepidamatust. Meie uuringus esines inkontinentsi harvem kui varasemates rahvusvahelistes uuringutes, küll aga vastati sageli positiivselt sidemete või mähkmete kasutamise kohta uriini ja/või väljaheite pidamatuse tõttu: enne haigestumist kasutas neid 15,8% uuritud isikutest, haiglaravi järel 27,4%. Mähkmete kasutamine suurenes võrreldes ägeda haigestumise eelse ajaga peaaegu poole võrra, kuid inkontinentsi esinemus ei sagenenud – ilmselt on inkontinents meie kultuuris tabuteema, millest ei taheta ega julgeta rääkida. Abivahendite suurenenud kasutamise järgi võib oletada ka inkontinentsi kui probleemi sagenemist sarnaselt varem teaduskirjanduses avaldatuga. Vastuvõtul kasutati põiekateetrit 15%-l patsientidest, sagedamini naistel, 74% kõigist kateteriseeritutest olid naissoost (uuringus naised 68%). Haiglast lahkumisel kasutati jätkuvalt põiekateetrit 5%-l patsientidest, mis on aktsepteeritav tase, arvestades, et valdav osa kateteriseeritud patsientidest suunati teise raviasutusse, kus spetsialist hindas põie kateteriseerimise vajadust korduvalt.

Oluline ravi ja hoolduse kvaliteedi indikaator on nende patsientide osakaal, kellel haiglaravi vältel on tekkinud lamatishaavand või on halvenenud varem esinenud lamatishaavandi seisund. Hospitaliseerimisel esines lamatishaavand 3%-l patsientidest, haiglast väljakirjutamisel 4%-l. Lamatishaavandite tekke riski suurendab varem esinenud lamatishaavand – uuritud patsientidest oli lamatishaavand anamneesis 5,5%-l.

Kroonilise valu sageda esinemine eakatel nii haiglas kui väljaspool seda ilmneb nii käesolevas uuringus osalenud patsientidel kui ka paljudes varasemates uuringutes. Kuigi haiglaravilt lahkudes oli saavutatud valu esinemissageduse märgatav vähenemine ja valu leevenemine, ei olnud kõik patsiendid haiglast lahkudes valust vabad. Valu dokumenteerimine ja adekvaatne ravi vajavad meditsiinipersonalilt märksa suuremat tähelepanu.

Äge haigestumine või trauma on olulisel määral vähendanud igapäevatoimingutes sõltumatute patsientide hulka: kui haiguse eel oli sõltumatuid 82% uuritud patsientidest, siis haiglasse vastuvõtul on sõltumatuid 50,7%, väljakirjutamise ajaks 54,2%.

Haiglaravi järel suurenes võrreldes haigestumiseelse ajaga sõltuvus kõigis igapäevatoimingutes (ADL, IADL): aktiivravilt väljakirjutamisel vajas keha pesemisel abi 64% patsientidest, rohkem kui pooled vajasid abi hügieenitoimingutes ja tualetti siirdumisel. Vaid 41% uuritutest olid kõndimisel täiesti sõltumatud. Voodis liikuvuses ja söömisel sõltuvate patsientide hulk suurenes haigestumiseelse ajaga võrreldes u 20% võrra, muudes uuritud toimingutes u 30% võrra (joonis 37). Kirjeldatud negatiivsete muutuste tõttu suureneb oluliselt patsientide sõltuvus kõrvalabist, kuid adekvaatse ja piisava rehabilitatsiooniga saaks tekkinud sõltuvust märkimisväärselt vähendada.

Ennetuse vajadus

Kliinilistest ajenditest lähtuvalt on paljude (10–50%) aktiivravil viibinud patsientide puhul vajalikud ennetustegevused järgmistes valdkondades (vt ka võrdlus teiste uuritud isikutega tabelis 2 uuringu üldkokkuvõttes):

- ADL- ja IADL-toimingud
- kukkumine
- valu
- alatoitus
- deliirium
- kognitiivne võimekus
- meeleoluhäired
- teovõime hindamine
- suhtlemine
- kuulmine
- nägemine

C TABELID TULEMUSTEGA interRAI VORMIDE KAUPA

Tabelites on esitatud vastuste jaotuste sagedused %-des kõikide vastuste hulgas (kaasa arvatud puuduvad vastused). Seetõttu on tulemustes mõningaid erinevusi võrreldes analüüsides (B osa) kirjeldatud andmetega – seal esitasime vastuste jaotuse kõigi VASTANUTE vahel. Mõned tulemused on tabelites esitatud keskmise väärtusena koos standarhälbega (SD).

Tabelid ei kajasta kõiki interRAI tunnuseid, valitud said eeskätt need tunnused, mis iseloomustavad teenusesaajate seisundit. Tabelitesse pole lülitatud detailseid andmeid diagnooside, raviprotseduuride ja ravimikasutuse kohta.

Mõnede tunnuste osas on väga palju puuduvaid vastuseid – näiteks polnud rohkem kui pooltel võimalik arvutada kehamassiindeksit (KM), kuna puudusid andmed pikkuse ja/või kaalu kohta. Need lihtsalt mõõdetavad andmed on aga väga olulised alatoitumuse või selle tekkeriski avastamiseks ja edasise sekkumise planeerimiseks. Puuduvate andmete esinemissagedus tunnuste ja teenuseliikide kaupa annab teenuse pakkujatele mõtteainet, kuidas neid lünki tulevikus vähendada. Rutiinse hindamisprotokolli kasutamine, kus on nõutav kõigi väljade täitmine, on üks võimalik meede.

interRAI KH (kontakthindamine)

Andmed on esitatud protsentides (v.a keskmised näitajad) kõigi tulemuste suhtes, kaasa arvatud vastamata juhud.

| | Perearst | Hooldajatoetus | Aktiivravi järel |
|---|------------|----------------|------------------|
| Sugu | | | |
| naine | 71 | 75 | 68 |
| mees | 29 | 25 | 32 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Keskmine vanus aastates (SD) | 75,1 (6,3) | 79,2 (7,3) | 77,4 (7,3) |
| Rahvus | | | |
| eestlane | 82 | 89 | 80 |
| venelane | 16 | 9 | 17 |
| muu | 2 | 1 | 2 |
| vastamata | 0 | 1 | 1 |
| Sõidukijuhiluba | | | |
| on | 28 | 24 | 25 |
| ei ole | 72 | 76 | 75 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Suitsetab | | | |
| ei | 95 | 92 | 92 |
| harilikult iga päev, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1 | 0 | 1 |
| jah | 4 | 8 | 4 |
| vastamata | 0 | 0 | 3 |
| Eeldatav elukoht teenuse ajal | | | |
| oma kodu ilma teenusteta | 97 | 81 | 69 |
| oma kodu koos koduõenduse/-hoolduse teenusega | 1,5 | 12 | 4 |
| füüsilise puudega isikute hoolduskodu | 0 | 0 | 2 |

| | | | |
|---|-----|-----|----|
| vaimupuudega isikute hoolduskodu /vaimse tervise keskus | 0,2 | 0,5 | 0 |
| õenduskodu/õendusabi osakond | 0 | 0 | 3 |
| taastusravihaigla | 0,3 | 0 | 3 |
| aktiivravihaigla | 0 | 0 | 0 |
| muu | 1 | 6,5 | 2 |
| vastamata | 0 | 0 | 17 |
| Elukorraldus | | | |
| üksi | 39 | 42 | 34 |
| koos abikaasa/elukaaslasega | 39 | 26 | 27 |
| koos abikaasa/elukaaslase ja teistega | 7 | 2 | 3 |
| koos lapsega/lastega | 12 | 17 | 14 |
| koos muu(de)ga | 3 | 6 | 7 |
| vastamata | 0 | 7 | 15 |
| Viimane haiglas viibimine | | | |
| ei ole olnud viimase 90 p jooksul | 91 | 86 | 16 |
| 31–90 p tagasi | 5 | 8 | 66 |
| 15–30 p tagasi | 2 | 3 | 8 |
| 8–14 p tagasi | 2 | 1 | 1 |
| viimasel 7 päeval | 0 | 1 | 1 |
| praegu haiglas | 0 | 0 | 5 |
| vastamata | 1 | 1 | 3 |
| Erakorralise meditsiiniabi kasutamine | | | |
| ei ole kasutanud | 90 | 81 | 49 |
| on kasutanud | 10 | 15 | 19 |
| vastamata | 0 | 4 | 32 |
| Kirurgiline abi viimase 90 p jooksul | | | |
| ei | 93 | 95 | 70 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| jah | 6 | 4 | 6 |
| vastamata | 1 | 1 | 4 |
| Määratud ravi | | | |
| ei | 99 | 98 | 94 |
| jah | 1 | 2 | 6 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Esmane mitteametlik abistaja | | | |
| laps/minia/väimees | 42 | 49 | 49 |
| abikaasa/muu oluline inimene | 35 | 14 | 30 |
| muu | 12 | 37 | 13 |
| puudub | 7 | 7 | 5 |
| vastamata | 4 | 3 | 3 |
| Teisene mitteametlik abistaja | | | |
| laps/minia/väimees | 32 | 18 | 28 |
| abikaasa/muu oluline inimene | 7 | 4 | 4 |
| muu | 13 | 30 | 17 |
| puudub | 25 | 22 | 31 |
| vastamata | 23 | 26 | 20 |
| Esmane mitteametlik abiline elab koos abistatavaga | | | |
| ei | 36 | 44 | 39 |
| jah, vähem kui 6 kuud | 2 | 1 | 2 |
| jah, rohkem kui 6 kuud | 12 | 8 | 8 |
| abistaja puudub | 26 | 20 | 29 |
| vastamata | 24 | 27 | 22 |
| Mitteametlik abistaja väljendab stressi/viha/depressiooni | | | |
| ei | 91 | 84 | 85 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| jah | 7 | 15 | 10 |
| vastamata | 2 | 1 | 5 |
| Perekond/lähedased väljendavad ülekoormust isiku haiguse tõttu | | | |
| ei | 90 | 89 | 86 |
| jah | 8 | 9 | 9 |
| vastamata | 2 | 2 | 5 |
| Kognitiivsed oskused igapäevaelu otsuste tegemisel | | | |
| sõltumatu | 82 | 62 | 67 |
| peaaegu sõltumatu | 13 | 25 | 16 |
| minimaalselt halvenenud | 3 | 10 | 10 |
| mõõdukalt halvenenud | 1 | 0 | 4 |
| oluliselt halvenenud | 1 | 3 | 3 |
| ei ole teadvusel | 0 | 0 | 0 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Muutused igapäevaste otsuste tegemises võrreldes 90 p taguse ajaga | | | |
| paranenud | 5 | 5 | 34 |
| muutusi ei ole | 74 | 52 | 52 |
| halvenenud | 19 | 41 | 10 |
| ei saa hinnata | 1 | 0 | 1 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Võime teistest aru saada | | | |
| saab aru | 89 | 77 | 82 |
| tavaliselt saab aru | 9 | 17 | 14 |
| sageli saab aru | 2 | 4 | 2 |
| mõnikord saab aru | 0 | 2 | 1 |
| harva saab aru/mitte kunagi ei saa aru | 0 | 0 | 1 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Igapäevaste elutegevuste (ADL-toimingute) sooritamine | | | |
| • Pesemine | | | |
| sõltumatu | 85 | 33 | 69 |
| juhendamine või füüsiline abi | 15 | 67 | 31 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Isiklik hügieen | | | |
| sõltumatu | 95 | 64 | 86 |
| juhendamine või füüsiline abi | 5 | 36 | 24 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Alakeha riietamine | | | |
| sõltumatu | 87 | 56 | 79 |
| juhendamine või füüsiline abi | 13 | 44 | 21 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Liikumine | | | |
| sõltumatu | 85 | 36 | 76 |
| juhendamine või füüsiline abi | 15 | 64 | 24 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Instrumentaalsete igapäevatoimingute (IADL) sooritamine | | | |
| • Toidu valmistamine | | | |
| sõltumatu või korralduslik abi | 85 | 36 | 64 |
| juhendamine või iga muu abi | 15 | 62 | 34 |
| vastamata | 0 | 2 | 2 |
| • Igapäevased majapidamistööd | | | |
| sõltumatu või korralduslik abi | 75 | 25 | 54 |
| juhendamine või iga muu abi | 25 | 73 | 44 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| vastamata | | 2 | 2 |
| • Ravimite kasutamine | | | |
| sõltumatu või korralduslik abi | 92 | 75 | 79 |
| juhendamine või iga muu abi | 7 | 23 | 18 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| • Trepil käimine | | | |
| sõltumatu või korralduslik abi | 69 | 21 | 53 |
| juhendamine või iga muu abi | 24 | 69 | 31 |
| vastamata | 7 | 10 | 16 |
| • IADL-i seisundi muutus võrreldes 90 p taguse ajaga | | | |
| paranenud | 6 | 3 | 43 |
| muutusi ei ole | 68 | 47 | 36 |
| halvenenud | 24 | 45 | 16 |
| ei saa hinnata | 1 | 1 | 1 |
| vastamata | 1 | 3 | 4 |
| Esineb ebastabiilseid seisundeid | | | |
| ei | 70 | 32 | 55 |
| jah | 29 | 24 | 43 |
| vastamata | 1 | 44 | 2 |
| Kogeb ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme | | | |
| ei | 45 | 51 | 43 |
| jah | 53 | 45 | 54 |
| vastamata | 2 | 4 | 3 |
| Tervise enesehinnang | | | |
| suurepärane | 1 | 1 | 2 |
| hea | 11 | 2 | 22 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| keskmine | 59 | 36 | 42 |
| halb | 29 | 60 | 26 |
| ei saa/taha vastata | 1 | 1 | 8 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| On tundnud kurbust/masendust/lootusetust viimase 3 p jooksul | | | |
| ei | 32 | 50 | 28 |
| jah | 65 | 45 | 64 |
| ei saa/taha vastata | 2 | 3 | 6 |
| vastamata | 1 | 2 | 2 |
| Tervise seisundid | | | |
| Õhupuudus | | | |
| puudub | 56 | 44 | 73 |
| esineb mõõdukal tegevusel | 26 | 16 | 16 |
| esineb tavalisel igapäevasel tegevusel | 12 | 16 | 5 |
| esineb rahuolekus | 6 | 23 | 6 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Kukkumised | | | |
| on esinenud üks või rohkem viimase 90 p jooksul | 16 | 37 | 20 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Pearinglus | | | |
| ei | 51 | 30 | 64 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 20 | 14 | 18 |
| jah | 28 | 54 | 15 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Valu rinnus viimase 3 p jooksul | | | |
| ei | 66 | 46 | 76 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 17 | 18 | 13 |
| jah | 16 | 34 | 8 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Perifeersed tursed viimase 3 p jooksul | | | |
| ei | 67 | 50 | 74 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 12 | 7 | 10 |
| jah | 20 | 41 | 13 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Valu | | | |
| ei ole olnud | 28 | 16 | 48 |
| on, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 24 | 12 | 15 |
| esines 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 16 | 20 | 16 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 32 | 50 | 18 |
| vastamata | 0 | 2 | 3 |
| Valu tugevus kõige tugevama valuepisoodi ajal | | | |
| valu ei ole | 27 | 16 | 48 |
| nõrk valu | 15 | 8 | 13 |
| mõõdukas valu | 39 | 32 | 21 |
| tugev valu | 15 | 23 | 12 |
| kohati väga tugev/piinav valu | 3 | 19 | 3 |
| vastamata | 1 | 2 | 3 |
| Viimasel 3 päeval oluline toidu/jooigi tarbimise langus | | | |
| ei | 96 | 92 | 92 |
| jah | 4 | 8 | 6 |
| vastamata | 0 | 0 | 2 |
| Kaalulangus (30 p jooksul vähemalt 5% või 180 p jooksul 10%) | | | |

| | | | |
|--|----|----|----|
| ei | 93 | 88 | 86 |
| jah | 7 | 12 | 12 |
| vastamata | 0 | 0 | 2 |
| Spetsiaalne dieet | | | |
| ei | 86 | 89 | 89 |
| jah | 14 | 11 | 8 |
| vastamata | 0 | 0 | 3 |
| Lamatishaavandid | | | |
| ei | 97 | 93 | 94 |
| nahapunetus | 2 | 5 | 2 |
| nahaterviklikkuse häire | 0 | 1 | 1 |
| vastamata | 1 | 1 | 3 |
| Ulatuslikud nahaprobleemid (kirurgilised haavad, põletused jmt) | | | |
| ei | 98 | 89 | 92 |
| jah | 2 | 11 | 6 |
| vastamata | 0 | 0 | 2 |
| Raviotseduurid viimase 3 p jooksul | | | |
| Püsikateeter | | | |
| ei | 99 | 99 | 94 |
| määratud, kuid ei rakendata | 0 | 0 | 0 |
| 1–2 päeval | 0 | 0 | 0 |
| iga päev | 0 | 1 | 2 |
| vastamata | 1 | 1 | 4 |
| I/V ravi | | | |
| määratud, kuid ei rakendata | 0 | 0 | 0 |
| 1–2 päeval | 0 | 0 | 1 |
| iga päev | 0 | 0 | 2 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| vastamata | 1 | 2 | 1 |
| Hapnikravi | | | |
| määratud, kuid ei rakendata | 0 | 1 | 0 |
| 1–2 päeval | 0 | 0 | 0 |
| iga päev | 0 | 0 | 1 |
| vastamata | 1 | 1 | 5 |
| Haavahooldus | | | |
| määratud, kuid ei rakendata | 0 | 1 | 1 |
| 1–2 päeval | 1 | 1 | 1 |
| iga päev | 1 | 4 | 4 |
| vastamata | 1 | 1 | 4 |
| Teenuste vajadus | | | |
| Teenuse vajadus (professionaali hinnang) | | | |
| ei | 46 | 2 | 44 |
| jah | 47 | 95 | 45 |
| vastamata | 7 | 3 | 11 |
| Lühiajaliste teenuste vajadus | | | |
| ei | 15 | 79 | 17 |
| jah | 5 | 8 | 24 |
| vastamata | 80 | 13 | 59 |
| Täieliku hindamise vajadus | | | |
| ei | 8 | 81 | 9 |
| jah | 11 | 5 | 32 |
| vastamata | 81 | 14 | 59 |
| Teenuste rakendamise vajadus | | | |
| õendusabi | 17 | 8 | 31 |
| isiklik abi/koduhooldus | 28 | 93 | 58 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| füsioteraapia | 52 | 8 | 75 |
| tegevusteraapia | 8 | 2 | 29 |
| dieedialane nõustamine | 13 | 3 | 18 |
| laborat. teenus, abivahend, med. seade | 32 | 12 | 25 |
| majutusteenus/asutushooldus | 1 | 1 | 16 |
| sotsiaalnõustamine/-abi | 8 | 28 | 39 |
| logopeediline teraapia | 0 | 1 | 3 |
| muu | 15 | 3 | 10 |

interRAI KO (koduõendus/koduhooldus)

Andmed on esitatud protsentides (v.a keskmised näitajad) kõigi tulemuste suhtes, kaasa arvatud vastamata juhud.

| | Koduõendus | Koduhooldus |
|---|------------|-------------|
| Sugu | | |
| naine | 63,50 | 84,05 |
| mees | 36,50 | 15,95 |
| vastamata | 0 | 0 |
| Keskmine vanus aastates (SD) | 81,1 (7,5) | 81,4 (7,09) |
| Rahvus | | |
| eestlane | 77,37 | 92,15 |
| venelane | 14,23 | 6,08 |
| muu | 3,65 | 1,27 |
| vastamata | 36,13 | 1,77 |
| Autojuhtimine viimase 90 p jooksul | | |
| ei | 95,62 | 98,48 |
| jah | 2,92 | 1,27 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| Kui juhtis sõidukit viimasel ajal – peaks piirama või lõpetama | | |
| ei või ei juhi sõidukit | 97,45 | 96,71 |
| jah | 0,73 | 0,76 |
| vastamata | 1,82 | 2,53 |
| Suitsetamine | | |
| ei | 92,34 | 93,92 |
| harilikult iga päev, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,36 | 0,25 |
| jah | 5,84 | 5,57 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| Alkoholi tarbimine viimase 14 p jooksul | | |

| | | |
|---|-------|-------|
| ei | 91,61 | 95,44 |
| 1 drink | 4,01 | 1,27 |
| 2–4 drinki | 2,55 | 2,03 |
| 5 või rohkem drinki | 0,36 | 1,01 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| Tavaline elukoht | | |
| oma kodu ilma koduteenusteta | 26,28 | 9,62 |
| oma kodu koos koduõenduse/-hoolduse teenusega | 69,71 | 87,09 |
| füüsilise puudega isikute hoolduskodu | 2,19 | 0,00 |
| vaimupuudega isikute hoolduskodu /vaimse tervise keskus | 0,73 | 0,51 |
| õenduskodu/õendusabi osakond | 0,00 | 0,00 |
| muu | 0,73 | 2,53 |
| vastamata | 0,36 | 0,25 |
| Elukorraldus | | |
| üksi | 36,86 | 77,47 |
| koos abikaasa/elukaaslasega | 28,83 | 15,70 |
| koos abikaasa/elukaaslase ja teistega | 6,20 | 1,27 |
| koos lapsega/lastega | 19,71 | 3,04 |
| koos muu(de)ga | 8,39 | 2,03 |
| vastamata | 0,00 | 0,51 |
| Haiglas viibimine viimase 90 p jooksul | | |
| ei ole viibinud | 66,42 | 86,58 |
| jah | 32,85 | 12,66 |
| vastamata | 0,73 | 0,76 |
| Erakorralise meditsiiniabi kasutamine | | |
| ei ole kasutanud | 63,14 | 91,65 |
| on kasutanud | 24,45 | 8,10 |

| | | |
|--|-------|-------|
| vastamata | 12,41 | 0,25 |
| Füüsiline tõkestamine | | |
| ei | 95,99 | 99,49 |
| jah | 2,55 | 0,25 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| Mitteformaalne abi (omastehooldus) | | |
| • Esmane mitteametlik abistaja | | |
| laps/minia/väimees | 45,62 | 27,34 |
| abikaasa/muu oluline inimene | 23,72 | 7,59 |
| muu | 19,34 | 28,35 |
| puudub | 8,39 | 35,44 |
| vastamata | 2,92 | 1,27 |
| • Teisene mitteametlik abistaja | | |
| laps/minia/väimees | 31,75 | 9,87 |
| abikaasa/muu oluline inimene | 5,47 | 1,27 |
| muu | 22,26 | 23,04 |
| puudub | 31,39 | 63,04 |
| vastamata | 9,12 | 2,78 |
| • Esmane mitteametlik abiline elab koos abistatavaga | | |
| ei | 39,78 | 52,66 |
| jah, vähem kui 6 kuud | 6,57 | 1,27 |
| jah, rohkem kui 6 kuud | 43,07 | 9,62 |
| abistaja puudub | 7,3 | 35,19 |
| vastamata | 3,28 | 1,27 |
| • Mitteametlik abistaja ei suuda jätkata hoolitsemist | | |
| ei | 90,51 | 83,29 |
| jah | 6,93 | 6,58 |

| | | |
|---|-------|-------|
| vastamata | 2,55 | 10,13 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mitteametlik abistaja väljendab stressi/viha/depressiooni | | |
| ei | 87,23 | 86,08 |
| jah | 10,58 | 3,54 |
| vastamata | 2,19 | 10,38 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Perekond/lähedased väljendavad ülekoormust isiku haiguse tõttu | | |
| ei | 89,42 | 85,82 |
| jah | 8,39 | 3,54 |
| vastamata | 2,19 | 10,63 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Eestkoste või seaduslik järelevalvaja | | |
| ei | 83,21 | 97,97 |
| jah | 9,12 | 0,51 |
| vastamata | 7,66 | 1,52 |
| Kodune keskkond | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Remonti vajav kodu | | |
| ei | 82,85 | 92,66 |
| jah | 15,33 | 7,09 |
| vastamata | 1,82 | 0,25 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Räpane seisukord | | |
| ei | 93,07 | 94,94 |
| jah | 5,11 | 4,56 |
| vastamata | 1,82 | 0,51 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ebapiisav jahutus või küte | | |
| ei | 89,78 | 93,16 |
| jah | 8,39 | 6,33 |
| vastamata | 1,82 | 0,51 |

| | | |
|--|-------|-------|
| • Vähene isiklik turvalisus | | |
| ei | 95,26 | 97,22 |
| jah | 2,92 | 2,28 |
| vastamata | 1,82 | 0,51 |
| • Piiratud juurdepääs koju või ruumidesse | | |
| ei | 82,48 | 85,06 |
| jah | 15,33 | 14,43 |
| vastamata | 2,19 | 0,51 |
| Rahanappuse tõttu on teinud olulisi piiranguid 30 p jooksul | | |
| ei | 92,34 | 84,81 |
| jah | 7,30 | 14,18 |
| vastamata | 0,36 | 1,01 |
| Üksildus | | |
| ei | 57,66 | 57,97 |
| jah | 40,15 | 41,77 |
| vastamata | 2,19 | 0,25 |
| Aeg, mil isik on päevaajal üksinda | | |
| vähem kui 1 tund | 17,88 | 25,06 |
| 1–2 tundi | 11,68 | 5,82 |
| 2–8 tundi | 25,91 | 8,86 |
| 8 tundi või rohkem | 41,97 | 60,25 |
| vastamata | 2,55 | 0,00 |
| Kognitiivne seisund | | |
| • Kognitiivsed oskused igapäevaelu otsuste tegemisel | | |
| sõltumatu | 51,09 | 81,01 |
| peaaegu sõltumatu | 21,17 | 11,39 |
| minimaalselt halvenenud | 11,31 | 4,30 |

| | | |
|---|-------|-------|
| mõõdukalt halvenenud | 5,84 | 1,52 |
| oluliselt halvenenud | 8,39 | 0,76 |
| ei ole teadvusel | 1,46 | 0,00 |
| vastamata | 0,73 | 1,01 |
| <ul style="list-style-type: none"> Muutused igapäevaste otsuste tegemises võrreldes 90 p taguse ajaga | | |
| paranenud | 3,65 | 4,56 |
| muutusi ei ole | 73,72 | 88,10 |
| halvenenud | 13,87 | 3,54 |
| ei saa hinnata | 6,93 | 2,28 |
| vastamata | 1,82 | 1,52 |
| Mälu | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Sõnaline lähimälu | | |
| mälu korras | 63,14 | 71,14 |
| mäluprobleemid | 35,40 | 28,61 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| <ul style="list-style-type: none"> Protseduuriline mälu | | |
| mälu korras | 68,98 | 91,39 |
| mäluprobleemid | 29,20 | 8,61 |
| vastamata | 1,82 | 0,00 |
| <ul style="list-style-type: none"> Situatsiooniline mälu | | |
| mälu korras | 80,66 | 91,90 |
| mäluprobleemid | 17,52 | 8,10 |
| vastamata | 1,82 | 0,00 |
| <ul style="list-style-type: none"> Vaimse seisundi akuutne muutus võrreldes tavalisega | | |
| ei | 88,69 | 93,16 |
| jah | 9,85 | 6,33 |
| vastamata | 1,46 | 0,51 |

| | | |
|--|-------|-------|
| Suhtlemine ja nägemine | | |
| • Enese arusaadavaks tegemine | | |
| arusaadav | 60,22 | 83,54 |
| tavaliselt arusaadav | 22,99 | 13,16 |
| sageli arusaadav | 7,30 | 2,28 |
| mõnikord arusaadav | 5,11 | 0,51 |
| harva/mitte kunagi arusaadav | 2,92 | 0,00 |
| vastamata | 1,46 | 0,51 |
| • Võime teistest aru saada | | |
| saab aru | 63,87 | 85,57 |
| tavaliselt saab aru | 22,26 | 12,91 |
| sageli saab aru | 5,11 | 0,76 |
| mõnikord saab aru | 6,20 | 0,51 |
| harva saab aru/mitte kunagi ei saa aru | 0,73 | 0,00 |
| vastamata | 1,82 | 0,25 |
| • Kuulmine | | |
| normaalne | 37,59 | 57,47 |
| minimaalsed raskused | 45,26 | 27,09 |
| mõõdukad raskused | 10,58 | 10,89 |
| olulised raskused | 4,38 | 4,05 |
| kurt | 0,73 | 0,25 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • Nägemine | | |
| normaalne | 25,91 | 36,71 |
| veidi halvenenud | 47,08 | 39,75 |
| mõõdukalt halvenenud | 20,07 | 16,71 |
| oluliselt halvenenud | 4,38 | 5,06 |

| | | |
|--|-------|-------|
| pime | 1,09 | 1,77 |
| vastamata | 1,46 | 0,00 |
| Igapäevaste elutegevuste (ADL-toimingute) sooritamine | | |
| • Keha pesemine | | |
| sõltumatu | 32,85 | 59,75 |
| korralduslik abi | 12,41 | 6,33 |
| juhendamine | 4,01 | 4,81 |
| piiratud abi | 7,30 | 5,06 |
| oluline abi | 5,47 | 7,59 |
| väga ulatuslik abi | 9,85 | 5,57 |
| täielik sõltuvus | 25,55 | 3,29 |
| toimingut ei esinenud | 2,55 | 7,59 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| • Isiklik hügieen | | |
| sõltumatu | 57,30 | 86,33 |
| korralduslik abi | 9,49 | 3,04 |
| juhendamine | 2,55 | 3,29 |
| piiratud abi | 5,11 | 1,27 |
| oluline abi | 5,11 | 2,78 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 2,03 |
| täielik sõltuvus | 17,52 | 1,27 |
| toimingut ei esinenud | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| • Ülakeha riietamine | | |
| sõltumatu | 58,03 | 89,87 |
| korralduslik abi | 9,49 | 2,03 |
| juhendamine | 1,46 | 2,28 |

| | | |
|-----------------------------|-------|-------|
| piiratud abi | 5,84 | 2,53 |
| oluline abi | 3,28 | 1,52 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 1,27 |
| täielik sõltuvus | 18,61 | 0,25 |
| toimingut ei esinenud | 0,00 | 0,25 |
| vastamata | 0,36 | 0,00 |
| • Alakeha riietamine | | |
| sõltumatu | 56,20 | 88,10 |
| korralduslik abi | 7,66 | 3,29 |
| juhendamine | 2,19 | 2,28 |
| piiratud abi | 6,20 | 2,03 |
| oluline abi | 4,38 | 2,03 |
| väga ulatuslik abi | 3,28 | 1,27 |
| täielik sõltuvus | 20,07 | 0,25 |
| toimingut ei esinenud | 0,00 | 0,76 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| • Kõndimine | | |
| sõltumatu | 62,04 | 74,68 |
| korralduslik abi | 5,11 | 12,66 |
| juhendamine | 0,73 | 1,01 |
| piiratud abi | 2,55 | 2,53 |
| oluline abi | 1,82 | 2,03 |
| väga ulatuslik abi | 2,19 | 2,03 |
| täielik sõltuvus | 7,66 | 1,77 |
| toimingut ei esinenud | 16,79 | 2,03 |
| vastamata | 1,09 | 1,27 |
| • Liikumine | | |

| | | |
|------------------------------|-------|-------|
| sõltumatu | 60,95 | 75,44 |
| korralduslik abi | 8,03 | 12,15 |
| juhendamine | 0,73 | 1,01 |
| piiratud abi | 2,55 | 3,29 |
| oluline abi | 2,19 | 2,53 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 2,28 |
| täielik sõltuvus | 9,49 | 1,01 |
| toimingut ei esinenud | 11,31 | 1,52 |
| vastamata | 1,82 | 0,76 |
| • Siirdumine tualetti | | |
| sõltumatu | 65,33 | 85,57 |
| korralduslik abi | 6,20 | 8,61 |
| juhendamine | 1,46 | 0,76 |
| piiratud abi | 2,19 | 1,27 |
| oluline abi | 2,19 | 1,27 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 1,01 |
| täielik sõltuvus | 8,76 | 0,51 |
| toimingut ei esinenud | 10,95 | 0,25 |
| vastamata | 0,00 | 0,76 |
| • Tualeti kasutamine | | |
| sõltumatu | 67,52 | 87,85 |
| korralduslik abi | 5,84 | 7,34 |
| juhendamine | 2,19 | 0,51 |
| piiratud abi | 1,82 | 1,01 |
| oluline abi | 1,82 | 1,27 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 0,51 |
| täielik sõltuvus | 12,41 | 0,51 |

| | | |
|--|-------|-------|
| toimingut ei esinenud | 5,47 | 0,25 |
| vastamata | 0,00 | 0,76 |
| • Liikuvus voodis | | |
| sõltumatu | 76,64 | 94,18 |
| korralduslik abi | 2,55 | 3,04 |
| juhendamine | 1,46 | 0,25 |
| piiratud abi | 2,19 | 0,76 |
| oluline abi | 2,92 | 0,25 |
| väga ulatuslik abi | 3,28 | 0,51 |
| täielik sõltuvus | 9,85 | 0,00 |
| toimingut ei esinenud | 0,73 | 0,00 |
| vastamata | 0,36 | 1,01 |
| • Söömine | | |
| sõltumatu | 76,28 | 95,19 |
| korralduslik abi | 5,11 | 2,53 |
| juhendamine | 2,55 | 0,25 |
| piiratud abi | 2,19 | 0,76 |
| oluline abi | 2,19 | 0,00 |
| väga ulatuslik abi | 2,55 | 0,25 |
| täielik sõltuvus | 8,76 | 0,00 |
| toimingut ei esinenud | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 0,36 | 1,01 |
| • ADL-seisundi muutus võrreldes 90 p taguse ajaga | | |
| paranenud | 0,00 | 0,00 |
| muutusi ei ole | 5,08 | 16,68 |
| halvenenud | 3,44 | 2,60 |
| ei saa hinnata | 3,97 | 5,61 |

| | | |
|--|-------|-------|
| vastamata | 87,51 | 75,11 |
| Liikumine/kõndimine | | |
| käib ilma abivahendita | 33,58 | 41,27 |
| käib abivahendiga | 40,15 | 52,66 |
| liigub ratastooli või skootriga | 8,39 | 4,30 |
| voodihaige | 17,52 | 1,27 |
| vastamata | 0,36 | 0,51 |
| Füüsilise aktiivsuse tase viimase 3 p jooksul kokku | | |
| üldse mitte | 28,10 | 18,23 |
| vähem kui 1 tund | 24,45 | 34,18 |
| 1–2 tundi | 21,17 | 28,35 |
| 3–4 tundi | 15,33 | 11,65 |
| rohkem kui 4 tundi | 9,85 | 7,59 |
| vastamata | 1,09 | 0,00 |
| Instrumentaalsete igapäevatoimingute (IADL) sooritamine | | |
| • Toidu valmistamine | | |
| sõltumatu | 35,40 | 66,58 |
| korralduslik abi | 10,22 | 7,09 |
| juhendamine | 1,09 | 3,29 |
| piiratud abi | 4,38 | 4,56 |
| oluline abi | 4,74 | 2,53 |
| väga ulatuslik abi | 4,74 | 4,56 |
| täielik sõltuvus | 18,98 | 9,62 |
| toimingut ei esinenud | 16,06 | 1,77 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Igapäevased majapidamistööd | | |
| sõltumatu | 29,20 | 30,38 |

| | | |
|------------------------------|-------|-------|
| korralduslik abi | 5,47 | 3,04 |
| juhendamine | 0,73 | 1,77 |
| piiratud abi | 6,20 | 18,48 |
| oluline abi | 7,66 | 19,49 |
| väga ulatuslik abi | 8,76 | 13,16 |
| täielik sõltuvus | 20,80 | 12,91 |
| toimingut ei esinenud | 16,79 | 0,76 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Rahaga arveldamine | | |
| sõltumatu | 49,64 | 80,25 |
| korralduslik abi | 4,74 | 3,29 |
| juhendamine | 2,92 | 2,28 |
| piiratud abi | 2,92 | 1,27 |
| oluline abi | 3,65 | 1,77 |
| väga ulatuslik abi | 1,46 | 2,03 |
| täielik sõltuvus | 16,06 | 7,85 |
| toimingut ei esinenud | 14,23 | 1,27 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Ravimite kasutamine | | |
| sõltumatu | 59,85 | 82,78 |
| korralduslik abi | 7,30 | 3,04 |
| juhendamine | 3,65 | 4,81 |
| piiratud abi | 2,19 | 0,76 |
| oluline abi | 1,46 | 1,27 |
| väga ulatuslik abi | 2,19 | 1,77 |
| täielik sõltuvus | 13,14 | 5,57 |
| toimingut ei esinenud | 5,84 | 0,00 |

| | | |
|------------------------------|-------|-------|
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Telefoni kasutamine | | |
| sõltumatu | 66,42 | 88,35 |
| korralduslik abi | 2,92 | 1,77 |
| juhendamine | 1,46 | 3,04 |
| piiratud abi | 4,01 | 0,51 |
| oluline abi | 1,09 | 0,51 |
| väga ulatuslik abi | 2,92 | 1,77 |
| täielik sõltuvus | 5,47 | 2,78 |
| toimingut ei esinenud | 11,31 | 1,01 |
| vastamata | 4,38 | 0,25 |
| • Trepil käimine | | |
| sõltumatu | 35,77 | 45,82 |
| korralduslik abi | 3,28 | 8,35 |
| juhendamine | 0,73 | 0,76 |
| piiratud abi | 7,30 | 5,32 |
| oluline abi | 6,57 | 7,09 |
| väga ulatuslik abi | 4,74 | 11,39 |
| täielik sõltuvus | 6,20 | 6,58 |
| toimingut ei esinenud | 31,02 | 14,68 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Poes käimine | | |
| sõltumatu | 20,80 | 11,90 |
| korralduslik abi | 3,65 | 2,78 |
| juhendamine | 1,09 | 0,76 |
| piiratud abi | 2,55 | 6,08 |
| oluline abi | 5,11 | 12,66 |

| | | |
|--|-------|-------|
| väga ulatuslik abi | 4,74 | 11,14 |
| täielik sõltuvus | 20,44 | 37,22 |
| toimingut ei esinenud | 37,23 | 17,47 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| • Transpordi kasutamine | | |
| sõltumatu | 21,17 | 22,78 |
| korralduslik abi | 4,01 | 5,06 |
| juhendamine | 1,46 | 1,01 |
| piiratud abi | 3,28 | 2,53 |
| oluline abi | 4,74 | 3,04 |
| väga ulatuslik abi | 3,28 | 7,59 |
| täielik sõltuvus | 13,14 | 9,62 |
| toimingut ei esinenud | 44,53 | 48,35 |
| vastamata | 4,38 | 0,00 |
| Seisundite stabiilsus | | |
| • Esineb ebastabiilseid seisundeid | | |
| ei | 52,55 | 76,20 |
| jah | 46,35 | 23,54 |
| vastamata | 1,09 | 0,25 |
| • Kogeb ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme | | |
| ei | 47,45 | 74,43 |
| jah | 51,09 | 25,06 |
| vastamata | 1,46 | 0,51 |
| • Haigus on lõppstaadiumis, prognoos elule 6 kuud või vähem | | |
| ei | 93,07 | 98,73 |
| jah | 5,47 | 0,51 |
| vastamata | 1,46 | 0,76 |

| | | |
|--|-------|-------|
| Tervise enesehinnang | | |
| suurepärane | 1,46 | 1,27 |
| hea | 1,82 | 5,32 |
| keskmine | 40,15 | 39,24 |
| halb | 45,99 | 51,14 |
| ei saa/taha vastata | 9,49 | 2,28 |
| vastamata | 1,09 | 0,76 |
| Enesehinnang meeleolule | | |
| • On tundnud vähest huvi või rõõmu | | |
| ei | 40,15 | 59,49 |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 26,28 | 15,44 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 13,14 | 8,10 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 11,68 | 10,38 |
| ei saa/taha vastata | 7,30 | 6,33 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • On tundnud murelikkust, püsimatust või rahunemist | | |
| ei | 46,72 | 78,48 |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 21,17 | 9,62 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 12,77 | 5,57 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 11,68 | 4,30 |
| ei saa/taha vastata | 6,20 | 1,77 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • On tundnud kurbust/masendust/lootusetust | | |
| ei | 37,59 | 72,15 |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 26,28 | 12,41 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 12,77 | 5,57 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 15,69 | 7,59 |

| | | |
|---|-------|-------|
| ei saa/taha vastata | 6,20 | 2,03 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| Käitumise häired | | |
| • Ringiuitamine | | |
| ei esinenud | 93,43 | 97,22 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,55 | 1,77 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,36 | 0,76 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 2,19 | 0,25 |
| vastamata | 1,46 | 0,00 |
| • Sõnaliselt kahjustav | | |
| ei esinenud | 91,24 | 97,47 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 6,57 | 1,77 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,25 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 0,73 | 0,51 |
| vastamata | 1,46 | 0,00 |
| • Füüsiliselt kahjustav | | |
| ei esinenud | 97,81 | 99,75 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,73 | 0,00 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,00 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • Sotsiaalselt kohatu või segav | | |
| ei esinenud | 93,43 | 99,49 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 3,65 | 0,00 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 1,46 | 0,00 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,25 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |

| | | |
|---|-------|-------|
| • Sobimatu seksuaalkäitumine | | |
| ei esinenud | 98,18 | 99,75 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,36 | 0,00 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,00 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • Hooldust tõrjuv | | |
| ei esinenud | 89,78 | 99,49 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 6,20 | 0,25 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 1,09 | 0,00 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 1,09 | 0,00 |
| vastamata | 1,82 | 0,25 |
| Tervise seisundid | | |
| Uriini kontinents | | |
| kontinentne | 45,26 | 66,33 |
| kontinentne koos kateetri või stoomiga | 16,79 | 0,25 |
| harva inkontinentne | 13,50 | 11,65 |
| vahetevahel inkontinentne | 7,30 | 13,42 |
| sageli inkontinentne | 6,57 | 7,34 |
| inkontinentne | 10,58 | 1,01 |
| uriini ei eritunud | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| Soole kontinents | | |
| kontinentne | 73,36 | 89,11 |
| kontinentne koos stoomiga | 5,84 | 0,51 |
| harva inkontinentne | 2,92 | 4,05 |
| vahetevahel inkontinentne | 2,55 | 4,05 |

| | | |
|---|-------|-------|
| sageli inkontinentne | 2,19 | 0,51 |
| inkontinentne | 8,76 | 0,00 |
| sool ei käinud läbi | 4,38 | 1,77 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| Kukkumised | | |
| ei ole kukkunud viimase 90 p jooksul | 74,82 | 84,30 |
| kukkus 30–90 p tagasi | 14,96 | 5,82 |
| üks kukkumine viimase 30 p jooksul | 6,20 | 6,84 |
| kaks või rohkem kukkumist viimase 30 p jooksul | 4,01 | 3,04 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| Tasakaaluhäired | | |
| • Ebakindel, ei saa ise seista või tõusta ilma abita | | |
| ei | 70,44 | 82,53 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 6,57 | 8,61 |
| jah | 21,17 | 8,61 |
| vastamata | 1,82 | 0,25 |
| • Ebakindel, ei saa ise ümber pöörata | | |
| ei | 74,09 | 88,10 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 7,30 | 5,57 |
| jah | 17,15 | 6,08 |
| vastamata | 1,46 | 0,25 |
| • Pearinglus | | |
| ei | 37,59 | 35,19 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 29,56 | 32,91 |
| jah | 32,12 | 31,65 |
| vastamata | 0,73 | 0,25 |
| • Ebakindel kõnnak | | |

| | | |
|---|-------|-------|
| ei | 33,21 | 31,39 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 17,15 | 23,04 |
| jah | 43,80 | 44,56 |
| vastamata | 5,84 | 1,01 |
| Süda ja kops | | |
| • Valu rinnus | | |
| ei | 76,64 | 71,65 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 15,33 | 17,47 |
| jah | 8,03 | 10,89 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| • Raskused hingamisteede puhastamisel (eritised) | | |
| ei | 94,89 | 89,62 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,46 | 6,33 |
| jah | 3,65 | 9,80 |
| vastamata | 0,00 | 0,25 |
| Psüühika | | |
| • Ebatavalised mõttekäigud | | |
| ei | 87,23 | 97,22 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 5,11 | 1,52 |
| jah | 5,84 | 1,27 |
| vastamata | 1,82 | 0,00 |
| • Luulud | | |
| ei | 92,70 | 97,97 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 3,28 | 1,01 |
| jah | 2,92 | 76,00 |
| vastamata | 1,09 | 0,25 |
| • Hallutsinatsioonid | | |

| | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| ei | 95,99 | 98,73 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,09 | 0,76 |
| jah | 1,82 | 25,00 |
| vastamata | 1,09 | 0,25 |
| Afaasia | | |
| ei | 93,07 | 96,96 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,46 | 0,51 |
| jah | 3,65 | 2,03 |
| vastamata | 1,82 | 0,51 |
| Seedetrakt | | |
| • Kõrvetised | | |
| ei | 69,34 | 75,70 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 19,34 | 16,71 |
| jah | 10,95 | 7,59 |
| vastamata | 0,36 | 0,00 |
| • Kõhukinnisus | | |
| ei | 56,20 | 60,51 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 17,88 | 22,03 |
| jah | 25,91 | 17,22 |
| vastamata | 0,00 | 0,25 |
| • Kõhulahtisus | | |
| ei | 88,69 | 84,81 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 8,39 | 11,39 |
| jah | 2,92 | 3,80 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| • Oksendamine | | |
| ei | 94,53 | 94,43 |

| | | |
|---|--------|-------|
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 3,28 | 4,30 |
| jah | 1,82 | 1,27 |
| vastamata | 0,36 | 0,00 |
| Unehäired | | |
| • Uinumisraskused | | |
| ei | 47,08 | 49,62 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 19,34 | 15,70 |
| jah | 33,21 | 34,68 |
| vastamata | 0,36 | 0,00 |
| • Rohke magamine | | |
| ei | 90,51 | 95,95 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,92 | 1,52 |
| jah | 6,20 | 1,77 |
| vastamata | 0,36 | 0,76 |
| Aspiratsioon | | |
| ei | 100,00 | 97,22 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,00 | 0,00 |
| jah | 0,00 | 0,00 |
| vastamata | 0,00 | 2,78 |
| Palavik | | |
| ei | 95,26 | 97,47 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 3,65 | 1,27 |
| jah | 36,00 | 1,01 |
| vastamata | 0,73 | 0,25 |
| Verejooks seedetraktist või urogenitaaltraktis | | |
| ei | 98,54 | 98,73 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,09 | 0,76 |

| | | |
|--|-------|-------|
| jah | 0,36 | 0,00 |
| vastamata | 0,00 | 0,51 |
| Ebatavaliselt halb hügieen, lohakas välimus | | |
| ei | 94,53 | 97,97 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,82 | 0,51 |
| jah | 3,65 | 1,27 |
| vastamata | 0,00 | 0,25 |
| Perifeersed tursed | | |
| ei | 54,01 | 68,86 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 10,95 | 11,14 |
| jah | 33,94 | 17,47 |
| vastamata | 1,09 | 2,53 |
| Õhupuudus | | |
| puudub | 72,63 | 58,99 |
| esineb mõõdukal tegevusel | 18,25 | 19,49 |
| esineb tavalisel igapäevasel tegevusel | 5,47 | 10,63 |
| esineb rahuolekus | 3,65 | 10,89 |
| vastamata | 0,00 | 0,00 |
| Väsimus | | |
| ei esinenud | 12,77 | 9,62 |
| minimaalne | 35,04 | 35,70 |
| mõõdukas | 32,12 | 33,42 |
| oluline | 9,85 | 17,97 |
| ei suuda alustada mingeid tegevusi | 9,12 | 3,04 |
| vastamata | 1,09 | 0,25 |
| Valu | | |
| ei ole olnud | 20,07 | 29,11 |

| | | |
|---|-------------|-------------|
| on, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 18,98 | 21,27 |
| esines 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 14,60 | 19,75 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 44,53 | 28,61 |
| vastamata | 1,82 | 1,27 |
| Valu tugevus kõige tugevama valuepisoodi ajal | | |
| valu ei ole | 20,44 | 28,61 |
| nõrk valu | 9,85 | 11,39 |
| mõõdukas valu | 50,73 | 42,03 |
| tugev valu | 12,77 | 14,43 |
| kohati väga tugev/piinav valu | 5,11 | 3,54 |
| vastamata | 1,09 | 0,00 |
| Toitumus ja suuõõne seisund | | |
| • Kehamassiindeks (KMI), keskmine (SD) | 27,23 (6,8) | 27,60 (5,8) |
| andmed puuduvad | 58,39 | 78,48 |
| • Kaalulangus (30 p jooksul vähemalt 5% või 180 p jooksul 10%) | | |
| ei | 77,37 | 79,75 |
| jah | 17,52 | 5,06 |
| vastamata | 5,11 | 15,19 |
| • Toitmisviisid | | |
| tavaline | 82,85 | 97,97 |
| muutunud iseseisvus või vajab dieedi muutmist (vastused 1–4) | 14,23 | 1,77 |
| sondiga või parenteraalne toitmine (vastused 5–8) | 0,73 | 0,00 |
| vastamata | 2,19 | 0,25 |
| • Hammaste ja suuõõne seisund | | |
| kasutab proteese | 60,58 | 62,03 |
| katkised, logisevad hambad | 51,09 | 33,42 |
| suukuivus | 41,24 | 54,18 |

| | | |
|--|-------|-------|
| raskused mälumisel | 22,99 | 29,37 |
| vastamata | 14,60 | 1,01 |
| Nahaprobleemid | | |
| • Lamatishaavandid | | |
| ei | 76,64 | 94,94 |
| nahapunetus | 5,47 | 2,78 |
| nahaterviklikkuse häire (vastused 2–4) | 16,42 | 1,77 |
| vastamata | 1,46 | 0,51 |
| • Ulatuslikud nahaprobleemid (kirurgilised haavad, põletused jmt) | | |
| ei | 67,88 | 97,47 |
| jah | 31,39 | 1,77 |
| vastamata | 0,73 | 0,76 |
| • Muud muutused nahal (nt lööbed, verevalumid, sügelus) | | |
| ei | 35,77 | 75,44 |
| jah | 63,50 | 24,30 |
| vastamata | 0,73 | 0,25 |
| • Jalgade seisund | | |
| ei ole probleeme | 14,96 | 44,56 |
| on probleemid, ei sega kõndimist | 25,18 | 19,49 |
| probleemid segavad kõndimist | 35,77 | 29,87 |
| jalgade pärast peab vältima kõndimist | 4,01 | 3,04 |
| on probleemid, ei saa kõndida muudel põhjustel | 19,34 | 2,53 |
| vastamata | 0,73 | 0,51 |

interRAI HO (asutushooldus)

Andmed on esitatud protsentides (v.a keskmised näitajad) kõigi tulemuste suhtes, kaasa arvatud vastamata juhud.

| | Hooldusravi | Hooldekodu | Päevahooldus |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Sugu | | | |
| naine | 73,3 | 71,3 | 25,5 |
| mees | 26,7 | 28,7 | 74,5 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Keskmine vanus aastates (SD) | 81,65 (7,75) | 80,65 (8,34) | 80,38 (7,38) |
| Rahvus | | | |
| eestlane | 81,9 | 85,9 | 61,7 |
| venelane | 16,3 | 11,3 | 38,3 |
| muu | 0 | 1,0 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 1,7 | 0 |
| Suitsetab | | | |
| ei | 94,7 | 90,8 | 91,5 |
| harilikult iga päev, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 3,8 | 1,0 | 0 |
| jah | 1,3 | 8,0 | 8,5 |
| vastamata | 0,3 | 0,2 | 0 |
| Alkoholi tarbimine viimase 14 p jooksul | | | |
| ei | 98,7 | 98,9 | 100 |
| 1 drink | 0,8 | 1,0 | 0 |
| 2–4 drinki | 0,5 | 0 | 0 |
| 5 või rohkem drinki | 0 | 0 | 0 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| Tavaline elukoht | | | |
| oma kodu ilma teenusteta | 79,9 | 57,9 | 95,7 |
| oma kodu koos koduõenduse/-hoolduse teenusega | 11,2 | 2,5 | 0 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| füüsilise puudega isikute hooldekodu | 4,1 | 11,7 | 0 |
| vaimupuudega isikute hooldekodu / vaimse tervise keskus | 0,8 | 3,4 | 4,3 |
| õenduskodu/õendusabi osakond | 2,8 | 8,0 | 0 |
| muu | 1,3 | 6,7 | 0 |
| vastamata | 0 | 9,8 | 0 |
| Elukorraldus enne teenusele võtmist | | | |
| üksi | 44,8 | 60,2 | 27,7 |
| koos abikaasa/elukaaslasega | 18,1 | 12,4 | 19,1 |
| koos abikaasa/elukaaslase ja teistega | 2,8 | 1,9 | 2,1 |
| koos lapsega/lastega | 22,6 | 14,0 | 42,6 |
| koos muu(de)ga | 10,7 | 7,3 | 8,5 |
| vastamata | 1,0 | 4,2 | 0 |
| Haiglas viibimine viimase 90 p jooksul | | | |
| ei ole viibinud | 4,6 | 92,5 | 93,6 |
| jah | 91,1 | 5,7 | 4,3 |
| vastamata | 4,3 | 1,7 | 2,1 |
| Erakorralise meditsiiniabi kasutamine | | | |
| ei ole kasutanud | 50,4 | 94,5 | 95,7 |
| on kasutanud | 46,6 | 4,2 | 4,3 |
| vastamata | 3,1 | 1,3 | 0 |
| Füüsiline tõkestamine | | | |
| ei | 95,4 | 88,3 | 97,9 |
| jah | 1,0 | 2,1 | 2,1 |
| vastamata | 3,6 | 9,6 | 0 |
| Häiritud suhted | | | |
| konflikt või korduv kriitika teiste hooldatavate suhtes | 1,5 | 19,1 | 27,7 |
| konflikt või korduv kriitika personali suhtes | 4,3 | 13,0 | 8,5 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| personali püsiv frustratsioon isikuga lävimisel | 1,3 | 5,7 | 2,1 |
| perekond/lähedased väljendavad ülekoormatust isikuga seoses | 24,7 | 6,9 | 27,7 |
| ütleb või näitab, et tunneb end üksildasena | 18,3 | 23,3 | 36,2 |
| vastamata | 1,0 | 0 | 0 |
| Tugevused | | | |
| järjepidev positiivne hoiak | 42,5 | 44,7 | 34 |
| väärtustab igapäevast elu | 48,3 | 54,9 | 25,5 |
| tugevad ja toetavad suhted perekonnaga | 81,7 | 50,7 | 76,6 |
| vastamata | 1,0 | 0 | 0 |
| Eestkoste või seaduslik järelvaataja | | | |
| ei | 94,7 | 81,1 | 97,9 |
| jah | 4,8 | 15,5 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 3,4 | 2,1 |
| Keskmiselt tegevuses oldud aeg | | | |
| mitte üldse | 31,3 | 23,5 | 2,1 |
| vähesel määral (vähem kui 1/3 ajast) | 38,2 | 23,9 | 36,2 |
| mõningal määral (1/3–2/3 ajast) | 20,4 | 25,4 | 29,8 |
| enamik ajast (üle 2/3 ajast) | 8,9 | 25,2 | 31,9 |
| vastamata | 1,3 | 1,9 | 0 |
| Päeva jooksul magatud aeg | | | |
| valdavalt ärkvel (kuni üks uinak päevas) | 35,6 | 43,0 | 66 |
| mitu uinakut päevas | 46,6 | 42,1 | 29,8 |
| magab enamiku ajast, kuid periooditi ärkvel | 13,0 | 12,6 | 4,3 |
| valdavalt magab või ei reageeri | 4,1 | 1,9 | 0 |
| vastamata | 0,8 | 0,4 | 0 |
| Kognitiivne seisund | | | |
| • Kognitiivsed oskused igapäevaelu otsuste | | | |

| tegemisel | | | |
|---|------|------|------|
| sõltumatu | 23,9 | 19,9 | 2,1 |
| peaaegu sõltumatu | 21,4 | 17,2 | 14,9 |
| minimaalselt halvenenud | 15,0 | 17,4 | 31,9 |
| mõõdukalt halvenenud | 20,6 | 16,6 | 31,9 |
| oluliselt halvenenud | 18,1 | 26,8 | 19,1 |
| ei ole teadvusel | 1,0 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 0 | 1,7 | 0 |
| • Muutused igapäevaste otsuste tegemises võrreldes 90 p taguse ajaga | | | |
| paranenud | 1,8 | 3,8 | 0 |
| muutusi ei ole | 49,1 | 63,7 | 53,2 |
| halvenenud | 27,0 | 20,5 | 40,4 |
| ei saa hinnata | 21,4 | 9,9 | 4,3 |
| vastamata | 0,8 | 2,1 | 2,1 |
| • Sõnaline lähimälu | | | |
| mälu korras | 28,5 | 38,4 | 6,4 |
| mäluprobleemid | 71,0 | 60,2 | 93,6 |
| vastamata | 0,5 | 1,3 | 0 |
| • Kaugmälu | | | |
| mälu korras | 49,9 | 56,0 | 46,8 |
| mäluprobleemid | 49,6 | 42,6 | 53,2 |
| vastamata | 0,5 | 1,3 | 0 |
| • Protseduuriline mälu | | | |
| mälu korras | 47,3 | 40,0 | 36,2 |
| mäluprobleemid | 52,2 | 59,7 | 63,8 |
| vastamata | 0,5 | 0,4 | 0 |
| • Situatsiooniline mälu | | | |

| | | | |
|--|------|------|------|
| mälu korras | 55,2 | 57,6 | 46,8 |
| mäluprobleemid | 44,3 | 41,7 | 53,2 |
| vastamata | 0,5 | 0,8 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> Vaimse seisundi akuutne muutus võrreldes tavalisega | | | |
| ei | 77,6 | 72,5 | 38,3 |
| jah | 21,6 | 25,8 | 61,7 |
| vastamata | 0,8 | 1,7 | 0 |
| Suhtlemine ja nägemine | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Enese arusaadavaks tegemine | | | |
| arusaadav | 42,0 | 43,0 | 23,4 |
| tavaliselt arusaadav | 21,9 | 25,8 | 36,2 |
| sageli arusaadav | 10,7 | 9,4 | 17 |
| mõnikord arusaadav | 14,5 | 10,7 | 19,1 |
| harva/mitte kunagi arusaadav | 10,2 | 10,7 | 4,3 |
| vastamata | 0,8 | 0,4 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> Võime teistest aru saada | | | |
| saab aru | 41,0 | 46,3 | 31,9 |
| tavaliselt saab aru | 22,6 | 26,6 | 31,9 |
| sageli saab aru | 10,9 | 9,8 | 14,9 |
| mõnikord saab aru | 15,3 | 9,0 | 17 |
| harva saab aru/mitte kunagi ei saa aru | 9,4 | 8,2 | 4,3 |
| vastamata | 0,8 | 0,2 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> Kuulmine | | | |
| normaalne | 51,9 | 55,3 | 38,3 |
| minimaalsed raskused | 20,6 | 20,1 | 44,7 |
| mõõdukad raskused | 17,3 | 16,4 | 12,8 |
| olulised raskused | 8,1 | 7,6 | 4,3 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| kurt | 0,3 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 1,8 | 0,2 | 0 |
| • Nägemine | | | |
| normaalne | 18,6 | 31,4 | 29,8 |
| veidi halvenenud | 31,0 | 34,8 | 48,9 |
| mõõdukalt halvenenud | 40,2 | 24,7 | 19,1 |
| oluliselt halvenenud | 5,9 | 7,8 | 2,1 |
| Igapäevaste elutegevuste (ADL) sooritamine | | | |
| • Keha pesemine | | | |
| sõltumatu | 6,4 | 13,0 | 27,7 |
| korralduslik abi | 5,9 | 8,6 | 23,4 |
| juhendamine | 3,3 | 12,4 | 17 |
| piiratud abi | 14,0 | 10,7 | 8,5 |
| oluline abi | 16,3 | 14,3 | 10,6 |
| väga ulatuslik abi | 20,9 | 10,7 | 6,4 |
| täielik sõltuvus | 33,1 | 28,7 | 6,4 |
| toimingut ei esinenud | 0,3 | 1,5 | 0 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Isiklik hügieen | | | |
| sõltumatu | 17,3 | 26,2 | 51,1 |
| korralduslik abi | 24,2 | 15,9 | 14,9 |
| juhendamine | 9,9 | 16,4 | 8,5 |
| piiratud abi | 10,4 | 5,7 | 10,6 |
| oluline abi | 4,3 | 5,2 | 6,4 |
| väga ulatuslik abi | 9,9 | 5,0 | 0 |
| täielik sõltuvus | 23,9 | 25,2 | 8,5 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 0,4 | 0 |

| | | | |
|-----------------------------|------|------|------|
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Ülakeha riietamine | | | |
| sõltumatu | 19,8 | 26,8 | 42,6 |
| korralduslik abi | 10,7 | 14,1 | 21,3 |
| juhendamine | 6,6 | 11,3 | 10,6 |
| piiratud abi | 15,3 | 5,0 | 4,3 |
| oluline abi | 8,4 | 7,6 | 6,4 |
| väga ulatuslik abi | 13,2 | 6,9 | 0 |
| täielik sõltuvus | 26,0 | 27,9 | 10,6 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 0,4 | 2,1 |
| vastamata | 0 | 0 | 2,1 |
| • Alakeha riietamine | | | |
| sõltumatu | 17,3 | 25,2 | 50 |
| korralduslik abi | 6,9 | 13,8 | 15,2 |
| juhendamine | 5,1 | 10,1 | 10,9 |
| piiratud abi | 13,5 | 5,2 | 4,3 |
| oluline abi | 12,2 | 6,9 | 6,5 |
| väga ulatuslik abi | 16,0 | 7,3 | 0 |
| täielik sõltuvus | 28,8 | 30,8 | 10,9 |
| toimingut ei esinenud | 0,3 | 0,8 | 2,2 |
| vastamata | 0 | 0 | 2,1 |
| • Kõndimine | | | |
| sõltumatu | 16,0 | 40,7 | 76,6 |
| korralduslik abi | 8,4 | 7,6 | 10,6 |
| juhendamine | 13,0 | 6,9 | 8,5 |
| piiratud abi | 3,8 | 2,1 | 0 |
| oluline abi | 6,1 | 2,3 | 2,1 |

| | | | |
|------------------------------|------|------|------|
| väga ulatuslik abi | 3,1 | 1,9 | 0 |
| täielik sõltuvus | 3,1 | 4,4 | 0 |
| toimingut ei esinenud | 46,6 | 33,8 | 2,1 |
| vastamata | 0 | 0,2 | 0 |
| • Liikumine | | | |
| sõltumatu | 17,0 | 44,7 | 80,9 |
| korralduslik abi | 6,9 | 9,2 | 8,5 |
| juhendamine | 13,5 | 7,6 | 6,4 |
| piiratud abi | 4,1 | 2,5 | 0 |
| oluline abi | 5,9 | 3,4 | 2,1 |
| väga ulatuslik abi | 3,6 | 3,6 | 0 |
| täielik sõltuvus | 7,6 | 17,2 | 0 |
| toimingut ei esinenud | 41,5 | 11,1 | 2,1 |
| vastamata | 0 | 0,6 | 0 |
| • Siirdumine tualetti | | | |
| sõltumatu | 19,3 | 47,2 | 76,6 |
| korralduslik abi | 12,5 | 7,1 | 6,4 |
| juhendamine | 8,9 | 5,5 | 10,6 |
| piiratud abi | 3,1 | 2,1 | 0 |
| oluline abi | 4,8 | 1,7 | 2,1 |
| väga ulatuslik abi | 5,1 | 2,9 | 2,1 |
| täielik sõltuvus | 7,6 | 16,6 | 0 |
| toimingut ei esinenud | 38,7 | 16,4 | 2,1 |
| vastamata | 0 | 0,4 | 0 |
| • Tualeti kasutamine | | | |
| sõltumatu | 20,9 | 41,3 | 72,3 |
| korralduslik abi | 12,2 | 9,4 | 10,6 |

| | | | |
|--------------------------|------|------|------|
| juhendamine | 7,1 | 7,1 | 4,3 |
| piiratud abi | 3,8 | 1,7 | 2,1 |
| oluline abi | 7,9 | 3,4 | 2,1 |
| väga ulatuslik abi | 14,8 | 3,6 | 0 |
| täielik sõltuvus | 31,6 | 24,7 | 8,5 |
| toimingut ei esinenud | 1,5 | 8,2 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 0,6 | 0 |
| • Liikumus voodis | | | |
| sõltumatu | 40,2 | 67,1 | 87,2 |
| korralduslik abi | 9,9 | 7,6 | 2,1 |
| juhendamine | 5,1 | 2,1 | 4,3 |
| piiratud abi | 6,1 | 2,9 | 0 |
| oluline abi | 8,7 | 3,8 | 4,3 |
| väga ulatuslik abi | 12,7 | 5,4 | 2,1 |
| täielik sõltuvus | 17,3 | 10,7 | 0 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Söömine | | | |
| sõltumatu | 20,6 | 66,2 | 85,1 |
| korralduslik abi | 43,0 | 16,6 | 4,3 |
| juhendamine | 7,1 | 3,8 | 4,3 |
| piiratud abi | 3,6 | 1,3 | 4,3 |
| oluline abi | 4,3 | 0,8 | 0 |
| väga ulatuslik abi | 5,1 | 1,1 | 0 |
| täielik sõltuvus | 16,0 | 9,8 | 42,1 |
| toimingut ei esinenud | 0,3 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|--|------|------|------|
| ADL-i seisundi muutus võrreldes 90 p taguse ajaga | | | |
| paranenud | 4,6 | 5,2 | 2,1 |
| muutusi ei ole | 27,5 | 62,9 | 51,1 |
| halvenenud | 55,2 | 24,1 | 46,8 |
| ei saa hinnata | 12,7 | 7,6 | 0 |
| vastamata | 0 | 0,2 | 0 |
| Liikumine/kõndimine | | | |
| käib ilma abivahendita | 14,0 | 31,5 | 76,6 |
| käib abivahendiga | 31,8 | 27,9 | 19,1 |
| liigub ratastooli või skootriga | 3,1 | 23,5 | 2,1 |
| voodihaige | 50,9 | 16,6 | 2,1 |
| vastamata | 0,3 | 0,4 | 0 |
| Füüsilise aktiivsuse tase viimase 3 p jooksul kokku | | | |
| üldse mitte | 34,9 | 31,5 | 4,3 |
| vähem kui 1 tund | 35,6 | 25,4 | 57,4 |
| 1–2 tundi | 21,1 | 20,3 | 31,9 |
| 3–4 tundi | 5,6 | 10,9 | 6,4 |
| rohkem kui 4 tundi | 2,8 | 11,1 | 0 |
| vastamata | 0 | 0,8 | 0 |
| Seisundite stabiilsus | | | |
| • Esineb ebastabiilseid seisundeid | | | |
| ei | 53,4 | 59,7 | 31,9 |
| jah | 46,6 | 39,4 | 68,1 |
| vastamata | 0 | 1,0 | 0 |
| • Kogeb ägedaid või ägenevaid kroonilisi probleeme | | | |
| ei | 68,2 | 73,0 | 76,6 |
| jah | 31,8 | 26,2 | 23,4 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| vastamata | 0 | 0,8 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Haigus on lõppstaadiumis, prognoos elule 6 kuud või vähem | | | |
| ei | 95,2 | 96,7 | 100 |
| jah | 4,3 | 2,1 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 1,1 | 0 |
| Tervise enesehinnang | | | |
| suurepärane | 1,0 | 1,9 | 2,1 |
| hea | 5,6 | 9,4 | 10,6 |
| keskmine | 29,0 | 39,6 | 31,9 |
| halb | 41,7 | 35,0 | 44,7 |
| ei saa/taha vastata | 22,6 | 13,0 | 10,6 |
| vastamata | 0 | 1,1 | 0 |
| Enesehinnang meeleolule | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • On tundnud vähest huvi või rõõmu | | | |
| ei | 44,5 | 37,3 | |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 5,9 | 10,7 | 40,4 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 3,6 | 6,1 | 14,9 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 12,0 | 18,9 | 4,3 |
| ei saa/taha vastata | 32,6 | 26,4 | 17 |
| vastamata | 1,5 | 0,6 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> • On tundnud murelikkust, püsimatust või rahutust | | | |
| ei | 44,8 | 34,6 | 27,7 |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 4,6 | 14,7 | 10,6 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 5,9 | 9,2 | 14,9 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 13,5 | 20,1 | 27,7 |
| ei saa/taha vastata | 30,0 | 20,8 | 19,1 |
| vastamata | 1,3 | 0,6 | 0 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| • On tundnud kurbust/masendust/lootusetust | | | |
| ei | 43,3 | 33,1 | 21,3 |
| mitte viimase 3 p jooksul, kuid sageli tunneb | 6,1 | 16,4 | 23,4 |
| 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 5,6 | 8,2 | 8,5 |
| iga päev viimase 3 p jooksul | 13,5 | 20,1 | 23,4 |
| ei saa/taha vastata | 30,3 | 21,6 | 23,4 |
| vastamata | 1,3 | 0,6 | 0 |
| Käitumise häired | | | |
| • Ringiuitamine | | | |
| ei esinenud | 90,6 | 86,2 | 66 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,8 | 4,8 | 8,5 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 3,6 | 3,3 | 14,9 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 3,1 | 5,5 | 8,5 |
| vastamata | 1,0 | 0,2 | 2,1 |
| • Sõnaliselt kahjustav | | | |
| ei esinenud | 93,9 | 79,7 | 74,5 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,5 | 11,7 | 10,6 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 1,8 | 3,4 | 8,5 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 1,8 | 4,8 | 6,4 |
| vastamata | 1,0 | 0,4 | 0 |
| • Füüsiliselt kahjustav | | | |
| ei esinenud | 96,9 | 93,1 | 91,5 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,3 | 3,4 | 2,1 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,3 | 1,1 | 4,3 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 1,5 | 1,9 | 2,1 |
| vastamata | 1,0 | 0,4 | 0 |
| • Sotsiaalselt kohatu või segav | | | |

| | | | |
|---|------|------|------|
| ei esinenud | 92,9 | 90,4 | 93,6 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,0 | 2,9 | 6,4 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 2,3 | 1,7 | 0 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 2,8 | 4,4 | 0 |
| vastamata | 1,0 | 0,6 | 0 |
| • Sobimatu seksuaalkäitumine | | | |
| ei esinenud | 96,9 | 95,4 | 97,9 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,8 | 1,5 | 2,1 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 0,8 | 1,0 | 0 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 0,5 | 1,7 | 0 |
| vastamata | 1,0 | 0,4 | 0 |
| • Hooldust tõrjuv | | | |
| ei esinenud | 91,1 | 90,2 | 93,6 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,3 | 5,0 | 2,1 |
| esines 1–2 p vältel viimase 3 p jooksul | 4,1 | 1,1 | 4,3 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 2,5 | 3,1 | 0 |
| vastamata | 1,0 | 0,6 | 0 |
| Tervise seisundid | | | |
| Uriini kontinents | 28,2 | 47,2 | |
| kontinentne | 8,9 | 2,1 | 85,1 |
| kontinentne koos kateetri või stoomiga | 8,4 | 8,4 | 0 |
| harva inkontinentne | 12,2 | 5,2 | 4,3 |
| vahetevahel inkontinentne | 13,2 | 10,9 | 2,1 |
| sageli inkontinentne | 28,5 | 26,0 | 2,1 |
| Inkontinentne | 0,3 | 0,2 | 6,4 |
| uriini ei eritunud | 0,3 | 0 | 0 |
| vastamata | 28,2 | 47,2 | 0 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| Soole kontinents | | | |
| kontinentne | 52,2 | 57,7 | 87,2 |
| kontinentne koos stoomiga | 2,8 | 0,2 | 4,3 |
| harva inkontinentne | 6,1 | 6,7 | 0 |
| vahetevahel inkontinentne | 11,5 | 4,4 | 2,1 |
| sageli inkontinentne | 7,4 | 5,2 | 2,1 |
| inkontinentne | 19,1 | 24,1 | 4,3 |
| sool ei käinud läbi | 0,5 | 1,5 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 0,2 | 0 |
| Kukkumised | | | |
| ei ole kukkunud viimase 90 p jooksul | 52,2 | 88,3 | 87,2 |
| kukkus 30–90 p tagasi | 19,8 | 5,4 | 4,3 |
| üks kukkumine viimase 30 p jooksul | 15,5 | 3,4 | 8,5 |
| kaks või rohkem kukkumist viimase 30 p jooksul | 9,2 | 2,7 | 0 |
| vastamata | 3,3 | 0,2 | 0 |
| Tasakaaluhäired | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ebakindel, ei saa ise seista või tõusta ilma abita | | | |
| ei | 40,2 | 57,6 | 89,4 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 5,6 | 8,0 | 2,1 |
| jah | 53,7 | 33,1 | 8,5 |
| vastamata | 0,5 | 1,3 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> Ebakindel, ei saa ise ümber pöörata | | | |
| ei | 42,7 | 63,9 | 93,6 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 4,1 | 5,7 | 2,1 |
| jah | 52,4 | 28,7 | 4,3 |
| vastamata | 0,8 | 1,7 | 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> Pearinglus | | | |

| | | | |
|---|------|------|------|
| ei | 41,5 | 52,8 | 63,8 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 11,5 | 19,7 | 14,9 |
| jah | 43,5 | 26,2 | 19,1 |
| vastamata | 3,6 | 1,3 | 0 |
| • Ebakindel kõnnak | | | |
| ei | 30,5 | 41,9 | 70,2 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 4,8 | 12,4 | 2,1 |
| jah | 37,9 | 31,7 | 27,6 |
| vastamata | 26,7 | 14,0 | 0 |
| Süda ja kops | | | |
| • Valu rinnus | | | |
| ei | 87,0 | 84,3 | 87,2 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 6,6 | 8,6 | 4,3 |
| jah | 4,8 | 6,7 | 8,5 |
| vastamata | 1,5 | 0,4 | 0 |
| • Raskused hingamisteede puhastamisel (eritised) | | | |
| ei | 93,4 | 95,0 | 93,6 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,0 | 2,3 | 0 |
| jah | 3,6 | 2,7 | 6,4 |
| vastamata | 1,0 | 0 | 0 |
| Psüühika | | | |
| • Ebatavalised mõttekäigud | | | |
| ei | 88,0 | 68,6 | 72,3 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,8 | 10,1 | 12,8 |
| jah | 10,2 | 20,7 | 14,9 |
| vastamata | 0 | 0,6 | 0 |
| • Luulud | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|------|------|------|
| ei | 95,7 | 86,4 | 93,6 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,8 | 4,6 | 6,4 |
| jah | 3,6 | 8,4 | 0 |
| vastamata | 0 | | 0 |
| • Hallutsinatsioonid | | | |
| ei | 96,9 | 92,9 | 89,4 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,5 | 4,6 | 8,5 |
| jah | 2,5 | 2,5 | 2,1 |
| vastamata | 0 | 0 | 0 |
| • Afaasia | | | |
| ei | 90,3 | 86,8 | 93,6 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,3 | 1,1 | 0 |
| jah | 9,4 | 11,9 | 6,4 |
| vastamata | 0 | 0,2 | 0 |
| Seedetrakt | | | |
| • Kõrvetised | | | |
| ei | 91,9 | 84,9 | 95,7 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,8 | 9,9 | 2,1 |
| jah | 5,1 | 4,4 | 2,1 |
| vastamata | 0,3 | 0,8 | 0 |
| • Kõhukinnisus | | | |
| ei | 61,8 | 77,4 | 89,4 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 13,0 | 14,1 | 8,5 |
| jah | 24,4 | 8,4 | 2,1 |
| vastamata | 0,8 | 0 | 0 |
| • Kõhulahtisus | | | |
| ei | 88,0 | 82,2 | 97,9 |

| | | | |
|-------------------------------------|------|------|------|
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 6,6 | 12,0 | 0 |
| jah | 5,1 | 5,7 | 2,1 |
| vastamata | 0,3 | 0 | 0 |
| • Oksendamine | | | |
| ei | 94,7 | 94,5 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,5 | 5,2 | 0 |
| jah | 2,5 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 0 | 0 |
| Unehäired | | | |
| • Uinumisraskused | | | |
| ei | 59,0 | 63,5 | 59,6 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 8,4 | 12,6 | 14,9 |
| jah | 32,3 | 23,3 | 25,5 |
| vastamata | 0,3 | 0,6 | 0 |
| • Rohke magamine | | | |
| ei | 78,4 | 78,6 | 89,4 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,5 | 5,4 | 6,4 |
| jah | 20,1 | 15,7 | 4,3 |
| vastamata | 0 | 0,4 | 0 |
| Aspiratsioon | | | |
| ei | 98,5 | 99,4 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0 | 0,2 | 0 |
| jah | 1,5 | 0,2 | 0 |
| vastamata | 0 | 0,2 | 0 |
| Palavik | | | |
| ei | 96,7 | 94,1 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 1,3 | 4,8 | 0 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| jah | 2,0 | 1,0 | 0 |
| vastamata | 0 | 0,2 | 0 |
| Verejooks seedetraktist või urogenitaaltraktis | | | |
| ei | 98,7 | 99,4 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 0,8 | 0,2 | 0 |
| jah | 0,3 | 0,4 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 0 | 0 |
| Ebatavaliselt halb hügieen, lohakas välimus | | | |
| ei | 82,4 | 84,1 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,0 | 1,0 | 0 |
| jah | 15,0 | 14,7 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 0,2 | 0 |
| Perifeersed tursed | | | |
| ei | 91,1 | 89,7 | 100 |
| jah, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 2,5 | 2,5 | 0 |
| jah | 5,9 | 7,3 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 0,6 | 0 |
| Õhupuudus | | | |
| puudub | 72,0 | 88,9 | 91,5 |
| esineb mõõdukal tegevusel | 14,8 | 4,2 | 6,4 |
| esineb tavalisel igapäevasel tegevusel | 5,9 | 2,5 | 2,1 |
| esineb rahuolekus | 6,9 | 4,0 | 0 |
| vastamata | 0,5 | 0,4 | 0 |
| Väsimus | | | |
| ei esinenud | 6,9 | 22,2 | 8,5 |
| minimaalne | 20,9 | 31,4 | 17 |
| mõõdukas | 21,9 | 19,5 | 21,3 |

| | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|
| oluline | 25,2 | 11,3 | 27,7 |
| ei suuda alustada mingeid tegevusi | 24,9 | 14,9 | 25,5 |
| vastamata | 0,3 | 0,8 | 0 |
| Valu | | | |
| ei ole olnud | 46,8 | 57,9 | 57,4 |
| on, kuid mitte viimase 3 p jooksul | 13,5 | 15,9 | 12,8 |
| esines 1–2 päeval viimase 3 p jooksul | 10,7 | 8,0 | 25,5 |
| esines iga päev viimase 3 p jooksul | 28,2 | 16,1 | 0 |
| vastamata | 0,8 | 2,1 | 4,3 |
| Valu tugevus kõige tugevama valuepisoodi ajal | | | |
| valu ei ole | 47,1 | 59,1 | 57,4 |
| nõrk valu | 7,1 | 9,9 | 4,3 |
| mõõdukas valu | 28,0 | 22,2 | 27,7 |
| tugev valu | 10,4 | 6,5 | 6,4 |
| kohati väga tugev/piinav valu | 6,4 | 1,3 | 4,3 |
| vastamata | 1,0 | 1,0 | 0 |
| Toitumus ja suuõõne seisund | | | |
| • Kehamassiindeks (KMI) keskmine (SD) | 27,04 (5,64) | 28,27 (6,38) | 26,32 (3,21) |
| andmed puuduvad | 73,8 | 69,2 | 6,3 |
| • Kaalulangus (30 p jooksul vähemalt 5% või 180 p jooksul 10%) | | | |
| ei | 73,3 | 87,4 | 93,6 |
| jah | 15,8 | 7,3 | 6,4 |
| vastamata | 10,9 | 5,4 | 0 |
| • Toitmisviisid | | | |
| tavaline | 73,8 | 82,4 | 95,7 |
| muutunud iseseisvus või vajab dieedi muutmist | 19,1 | 16,8 | 2,1 |
| sondiga või parenteraalne toitmine | 6,6 | 0,2 | 2,1 |

| | | | |
|--|------|------|------|
| vastamata | 0,5 | 0,6 | 0 |
| • Hammaste ja suuõõne seisund | | | |
| kasutab proteese | 44,0 | 35,2 | 71,7 |
| katkised, logisevad hambad | 42,5 | 39,2 | 19,6 |
| suukuivus | 39,4 | 21,6 | 12,8 |
| raskused mälumisel | 32,8 | 23,9 | 4,3 |
| vastamata | 0,3 | 0,6 | 2,1 |
| Nahaprobleemid | | | |
| • Lamatishaavandid | | | |
| ei | 83,0 | 95,0 | 100 |
| nahapunetus | 4,8 | 3,1 | 0 |
| nahaterviklikkuse häire | 12,0 | 1,7 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 0,2 | 0 |
| • Ulatuslikud nahaprobleemid (kirurgilised haavad, põletused jmt) | | | |
| ei | 84,7 | 96,7 | 100 |
| jah | 15,0 | 3,1 | 0 |
| vastamata | 0,3 | 0,2 | 0 |
| • Muud muutused nahal (nt lööbed, verevalumid, sügelus) | | | |
| ei | 77,9 | 85,3 | 91,5 |
| jah | 21,9 | 13,0 | 8,5 |
| vastamata | 0,3 | 1,7 | 0 |
| • Jalgade seisund | | | |
| ei ole probleeme | 56,2 | 67,9 | 57,4 |
| on probleemid, ei sega kõndimist | 10,2 | 7,3 | 31,9 |
| probleemid segavad kõndimist | 14,2 | 7,1 | 6,4 |
| jalgade pärast peab vältima kõndimist | 2,5 | 4,4 | 0 |

| | | | |
|--|------|------|-----|
| on probleemid, ei saa kõndida muudel põhjustel | 16,3 | 11,3 | 4,3 |
| vastamata | 0,5 | 2,1 | 0 |
| | | | |

interRAI AR (aktiivaravi)

Andmed on esitatud %-des (v.a keskmised näidud) kõigi tulemuste suhtes, kaasa arvatud vastamata juhud.

| | Enne | Vastuvõtul | Lahkumisel |
|--|-------------|------------|------------|
| Sugu | | | |
| naine | 68 | | |
| mees | 32 | | |
| vastamata | 0 | | |
| Keskmine vanus aastates (SD) | 78,5 (7,38) | | |
| Rahvus | | | |
| eestlane | 81 | | |
| venelane | 17 | | |
| muu | 3 | | |
| vastamata | 0 | | |
| Elukoht enne haiglasse saabumist | | | |
| oma kodu ilma teenusteta | 95 | | |
| oma kodu koos koduõenduse/-hoolduse teenusega | 1 | | |
| füüsilise puudega isikute hoolduskodu | 2,5 | | |
| vaimupuudega isikute hoolduskodu / vaimse tervise keskus | 0 | | |
| õenduskodu/õendusabi osakond | 0 | | |
| taastusravihaigla | 0 | | |
| aktiivravihaigla | 2 | | |
| muu | 0 | | |
| vastamata | 0 | | |
| Elukorraldus enne haiglasse saabumist | | | |
| üksi | 43 | | |
| koos abikaasa/elukaaslasega | 27 | | |

| | | | |
|--|----|----|-----|
| koos abikaasa/elukaaslase ja teistega | 6 | | |
| koos lapsega/lastega | 16 | | |
| koos muu(de)ga | 3 | | |
| hooldusasutus | 3 | | |
| vastamata | 2 | | |
| Paiknemine aktiivravi osakonnast väljakirjutamise järel | | | |
| oma kodu ilma teenusteta | | | 48 |
| oma kodu koos koduõenduse/-hoolduse teenusega | | | 0,5 |
| füüsilise puudega isikute hoolduskodu | | | 2 |
| vaimupuudega isikute hoolduskodu / vaimse tervise keskus | | | 0 |
| õenduskodu/õenduasbi osakond | | | 7 |
| taastusravihaigla | | | 15 |
| aktiivravihaigla | | | 5 |
| muu | | | 10 |
| surnud | | | 0,5 |
| vastamata | | | 12 |
| Viimane haiglas viibimine | | | |
| ei ole viibinud | 81 | | |
| 31–90 päeva tagasi | 9 | | |
| 15–30 päeva tagasi | 4 | | |
| 8–14 päeva tagasi | 1 | | |
| viimase 7 päeva jooksul | 1 | | |
| üle toodud teisest haiglast | 1 | | |
| vastamata | 3 | | |
| Erakorralise meditsiini osakonnas (EMO) viibitud aeg | | | |
| ei saanud EMO kaudu | | 33 | |
| 0–8 tundi | | 63 | |

| | | | |
|--|----|-----|-----|
| 8–24 tundi | | 2 | |
| 24–48 tundi | | 0 | |
| rohkem kui 48 tundi | | 0 | |
| vastamata | | 2 | |
| Kirurgiline sekkumine esimese 24 tunni jooksul | | | |
| ei | | 65 | |
| jah | | 32 | |
| vastamata | | 3 | |
| Hospitaliseerimise põhjuseks olnud ägeda haigestumise/ trauma aeg | | | |
| viimase 7 päeva jooksul | 64 | | |
| 8–14 päeva tagasi | 4 | | |
| 15–30 päeva tagasi | 3 | | |
| 31–60 päeva tagasi | 6 | | |
| rohkem kui 60 päeva tagasi | 24 | | |
| vastamata | 0 | | |
| Eestkoste või seaduslik järelevaataja | | | |
| ei | 94 | | |
| jah | 2 | | |
| vastamata | 4 | | |
| Kognitiivne seisund | | | |
| • Kognitiivsed oskused igapäevaelu otsuste tegemisel | | | |
| sõltumatu | 69 | 52 | 50 |
| peaaegu sõltumatu | 17 | 12 | 12 |
| minimaalselt halvenenud | 4 | 7 | 8 |
| mõõdukalt halvenenud | 5 | 6 | 7,5 |
| oluliselt halvenenud | 2 | 4 | 5 |
| ei ole teadvusel | 0 | 0,5 | 0,5 |

| | | | |
|--|----|------|----|
| vastamata | 3 | 18.5 | 17 |
| • Sõnaline lähimälu | | | |
| mälu korras | 70 | 51 | 54 |
| mäluprobleemid | 28 | 29 | 29 |
| vastamata | 2 | 20 | 17 |
| • Kaugmälu | | | |
| mälu korras | 88 | 69 | 70 |
| mäluprobleemid | 10 | 10 | 13 |
| vastamata | 2 | 21 | 17 |
| • Protseduuriline mälu | | | |
| mälu korras | 79 | 61 | 61 |
| mäluprobleemid | 19 | 20 | 22 |
| vastamata | 2 | 19 | 17 |
| • Situatsiooniline mälu | | | |
| mälu korras | 81 | 63 | 63 |
| mäluprobleemid | 16 | 17 | 19 |
| vastamata | 3 | 20 | 17 |
| • Vaimse seisundi akuutne muutus võrreldes tavalisega | | | |
| ei | | 84 | 72 |
| jah | | 14 | 11 |
| vastamata | | 2 | 17 |
| Suhtlemine ja nägemine | | | |
| • Enese arusaadavaks tegemine | | | |
| arusaadav | 84 | 61 | 65 |
| tavaliselt arusaadav | 10 | 14 | 10 |
| sageli arusaadav | 2 | 3 | 2 |
| mõnikord arusaadav | 1 | 2 | 4 |

| | | | |
|--|-----|----|----|
| harva/mitte kunagi arusaadav | 0,5 | 1 | 2 |
| vastamata | 2,5 | 19 | 17 |
| • Võime teistest aru saada | | | |
| saab aru | 83 | 65 | 66 |
| tavaliselt saab aru | 10 | 11 | 9 |
| sageli saab aru | 3 | 3 | 2 |
| mõnikord saab aru | 1 | 2 | 4 |
| harva saab aru/mitte kunagi ei saa aru | 0 | 2 | 2 |
| vastamata | 3 | 17 | 17 |
| • Kuulmine | | | |
| normaalne | | 49 | |
| minimaalsed raskused | | 27 | |
| mõõdukad raskused | | 9 | |
| olulised raskused | | 3 | |
| kurt | | 0 | |
| vastamata | | 12 | |
| • Nägemine | | | |
| normaalne | 24 | 21 | |
| veidi halvenenud | 50 | 47 | |
| mõõdukalt halvenenud | 20 | 19 | |
| oluliselt halvenenud | 3 | 3 | |
| pime | 0,5 | 0 | |
| vastamata | 2,5 | 10 | |
| Igapäevaste elutegevuste (ADL toimingute) sooritamine | | | |
| • Keha pesemine | | | |
| sõltumatu | 64 | | 30 |
| korralduslik abi | 12 | | 11 |

| | | | |
|--------------------------|----|----|----|
| juhendamine | 4 | | 6 |
| piiratud abi | 7 | | 10 |
| oluline abi | 5 | | 6 |
| väga ulatuslik abi | 2 | | 6 |
| täielik sõltuvus | 3 | | 10 |
| toimingut ei esinenud | 0 | | 3 |
| vastamata | 3 | | 17 |
| • Isiklik hügieen | | | |
| sõltumatu | 75 | 44 | 40 |
| korralduslik abi | 11 | 16 | 18 |
| juhendamine | 3 | 4 | 4 |
| piiratud abi | 4 | 3 | 5 |
| oluline abi | 2 | 4 | 3 |
| väga ulatuslik abi | 1 | 4 | 4 |
| täielik sõltuvus | 2 | 4 | 9 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 2 | 0 |
| vastamata | 2 | 19 | 17 |
| • Kõndimine | | | |
| sõltumatu | 71 | 32 | 35 |
| korralduslik abi | 14 | 11 | 12 |
| juhendamine | 3 | 4 | 9 |
| piiratud abi | 3 | 4 | 5 |
| oluline abi | 1 | 4 | 4 |
| väga ulatuslik abi | 2 | 2 | 2 |
| täielik sõltuvus | 2 | 5 | 6 |
| toimingut ei esinenud | 2 | 18 | 10 |
| vastamata | 2 | 20 | 17 |

| | | | |
|------------------------------|-----|----|----|
| • Siirdumine tualetti | | | |
| sõltumatu | 79 | 37 | 39 |
| korralduslik abi | 10 | 9 | 12 |
| juhendamine | 1 | 4 | 4 |
| piiratud abi | 2 | 5 | 7 |
| oluline abi | 0,5 | 4 | 4 |
| väga ulatuslik abi | 2 | 4 | 2 |
| täielik sõltuvus | 2 | 6 | 6 |
| toimingut ei esinenud | 1,5 | 11 | 8 |
| vastamata | 2 | 20 | 18 |
| • Tualeti kasutamine | | | |
| sõltumatu | 81 | 46 | 46 |
| korralduslik abi | 8 | 8 | 12 |
| juhendamine | 2 | 4 | 4 |
| piiratud abi | 1 | 3 | 4 |
| oluline abi | 1 | 4 | 3 |
| väga ulatuslik abi | 2 | 6 | 3 |
| täielik sõltuvus | 2 | 6 | 6 |
| toimingut ei esinenud | 1 | 3 | 6 |
| vastamata | 2 | 20 | 16 |
| • Liikumatus voodis | | | |
| sõltumatu | 89 | 55 | 57 |
| korralduslik abi | 3 | 5 | 7 |
| juhendamine | 1 | 4 | 4 |
| piiratud abi | 2 | 5 | 4 |
| oluline abi | 2 | 4 | 3 |
| väga ulatuslik abi | 1 | 4 | 5 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| täielik sõltuvus | 0 | 2 | 3 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 21 | 17 |
| • Söömine | | | |
| sõltumatu | 85 | 55 | 56 |
| korralduslik abi | 8 | 16 | 16 |
| juhendamine | 2 | 1 | 1 |
| piiratud abi | 1 | 2 | 3 |
| oluline abi | 1 | 2 | 2 |
| väga ulatuslik abi | 0 | 2 | 2 |
| täielik sõltuvus | 1 | 1 | 4 |
| toimingut ei esinenud | 0 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 21 | 17 |
| Liikumine/kõndimine | | | |
| käib ilma abivahendita | 52 | 24 | 28 |
| käib abivahendiga | 38 | 23 | 36 |
| liigub ratastooli või skootriga | 2 | 3 | 3 |
| voodihaige | 6 | 29 | 15 |
| vastamata | 2 | 21 | 18 |
| Voodihaige | | | |
| ei | | 64 | 60 |
| jah | | 33 | 22 |
| vastamata | | 3 | 8 |
| Instrumentaalsete igapäevatoimingute (IADL) sooritamine | | | |
| • Toidu valmistamine | | | |
| sõltumatu | 57 | | 23 |
| korralduslik abi | 14 | | 10 |

| | | | |
|--------------------------------------|----|----|----|
| juhendamine | 4 | | 5 |
| piiratud abi | 3 | | 4 |
| oluline abi | 3 | | 6 |
| väga ulatuslik abi | 4 | | 8 |
| täielik sõltuvus | 10 | | 26 |
| toimingut ei esinenud | 5 | | 0 |
| vastamata | 2 | | 18 |
| • Igapäevased majapidamistööd | | | |
| sõltumatu | 49 | | 18 |
| korralduslik abi | 12 | | 10 |
| juhendamine | 4 | | 4 |
| piiratud abi | 6 | | 7 |
| oluline abi | 6 | | 6 |
| väga ulatuslik abi | 4 | | 8 |
| täielik sõltuvus | 10 | | 28 |
| toimingut ei esinenud | 7 | | 0 |
| vastamata | 2 | | 19 |
| • Rahaga arveldamine | | | |
| sõltumatu | 69 | 48 | 49 |
| korralduslik abi | 5 | 2 | 6 |
| juhendamine | 4 | 3 | 3 |
| piiratud abi | 2 | 2 | 2 |
| oluline abi | 3 | 4 | 2 |
| väga ulatuslik abi | 4 | 3 | 3 |
| täielik sõltuvus | 8 | 15 | 17 |
| toimingut ei esinenud | 3 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 22 | 17 |

| | | | |
|------------------------------|----|----|----|
| • Ravimite kasutamine | | | |
| sõltumatu | 70 | 47 | 43 |
| korralduslik abi | 13 | 12 | 16 |
| juhendamine | 5 | 5 | 6 |
| piiratud abi | 1 | 2 | 3 |
| oluline abi | 2 | 4 | 4 |
| väga ulatuslik abi | 2 | 3 | 2 |
| täielik sõltuvus | 3 | 6 | 8 |
| toimingut ei esinenud | 2 | 0 | 0 |
| vastamata | 3 | 21 | 20 |
| • Telefoni kasutamine | | | |
| sõltumatu | 79 | 59 | 56 |
| korralduslik abi | 7 | 6 | 8 |
| juhendamine | 3 | 3 | 4 |
| piiratud abi | 0 | 1 | 1 |
| oluline abi | 1 | 1 | 2 |
| väga ulatuslik abi | 1 | 1 | 1 |
| täielik sõltuvus | 3 | 8 | 10 |
| toimingut ei esinenud | 4 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 21 | 18 |
| • Trepil käimine | | | |
| sõltumatu | 57 | 24 | 30 |
| korralduslik abi | 8 | 6 | 6 |
| juhendamine | 3 | 9 | 4 |
| piiratud abi | 6 | 4 | 4 |
| oluline abi | 6 | 5 | 8 |
| väga ulatuslik abi | 3 | 6 | 5 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| täielik sõltuvus | 5 | 25 | 25 |
| toimingut ei esinenud | 10 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 21 | 18 |
| • Poes käimine | | | |
| sõltumatu | 51 | 22 | 20 |
| korralduslik abi | 6 | 8 | 5 |
| juhendamine | 3 | 2 | 2 |
| piiratud abi | 4 | 5 | 7 |
| oluline abi | 5 | 5 | 6 |
| väga ulatuslik abi | 4 | 4 | 6 |
| täielik sõltuvus | 13 | 32 | 35 |
| toimingut ei esinenud | 12 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 22 | 19 |
| • Transpordi kasutamine | | | |
| sõltumatu | 53 | 22 | 21 |
| korralduslik abi | 6 | 7 | 7 |
| juhendamine | 4 | 2 | 2 |
| piiratud abi | 3 | 6 | 7 |
| oluline abi | 4 | 5 | 6 |
| väga ulatuslik abi | 5 | 5 | 8 |
| täielik sõltuvus | 13 | 31 | 29 |
| toimingut ei esinenud | 10 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 22 | 20 |
| Enesehinnang meeleolule | | | |
| • On tundnud vähest huvi või rõõmu | | | |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 63 | 51 | 57 |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul, kuid sageli tunneb | 8 | 5 | 6 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| jah, tundis seda 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 20 | 18 | 11 |
| ei saa/taha vastata | 7 | 5 | 8 |
| vastamata | 2 | 21 | 18 |
| <ul style="list-style-type: none"> • On tundnud ärevust, püsimatust või rahutust | | | |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 60 | 47 | 58 |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul, kuid sageli tunneb | 8 | 4 | 5 |
| jah, tundis seda 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 26 | 24 | 11 |
| ei saa/taha vastata | 4 | 4 | 7 |
| vastamata | 2 | 21 | 19 |
| <ul style="list-style-type: none"> • On tundnud kurbust/masendust/lootusetust | | | |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 64 | 48 | 60 |
| mitte 3 p / viimase 24 tunni jooksul, kuid sageli tunneb | 9 | 6 | 4 |
| jah, tundis seda 3 p / viimase 24 tunni jooksul | 16 | 18 | 8 |
| ei saa/taha vastata | 8 | 6 | 9 |
| vastamata | 3 | 22 | 19 |
| Käitumise häired | | | |
| ei | 94 | 81 | 79 |
| jah | 3 | 3 | 3 |
| vastamata | 3 | 16 | 18 |
| Tervise seisundid | | | |
| Uriini kontinents | | | |
| kontinentne | 84 | 59 | 70 |
| kontinentne koos kateetri või stoomiga | 1 | 8 | 4 |
| harva inkontinentne | 4 | 5 | 4 |
| vahetevahel inkontinentne | 4 | 1 | 0 |
| sageli inkontinentne | 5 | 6 | 4 |
| inkontinentne | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|--|----|----|-----|
| uriini ei eritunud | 0 | 0 | 0 |
| vastamata | 2 | 21 | 18 |
| Soole kontinents | | | |
| kontinentne | 91 | 68 | 76 |
| kontinentne koos stoomiga | 1 | 1 | 1 |
| harva inkontinentne | 2 | 1 | 2 |
| vahetevahel inkontinentne | 3 | 0 | 0 |
| sageli inkontinentne | 1 | 2 | 2,5 |
| inkontinentne | 0 | 0 | 0 |
| sool ei käinud läbi | 1 | 6 | 0,5 |
| vastamata | 1 | 22 | 18 |
| Sidemete või mähkmete kasutamine | | | |
| ei | 82 | 58 | 59 |
| jah | 15 | 26 | 22 |
| vastamata | 3 | 16 | 19 |
| Uriini kogumise abivahendid (kateeter, tsüstostoom) | | | |
| ei | 96 | 66 | 77 |
| jah | 2 | 12 | 5 |
| vastamata | 2 | 22 | 18 |
| Kukkumised | | | |
| ei ole kukkunud viimase 90 p jooksul | | 51 | |
| kukkus 30–90 p tagasi | | 23 | |
| üks kukkumine viimase 30 p jooksul | | 14 | |
| kaks või rohkem kukkumist viimase 30 p jooksul | | 6 | |
| vastamata | | 5 | |
| Hiljutised kukkumised (haiglas olles) | | | |
| ei | | | 72 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| jah | | | 1 |
| vastamata | | | 27 |
| Tasakaaluhäired | | | |
| ebakindel, ei saa ise seista või tõusta ilma abita – jah | | 52 | 34 |
| ebakindel, ei saa ise ümber pöörata – jah | | 49 | 34 |
| vastamata | | 3 | 18 |
| liveldus | | | |
| ei | | 83 | 77 |
| jah | | 15 | 5 |
| vastamata | | 2 | 18 |
| Õhupuudus | | | |
| puudub | 74 | 51 | 71 |
| esineb mõõdukal tegevusel | 12 | 14 | 4 |
| esineb tavalisel igapäevasel tegevusel | 9 | 6 | 2 |
| esineb rahuolekus | 3 | 6 | 5 |
| vastamata | 2 | 23 | 18 |
| Väsimus | | | |
| ei esinenud | 20 | 13 | 20 |
| minimaalne | 43 | 26 | 40 |
| mõõdukas | 25 | 28 | 14 |
| oluline | 8 | 11 | 5 |
| ei suuda alustada mingeid tegevusi | 2 | 2 | 4 |
| vastamata | 2 | 20 | 17 |
| Valu | | | |
| ei ole olnud | 45 | 30 | 54 |
| esineb, kuid mitte viimase 3 p / 24 tunni jooksul | 12 | 7 | 6 |
| esines viimase 3 p / 24 tunni jooksul | 40 | 43 | 22 |

| | | | |
|---|------------|------|----|
| vastamata | 3 | 20 | 18 |
| Valu tugevus kõige tugevama valuepisoodi ajal | | | |
| valu ei ole | 45 | 30 | 54 |
| nõrk valu | 10 | 11 | 15 |
| mõõdukas valu | 21 | 22 | 11 |
| tugev valu | 15 | 12 | 2 |
| kohati väga tugev/piinav valu | 7 | 5 | 0 |
| vastamata | 2 | 20 | 18 |
| Toitumus | | | |
| Kehamassiindeks (KMI), keskmine (SD) | 27,3 (6,5) | | |
| andmed puuduvad | 15 | | |
| Kaalulangus (30 p jooksul vähemalt 5% või 180 p jooksul 10%) | | | |
| ei | | 0,5 | |
| jah | | 0 | |
| vastamata | | 99,5 | |
| Toitmisviisid | | | |
| • tavaline | 93 | 77 | 73 |
| muutunud iseseisvus või vajab dieedi muutmist (vastused 1–4) | 4 | 4,5 | 5 |
| • sondiga või parenteraalne toitmine (vastused 5–8) | 0 | 0,5 | 4 |
| vastamata | 3 | 18 | 18 |
| Lamatishaavandid | | | |
| ei | | 92 | 92 |
| • nahapunetus | | 2 | 2 |
| nahaterviklikkuse häire (vastused 2–4) | | 2 | 3 |
| vastamata | | 4 | 3 |
| Varem esinenud lamatishaavandid | | | |
| ei | 90 | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| jah | 5 | | |
| vastamata | 5 | | |