

Rahvusvahelise geriaatrilise hindamise meetodi kohandamine Eestis

Reet Urban¹, Kai Saks² – ¹Tartu Meditsiinikool, ²TÜ sisekliinik

isiku seisundi hindamise meetod (*resident assessment instrument, RAI*), miinimumandmete kogum (*minimum data set*), kompleksne geriaatriline hindamine (*comprehensive geriatric assessment*), õendushoolduskodu/hooldusraviasakond (*nursing home/long term care facility*), kultuuridevaheline kohandamine (*cross-cultural adaptation*), reliaablus (*reliability*)

Toimetulekudefitsiidiga isikutele hoolduse ja edaspidiste toimetulekumeetmete planeerimiseks on vajalik eelnev isiku seisundi täpne hindamine. RAI on rahvusvaheliselt tunnustatud valideerne seisundi hindamise meetod, mille süsteemne kasutamine loob võimalused isiku konkreetsetest vajadustest lähtuvaks hoolduse kavandamiseks, hoolduse kvaliteedi hindamiseks ja ressursside planeerimiseks. Rahvusvahelise hindamise meetodi kasutuselevõtuks on vajalik selle tõlkimine ja riigi kultuurikeskkonnaga kohandamine rahvusvaheliselt aktsepteeritud metoodika kohaselt. Artiklis on käsitletud RAI kohandamist ja juurutamist Eestis.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldajate, rahastajate ja erialaspetsialistide kinnitusel on kompleksne geriaatriline hindamine aluseks geriaatriliste patsientide teenuste korraldamisel ja elukvaliteedi parandamisel. Geriaatrilise seisundi hindamise eesmärk on hulgi probleemse haige (kui ta saab teenuseid tervishoiusüsteemis) või kliendi (kui ta saab teenuseid sotsiaalhoolekande süsteemis) kõigi toimetulekuvõimet häirivate probleemide (nii meditsiiniliste, funktsionaalsete kui ka sotsiaalsete ja psühholoogiliste) avastamine ning optimaalse sekkumisviisi planeerimine (1, 2). Seisundi hindamist vajavad toimetulekuhäiretega hulgi probleemseid täiskasvanud inimesed, sõltumata vanusest. Praktikast on enamik abivajajaid eakad, sellest ka nimetus geriaatriline hindamine.

Eestis puudus kuni 2004. aastani usaldusväärne meetod geriaatrilise kliendi/haige seisundi terviklikuks hindamiseks. Teenuste korraldamiseks ja elukvaliteedi näitajate hindamiseks sobiva meetodi puudumisel on kaks võimalust: kas arendada välja uus oma riigis kasutatav hindamise meetod või kohandada mõne teise riigi poolt (teises kultuuri- ja keeles keskkonnas) varem välja töötatud ja valideeritud meetod (3). Uue hindamise meetodi väljatöötamine on väga kulukas, sest see eeldab uue teoreetilise kontseptsiooni loomist ning selle põhjal koostatud

meetodi valideerimise ja reliaabluse kontrollimist. Maailmapraktikas on hulgi probleemsete isikute seisundi kompleksseks hindamiseks levinud rahvusvaheline standarditud hindamise meetod *Resident Assessment Instrument* (RAI). Juurutades RAI-d erinevates maa-ades, on selgunud, et standardne meetod ei sobi üheselt kasutamiseks igas kultuurikeskkonnas. Selle peamiseks põhjuseks on küsimuste ja spetsiifiliste mõistete tõlgendamine pärast originaalkeelest tõlkimist. Seega on vajalik originaalkeelest tõlgitud instrumendi kohandamine kultuurikeskkonnaga ning kohandatud instrumendi valideerimise ja reliaabluse hindamine (3).

Eelnevat arvesse võttes tegid Eesti hooldusravi ja hoolekande eksperdid 2002. aastal otsuse kohandada RAI-süsteem Eestis jaoks. Artikli **eesmärgiks** on anda ülevaade RAI asutushoolduse hindamise instrumendi RAI-NH (LTCF) (*Resident Assessment Instrument – Nursing Home (Long Term Care Facilities)*) 2. versioonist (eesti keelne lühend RAI-HO) ning selle kohandamisest Eestis.

Rahvusvaheline isiku seisundi hindamise meetod (RAI)

RAI on standarditud instrument, mida kasutatakse toimetulekudefitsiidiga isikute terviklikuks igakülgseks

seisundi hindamiseks (1). RAI on maailmapraktikas kõige tunnustatum ja laialdasemalt kasutatav hooldushaige seisundi hindamise süsteem. RAI välja-töötamisega on tegelenud rahvusvaheline uurijatest koosnev koostöövõrgustik (InterRAI) rohkem kui kahekümne aasta jooksul. Eesmärgiks on edendada teadmispõhiste otsuste tegemist tervishoiu- ja sotsiaal-süsteemis (www.interrai.org). Eestis on InterRAI liik-meks TÜ sisekliiniku dotsent Kai Saks.

Meetodi usaldusväärsusel (valiidsusel ja mõõt-mise reliiablusel) põhineval seisundi hindamisel saadud tulemused võimaldavad neid kasutada mitmete eesmärkide saavutamiseks: hoolduse kvaliteedi parandamiseks, tuues välja kvaliteedi parandamise võimalused ja kitsaskohad; hoolduse planeerimiseks, tuginedes hinnatava enese ressurs-sidele ja teades tema maksimaalset toimetulekuvõi-met; hooldusteenuste vajaduste ja finantskulutuste planeerimiseks; hooldusteenuse osutajate tegevuse hindamiseks võrdsetel alustel; hooldusteenuste hinna ja kvaliteedi suhte analüüsimiseks; hindamis-tulemuste kasutamiseks uurimistöode teostamisel nii Eestis kui ka rahvusvaheliselt (4, 5).

RAI koosneb kolmest põhikomponendist:

1. Miinimumandmete kogum (*minimum data set*, MDS) – andmete kogum, mis saadakse isiku kompleksse tervisliku, funktsionaalse ja psühho-sotsiaalse seisundi hindamise tulemusena ning mis koosneb eespool nimetatud valdkondi puudutavast 300–400 hindamisküsimusest (RAI-MDS on välja töötatud erinevate tervishoiu- ja hoolekandeesutuste jaoks).

2. Hindamisprotokollid (*resident assessment protocols*, RAPs; *client assessment protocols*, CAPs jt) – andmestik seisundi **detailseks** hindamiseks ja riskitegurite väljatoomiseks ning hooldusplaani koostamiseks vastavalt erinevatele hooldustasanditele. Hindamisprotokollid põhinevad miinimumandmebaasil ja kajastavad hooldusel oleva isiku põhilisi probleemseid valdkondi (nt kognitiivsed häired, inkontinents, lamatised jt). Protokollid aitavad keskenduda konkreetse isiku probleemidele ja toovad välja riskiastme edaspidiseks probleemide tekkeks või süvenemiseks.

Protokollid kajastavad juhiseid vastavalt hindamis-tulemustele edaspidise hoolduse planeerimiseks.

3. Ressursside kasutamise rühmad (*resource utilization groups*, RUG) – toimetuleku-ressurssidel põhinev klassifikatsioonisüsteem, mis võimaldab välja töötada teenuste hinnad hooldusasutuste tasustamise süsteemi jaoks (6, www.interrai.org). Ühtsele miinimumandmebaasile tuginedes on nüüdseks välja töötatud 11 RAI erivormi, mis on suunatud erinevatele kliendi-/patsiendirühmadele ning on kasutamiseks erinevatel hooldustasanditel: hooldusasutuses, koduhoolduses, aktiivraavis, psüh-hiaatrias jm (www.interrai.org).

RAI õendushoolduskodu (institutsio-naalne hooldusravi/hoolekanne)

RAI-HO RAI õendushoolduskodu/hooldusravi oli esimene InterRAI organisatsiooni poolt välja töötatud ja valideeritud hindamisinstrument, mis koosneb kahest osast: miinimumandmete kogum ja hooldusel oleva isiku detailsed hindamisprotokollid. Instrumendi loomise ja kasutuselevõtu eesmärk oli eelkõige parandada pikaajalisel institutsionaalsel hooldusel olevate isikute seisundi (toimetulek ja vajadused) hindamise ja selle põhjal rakendatud hoolduse kvaliteeti. RAI unikaalsus seisneb tema kasutatavuses interdistsiplinaarse meeskonna (arst, õde, sotsiaaltöötaja) poolt. RAI miinimum-andmete kogum koosneb järgmistest andmete rühmadest: isiku- ja sotsiaaldemograafilised and-med; kognitiivne seisund; suhtlemisviis/kuulmine, nägemine; meeleolu ja käitumise iseärasused; psühhosotsiaalne heaolu; füüsiline toimetulek elamistoimingutega, igapäevane aktiivne tegevus; põie- ja soolekontinents; üldine tervislik seisund, diagnoositud haigused; suuõõne ja hammaste tervishoid/toitumuslik seisund; nahatervishoid; spetsiaalsed raviprotseduurid ja kasutatavad ravimid; potentsiaal isiku suunamiseks kodu- või avahooldusele (6).

Mitmed uurimused, mille käigus analüüsiti RAI kasutamise tulemuslikkust hoolduse kvaliteedi parandamisel, tõestasid, et pärast RAI kasutusele-võttu paranesid hooldustegevuse tulemused

isiku jaoks märkimisväärselt (paranes toimetulek igapäevaelu toimingutega ja sotsiaalne aktiivsus; vähenes haavandite, sh lamatiste olemasolu, alatoitumus, dehüdratatsioon, igapäevased kroonilised valud; paranesid kognitiivsed, meeleoluga seotud häired). On järeldatud, et RAI kasutamisel pööras hoolduspersonal erilist tähelepanu hinnatavate isikute vajaduste ja toimetulekuressursside kindlaksmääramisele võrreldes perioodiga, kui hindamisinstrumenti ei kasutatud. Seisundi hinnangu ja hooldusvajaduste täpne dokumenteerimine võimaldas saada konkreetseid andmeid hinnatava isiku tegelikel vajadustel põhineva hoolduse kavandamiseks (6–8). Isiku seisundi hindamine RAI abil kergendab oluliselt hoolduse planeerimist, plaanijärgset hooldust ja hooldusvaliteedi parandamist. Standarditud hindamismeetodi abil saadud andmed on olulised ka hoolduse juhtimisel: tööjõuressursi ja teenuste kättesaadavuse planeerimisel ning hooldusvaliteedi mõõtmisel. Interdistsiplinaarse meeskonna teostatud kompleksse hindamise tulemusena paraneb isiku funktsionaalne toimetulek, pikeneb oluliselt taashospitaliseerimisevaheline periood ja lüheneb aktiivravil viibimise kestus (9, 10).

RAI kohandamine ja juurutamine Eestis

Eestis alustati RAI juurutamist katseprojektina 2002. aasta oktoobris. Esialgu valiti Eesti jaoks välja kaks instrumenti: öendushoolduskodu (pikaravi) (RAI-HO) ja koduhoolduse hindamisinstrumentid. Uurimistöös raames kohandati RAI öendushoolduskodu (RAI-HO) variant ja hinnati kohandatud instrumendi reliaablust.

RAI-HO kohandamise meetodika

Meie uurimistöös raames kasutati Guillemin' (1993) viieastmelise tõlkimise-kohandamise meetodikat, mis koosneb järgmistest osadest: originaalinstrumendi tõlkimine; tagasitõlkimine originaalkeelde; kõigi tõlgete hindamine-analüüsimine eksperdikomisjoni (keeleekspertid, tõlkijad, teadlased, instrumendi kohandajad/kasutajad) poolt; redigeeritud instrumendi (*pre-final version*) katsetamine praktikas; reliaabluse kontroll.

Originaalinstrumendi tõlkis eesti keelde sõltumatu tõlkija. Esialgset tõlget redigeeris neli hooldusravi spetsialisti. Redigeeritud instrumendi keelelist ja kultuurilist sobivust hindas ja tegi parandusettepanekuid laiem kasutajate rühm, kelle moodustas 24 erinevates Eesti haiglates töötavat hooldus- ja pikaravispetsialisti (arstid, õed, sotsiaaltöötajad). Keeleliselt kohandatud instrumendi tagasitõlke tegi erialaspetsialistidest sõltumatu tõlkija. Edasi-tagasi tõlkeid võrdlesid ja analüüsisid erialaspetsialistide tööühm ja InterRAI organisatsiooni esindaja.

Kohandatud hindamisinstrumendi reliaabluse kontrollimises osalesid nelja haigla (SA Pärnu Haigla, SA TÜ Kliinikum, AS Lõuna-Eesti Haigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla) geriaatrilise hindamise meeskonnad (12 tervishoiutöötajat), kes läbisid eelnevalt põhjaliku instrumendi kasutamise koolituse. Reliaabluse hindamiseks kasutati kahte kontrollimeetodikat: kordustestimine (*test-retest*) ja hindajatevahelise reliaabluse (hindamise reliaablus) kontrollimine (*inter-rate reliability*). Instrumendi abil korduvalt hinnatud isikud olid hooldekodudes ja hooldusraviosakondades (-keskustes) viibivad kliendid/patsiendid.

Reliaabluse hindamiseks arvutati iga mõõdetava tunnuse ja tema kordusmõõtmise kooskõla iseloomustav Coheni K-kordaja. Kui mõõtmised on täielikus kooskõlas, siis $K = 1$. Kui mõõtmistulemused ei ole üldse kooskõlas, vaid paiknevad juhuslikult, siis $K = 0$. Kokkuleppeliselt loetakse mõõtmistulemused kooskõlas olevaks, kui $K > 0,75$; heaks või mõõdukaks, kui $0,6 < K < 0,75$; nõrgaks, kui $0,4 < K < 0,6$ ja halvaks, kui $K < 0,4$ (11).

Kohandatud RAI-HO usaldusväärsuse kontrolli tulemused

Kordustesti meetodiga hindas 12 erinevat hindajat 24 patsienti/klienti. Sisulisi hinnatavaid tunnuseid ühe hindamise käigus oli 402. Arvutuste tulemusena leitud keskmine Coheni K -kordaja oli 0,945 ja see näitab väga suurt reliaablust. Vaadeldavatest tunnustest 73% moodustasid tunnused,

mille võrdlemisel oli tegemist täieliku kooskõlaga. Kõigist tunnustest 2,2% (9 tunnust) moodustasid tunnused, mille puhul kooskõlakordaja ei ületanud kokkuleppelist 0,7 piiri (vt tabel 1). Mõõdukas ja nõrgas kooskõlas olevaid tunnuseid esines kuues tunnusrühmas: haiguste diagnooside tunnusrühmas 4 tunnust, meeleolu ja käitumise iseärasusi käsitlevas tunnusrühmas 1, üldist terviseseisundit hindavas tunnusrühmas 1, kehalist funktsiooni hin-

davas tunnusrühmas 1, psühhosotsiaalset käitumist hindavas tunnusrühmas 1 ja kontinentsi hindavas tunnusrühmas 1 tunnus (vt tabel 2). Halba tunnuste kooskõla ($\kappa < 0,4$) ei esinenud.

Hindamise reliaablust kontrollis 20 isiku põhjal kaks hindajat teineteisest sõltumatult. Keskmine seosekordaja κ oli 0,76, mille põhjal võib mõõtmistulemusi pidada kooskõlas olevaks. Mõõdukas kooskõla ($\kappa = 0,4-0,7$) esines 5 tunnusrühmas (vt tabel 3).

Tabel 1. Instrumendi tunnusrühmade reliaabluskordajad test-retest meetodikaga

Tunnusrühm	Tunnuste arv rühmas	Täielik kooskõla	Mittetäielik kooskõla $0,75 < \kappa < 1$	Kooskõlas konstantsed	κ -keskm.	$\kappa < 0,75$ (tunnuseid)
A. Isikuandmed ja taustainformatsioon	21	6	12	3	0,982	0
B. Kognitiivne seisund	15	5	9	1	0,909	0
C. Suhtlemine ja kuulmine	13	2	5	6	0,882	0
D. Nägemine	7	2	2	3	0,966	0
E. Meeleolu ja käitumine	29	16	12	0	0,892	1
F. Psühhosotsiaalne heaolu	16	8	7	0	0,887	1
G. Kehaline funktsioon	51	29	19	2	0,954	1
H. Kontinents viimase 14 päeva jooksul	16	9	2	4	0,966	1
I. Haiguste diagnoos	57	23	2	28	0,952	4
J. Terviseseisundid	33	15	8	9	0,899	1
K. Suuõõne/ toitumuslik seisund	18	8	1	9	0,993	0
L. Suuõõne/hammaste seisund	6	6	0	0	1	0
M. Nahk	29	20	3	6	0,959	0
N. Aktiivne tegevus	22	10	10	2	0,879	0
O. Ravimid	8	7	0	1	1	0
P. Spetsiaalne ravi ja protseduurid	53	23	3	27	0,995	0
Q. Asutusest lahkumise võimalused ja üldine seisund	8	3	5	0	0,949	0
Kokku	402	192	100	101	0,945	9

Tabel 2. Mõõdukas ja nõrgas kooskõlas olevad tunnused test-retest meetodikaga

Tunnusrühm	Mõõdukas ja nõrgas kooskõlas olevad tunnused ($0,4 < \kappa < 0,75$)	κ -kordaja
E. Meeleolu ja käitumine	Depressiooni, ärevuse ja kurvameelsuse tunnused: hommikuti halvas tujus	0,552
F. Psühhosotsiaalne heaolu	Häiritud suhteid puudutav tunnus: rahulolematu teiste hooldatavatega	0,552
G. Kehaline funktsioon	ADL funktsionaalse rehabilitatsiooni potentsiaali hindav tunnus: erinevus ADL soorituses või abivajaduses hommikuti ja õhtuti	0,674
H. Kontinents 14 päeva jooksul	Sooletühjendamist hindav tunnus: roojamasside peetus	0,691
I. Haiguste diagnoosid	Südame-/vereringehaigused: perifeerne vaskulaarne haigus muu kardiovaskulaarne haigus	0,455 -0,063
	Tugiaparaadi haigused: artriit puusaluumurd	0,692 0,692
J. Terviseseisundid	Õnnetusjuhtumeid hindavad tunnused: puusaluumurd viimase 180 päeva jooksul	0,652

Tabel 3. Instrumendi tunnusrühmade reliaabluskordajad *inter-rater* meetodikaga

Tunnusrühm	Tunnuste arv rühmas	Täielik kooskõla	Mittetäielik kooskõla 0,75< κ <1	Möödukas kooskõla 0,4< κ <0,75	Konstantsed	κ -keskm.
A. Isikuandmed ja taustainformatsioon	21	2	2	2	14	0,837
B. Kognitiivne seisund	15	1	8	5	1	0,757
C. Suhtlemine ja kuulmine	13	0	2	3	8	0,705
D. Nägemine	7	3	1	0	3	0,984
E. Meeleolu ja käitumine	29	2	7	6	10	0,697
F. Psühhosotsiaalne heaolu	16	4	5	4	2	0,713
G. Kehaline funktsioon	51	2	27	13	5	0,662
H. Kontinents 14 päeva jooksul	16	2	6	1	7	0,768
I. Haiguste diagnoosid	57	16	5	2	34	0,884
J. Tervises seisundid	33	8	5	6	13	0,835
K. Suuõõne/ toitumuslik seisund	20	3	2	3	11	0,617
L. Suuõõne/hammaste seisund	6	0	2	1	2	0,54
M. Nahk	29	7	2	8	12	0,815
N. Aktiivne tegevus	22	4	6	7	1	0,664
O. Ravimid	8	5	2	0	1	0,961
P. Spetsiaalne ravi ja protseduurid	53	6	6	10	30	0,791
Q. Asutusest lahkumise võimalused ja üldine seisund	7	2	0	4	0	0,664
Kokku	403	67	88	75	123	0,758

Halb kooskõla ($\kappa < 0,4$) esines 19 tunnuse korral (4,7% tunnustest) (vt tabel 4).

Arutelu

Eespool kirjeldatud hindamismeetod sisaldab üle 400 tunnuse, mis on grupeeritud 17 tunnusrühma ning mille abil selgitatakse välja hinnatava hooldusvajadused. Hindamisinstrumendi abil saadud andmete eesmärgipäraseks kasutamiseks on oluline andmete usaldusväärsus nii üksikute tunnuste ja nende rühmade kui ka instrumendi kui terviku osas.

Ootuspäraselt oli ühe hindaja poolt eri päevadel hinnatud tunnuste vahel parem kooskõla kui erinevate hindajate kordushindamistel. Eranditult kõigis tunnusrühmades oli ühe hindaja keskmine reliaabluskordaja väga suur (vahemikus 0,88–1). Üksikute tunnuste mööduka/nõrga kooskõla põhjuseks võib olla reliaabluse hindamise meetodika, mille kohaselt oli kahe hindamise vaheline periood lubatud 3–4 päeva. Selle aja jooksul võis hinnatava seisund muutuda. Teiseks põhjuseks võib olla

see, et hindajad ei jälginud täpselt instrumendi täitmise juhendis ettenähtud hinnatavat ajaperioodi ning lähtusid pigem viimastel päevadel esinenud seisundist või selle muutustest. Nii näiteks tuleb tunnust "hommikuti halvas tujus" hinnata viimase 30 päeva keskmisena, "roojamasside peetus" viimase 14 päeva jooksul, "rahulolematu teiste hooldatavatega" ja "erinevus ADL (igapäevaelu toimingute) soorituses või abivajaduses hommikuti ja õhtuti" 7 päeva jooksul. Kahe esimese tunnuse puhul ei oleks ka viimase kolme/nelja päeva dünaamika tohtinud oluliselt mõjutada kordushindamise tulemust ning erinevus tuleneb ilmselt hindajapoolsest liigest keskendumisest viimaste päevade sündmustele. Samas võib viimase kahe tunnuse puhul erinev hinnang tööpoolsest viidata ka hinnatud isiku muutunud seisundile ega pruugi olla hindaja eksimuseks. Möödukas/nõrk kooskõla diagnooside märkimisel viitab sellele, et ilmselt hinnati eri päevadel haiguste mõju isiku hetkeseisundile erinevalt. Juhendi kohaselt tuleb märkida vaid need haigused, mis mõjutavad isiku seisundit hindamise perioodil, mitte

Tabel 4. Halvas kooskõlas olevad tunnused *inter-rater* meetodikaga

Tunnusrühm	Halvas kooskõlas olevad tunnused ($\kappa < 0,4$)	κ -kordaja
A. Isikuandmed ja taustainformatsioon	Hindamise põhjused: esmane hindamise põhjus	0,089
E. Meeleolu ja käitumine	Depressiooni, ärevuse ja kurvameelsuse tunnused: eneseväärikuse alanemine korduvad ärevuse, hirmude väljedused kurb, valulik, murelik näoilme	0,329 0,296 0,215
F. Psühhosotsiaalne heaolu	Käitumise häired: ringikõndimine, ekslemine Initsiatiivikus, kaasahaaratus: seab oma eesmärgid ise	0,31 0,205
G. Kehaline funktsioon	ADL toimingute sooritamine: liikumine väljaspool osakonda sõltuvusaste abistamise aste	-0,056 -0,036
J. Tervise seisundid	Liikuvusulatuse funktsionaalne piiratus: kael liikuvusulatuse piiratus tahtlike liigutuste puudumine	-0,075 -0,075
K. Suuõõne/ toitumuslik seisund	Probleemsed seisundid: palavik	-0,108
L. Suuõõne/hammaste seisund	Kehakaalu muutus: kaalulangus	0,316
N. Aktiivne tegevus	Suuõõne seisund ja haiguste ennetamine: katkised, karioossed hambad	0,128
	Eeliskeskfond tegevuste sooritamiseks: hooldusasutuses, väljaspool osakonda	-0,06
	Üldised tegevuseelistused: muusika	0,278
	Eelistab muutusi igapäevaelus: tegevuste ring, millega isik on hõivatud isiku osakaal tegevustes	0,313 0,345
P. Spetsiaalne ravi ja protseduurid	Õendusrehabilitatsioon ja taastusravi: liikuvus	0,329
Q. Asutusest lahkumise võimalused ja üldine seisund	Informatsioon hindamise kohta: hindamises osalemine muu oluline isik	0,372

kõik diagnoosid, mis esinevad isiku meditsiinilises dokumentatsioonis.

Hindajatevahelise reliaabluse hindamisel esines mõõdukas reliaablus kuues tunnusrühmas. Neist olulisemaks võib pidada tunnuseid, millega mõõdeti isiku funktsionaalset toimetulekut igapäevaelu toimingutega ja kognitiivset seisundit. Kooskõla oli nõrgem nende tunnuste osas, mis olid objektiivselt raskemini määratavad ning nõudsid hindajalt rohkem omapoolset tõlgendamist – psühholoogilise ja sotsiaalse seisundi tunnused (meeleolu ja käitumine, suhtlemine ja kuulmine, aktiivne tegevus, asutusest lahkumine ja üldine seisund). Kognitiivse seisundi hindamise usaldusväärsus on ka mujal maailmas tekitanud küsitavusi: viidatud on vajadusele kognitiivse seisundi määramisel tugineda rohkem spetsifilistele meetodikatele. Selle küsimusega tegeleb

rahvusvaheline RAI organisatsioon. Kehalise funktsiooni hindamise erinevused võivad tuleneda üsna detailse klassifikatsiooni erinevast tõlgendamisest eri hindajate poolt. Üllataval kombel oli kooskõla kõige nõrgem suuõõne ja hammaste seisundi tunnuste hindamisel ($\kappa = 0,54$). Üheks võimalikuks põhjuseks võib pidada seda, et nendele probleemidele pole meie hooldusravis siiani piisavalt tähelepanu pööratud ning personalil puudub hindamise kogemus sellel alal. Probleemid halva kooskõlaga tunnuste osas (kokku 19) pärinevad ilmselt mitmest allikast. Suurim osa halva kooskõlaga tunnustest (9) hõlmab psühhomotsionaalse seisundi ja sotsiaalse tegevuse aspekte, mis eeldavad hindajalt küllaltki head interpreteerimisoskust ning pole siiani olnud rutiinse hindamise sihiks hooldusravis, seega pole töötajad saanud ka vastavat süvakoolitust. Halb

kooskõla tunnuste "palavik ja kaalulangus" osas näitab tõenäoliselt, et nende tunnuste kohta on raske saada objektiivset infot ning hindajad on kasutanud teabe saamiseks erinevaid allikaid (kas hinnatav isik, dokumentatsioon või personal). Probleemiks on asutushooldusel olevate isikute seisundit kajastav puudulikult täidetud dokumentatsioon (haigus-/hoolduslugu), mis on hindamisel üheks oluliseks infoallikaks. Ülejäänud halva kooskõlaga tunnused (hindamise põhjus, liikumine väljaspool osakonda, kaela liikuvus, katkised hambad, õendusrehabilitatsioon ja hindamises osalenud muu isik) viitavad sellele, et koolitusel ja hindamise juhendis antud teavet on nimetatud punktide osas võimalik tõlgendada erinevalt. Näiteks puuduvad Eestis praegu hindamise standardid (hindamise põhjuse määramine), väljaspool osakonda liiguvad meie hooldushaiged harva ning interpreteerimisel võidi hinnata mitte tegelikku liikumist, vaid selle potentsiaali. Ilmselt vajavad täpsustamist kriteeriumid kaela liikuvuse, hammaste seisundi ja õendusrehabilitatsiooni määramiseks. Oma osa hindamiste erinevuses võib mängida ka hindajate erinev elukutse (arst, õde), kuid neid seoseid selle uurimistöökäigus ei analüüsitud.

Kokkuvõte ja soovitused hindamise objektiivsuse parandamiseks

Uuringutulemused viitavad sellele, et RAI-HO kui tervikinstrumendi keskmine reliaabluskordaja on suur ning selle kasutamine isiku seisundi hindamiseks on täiesti usaldusväärne. Rahvusvahelise RAI keelelise ja kultuurilise kohandamismisprotsessi

tulemusena on Eestis olemas usaldusväärne meetod hulgi probleemse isiku seisundi igakülgseks hindamiseks. Üksikute tunnuste reliaablusaste on siiski madal ning otsustuste tegemisel nendes valdkondades tuleb kasuks hindava meeskonna liikmete põhjalikum omavaheline arutelu.

RAI-HO kasutamise usaldusväärse edasiseks suurendamiseks on vaja

- koolitustel pöörata suuremat tähelepanu tunnustele, mille kooskõla kordushindamistel oli nõrk;
- parandada personali erialast baaskoolitust, eriti psühhoemotsionaalse ja sotsiaalse seisundi ning suuhügieeni hindamise osas;
- töötada hooldusravis ja hoolekandes välja standardid, mis reguleerivad rutiinse hindamise vajadust hooldusravi olulistest aspektidest, näiteks haigete regulaarne kaalumine ja selle dokumenteerimine, hammaste seisundi hindamine.

Alates 2004. aasta jaanuarist on geriaatriameeskondadel RAI kasutamine kohustuslik geriaatrilise seisundi hindamisel (12). Hooldusravi ja hoolekandekspertide ühise otsuse kohaselt tulevad RAI-instrumendid kasutusele kogu hooldusravi ja hoolekande süsteemis lähiajal, pärast vastava tarkvara juurutamist ja RAI-andmebaaside loomist. RAI hakkab olema osa hooldushaige/-kliendi haigus-/õendus-/hooldusloost.

Tänuavaldus

Suur tänu Pärnu Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikumi geriaatrilistele meeskondadele katseprojektis osalemise eest ning prof Ene-Margit Tiidule abi eest statistika koostamisel.

Kirjandus

1. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening. *Gerontologist* 1995;35(2):172-8.
2. Rantz MJ, Popejov L, Zwygart-Stauffacher M, Wipke-Tevis D, Grandt VT. Minimum Data Set and Resident Assessment Instrument. Can using standardized assessment improve clinical practice and outcomes of care? *J Gerontol Nurs* 1999;25(6):35-43.
3. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1417-32.
4. Naaki I. Functional assessment and its place in health care. *N Engl J Med* 1995; 332(9):598-9.
5. Jorgensen LM, Kholy K. RAI - an international system for assessment of nursing home residents. *Ugeskrift for Læger* 1997;159(43):6371-6.

6. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Fries BE, Murphy K, Mor V. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 1997;26(2): 19–25.
7. Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):994–1001.
8. Phillips CD, Morris JN, Hawes C, Fries BE, Mor V, Nennstiel M, Jannacchione V. Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with changes in function, cognition, and psychosocial status. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):986–93.
9. Rosswurm MA, Lanham DM. Discharge planning for elderly patients. *J Gerontol Nurs* 1998; 24(5): 14–21.
10. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999;28(6): 543–50.
11. Graziano AM, Raulin ML. *Research methods: a process of inquiry*. 5th ed. USA: Pearson Education Group Inc.; 2004.
12. Saks K. *Geriaatrilise seisundi hindamine*. *Lege Artis* 2004;3(27):15–7.

Summary

Implementation of the international method for geriatric assessment in Estonia

To provide the best possible quality of life for chronically ill persons and for the frail elderly, an evidence based arrangement of health and social services is needed. The services should correspond to the client's actual needs and be as cost-effective as possible, which enables maximum independence in the client's everyday life and allows to achieve or maintain the highest practicable level of well-being. To organise evidence based care, reliable data based on reliable comprehensive assessment are required. RAI is an international standardised instrument for comprehensive assessment of clients. The instrument helps to gather information on a client's strengths and needs, which constitutes a database for drawing up an individualised care plan.

Cross-cultural adaption of an assessment instrument requires special internationally accepted methodology: translation from the original language, analysis by a committee of specialists to adapt an instrument culturally, back-translation into the original language and reliability testing of the adapted instrument. Inculcation of the RAI-NH version in Estonia started in October 2002. Reliability testing was carried out by using the test-retest method and the inter-rater method. Twelve persons from four Estonian hospitals were involved in the pilot project. The results of reliability testing were analysed and the reliability of the RAI-NH was verified. The reliability coefficient K was 0.945 (test-retest reliability) and 0.76 (inter-rater reliability). From the beginning of 2004, Estonia has the permission of the International RAI organisation (*InterRAI*) for using the RAI-NH Version 2.

reeturban@med.edu.ee