

Patsientide rahulolu statsionaarse hooldusravi ja koduõendusteenuusega Tartus

Sirje Kree¹, Jüri Kõre², Heidi-Ingrid Maaroo³ – ¹Tartu Linnavalitsuse linnaarstiteenistus, ²TÜ sotsiaalpoliitika õppetool, ³TÜ polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool

hooldusravi, perearstid, hooldusravi ja hoolekande korraldus, hooldusravi patsientide rahulolu

Hooldusravivõrgu arendamisel on oluline osa tervishoiusüsteemi muutmisel efektiivsemaks. Enamik hooldusravi vajavatest patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kelle tervislik seisund ei võimalda neil iseseisvalt toime tulla. Ankeetküsitlusel põhinev uuring korraldati, et selgitada statsionaarset hooldusravi ja koduõendusteenuust saavate patsientide vajadusi, ootusi ja rahulolu hooldusravi teenustega ning korraldusega.

Üleuroopalise tervishoiu ja sotsiaalteenuste kvaliteedi uuringu põhjal (2002. a) on küsitlused hinnanud Eesti tervishoiuteenuste kvaliteeti 10 palli süsteemis suhteliselt madalalt (4,3) võrreldes 15 EL liikmesriigi (enne 2004. a maid) keskmise hindega 5,6 (1). Rahulolu teenustega suureneb EL nn vanades riikides inimese vanuse kasvades. Eakad on vähem rahul oma tervisega, kuid on noorematega võrreldes teenustega rohkem rahul. See on seletatav asjaoluga, et eakad, olles sagedamini haiged, sõltuvad teenustest rohkem. Nooremad aga kasutavad teenuseid vähem ja nende rahuloluhinnang on pigem abstraktne kui kogemuslik. Eestis on pilt vastupidine. Üle 65aastaste Eesti inimeste hinnang tervishoiu ja sotsiaalteenuste kvaliteedile oli üldisest hinnangust tublisti madalam, Eestis 4,2 ja 15 EL riigis 5,7 palli (1).

2000. aasta mais kiitis Eesti valitsus heaks peamiselt aktiivravivõrgu ümberkuundamisele keskenduva Rootsi ekspertide koostatud "Haiglavõrgu arengukava 2015". Arengukava näeb ühe ressurside säästlikuma kasutamise eeldusena kogu tervishoiusüsteemi ja aktiivravi efektiivsuse suurendamise vahendina hästi toimivat hooldusravisüsteemi (2). 2001. a valminud "Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2015" lähtub suures osas haiglavõrgu arengukavast. Hooldusravivõrgu ülesandeks on pakkuda abi nendele patsientidele, kes ei vaja enam aktiiv-

ravi, kuid kelle tervislik seisund ei võimalda neil iseseisvalt toime tulla. Hooldusravi eesmärkideks on väljakujunenud tervisliku seisundi säilitamine ja võimaluse korral selle parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine õendustegevuse kaudu, inimese ettevalmistamine hooldusasutusse või koduhooldusele suunamiseks ning surijate õendusabi (3). Hooldusravivõrgu arengukava toob välja vajaduse laiendada eakatele osutatava tervishoiuabi võimalusi. Põhilise osa hooldusravi patsientidest moodustavad eakad ja kroonilised haiged, kellel puudub perspektiiv oluliseks paranemiseks. Hooldusravi planeerimisel lähtutakse 65aastaste ja vanemate inimeste arvust, arvestades, et korraga vajab hooldusravi teenuseid 5–10% vastavast sihtrühmast.

Töö eesmärk

Tartu Ülikooli Kliinikum (edaspidi kliinikum) osutab nii statsionaarset kui ka ambulatoorset (koduõendus) hooldusraviteenust. Statsionaarse hooldusraviteenuse planeerimine ja osutamine toimub kiinikumi ja Tartu linna vahelise koostööna. See koostöö on olnud edukas: statsionaarse hooldusravi teenuse maht on märgatavalt suurenenud ja ravi tingimused paranenud.

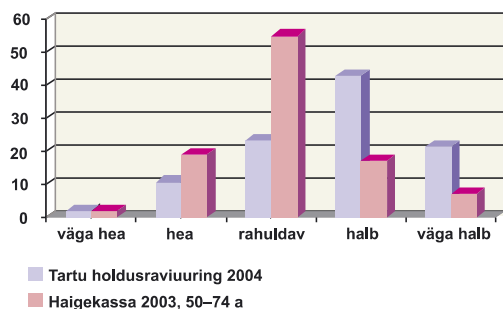
Uuringu eesmärgiks oli hooldusravi teenuste saajate vajaduste, ootuste ja teenusega rahulolu tundmaõppimine ning selle arvestamine hool-

dusravile suunamisel, samuti rahulolu hindamine kogu hooldusravi korraldusega. Paralleelselt tehti uuring ka hoolekandeteenuste saajate hulgas, et tervishoius kasutatava rahulolu uurimise meetodi abil hinnata hoolekandeteenustega rahulolu.

Uuritavad ja meetodika

Uuring teostati ankeetküsitlusena, kasutades struktureeritud personaalintervjuu vormi. Uuringu korraldas Tartu Linnavalitsuse linnaarstiteenistus koostöös Tartu Ülikooli sotsiaalpoliitika õppetooliga 2004. aasta aprillis-mais. Küsitlus teostati näost näkku intervjuude vormis patsiendi kodus (koduõenduse ja koduhoolduse teenuse saajad) ja kliinikumi hooldusravi osakonnas ning SA Vaimse Tervise Hooldekeskus päevakeskuses. Uurimus oli anonüümne, intervjuueeritava isikuandmeid ei fikseeritud ja intervjuude tulemusi kasutatakse ainult statistiliselt üldistatud kujul. Valimi moodustasid aprillis-mais 2004 nii hoolekande kui ka hooldusravi teenust saanud isikud. Küsitleti 48 hoolekande ja 56 hooldusravi patsienti (kokku 104 isikut). Küsitleti kõiki hooldusravi teenuse saajaid, kes olid nõus uuringus osalema ning tegid läbi mälustesti. Andmete töötlemiseks kasutati andmetöötlusprogrammi SPSS 10,0 for Windows.

Artiklis on analüüsitud hooldusravi teenuste saajate intervjuusid (46 statsionaarse hooldusravi ja 10 koduõendusteenukse patsienti), hoolekandeteenuste saajate intervjuude tulemusi on käsitletud võrdlevalt.



Joonis 1. Hinnang oma tervislikule seisundile (protsentides).

Uurimistulemused

Kes on hooldusraviteenuse patsient?

Küsitletutest 62,5% olid naised ja 37,5% mehed vanuses 38–93 aastat. Vastajate keskmine vanus oli $73,5 \pm 13,3$ aastat. 25% küsitletutest olid alla 65 aasta ning 75% üle 65 aasta vanused. 42,9% uuringus osalejatest hindas oma tervislikku seisundit halvaks ning 21,4% väga halvaks (vt jn1).

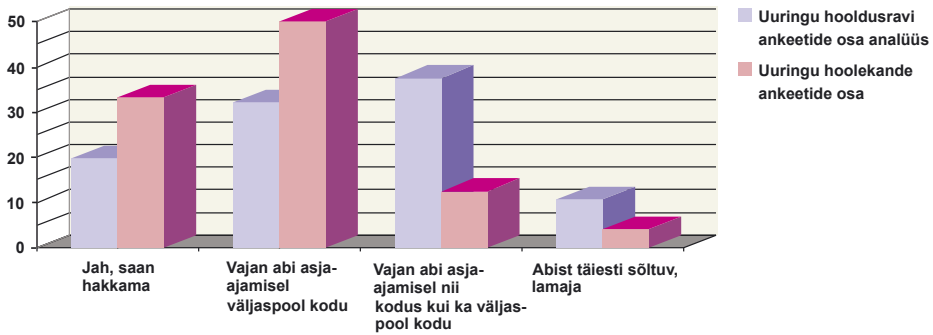
59% küsitletutest elas koos abikaasa või lastega ning 33,9% üksi. 10,7% hooldusravi patsientidest sõltus täiesti teiste abist (lamajad patsiendid); 37,5% vajas abi toimetulekuks nii kodus kui ka väljaspool kodu, 32,1% vajas abi ainult väljaspool kodu. Ülejäänud (viieks) sai oma eluga iseseisvalt hakkama (vt jn 2).

Toimetulekuabi vajavate küsitletute peamised toetajad on perekonnaliikmed (51,8% juhtudel). 32% vastanute hindas abi saamist õigeaegseks ja piisavaks ning 46,3% hindas abi üldiselt piisavaks ja õigeaegseks, kuid tundis, et sõltus abi andja ajalistest võimalustest. Seega oleksid peaaegu pooled hooldusravi patsiendid vajanud enne hooldusravile tulekut kas hoolekandeteenuseid või kiiremat hooldusravile pääsu.

Informatsioon teenuse kohta

34% hooldusravil viibijatest oli eelnevalt teadlik saadavatest teenustest. Väga suur osa informatsiooni jagajana on perearstidel – 51,7% küsitletutest olid teavet hooldusravi kohta saanud oma perearstilt; 14,3% eriarstilt; 8,9% sugulaste vahendusel perearstilt ja 1,8% piirkonna sotsiaaltöötajalt.

Otsuse langetamisel hooldusraviteenuse vajaduse kohta on juhtpositsioonil perearst (43% juhtudel); 16,1% juhtudest eriarst haiglas; 10,7% juhtudest seisis küsitletu haiglaravile saamise eest aktiivselt abikaasa ja 10,7% juhtudest osalesid otsuse langetamisel võrdselt nii patsient kui ka perearst; 3,6% küsitletutest väitis, et nemad ise olid raviletuleku otsustajaks (taotlesid enda hooldusravile saatmist) ning 10,7% vastas, et temaga pole arutatud, miks ta hooldusravil on (vt jn 3).



Joonis 2. Toimetulek igapäevaeluga enne teenusele suunamist (protsentides).

Isiku arvamus hooldusravi saamise põhjuste kohta

Küsitlitud pidasid 53,4% juhtudel ravi saamise põhjuseks terviseprobleeme. Küllalt sageli märgiti aga peamiste või terviseprobleemidega kaasnevate põhjustena ära ka sotsiaalsed probleemid: vastaja on üksik, ei saa kodus ise hakkama; lapsed käivad tööl, pole kedagi, kes eaka perekonnaliikme eest hoolitseks; ravil viibija hooldaja on puhusel või sõitis ära jm.

Patsiendi rahulolu teenusega

91% küsitlitud hindas personali positiivselt: sõbralik, viisakas, lahke, abivalmis. 71,4% kinnitas, et personalil on patsiendi jaoks piisavalt aega. 67,3% leidis, et privaatsust austatakse ning võõraste kuuldes delikaatsetest asjadest ei räägita. 5,4% vastanutele isegi meeldis, et nad pole palatis üksi ja saavad teistega suhelda. Küsimusele, kas tunnete end turvaliselt tuleviku suhtes, vastas

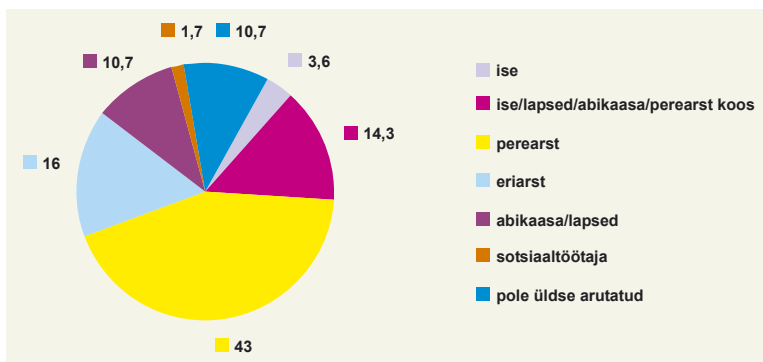
5,4% "jah, kindlasti" ning 7,1% "jah, üldiselt". 16,1% küsitlitud ei ole tulevikule mõelnud; 17,9% märkis, et temaga pole keegi arutanud, kuidas pärast haiglaravi või öendusteenuse lõppemist hakkama saada. 5,4% arvamus oli pessimistlik – neid ei saa kuidagi aidata.

64,3% on senise teenuse pakkumisega väga rahul ja 26,8% üldiselt rahul. 34,9% soovitaks sama teenust ka oma tuttavatele.

Ainult 1,8% vastanutest märkis, et hooldusravile pääsemine oli keeruline. Samas märkis 37% statsionaarse hooldusravi patsientidest negatiivsena järjekorda ravile pääsemisel.

Arutelu

Kvaliteetse tervishoiuteenuse pakkumiseks ja kvaliteedi hoidmiseks on oluline nii tervise väljundite, elukvaliteedi, patsientide rahulolu kui ka kulutuste süstemaatiline jälgimine. Tervishoiu kvaliteeti tuleb hinnata kolmest aspektist: kliendi-



Joonis 3. Otsuse langetamine hooldusravi vajalikkuse osas (protsentides).

kvaliteet, professionaalne kvaliteet ja juhtimise kvaliteet (4). Käesolevas uurimuses on keskendunud tervishoiuteenustele hinnangu andmisele kliendikvaliteedi kaudu. Kliendikvaliteet tähendab, et hinnatakse, mida klient/patsient teenuselt ootab oma vajaduste rahuldamiseks. Patsiendi rahulolu uuring on tänapäeval oluline osa meditsiiniteenuste turu-uuringust. Praktilisest seisukohast pole nende uuringute ülesanne mitte niivõrd selgitada, kas patsient on rahul või mitte, vaid mis ja miks põhjustab rahulolu ja rahulolematust. Ainult rahulolematuse põhjusi teades on võimalik neid kõrvaldada ja pakutava teenuse kvaliteeti hoida ja parandada (4).

On erinevaid meetodeid kliendipoolse teenusega rahulolu hindamiseks. Kaebuste puudumine, mida sageli käsitletakse lihtsaima rahulolu hindamise meetodina, ei tähenda mitte alati kvaliteetset teenust. Kaebuste puudumine näitab vaid fakti, et kaebusi pole registreeritud (5).

Tervishoiuteenustega rahuolu uuringutest on olulisem Eesti Haigekassa poolt regulaarselt tellitav uuring "Elanike rahulolu arstiabiga". 2003. a oktoobris-novembris tehtud uuring näitab arstidega rahuolu kasvu. Rohkem on neid, kes olid 2003. a väga rahul või üldiselt rahul ja seda nii perearsti (2002. a 87%, 2003. a 88%), eriarsti (rahulolu 87%-lt 91%-ni) kui ka hambaarstiga (kasv 92%-lt 96%-ni). Rahulolu haiglaraviga on aga 2003. a võrreldes 2002. a mõnevõrra vähenenud, 87%-lt 84%-ni. Kõige enam on muutunud rahulolu perearstidega. Uuringu kohaselt oli perearstiga väga rahul või üldiselt rahul 2001. a 79%, 2002. a 87% ja 2003. a 88% küsitletutest (6). Ka meie uuringus hinnati nii terviseiga kui tervishoiuteenustega rahulolu.

Uurimuse põhiküsimus oli, kas ja mil määral on tartlased rahul kliinikumis osutatavate hooldusraviteenustega. Üldhinnangu saamiseks ei esitatud mitte üksnes tavapärasest küsimust "Kas olete või ei ole teenusega rahul?", vaid seda kontrolliti lisaküsimuse "Kas soovitaksite saadavat teenust oma tuttavatele?" abil. Otsesele küsimusele vastas 91%, et nad on senise teenusega kas väga rahul

või üldiselt rahul, kuid üksnes 35% vastanutest soovitaks sama teenust teistele. Viimane arv ei kajasta ilmselt mitte niivõrd hinnangut teenusele, vaid see lähtub patsiendi olukorrast. Ligi 2/3 vastanutest pidas oma tervislikku seisundit halvaks või väga halvaks, oma igapäevatoimingutes sõltuvad nad teistest ning on raskelt või pikaajaliselt haiged. Loomulikult ei soovi nad sarnast olukorda oma lähedastele või tuttavatele.

Käesolev uuring tõi välja perearsti võtmerolli mitte ainult hooldusravi, vaid ka hoolekande teenuste kohta informatsiooni jagajana ja neile suunaajana. Hooldusravi teenuste kohta saadi 52% juhtudel infot perearstilt. Hoolekandeteenuste saajate seas nimetas 80% küsitletutest perearsti kas võtmeisikuks või kaasnõuandjaks info saamisel ja otsuse langetamisel hooldusteenuse taotlemiseks. Viimane tulemus kinnitab seisukohta, et tervishoiu esmasandil töötavad perearstid on patsiendile esmaseks kontaktiks tervishoiusüsteemiga ning nad annavad laiahaardelist, järjepidevat ja koordineeritud abi (7).

Eesti vanuripoliitika alustes on rõhutatud, et tervishoiu- ja hoolekandetasutustel tuleb hakata rohkem soodustama eakate aktiivsust ning võimaluse korral arvestama nende soovide ja vajadustega (8). Selle uurimuse põhjal saab öelda, et terviseprobleemide puhul kaasatakse eakat patsienti otsustusprotsessi ebapiisavalt. Sageli on otsustajaks mitte eakas ise, vaid abikaasa, lapsed, teised sugulased. Samuti ei arutata hooldusraviklientidega piisavalt ravi ja hoolduse võimalusi, neile ei selgitata protseduuride tähtsust. Tänu individuaalsele suhtlusele teenuseosutajaga on koduõendusteenusel olevate patsientide hinnang ravile ja hooldusele parem kui haiglaravil olevatel.

Arvestades hooldusravi sihtrühma kuulujate sotsiaalseid ja demograafilisi näitajaid, on ootuspärane ka nende vastus küsimusele, kas nad tunnevad end turvaliselt tuleviku suhtes. Enamik vastanutest pole tuleviku suhtes optimistlikult meeletatud või nad pole sellele isegi mõelnud. Ka "Tartu seenioruurung 2002" andis sarnase

tulemuse: 65,7% küsitluteest väitis, et nad pole tulevikule mõelnud (9).

Kui kõik statsionaarsel hooldusravil olnud isikud pidasid olemasolevat teenust just neile kõige õigemaks ja sobivamaks, siis 40% koduõendusteenusel olijatest märkis, et nende arvates peaksid nad hoopis haiglas hooldusravil olema, seega ei hinnanud neile osutatavat teenust kõige sobivamaks.

Kokkuvõte

Elukvaliteedi hindamiseks on oluline teada, millisel määral on inimesed rahul oma tervisliku seisundiga. Tervishoiu- ja sotsiaalpoliitika seisukohalt on aga oluline teada, kuidas nad hindavad tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande korraldust. Kliendi ja patsiendi rahulolu uuringud pakuvad olulist, sageli üllatuslikku või tavapärasest erinevat informatsiooni. Seda tõestasid ka meie uuringu tulemused.

Kuigi hooldusravi arendamisel on vaja veel astuda olulisi samme (arendada teenust, suurendada nii statsionaarse kui ka ambulatoorse hooldusravi-teenuse (koduõendusteenuse) mahtu), võib teostatud uuringu põhjal väita, et hooldusravi saajate rahulolu teenusega on kõrge, vaatamata sellele et sageli on abisaamine seotud ooteaja ja järjekorraga. Informeeritus osutatavatest hooldusravi teenustest on suhteliselt hea. Perearst on võtmeisikuks mitte ainult hooldusravi, vaid ka hoolekandeteenuste kohta info jagajana ja teenustele suuna-

jana. On oluline märkida, et perearsti tööjuhendi kohaselt ongi üks tema töövaldkond patsientide hooldusravile suunamine koostöös eriarstidega, õdedega, sotsiaaltöötajatega ja kohalike omavalitsustega (10). Seega saab käsitletud ja sarnaste uuringute tulemusi kasutada hinnangu andmiseks nii hooldusravile kui ka perearstide tööle ja perearstisüsteemile.

Lähtuvalt üldisest eluea pikenemisest suureneb eakate osakaal rahvastikus. See toob kaasa suurema vajaduse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele. Oluline on, et eakal hooldataval pereliikmel oleks igakülgne informatsioon ravi ja hoolduse võimaluste ning hooldus- ja põetusvahendite kohta kättesaadav. See teave on eakatele paremini kättesaadav, kui ta on koondatud ühte institutsiooni, olgu selleks siis eakate keskus kitsamas või omavalitsus laiemas kontekstis.

Tänuavaldus

Suur tänu Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliiniku juhatajale prof.J. Maarosile ja hooldusravi osakonna juhatajale K. Ojale nõuannete ning abi eest küsimustiku koostamisel ja uurimuse korraldamisel.

Kirjandus

1. Alber J, Köhler U. Health and care in an enlarged Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
2. Haiglavõrgu arengukava 2015. Sotsiaalministeerium; www.sm.ee.
3. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2015. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2001. www.sm.ee.
4. Pölluste K. Kvaliteet tervishoiu kliendi seisukohalt. Tartu; 1996.
5. Øvretheit J. Evaluating health interventions. Philadelphia: Open University Press; 2000.
6. Elanike rahulolu arstiabiga. Eesti Haigekassa; 2001, 2002, 2003. www.haigekassa.ee.
7. Maaros H-I. Arstiabi järjepidevuse tagamine tänapäeva meditsiinis: koostöö perearstide ja teiste erialade vahel. Eesti Arst 2003;82(5):307-9.
8. Eesti vanuripoliitika alused. Sotsiaalministeerium; www.sm.ee.
9. Tiit E-M, Saks K. Tartu senioruuriting 2002. Tartu; 2002.
10. Perearsti tööjuhend. Sotsiaalministri määrus nr 113 (29. november 2001). RTL 2001;130:1883.

Summary

Patient satisfaction with nursing care in Tartu

The aim of the study was to assess patient satisfaction with nursing care in the department of nursing care of Tartu University Clinics, to explore patients' expectations and needs and to assess if these needs are met. Although there is waiting time for nursing care, about 91% of the patients are satisfied with the service. The patients are well-informed about the service and the main information source is the family doctor. Regarding health care services, 51% of the respondents received information from their family doctor and 80% of the respondents answered that the family doctor is the key-person and advisor in the selection of social welfare services. Although satisfaction with nursing care is high, only 35%

would recommend the same service to other patients. This figure does not reflect the quality of provided service but is rather an indicator of the health status of the patients. As about 2/3 of the respondents assessed their health status as poor or even very poor, while they cannot cope independently, they will not recommend a similar situation to others. This survey revealed high satisfaction not only with the service of nursing care but also with the family doctor's role in health care and in the social welfare system. Family doctors are the key persons guiding patients not only in health care but also in social welfare services.

Sirje.kree@raad.tartu.ee