

TARTU ÜLIKOOL
SOTSIAALTEADUSKOND
SOTSIOLOOGIA JA SOTSIAALPOLIITIKA OSAKOND
SOTSIAALPOLIITIKA ÕPPETOOL

Kristina Oja

EAKATE HOOLDUSE KORRALDAMINE EESTIS:
TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA KOOSTÖÖ

Magistritöö

Juhendajad: Kai Saks, PhD

Riina Kiik, MSc

Tartu

2004

SUMMARY

The goal of the Master's thesis "*Organising care for the seniors in Estonia: co-operation between health care and social sphere*" was to find out and describe the co-operation in providing healthcare and social services, the problems with providing services and future perspectives for developing the area.

To achieve the goal research was conducted from 1st to 30th April 2003, which consisted of carrying out and analysing semi-structured interviews. The sample was composed of 17 experts from different local governments and from the cities of Tallinn and Tartu. Data from the interviews was analysed based on the *cross – case* method.

The most important research conclusions are as follows:

- 1) All respondents were convinced of the necessity of co-operation between health care and social welfare workers, the respondents would like to see it improved, but they believed that everything important somehow now gets done.
- 2) Inter-institution integration is rather poor according to the respondents. They believed that the problem stems from the fact that already at the Ministry level the health care and social welfare systems are separated, which creates a similar pattern in the counties.
- 3) The bigger hospitals have social workers, but there are still too few of them. The expectations on social workers are not so much related to professional consultancy but rather their contribution to help senior patients leave hospitals fast.
- 4) The interdisciplinary services (making rehabilitation plans, geriatric evaluation) were unanimously regarded as essential. It was pointed out that there was no co-operation network between the specialists, no common databases and that their usage was not regulated.
- 5) To make the co-operation more efficient it was recommended that the training of the specialists working in health care and social welfare should be improved; specialist doctors are awaited – geriatrics to start working and that the counties' development plans for nursing care and welfare services would be completed.
- 6) Engaging the family and other helpers of the non-formal network in caring for the senior was deemed important, while it was also stressed that providing them with comprehensive support was necessary.

As a conclusion it can be said that the counties' social sphere executive officers regard it vital to significantly improve the co-operation between health care and social welfare, to create common databases and evaluation teams and to support the non-formal carers.

Author's recommendations based on the survey and author's own experience are as follows:

- 1) The counties' social sphere executive officers have direct and close co-operation with the county's bigger health care institutions through serving on the supervisory board.
- 2) Based on the seniors' need for assistance, common development plans that would include organising the nursing care and social welfare in the counties should be developed by regions.
- 3) Common databases and coping ability measurement tools would be useful for the social welfare and health care workers in deciding the patient's future need for services.
- 4) Successful co-operation models should be introduced and recognised at the joint events of health care and social welfare workers.
- 5) A change in the mindset should be achieved, where need for assistance would not be determined by the existing services and/or financial resources, but according to the need of assistance of the individual.

This survey also has a practical outlet. Based on the results of the survey the co-operation done in providing services to seniors is now known and we have an overview of the development, availability, problems and priorities of the services in Estonia. This will enable us to make economically improved decisions about the seniors' health care and social welfare systems in the future, both in the local governments as well as in the Ministry of Social Affairs, because to develop trends the data of the current situation is vital.

A similar survey could be carried out on the health care and social welfare institutions level to find out the co-operation problems between the direct providers of the service.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	6
I PEATÜKK: KIRJANDUSE ÜLEVAADE JA PROBLEEMI SEADE	8
1.1. Eakate hoolduse vajadused	8
1.1.1. Rahvastiku vanuseline struktuur	8
1.1.2. Prognoos etteulatuvalt	10
1.1.3. Eakate hooldusvajaduse struktuur	14
1.2. Prioriteedid eakate hoolduses	18
1.2.1. Prioriteedid eakate hoolduses Eestis ja mujal maailmas	18
1.2.2. Avahooldus	20
1.3. Teenused hooldusvajadusega eakatele	20
1.3.1. Tervishoiuteenused	21
1.3.2. Sotsiaalteenused	22
1.4. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö eakate hoolduse korraldamisel	24
1.4.1. Seadused ja muud regulatsioonid	27
1.4.2. Koostöövormid teistes riikides	29
1.4.3. Geriaatiline sotsiaaltöö	31
1.5. Uurimistöö empiirilise osa probleemiseade	32
II PEATÜKK: UURIMUSE METOODIKA	34
2.1. Uurimuse eesmärk ja ülesanded	34
2.2. Uurimuse metodoloogia valik	35
2.3. Uurimuse käik ja valim	36
2.4. Andmete analüüsimeetod ja kodeerimine	37
III PEATÜKK: TULEMUSED JA ANALÜÜS	40
3.1. Põhikategooria I: Võrgustik	40
3.1.1. Alakategooria I 1: Pere ja lähisugulased	40
3.1.2. Alakategooria I 2: Sõbrad, naabrid ja kaastöötajad	42
3.1.3. Alakategooria I 3: Formaalne toetus	44
3.2. Põhikategooria II: Võrgustiku koostöö	46
3.2.1. Alakategooria II 1: Mitme teenuse kombineeritud osutamine ühes asutuses	47
3.2.2. Alakategooria II 2: Mitmete spetsialistide ja asutuste vaheline koostöö	48
3.3. Põhikategooria III: Koosotsustamise protsess	52

3.3.1. Alakategooria III 1: Kaasaaitamine	52
3.3.2. Alakategooria III 2: Läbirääkimised	54
3.3.3. Alakategooria III 3: Teenusele suunamise otsustamine	56
3.4. Põhikategooria IV: Vastutuse ja reguleerituse puudumine	58
3.4.1. Alakategooria IV 1: Kättesaadavus	58
3.4.2. Alakategooria IV 2: Organiseeritus	61
3.5. Põhikategooria V: Finantseerimine	63
3.5.1. Alakategooria V 1: Kõrge maksumus	64
3.5.2. Alakategooria V 2: Erinevatest allikatest finantseerimine	65
3.5.3. Alakategooria V 3: Finantside vähesus	67
3.6. Põhikategooria VI: Informeerimine	68
3.6.1. Alakategooria VI 1: Info jagamine	68
3.6.2. Alakategooria VI 2: Info vahetamine	70
3.7. Põhikategooria VII: Arendustegevus ja planeerimine	72
3.7.1. Alakategooria VII 1: Uute teenuste arendamine	72
3.7.2. Alakategooria VII 2: Arengukavad	76
3.8. Põhikategooria VIII: Koolitamine	78
3.8.1. Alakategooria VIII 1: Abistajate ettevalmistamine	78
3.8.2. Alakategooria VIII 2: Meeskonnatöö koolitus	80
IV PEATÜKK: ARUTELU	81
KOKKUVÕTE	86
KASUTATUD KIRJANDUS	88

LISAD

Lisa 1. Projekti CARMA lühitutvustus *Marginaliseerumise riskiga eakate eest hoolitsemine*

Lisa 2. Projekti CARMA raames väljatöötatud intervjuukava märksõnade kaupa

Lisa 3. Kodeerimise üldtabel

SISSEJUHATUS

2004. aasta 01. jaanuari seisuga on eakaid (üle 65 aastaseid inimesi) Eestis 16% kogurahvastikust (statistikaameti ..., 2004). Lähtuvalt sellest, et Eesti on väga kiire rahvastikuvananemisega maa (Katus, 2000), on oluline leida efektiivseid meetodeid eakate hoolduse korralduse alal. Vajaduste rahuldamiseks on vajalik tagada teenuste järjepidevus ja koordineeritud osutamine. Selleks aga tuleb teha tihedat koostööd tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel.

Käesolev magistritöö on suunatud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud osutamise vajalikkuse paremale mõistmisele. 2003. aastal käivitus Euroopa Liidu 5. raamprojekt "CARMA" (lisa 1), mille eesmärk on välja töötada juhised, kuidas vältida eakate marginaliseerumist (olukord, kus üksikisikul või isikute rühmal ei ole võimalik osaleda ühiselusel). Antud töö autor on nimetatud projekti töörühma liige ning uurimuse läbiviija. Töö autor on seoses oma igapäevatööga, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimedit siini ja taastusravi kliiniku hooldusravi osakonna juhatajana töötades ja kolleegidega antud valdkonna üle arutledes kokku puutunud mitmete oluliste aspektidega, mis vajavad hädasti väljaarendamist, et tagada teenuste järjepidevus inimeste jaoks.

Olles teadlik erinevatest teenustest ja koostöö vormidest saab eakaid kliente paremini ja püsivama mõjuga aidata. Eakate hoolekandes peavad erinevad teenused olema pidevas arengus ja personaalsetest üksikjuhtumitest lähtuvad, kuna kliendid on nendest teenustest sõltuvad (Sinervo, 2000).

Paljudes maades on tänapäeval üheks peamiseks sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna reformide eesmärgiks erinevate teenusete pakkumise võimalused, mis on koordineeritud ja igati laabuvad tegevused ning kus toimub kommunikatsioon erinevate indiviidide, meeskondade ning organisatsioonide vahel (McKenna jt, 2000). See ei ole lihtne protsess ning McKenna jt (2000), viidates Waters'ile toovad välja, et paljud erinevad uurimustööd viimase 20 aasta jooksul on just seda probleemi kirjeldanud. Paljud uurimused on viidanud koostöö ja kommunikatsiooni puudumisele professionaalide ja abivajajate ning nende hooldajate vahel.

Eestis uuritakse teenuste koordineeritud osutamist esmakordselt. Eakate toimetuleku- ja terviseuuringu (2000) raames andsid oma hinnangu kahe süsteemi koostööle perearstid, pereõed, valdade sotsiaaltöötajad (Saks jt, 2001). Maakondade tasandil on see esimene uurimus. Kuna mitmed teenused (haigla, hooldushaigla, hooldekodu) on koordineeritavad eelkõige maakonna, mitte kohaliku omavalitsuse tasandil, siis on maakonna sotsiaalala juhtide arvamusel eakate hoolduse korraldamisel väga olulised.

Käesoleva magistritöö eesmärk on analüüsida eakatele vajalike tervishoiu- ja hoolekandeteenuste koostoimimist ja koordineeritust ning tuua välja võimalused selle edasiseks arenguks.

Antud töö koosneb neljast osast. Esimeses osas antakse ülevaade eakate hoolduse vajadusest, rahvastikuvananemise olemusest ning tuuakse välja eakate hooldusvajaduse struktuur. Seejärel käsitletakse prioriteete eakate hoolduses ja pakutavaid teenuseid hooldusvajadusega eakatele ning keskendutakse koostöö ja geriaatrilise sotsiaaltöö küsimustele. Samuti tuuakse välja uurimuse teoreetiline lähtekoht. Töö empiirilises osas on kirjeldatud uurimuse andmekogumise- ja analüüsimetoodikat. Töö kolmas peatükk esitab empiirilise uurimuse tulemusi. Töö neljandas osas antakse uurimistulemustele sisuline hinnang. Käesoleva töö viimane osa sisaldab kokkuvõtet. Antud töö lõpeb kirjanduse loeteluga.

Magistritöö autor tahab tänada töö juhendajaid. Dotsent Kai Saksa tänan heade inspireerivate nõuannete, abi ja toetuse ning Euroopa Liidu projekti kaasamise eest, mis võimaldas näha ka praktilist tööd, mida teistes riikides tehakse. Riina Kiike tänan mõistva suhtumise ja abi ning selle äärmiselt huvitava - eakate - teema juurde toomise eest. Nõu ja toetuse eest tänan professor Dagmar Kutsarit ning dotsent Jüri Kõret. Veel tänan kõiki uurimuses osalenud eksperte. Eraldi tahab töö autor kannatlikkuse ja toetuse eest tänada oma abikaasat Leonidi ning lapsi Kevinit ja Claudiat, kes kogu uurimistöö valmimisprotsessi koos minuga kaasa tegid.

Töö empiirilist osa on osaliselt finantseeritud Euroopa 5. raamprojekti CARMA (Care For The Aged At Risk Of Marginalization) raames, granti QLK6-CT-2002-02341 arvelt.

I PEATÜKK: KIRJANDUSE ÜLEVAADE JA PROBLEEMI SEADE

Töö esimese peatüki eesmärgiks on anda ülevaade eakate hoolduse vajadusest, rahvastikuvananemise olemusest ning välja tuua eakate hooldusvajaduse struktuur. Seejärel kirjeldatakse prioriteete eakate hoolduses ja teenuseid hooldusvajadusega eakatele. Tuuakse välja koostöö vajadus ja vormid nii Eestis kui teistes riikides ning keskendutakse koostöö arendamise vajaduse küsimustele. Peatüki lõpus tuuakse välja uurimuse teoreetiline lähtekoht.

1.1. EAKATE HOOLDUSE VAJADUSED

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste struktuuri lahtiseletamine aitab mõista koostöö arendamise vajalikkust nende kahe süsteemi vahel. Lähtuvalt üldisest eluea pikenemisest tõuseb eakate osakaal maailma rahvastiku hulgas ja see omakorda toob kaasa suurema vajaduse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele (Bergmark jt, 2000).

1.1.1. Rahvastiku vanuseline struktuur

Üldise taustana võib märkida, et 65-aastaseid ja vanemaid inimesi on Eestis praegu kokku veidi enam kui 215 000 ehk 16% kogurahvastikust. Üle 65-aastaste inimeste arvu jagunemisest maakonniti viimastel aastatel annab ülevaate tabel 1. Üle 85-aastaseid inimesi on Eestis praegu kokku 16 000 ehk 2% rahvastikust (statistikaameti ..., 2004).

EGGA (Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon'i) "Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuringust" (2000) selgub, et eakate enesehinnangu kohaselt tuleb oma eluga täiesti iseseisvalt toime 43%, väga harva vajab abi 28%, mitu korda kuus 10% (20 300 inimest), mitu korda nädalas 6% (13 500 inimest), iga päev 10% (20 300 inimest) ning täiesti on sõltuvad teiste abist 3% (6 100 inimest) eakatest. Abivajadus suureneb järsult pärast 85-ndat eluaastat (Saks jt, 2001).

Tartu seenioruuringu (Tiit jt, 2002) andmetel vajab teiste abi igapäevaeluga toimetulekuks mitu korda kuus või sagedamini 23% Tartu eakatest (umbes 7000 inimest), sealjuures paar korda nädalas või sagedamini 17% (ligikaudu 4500 inimest). Kõige enam vajatakse abi poeskäimisel, koristamisel, pesupesemisel, vannis- või saunaskäimisel, treppidest ja õues liikumisel, majapidamismasinatega töötamisel ja rahaliste toimingute tegemisel. Põetusabi (süstimine, haavandi ravi, klistiiri, kompressi tegemine, vererõhu mõõtmine jmt) vajab enam kui 1000 vanemaealist tartlast.

Tabel 1. Üle 65-aastaste ja üle 85-aastaste inimeste arv maakonniti 2001. ja 2003. aastal

	1999 a 65 ja vanemad	2001 a 65 ja vanemad	2003 a 65 ja vanemad	1999 a 85 ja vanemad	2001 a 85 ja vanemad	2003 a 85 ja vanemad
Harju maakond	69988	72176	76130	5469	5700	5312
Tallinn	55776	57138	60394	4265	4415	4097
Hiiu maakond	1468	1552	1534	112	139	120
Ida-Viru maakond	28169	28699	30069	1456	1471	1304
Jõgeva maakond	6030	6195	6357	589	611	565
Järva maakond	5819	5970	6077	575	619	541
Lääne maakond	4227	4372	4500	380	390	334
Lääne-Viru maak-d	10559	10713	10941	923	959	876
Põlva maakond	5804	5852	5888	606	598	519
Pärnu maakond	14480	14906	15309	1313	1358	1197
Rapla maakond	5502	5565	5637	540	553	485
Saare maakond	5729	5894	6039	534	565	509
Tartu maakond	22011	22319	22917	2163	2180	1990
Tartu linn	14194	14399	14831	1328	1386	1271
Valga maakond	6219	6342	6388	603	613	538
Viljandi maakond	9750	9805	9916	997	1036	891
Võru maakond	7219	7257	7307	712	679	617
KOKKU	203046	207617	215009	16972	17471	15798

Allikas: statistikaameti ..., 2004.

Viimasel aastakümnel on hooldekodude arv kasvanud rohkem kui neli korda ja hoolealuste arv üldhooldekodudes rohkem kui kaks korda (tabel 2). Keldrima (2003), viidates Tilvisele kirjeldab, et pikaajalise ravi ja hoolduse vajaduse kasv on põhjustatud

eakate osakaalu tõusust rahvastikus, krooniliste haiguste lisandumisest, urbaniseerumisest, naiste töökäimisest ja pere suuruse muutumisest.

Tabel 2. Üldhooldekodude ja nendes hoolealuste arv aastatel 1990, 1995, 2000 ja 2003

	1990	1995	2000	2003
Üldhooldekodude arv	22	49	96	101
Hoolealuste arv	1 545	2 146	3 276	3 509

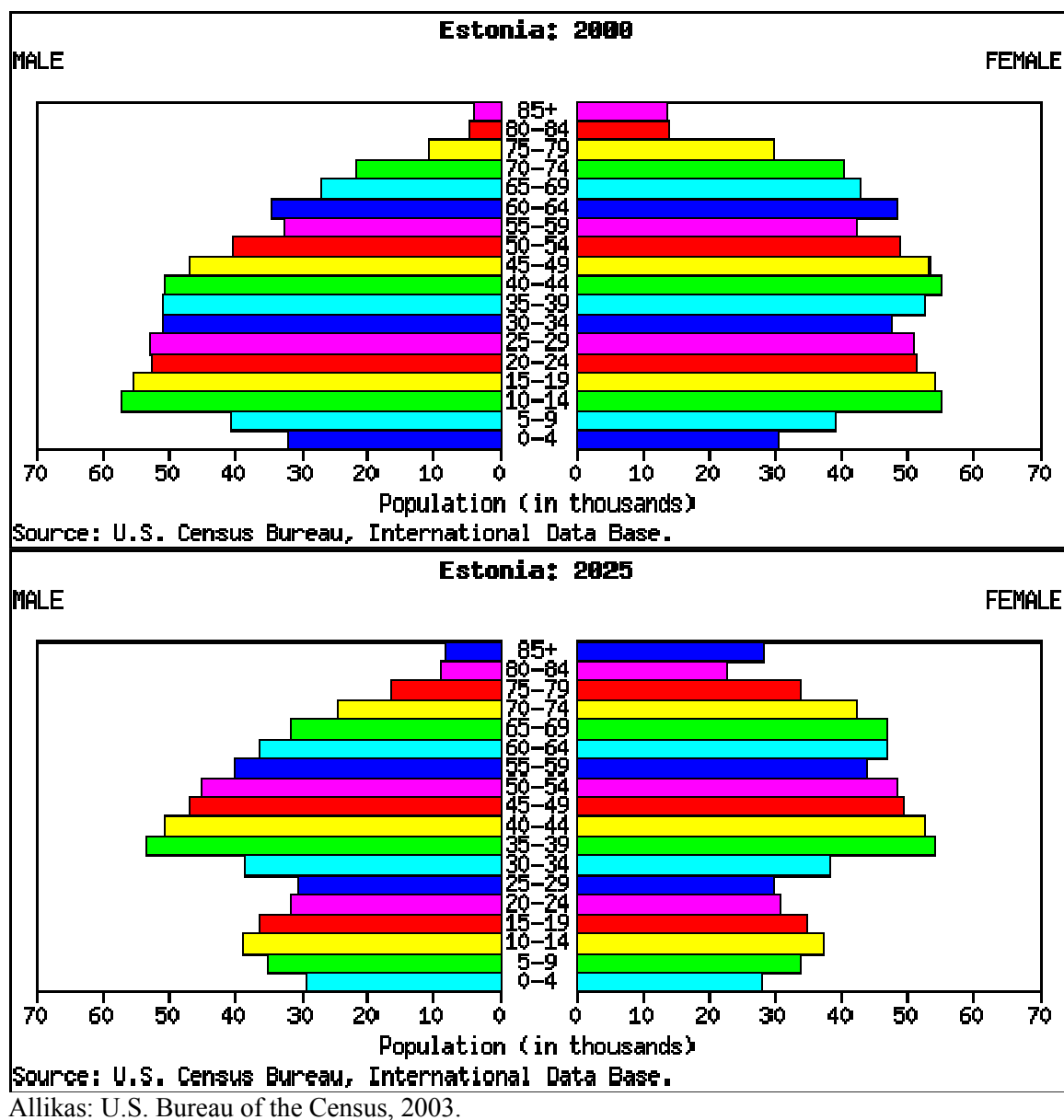
Allikas: statistikaameti ..., 2004

1.1.2. Prognoos etteulatult

Tuleviku põhitrendiks on vanuriosakaalu (üle 65-aastased) tõus käesolevalt tasemelt, mis on ümardatult 16% kogurahvastikust, 25 – 27% aastaks 2030. Aastakümme 1995 – 2004 kujuneb aga Eesti rahvastiku kõige intensiivsemaks vananemisperioodiks läbi ajaloo. Ligikaudu aastast 2020 algab vanurrahvastiku kasvutempo pikaldane aeglustumine (Katus, 2000). ÜRO rahvastikuprognoosi kohaselt võib 2025. aastaks eakate arv rahvastikust moodustada koguni neljandiku (joonis 1). See asjaolu esitab tervishoiu- ja hoolekandesüsteemile täiendavaid nõudeid, kuivõrd tööjõuline elanikkond väheneb Eestis iga aastaga, toimetulek vananedes kahaneb ja kolmas elufaas (normaalne vananemine pensionieas) võib kergesti üle minna neljandaks (patoloogiline vananemine ja toimetulek pideva kõrvalabi toel) (Tulva jt, 2001).

Rahvastiku vananemine loob vanuripoliitika kõrval vajaduse veel teise, mõneti hoopis mitmeplaanilisema sotsiaal- ja rahvastikupoliitika vormi – vananemispoliitika – järele. Vananemispoliitika eesmärgiks on suunata ühiskonnakorraldust tervikuna nii, et paratamatu ja pöördumatu rahvastiku vananemine ei kujuneks mitte arengut pärssivaks ja takistavaks teguriks, vaid vastupidi, avaks ühiskonna ees uue ja senikasutamata arenguressursi. Eelkõige tähendab see rahvastikukeskse metodoloogia väljatöötamist ja oskuslikku rakendamist ühiskonna poolt teostatava poliitika kõigis olulistest suundades. Vananemispoliitika komplekssus nõuab esmapilgul erinevatena tunduvate valdkondade nagu pensioni-, tervise-, elamu-, maksu-, transpordi-, info-, regionaal-, sotsiaalteenuste-, sotsiaalkaitse- jms poliitika, integreerimist ühtseks rahvastiku- ja sotsiaalpoliitiliseks tervikuks (Katus, 2000).

Joonis 1. 2000. aasta rahvaarvu võrdlus 2025. aasta rahvastikuprognosisga



Eakate teenindust tuleb arendada mitmel põhjustel. Lisaks pereliikmete raskustele toimetulekuraskustes eakaid vanemaid ja sugulasi hooldada ning eelpool viidatud järjest kasvavale eakate arvule ühiskonnas, kuuluvad Eesti eakad 1997. aasta inimarengu aruande ja sotsioloogiliste uuringute andmetel sotsiaalse tõrjutuse riskigruppi koos puuetega inimeste ja lastega peredega (Allev, 2000).

Lisaks tõrjutusele ohustab eakaid veel vaesus. Vaesuse leevendamise alusdokumendi – “Vaesuse leevendamine Eestis: taust ja sihiseaded” (1999) – järgi elab üle kolmandiku

Eesti eakatest allpool vaesuspiiri. Eakate inimeste vaesusel on palju põhjuseid: keskmine pension moodustab kolmandiku keskmisest palgast - 2004. aastal oli 27% (sotsiaalkindlustusameti ..., 2004); töövõime alaneb; elatakse sageli omaette leibkonnana ning sellest tingituna on eluasemekulud küllaltki kõrged; ajaloolistel põhjustel ei ole eakatel inimestel elu jooksul kujunenud investeringuid ja sääste; toetusvõrk laste näol on pigem sotsiaalse isolatsiooni vähendamiseks ja igapäevahoolduse organiseerimiseks kui materiaalse toetuse andja. Samuti võib vaesusrisiki põhjuseks olla elukoht maal/väikelinnas või vaesemas piirkonnas.

Ideaalis võiks eaka inimese eest hoolt kanda tema perekond. Ka Eesti Vabariigi Perekonnaseaduses on määratletud, et lapsed ja lapselapsed on ülalpidamiskohustuslikud oma abivajavate vanemate eest. Alati ei ole see aga võimalik. Tulva (1998) kirjeldab, et põhjuseid, miks enda perekonnaliikmed ei saa hooldamist pakkuda, võib olla mitmesuguseid: elatakse lastest lahus ja ei ole vajalikke majanduslikke ressursse (kui eakas vajab ööpäevaringset järelvalvet ning seetõttu peaks teda hooldav pereliige oma töökohast loobuma), kuid ka psühholoogiliste ressursside puudumine (psüühiliselt haigete eakate põetamisel) ning kurvematel juhtudel ka asjaolu, et eakal ei ole omakseid.

Perekonna olulist rolli näitab ka asjaolu, mis Tulva (1998) uurimuse järgselt selgus, et 95% eakatest soovib veeta vanaduspäevi oma kodus niikaua kui võimalik. See on mõistetav, sest eaka inimese jaoks, kelle elus oluliste inimeste arv on tõenäoliselt järjest kahanenud, omab perekonna olemasolu ja lähedus suurt rolli.

Tartu seenioruuringu (Tiit jt, 2002) andmetel tegeleb iga päev abivajajate abistamisega umbes 3000 tartlast. Kõige sagedamini on abistajateks lapsed, kes on tihti jõudnud nn võileivapõlvkonna staatusesse (*sandwich generation*), olles nii oma laste-lastelaste kui ka vanemate abistajateks. Üsna suur osa abistajatest on aga eakate abikaasad, kelle keskmine vanus on ligi 70 aastat. Professionaalidest abistajaid on vaid 13%-l, tuttavaid-naabreid-sõpru abistajaid 10%-l abi vajavatest eakatest.

Tulva (1998) kirjeldab, et kui eakal ei ole lähedast inimest sugulaste seas, võib üksikule eakale eetilist ja toetavat tuge pakkuda ka sotsiaaltöötaja. 10 % küsitletud eakatest peab lähedaseks inimeseks hooldustöötajat (valdavalt üksikud üle 80- aastased naised).

Tartu senioruuringu (Tiit jt, 2002) andmete järgi on hooldamisega seotud muredest nii eakatel kui nende hooldajatel esiplaanil rahalised raskused. Järgnevad probleemid, mis on seotud puhkuse puudumise ja paljude loobumistega, ka transpordimured, vaimne kurnatus, enda kehv tervis ja abivahendite nappus. Oodatakse seda, et oleks võimalik kasutada professionaalse hooldaja/põetaja teenust kodus (üle 2000 hooldaja), kusjuures pooled soovijatest oleksid nõus selle teenuse eest tasuma. Vajadus on ka päevahoolduse ja intervallhoolduse järele (kumbagi üle 200 soovija). Hooldajaid, kes võimalusel paigutaksid hooldatava hooldusasutusse, on üsna vähe (Tiit jt, 2002).

Tartu senioruuringus küsitletud eakatest pole enamik mõelnud sellele, kuidas toime tulla siis, kui ise enam oma eluga hakkama ei saa. Kolmandik nendest, kes seda siiski teinud on, plaanib minna elama kellegi teise juurde (valdavalt laste/lastelaste juurde), kolmandik sooviks minna elama eakate majja, veerand kutsuks kedagi enda juurde elama ning väga vähesed sooviksid elada hooldekodus (7%) või palgata endale hooldaja (7%) (Tiit jt, 2002).

Eakate hooldamisel võib ette tulla ealistest iseärasustest põhjustatud probleeme. Kiis (2001) toob välja kolme põhilise eripärana järgmised asjaolud: erinevatesse põlvkondadesse kuulumine, mis võib ilmneda ka erinevates väärtushinnangutes; usaldusliku ja positiivse suhte loomise aegluses, kuid ka sotsiaaltöötaja mittepiisava tähelepanu pööramises eaka soovidele ja tema mittekaasatus otsustusprotsessi; ning vajaduses eakale selgitada muutuste vajadust ja muutuste häid külgi.

Mõtiskledes eakate inimeste hooldamise küsimuste üle, väärib tähelepanu asjaolu, et Eestis on suhteliselt nõrgad peresidemed. Abielulahutusi on palju ja sündimus on madal ning väiksem laste arv viitab tulevikus väiksemale arvule võimalikele hooldajatele (Tulva, 1999). Eestile omase luterliku traditsiooni kohaselt ei ela pere erinevad põlvkonnad enamasti koos (Tulva, 1998). Noorele ühiskonnakorrale iseloomulikult kaldutakse väärtustama eelkõige majandusliku heaolu näitajaid ning peresidemeid ja seega ka hoolitsuse vajaduse märkamine ning sellest arusaamine on tahaplaanile jäänud. Probleemi teeb raskemaks ka asjaolu, et Eestis ei ole näiteks tugevat sotsiaaltoetuste süsteemi nagu Skandinaaviamaades ega ka ladina-riikidele iseloomulikku katoliiklikele põhimõtetele tuginevat peresüsteemi, kus perekonna vanemale põlvkonnale pakub olulist tuge noorem põlvkond. Need mudelid ei ole Eesti ühiskonnas vältimatult vajalikud,

pigem peaks Eesti oskama leida teistsuguseid, ühiskonnale ja kultuuritraditsioonile sobivamaid toetussüsteeme ja võimalusi eakate eest hoolitsemiseks (Jus'kin, 2003).

1.1.3. Eakate hooldusvajaduse struktuur

Hooldusvajaduse sihtgrupi enamuse moodustavad 65-aastased ja vanemad elanikud. Sihtgruppi kuuluvad ka nooremad püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimesed, kuid nende regionaalne paiknemine ei ole fikseeritav ning planeerimisel on otstarbekas võtta aluseks andmed elanikkonna vanuselise jaotuse kohta. Teiseks lähtepunktiks on teenuste vajadused tasemete järgi. Teenustasemete normatiivid tuhande 65-aastase ja vanema elaniku kohta on kokkuleppelised ning neid saab kasutada esialgsel planeerimisel baasindikaatoritena. Tulevikus tuleb aluseks võtta juba tegutsevast hooldusravivõrgust lähtuvad andmed, mis võimaldavad täpsemat planeerimist (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Lähtuvalt Eesti Hooldusravivõrgu arengukavast aastaks 2015 (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b) on õendushoolduskodu kohtade vajadus 10 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta. Hooldekodukohtade vajadus on 20 voodit 1000 üle 65-aastase elaniku kohta. Need arvud on saadud, võttes aluseks kogu maailmas levinud praktika, kus otstarbekas on võtta aluskriteeriumiks iga kahe hooldekodu voodi kohta üks õendushoolduskodu koht.

Hooldekoduteenuse kättesaadavust näitab hooldekodukohtade arv tuhande üle 65-aastase elaniku kohta. Eesti haiglate arengukava aastani 2015 (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 c) pakub välja 4 hooldekodukohta 1000 elaniku kohta, kusjuures mõeldud on kogu elanikkonda. Tuhande 65-aastase ja vanema elaniku jaoks oleks vajalik kohtade arv seega 28.

Maakondadevahelisi erinevusi tuleb vaadelda seotult eaka elanikkonna osakaaluga vastavas piirkonnas, mis võimaldab tõeselt hinnata erinevusi hooldekodukohtade kättesaadavuses. Praegu on Eestis keskmiselt 15,2 hooldekodukohta 1000 eaka kohta (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b). Erinevate uuringute põhjal erinevate meetodikate alusel saadud andmed toetavad Eesti Hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015 kontseptsioonis teenuste planeerimisel seatud eesmärgi.

Tabel 3. Õendushoolduskodu- ja hooldekodukohtade kättesaadavus maakondade lõikes

Maakond	Hooldekodu kohad 20 per 1000 65+	Õendushoolduskodu kohad 10 per 1000 65 +	Kokku kohti
Looderegioon			
Harjumaa	1446	723	2169
Hiiumaa	31	15	46
Läänemaa	87	44	131
Järvamaa	120	60	180
Raplamaa	111	55	166
Kirderegioon			
Ida-Virumaa	585	292	877
Lääne-Virumaa	216	108	324
Edelaregioon			
Saaremaa	117	59	176
Pärnumaa	305	152	457
Kaguregioon			
Jõgevamaa	122	61	183
Põlvamaa	116	58	174
Tartumaa	449	225	674
Valgamaa	127	64	191
Viljandimaa	195	98	293
Võrumaa	145	73	218
Kokku (Ümmardatult)	4171 (4200)	2086 (2100)	6257 (6300)

Allikas: sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b.

Teenuste kättesaadavus eesmärgi tasemel 10 õendushoolduskodu kohta ja 20 hooldekodu kohta 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta (2015. aastaks) maakondade lõikes on toodud tabelis 3. Hooldekodude osas on aluseks võetud praegu olemasolevad 3 509 kohta ning eesmärgi saavutamiseks lisatavad hooldekodukohad (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Institutsionaalse hoolduse miinimum rahvusvaheliste standardite järgi on 30 kohta 1000 65-aastase ja vanema inimese kohta, mis jaguneb hoolduskodu ja õenduskodu vahel, suhtega 2:1. Kusjuures teenuste kättesaadavuse indikaatorite seadmisel ei saa üks-ühele üle võtta Euroopa Liidus (EL) kehtivaid norme. Selleks on Eesti Hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015 kontseptsiooni järgi 4 põhjust:

- 1) Erinevused elanikkonna struktuuris (eriti 80-aastaste ja vanemate elanike osakaal). Nagu teiste riikide kogemused, nii näitavad Eesti vastavad andmed, et ea suurenedes kasvab märkimisväärselt vajadus abi järele. Praegu on Eestis 65-aastastest ja vanematest elanikest vaid 18% 80-aastased ja vanemad, EL riikides on see näitaja kõrgem.
- 2) Erinevused elamistingimustes kujundavad erineva vajaduse hooldusravi järele. Sotsiaaleluruumide vähene kättesaadavus ja mugavusteta elamistingimused põhjustavad suuremat vajadust institutsionaalse hooldusravi järele. Samas tähendab see, et suhteliselt lihtsalt rakendatavad kodused teenused ja kohandatud elamispinna parem kättesaadavus vähendaksid vajadust institutsionaalse hooldusravi järele.
- 3) Erinevused tervishoiu, hoolekande ja nendega seotud muude teenuste korralduses. Eestis ei ole välja töötatud rahvusvaheliselt aktsepteeritud standardeid teenuste kättesaadavuse kohta. Eeskujuna tuleb eelistada riike, mis on võrreldava sotsiaalse ja majandusliku arengumudeliga ning samuti neid, kus on viimase 50 aasta jooksul välja arendatud hinnatud vajadustel põhinev geriaatrilise abi süsteem.
- 4) Arvesse tuleb võtta erinevusi mõistetes. Standardsed definitsioonid EL riikides on alles väljatöötamisel. Praegu on raske Eestis neile vasteid leida, kuna olukord on erinev, kuid hooldusravivõrgu ja vastavate teenuste rakendumisel tuleb omaks võtta ka vastavad mõisted (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Rahvusvaheliste kogemuste ülevõtmisel tuleb arvestada, et Eestis peab välja töötama teenuste kättesaadavuse kriteeriumid. Võrreldes Eestiga on mujal (va Hispaania) palju parem kättesaadavus õendushoolduskodude (*nursing home*), hooldekodude, toetatud elamise osas ning kõrgelt on arenenud avahooldussüsteem. *Nursing home* oleks meie oludes võrreldav hooldekoduga, kus osutatakse tervishoiuteenuseid, seega hooldusravi kontseptsioonis – õendushoolduskoduga. Teenindustasandite kättesaadavuse võrdlus on esitatud tabelis 4, milles toodud andmed pärinevad 15 EL riigis ja Norras läbi viidud uuringust (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Eestis prognoositav koduhooldusklientide arv jääb väiksemaks teiste maade näitajast, kuna Eestis on rakendatud puudega inimeste hooldajate tasustamine, teenuse eest

täismahus maksmine ei ole paljudele majanduslikult võimalik ning osadel juhtudel ei ole võimalik eakat kodus hooldada eluaseme halva olukorra tõttu.

Koduõenduse klientide arv jääb samuti ilmselt 2 - 3 korda väiksemaks EL maade keskmisest näitajast (kuid on siiski võrreldav Iirimaaga) arvestades pereõdede osalist rakendamist sellel tööl, pikemat keskmist haiglaravil viibimist ning samuti Eestis levinud traditsiooni, kus pere liikmed osalevad paljude põetustoimingute sooritamisel.

Tabel 4. Teenindustasandite kättesaadavuse võrdlus mõnedes EL riikides, Norras ja Eestis

Teenindustasandid 1000 65-aastase ja vanema elaniku kohta						
Riik	Õendushool- duskodud (<i>Nursing homes</i>)	Hoolde- kodud	Toetatud elamine, sotsiaal- korter	Kodune abi (töötajate arv)	Kodune õendus (õdede arv)	Päevane hooldus (kohtade arv)
Norra	51	14	46	43 õde ja hooldusabi töötajat kokku		Kättesaadav
Rootsi	18	29	40	72	Kättesaadav	Kättesaadav
Taani	53	11	32	Kättesaadav	Kättesaadav	5
Soome	21	32	20	17	9	1
Saksa LV	12.6	11	32	9	Kättesaadav	Kättesaadav
Madalmaad	26	64	23	20	6	6
Austria	25	21	10	10	Kättesaadav	10
Iirimaa	22	25	4	26	3.4	Kättesaadav
Suurbritannia	18	31	50	8% kasut.-d teenust	6% kasut.-d teenust	50
Portugal	Kättesaadav, üle 16		Kättesaadav	Kättesaadav	Kättesaadav	Kättesaadav
Hispaania	Kättesaadav, üle 28		Vähesel määral	Kättesaadav	13	Kättesaadav
Eesti	5 pikaravihaiglad	15	Vähesel määral	Kättesaadav, kuid piiratud	Kättesaadav, kuid piiratud	Kättesaadav, kuid piiratud

Allikas: sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b.

Institutsionaalse hoolduse madal kättesaadavus ning paljude eakate inimeste mugavusteta elamistingimused (eriti maapiirkondades) tingivad selle, et inimesed, kes arenenud riikides elaksid institutsioonis või vastavate teenustega toetatud eluruumides, jäävad Eestis lihtsalt oma kodudesse. Samal ajal tähendab see, et Eestis ei ole vaja institutsionaalsesse hooldusesse paigutatud ressursside ulatuslikku restruktureerimist. Järelikult abivajajate üleviimisel aktiivravi ja pikaravi voodikohtadelt loodavasse hooldusravi süsteemi pole vaja vähendada institutsionaalset hooldust. Samas on

institutsionaalse hoolduse madal kättesaadavus pigem hea lähteolukord päevase ja koduse hooldusravi väljaarendamiseks (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Arvestades, et sagedase abi vajajaid (mitu korda nädalas või sagedamini) on Tartu eakate hulgas ligikaudu 17% (Tiit jt, 2002), vajab Eesti mõistes seega teiste abi igapäevaeluga toimetulekuks mitu korda nädalas või sagedamini ligikaudu 36 550 inimest.

1.2. PRIORITEEDID EAKATE HOOLDUSES

Põhiliseks eesmärgiks on toimetulekuraskustega eakatele kindlustada parim võimalik elukvaliteet, osutades selleks vajalikke tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid.

Paljud patsiendid, kelle haiglaravi vajadus on lõppenud, on võimelised koju tagasi minema kas vajades väga vähest toetust või üldse ilma kõrvalise abita. Samas on ka neid, kes vajavad erinevaid teenuseid. Need patsiendid, kes vajavad kompleksravi, sealhulgas ka eakad ja psüühiliste häiretega inimesed, vajavad tõenäoliselt mitmeid teenuseid (McKenna jt, 2000).

Väga vajalik on kommunikatsioon erinevate ühiskondlike asutuste ja sektorite vahel, et suurendada patsiendiga seotud informatsiooni leviku efektiivsust. Sealjuures on vajalik kommunikatsioon ka patsiendi, tema hooldajate ja ühiskondlike abiandjate vahel - info levik kõikide hoolekandesüsteemi osapoolte vahel (McKenna jt, 2000).

1.2.1. Prioriteedid eakate hoolduses Eestis ja mujal maailmas

Avaliku sektori funktsioonideks on riikluse kindlustamine ning rahvuse püsimise ja elanikkonna heaolu kindlustamine. Viimase hulka kuulub ka kaitse vananemise, haiguste ja õnnetustega kaasnevate majanduslike ja sotsiaalsete raskuste ning tööpuudusest või perekonna suurusest põhjustatud elatusvahendite nappuse eest (Lauristin, 1997).

Alates heaoluriigi kujunemisest on sotsiaalteenused muutunud sotsiaalpoliitika lahutamatuks osaks. Paljudes arenenud lääneriikides on olnud kasvaval määral avaliku

sektori kanda nii teenuste finantseerimine, organiseerimine, tootmine kui kontrollimine. Sotsiaalhoolekandesüsteemide programmides rõhutatakse sageli järgmisi tegureid: teenuste võime reageerida kasutajate vajadustele, hooldajate isiklik suhe hooldatavatega, kasutajate võrdne kohtlemine, ohutus, ökonoomsus, hooldajate oskused ja pädevus, hooldaja võime tööga toime tulla ning vähemusrühmade respektseerimine (Sipilä, 1997).

Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava eeldatav tulemus aastaks 2015 on, et funktsioneerib järjepidev ravivõrk, mis hõlmab pärast aktiivravi ning järelravi väljakujunenud stabiilses tervislikus seisundis haigele osutatavat meditsiinilist, hooldusalast, psühholoogilist ja sotsiaalset abi nii statsionaaris kui kodus, lähtub haige individuaalsetest vajadustest ning kindlustab talle parima võimaliku elukvaliteedi. Institutsionaalsemalt hooldusravilt kodusemale üle minnes on eeldatav teenuste kulude langus ning hooldusravi kompleksne lahendus. Patsiendi/kliendi vajaduste perioodiline hindamine võimaldab juhtida patsiendi aste-astmelt liikumist institutsioonikeskselt, komplitseeritult ja kulukalt tasandilt kodukesksele ning kulusäästlikule (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Eesti vanuripoliitika kujundamisel on lähtutud positiivsest vanurikäsitlest ja keskendutud järgmisele:

- 1) eluga toimetuleku kindlustamine riikliku pensionisüsteemi toel, sest sotsiaalabi ja ravivajadus kasvab progresseeruvalt;
- 2) eakate kõrge elukvaliteedi ja heaolu saavutamine, lähtudes teiste vanuserühmadega võrdsete võimaluste tagamise põhimõttest;
- 3) eakate enesemääramisõiguse soodustamine;
- 4) eelduste loomine eakate sotsiaalse ja vaimse aktiivsuse virgutamiseks;
- 5) eakate vajadusi arvestava teenustesüsteemi väljaarendamine ning andmepanga koostamine võimalike teenuste kohta;
- 6) eakate endi ja nendega töötava personali koolitus (Eesti vanuripoliitika alused, 1999).

Vastavalt Eesti vanuripoliitika alustele (1999), on eesmärgiks võimalikult kauaks säilitada eakale iseseisvus ja kodu ning vajadusel toetavad riik ja omavalitsus hooldusteenuste eest tasumist ja nõustavad koduhooldusega seotud peresid nii psühholoogiliselt, organisatoorselt kui ka juriidiliselt.

1.2.2. Avahooldus

Avahooldusel on oluline koht hoolekandes, kuna see on odavam kui institutsioonikeskne hooldus ja arvestab inimese soovi oma kodus elada ja toime tulla (Väljataga, 1998). Avahoolduse puhul püütakse kõiki eluks vajalikke teenuseid pakkuda inimesele tavapärase keskkonnas, tema kodus ja igapäevases pere, sõprade ja sugulaste ringis (Rehkli, 2000). Laiemas vaatenurgas võib avahooldust pidada ka preventiivseks tegevusvaldkonnaks (Laas, 1996).

Eesti vanuripoliitika aluste (1999) peatükk 4 sätestab, et avahooldus hõlmab koduteenuseid, eluasemeteenuseid ja päevast hooldamist hoolekandetasutuses ning muid teenuseid, mis säilitavad eakal võimalikult kauaks iseseisvuse ja kodu. Avahoolduseks loetakse veel isiku päevast hooldamist hoolekandetasutuses, seega päevakeskuses, kus päevase hooldamisega toetatakse nende isikute või pereliikmete iseseisvat toimetulekut (Sotsiaalhoolekande seadus § 16 punkt 2). Laiemas tähenduses kuuluvad avahoolduse alla ka kodu baasil osutatavad õendusabiteenused – koduõendus ja päevaõendus.

Avahoolduse eesmärkideks on:

- 1) teha kliendile teenuste osutamise teel võimalikuks elada oma kodus;
- 2) lühendada haiglaravi voodipäevade arvu; toetada kliendi õigeid hoiakuid ja suhtumisi tervisesse ja eluviiside muutmisesse;
- 3) viia õendustoiminguid läbi patsiendi kodus;
- 4) õpetada kliendile/abivajajale tema võimete piires kodust toimetulekut (Koduhooldus Tallinnas, 2001).

Enamuse avahoolduse vajajatest moodustavad eakad inimesed. Allev (2000) toob välja, et Tallinna linnaosade avahooldusteenuste kasutajatest on 90 - 98% eakad. EGGA 2000. aastal läbi viidud ja kogu Eestit hõlmavast uurimusest selgus, et eakatest vajab igapäevaeluga toimetulekul abi 57% ning pidevalt neist 29% (Tulva jt, 2001).

1.3. TEENUSED HOOLDUSVAJADUSEGA EAKATELE

Abivajavate inimeste sotsiaalse- ja tervisehoolekande teema on aktuaalne rahvusvahelises mastaabis, sest tervise- ja sotsiaalhoolekandega seotu pakub laiemat huvi kõigile, kel on

kokkupuuteid abivajavate inimestega sotsiaaltöö valdkonnas. See puudutab vaieldamatult praegusaja Euroopa sotsiaalpoliitika ja sotsiaaltöö fundamentaalseid küsimusi.

1.3.1. Tervishoiuteenused

Tervishoiu põhieesmärgiks on raskete haiguste profülaktika, nende varajane diagnoosimine ja tõhus ravi. Eakate tervisekontrolli eesmärgiks on mitte niivõrd eluea pikendamine kui tervise ja hea elukvaliteedi säilitamine ning raske tegutsemisvõimetuse vältimine või edasilükkamine hilisemaks. Ka sotsiaalsete sidemete tugevdamisel ja raviga tegelevate inimeste toetamisel on tähtis osa (Tilvis jt, 1996).

Tervishoiu juhtimist ja finantseerimist korraldab riik. Alates 01. jaanuarist 1992. aastast kehtiv ravikindlustusseadus käivitas solidaarsusprintsibiil toimiva tervishoiu rahastamise, millega on kaetud ligikaudu 95% Eesti elanikest (Eesti rahva ..., 2000). 2002. aastast on kehtiv uus ravikindlustusseadus.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 2 järgi on tervishoiuteenuseks tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist. Tervishoiuteenuste loetelu kehtestab sotsiaalminister.

Tervishoiuteenused jagatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kohaselt statsionaarseks ja ambulatoorseks tervishoiuteenuseks. Üldarstiabi on eelpoolnimetatud seaduse § 7 järgi ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Eriarstiabi on (§ 20 järgi) ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Lisaks nendele on erakorralisteks puhkudeks olemas kiirabi (tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 16), mis on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgituse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse.

Eakate profülaktilise meditsiini üheks peaesmärgiks on peetud pikaajalise haiglaravi vähendamise vajadust. Tavaliselt on eakate tegutsemisvõime languse põhjuseks üks või mitu pikaajalist haigust. Ka korter ja muu ümbruskond mõjustavad seda, kuivõrd

teovõime langus segab igapäevaste toimingutega ja endaga toimetulekut. Eaka tegutsemisvõimet saab säilitada eelkõige tegevuses olemisega. See puudutab nii füüsilist kui ka vaimset ja sotsiaalset tegutsemisvõimet (Tilvis jt, 1996).

Alates taasiseseisvumisest 1991. aastast on Eesti tervishoius toimunud kaks suurt reformi, kolmas on lõppemas ja neljandat planeeritakse. Esimesed kaks – riikliku tervishoiu juhtimise detsentraliseerimine ja solidaarse ravikindlustuse sisseseadmine – toimusid aastatel 1992 - 1994. Kolmanda reformi käigus, alates 1997. aastast, võeti suund esmatasandi arstiabi ja rahvatervishoiu arendamisele ning 2003. aastast oli sisuliselt üle mindud perearstiabi süsteemile. Järgmisena on kavas haiglavõrgu korrastamine, kus arstiabi kvaliteedi tagamiseks koondatakse kõrgtehnoloogiline arstiabi reorganiseeritud suurhaiglatesse ja rajatakse hooldus- ja järelravisüsteem, mis on Eestis seni väga ebaühtlaselt ja koordineerimatult arenenud (Eesti rahva ..., 2000).

1.3.2. Sotsiaalteenused

Sotsiaalhoolekande ülesanneteks Eestis on abivajavate isikute toimetuleku soodustamine ja sotsiaalse turvalisuse suurendamine. Eesti sotsiaalhoolekandes on sihiks võetud sotsiaalteenuste struktuuri muutmine: asutusekesksete ja keerukate teenuste asemele peavad tekkima lihtsamad ja kodukesksemad teenused. Laiemas perspektiivis on selline teenustestruktuur aluseks inimlikumale ja ökonoomsemale hoolekandesüsteemile. Teenuste struktuuriga koos muutuvad ka asutused. Varem pikaajalist hooldust pakkunud hoolekandenasutused peavad kujunema rehabilitatsioonikeskusteks. Selle tulevikunägemuse kohaselt on klient ja tema pere iseenesest oluline ressurss rehabilitatsiooni- ja hoolekandesüsteemis. Teenuse tarbija ei ole hoolekande objekt – teda tuleb käsitleda kui hoolekande subjekti (Malvet jt, 1998).

Sotsiaalhoolekande seaduse § 10 järgi on sotsiaalteenusteks:

- 1) sotsiaalnõustamine;
- 2) koduteenused;
- 3) eluasemeteenused;
- 4) hooldamine perekonnas;
- 5) hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandenasutuses;
- 6) proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine;

7) toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused.

Sotsiaalhoolekande seaduse § 8 punkt 2 järgi on kohaliku omavalitsuse ülesanne sotsiaalteenuste korraldamine. See tähendab, et sotsiaalteenuseid võib osutada mõni muu isik, asutus või struktuuriüksus.

Sotsiaalteenused jaotatakse sageli ennetavateks sotsiaalteenusteks, avahoolduseks ja institutsionaalseks (asutusekeskseks) hoolduseks. Ennetavaks sotsiaalteenuseks on eelkõige sotsiaalnõustamine. Avahoolduseks on koduteenused, eluasemeteenused ja päevane hooldamine hoolekandeaasutuses ning muud teenused, mis aitavad isikul oma kodus elades toime tulla. Institutsionaalse hoolduse all peetakse silmas ööpäevast hooldamist hoolekandeaasutuses (Malvet jt, 1998).

Sotsiaalteenuste ja nende võrgustiku edasise arendamise eesmärgil on sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud arengusuunad. Viimastes on sätestatud, et:

- 1) tuleb välja töötada toimetuleku võimekuse hindamise üldmetoodika;
- 2) soodustada iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste arengut;
- 3) vähendada omavastutust piiravate ja kallite teenuste osakaalu (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 a).

EGGA korraldatud küsitlusest selgus, et Eesti eakatele osutatavatest teenustest pakuvad 65% omavalitsused ja 34% mittetulundusühingud, kirikud ja diakonikeskused. Erasektori osa teenuste pakujana on seni veel väga tagasihoidlik, vaid 1% (Tulva jt, 2001).

Vastavalt Sotsiaalhoolekande seaduse § 13 punktile 2 ja kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse § 6 lõigule 1 on koduteenuste loetelu ja nende osutamise tingimuste ja korra kehtestamisel omavalitsusel iseseisev otsustamisõigus. Täpsemalt pole määratletud, milliseid teenuseid koduteenused peavad sisaldama.

Aastatel 1996 – 1999 toimunud sotsiaalhoolekandesüsteemi munitsipaliseerimine paiskas hoolekande omavalitsustes mitmetele tasemetele, eri liikidele ja erinevatele meetoditele. Riik andis vastutuse eakate institutsionaalse hoolduse osas üle omavalitsustele, need aga ei suutnud eakatele pakkuda piisavalt hooldekodukohti (Allev, 2000). Enamikel suurematel omavalitsustel on eakate hoolekandes kasutada kodune hoolekanne ehk avahooldus, eluasemeteenused ja hooldus hooldekodus ehk institutsionaalne hooldus (Sooniste, 2000).

1.4. TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA KOOSTÖÖ EAKATE HOOLDUSE KORRALDAMISEL

Paljud eakad hooldusvajadusega inimesed vajavad samaaegselt nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid. Sotsiaaltöö integreerimine ravi ja taastusraviga aitab tõsta patsientide toimetulekut ja elukvaliteeti.

Sotsiaaltöötajal on tähtis roll ka ravikvaliteedi kindlustamisel. Viiralt (2001), viidates Mullerile, näeb tulevikus sotsiaaltöö tulemuslikkuse hindamist lähtudes sellest, kuivõrd rahulolevad on teenusega patsiendid. Tervishoius on patsiendile ravi kõrval olulised ka mittemeditsiinilised aspektid nagu pere ja lähedastevõrgustiku olemasolu, millega tuleb kindlasti arvestada.

Meedikutel on raske loobuda väljakujunenud autoritaarsest rollist tervishoius, samas peaks nimelt multiprofessionaalset tööjaotust käsitlema rikkusena ja lahendina, toetamaks arstide ja õdede igapäevast tööd (Viiralt, 2001). Multiprofessionaalse töö mõistet kasutatakse enam välisriikides, Eestis on kasutatav võrgustikutöö termin. Võrgustike arendamine loob juurdepääsu informatsioonile ja soodustab selle kasutamist, mis aitab kaasa efektiivsemale ja tulemuslikumale toimimisele. Võrgustikutöö tugeva küljena võib välja tuua probleemidele reageerimise mitmekülsust, samuti toetust kolleegidelt koosotsustamise puhul. Kaasatakse erinevad spetsialistid, kes otsivad koos lahendusi ühiselt määratletud probleemidele (Ring, 1996).

Eestis on alustatud patsiendi seisundi hindamist interdistsiplinaarse meeskonna (geriaatriameeskonna) poolt. Erinevate spetsialistide koostöös antakse kompleksne hinnang seisundile ning otsustatakse edasine tervishoiu- ja/või hoolekandeteenuste vajadus, mille eesmärgiks on parandada või säilitada patsiendi sotsiaalset heaolu.

Koostöö tegemise eelduseks Greenbergi (1997) järgi on:

- 1) ühiste eesmärkide ja koostööst kasvava tulu nägemine;
- 2) vastastikusus ehk retsiprooksus ja senised head suhted koostööpartneritega;
- 3) vastastikune usaldus ja võrdne kohtlemine;

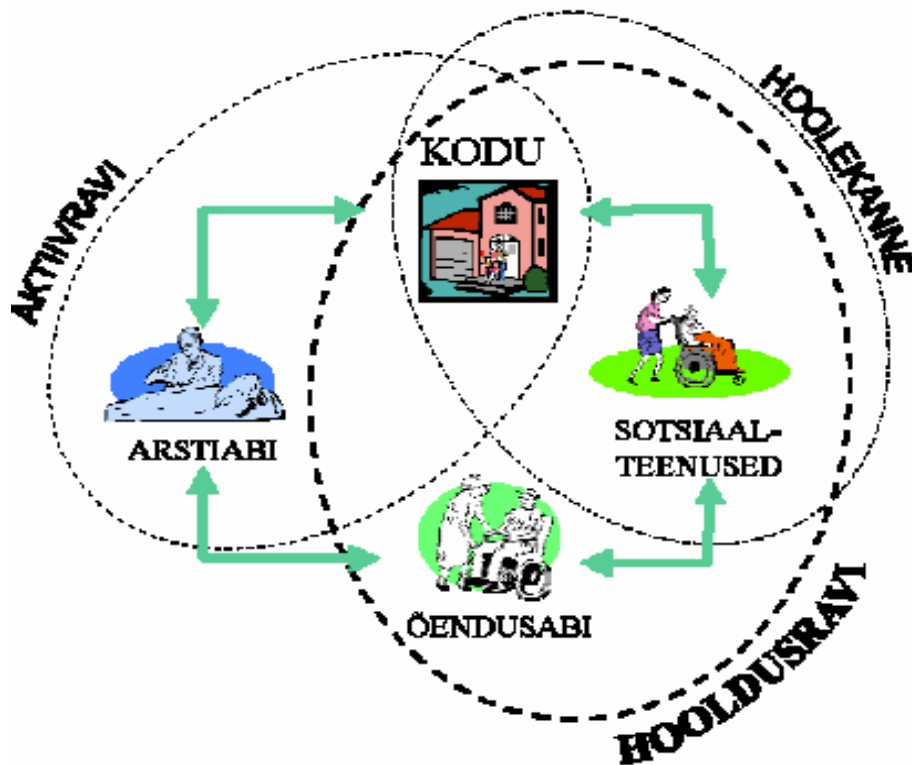
4) töö olemus (suurema vastastikuse sõltuvuse korral on kõrgem koostöö määr).

Tulevikus suureneb vajadus pikaajalise hoolduse järele. Võttes arvesse uusi suundumusi perekonnas, hooldajate olemasolu ja majanduslikke võimalusi, pole reaalne, et lähedastel oleks piisavalt ressursse hooldada oma lähedasi pikka aega kodus. See loob vajaduse planeerida tulevikus vastutust hoolduse üle integreerituna erinevate tasandite vahel.

Eestis on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid siiani üsna eraldatud. Koostöö on jõudsamalt arenenud klientide vajaduste hindamises – ühised hindamismeeskonnad rehabilitatsiooniplaani tegemiseks ja geriaatrilise seisundi hindamiseks. Samuti töötab raviasutustes sotsiaaltöötajaid. Kuna erinevates riikides on koostöövormid erinevad, sõltudes kultuurilistest traditsioonidest ja riigi majanduslikust jõukusest, siis pole võimalik ühegi teise riigi mudelit Eesti oludesse üheselt üle kanda. Tervishoiu ja hoolekande koostööd puudutavaid uurimusi, millele tugineda arengu planeerimisel, on Eestis siiani tehtud vähe.

Asutused, mis ühtse koostöövõrgustiku moodustavad, on nii avaliku- ja erasektori tervishoiu- ning hoolekandetasutused (päevakeskused, tervisekeskused, hooldekodud, haiglad ja polikliinikud) kui ka kolmanda sektori organisatsioonid (seltsid, kogudused, ühingud, tugirühmad ja vabatahtlikud). Sellele lisanduvad eaka sugulased, sõbrad ja naabrid. Tõhusam avahooldussüsteem vähendaks vajadust hooldekodukohtade järele ning aitaks eakatel ja nende peredel paremini toime tulla, sest avahooldus on koostööl põhinev tervishoiu- ja hoolekandesüsteem (Allev, 2000).

Hooldusravi kohta hoolekande- ja tervishoiusüsteemis võib iseloomustada joonis 2 abil. Joonisel kujutatud aktiivravi blokk hõlmab ajalises mõttes haigestumisele järgnevat suhteliselt lühiajalist (keskmiselt 4,5 päeva) tervisliku seisundi stabiliseerimisele kuluvat aega (aktiivravi) ning vajadusel sellele järgnevat järelravi. Hooldusravi blokk hõlmab nii õendusabi kui hoolekandeteenuseid. Nii aktiiv- kui hooldusravi on vajadusel ja teatud tingimustel võimalik osutada ka kodus, mis on samas ka kliendisõbralikum ja kulusäästlikum (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).



Joonis 2. Aktiivravi ja hooldusravi hõlmavus Allikas: sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b.

Koostöö tervishoiu- ja hoolekandevaldkonnas on oluline, sest:

- 1) mõlema süsteemi kliendid on ühed ja samad inimesed ning pered;
- 2) toetudes Soome kliendiuuringu tulemustele, tarbivad 20% inimestest mõlema süsteemi teenuseid, kusjuures need abivajajad on kõige problemaatilisemad mõlema süsteemi töötajatele;
- 3) abivajajad ei tea tihti, mida kellelt küsida ning informeeritus ja teadlikkus teenustest on halb;
- 4) mõlemas süsteemis on piirialasid, mis on teenusega katmata ja kus klient ei saa abi (Allev, 2000).

Kõre (2003), viidates Eesti tervishoiuprojekti 2015 kavandatavatele muutustele, toob välja, et õendusabi süsteemi käivitamine nõuab tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi koostööd ja vastastikust toetust.

Eakate probleemid on tihti seotud halva majandusliku olukorraga, haigustega, väärtusetuse tundega, toimetulekuvõime vähenemisega. Ning need on omavahel nii

põimunud, et vahel on raske otsustada, mis on mida põhjustanud. Saks (1998) toob peamiste vanaea probleemidena välja järgmisi põhjusi - majanduslik sõltuvus, ealine diskrimineerimine, tervis, ravimite tarvitamine, uriinipidamatus, depressioon, krooniline valu, toitumishäired, unetus, enesega toimetulematus ja vanurite halb kohtlemine.

1.4.1. Seadused ja muud regulatsioonid

Õigus sotsiaalsele kaitsele, sh sotsiaalhoolekandele on üks olulisemaid sotsiaalseid ja majanduslikke õigusi (Annus jt, 2002). Põhiseaduse § 28 lg 4 kohaselt on puuetega inimesed riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all.

Sotsiaalteenuste osutamine puudutab eelkõige eluasemeteenuseid, sotsiaalnõustamist, hooldamist hooldekodudes, koduteenuseid jne. Nende teenuste liikide määratlemisel on teenuse osutajal küllaltki suur otsustusvabadus (Annus jt, 2002). Teenuse saaja jaoks on võimalik piiranguid ette näha isiku elukohast lähtuvalt (isik peaks abi taotlema oma alalises elukohas) ning ka arvestades perekonna kohustusi oma abivajavaid liikmeid aidata. Annuse jt (2002) järgi on esmaseks põhimõtteks isiku enese vastutus oma toimetuleku eest. Põhiseaduslikult tagatud perekonna kohustus oma abivajavate liikmete eest hoolitseda väljendub perekonnaseaduses ülalpidamiskohustusega. Kohustuse täitmata jätmise korral vastutab selle eest, et kohustus täidetud saaks, abivajaja (Annus jt, 2002).

Avaliku võimu kohustused sotsiaalhoolekande valdkonnas jagunevad riigi ja kohaliku omavalitsuse vahel. Välisriikide kogemus näitab, et sotsiaalhoolekande eest peetakse peamiseks vastutajaks just kohalikku omavalitsust (Annus jt, 2002). Riik peab sotsiaalhoolekannet osutama juhul, kui tegemist on abivajadusega tulenevalt mõnest üldriikliku tähendusega probleemist. Samuti on riigil kohustus lähtuvalt põhiseaduse § 28 lõikest 3 toetada kohalikke omavalitsusi. See toetus võib seisneda nii rahalises toetuses kui ka poliitika väljatöötamises, koordineerimises ning sellega seonduvas nõustamises (Annus jt, 2002).

Annus jt (2002) toovad välja põhjused, miks on hea, et sotsiaalhoolekande alased ülesanded on täies ulatuses omavalitsuse käes:

- 1) Omatakse informatsiooni abivajajate kohta, samuti on abisaajal mugavam just kohaliku omavalitsusega suhelda.
- 2) Ollakse motiveeritud tagama abi jõudmist tegelike abivajajateni, kuna vastutus eelarve järgimise eest lasub kohalikel omavalitsustel.
- 3) Puuduse leevendamine nõuab igal konkreetsel juhtumil individuaalset lähenemist, kusjuures olulist rolli mängivad preventiivsed meetmed. Selline integreeritud lähenemine on kõige sobivam juhul, kui abi andmise eest vastutab kohalik sotsiaaltöötaja koos teiste hoolekandega tegelavate institutsioonidega (ka kolmanda sektori organisatsioonidega).

Annus jt (2002) toovad välja ka sotsiaalhoolekande kui riikliku ülesande kasuks rääkivad argumendid:

- 1) Kohalikel omavalitsustel ei pruugi jätkuda piisavalt vahendeid sotsiaalhoolekande tagamiseks.
- 2) Suure pädevuse andmine kohalikele omavalitsustele võib viia erinevates Eesti piirkondades elavate inimeste erineva kohtlemiseni.
- 3) Küsimuse lahendamine, kuivõrd nt toimetulekutoetuste maksmine siiski teiste sotsiaalteenustega integreeritud on. Seda ülesannet saaks sama hästi täita ka riik.

Samas väidavad Annus jt (2002), et küllaltki raske on seadusega kindlaks määrata nt vajalike sotsiaalteenuste ulatust – see tuleb otsustada igal konkreetsel üksikjuhul. Otsuse tegijal peab olema valida, millise sotsiaalteenusega on isiku toimetulekut võimalik kõige paremini soodustada. Sotsiaalhoolekandeseaduse § 23 kohaselt on võimalik maksta ka täiendavaid sotsiaaltoetuseid ning erakorralise abina on ette nähtud vältimatu sotsiaalabi osutamine.

Õigus meditsiiniabile on põhiseadusega kaitstud § 28 lõikes 1.

Sotsiaalteenuste puhul, vastavalt Sotsiaalhoolekand seaduse § 45 lg 1, võib võtta isikult osutatava sotsiaalteenuse eest tasu. Võetav tasu oleneb teenuse mahust, maksumusest ja teenust saava isiku ning tema perekonna majanduslikust olukorrast. Tasu võtmise

otsustab teenust osutav või teenuse eest tasuv asutus. Kui isikul vahendid puuduvad, ei ole tasu võtmine õigustatud (Annus jt, 2002).

1.4.2. Koostöövormid teistes riikides

Terviseabist lähtuvalt võiks termin integratsioon tähistada multidistsiplinaarset juhtimist ja koostööd, millega on seotud ka hoolekandevaline koostöö ja teenuste kooskõlastamine (Atwal jt, 2002).

Phillips jt (2002) kirjeldavad, et seadusandlikud muutused Inglismaal alates 1990. aastast, mis on seotud abivajavate inimeste sotsiaal- ja tervisehoolekandega, on suures osas mõjutanud ka sotsiaaltöö rolli ja ülesandeid. See on eeskätt seoses vanemaid inimesi puudutava sotsiaaltööga (Syrett jt, 1997; Lymbery, 1998; Hardiker jt, 1999). Ja seda mitte ainult Inglismaal (Jones, 2000). Muutused on aset leidnud ka teistes riikides, näiteks Austraalias (Gibson, 1996), USAs, Uus Meremaal ja Skandinaavia riikides (Jakobsson, 1998).

Kõikides maades täheldatavad muutused on mõjutanud üheaegselt nii teenuste osutajaid kui ka sotsiaalteenuse tarbijaid. Olulised on just sotsiaaltöö ülesanded valdkonnas, mis abistavad vanemaid inimesi üleminekul haiglaravilt hooldekodusse või hooldusravile. See on tegelikult teema, mis suunab suuremat tähelepanu pöörama sotsiaaltöö rollile seoses seadusandlusega sotsiaal- ja tervishoiuhoolekande valdkonnas.

Suurbritannias olid Sir Griffithi 1998. aastal avalikustatud ettekande vaatepunktid seotud konservatiivse valitsusega ja puudutasid eakate hoolekandesüsteemi. Tema põhiline nõudmine oli, et kohaliku valitsuse sotsiaalabiosakonnad peaksid omama juhtivat rolli kindlustamaks individidele vajaliku ravi nii ühiskondliku kui erasektori poolt (Phillips jt, 2002). 1990. aasta lepe hõlbustas hoolekandeteenuste arengut ka erasektoris.

Sarnased muutused ja sätted, küll pisut erineva nurga alt, ilmusid samuti Rootsis (Blomberg jt, 2000) ja teistes Skandinaaviamaades (Jakobsson, 1998) ning Austraalias, kus alalise hooldusravi võimalused on suures osas erastatud ja erasektori kättes ning hooldusteenusele suunajad kasutavad erasektori poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid (Gibson, 1996; Harris jt, 2000).

Tuleb märkida, et Euroopas on siiski peamine eemärk hoida vanemaid inimesi ühiskonnas osalemas nii kaua kui võimalik ning eakate abistamiseks loodud teenused ja institutsioonid on küllaltki sarnased paljudes riikides. Kuid näiteks Suurbritannias, Iirimaa, Hollandis, Skandinaaviamaades ja Saksamaal (Jakobsson, 1998) on samas ka märgatavaid erinevusi teenuste korralduses. Mitte iga Euroopa riik ei oma hoolekande juhtimise süsteemi, hästi on see välja arendatud näiteks Hollandis, Saksamaal (Phillips jt, 2002) ja Skandinaavias (Blackman, 2000). Phillips jt (2002), viidates Le Bris'ile kirjeldavad, et Hispaanias, Kreekas, Itaalias ja Portugalis on sisse viidud kaudne hoolekande juhtimise süsteem. Selle peaesmärk on soodustada integratsiooni ja võidelda üksilduse vastu. Iirimaa on juurdunud sarnane süsteem (Blackman, 2000).

1990-ndatel toimusid Suurbritannia süsteemis muutused, mis täiendasid sotsiaalhoolekande turuosa. Eeskätt osas, et kaasata sotsiaalhoolekandesse rohkem vabatahtliku ja erasektori teenuseid. Sotsiaalkindlustuse fondid toodi nende muutuste raames kohaliku võimu eelarvesse. Samuti seati 1990-ndatel eesmärgiks hakata rohkem tähtsustama teenuse osutajate ja saajate vahelise suhte ja kommunikatsiooni olulisust. Et see oleks loomulik ja et teenuse osutajad oleksid võimalikult võrdsel tasandil teenuse saajatega (Phillips jt, 2002). Toimusid sotsiaalsete väärtuste ümberhindamised sotsiaalse teenuse parema toimimise nimel. Ka selle nimel, et erasektor ja apoliitilised struktuurid, mis on huvitatud sotsiaalsete teenuste ja sotsiaalhoolekande toimimisest, saaksid edukamalt areneda.

Varem oli eakate sotsiaaltööga tegeleja rollile omistatud palju ka haiglasisesse praktika tähtsust, sealhulgas rõhutades individuaalset tööd ja tööd perekondadega. 1990. aastast sotsiaaltöötaja rolli piirid laienesid. Enam ei tähtsustatud esikohal otseseid teenuseid. Sotsiaaltöötaja roll arenes, kaasates endas hinnangut indiviidi üldistele vajadustele ning planeerides hoolekannet ja abi vastavaks (ravi)perioodiks (Phillips jt, 2002).

Atwal jt (2002) toovad esile, et patsiendiga seotud plaanide koostamine ja hindamisvormide kasutusele võtmine aitab samuti kaasa, et tagada parem tulemus. Näiteks üks kirurgiline operatsioon ise on vaid üks osa ravi- ja rehabilitatsiooni-protsessist, meeskonnatöö on aga hoopis laiem ja selle efektiivsus sõltub ka koostööst patsiendiga.

Muutusena, mis on toimunud sotsiaaltöötaja rollis viimase aastakümne jooksul, on täheldatav ka see, et hindamisprotseduurid viiakse läbi järjest enam väljatöötatud standardsete reeglite järgi (Phillips jt, 2002). Hooldusplaanide koostamine aitab tagada ravikohtade optimaalsema kasutuse ning leida rohkem loomingulisemaid ja alternatiivseid võimalusi patsientide abistamisel, kui on parem kommunikatsioon ja efektiivne koostöö tervishoiu- ning sotsiaalteenuste osutajate vahel (Atwal jt, 2002).

Phillips'i jt (2002) poolt läbiviidud uuringu kohaselt sotsiaalhoolekande teenuste kasutajad ja hooldajad väärtustasid sotsiaaltöötaja rolli, kaasaarvatud selles, et sotsiaaltöötaja on informatsiooni edasiandja, erinevate protsesside juhtija ja toetaja, kui on raskusi mingis süsteemi punktis. Ent samas tõid uurimuses osalejad esile emotsionaalse ja psühholoogilise toetuse osalist puudumist kõikides protsessi staadiumites. Samas rõhutati, et sotsiaaltöötajad andsid head kvalitatiivset abi kogu protsessi juhtimisel ja toimimisel.

1.4.3. Geriaatriline sotsiaaltöö

Saks (2000) viitab Palmer'ile – geriaatrias peetakse optimaalseks probleemse vanuri seisundi hindamist meeskonna poolt, kuhu kuuluvad spetsiaalse ettevalmistuse saanud arst, õde ja sotsiaaltöötaja. Saab hinnata kõiki eaka elu ja toimetulekut puudutavaid tahke – meditsiinilist, funktsionaalset ja sotsiaalset. Meeskonnatöö probleemse vanuri käsitlusel vähendab eakate haigla- ja hooldekoduvajadust, kasutatavate ravimite hulka, parandab toimetulekut ja elukvaliteeti. Efekti on oodata aga ainult siis, kui on võimalik osutada vajalikke avahooldus/põetusteenuseid.

Geriaatriline sotsiaaltöö on fokusseerunud nii toimetulekuprobleemide ennetamisele ja vähendamisele vanemas elueas kui ka eakatele mõeldud teenuste efektiivsuse ja kättesaadavuse jälgimisele (sotsiaalministeeriumi ..., 2004 b).

Geriaatrilise sotsiaaltöö eesmärgid on:

- 1) aidata tõsta sotsiaalse toetussüsteemi erinevate funktsioonide kaudu eaka kliendi iseseisvust, emotsionaalset heaolu ning toimetulekuvõimet;

- 2) viia läbi psühhosotsiaalne hindamine;
- 3) rakendada vajadusel kliendi ja/või tema pere heaolu ning toimetuleku tagamiseks kriisisekkumisi ja peretöö meetodeid;
- 4) parandada vanemate inimeste ja nende kogukondade koostoimet;
- 5) aidata eakaid kliente ja nende perekondi teenuste ja muude ressursside kasutamisel;
- 6) hinnata teenuste efektiivsust ja vastavust;
- 7) aidata teenuseid pakkuvaid organisatsioone ning erinevate teenuseid pakkuvate organisatsioonide omavahelist koostööd (Kiisk, 2001).

Sotsiaaltöötaja ülesanded geriaatrilises abis on:

- 1) viia läbi biopsühhosotsiaalne hindamine;
- 2) vajadusel rakendada kliendi ja/või tema pere heaolu ja toimetuleku tagamiseks kriisisekkumise ja peretöö meetodeid;
- 3) kindlustada kliendile juurdepääs teenustele;
- 4) hinnata teenuste efektiivsust nii kliendi kui organisatsioonide vajadustele;
- 5) abistada eakaid kliente olemasolevate teenuste ja muude ressursside kasutamisel (Kiisk, 2001).

1.5. UURIMISTÖÖ EMPIIRILISE OSA PROBLEEMISEADE

Rahvastiku kiire vananemisega seotud asjaolude teadvustamine ja vajaliku abi rakendamine on käivitanud uusi arengusuundi kogu maailmas. Eesti on väga kiire rahvastikuvananemise tempoga maa (Katus, 2000). Seega eksisteerib reaalne vajadus hoolduse efektiivsemaks muutmiseks, kuna abivajavate eakate arv Eestis lähiaastatel suureneb prognooside kohaselt oluliselt, samas pole ette näha ressursside (nii abistajate kui materiaalsete võimaluste) samaväärset kasvu. Lähtuvalt käesoleva magistritöö teoreetilisest ülevaatest võib järeldada, et Eestis on kasutamata võimalusi eakate hoolduse efektiivsemaks korraldamiseks.

Kirjanduse põhjal võib väita, et perekonna roll on sotsiaalkultuuriliselt Eestis aastakümnetega vähenenud osalemaks eakate hoolekandes (Tulva jt, 2001). Sellel on mitmeid põhjusi, kuid üheks tähtsamaks on ressursside puudus, kuna voodihaige eaka hooldamisel peaks keegi pereliikmetest töölt koju jääma või leidma täiendavaid

vahendeid hooldekodukoha maksumuse tasumiseks, aga täiendavaid vahendeid perekonnal tegelikult ei ole. Seepärast osutubki huvipakkuvaks, milliseid lahendusi leiavad maavalitsuste juhid ja kohalike omavalitsuste spetsialistid olukorra lahendamiseks ja kompromisside leidmiseks perekonnaga, sest kui perekond hooldamiskohustusega toime ei tule, siis lasub hooldamiskohustus omavalitsusel.

Lähtuvalt teiste maade positiivsest kogemusest hindamisprotseduuride läbiviimisel ja koostöö tegemisel (Atwal jt, 2002; Phillips jt, 2002; Nathanson jt, 1998) saab tagada teenuste optimaalse kasutuse ja leida alternatiivseid võimalusi patsientide abistamisel. Teenuste osutamisel tehtav koostöö aitab hoida kokku ressursse, saavutada paremat mõju ja kokkuvõttes muuta tehtava töö efektiivsemaks.

Kuna erinevates riikides on koostöövormid erinevad, sõltudes kultuurilistest traditsioonidest ja riigi majanduslikust jõukusest, siis pole võimalik ühegi teise riigi mudelit Eesti oludesse üheselt üle kanda. Tervishoiu ja hoolekande koostööd puudutavaid uurimusi, millele tugineda arengu planeerimisel, on Eestis siiani tehtud vähe.

Eelnevat arvesse võttes tekib vajadus uurida tervishoiu- ja sotsiaaltöö koordineeritud osutamist erinevates Eesti maakondades ning tulevikuperspektiive vastava valdkonna arendamisel.

II PEATÜKK: UURIMUSE METOODIKA

Töö teise peatüki eesmärgiks on kirjeldada uurimuse eesmärki, andmekogumise- ja analüüsimetodeid ning uurimuse käiku.

2.1 Uurimuse eesmärk ja ülesanded

Käesoleva magistritöö empiirilise osa¹ eesmärk on välja selgitada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamisel tehtav koostöö, probleemid erinevate teenuste osutamisel ja edaspidised tulevikuperspektiivid vastava valdkonna arendamisel.

Tervishoiu- ja sotsiaalsektori koostööd ei ole autorile teadaolevatel andmetel varem sellisel kujul (maakonna tasandil) uuritud. Sellest lähtuvalt ei püstita töö autor antud valdkonna kohta hüpoteese, vaid tuginedes teoreetilises ülevaates toodud andmetele ning lähtudes uurimuse eesmärgist, püstitab järgmised uurimisülesanded:

- 1) Välja selgitada, millised on kokkupuutepunktid eakate hoolduse korraldamisel tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel.
- 2) Välja selgitada, kuidas on kaasatud eakate hooldusesse mitteformaalsed abistajad.
- 3) Välja selgitada, millised probleemid nende valdkondade koostööd maakondlikul ja kohalikul tasandil takistavad.
- 4) Välja selgitada, kuidas neid probleeme lahendada.

Uurimisküsimused on:

- 1) Milliste keskuste/isikute vahel koostööd tehakse?
- 2) Milliseid partnereid peetakse koostöö tegemisel oluliseks?
- 3) Milline on koostöölaad ja põhilised raskused?
- 4) Millised on arvamused koostöö vajalikkusest?
- 5) Milliseid muudatusi peetakse vajalikuks?

¹ Uurimuslik osa on finantseeritud Euroopa 5. Raamprojekti uuringu “Carma” – “Care For The Aged At Risk Of Marginalization” (lisa 1) eelarvest.

2.2 Uurimuse metodoloogia valik

Uurimus on kvalitatiivne. Kvalitatiivsete meetodite abil kogutakse informatsiooni nähtuste sisu ja olemuse kohta, jättes statistilise üldistuse tegemata (Strauss jt, 1990).

Andmete kogumise meetodiks oli poolstruktureeritud intervjuu. Meetodi valiku tingis eelkõige vajadus koguda esmast informatsiooni antud uurimisteema kohta. Selline tegevus on õigustatud, kui uuritav teema ei ole varem käsitlemist leidnud ja selle olemus on peaaegu tundmatu ning kui uurimuse eesmärgiks on vähetuntud nähtuste mõistmine või kirjeldamine (Strauss jt, 1990).

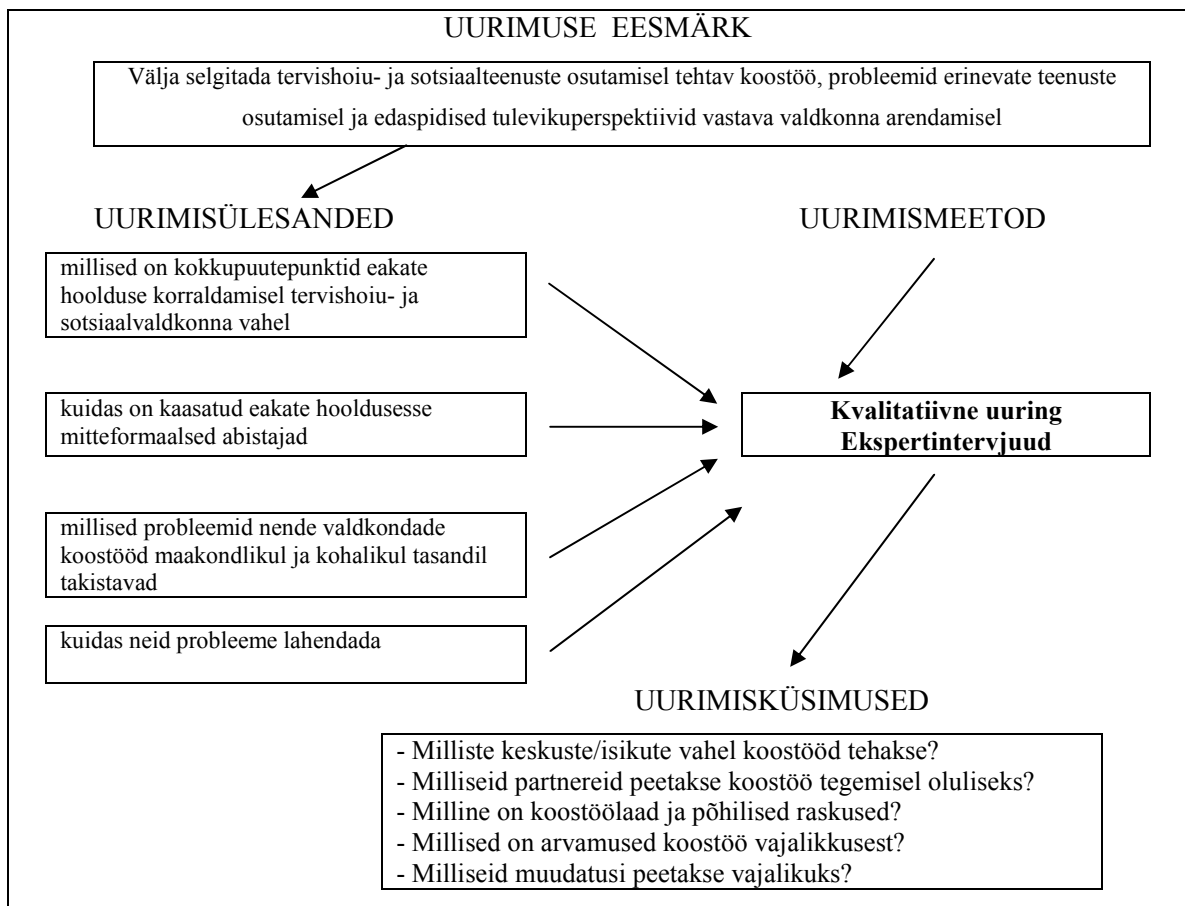
Nähtuse mõistmine ja selgitamine ning teooria moodustamine kvalitatiivsest meetodikast lähtudes on oma loomult induktiivne (Strauss jt, 1990). Induktiivne teooria on kirjeldav, sisemisi ja väliseid seoseid määratlev ning taotleb uute teadmiste hankimist. Kvalitatiivses uurimuses on erinevalt kvantitatiivsest uurimusest uuritavate grupp väike ja uurimisalused on esinduslikud uuritava tunnuse suhtes.

Andmete kogumisel kasutati poolstruktureeritud intervjuud, mille puhul küsitluskava oli planeeritud teemade ja võtmeküsimuste kaupa.

Kava koosnes neljast põhiteemast: sotsiaalabi- ja tervishoiuteenused vastavates maakondades ning tulevikuperspektiivid ja koostöö erinevatel tasanditel. Intervjuu planeeriti võtmeküsimuste kaupa, kuid teemade sõnastus ja järgnevus oli vaba (intervjuukava - lisa 2).

Uurimuse metodoloogia valikul lähtuti peamiselt uurimistöö eesmärgist ja eakatele vajalike erinevate teenuste komplekssest olemusest. Poolstruktureeritud intervjuu meetodi kasutamine oli kohane eelkõige seetõttu, et oli vaja saada olukorra kirjeldust erinevate spetsialistide silme läbi. Samuti seoses sellega, et tegemist on seni veel sügavamalt käsitlust mitteleidnud teemaga.

Uurimuse metodoloogilisest ülesehitusest annab ülevaate joonis 3.



Joonis 3. Uurimuse metoodiline ülesehitus

2.3. Uurimuse käik ja valim

Uurimus teostati ajavahemikus 01. aprill – 30. aprill 2003. aastal.

Valimi koostamisel jälgiti printsiipe: 1) maakondade tervishoiu- ja sotsiaalala spetsialistid, vastavalt uurimistöö eesmärkidele, igast maavalitsusest ja lisaks kahest suuremast linnast, ning 2) vajadusel gruppintervjuud (korraga intervjuueeritakse mitut eksperti, sest paljudes maavalitsustes on tervishoiu ja sotsiaalhoolekande probleemid erinevate juhtide korraldada).

Valimisse oli kaasatud 14 piirkondlikku üksust (12 Eesti mandril asuvat maakonda ja eraldi kaks Eesti suuremat linna Tallinn ja Tartu) - kokku osales 17 tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialisti. Sihtrühm kujunes vabatahtlikuse alusel, vastavalt maakondade sotsiaalala juhtide ettepanekutele. Kahe saartel paikneva maakonna vastava ala spetsialistid jäeti käesolevast valimist välja, kuna nende olukord võib territoriaalse

isoleerituse tõttu oluliselt erineva mandri-Eesti oludest. Üks maakond (Võrumaa) jäi uuringust välja, kuna intervjueritav ei lubanud vestlust salvestada ning hiljem mälu järgi talletatud materjal osutus analüüsi jaoks ebapiisavaks. Valimit võib siiski pidada mandri-Eesti kohta esinduslikuks.

Spetsialistide tööstaažiks oma ametikohal oli keskmiselt 8,5 aastat.

Intervjuud viidi läbi osalejate tööruumis varem kokkulepitud ajal. Intervjuerijad ² said kõikidelt uuritavatelt informeeritud nõusoleku. Enne intervjuu algust tutvustati intervjueritavale intervjuu tingimusi: uurimistöö eesmärki, konfidentsiaalsuse printsiipi ja intervjuu kasutamist uurimisprotsessis. Intervjuud kestsid 40 minutist 2 tunnini. Intervjuud salvestati diktofonilindile ning hiljem teostati sõna-sõnaline transkriptsioon.

Enne intervjuerimiste algust toimus pilootintervjuu ühe eksperdiga, et selgitada välja teemade piisavus ja objektiivsus antud uurimisülesannete lahendamise jaoks.

2.4. Andmete analüüsimeetod ja kodeerimine

Uurimistöö käigus kogutud materjali käsitleti *cross-case* meetodit järgides. Analüüs põhines transkriptsioonidest lühikokkuvõtete tegemises, mis sisaldas tekstilõike intervjuus käsitletu kohta. Sellise meetodi abiga on võimalik saada ülevaade tervest uurimismaterjalist ning selgitada välja üldised teemad, mis intervjuudes käsitlemist leidsid (Nachimas jt, 1996). Intervjuude analüüsis on kasutatud *cross-case* meetodit, mistõttu ühe teema ja selle eri aspektide käsitlemisel on kasutatud vabalt valitud temaatilisi tsitaate kõigist kogutud intervjuudest, ka ühest tekstist mitut väljavõtet. Temaatiline kodeerimine (lisa 3) teostati lähtudes uurimuse eesmärgist.

Andmetega tutvumise faasis organiseeriti andmed. Andmete korduval analüüsimisel võrreldi neid üksteisega selleks, et saaks välja tuua nende sarnasusi ja erinevusi. Lähtudes ilmnenu sarnasustest ja erinevustest jaotati andmebaas kategooriateks ja nendes erinevateks alakategooriateks (Strauss jt, 1990).

² Intervjuud viisid läbi Kristina Oja ja Sirli Kivisaar. Käesoleva töö autor viis läbi 8 intervjuud. Sirli Kivisaar viis läbi 5 intervjuud ning lisaks teostas ühe küsitluse kirja teel ühelt eksperdilt.

Respondentide konfidentsiaalsuse huvides kasutati nende tsiteerimisel järgmist viitamissüsteemi: R (respondent), kus R tähendab intervjuueeritavat ning järgnev number näitab, mitmes intervjuueeritav oli kõikidest respondentidest. Näiteks R5 tähendab, et vastajaks oli viies 14-ne piirkonna respondentist.

Käesolevas uurimuses on võetud fookusesse eeskätt maakonna ja omavalitsuste roll sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkumisel, teenuste koordineeritud osutamisel ja vastava valdkonna arendamisel ³.

Andmeid eelpoolkirjeldatud meetodiga analüüsides ilmneseid järgmised põhikategooriad ja alakategooriad:

Põhikategooria I: Võrgustik

Alakategooriad: I 1: Pere ja lähisugulased
I 2: Sõbrad, naabrid ja kaastöötajad
I 3: Formaalne toetus

Põhikategooria II: Võrgustiku koostöö

Alakategooriad: II 1: Mitme teenuse kombineeritud osutamine ühes asutuses
II 2: Mitmete spetsialistide ja asutuste vaheline koostöö

Põhikategooria III: Koosotsustamise protsess

Alakategooriad: III 1: Kaasaaitamine
III 2: Läbirääkimised
III 3: Teenusele suunamise otsustamine

Põhikategooria IV: Vastutuse ja reguleerituse puudumine

Alakategooriad: IV 1: Kättesaadavus
IV 2: Organiseeritus

³ CARMA projekti (lisa 1) intervjuukava alusel (lisa 2) kogutud algandmed, intervjuude üleskirjutised, on käesoleva töö autori poolt uuesti kodeeritud ja analüüsitud lähtudes antud uurimuse eesmärgist.

Põhikategooria V: Finantseerimine

- Alakategooriad: V 1: Kõrge maksumus
V 2: Erinevatest allikatest finantseerimine
V 3: Finantside vähesus

Põhikategooria VI: Informeerimine

- Alakategooriad: VI 1: Info jagamine
VI 2: Info vahetamine

Põhikategooria VII: Arendustegevus ja planeerimine

- Alakategooriad: VII 1: Uute teenuste arendamine
VII 2: Arengukavad

Põhikategooria VIII: Koolitamine

- Alakategooriad: VIII 1: Abistajate ettevalmistamine
VIII 2: Meeskonnatöö koolitus

Tulemuste esitamisel kirjeldab autor kõiki alakategooriaid, illustreerides neid uuringus osalenud ekspertide hinnangutega.

Arusaadavuse parandamiseks on eemaldatud esitatud intervjuulõikudest parasiitsõnad: "see", "nagu" jne. Lausete sõnastust ei korrigeeritud, ... tähistab poolikuid lauseid, --- tähistati väljajäetud tekstiosasid.

Lausekatkenditest arusaadavuse parandamiseks on mõningatel juhtudel intervjuulõigu sees sulgudes lisatud autoripoolsed kommentaarid.

III PEATÜKK: TULEMUSED JA ANALÜÜS

Kolmas peatükk sisaldab uurimuse tulemusi ja analüüsi. Tulemused on esitatud koos iseloomustavate tsitaatidega intervjuudest.

3.1. Põhikategooria I: Võrgustik

Käesolevas põhikategoorias on analüüsitud ekspertide mõtteid, mis seonduvad ettekujutusega eakate inimeste formaalsest ja mitteformaalsest toetusvõrgustikust. Enamikul juhtudest satub teenuse saaja otsustajate vaatevälja seoses lähedaste või naabrite pöördumisega aga ka sotsiaaltöötaja või perearsti kaudu.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria I 1: Pere ja lähisugulased

Alakategooria I 2: Sõbrad, naabrid ja kaastöötajad

Alakategooria I 3: Formaalne toetus

3.1.1. Alakategooria I 1: Pere ja lähisugulased

Selles alakategoorias nimetavad eksperdid kõige lähema mitteformaalse võrgustikuna lapsi ja teisi lähedasi sugulasi. Samas väljendatakse muret eakate pärast, kui lapsed oma hooldamiskohustust ei täida.

Lähisugulased jälgivad, kas kõik on korras

Intervjuudest selgus, et üldiselt olid eakate põhilisteks abistajateks nende lapsed. Peamiselt iseloomustati laste hooldamiskohustust juba traditsioonina, aga samas toodi ka välja, et hooldamiskohustus võib tegelikult olla väga raske. See väljendub järgmistes tsitaatides (vastaja ehk respondent on edaspidi märgitud tähega R):

R: *Ma arvan, kui inimesel on lapsed lähedal, siis on selge, et --- saab vähemalt korraldada seda abi --- kui lapsed on, siis kindlasti on teenust võimalik inimesele lihtsamini saada. Aga kus lapsi ei ole, seal peaksid omavalitsuse sotsiaaltöötajad seda korraldama. --- see vahe ei tohiks olla väga suur (R5).*

R: *Meil on juba traditsioonid sellised, et lapsed ikkagi hoolitsevad oma vanemate eest. Traditsioon on --- põhiline ressurss ... (R13).*

R: *--- kliendid on põhimõtteliselt perekonnale tohutult koormaks. Ja seal on ju need haiguse probleemid ja dementsuse probleemid tulevad väga paljudel juhtudel ka juurde ja perekondadel käib see --- ikka üle jõu. Ma ütlen lamajad haiged. Nii et seal on kompleksne teenus isegi lamajate puhul, mingi põetus ja siis hooldustöötaja teenus komplektis oleks nagu ideaalne. Kuigi on ka lapsed, kes lähevad päeval tööle. Aga siis ongi nende omafinantseering loogiline (R8).*

Enamik respondente tõi lahendina antud probleemidele välja kellegi hooldaja palkamise võimaluse. Hooldajaid leiti intervjuueritavate arvates kas sugulaste, naabrite või tuttavate seast.

R: *Ma tean, et neid on, kas suguseltsi või tuttavate ringis --- aga kui teenusena ... (R3).*

R: *--- seda kindlasti on, sellepärast kui kellelgi on kodus lamaja haige, --- ta peab ju kellegi palkama. Millistel alustel ta palkab, see on tema oma asi (R4).*

Lapsed pole võimelised abistama

Kõik intervjuueritavad tõid näiteid olukorra kohta, kus lapsed ei tule hooldamiskohustuse täitmisega erinevatel põhjustel toime. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *--- Perekonnaseaduse järgi on lastel/lastelastel kohustus töövõimetut (vana)vanemat hooldada. Sageli ei ole see võimalik, sest lapsed on ise töötud ja toimetulekutaotlejad (R14).*

R: *Kui see laps ei ole ise toimetulev, siis ei ole midagi teha. Ja tänapäeval on seda palju. --- pensionärid, vanad inimesed on rohkem toimetulevamad kui noored, ikka oma pensionist antakse noortele. Ja ega ei ole ime ka see, et hooldekodudes käiakse pensionipäeval, kui see 15% vanurile antakse, siis tuleb laps ja võtab selle ära. Ja hooldekodudes pidid nad isegi sööki varuma selleks päevaks, panevad leivatüki padja alla, et pojakene tuleb, et anda siis talle viina kõrvale (R12).*

R: *Võibolla tal on mitu last, aga need lapsed ei suuda maksta. --- tuleb igat juhtumit eraldi vaadata. Pole mõtet seda summat määrata, kui on teada, et nagunii laps ei maksa seda raha. Ja üldiselt on nii, et kui lapsed tulevad toime, siis ema ega isa nii kergekäeliselt hooldekodusse ei anta. Siis kas leitakse mingi hooldaja või keegi tuttav, kes ... (R12).*

R: *Vahet ei ole seda, kui lapsed on kaugel, --- praktiliselt on ta (eakas) ikkagi omavalitsuse hooles. --- võibolla on tal ka rahaline tugi olemas, aga --- kui vanur on üksi kodus ja ta on abitu, siis midagi see ei loe (R4).*

R: *--- kui laps on töötav, endaga ise toimetulev, siis loomulikult, aga need lapsed on tihtilugu töötud, kasvatavad oma lapsi üksi läbi raskuste. --- perekonnaseaduse järgi peaks. Et kui tal on võimalus ---. Aga varasematel aegadel on juhtunud ka nii, et laps tuleb ja teatab, et oi, aga ema-isa pole teda ju kunagi kasvatanud, et miks siis mina peaks (R9).*

R: *--- need juhud on jälle kõik erinevad. Kui patsient ütleb, mul lastega absoluutselt suhe puudub ja mingitel juhtudel on see ka õige, siis sealt seda toetust ka ei tule (R8).*

Sotsiaalteenuste saamine ja selle eest maksmine sõltub laste olemasolust. Nende suutmatusel teenuste eest tasuda, võtab hooldamiskohustuse üle kohalik omavalitsus.

3.1.2. Alakategooria I 2: Sõbrad, naabrid ja kaastöötajad

Antud alakategoorias peegeldub ekspertide hinnang mitteformaalsetest toetajagruppidest, kus kõige sagedamini on nimetatud sõpru ja naabreid. Eraldi kategooriasse saab paigutada inimesed, keda küsitletud eksperdid nimetavad "vabatahtlikeks abistajateks".

Vajaduse märkamine, abi kutsumine

Nendes tsitaatides esinevaid sarnasusi saab kirjeldada, et naabrid on teiseks põhiliseks ressursiks, kes abistavad ja abivajadust märkavad, kui lapsed on kaugel:

R: *Tõenäoliselt on, aga ikkagi naabrid, kes ... (R13).*

R: *Kokkuleppimist seal omavahel ja lapsed on linnas ---, kus on lepitud kokku naabrimammiga, et tema käib seal tegemas ja vaatamas ja toob süüa ja puhastab (R9).*

R: *Raskem on muidugi linnas, --- aga --- tavaliselt on vanematel inimestel oma tuttavad, kas kontaktisikud, kes jälgivad, kas temaga on kõik korras, kas ta vajab midagi. Ja kui ta vajab, siis teatavad ikkagi sotsiaalosakonda. Muidugi kui inimene on haigeks jäänud, siis --- nad teatavad sellest arstile (R10).*

R: *... naabrid annavad selle esmase info edasi, kus nähakse kuskil keegi vana inime hädas on (R12).*

R: *On neid heatahtlikke naabreid ka. --- see info liigub, et need inimesed lähevad omavalitsusse ja teatavad, et on inimene, kellel on vaja seda, teist või kolmandat (R11).*

Üks intervjuueeritavatest tõi ära veel eksmeedikutest sõpruskonna, kes teisi külastavad ja aitavad:

R: --- teatavat koormust omab --- eksmeedikute aktivistidest koosnev sõpruskond, kes siis suudavad lisaks oma koduelule ka teisi eakaid külastada ja neile toitu varuda ja jõulukinke teha jne (R1).

Vabatahtlikud

Enamusest ekspertide hinnangutest tuleb välja, et vabatahtlikel on oluline osa toetuse pakkumisel ja teenuste osutamisel. Samas saab välja tuua vabatahtlike töö miinusena ebajärjepidevuse. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Mul on --- paar aadressi --- ja ma olen mitmel korral saanud tema aadressi anda. Siis on olnud vahel ka nõus seda tööd tegema mõned sotsiaalteaduskonna tudengid, kes otsivad lisateenistust, aga see on väga raske töö. Aga lehekuulutusi olen vahel lugenud, --- “pakun tööd”, et toimub, niisugune turg on, aga ta ei ole pidev (R1).

R: Osad on palgaliselt tööl, aga osad on vabatahtlikult, kes käivad, --- omad piirkonnad ja piirkondades on need inimesed (R11).

R: ... see eksisteerib kindlasti ja seda saab leida ajalehe kaudu. Kes soovib omale koduhooldajat, kes kuulutab, kes otsib nende kontorite kaudu, kes ka mingeid teenuseid teevad (R8).

R: Hooldajaid otsitakse ajalehe kuulutuste kaudu, sõprade, tuttavate kaudu. Teenus peab olema usaldusväärne (R14).

R: Tavaliselt otsitakse inimene ise, keda usaldatakse ja tuntakse ja pöördutakse linna või valla poole, et see inimene omale hooldajaks kinnitada ja pensioniametilt saab see inimene ... (R10).

Ühel juhul oli uuritaval näide koguduse rolli kohta mitteformaalse toetusvõrgustikuna:

R: ... koguduste roll, ainult 3 valda 16-st vastas ---, et kogudus ei osale sotsiaalhoolekande alases töös, 3 vastas raudselt jah, ja ülejäänud vastasid, et vähesel määral. Ja need teenused, mis koguduselt saab, on riideabi, toiduabi ja kogudus pakub oma inimestele ka kodukülastusi, kus nad viivad sellele eakale inimesele kas ravimeid koju või aitavad teda ... Meil on --- kogudused kirjutanud sotsiaalhoolekande alaseid projekte, nad on saanud raha --- koguduste osa on meil päris tublisti arenenud --- see on küll suur pluss (R11).

Intervjuudest selgus, et on üksikuid ühendusi, samuti mõningaid sotsiaaltöö üliõpilasi, kes selles valdkonnas tegutseda soovivad. Üldiselt pole Eestis vabatahtlik töö, eriti eakate hoolekandes, veel hoogustunud.

3.1.3. Alakategooria I 3: Formaalne toetus

Võrgustiku ametliku osa moodustavad nn professionaalid, kes tegelevad ametliku toetuste ja teenuste pakkumise süsteemiga. Eraldi on nimetatud perearstid, haiglasotsiaaltöötajad ja sotsiaaltöötajad.

Perearstid ja pereõed

Intervjuudest selgus, et kõige lähem kokkupuude on eakatel inimestel oma perearstiga. See puudutas eriti maapiirkondi. Nimetati ka seda, et perearstid on tihti liiga hõivatud ja ei taha teha koduvisiite. See väljendus järgmistes tsitaatides:

R: *Maapiirkondades ja maa omavalitsustes on kõige lähem kokkupuude kliendil perearstiga (R1).*

R: *Maal on nad väga erinevates metsatukkades ja näiteks perearstiabi ei jõua sinnani, --- nad ei ole selles suhtes rahul, et perearstid ei tee kodukülastusi (R11).*

R: *Perearstid on liigselt koormatud ja nad ei tee koduvisiite ---. Peale selle vanur ei saa endale tihti lubada koduvisiiti, koduvisiit maksab 50 krooni. --- nüüd kui on vaja, siis need perearstid või pereõed ei tule koju. Et hooldustöötaja võtab perearstiga ühendust ja perearst ei reageeri vajalikul määral (R7).*

Üks respondent tõi näite perearstiga koostöö parandamise võimaluse kohta, mida teostati ühes hooldekodus:

R: *Tulid uued direktorid hooldekodudele, siis nad muidugi väga survestasid perearste ja ütlesid, et kui te ei hakka meil siin regulaarselt käima, siis me võtame teise arsti, ega --- ka kaugel ei ole, paneme teise nimistusse. Koostöösuhted sujuvad nüüd paremini. Peab tunnistama, et kasutati teatud survemeetodit selleks, et kord kuuski meelitada perearst hooldekodusse. Muidugi nad kutsuvad ka kiirabi ja viivad kliente kui vaja --- haiglasse (R1).*

Perearstiabi kättesaadavust eakatele hinnati kõikides maakondades üldiselt heaks. Mitmed intervjuueeritavad tõid siiski esile teenuse kättesaadavuse probleemi valdade äärealadel aga ka koduvisiitide maksumusega kaasnevaid probleeme.

Haigla sotsiaaltöötaja

Analüüsimisel selgus, et üldjuhul andsid respondendid väga positiivse hinnangu haigla sotsiaaltöötajate tööle ja nende vajalikkusele. Enamik respondente tõi välja haigla sotsiaaltöötajate vähesuse. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: *Ma ei väsi kordamast, et --- on rohkem sotsiaaltöötajaid vaja. Sest see üks inimene selle tohutu haiglakompleksi peale, mis on meeletu, erinevad majad kus ta ka veel peab käima, see ei ole normaalne absoluutselt. --- psühhiaatriakliiniku sotsiaaltöötajaga teeme me ka väga palju koostööd* (R8).

R: *Haiglas töötab nüüd ka sotsiaaltöötaja, kes vajadusel võtab ühendust valdade/linnade sotsiaalnõunikega* (R14).

R: *--- kui nad jäävad tõesti hätta, siis haiglas on sotsiaaltöötaja olemas, kes --- peavad suhtlema* (R4).

R: *Ta (sotsiaaltöötaja) oli, aga enam ei ole. --- kuna nad on isemajandavad, siis ei ole. Küll aga rõhutatakse seda, et arstid väidavad, et nad tõesti ei jaks tegeleda oma töö kõrvalt ka sotsiaaltööga, sest see ei olegi nii lihtne ---, aga haigla juhtkond leiab, et meile ei ole raha* (R10).

Peamise probleemina, millega respondentide arvates haiglate sotsiaaltöötajad peavad tegelema, on patsientide kiire väljasaamine haiglast:

R: *Haiglatega on --- natukene parem, kuigi probleeme on ka väga palju. Haiglates on sotsiaaltöötajad – nii hooldushaiglas kui ka teistes haiglates on sotsiaaltöötaja olemas. --- arstid suruvad talle peale, et tahavad selle eaka inimese välja sealt pressida* (R7).

Selles alakategoorias tuleb välja ka erinevus, kus siiski paljudes piirkondades, ei ole veel haigla sotsiaaltöötajaid tööl:

R: *Haiglates ja hooldushaiglates pole --- sotsiaaltöötajaid tööl. Nõustamist saab kodus kohalikust sotsiaalsektori osakonnast* (R13).

R: *Kui raviarst võtab patsiendi piirkonna sotsiaalkonsultandiga ühendust, siis on võimalik – sotsiaaltöötaja külastab klienti haiglas, nõustab ja konsulteerib* (R14).

Intervjuudest selgus, et enamikes suuremates haigalates on küll sotsiaaltöötaja töö (väiksemates haiglates on see siiski pigem erand kui reegel), kuid sotsiaaltöötajalt oodatakse eelkõige kaasaaitamist eaka patsiendi kiireks väljasaamiseks haiglast, mitte erialast nõustamist. Tuuakse välja, et haiglate raviarstidel on võimalik ühendust võtta ka elukohajärgse sotsiaaltöötajaga ja teha temaga koostööd.

Omavalitsuste sotsiaaltöötajad

Enamik intervjuueeritavaid arvab, et oluliseks ressursiks eakate inimeste formaalses võrgustikus on kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad. Seda nii teenusele suunamise kui vajaduse märkamise aspektist. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: --- nad kohapeal käivad ja hindavad selle olukorra ära. Selles mõttes, et kui ta on ikkagi üksik abivajav inimene, siis linn ka maksab selle hoolduse eest (R9).

R: --- neid ei ole eriti palju väikestes valdades, võibolla peaks olema rohkem spetsialiste, et inimesed, kes tegelevad just nimelt eakatega eraldi, inimesed, kes tegelevad puuetega inimestega või lastega. --- nad tegelevad praktiliselt tulekustutamisega, et seda ennetavat osa lihtsalt ei ole aega teha ja samuti ka rahalisi vahendeid... (R11).

R: ... on töö kõrvalt mitte üks sotsiaaltöötaja, vaid tal on abis ka lastekaitsetöötaja ja siis need inimesed, kes tegelevad koduhooldusega ja nende vahel toimub koostöö selles mõttes, et toimuvad arutelud, et kõik oleksid kursis kõigega ja et ei tekiks selliseid ootamatusi, et tekiks selline valeinformatsioon, see takistab tööd (R10).

Kirjeldatakse ka liigse töökoormuse ja halva töökorralduse probleeme:

R: Sotsiaaltöötaja üksi võibolla ei jõua vedada, tal on töökoormus niigi liiga suur (R9).

R: Sotsiaalhoolekande võrgustik oleks paremini arenenud, see tähendab seda, et ka need sotsiaaltöötajad satuvad koju ja inimene saab abi enne, ---. Need on niisugused asjad, mis peaks olema kõik paika pandud (R4).

3.2. Põhikategooria II: Võrgustiku koostöö

Antud põhikategoorias on analüüsitud klientide heaks konkreetselt tehtavat koostööd. Arvesse on võetud ka aspekte, kus ühe teenuse osutamisel pakutakse kombineeritult juurde teist teenust. Koostöö puudulikkust tuuakse välja mõlemapoolsest, nii tervishoiu-

kui sotsiaalteenuste pakkumise poolelt. Rõhutatakse nende kahe süsteemi eraldatust üksteisest, eriti finantseerimises, kuigi sageli vajab üks klient abi mõlemast süsteemist.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria II 1: Mitme teenuse kombineeritud osutamine ühes asutuses

Alakategooria II 2: Mitmete spetsialistide ja asutuste vaheline koostöö

3.2.1. Alakategooria II 1: Mitme teenuse kombineeritud osutamine ühes asutuses

Intervjueeritavate ütlustest selgus, et tuleb ette olukordi, kus mitmeid teenuseid pakutakse kombineeritult patsientide vajadustest lähtuvalt. Nt hooldekodude kliendid vajavad tervishoiuteenust või päevakeskustes käijad vajavad nõustamist või lihtsamate õendusprotseduuride läbiviimist. Asutuste siseselt püütakse vastavaid olukordi lahendada.

Perearstide teenus hooldekodus

Enamik intervjueeritavaid tõi välja, et hooldekodu klientidel on vaja tervishoiuteenuseid. Eelkõige perearsti teenust, aga ka eriarstiabi ja vahel kiirabi teenuseid. Järgnevatest tsitaatidest võib seda välja lugeda:

R: *Tavaliselt on kõigil perearstid kinnitatud hooldekodu juurde ja vajadusel viiakse haiglasse ka. Meditsiiniõed ja kõik on olemas (R12).*

R: *Kuna meil on perearstid olemas igas omavalitsuses, siis seesama hooldekodu on teinud teatud lepingu, mille alusel perearst teatud päevadel, näiteks --- 2 korda nädalas on majas olemas kindlatel kellaaegadel. Ja alati on võimalus arsti välja kutsuda, aga muidu hooldekodus on olemas oma med. personal, on velskrid, on õed. Ja hooldekodu ise organiseerib, kui on vaja mõnda inimest tuua haiglasse uuringutele (R11).*

R: *Seal on mingi meditsiiniharidusega inimene kindlasti olemas, --- õde on olemas. Aga samas on nad ka perearsti nimistus ja kui on vajalik mingi eriarstiabi, siis ... Seal ikka jälgitakse, et kui midagi juhtub, siis abi on olemas (R13).*

R: *Hooldekodus on --- personali koosseisus olemas velsker. Aga teenindab hooldekodu perearst, nii et hooldekodu patsiendid on tema peanimistus ja siis vajaduse korral ta tuleb välja*

ja ta käib ka mingitel täiesti konkreetsetel regulaarsetel päevadel seal kohapeal, --- kui on mingeid täiendavad uuringuid --- siis viiakse loomulikult neid --- (R8).

Hooldekodudes töötab velskreid, üldõdesid, põetajaid, hooldustöötajaid ja vajadusel saab välja kutsuda perearsti. Lähtuvalt patsientide kontingendist, keda hooldekodudesse viimastel aastatel paigutatakse ja ekspertide hinnangutele tuginedes, saab tuua välja suure vajadusena pakkuda hooldekodudes ka arstiabi teenuseid. Osade ekspertide arvates ei ole hooldekodus hooldusravi (õendusabi) teenuste osutamine siiski probleem.

Päevakeskuses tervishoiuteenus

Selgus, et ka päevakeskuste juures on võimalik saada tervishoiuteenust ja nõustamist.

R: Päevakeskuste juures ongi üks osa teenustest seotud tervishoiu teenustega --- kõik need massaažid, vererõhu mõõtmine on tasuta enamasti --- osad on tasulised ja osa on ilma rahata seal, suurem osa (R7).

Dementsetele eraldi teenus

Rahulolematus ilmnes enamike intervjueeritavate vastustes seoses eraldi teenuste puudumisega dementsete ja normaalse kognitiivse võimekusega inimeste jaoks. Seoses sellega püütakse leida võimalusi (tehakse asutusesiseseid ümberkorraldusi), et kliendid oleksid rahulolevad.

R: Otseselt eraldi ei ole (dementsetele), aga üks nad praegu on nii pandud, et toad, selliselt on hooldekodudes korraldatud (R3).

Kehaliste puuetega eakate ja sügavalt dementsete eakate hoolduseks on samad osakonnad ja asutused. Dementsetele eakatele pakutavatest teenustest on enamikes piirkondades puudus.

3.2.2. Alakategooria II 2: Mitmete spetsialistide ja asutuste vaheline koostöö

Selles alakategoorias on toodud intervjueeritavate mõtisklused koostöö tegemise üle erinevate spetsialistide ja asutuste vahel. Selgus, et koostööd tehakse abivahenditega varustamisel, teistesse raviasutustesse suunamisel ja koostöö toimub ka mitmete

spetsialistide vahel koduõendusteenuse osutamisel (nt kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja perearsti aga ka haigla sotsiaaltöötajaga).

Abivahendite hankimisel abi

Intervjuudest selgus, et kui eakal või puudega isikul on abivahendite vajadus, siis on riiklikul tasandil neid abivahendeid võimalik soodsama hinnaga osta ja kohalik omavalitsus püüab sellest omaosaluse summast ka veel omakorda inimesi aidata. Selline põetus- ja abivahenditega aitamine väljendus järgmistes tsitaatides:

R: *See ongi ühekordse toetuse kaudu, sest tõesti kõik need abivahendid, mida riik kompenseerib osaliselt, alati on sisse kirjutatud kliendi oma protsent, on ta 10% või mõnikord ka rohkem. Ja kui see ei ole perele jõukohane tasuda, siis ta pöördub oma --- kohaliku omavalitsuse poole ja on näiteid küll, et päris hästi kompenseeritakse kliendi osalus. Kodu kohandamisi --- linn --- eelmisel aastal 2 korterit teinud ja see aasta 2. See läheb küll väga visalt (R1).*

R: *Abivahendeid rahastab riik ja nende abivahendite eraldamine käib eraõiguslike ettevõtete kaudu, --- näiteks mähkmeid ja muid hooldusvahendeid või ratastoole on võimalik inimestel soodushinnaga osta või siis laenutada (R5).*

R: *Aga aidatakse sellel moel, et kui on vaja muretseda kas mingi abivahendit või siis inkontinentsi tooteid ja kui tuleb puudu rahalisest kattest, siis --- üldjuhul ikkagi toetatakse või siis regulaarselt inkontinentsi tooted meil siin --- vald aitab inimesi veel kaugemates --- võtab auto ja toob selle koguse nendele inimestele pakkidega korraga ära, et inimesed ei pea siia ise sõitma (R10).*

R: *Prillide ja tehniliste abivahendite kompenseerimistel paljud omavalitsused aitavad vanuritel omaosaluse osa kinni maksta. --- seda otsustavad sotsiaalkomisjonid, --- annavad selle info, et selline võimalus on, korjavad kokku avaldusi --- (R2).*

Koostöö koduõenduses

Koduõendus on Eestis uus teenus (2003 a aprillist haigekassa hinnakirjas). Enamik intervjueeritavaid arvab, et koduõendus on väga vajalik teenus ja koostöö ning infovahetus perearstide, perekonna ja sotsiaalabiosakonna spetsialistide ja haiglatöötajate vahel on hea. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: *... koduõendusele, --- see on väga nõutav teenus ja väga heal järjel. Inimesed on rahul sellega, nii perekonnad kui vanurid ---, kellele seda osutatakse, perearstid, sellega on kõik rahul (R7).*

R: --- linnas on väga tugev koostöö koduõendusteenuse osutamisel, toimub pidev infovahetus sotsiaalosakonna hoolekande peaspetsialisti ja haigla ülemõe vahel. Samuti on olemas kontaktid sotsiaalkonsultantide ja perearstide vahel tavaliselt konkreetse kliendi küsimuste/probleemide lahendamiseks (R14).

Perearstide koostöö sotsiaaltöötajatega

Sarnasusena saab selle alakategooria all välja tuua, et kõik intervjuueeritavad arvasid, et koostöö perearsti ja sotsiaaltöötaja vahel peab olema tihe ja sisuline. Selle koostöö praeguse seisu kohta anti väga erinevaid hinnanguid, mis väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Mõnes kohalikus omavalitsuses ---, on väga lahutatult seotud perearsti töö ja kohaliku sotsiaaltöötaja. Kliendid on ühed ja probleemid lahendatakse --- paigutamine haiglasse või hooldekodusse, nad vajavad vastastikku teineteise andmeid, et see on asjade normaalne käik ja seal tõenäoliselt selliseid tõrkeid ei ole. ---. Ma arvan, et siin nagu vastastikku midagi kurta ei ole (R1).

R: --- on täiesti normaalne koostöö perearstidega. Ta on olnud algajalik ja vajalik. --- on ta hea, kui ei ole kaebusi ja viimasel ajal pean ma ütleva ta täiesti nagu toimib normaalselt. Sest see perearstinduse süsteem nii nagu ta meil nüüd loodud on, peab jõudma igale poole. Ja meie inspektorite kaudu jõuab info ja patsiendi soov arstini jne. (R8).

R: Meil alustati koostööd kuskil 99-ndal aastal ja oli projekt koos soomlastega, --- suunatud sellele, et välja arendada meeskonnatöö sotsiaaltöötaja, medõde ja arst --- see nagu hakkaski, aga nüüd seoses --- tervishoiusüsteemi reorganiseerimisega --- see on ära vajunud ka nendes kahes linnaosas, kus ta tegelikult meie arvates töötas hästi (R7).

Mõned uuritavad toovad välja negatiivse variandi koostöö toimimisele:

R: Sotsiaaltöötaja on ikkagi aktiivsem pool, perearstid on meil küllalt kinnine seltskond ja väga raske on nendega suhelda (R11).

R: Koostöö jätab natukene soovida, --- kui on selline väike omavalitsus, siis tekib arusaamatus, et miks sotsiaaltöötaja ja perearst ei suuda sõbralikult käsikäes tööd teha. Miskipärast nad hoiavad siiski veel lahku. On omavalitsusi, kus tehakse väga hästi koostööd. --- tekkinud probleem, siis perearst annab sellest kohe teada sotsiaaltöötajale ja vastupidi, aga see on vähene. Enamalt jaolt töötavad kaks sellist lõiku eraldi (R2).

R: Koostöö toimub stiihiliselt. --- kuid töö saab vajadusel tehtud (R13).

R: Võiks olla tihedam, koordineeritum (koostöö), hetkel sõltub väga palju isiklikest tutvustest/kontaktidest. Koostöö jätab soovida erinevate ametkondade tasandil (R14).

Puudeastme määramine

Erinevate asutuste vahelist koostööd peetakse väga oluliseks, kuid hinnangud selle praegusele toimimisele ei ole siiski head. Üks uuritav toob välja valdkonna, kus asutuste vaheline koostöö toimib:

R: *Nüüd koos selle puudeastme massiliste määramistega tuli ka puudega inimesele hooldaja määramine, kui tegemist on sügava puudega või raske puudega. --- kohalik omavalitsus langetab otsuse ja siis selle hooldaja toetuse määrab pensioniamet ja korraldab ka väljamaksmise. Nii et see on kahe instantsi koostöö (R1).*

Haigla sotsiaaltöötaja koostöö omavalitsusega

Haigla sotsiaaltöötaja ja kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate koostööd näitavad positiivses valguses ühe eksperdi arvamused:

R: *--- sotsiaaltöötaja suhtleb meiega väga palju, sest me pidasime siin ühel korral nõu, et kuidas ta saaks vahetu, kas sotsiaaltöötajaga või koduhooldustöötajaga kohe luua kontakti ilma seda tohutut subkoordinatsiooni läbimata, mis võtab tohutu aja ära. Pärast seda ma olen ka saanud aru, et see asi on toimima saanud, et me kõiki neid probleeme ei vahenda siin --- (R8).*

R: *--- psühhiaatriakliiniku sotsiaaltöötajaga teeme me ka väga palju koostööd. Sest seal on meil need niisugused piirialad, --- see koostöö on --- tänu sellele, et kliendid on meil ühised. -- - vastastikku saadetakse hinnanguid ja --- praktiliselt "mailiga" on nagu kõige operatiivsem info, mis on vaja saada (R8).*

Intervjuulõikudest selgub, et respondent ja tema kaastöötajad on ise palju ära teinud, et see koostöö sujuma hakkaks.

Koostöö teiste tervishoiuasutustega

Mitmed intervjuueeritavad toovad veel positiivse aspektina ära, et patsientidel on võimalik minna kõrgema etapi haiglasse ravile või uuringutele. See väljendub järgmise respondendi vastuses:

R: *On võimalus saada inimestel Haigekassa kaudu minna uuringutele kas Tartu, Tallinna, sinna, kus on suuremad ja paremad võimalused. --- see on väga suur pluss. Olen kuulnud, et paljudes maakondades on väga raske, aga meil küll seda võimaldatakse teha (R11).*

3.3. Põhikategooria III: Koosotsustamise protsess

Käesolevas põhikategoorias analüüsitakse omavalitsuste poolset abi eakatele teenuste kättesaamisel, teenuse saamise otsustamisel ja edasisele teenusele suunamise läbirääkimisprotsessides.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria III 1: Kaasaaitamine

Alakategooria III 2: Läbirääkimised

Alakategooria III 3: Teenuse osutamise otsustamine

3.3.1. Alakategooria III 1: Kaasaaitamine

Enamus antud alakategoorias nimetatud toetusvaldkondadest on seotud kohalike omavalitsuste poolt (osaliselt) tasustatud toetuste ja teenustega. Kõige rohkem vastanutest nimetavad toetusena transporditeenust. Ainult üks vastanutest on nimetanud haiglaravile järgnevat hooldusravi. Antud alakategooria all vaadeldakse koostöö seda aspekti, mis puudutab otsuseid ning millised on tingimused ja kuidas see toimib. Samuti kirjeldatakse, millisel määral toetavad kohalikud omavalitsused eakatele suunatud erinevaid teenuseid.

Omavalitsus aitab maksta haiglaravi

Intervjueeritavad toovad välja, et osad omavalitsused toetavad inimeste haiglaravi ja eriarstiabi teenuseid.

R: *Meil on siin suur tervisekeskus ja kui on rahalisi vahendeid ja võimalusi, siis võimaldatakse selles tervisekeskuses taastusravi protseduure. --- omavalitsus aitab maksta selle teenuse eest (R11).*

R: *--- omavalitsused, mitte kõik, --- maksavad päevaraha, mis on statsionaari päeva maksumuse raha, --- ja teine on visiiditasu. --- see on nii, nagu omavalitsus on vastu võtnud ---. -- inimesed maksavad ise ja siis viib oma tšekid omavalitsusse ja omavalitsus otsustab, kas ta on maksujõuline või ei ole (R4).*

Transport

Intervjuuprotokollidest selgus, et omavalitsused abistavad transpordiga, et eakale oleks arstiabi kättesaadav:

R: *Pakutakse transporditeenust haiglasse ja koju (R2).*

R: *--- kindlasti invataksoteenus. Ja see on --- linna elanikele ---. --- ongi kallis teenus, et meil on, üle miljoni maksab linn invataksoteenuse eest aastas. Siis on meil ka vanuritele invataksoteenuse raames; me nüüd toetame ka nüüd dialüüsihaigete kojuvedu, nagu ühe teenuse uue liigina juurde (R8).*

R: *Maainimene peab sõltuma bussist, selle väljumise ajast, ta teeb lisakulu pileti ostmiseks --- jõukamatel omavalitsustel on olemas teenus, et ta aitab mõnikord oma inimesi transpordiga --- või teisalt mõne --- teenuse teeb tema eest ära. On ka niisuguseid suuremate valdade bussiringe, et valla keskustest kaugematest küladest tuuakse näiteks ükskord nädalas bussiga keskusesse, kus töötab perearst, kus on apteek ja kus saab ka sotsiaalnõuniku juures mingeid toetusi vormistada (R1).*

R: *--- transpordi probleemid on kindlasti, eriti seal hõredama asustusega, maakonna kaugemad nurgad. Mõnes vallas on väga kenasti, et buss korjas kokku inimesed ja tõi nad arsti juurde (R9).*

R: *Aga vallad on omalt poolt küll väga tublid, sest nad on taganud transpordi. Näiteks, kui meil on vaja inimest tuua haiglasse ---, siis nad ise transpordivad oma inimesi, eakaid inimesi, kes ei saa tulla linna arsti juurde. Nad --- võimaldavad, et see teenus ei jää saamata (R11).*

Hooldusravi täiendav toetamine

Üks respondentidest viitab asjaolule, mille kohaselt võivad omavalitsused hooldusravi täiendavalt toetada:

R: *See olukord roosiline ei ole, --- järelravi on ikkagi pere ja koduste õlul. Sellist teenust on ikkagi vähe veel ja ta ei ole kergesti kättesaadav. Sellest ka nüüd see haiglase uus arengukava, kus on hooldusravile suuremat rõhku pööratud. Hooldusravi korral võivad omavalitsused seda täiendavalt toetada (R13).*

3.3.2. Alakategooria III 2: Läbirääkimised

Selles alakategoorias peegelduvad ekspertide hinnangud olukorrale, kus peetakse perekondadega läbirääkimisi teenustele suunamisel aga ka omaosaluse määra otsustamisel.

Ajutise hoolduse võimalus

Antud alakategoorias nimetavad intervjuueeritavad eelkõige omafinantseerimisega ajutise hoolduse saamise võimalusi. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Peab tunnistama, et on isegi niisuguseid kliente, kes suvest suveni niimoodi käivad, et kui on perekonnas puhkuste aeg, tuuakse eakas inimene --- hooldekodusse kolmeks nädalaks, perekond sõidab kas sugulaste juurde või --- aga see on ikkagi harv. Seda ei osata kasutada ja teisalt ka võibolla pole võimalust selle teenuse eest maksmiseks, sest siis küll kohalik omavalitsus appi ei tule (R1).*

R: *Ja selline teenus on ka, et ainult suvekuudeks lähevad vanurid. Või kui pereliikmed annavad ajutisele hooldusele. --- võtavad sisse, lepinguga --- ükskõik kui kauaks ja osad vanad inimesed tahavadki suveks koju minna, kevadel --- ja siis sügisel jälle tagasi. Massiline see nüüd küll kindlasti ei ole, aga --- ajutiseks antakse (R12).*

R: *Ajutist hooldust pakuvad maakonna hooldus- ja tervisekeskused, kes pakuvad tasulist hooldust ka lühiajaliselt vastavalt kliendi soovile. --- Reeglina peab tasuma klient ise, erandjuhtudel on võimalik taotleda hoolduskulude maksmist sotsiaalosakonna poolt (R14).*

Hooldusravi jätkamine

Edasise hooldusravi võimalust kirjeldab alljärgnev respondendi vastus:

R: *2 kuud tasub haigekassa, edasi on patsiendil võimalik pöörduda --- linna sotsiaalosakonna poole hoolduskulude osaliseks või täielikuks tasumiseks. Kui lastel/perel on rahalised võimalused, siis saab peale haigekassa rahastamise võimalust osta tasulist hooldusravi teenust (R14).*

Hooldusravile suunamine

Hooldusraviteenusele suunatakse arsti poolt. Järjekordi hooldusravile saamiseks peetakse maakonniti erinevalt. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Linnaarst --- linna regioonis omab teatavaid registreid ja järjekordi ja on suuteline seal ka korrektiive tegema, näiteks on hooldusravisse järjekord ja kellelgi läheb olukord hullemaks, siis ta tõstetakse ettepoole. Need prioriteedid on paika pandud vist lähtuvalt tervisest, et kui ohtlik on see elule või tervisele või perekonna toimetulek (R1).

R: Eriarstid ja perearstid ja siis omavalitsused on ka osaliselt saanud (suunata), nii et see on nagu koostöös, et ennem oli ülemarst, nüüd on ta selle osakonna juhataja, läbi tema siis (R2).

R: --- aktiivravihaigla võtab kontakti hooldusravihaiglaga. --- haigla vabade kohtade olemasolul (R13).

Hooldusteenusele suunamine

Intervjuudest selgus, et sotsiaalteenuste saamise vajaduse määrab vastava omavalitsuse sotsiaalkomisjon või selleks määratud töötaja. Vajaduste hindamiseks spetsiaalset metoodikat ei kasutata. Ekspertide kirjeldustest selgus siiski, et teenusele suunamine toimub erinevates piirkondades ühtsete põhimõtete järgi. Mõnede teenuste määramise tingimuseks on see, et eakal inimesel ei ole lapsi (või täiskasvanud lapselapsi), või lapsed elavad kaugel. Teiste teenuste puhul (näiteks hooldekoduteenus) sõltub omaosaluse määr sellest, kas eakal on lapsi või lapselapsi. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Kui ei ole üldse sugulasi või meil ei õnnestu neid leida, siis arvestatakse pensioniga ja ka kodus (koduteenused), kui me vormistame dokumendid ja pensioni ja ülejäänud maksab linn. Aga kui on olemas sugulased, siis ikka üritame saada nende toetust ja siis juba nende toetusest --- sõltub, kui hea koha vanur saab. Sest tavaliselt me ikkagi kuskil üle kolme tuhande inimese käest ei taha. --- 85% pensionist --- ja meie maksame iga kuu --- juurde (R7).

R: Kui eakal ei ole raha, on üksikud, siis --- vald, aga kui on olemas lapsed, meil ikka väga palju rõhutakse sellele. Aga on ka neid, kellel on lapsed, kuid need lapsed ei ole võimelised, siis on saadud kuidagi kokkuleppele, aga eelnevalt ikka palju räägitakse läbi ja lepatakse kokku (R11).

R: ... maksab inimene kohamaksu osa oma pensionist, osa jääb talle kätte kokkuleppel inimesega ja loomulikult kahjuks sõltub ikkagi osamaksumus sellest, kas inimesel on lapsi või ei ole. Kui on lapsed, siis maksavad nemad, aga kui lastel ei ole mingit sissetulekut või on see väga väike, siis kokkuleppel vallaga, vald aitab kompenseerida, aga igaüks vaadatakse eraldi läbi. --- 3600 kuni 4100 (krooni on hooldekodukoha kuumaksumus) nüüd hetkel, aga on olnud juttu, et ta (hind) suvel tõuseb (R10).

R: --- kui ta on ikka vaene ja üksi toimetav, siis kui need lapsed on ka ikkagi samast rajoonist, ütleme lausa --- linnast, siis ikka mööndustega, me tuginame perekonnaseadusele ja palume lastel olla hoolivam, aga ma ei eita, et mingid juhud on, kui laste tugi on puudu

praktiliselt, no juba laste enda alkoholism või töötus või mille iganes probleemidega, tähendab lihtsalt normaalselt toimiv suhe ei toimi, mis peaks. Ja nende puhul tehakse ka erandeid nagu igal alal tehakse (R8).

3.3.3. Alakategooria III 3: Teenuse osutamise otsustamine

Antud alakategoorias kajastub eakatele osutatavate teenuste vajalikkuse otsustamine. Respondentide vastused peegeldavad, kes ja millisel määral on otsustajaks, kas eakas saab toetust või mitte. Enamus vastanutest peavad teenuse osutamise otsustamisel koostööd vajalikuks ning hetkel toimivaks.

Sotsiaalkomisjonid

Selles alakategoorias selgub respondentide vastustest, et enamikes regioonides vaadatakse kõik üksikjuhtumid eraldi läbi ja see sõltub kokkulepest. Kui võtta aluseks pereseadus, siis selle järgi on lapsed ülalpidamiskohustuslikud. Kui omakseid ei ole, siis omavalitsused maksavad teenuste eest. Kõik küsimused, mis sotsiaalvaldkonda laekuvad, kõikvõimalikud avaldused toetuste saamiseks ja hooldekodu avaldused, rahalised toetused või abivahendite toetused, need otsustab sotsiaalkomisjon. See seisukoht väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Volikogu komisjon peab ette valmistama need otsused --- muidugi nad langetavad otsuseid, mis puudutab raha. Kas me ostame teenust; kas me ostame selle hinnaga; kaua me ostame; kellele me ostame. --- sotsiaalnõunik valmistab selle ette ja koos perearstiga analüüsitakse seda olukorda ja kuna kergel käel ei taheta raha välja anda eelarvest, --- esialgne kokkulepe hoolekandeteenuse ostmiseks on kolmeks kuuks --- neid otsuseid vaadatakse taas läbi, reeglina ikka üks kord aastas, kui on eelarve aasta algus --- analüüsitakse seda eelmist täitmist ja muidugi klientide olukord ka muutub, et on uusi invaliidistujaid ja on manalateele minejaid (R1).

R: Maavaldades organiseerib ja maksab vald/linn ainult lastetute eakate teenused, kui on olemas omaksed, osalevad ka nemad teenuse eest tasumisel. Igat üksikjuhtumit vaadatakse eraldi. Otsuse teeb sotsiaalkomisjon (R14).

R: --- maakonnas on lastetutele/üksikutele eakatele omavalitsuse teenused (koduhooldus, hooldekodu) tasuta. Eakad, kellel on lapsed, peavad tasuma teenuse eest hinnakirja alusel, hoolekandekomisjoni otsusega on võimalik teha ka erandotsuseid (R14).

Koostöö teenusele suunamisel

Erinevate intervjuude protokollidest tuleb välja, et koostööd teenusele suunamisel tehakse vähe. Samas peetakse koostööd väga oluliseks. Seda saab välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Kindlasti on vajalik. Kasvõi hindamise seisukohalt. --- võibolla kohalik sotsiaalabi juhataja suunaks suurte probleemide ärahoidmiseks kliendi hooldekodusse, kuid mõne kohanduse ja koduhoolduse või tugiisikuga saaks see inimene edasi koju jääda (R13).

R: --- Sotsiaaltöötajad kindlasti koostööd tegid, väikses vallas ka, aga linnas ei ole see praktiliselt võimalik, töökoormus on sotsiaaltöötajatel meeletult suur. Kui ta heal juhul "jalgupidi" selle vanainimese sinna haigla uksest saab sisse lükata, siis ta hingab kergendatult ja ongi kõik. Ja ootab, millal ta jälle tagasi tuleb. Ja kui ta enam ei jaksa, siis on hooldekodu. Aga väga kergekäeliselt enam hooldekodusse minekut ei otsustata, sest et raha (R12).

R: Teenust osutatakse kuni hooldus- ja kõrvalabi vajaduse püsimiseni. Teenuse pakkumine lõpetatakse kliendi soovil (R14).

R: Esimeseks kriteeriumiks on, et eakas on linna/valla elanike registris ning teiseks see, et on reaalne vajadus hoolduse ja kõrvalabi järele, mis on kinnitatud arsti tõendiga. Kodupõetuse otsuse teeb hoolekande peaspetsialist arsti suunamiskirja alusel ---. Peamiseks aluseks on reaalne hoolduse ja kõrvalabi vajadus, kokkulepped teenuse saajaga (R14).

R: On vaidlus, et kus ta (klient) tegelikult elab ja kus viimane elukoht oli, seal pole ta aastaid elanud, --- nagu teil oli ja ta oli siis meil ja siis seal ja ... On neid juhtumeid olnud (R1).

R: --- (haiglas) ainult on (sotsiaaltöötaja). Ja ma arvan, mingid lisaülesanded, et lihtsalt ei raatsi hoida --- täiskoormusega, vaid ta on koormatud kindlasti ka teiste kohustustega. On ka neid juhtumeid, kus väikeste haiglate juhid helistavad mulle või kohalikku valda ja pärivad, et mida siis sellisel puhul teha. Mulle helistavad nad siis, kui on mõni niisugune klient, kes nagu eriti kellelegi ei kuulu (R1).

Meeskonnatöö

Enamik intervjuueeritavaid arvab, et puudub spetsialistide vaheline koostöövõrgustik, ei ole ühiseid andmebaase ja nende kasutamine ei ole reguleeritud. Seda võib välja lugeda järgmistest intervjuulõikudest:

R: Sotsiaaltöö on üleüldises mõttes võrgustikutöö, mis tähendab, et ei ole omavalitsuse sotsiaaltöötaja üksi kabinetis ja kõike ei otsusta, vaid ---, et toimiks - nii pedagoog, arst, kohalik konstaabel, sotsiaaltöötaja jne rääkimata siis veel perest ja muust sugulusvõrgustikust. Selline võrgustik peab olema iga inimese ümber, aga see on ideaal, mida veel ei ole (R2).

R: *Maavaldades väga vajalik võrgustikutöö, vajab veel täiustamist ja korrastamist (R14).*

R: *Väga vajalik, kuna erinevatel organisatsioonidel/asutustel/teenuse pakkujatel on erinev info kliendi kohta. Koostöö paremaks rakendamiseks peaks arenema koostöövõrgustik iga valla/linna tasandil. Aeg-ajalt peaksid olema maakondlikud võrgustiku kokkusaamise ja info vahetamise seminarid (R14).*

3.4. Põhikategooria IV : Vastutuse ja reguleerituse puudumine

Antud põhikategoorias on vaatluse all ekspertide mõtted teenuste kättesaadavuse tagamise ja teenuste organiseerimise probleemide kohta.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria IV 1: Kättesaadavus

Alakategooria IV 2: Organiseeritus

3.4.1. Alakategooria IV 1: Kättesaadavus

Selle alakategooria all intervjueeritavad kirjeldavad ennekõike sotsiaalteenuste kättesaadavust ning selles valdkonnas esinevaid probleeme. Respondentide vastustes on kõige enam märgitud transpordiga, eriarstiabi kättesaadavuse ja järjekordadega seotud probleemid. Teatud piirkondades on probleemiks keelebarjäär.

Transport

Enamik eksperte tõid väga olulise probleemina esile teenuse kättesaadavuse seoses transpordiküsimustega. Ühest küljest maakondade äärealadel on bussiliiklus kehv, teisest küljest on transport ka lisakulu inimese jaoks. Need probleemid väljendusid järgmistes intervjuulõikudes:

R: *Küsimus võib olla hambaravi kättesaadavuses, sest igas omavalitsuses ei tööta hambaarsti ja kui eakal on probleeme transpordiga, siis võib abi olla nende veidi raskemini kättesaadav (R5).*

R: *Maainimene peab sõltuma bussist, selle väljumise ajast, ta teeb lisakulu pileti ostmiseks ... (R1).*

R: *Sest ikka liikumine sealt kodust sinna bussi peale ja need bussid ja piletid ja üks telefon on ka kulu --- ei saaks öelda, et kõik väga hästi on (R1).*

R: *Maapiirkonna inimesed --- ei pääse liikuma ja nende sissetulekud on väiksed ja transport on ka teine probleem. Buss käib kas hommikul ja õhtul --- selline tihe liiklus puudub maakonna erinevate piirkondade vahel (R2).*

R: *--- paljudel juhtudel jääb see lihtsalt transpordi taha, sest meil on transport ikka äärmiselt vilets ja kui käib üks buss päevas, siis teenuse kättesaadavus on suht nullilähedane. --- kui tal oma autot ei ole, siis polegi võimalik (R9).*

Osad respondentidest tõid esile ka abistajate pääsemise eakate juurde. Esiteks nõuab see transpordi olemasolu ja teiseks lisakulusid:

R: *On ikka probleem küll --- vanuri juurde jõuda, kui transporti ei ole, ega jalgsi ikka ei lähe. Aga osad hooldustöötajad sõidavad jalgrattaga, ei ole häda midagi, üks talvel on muidugi rakse, aga teevad oma tööd ilusti ja südamega (R11).*

R: *--- seal hõreda asustusega piirkondades, --- muutub kulukaks see koduõendus ja hooldus ka (R9).*

Eriarstiabi

Kõik intervjuueeritavad märkisid ära, et eriarstiabi ei ole kõikides piirkondades kättesaadav. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Probleemiks on tervishoiuteenuste kaugenemine rahvast, eriarstiabi koondumine linnadesse. Mõningad eriarstid peaksid aeg-ajalt osutama teenust kohapeal vallas (R14).*

R: *Probleemid on need ---, mis maakonnast ära kaotavad, see teenus läheb järjest raskemini kättesaadavaks. --- näiteks psühhiaatriline abi läks ära, järjest raskemaks kättesaadavus läheb. Kiirabi läks ära ---, huvitatus on väike sellest teenuse toimimisest (R4).*

Esmatasandi teenused

Ekspertide hinnangutest selgus, et esmatasandi teenuseid peetakse üldiselt kättesaadavaks, eriti kehtib see suuremate omavalitsuste kohta. Samas leiti ka, et arenguruumi veel on. Seda võib välja lugeda järgmistest intervjuulõikudest:

R: ... üldjuhul esmatasandi teenused need saadakse kätte --- väikeses kohas on ka see eelis, et tuntakse, teatakse üksteist (R3).

R: Ikka need pisemad omavalitsused, tagatud on (teenused) suuremates ---. Öeldakse, et seadusega on ette nähtud need ja need teenused, aga kas me suudame neid järgida? Ega ikka ei suuda küll. Ja neid teenuseid ei suuda ka teha üks sotsiaaltöötaja omavalitsuses (R11).

R: --- küsimused, ---, et kas on sotsiaalteenuseid piisavalt ja kas nad on kättesaadavad, siis ainult 1 omavalitsus vastas, et ei ole kättesaadavad, 2 vastasid, et mingil määral ja ülejäänud vastasid, et jah, on küll kättesaadavad. Et see nagu ehmatas ---. --- ma ütleks, et väga palju on veel arenemisruumi ... (R11).

Järjekorrad

Erinevate intervjuude protokollidest tuleb välja järjekordade olemasolu erinevatele teenustele mitmetes piirkondades. Eelkõige peegeldub ekspertide mure võimaluste pärast õigeaegselt hooldusravile pääseda. Veel nimetavad respondendid järjekordade olemasolu hooldekodusse minekuks, mis mõningates piirkondades on suuremaks probleemiks. Järjekordade probleem on terav ka eriarstide konsultatsioonile või operatsioonile pääsemisega. Need seisukohad väljenduvad järgmistes tsitaatides:

R: Umbes 2 kuud on see järjekord meie hooldusravisse --- ma kõikide etappidega pole nüüd kursis, aga läbi klientide, kes minu juures käivad, saan ma aru, et --- haiglasse on nädal-kaks, et ei ole nii, et kohe lähed (R1).

R: --- teenus (dementsete eakate ööpäevaringne hooldus ja päevakeskuste teenus) --- meie regioonis tihti järjekordades ollakse, oodatakse, et sellele teenusele pääseda (R1).

R: --- linnas on sotsiaalteenustest järjekord ainult hooldekoduteenusel saamiseks, kuna linna hooldekodude --- kohta ei kata kogu vajadust. Koduhooldusele, koduõendusele ja päevakeskuste kasutamisele järjekorda ei ole. --- Keskmist ooteaega väga raske välja tuua, kuna mõnikord kulub avalduse esitamisest koha saamiseni paar nädalat, teinekord peab ootama pool aastat, kuna koha vabanemine sõltub hoolealuste suremusest ja seda ei ole võimalik prognoosida. Maavaldades puuduvad teenustele järjekorrad ---. Küll aga võib takistus tulla vallal, kellel ei ole oma hooldekodu ja peab ostma teenust naabervallalt ... (R14).

R: Mõningatele statsionaarsetele teenustele --- on järjekorrad pikad, näiteks silmaoperatsioonidele ja liigese proteesimisoperatsioonidele (R5).

R: --- käisime hooldushaigla probleemide küsimustes, seal küll eakad protesteerisid ja ütlesid, et nad nagu ei saaks kätte ja on pikad järjekorrad ---. Aga kuu aja jooksul ikkagi peaks saama, on öeldud ka Haigekassa juhtide poolt maha (R6).

R: *Kardioloogi juurde on pikk järjekord, kõrvaarsti juurde on pikk järjekord. --- talvel rohkem haiged kui suvel, kahtlemata siis on ka haigla järjekorrad (R4).*

Keeleprobleemid

Peamiselt ühes piirkonnas tõi respondent esile suure probleemina keeleprobleemi, kus arstid ei valda vajalikul määral eesti keelt. See arvamus väljendub järgmiste intervjuulõikude kaudu:

R: *Perearstid meil eksisteerivad küll ---, eks meil on probleem selles, et meie arstid on enamuse kõik venekeelsed --- kes on aktiivsemad ja kes eesti keelt valdasid, need olid esimeste hulgas, kes läksid õppima, aga paljudel on muidugi raskusi, --- (R12).*

R: *Meie maakonnas ongi see probleem, et vanurite poole pealt just meditsiini kättesaadavus, et arstid meil ei valda eesti keelt ja siis on palju kaebusi selle kohta ka tulnud (R12).*

R: *--- ma arvan, et väga vajaka on. Eks vanad inimesed ikka käivad, esmase abi nad saavad, aga kui keerulisemat abi on vaja, siis ikka tahavad saatekirja saada. Eks aparatuuri on olemas küll, aga inimesi, kes seal töötaks.... Eestlaste jaoks on see keeleprobleem, mingi protsent neist räägib, aga... Ja vanainimesele mõjubki vahel rohkem see, kui saab arstiga rääkida (R12).*

R: *Ja tervishoid on niivõrd palju eraldi meil, nii suur maakond, nii palju probleeme maakonnas. --- venekeelne, meil on takistuseks võibolla ka see, et koostööd niipalju ei toimu siin nende... (R12).*

3.4.2. Alakategooria IV 2: Organiseeritus

Antud alakategooria alla on koondatud spetsialistide arvamus sotsiaalteenuste ja toetuste organiseerimisest ja sellega seotud probleemidest. Paljud respondentidest arvavad, et teenuseid on vähe ja mitmed arvavad, et valik teenuse osas on sageli valeks osutunud.

Teenuseid on vähe

Kõik intervjuueeritavad tõid näiteid erinevate teenuste vähesuse kohta. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Ei ole piisavalt hooldusravi ja pikaravi voodikohti, haigekassa ei finantseeri pika- ja hooldusravi osutamist piisavas mahus. Puudub päevane õendusabikeskus (R14).*

R: --- inimene on seal aktiivravis ---, ja järelravi võimalus on niivõrd väike --- ja ta läheb sinna koju, kus kogu võrgustik ja meeskond teda peaks ootama, siis ma ütlen, et vanurite puhul, kellel need paranemisprotsessid ei ole niivõrd kiired, siis oleks elementaarne seda keskmist vaheetappi ja oleks võimalik kasutada igal inimesel. --- Kui ta läheb oma talumajja, siis temaga keegi taastusraviarst ei võimle seal. --- seni kuni ta ei ole õppinud elementaarset taastamisprotsessi ise siin ära, tema jääbki sinna abituna. --- vaheetapp enne koju viimist, on elementaarne, et see peab olema. Et siis ta tuleb juba niivõrd tublina sealt välja, et ta saab hakkama. Praegu ta raudselt ei saa (R8).

R: --- koostöö. --- tuleb haiglast, siis pole abi kuskilt võtta, et on selliseid juhtumeid, et haiglast tulles on vaja järelvalvet ... koduõendust (R9).

Üks intervjuueeritav tõi erinevusena välja, et on plaanis hakata arendama uut teenust:

R: Põetusteenusega on plaanis seda teha meie diakonikeskuses --- tal on olemas juba inimesed ja ta soovib ära teha kodutute varjupaiga ja peale seda on plaanis hakata tegelema (põetusteenuse osutamisega). Ilmselt süsteem on ikkagi nii, et kui nad luuakse (põetusteenuse erasektoris), siis eeldusel, et keegi on tal kindel lepingupartner, kes tasub selle töö eest. Sest et muidu ei tuleks ta toime, tema töötajad ei tuleks toime (R10).

Inimesed vajaksid teist teenust

Antud alakategoorias peegelduvad ekspertide arvamused, kus inimesed vajaksid intervjuueeritavate arvates teist teenust. Nt hooldekodu asemel peaksid eakad viibima hooldusravi teenusel. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Hooldusravi teenust --- linna hooldekodudes ei pakuta, kuid mõlemas hooldekodus on olemas medtöötaja/velsker, kes on meditsiinilise haridusega ja oskab anda esmadiagnoosi, vajadusel konsulteerib erialaarstidega. Maavaldade hooldekodudes on palju vanureid, kes võiksid hooldekodu asemel olla hooldusraviosakonnas või õenduskodudes (R14).

R: Viiakse ainult kõige keerukamaid (hooldekodusse), sealhulgas muidugi dementseid --- satuvad uude keskkonda, vanainimene on väga traumeeritud sellest ilmselt --- lähiaastatel saabunud kliendid jõuavad elada hooldekodudes võibolla aasta-poolteist. Need, kes on sinna saabunud kuni 25 aastat tagasi, elavad praegugi ja peavad 100-ndat juubelit --- nemad on selles olukorras kohanenud, nad on olnud tervemad ja nooremad või lihtsalt ilma koduta. Aga need, kes täna tuuakse, on väga keeruka tervisega ja saavad šoki sellest, omast kodust ilma jäämisel... (R1).

R: Tuleb hooldekodusse ja ta (eakas) on lihtsalt seal. Kui tema tervis läheb käest ära, siis tema perearst läheb ja korraldab ravi või viib ta haiglasse. --- seal on personaliks med. õed, kes

oskavad seda ravi korraldada. Kui arst ütleb, et seda rohtu on vaja anda, teda on vaja niimoodi pöörata, see ongi tegelikult hooldusravi. --- nad teevad seda (R4).

R: Seesama probleem ongi, et kui inimene hooldusravilt välja tuleb, et mis --- inimesega teen, lapsed võivad ju olla kaugel. --- on meil ikka kehva seis küll.--- kui see saaks toimima, oleks hea küll. --- haigla on ikkagi haigla. --- on võetud hooldustöötajad, vabatahtlikud sinna (omavalitsustesse) palgale, aga neil ei ole oskusi, kogemusi --- (R11).

“Lahusus” organiseerimisel

Enamiku intervjuueeritavate arvates peeti probleemiks seda, et juba ministeeriumi tasandil on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid eraldatud, mis tingib sellise suuna jätkumise ka maakondades ja omavalitsustes. Selline seisukoht väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Tegelikult ei ole see üldse meie maakonnatasandil, see on vabariiklikult paika pandud --- Ja seesama geriaatria, seal on väga imelikult pandud see süsteem, et viis keskust (kes on hindamiskohustusega) üle Eesti. Et Hiiumaa, Läänemaa ja Saaremaa meie viime nad Paidesse hindamisele... Läheb liiga kalliks ja kogu see aeg, mis selleks läheb... --- nende rehabilitatsiooni-meeskondadega oli samamoodi, et alguses tundub absurdne... --- nüüd on meil maakonnas ka, ta natuke lihtsustab seda tööd, et alguses oli ettepanekute tegemise aeg, siis kohaliku omavalitsuse töötajad ütlesid ka, et peaks ära lõppema need ekskursioonid mööda vabariiki, nad pidid võtma oma kliendi, kes ei pruukinud olla just rahulik ja siis nendega ... 2 tundi sõitma ja tagasi sõitma (R9).

R: Aga lahknevus tuleb juba ikkagi maakondlikul tasandil, sest meie ministeerium, kes meile ülesandeid annab, statistika või mingite seaduste elluviimisel või ka kirjatöö kohta, hoiab lahus tervishoiu poole ja sotsiaalhoolekande osakonna. Meie osakonnas on ka need asjad päris lahus hoitud, et ma ei tea, kas seda tingis siis vajadus, me saame ilmselt oma ülesannete täitmisega hakkama ilma oma meditsiinikolleeegide abi kasutamata (R1).

R: Üldiselt on suhteliselt raske, kui see iseenesest ei hakka toimima algusest, siis ei ole meil ühtegi sellist dokumenti, mis kohustaks üht või teist poolt seda koostööd parandama (R7).

3.5. Põhikategooria V: Finantseerimine

Käesolevas põhikategoorias analüüsitakse erinevatest allikatest finantseerimise võimalust, rahaliste vahendite vähesust ja kõrgeid teenuste hindasid.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria V 1: Kõrge maksumus

Alakategooria V 2: Erinevatest allikatest finantseerimine

Alakategooria V 3: Finantside vähesus

3.5.1. Alakategooria V 1: Kõrge maksumus

Antud alakategooria all väljenduvad intervjueeritavate seisukohad väga kõrgete hooldekodukoha kuumaksumuste üle, mis toob kaasa iga juhtumi hoolika kaalumise enne otsustamist.

Kallidus inimesele

Enamikest intervjuuprotokollidest selgus, et teenused on inimeste jaoks väga kalli hinnaga. See seisukoht väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Et voodihaigeid on lihtsam paigutada hooldekodusse, aga paljudel inimestel ei ole seda raha sinna maksta, kuigi siin --- hooldekodu on püüdnud oma hindu madalal hoida, aga ikka on probleem seda maksta (R11).*

R: *Omaosalus loomulikult on klientidel nüüd aasta-aastalt kasvanud, tänu ka visiititasule ja tänu haiglapäevade, voodipäeva tasule. Loomulikult on maapiirkonnast pärit kliendi kulu ka see, kuidas ta üldse --- pääseb (R1).*

Kõrged hinnad kohalikule omavalitsusele

Ekspertide hinnangutest selgus, et ebapiisavad rahalised vahendid on probleemiks hoolduse korraldamisel ja seoses sellega otsitakse odavamaid võimalusi. Need arvamused on väljendatud järgmistes tsitaatides:

R: *--- on raha, needsamad rahalised vahendid. ... on takistuseks, et teenused on ka olemas, ikkagi ei saa eakas neid teenuseid kätte. Ja rahalised vahendid, et nõuded teenuste osutamiseks aina karmistuvad ja lihtsalt ei jõua neid enam täita ...--- küsisime seda finantseerimise poolt, rahalised vahendid, siis ainult 1 omavalitsus ütles, et jah, et on piisavalt rahalisi vahendeid, aga ülejäänud... (R11).*

R: *Oleks vallale ja linnale soodsam, kui inimene jääb oma koju ja seal pakutav peaks olema odavam ja optimaalsema hinnaga kui see ööpäevaringne hooldamine (R1).*

R: Kui ollakse üksipäini talumajades, kus kütmine on keerukam, hooldekodu koht on valla jaoks suurem kulu, aga Haigekassa poolt finantseeritav --- voodikoht maahaiglas ei lähe vallale reeglina palju maksma, võibolla transport sinna ja tagasi --- praegu otsitakse odavamaid võimalusi (R1).

R: Aga mis oleks vaja täiendavalt juurde, kus oleks juba omavalitsuse finantseerimine täiendavate selliste teenuste osas --- Kõige murelikum pool ---finantseerimine, see rahaline pool, sest eakas inimene ise pole ju suuteline eriti palju maksma ja omavalitsustel pole ka eriti. Omavalitsuste kohustuste koorem on üsna suur kogu hoolekandes, ja ta ei suuda seda kõike ka ise kinni maksta. Kui teenuse ostjale on seda vaja ... (R3).

3.5.2. Alakategooria V 2: Erinevatest allikatest finantseerimine

Selle alakategooria all väljendusid ekspertide arvamused, et erinevad (hooldusravi) teenused võiksid olla rahastatud kahest või isegi kolmest allikast – haigekassa, omavalitsused, klient või tema perekond, sest probleemid ei ole sageli vaid sotsiaalsed ja omavalitsuste rahalised võimalused on piiratud ning ka perekonna roll ei saa väga suureks jääda.

Omaosaluse eraldatus

Erinevate respondentide arvates peetakse omaosalust üldiselt vajalikuks, et kliendid ei nõuaks mittevajalikke teenuseid. Probleemina tuuakse omaosaluse tasumisel seda, et omaosaluse rakendumine laieneb pidevalt ja ka tasumise määrad tõusevad, mis toob kaasa selle, et eakal või tema perekonnal ei ole võimalusi ka väikese omaosaluse tasumiseks. Sellisel juhul toimub kombineeritud variandi leidmine. Need seisukohad väljenduvad järgmistest tsitaatides:

R: Omaosaluse määramine võiks olla muidugi võrdne, sest --- inimesed on võrdsed. Nüüd on järgmine küsimus, et kuidas inimene tuleb toime omaosaluse tasumisega, kas ta saab selle oma pensioniga toime, kas teda aitavad lapsed ja muidugi jääb alati ka kohalik omavalitsus, kus seda niiöelda ühekordset toetust paluda. Väga keerukas on vist seda omaosalust eraldada, sest nii nagu ei tulnud sellega toime lastetoetuste reformimisel, et on erinevaid perekondi sissetulekute järele, et kehtestame erineva määraga lastetoetused, see oli meie ühiskonnas ju arutelu all mitmed aastad järjest --- me ei olnud küpsed niisugust otsust langetama, et meil on

erinevad hinnad, et diferentseerime inimesi, tulenevalt nende päritolust, perekonnast, et --- ei lähe mitte ka eakatega (R1).

R: Ühelt poolt on väga õiglane (et omaosaluse maksmine sõltub laste olemasolust) ja teiselt poolt on see väga ebaõiglane. Ebaõiglane on selles mõttes, et inimene, kes on eluaeg tööd teinud ja lapsi kasvatanud ja kelle lapsed ausalt teevad tööd ja maksavad makse, peavad kinni maksma ka oma lapsevanema ülalpidamise ja kõik teenused. Aga see, kes ei kasvatanud lapsi ja riigil ei ole uusi töötajaid ja maksumaksjaid, kes on elanud iseenda lustiks ja rõõmuks, nüüd on maksumaksja...--- kui ikka perekond saab ja niikaua kuni meie sotsiaalarahakott on nii õhuke, arvame, et nad peavad toetama. Kuid üritame alati ja igal pool arvestada nii palju kui võimalik (R7).

R: Tegelikult võiks olla erinev ka vanemate toetamise (rahaline) kohustus nendel perekondadel, kui on näiteks 1 või siis 7 last. Samas, kuidas selle eetikaga on. Või oleks õigem hoopis nii, et eakas ise maksab osa oma pensionist ja see ongi kõik (R13).

R: Haigekassa võiks küll maksta seda teenust, üks osa, vast omavalitsus ... Kas klient selle võrdse osa maksta saaks, --- kas pensionist nii palju jätkuks.... Ma arvan, et pigem jääb siis nii, et Haigekassa ja omavalitsused, hea kui see klient saab maksta mingi osa oma ravimite eest, vanad inimesed kasutavad väga palju ravimeid ja raha läheb palju sinna peale (R12).

Tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuste eraldatus

Intervjueeritavate vastustest selgub, et probleemid tekivad seal, kus patsient vajab mõlema süsteemi teenuseid. See seisukoht väljendub järgmiste respondentide mõttekäikudes:

R: Probleemid tekivad seal, kus tervishoiuteenus läheb üle sotsiaalabiteenuseks. --- see vaidlus, kus see täpne piir on ja kes mida rahastab, kui palju peab Haigekassa rahastama ja kustmaalt hakkab inimene ise rahastama või sotsiaalarahakott ja omavalitsus (R5).

R: Nüüd nendes meeskondades (rehabilitatsioonimeeskondades) on minister sisse kirjutanud, peab olema sotsiaaltöötaja kaasatud, et siis vaadates neid olusid, kus see perekond elab ja kas üldse neid tegevusi plaani sisse kirjutada, kas on üldse jõukohane --- selles mõttes sotsiaalministeerium kohe sunnib seda koostööd tegema meditsiini ja sotsiaaltöö vahel (R1).

R: Minu arvates selles probleem ongi tihti ja lõhe tekibki, et asju rahastatakse erinevatest rahakottidest --- eaka inimese hooldamisel on --- väga raske määratleda, kas ta kuulub sotsiaali- või tervishoiuvaldkonda. Ja tihti siis, kuna rahanappus on mõlemal käes, tihti kannatajaks ongi vanur. --- pigem on probleem selles, et ongi rahastamine erinevatest rahakottidest ja need rahakotid ei ole mitte kuidagi omavahel üldse seotud (R7).

3.5.3. Alakategooria V 3: Finantside vähesus

Selles alakategoorias toovad mitmed respondendid ära negatiivse aspektina rahaliste vahendite vähesuse, mis puudutab tööjõu palkamist aga ka teenuste planeerimist.

Uute töötajate kaasamiseks

Selle alakategooria all intervjuueeritavad kirjeldavad rahanappust spetsialistide tööle rakendamisel:

R: *Ja kui on ka inimene koolitatud, ta tuleb diplom taskus, siis mul ei ole teda mitte kuhugi tööle panna, sest omavalitsus ütleb, et mul ei ole raha, millega teda tööle võtta, olgugi, et probleemid on olemas (R4).*

R: *--- haiglas on küll sotsiaaltöötaja olemas, --- haiglas on ka. Aga see on nii, et kuidas rahakott võimaldab, et võibolla täna on, aga homme lastakse lahti (R12).*

R: *Ta oli, aga enam ei ole. Ilmselt on nüüd seal ka, kuna nad on isemajandavad, siis ei ole. Küll aga rõhutatakse seda, et arstid väidavad, et nad tõesti ei jaksa tegeleda oma töö kõrvalt ka sotsiaaltööga, sest see ei ole nii lihtne, et võib leida võimalused, mis sellest inimesest edasi saab, kui ta läheb haiglast välja. Et kogu aeg rõhutatakse, aga haigla juhtkond leiab, et ei, meil ei ole raha (R10).*

Teenuste edasiarendamiseks

Intervjuuprotokollidest ilmneb finantsiliste ressursside piiratus uute teenuste planeerimises ja olemasolevate edasi arendamises. See väljendub järgmistest tsitaatides:

R: *--- need rahalised vahendid ikka ei ole head (R11).*

R: *.... kui on --- eakas inimene, kes vajab vähesel määral abi, siis küll ei anta, väga paljud vajavad. --- need abivahendid, näiteks mähkmed, --- on ka piiratud, kõik asjad on piiratud. Neid on võimalus küll taotleda endale --- osaliselt tasutakse (R11).*

R: *Ilmselt ikkagi rahalised vahendid küllalt palju. Sellepärast, et omavalitsuse tulubaas on väga ebastabiilne ja kui kõik ehitised on seisus, kus tuleks neid ümber ehitada, ma mõtlen koolid ja lasteaiad, päevakeskuste hooned jne, kõigele läheb väga palju raha, teede korrashoidmine, õpetajate palkade maksmine, et ega neile eriti raha ei jäägi ja selles mõttes on küll need sotsiaaltöötajad tublid, et nad on nii palju saavutanud nii väikeste rahadega (R10).*

R: *Vajalikud oleksid spetsiaalsed vahendid, et maakodusid oleks võimalik ümber kohandada. --- toetada perekonda selles, et nad püüaksid seda (hooldust) teha. ---konkreetsete väikeste abivahendite, kohanduste osaline kompenseerimine oleks vajalik (R13).*

R: *Ta käivitub ilmselt lihtsustatud kujul, paremini käivitub ta (koduõendusteenus) ilmselt suuremates linnades või keskustes. Et jällegi kui mõelda neid vahemaid ja kuidas seda tagada ja kes maksab transpordi ja töötasu inimesele ja kogu see ring, et ... --- kahtlen selles, muidugi plaane peab tegema ja selles mõttes, et see on vajalik, iseasi on selle rakendumine ja juurdelisanduv raha hulk (R10).*

R: *Praegu ongi mingi seisak teenuste edasiarendamisel, kuna raha ei ole. --- teenuste eest ei peaks maksma ainult kohalik omavalitsus, kõiki ülesandeid ei ole võimalik talle --- suruda, loomulikult peaks olema Haigekassa poolt tuge. Kõik asjad ei ole ainult sotsiaalsed, sotsiaalne võib olla ka Haigekassa poolt rahastatav (R10).*

3.6. Põhikategooria VI : Informeerimine

Käesolevas põhikategoorias analüüsitakse info kättesaadavuse aspekte ja informatsiooni saamise teid.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria VI 1: Info jagamine

Alakategooria VI 2: Info vahetamine

3.6.1. Alakategooria VI 1: Info jagamine

Selles alakategoorias kirjeldatakse arvamusi info jagamise kohta eakatele, mis puudutab erinevaid teenuseid. Selgus, et infot eakatele suunatud teenustest saadakse põhiliselt kohaliku ajalehe, kohaliku omavalitsuse kodulehekülje, interneti, perarstide ja sotsiaaltöötajate kaudu. Suur roll on ka teistelt inimestelt info saamisel. Kuigi info levitamist peetakse oluliseks ja informatsiooni jagatakse, on probleemiks sageli info jõudmine õige sihtgrupini.

Koostöö info jagamisel

Enamike respondentide arvates on informatsiooni jagamiseks erinevaid võimalusi, eelkõige sotsiaalnõustamine, aga ka perearstide kaudu levib info. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Muidugi kliendid ise --- vallamajja, nagu see ka õige oleks. Seal on selle info algallikas, sest nagu ma olen märganud, et vallamajas on igale poole seinale riputatud kõik. Iseasi on, kui palju inimene sinna pääseb. Ja suuremates valdades on niisugused vastuvõtupäevad, näiteks --- valla sotsiaalnõuniku peakontor on ---, teatud vastuvõtupäevad on -- ja erinevates punktides. Et nad ise nagu teevad selle info liikumise kättesaadavaks, aga et teda (infot) küll oleks, kindlasti mitte. Muidugi perearst ka (R1).

R: Linnainimesed saavad info kiiresti kätte --- Aga üle maakonna igas piirkonnas on vanuritele pensionäride ühendused ja külaliikumised, mis on hakanud nüüd tugevalt tegutsema --- aktiivseid vanureid on päris palju ja teevad nad igasuguseid taidlusringe ja vestlusringe ja näiteringe... Seal on läbi sotsiaaltöötaja võimalik --- infot neile ja ka voldikmaterjale. Selle infoga on nii, et kui inimene seda tahab, siis ta ka saab seda kätte. Meil on ka maavalitsuse koduleheküljel --- nii sotsiaaltöö kui ka tervishoiu puhul --- saab veel omakorda infot kätte (R2).

R: Selle info jagajaks on maavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakond, kes peab sidet omavalitsuste sotsiaaltöötajatega, --- kes peab sidet siis vanurite ja puuetega inimeste organisatsioonidega (R5).

R: Pensionäride ühendus organiseerib üritusi ja tema saadab läbi omavalitsuste selle info laiali. --- oma juhatus, kes on aktiivsemad pensionärid omavalitsustes ja nende kaudu läheb info (R12).

R: Võimalus saada sotsiaalnõustamist piirkonna sotsiaalkonsultandilt või hoolekande peaspetsialistilt. Maavaldades nõustavad perearstid ja valdade sotsiaalnõunikud (R14).

Info ajakirjanduses ja internetis

Intervjueeritavad toovad ära info leviku ka läbi ajakirjanduse, kohalike omavalitsuste kodulehekülgede ja interneti kaudu. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: Omavalitsused saavad anda infot, seda ajalehtedes ---, --- ei teha praegu, mingisugust infovoldikut, kuna --- ta on väga kallis ja iga aasta muutub (R4).

R: Ilmselt nagu iga info kohta ei saa ta olemasolu olla kunagi piisav, sest info ju muutub. Maa omavalitsustel on olemas vallalehed --- seal on sotsiaalnõunik mingite uute asjade kohta --- mitte päris igal korral ja pigem aasta alguses, kui mingid eelarve muudatused tulevad ja midagi,

kas uus kord kinnitatakse või muutub midagi kogu riigi seadusandluses. Valla leht on selles mõttes vajalik allikas (R1).

R: --- meil on olemas ajaleht ---, mis tuleb tasuta kõigile koju. Ja peale selle on peaaegu kõigil linnaosadel oma ajaleht veel olemas. Ja seda informatsiooni nad usaldavad (R7).

R: Eestlased muidugi saavad lugeda lehti, iga kuu on "Elukaar" ja --- kõik, mis vähegi tuleb, kõik läheb päevakeskustesse. --- meil ei käi, aga ise nad tellivad (R12).

R: Enamustel on vallalehed, tasuta, pannakse postkasti. Täiesti erinev on see omavalitsuseti. --- nendes on --- eelseisev info, et kes tuleb, mis üritus on, kuidas on transport, samas on kirjas teinekord mingitest seadustest (R9).

R: Ongi meil suund läinud selle poole, et teatud grupp käib koos --- enamalt jaolt kui mingi dokument või mõttekäik või suund välja mõeldakse maakonnas, siis seda ka kajastatakse kodulehel. Iseasi on jah, kui palju inimesed saavad seda infot kätte. Aga see kättesaadavus on aasta-aastalt ikkagi kasvanud. Sest ütleme need eakad, kellel puudub see võimalus, on väga paljudel perekonnad, kes saavad selle info kätte ja edastavad neile (R2).

R: Meil on praegu jälle käima lükatud --- maakonna kodulehekülg, seal on meeletu infopagas, kellel vähegi võimalus on... (R11).

R: Samas meil on olemas kohalik raadio, siis seal on saated, kus käivad esinemas omavalitsuste töötajad, kas siis valla- või linnapead, sotsiaaltöötajad või ... (R11).

Eakate informeerimine

Selgus, et on maakondi, kus väga aktiivselt tegeldakse terviseedendamisega ja eakate informeerimisega:

R: Meil on eakatele tervise poole pealt hakatud tervise edendamisega kõvasti tegelema -- - igasuguseid terviseprojekte maakonda toob --- näiteks eelmine aasta oli "turvaline kodupaik" see, kus õpetati vigastuste ennetamist eakatele --- kuidas teibid panna vaiba alla, et inimene ei libastuks. Need olid päris huvitavad --- loengud --- kaasaarvatud siis lõpus võimlemisprogrammi läbitegemine ja dieettoidud ja kõik selle kolesterooliga... (R2).

3.6.2. Alakategooria VI 2: Info vahetamine

Selle alakategooria all analüüsitakse ekspertide poolt nimetatud erinevaid infovahetamise võimalusi.

Inimesed ise

Ekspertide hinnangutest selgus, et suur roll on teistelt inimestelt info saamine ja sellist info levikut peetakse oluliseks. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: *Peamiselt telefoni teel (infovahetus), mõnikord ka isiklike kontaktide kaudu, ühised seminarid, õppepäevad, teabe edastamise kaudu. Spetsiaalse taotluse korral on võimalik saada väljavõtteid ja hinnanguid (R14).*

R: *Mõni aeg tagasi, kui meil olid ajalehtede kandjateks postiljonid külavahel, peab tunnistama, et ka nemad olid sellise info kandjateks ja oli näiteid, kus see postiljon oli poole kohaga nagu sotsiaaltootaja. Kui ta niikuinii seal küla vahel käis, siis ta ka viis leiva või tõi rohud (R1).*

R: *Muidugi ta (info) liigub nende kogunemiskohtades, mis on kauplused, võibolla ka teatud määral bussijaamad ja inimesed ise (R1).*

R: *Päevakeskuste kaudu levib info mis on olemas, siis on veel info olemas igasuguste pensionäride ühenduste --- kaudu. --- nende kaudu veel kõige rohkem (R4).*

R: *Kindlasti nende külaseltside ja kooskäimiste --- kaudu. --- kuidas näiteks toimub toetuste maksmine, kellele neid makstakse, millised on teenused, kuidas selle eest tuleb tasuda ... (R11).*

R: *--- õpetust või nõustamist on mõnel korral olnud --- päevakeskuste juhatajad on kokku võtnud inimesi ja koolitanud --- aga --- seda on liiga vähe olnud veel, et see ei ole jõudnud kõikideni, kes seda rasket tööd teevad (R10).*

Perearstid selgitavad

Respondentide vastustest saab välja tuua, et infolevik jätab soovida. Rohkem oleks vaja inimesi, kes selgitaks ja informatsiooni jagaks. Sellised seisukohad väljenduvad järgmistes tsitaatides:

R: *Perearstidel peaks olema nimistud väiksemad, et nemad suudaksid haarata oma inimesi, et nad saaksid teha neile aktiivseid visiite, ---, et haigus ei läheks käest ära. See eeldab seda, et perearstil peaks olema rohkem tegeleda aega, mitte, et tema oleks see tulekahjukustutaja, et kui inimene on sügavalt haigeks jäänud ja siis tuleb tema juurde, et alles siis saab tema midagi ette võtta. --- et anda inimestele rohkem seda haritust tema haigusest, aga mitte ainult ravida neid (R4).*

R: *Palju muidugi me näeme ka seda selgitustööd, märksa rohkem oleks võibolla vaja neid inimesi, kes eakate inimeste probleemidega tegeleb, et kui eakas inimene tunneb turvatunnet, et*

kui minuga midagi juhtub, et ma tean, et mul on abi lähedal saada, et on olemas need oskajad inimesed ja ta ei peaks väga muretsema (R3).

Infopuudus

Intervjueeritavate vastustest selgus, et sageli on tegemist info puudusega ja probleemiks peetakse ka info mittejõudmist õige sihtgrupini. Seda saab välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Aga ühelt poolt informatsiooni puudus, peale selle noh inimesele omaselt selekteeritakse, võetakse välja seda, mida tahetakse teada. Ja vanur üldse kuuleb seda, mida ta tahab (R7).

R: Peale selle on meil ju nii televiisoris ka Linnatund olemas Kanal 2-s, Kukes on kogu aeg olnud, nii et selles mõttes, et päris öelda, et meil infosulg on. Aga ikka ja alati on informatsiooninappus (R7).

3.7. Põhikategooria VII : Arendustegevus ja planeerimine

Käesolevas põhikategoorias on analüüsitud ekspertide mõtteid, mis seonduvad uute teenuste arendamisega, eakate aktiveerimise võimaluste ja arengukavade koostamisega.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria VII 1: Uute teenuste arendamine

Alakategooria VII 2: Arengukavad

3.7.1 Alakategooria VII 1: Uute teenuste arendamine

Selles alakategoorias kirjeldavad eksperdid mitmeid teenuseid, mis vajaksid loomist või olemasolevate teenuste edasi arendamist. Sarnasusena saab selle alakategooria all välja tuua dementsetele eraldi teenuste ja koduõendusteenuste arendamist, samuti erinevate mitmekesisiste teenuste alustamise vajadust. Selleks, et inimesed saaksid neile vajalikku teenust, on kõik eksperdid välja toonud igakülgse seisundi (geriaatrilise) hindamise alustamise olulisust enne inimeste teenustele suunamist. Olulisel kohal on

intervjueeritavate arvates ka eakate võimalikult kaua aktiivsena hoidmise erinevad võimalused, et lükata edasi inimeste teenustele sattumise vajadust. Kõikidest vastanutest on näha huvi uute teenuste arendamise suhtes.

Dementsetele eraldi hooldus

Antud probleemi puhul on tegemist murega, mida mainivad enamik vastanutest. Dementsetele tuleks luua eraldi ööpäevaringset hooldust pakkuvad asutused, aga olulisel kohal on dementsetele mõeldud päevakeskuste arendamine. Üksikutes kohtades on alustatud dementsetele eraldi teenuste pakkumist. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Dementsete eakate ööpäevaringset hooldust, mis on väga hädavajalik, aga ka niisugust päevakeskuse teenust eakatele, just nimelt vaimust vaestele inimestele --- paljud pered ei ole küll nõus oma vanaemast või vanaisast loobuma hooldekodusse andmiseks, aga tööl on tarvis käia ja päevast aega aitab keegi sisustada. See on küll väga vajalik teenus (R1).*

R: *Kõigepealt niinimetatud dementsete päevakeskus – seal peavad olema kliendil endal kaasas hügieenivahendid, näiteks mähkmed paljudel, ja ta maksab toiduraha. Ja --- kui ta läheb sinna lamavate dementsete või muidu juba nii dementsed kliendid, keda ei saa enam kodus pidada, niinimetatud statsionaari, siis seal ta peab, linn maksab osa, aga seal ta annab ära 85 protsenti oma pensionist (klient). --- paljudel juhtudel, kui seda klienti pole võimalik kodus pidada, vaatamata, et tal lapsed on, --- ikka sinna saab ka lastega patsient teenusele (R8).*

Koduõendus

Selles alakategoorias väljendub ekspertide arusaam koduõendusteenuse olulisuse kohta. Välja tuuakse ka tõsiasi, et uus teenus on käivitunud linnades ja suuremates omavalitsustes, aga väiksemad omavalitsused ning äärealad on antud teenustega hõlmamata:

R: *See on hea, --- eriti mis on õendus-põetuse pool. --- on jälle samm edasi ja see on väga inimlik ja vajalik (R3).*

R: *Eelkõige --- koduõendus, --- see aitaks kõvasti kaasa. Kui perearst määrab mingi ravi, mida kodus saab teha, siis ei peaks teda ju haiglasse viima. Ja avahooldusteenused aitavad ka muidugi (R6).*

R: *Võiks olla rohkem seda õenduse-teenust kodus, --- need vanad inimesed, insuldihaiged, halvatud, need vajaksid nende abi ---. Muidu on ikka nii, et keegi pereliikmetest süstib*

ise, kes ei ole asjatundja või lamatised tekivad, et peaks ikka olema meedik, kes käib ja vaatab üle. Ma usun, et võiks küll olla selline teenus (R12).

R: Niisugust teenust nagu --- koduõendus sisuliselt on, seda ei ole mitte kõikides omavalitsustes. --- suurimas omavalitsuses niisugune koduteenus on juba õige mitu aastat, aga -- - nüüd ka väiksematesse omavalitsustesse (R5).

Hooldusteenuste arendamine

Selles alakategoorias nimetavad intervjuueeritavad eelkõige teenuste mitmekesisuse ja kättesaadavuse vajadust. Osad eksperdid toovad sisse ka omavalitsuste poolse võimaliku toetuse nt ka haiglaravi (hooldusravi) korral. See väljendub järgmistes tsitaatides:

R: --- nimelt teenused oleksid võimalikult palju mitmekesisemad ja kättesaadavad, siis ta (klient) ei satuks nii kergesti haiglasse. --- kui nii ka juhtub, et nimelt on püütud võimalikult kaua ja ise toime tulla --- (R3).

R: Võtmeküsimus ongi koduhoolduse arendamine, --- kohandada maakodusid eakate jaoks sobivamaks, teha ümberkorraldusi perekonna igapäevaelus, kuid see on väga kallis ja perekonna korraldada ja teha. --- Pakutavaid teenuseid rohkem ... (R13).

R: Hea asi --- avahoolduse arendamise programm eelmisel aastal. Rahasummad, mida projektidega saime, olid küll väikesed, aga see aitas palju kaasa. --- saadi osta jalgrattaid ja vererõhuaparaate koduhooldajate jaoks. Teise päevakeskusesse pesumasin ja nüüd on ka videovaatamise võimalus seal (R13).

R: --- näiteks mitme perearsti peale tekiks keskuse juurde lisaks kabinetiõele ka sotsiaalhoolekanne ja koduõde, et nad kõik tunneks neid inimesi ja teaks probleeme ja ... (R9).

R: --- seesama saunateenus või niisugused elementaarsed asjad, mida ka maal oleks vaja --- see ei ole inimväärne, võrdne linnakliendi jaoks ja maakliendi jaoks. Et pigem seda maaregiooni kuidagi järgi aidata, sest mida rohkem aeg edasi, seda ebavõrdsemaks see olukord muutub, igasugune transport kallineb. --- on teenuseid küll, aga kui sinna --- ei saa. ---, et inimene saaks jätkuvalt oma kodus elada ja --- elementaarseid teenuseid, mida me vajame kõik hommikust õhtuni, kuhu kuulub seesama toit, miks mitte ka soe toit, kuulub pesemine (pesu), juuksur võibolla, pediküür, maniküür, sinna juurde saun ---. Sest täis kõht ja peavari on ju kõige minimaalsem, me jääme juba sellega hätta, et see ei ole võrdselt kättesaadav (R1).

R: Aga tõenäoliselt on vajadus selle (hooldusravivõrgu arengukava) järele tingitud olukorrast, kus praegu pärast aktiivravi inimene tuleb tagasi koju, ta saab veel uue tuisistuse sellest, et ta ei oska uutes oludes olla, ta ei ole selleks ette valmistatud ei psüühiliselt ega ka kohandatud korteri või kogu tema perekonnaliikmed, kõik on šokis. Ja see toob kaasa suuremaid kulutusi, kui keegi oleks osanud aimatagi. Et niisugust pehmet maandumist oleks vaja (R1).

Aktiveerimine

Eksperdid toovad ühe võimalusena olukorra lahendamiseks ära eakate aktiivsena püsimisele igakülgse kaasaaitamise. See arvamus väljendub järgmistes tsitaatides:

R: *Eakatele on tähtsam selline teenuste olemasolu ja teenuste osutamine, nende aktiveerimine, kui valimisvõitluses lubatud 500 krooni. --- tegelemine nendega on tähtsam kui raha (R5).*

R: *Kui sai pensioniaeg täis, --- siis nad löödi minema. --- ühelt poolt on see väga julm, aga teiselt poolt oleks ka lastega peredel --- vaja töökohta jne. Aga näiteks teevad juristid meil --- nemad käivad andmas abi, juriidilist nõustamist --- vald maksab talle sümboolset töötasu, aga samas ta on ergas, ta hoiab ennast selle valdkonnaga kursis ja abivajaja, meie saame abi. --- kui on selliseid töid, siis ---. Nagu lasteaiakasvatajad või õpetajad annavad koduõpet, väga palju on lehes kuulutusi ja soovitakse lastele koduõpet või siis laste hoidmist ... (R10).*

R: *Igasugune eakate aktiveerimine ja erinevatesse tegevustesse kaasamine on väga oluline, kuna see aitab eakatel püsida tervemate ja elurõõmsamatena. Aktiviseerida eakaid huviringide, loengute, terviseprojektide kaudu. Koostatud on mitmeid eakate projekte, mida on ka rahastatud (R14).*

R: *Kes ei tule endaga enam toime lihtsalt oma vanuse tõttu ja selle tõttu, et lapsed on kaugel --- siin peaks olema --- koduhooldussüsteem. --- kui meil on näiteks niisugune kasupere või hoolduspere lastele, Soomes on vanakestele. --- ka see, üks võimalus, kus inimene saaks oma kodus edasi elada, kui tema juurde tuleb hooldaja elama või läheb tema hooldaja juurde elama (R5).*

R: *65 aastased ---, nad pole üldse kõlbmatud edasi töötama. --- mingil määral jääb elu nende jaoks nagu seisma. Muidugi leidub inimesi, kes lepivad sellega, et 65 ja ma lähen ära pensionile. --- Ja probleemiks on see, et meestele veel tööd on, aga naistele ei ole midagi pakkuda. Ja need töökohad, --- igaüks ei taha teha, näiteks koristaja. --- kui on inimesel tervist ja tahtmist, --- kas peab see vanusepiir olema nii range (R11).*

Üks uuritavatest rõhutab aspekti, et eakad ise peaksid olema palju aktiivsemad oma vajaduste eest seistes:

R: *Eakad peaks ise ka olema natuke ühiskondlikult aktiivsemad, survegrupina lausa mõjutama sotsiaalpoliitikat, kindlustama oma toimetulekut, et pension suuremaks saada. Ega nad ise rohkem midagi teha ei saagi (R12).*

Geriaatriline hindamine

Sarnasusena saab selles alakategoorias välja tuua, et respondentide arvates on interdistsiplinaarne koostöö käiku läinud rehabilitatsioonikavade tegemisel. Kõik uuringus osalejad kinnitasid seisundi igakülgse geriaatrilise hindamise vajadust hooldust vajavate inimeste edasise ravi/hoolduse planeerimisel. Sellise teenuse osutamisest mujal maailmas oldi teadlikud, samuti tõi mõni vastaja välja edasiste hoolduskulude võimalikku kokkuhoidu. Need arvamused väljenduvad järgmistes tsitaatides:

R: *Eks see (geriaatriline seisundi hindamine) ole ka paras raha kokkuhoiu allikas, kui me täpselt teame, mida me osutame. --- me osutame kõikidele võrdseid teenuseid, siis võib see pisut kallimaks minna kui tegelikult vaja oleks. Nüüd on selle tasakaalu leidmine, et ka see on teenus, see geriaatriline hindamine. Kui kalliks see kujuneb, mida see endas sisaldab, millised spetsialistid osutavad. Ma muidugi eeldan väga optimistlikult, et see peaks meile teatava efekti andma, et iga inimene on niivõrd konkreetne oma haigustes, eluloos, perekonnas, et ta vajab ikka konkreetset lähenemist (R1).*

R: *Kindlasti peaks, sest tal oleks rohkem kogemusi öelda, kas see inimene tunneb ennast paremini kodus või kuskil mujal... (R9).*

R: *Seoses hooldusravi arengukavaga peaks tulema --- maakonda multidistsiplinaarne hindamismeeskond, kes suunab eaka inimese õigele teenusele (R14).*

R: *Plaan oli niimoodi, et on akuuthaigla, siis on see geriaatriline komisjon, kes otsustab, kuhu siis pärast akuutravi haige edasi läheb ---. Vabariigi arvestuses tuli plaani järgi see arv natukene absurdne, siis tuli see neli kohta tuhande inimese kohta, --- peaks siis olema 120 kohta. --- seda numbrit arvutada on --- raske, niikaua kui ei ole, ei ole ju erilist koostööd nagu sotsiaalliga. Kui kaugemale tuleb sotsiaaltöök kaasa --- (R9).*

3.7.2. Alakategooria VII 2: Arengukavad

Enamik intervjuueeritavaid arwab, et arengukavad on hetkel mitmetes maakondades tegemisel või ka äsja valminud. Siiski ei olda nendes sisalduvaga hästi kursis, samuti kardetakse, et eakad inimesed lükatakse nendes kavades siiski kõrvale. On ka vastajaid, kes on arengukavadega kursis ja nendega rahul ning näevad just eakate hoolekandes olulisi arenguvõimalusi.

Tähelepanu rahvastiku vananemisele

Respondendid toovad välja, et probleemidega, mis seoses rahvastikuvananemisega esile kerkivad, tuleb kohe hakata tegelema. Näiteks arendada avahooldusteenuseid. Samuti nimetatakse seoses tulumaksu mittelaekumisega teenuste ülalpidamise probleeme. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: *Probleemiks tööelise elanikkonna vähenemine, raviteenuste kulude kasv seoses suurema eakate arvuga elanikkonnas. Vajalik tugevdada toetavate avahooldusteenuste osutamist, et eakas saaks omal jõul omas kodus hakkama ja ei vajaks nii palju kallist arstiabi ja institutsionaalseid hooldusteenuseid (R14).*

R: *Me ei ole seda (rahvastiku kiiret vananemist) piisavalt tähtsustanud, seadnud prioriteediks ja need tänased otsustajad --- nad ei ole märganud seda ja nad tegelevad praegu teiste teemadega ja näib, et sellega on veel aega ja see nagu ootaks, võibolla see ei puuduta neid isiklikult ---. Probleem on olemas, vanainimesed on nii kannatlikud nende teenuste tellimisel ja võibolla peale käimisel ---. Me püüame sellest valmisolekust rääkida, et ühiskond vananeb, et see on kohe-kohe tulemas, et tegelikult tuleks ikkagi öelda, et see on juba käes. Et me hakkame juba hiljaks jääma ja me peaksime tähtsuse järjekorra sättimisel mitte enam edasi lükkama (R1).*

R: *--- mina ei ütle, et raha, ma ütlen, see teadvuse poole kaasa tulek ---. Ja esmalt kui see jõuab teadvusesse ja hakkab süsteem arenema ja laienema, siis ta jõuab meile, kõik jõuab! Aga praegusel juhul, loomulikult me räägime juba meeskondadest ja rahast ja õpetusest ja nii. Aga nii äkitsi lihtsalt ei ole kõike seda võimalik. Ja geriaatria pool,--- hinnangu pool, see on heaolumaailmas loomulik osa. Aga meil ei ole olnud nii ... Nii et see on lihtsalt ajafaktori küsimus ma arvan, mis takistab. Ja kindlasti see ületatakse, mingil ajal kindlasti (R8).*

R: *Probleemsed valdkonnad on ---, kuidas inimene endaga kodus toime tuleb. Kui neid inimesi tuleb järjest rohkem ja kui kaasnevad ka tervislikud probleemid, mis vajavad sagedasemat arsti järelevalvet --- aga kust need töötajaid võtta ja teisest küljest, milliseks kujuneb siis arsti koormus, --- kellele see valdkond üle anda, nende inimeste probleemidega tegelemine, nii meditsiini poole pealt või see ei olekski meditsiini asi, kui ta saaks rohkem teenuseid, aga kes siis seda pakub ja kust vald selle raha võtaks. Et tegelikult on need väga rasked probleemid (R10).*

Koostöövõrgustike väljaarendamine

Selles alakategoorias selgub ekspertide hinnangutest, et koostöövõrgustike väljaarendamine oleks suureks ressursiks:

R: --- väga kahju, et seal kaotati ära taastusravi, see oli väga oluline, samuti nagu meil ei ole geriaatriat ja meil ei ole rehabilitatsioonikeskust. --- ilmselt tulevad need nüüd vaagimisele, -- on võimalik kirjutada arengukavasse või mitte (R10).

R: Koostöövõrgustiku välja arendamine. Tervishoid pluss hoolekanne pluss omavalitsused (R14).

R: --- prioriteet, et ennekõike ikkagi inimene saaks niikaua kui vähegi võimalik elada omas kodus. Esiteks inimene soovib seda, see on talle kõige parem ja teiseks on see linnale ka tunduvalt odavam (R7).

R: Kui nüüd vaadata seda arengukava, kus me planeerisime kõik need teenused ja koolitused ja koostöövõrgustiku laiendamise, siis mingil määral on püütud seda järgida, ja just -- omavalitsuse tasandil (R11).

3.8. Põhikategooria VIII : Koolitamine

Antud põhikategooria alla on koondatud spetsialistide arvamused professionaalide ja nende meeskonnatöö aga ka abivajajate hooldajate koolitusvajaduse kohta.

Selle põhikategooria moodustavad järgmised alakategooriad:

Alakategooria VIII 1: Abistajate ettevalmistamine

Alakategooria VIII 2: Meeskonnatöö koolitus

3.8.1. Alakategooria VIII 1: Abistajate ettevalmistamine

Selle alakategooria all peegeldub intervjueeritavate tsitaatides mure kvalifitseeritud sotsiaaltöötajate vähesuse ja hooldajate ning teiste abistajate koolituste ja nõustamiste võimaluste pärast.

Kvalifitseeritud sotsiaaltöötajad

Spetsiaalse ettevalmistuseta sotsiaaltöötajate olemasolu on üheks probleemiks:

R: *Neid (sotsiaaltöötajaid) peaks tunduvat rohkem olema ja tunduvat haritumaid. --- nad peaksid saama ikka spetsiaalse ettevalmistuse, mitte seda, et mul on seesmine tahtmine teha sotsiaaltööd ja ma hakkan tegema seda (R4).*

Hooldajate ja abistajate koolitused

Erinevatest intervjuuprotokollidest tuleb välja spetsialistide mure, et rohkem peaks olema hooldajatele hoolduse ja abivahendite kasutamise alaseid koolitusi:

R: *Minu arvates peaks olema normaalne, et isiklikud hooldajad, kes on määratud --- saaksid aeg-ajalt ka mingisugust regulaarset teavet või --- mingisugust koolitust, kasvõi hooldamisse puutuvate abivahendite kohta - millised need on ja kuidas neid hooldada ---, et nad kiiresti ei kuluks, kasvõi need abivahendid ise. Ja inimesed lihtsalt ei tea, kuidas iseennast hoida, et selg ei väsiks vms (R1).*

R: *--- on võetud hooldustöötajad, vabatahtlikud sinna palgale, aga neil ei ole oskusi, kogemusi ja praktikabaasi. --- tahame teha koolitust nimelt neile, --- nad tulevad sinna kohale, see toimub terve päev ja nad saavad kõik ise järele proovida, neile räägitakse, seletatakse, nad näevad seda kõike. --- sellest ei piisa, kui me kutsume nad siia saali ja räägime. Inimene vajab ise just seda läbitegemist (R11).*

R: *Puuetega Inimeste Koda on võtnud selle eesmärgiks, et hakata hooldust õpetama piirkonniti, et omavalitsustes käima ja seal hakkavad --- grupid koos käima, kes on kellegi hooldajad ja kui siis need inimesed soovivad ja on võimelised ka üritusest osa võtma, keda hooldatakse, siis ka nemad ---. Seal õpetatakse abivahendeid kasutama ja millised on seadusandlikud punktid, ütleme siis rahalised toetused, et kuidas need võimalused on, millised on omavalitsuse poolsed toetused ja võimalused nende elu lihtsustamiseks (R2).*

R: *Haiglas toimub abivahendite alane nõustamine (R14).*

R: *--- see tugi on ---, kui silmas pidada neid koolitusi, mis tehakse EGGA-s (R8).*

R: *Põhimõtteliselt nad saaksid nõustamist, see võimalus on olemas, aga palju kasutatakse, --- kes on puudeastmega, saavad --- toetust ---. --- saime need raamatud, hoolduse käsiraamatud, ---, et inimesed saaksid võtta, kellel vajadust on (R6).*

Samuti on probleemiks ka tööjõupuudus, eriti maapiirkondades:

R: *Probleemiks on eelkõige inimressurss. Maakohtades pole usaldusväärseid inimesi, sellele tööle sobivaid spetsialiste koduhoolduse tööks. Samas pole ka näiteks kõrgharidusega õdesid maapiirkondades (R13).*

R: *Koduhooldus peaks eelkõige rohkem arenema. --- koju ei peaks käima mitu inimest, näiteks õde ja sotsiaalhooldaja, vaid üks inimene. Koduhooldustöötajatele tuleks pakkuda*

koolitusi, et ta suudaks seal kodus väiksemad asjad ära teha. Näiteks vererõhku mõõta või mõne väikese sidumise ära teha. Maakonnas pole otstarbekas mitut inimest ühte taluperre käima panna (R13).

3.8.2. Alakategooria VIII 2: Meeskonnatöö koolitus

Selle alakategooria all kirjeldavad intervjueeritavad meeskonnatöö koolituste olulisust ning annavad hinnangut nende piisavuse kohta.

Sotsiaaltöötajate ja perearstide koolitamine

Sotsiaaltöötajate ja perearstide kokkuviiamise ja koos koolitamise vajadus tuleb esile mitmetest intervjuuprotokollidest. Seda võib välja lugeda järgmistest tsitaatidest:

R: Koolituste kaudu, kus me tahaksime neid tegelikult kokku tuua, ühelt poolt selle sotsiaal- ja teiselt poolt tervishoiutöötaja (meeskonnatöö paremaks arendamiseks)(R11).

R: Eks see koostöö tihendamine on nagu ikka läbi selgitustöö ja mõlemate poolte kokkuviiamise ---. Aga eks ta ole natukene võibolla seaduste ja kõige poole, sest tervishoid on ikkagi paljus viidud raha tasandile, see on omamoodi äriettevõtte, kus on kõik arvestatud raha peale, arvete peale, teenuste peale, sest hoolekanne ei saa öelda, kas on raha või ei ole raha, kui on inimene oma muredega, siis ei saa öelda. Vot see on tegelikult väärtushinnangute, hoiakute küsimus, kultuuri küsimus, et kas me liigume selles suunas (R3).

IV PEATÜKK: ARUTELU

Töö viimases osas arutletakse järgmistel teemadel: rahvastiku vananemine ja seoses sellega prioriteetide seadmine eakate hoolekandes, perekonna roll eakate hoolekande korraldamisel ja koostöö isikute ning asutuste vahel. Samuti peatutakse geriaatrilise abi ja finantseerimise teemadel. Käesoleva uurimistöö valim (17 eksperti) ei ole piisav selleks, et teha laiapõhjalisi üldistavaid järeldusi, samas püüab uurimistöö kaasa aidata koostöö vajalikkuse olemuse mõtestamisele ja teadvustamisele.

Prioriteetid eakate hoolekandes

Rahvaarv Eestis seisuga 1. jaanuaril 2004. aastal oli 1 356 045, neist üle 65-aasta vanuste osakaal kogurahvastikust oli 16% (statistikaameti ..., 2004) ning eakate osakaal kogu Eesti rahvaarvust kasvab jätkuvalt.

Viimastel aastatel on üha rohkem arutatud eakate hoolekande küsimuste üle. Selle vajalikkusele viitavad ka rahvastikuvananemise probleemid paljudes riikides (Rostgaard jt, 1998). Paratamatult kerkivad esile kõikvõimalikud hoolekannet puudutavad dialemmad, prioriteetidid ja probleemid.

Üheks mureks on perekonna roll eaka inimese hooldajana. Siin võivad tekkida vastuolud perekonna võimaluste ja ühiskonna ootuste vahel. Näiteks on ühiskonna poolt seaduses ette nähtud, et perekond on kohustatud hoolitsema oma abivajava liikme eest. Teisest vaatevinklist ei pruugi see osutada võimalikuks inimesest enesest mittesõltuvatel asjaoludel.

Teenuste kättesaadavus

Erinevad tervishoiu- ja hoolekandeteenused on Eesti eri piirkondades kättesaadavad, aga esineb ka probleeme. Näiteks perearstiabi kättesaadavust hinnati käesolevas uuringus üldiselt heaks, aga probleemidena toodi teenuse kättesaadavuse ja arstiabi efektiivsuse probleeme, kuna perearst näiteks ei valda eesti keelt. Uue teenusena -

koduõendusteenused on üle Eesti hoogsalt arenemas. Vastajad pidasid oluliseks abivahendite ja ravimite kättesaadavust ning loomulikuks peeti omavalitsuste osalemist selles.

Koduhooldusteenuseid pakutakse kõigis Eesti maakondades, kuid koduhooldusteenustega ei ole kaetud väiksemad vallad. Koduhooldusteenust saavad eelkõige üksikvanurid või need vanurid, kelle lapsed elavad kaugel. Ajutise hoolduse võimalused on olemas enamikes maakondades, mida pakutakse hooldusraviosakonna näol, sotsiaalkeskustes või mõnes muus maakonna hooldus- ja tervisekeskuste poolt pakutava teenusena. Ajutise hoolduse eest peab tasuma perekond, kuid pakutakse ka erinevaid hinnapakette, sõltuvalt abivajaduse suurusest. Võimalik on omavalitsuse poolne abi.

Transpordi teenus eksisteerib invataksode näol. Mõnel pool võimaldatakse inimestele ka transporti haiglasse ja arsti juurde. Probleemiks on teenuse kallidus nii kohalikele omavalitsustele kui ka inimestele endile.

Teenuste, eriti sotsiaalteenuste saamise vajaduse määrab vastava omavalitsuse sotsiaalkomisjon või selleks määratud töötaja. Ekspertide kirjeldustest selgub siiski, et teenusele suunamine toimub erinevates piirkondades ühtsete põhimõtete järgi. Mõnede teenuste määramise aluseks on see, et eakal inimesel ei ole lapsi (või täiskasvanud lapselapsi) või elavad lapsed kaugel. Teiste teenuste puhul (näiteks hooldekoduteenus) sõltub omaosaluse määr sellest, kas eakal on lapsi või lapselapsi.

Ülalpidamiskohustus lastel

Üldine hoiak on selles, et lapsed peaksid hoolitsema oma võimaluste piires vanemate eest, kuid arvamused omafinantseerimise suurusest erinesid kardinaalselt. Omaosalust peetakse üldiselt vajalikuks, et kliendid ei nõuaks mittevajalikke teenuseid. Probleemina tuuakse omaosaluse tasumisel seda, et omaosaluse rakendumine laieneb pidevalt ning määrad tõusevad nii, et eakatel võib tekkida raskusi ka väikese summa tasumisel. Sageli on ka kliendi lapsed töötud või toimetulekutoetuse taotlejad, sellisel juhul toimub tasumisel kombineeritud variandi leidmine (üks osa perekonnalt, teine omavalitsuselt). Enamikes regioonides vaadatakse kõik üksikjuhtumid eraldi läbi ja see sõltub

kokkuleppest. Kõik küsimused, mis sotsiaalvaldkonda laekuvad - avaldused toetuse saamiseks, mingite abivahendite toetused jne, otsustab sotsiaalkomisjon.

Koostöö eakate hoolekandes

Esimese magistritöö küsimusega otsisin vastust, milliste keskuste/isikute vahel koostööd tehakse? Selgus, et koostöö toimub mitmete spetsialistide vahel (nt kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja perearstiga aga ka haigla sotsiaaltöötajaga) ja seda tehakse peamiselt vajaduse märkamisel, abivahenditega varustamisel ja raviasutustesse või hooldekodusse suunamisel.

Teise küsimusega püüdsin leida vastust, milliseid partnereid peetakse koostöö tegemisel oluliseks? Selgus, et enamuse eakaid, kes ei tule oma eluga toime, saavad esmast abi pereliikmetelt või naabritelt, sõpradelt. On üksikuid ühendusi, kes pakuvad tuge eakatele, samuti üksikuid sotsiaaltöö üliõpilasi, kes soovivad sel alal tegutseda. Üldiselt pole Eestis vabatahtlik töö eakate hoolekandes veel hoogu sisse saanud. Järjest rohkem hakatakse mõtlema, et eakat hooldav perekond vajab toetust. Reaalseid abistamise võimalusi on siiski veel vähe. Makstakse ühekordseid toetusi, mõnel pool pakutakse ajutise hoolduse võimalust (omaosalusega maksmine), aga alustatud on ka koolitustega ja info jagamisega.

Kolmanda uurimistöö küsimusega otsisin vastust, milline on koostöö tegemise laad ja põhilised raskused? Selgus, et asutuste vaheline integratsioon on vastanute arvates kehv. Probleemiks peetakse seda, et juba ministeeriumi tasandil on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid eraldatud, mis tingib sellise suuna jätkumise ka maakondades ja omavalitsustes. Suuremates haiglates (ka hooldushaiglates) on sotsiaaltöötajad olemas. Probleemina toodi välja, et piisavalt neid siiski ei jätku. Samuti seda, et sotsiaaltöötajalt ei oodata mitte niivõrd erialast nõustamist, vaid kaasaaitamist eaka patsiendi kiireks väljasaamiseks haiglast.

Kõre (2003) kirjeldab, et tervishoiu ja hoolekande korraldus Eestis on üksteisest lahutatud nii finantsiliselt (rahastamine toimub eri skeemide ja allikate alusel) kui ka administratiivselt (hoolekanne on juhitud decentraliseeritud, tervishoid aga tsentraliseeritud korralduse alusel) ning erinevad on ka teenuste pakkumise mudelid.

Samuti on tervishoius teenuse pakkumise kriteeriumiks töötajate professionaalsus, hoolekandes aga käsitletakse professionaalsust mõnevõrra vabamalt.

Neljanda magistritöö küsimusega püüdsin leida vastust, millised on arvamused koostöö vajalikkusest? Kõik vastanud olid veendunud tervishoiu- ja hoolekandetöötajate koostöö vajalikkuses. Selle toimimist hinnati väga erinevalt, põhiliselt sooviti koostöö paranemist, kuid usuti, et kõik oluline saab ka praegu mingil moel tehtud.

Viienda küsimusega otsisin vastust, milliseid muudatusi peetakse vajalikuks? Selgus, et interdistsiplinaarne koostöö on käiku läinud rehabilitatsioonikavade tegemisel ning tulekul on geriaatriline hindamise teenus. Nimetatud teenuseid peeti üksmeelselt väga vajalikeks. Samas toodi välja, et puudub spetsialistidevaheline koostöövõrgustik ning kasutada ei ole ühiseid andmebaase.

Geriaatriline abi

Geriaatriline abi ei ole muust tervishoiu- ja hoolekandesüsteemist eraldiseisev struktuur. Geriaatriline abi mõte on leida lahendusi nendel juhtudel, kus eaka probleemid jäävad tavameditsiinis või hoolekandes lahendamata.

Enamus arenenud riike on 1990-ndate aastate alguses tõdenud vajadust areneda vastavalt sotsiaalsetele ning demograafilistele muutustele ning on asunud oma pikaajalist hooldussüsteemi ümber kujundama (Syrett jt, 1997; Lymbery, 1998; Hardiker jt, 1999). Üha suurenev eakate arvu tõus rahvastikus on ka Eestis tinginud vajaduse vanuripoliitika tõhustamiseks ja valitsuse tasandil meetmete rakendamiseks. Viimastel aastatel on hakatud suuremat tähelepanu pöörama konkreetsete arenguplaanide väljatöötamisele. Eesti vanuripoliitika alused, mis olid heaks kiidetud Eesti Vabariigi Valitsuse istungil 28. septembril 1999. aastal, on olnud ka sotsiaalministeeriumi edasise tegevuskava väljatöötamise alusdokumendiks. Samuti on välja töötatud Eesti Hooldusravivõrgu Arengukava aastaks 2015. Probleemiks aga on kujunenud vähene ja puudulik finantseerimine - tegevuskavad on küll välja töötatud, aga tegevust ei toimu või toimub väga aeglaselt (Oja, 2002). Ametnikud on küll kontseptsioonid ette valmistanud, aga poliitikud ei ole neid kinnitanud, sest see nõuab prioriteetsust programmides ja selleks on vajalik ka raha.

Kindlustusmaksetest finantseeritakse Eestis ainsana tervishoiuteenuseid, mis kindlustab tervishoiule prognoositavad ja püsivad rahalised vahendid. Muid teenuseid rahastatakse riigieelarvest, kusjuures vajaduse prognoosimine on keerukas ja vajaduste rahuldamine sõltub poliitilistest otsustest. Ajalooliselt on hoolekandeteenuste pakkumine olnud kohaliku kogukonna (omavalitsuse) vastutusalas, mitte riikliku sotsiaalpoliitika osa, mis muudab nende teenuste pakkumise keerukaks (Kõre, 2003).

Tulevikunägemus

Arendamist vajab vanuripoliitikaga tegelevate asutuste koostöö nii vertikaalsel kui horisontaalsel tasandil. Tuleb parandada koordineeritust ja koostööd erinevate institutsioonide ja sotsiaalsete partnerite vahel. Kuna hoolekande- ja tervishoiuasutuste parem koos funktsioneerimine aitab vähendada rahvastiku kiirest vananemisest tulenevaid probleeme, soodustab pikaajaliste projektide elluviimist ja paneb aluse tugevamale vanuripoliitikale.

Perekonnaliikmete roll eaka inimese eest hoolitsemisel tuleks üle vaadata, sest praegu on perekonnal seoses hooldamiskohustusega liiga suur koormus, sest institutsionaalne hooldus on väga kallid, aga muud avahooldusteenused on alles arenemas. Positiivseks saab lugeda, et teenuste eest tasumisel esineb ka kombineeritud variante.

Kokkuvõtteks võib öelda, et kuigi kiirest rahvastiku vananemisest tingitud muutused on juba alanud, on siiski erinevad sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenused alles arenemas ning küsitlused ekspordid pidasid veelgi vajalikeks reforme ja erinevate avahooldusteenuste arendamist. Tuleb jälgida seda, et perekonnale ei jääks liiga suur koormus seoses eaka pereliikme hooldamisega, vaid hooldamiskohustus oleks jagatud koostöös omavalitsuse ja perekonna vahel.

KOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärgiks oli selgitada välja ja kirjeldada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamisel tehtav koostöö, probleemid erinevate teenuste osutamisel ja edasised tuleviku perspektiivid vastava valdkonna arendamisel.

Eesmärgi saavutamiseks viidi läbi uurimus ajavahemikul 01. aprill – 30. aprill 2003. a, mis koosnes poolstruktureeritud intervjuude teostamisest ja analüüsimisest. Valimisse oli kaasatud 17 eksperti erinevatest maavalitsusest, lisaks eraldi Tallinna ja Tartu linnadest. Intervjuudest kogunenud andmeid analüüsiti lähtuvalt *cross – case* meetodist.

Olulisemad uurimistöö järeldused on järgmised:

- 1) Kõik vastanud olid veendunud tervishoiu- ja hoolekandetöötajate koostöö vajalikkuses, sooviti selle paranemist, kuid usuti, et kõik oluline saab ka praegu mingil moel tehtud.
- 2) Asutuste vaheline integratsioon on vastanute arvates kehv. Probleemi algeks peeti seda, et juba ministeeriumi tasandil on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid eraldatud, mis tingib sellise suuna jätkumise ka maakondades.
- 3) Suuremates haiglates on sotsiaaltöötajad olemas, kuid neid on siiski liiga vähe. Sotsiaaltöötajalt ei oodata mitte niivõrd erialast nõustamist, vaid kaasaaitamist eaka patsiendi kiireks väljasaamiseks haiglast.
- 4) Interdistsiplinaarseid teenuseid (rehabilitatsioonikavade tegemine, geriaatriline hindamine) peeti üksmeelselt väga vajalikeks. Toodi välja, et puudub spetsialistide vaheline koostöövõrgustik, ei ole ühiseid andmebaase, nende kasutamine ei ole reguleeritud.
- 5) Koostöö tõhustamiseks soovitati parandada tervishoiu ja hoolekandes töötavate spetsialistide ettevalmistamist, oodatakse eriarsti – geriaatri töölehakkamist ning maakondade hooldusravi ja hoolekande arengukavade valmimist.
- 6) Perekonna ja teiste mitteformaalse võrgustiku abistajate kaasamist eakate hooldamisse peeti tähtsaks, samas rõhutati nende igakülgse toetamise vajadust.

Kokkuvõtvalt saab välja tuua, et maakondade sotsiaalala juhid peavad vajalikuks tervishoiu- ja hoolekandevaldkonna koostöö olulist paranemist, ühiste andmebaaside ja hindamismeeskondade teket ning mitteformaalsete hooldajate toetamist.

Autoripoolsed soovitusel lähtuvalt uurimistööst selgunust ja autori enda kogemustest on järgmised:

- 1) Maakonna sotsiaalala juhtide otsene ja tihe koostöö maakonna suuremate tervishoiuasutustega läbi nõukogudesse kuulumise.
- 2) Eakate abivajadusest lähtuvalt tuleks regiooniti välja töötada ühised arengukavad, mis hõlmaksid hooldusravi ja hoolekande korraldamist maakonnas.
- 3) Ühised andmebaasid ja toimetulekuvõime mõõdikud oleksid hoolekande- ja tervishoiutöötajatele abiks patsiendi edasise teenustevajaduse otsustamisel.
- 4) Edukaid koostöömudeleid peaks tutvustama ja tunnustama tervishoiu- ja hoolekandetöötajate ühisüritustel.
- 5) Saavutada tuleks mõtteviisi muutus, mille järgi hooldusvajadust ei määrataks olemasolevate teenuste ja/või finantseerimisallika, vaid indiviidid hooldusvajaduse järgi.

Käesoleval uurimistööl on ka praktiline väljund. Saadud tulemuste järgi on teada eakatele teenuste pakkumisel tehtav koostöö ning omatakse ülevaadet teenuste arengust, kättesaadavusest, probleemidest ning prioriteetidest Eestis. See võimaldab perspektiivis teha majanduslikult õigemaid otsuseid eakate tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis, nii kohalikes omavalitsustes kui ka sotsiaalministeeriumis, sest arengusuundade väljatöötamiseks vajatakse eelkõige andmeid olemasoleva olukorra kohta.

Sarnase uurimuse võiks läbi viia veel tervishoiu- ja hoolekandetasutuste tasandil, selgitamaks välja teenuse otseste osutajate koostööprobleeme.

03.05.2004

KASUTATUD KIRJANDUS

- * **Allev, R.** (2000). Eakate avahoolduse arendamisest. *Sotsiaaltöö* nr 4, lk 9 - 12.

- * **Annus, T. & Aaviksoo, B.** (2002). Riigi, kohalike omavalitsuste, perekonna ja muude isikute kohustused põhiseaduslike õiguste tagamisel sotsiaalhoolekande valdkonnas.
[http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Oigussotsiaalhoolekandefinal/\\$file/Oigus%20sotsiaalhoolekan
dele%20final.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/Oigussotsiaalhoolekandefinal/$file/Oigus%20sotsiaalhoolekan
dele%20final.pdf) [27.02.04].

- * **Atwal, A. & Caldwell, K.** (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal Caring Science* No 16, 360 - 367.

- * **Bergmark, A., Parker, M.G. & Thorslund, M.** (2000). Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? *Journal of Medical Ethics* No 26, 312 – 319.

- * **Blackman, T.** (2000). Defining responsibility for care; approaches to the care of older people in six European countries. *International Journal of Social Welfare* No 9, 181 – 190.

- * **Blomberg, S., Edelbalk, P.G. & Petersson, J.** (2000). The withdrawal of the welfare state: elderly care in Sweden in the 1990s. *European Journal of Social Work* No 3, 151 – 163.

- * **Eesti ei ole elanikkonna vananemiseks valmis** (2001). Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond. Tartu, 8.

- * **Eesti rahva tervis 1991 - 2000** (2000). <http://www.arth.ut.ee/ERT2000/est/ptk5.htm#1> [17.03.04].

- * **Eesti vanuripoliitika alused:** heaks kiidetud Eesti Vabariigi valitsuse istungil 28. septembril 1999.a./ Eesti Vabariigi sotsiaalministeeriumi vanuripoliitika komisjon. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 8.

- * **Gibson, D.** (1996). Reforming aged care in Australia: Charge and consequence. *Journal of Social Policy* No 25, 157 – 181.

- * **Greenberg, J.** (1997). Behavior in organizations: understanding and managing the human side of work. New Jersey: Prentice Hall, 374 – 379.

- * **Hardiker, P. & Barker, M.** (1999). Early steps in implementing the new community care: the role of social work practice. *Health and Social Care in the Community* No 7, 417 – 426.

- * **Harris, J. & McDonald, C.** (2000). Post-Fordism, the welfare state and the personal social services: a comparison of Australian and Britain. *British Journal of Social Work* No 30, 51 – 70.

- * **Jakobson, G.** (1998). The politics of care for elderly people in Scandinavia. *European Journal of Social Work* No 1, 1288 – 1296.

- * **Jones, M.** (2000). Hope and despair at the front line: observations on integrity and change in the human services. *International Social Work* No 43, 365 – 380.

- * **Juškin, M.** (2003). Eetilised põhimõtted vanurite hooldamisel. Seminaritöö. Tartu Ülikool, 19.

- * **Katus, K.** (2000). Vananev rahvastik ühiskonna uuendajana. *Seminar “Elujõud”/Artiklite kogumik*. Tallinn: Eesti Akadeemiline Sotsiaalturva Ühing, 13 – 31.

- * **Keldrima, V.** (2003). Eakate hooldusvajaduse hindamine Tallinnas. Magistritöö. Tartu Ülikool, 78.

- * **Kiis, A.** (2001). Sotsiaaltöö eakatega. *Kogumik: Ametikasv ja professionaalsus sotsiaaltöös*, Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikool, 71 – 82.

- * **Kiisk, K.** (2001, sügis) materjalid loengust “Sissejuhatus geriaatriasse”, Tartu Ülikool.

- * **Koduhooldus Tallinnas** (2001). Avahoolduse arendusprojekt. Tallinn, 38.

- * **Kõre, J.** (2003). Tervishoiu- ja hoolekandeteenuste osa elanike toimetuleku tagamisel. *Sotsiaaltöö* nr 3, lk 10 – 11.

- * **Laas, K.** (1996). Kaasaaegsed sotsiaalteenused vanuritele. Projekti lõpparuanne. Tallinn: Eesti Vabariigi sotsiaalministeerium, 45.

- * **Lauristin, M.** (1997). Avaliku sektori arengu kriteeriumid. *Eesti tulevikusuundumused IV. Avalik sektor Eestis./ Kaevats, Ü.* Tallinn: Eesti Teadlaste Liit, 7.

- * **Lumbery, M.** (1998). Care management and professional autonomy: the impact of community care legislation on social work with older people. *British Journal of Social Work* No 28, 863 – 878.

- * **Malvet, M. & Mikkola, M.** (1998). Sotsiaalhoolekanne. Phare Legisactio OY: Helsingi, 141.

- * **McKenna, H., Keeny, S., Glenn, A. & Gordon, P.** (2000). Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing* No 9, 594 – 601.

- * **Nachimas, D. & Frankfort-Nachimas, C.** (1996). Research methods in the social sciences. London: St Martin's Press, 333 – 351.

- * **Nathanson, I.L. & Tirrito, T.T.** (1998). Gerontological Social Work. Theory Into Practice. New York: Springer Publishing Company, 158.

- * **Oja, K.** (2002). Eakate sotsiaalhoolekande kulutuste analüüs taasiseseisvunud Eestis. Bakalaureusetöö. Tartu Ülikool: Avaliku halduse ja sotsiaalpoliitika osakond, 57.

- * **Phillips, J. & Waterson, J.** (2002). Care management and social work: a case study of the role of social work in hospital discharge to residential or nursing home care. *European Journal of Social Work*, Vol. 5, No. 2, 171 – 186.

- * **Ring, P.** (1996). Networked organisation: a resource based perspective. Uppsala, 16 – 18.

- * **Rehkli, M.** (2000). Eakate sotsiaalsed tagatised. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond, Eesti Vabariigi sotsiaalministeeriumi vanuripoliitika komisjon. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 15 – 18, 23.

- * **Rostgaard, T. & Fridberg, T.** (1998). Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Copenhagen: The Danish National of Social research 98:20, 23 – 85.

- * **Saks, K.** (1998). Noorest saab vana. Avatud Eesti Fond, OÜ Tartumaa Trükikoda, 55.

- * **Saks, K.** (2000). Edukas või probleemne vananemine. *Seminar “Elujõud”/ Artiklite kogumik*. Tallinn: Eesti Akadeemiline Sotsiaalturva Ühing, 41 – 45.

- * **Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanson, K. & Schneider, G.** (2001). Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Avatud Eesti Fond. Tartu: Tartumaa Trükikoda, 115.

- * **Sinervo, T.** (2000). Work in Care for the Elderly. STAKES, Research report 109. Saarijärvi: Gummerus Printing, 202.

- * **Sipilä, J.** (1997). Social Care Services. The Key to the Scandinavian Welfare model. Avenbury: Aldershot, 198.

- * **Sooniste, I.** (2000). Omavalitsuste võimalustest eakate hoolekandekulude vähendamisel. *Seminar “Elujõud”/ Artiklite kogumik*. Tallinn: Eesti Akadeemiline Sotsiaalturva Ühing, 46 – 51.

- * **Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülg**, (2004). Pensionäride arv ja keskmine määratud pension, http://www.ensib.ee/frame_eelarve.html [26.03.04].

- * **Sotsiaalministeeriumi kodulehekül**, (2004 a). Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument, <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium6> [14.04.04].

- * **Sotsiaalministeeriumi kodulehekül**, (2004 b). Eesti hooldusravivõrgu arengukava aastaks 2015, <http://hooldusravi.tervishoiuprojekt.ee> [10.04.04].

- * **Sotsiaalministeeriumi kodulehekül**, (2004 c). Eesti haiglate arengukava aastani 2015, põhiseisukohtade kokkuvõte: 26. aprill 2000 / EV Sotsiaalministeerium, <http://www.sm.ee/est/pages/index.html> [24.04.04].

- * **Statistikaameti kodulehekül**, (2004). Rahvastikustatistika, <http://gatekeeper.stat.ee:800/px-web.2001/dialog/statfilere.asp> [12.04.04].

- * **Strauss, A. & Corbin, J.** (1990). Basics of Qualitative Research. London: Sage Publications, 269.

- * **Syrett, V., Jones, M. & Sercombe, N.** (1997). Implementing community care: the congruence of manager and practioner cultures. *Social Work and Social Sciences Review* No 7, 154 – 169.

- * **Tiit, E.-M. & Saks, K.** (2002). Tartu seenioriuuring 2002. Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon. Tartu Linnavalitsus, http://www.tartu.ee/?page_id=58&lang_id=1&menu_id=6&lotus_url=/uurimused.nsf/Web/teema_d/C6372FBF01167434C2256BD800416DC7 [24.04.04].

- * **Tilvis, R. & Valvanne, J.** (1996). Geriaatria. Medicina: Tallinn, 295 – 307.

- * **Tulva, T. (1998).** Eakate toimetulekust ehk “elu eesmärgiks on olla elusam” (Masing, U.). *Teaduselt praktikale: uurimusi ja arutlusi sotsiaaltöö teemadel*. Tallinna Pedagoogikaülikool, 182.

- * **Tulva, T. (1999).** Hoolekandeteenused ja nende vajadus. Kogumikus: Euroopa sotsiaalstandarditele vastava sotsiaalteenuste turu arendamine muutuvast ühiskonnas, Pühajärve, 31 – 36.
- * **Tulva, T. & Kiis, A. (2001).** Vananemine Eestis: eakate toimetulek ja teenuste vajadus. Tallinn: Eesti Vabariigi sotsiaalministeerium, Tallinna Pedagoogikaülikool, 63.
- * **U.S. Bureau of the Census (2003).** IDB Summary Demographic Data for Estonia. <http://www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbsum?cty=EN> [20.04.04].
- * **Vaesuse leevendamine Eestis: taust ja sihiseaded (1999).** Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium, ÜRO Arenguprogramm Eestis (UNDP). Tartu, 87.
- * **Viiralt, I. (2001).** Sotsiaaltöö uuenevatest suundadest tervishoius. *Kogumikus: Areneva ühiskonna väljakutsed.* Eesti Sotsiaaltöö II Kongress, Pärnu, 45 – 50.
- * **Väljataga, S. (1998).** Eakate toimetulekuprobleemidest tänases Eestis. *Kogumikus: Ühiskond igale eale/ Tulva, T.* Tallinn: Eesti Vabariigi sotsiaalministeeriumi vanuripoliitika komisjon, Tallinna Pedagoogikaülikool, 71 - 81.

Töös on viidatud järgmistele seadusandlikele aktidele:

- * **Eesti Vabariigi Põhiseadus.** Riigi Teataja (1992). Nr 26, art 349.
- * **Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus.** Riigi Teataja (1999). Nr 82, art 755.
- * **Perekonnaseadus.** Riigi Teataja (1994). Nr 75, art 1326.
- * **Ravikindlustuse seadus (1).** Riigi Teataja (1991). Nr 23, art 272.
- * **Ravikindlustuse seadus (2).** Riigi Teataja (2002). Nr 62, art 377.
- * **Sotsiaalhoolekande seadus.** Riigi Teataja (1995). Nr 21, art 323.
- * **Tervishoiuteenuste korraldamise seadus.** Riigi Teataja (2001). Nr 50, art 284.

LISAD



Euroopa 5. raamprojekt

Marginaliseerumise riskiga eakate eest hoolitsemine

Marginaliseerumine on olukord, kus üksikisikul või isikute rühmal ei ole võimalik osaleda ühiselus - kultuuris, poliitikas, sotsiaal- või majanduselus.

Eakate inimeste marginaliseerumine võib olla tingitud:

- 1) halvast tervisest;
- 2) eelarvamustest, vanuselisest diskrimineerimisest;
- 3) sotsiaalse suhtlemise vähesusest, isolatsioonist;
- 4) rahalistest raskustest;
- 5) psühholoogilistest probleemidest;
- 6) tervishoiu- ja hoolekandeteenuste vähesusest või mittetoimivusest.

Marginaliseerumise risk vanemas eas paratamatult suureneb, sest sagenevad haigused, vähenevad sotsiaalsed kontaktid ning sissetulekud. Ometi on võimalik nii inimesel endal kui ühiskonnal nende muutustega kohaneda, puudujääke kompenseerida ning jätkata osalemist ühiselus.

CARMA peamine eesmärk on välja töötada juhised, kuidas vältida eakate marginaliseerumist. Sihtrühmadeks, kellele juhtnöörid on suunatud, on poliitikud, sotsiaalelu juhid, sotsiaalteenuste pakkujad, eakate eneseabirühmad, eakate

mitteformaalsed hooldajad ja hoolekande- ning tervishoiutöötajaid koolitavad õppeasutused.

Projekti raames kirjeldatakse tervishoiu- ja hoolekandeteenuste vorme, rahastamist ja haldamist, mitteformaalse hoolduse tähtsust ning selle tunnustamist ja toetamist ühiskonna poolt, samuti teisi eakatele suunatud teenuseid seitsmes Euroopa riigis. Järgmises etapis analüüsitakse seda, kuidas erinevad kollektiivsed ja individuaalsed meetmed võivad marginaliseerumise protsessi vältida ning millised riskitegurid on suurema ohuga eakate marginaliseerumisele.

Projekti koordinaatoriks on Compass (Sotsiaaluuringute Instituut; Graz, Austria), partneriteks Katholieke Hoogeschool Kempen (Sotsiaaltöö kõrgkool, Geel, Belgia), Tartu Ülikooli Sisekliinik, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, University for Applied Sciences Wolfenbuettel (Sotsiaalteaduste Ülikool, Berliin, Saksamaa), CoSS Marche (Sotsiaalteenuseid pakkuv organisatsioon, Ancona, Itaalia), University of Bergen Section of Geriatric Medicine (Bergeni Ülikool, geriaatrilise meditsiini osakond, Bergen, Norra), Wissenschaftszentrum Berlin – Social Science Research Center (Sotsiaalteaduste uurimiskeskus, Berliin, Saksamaa), South and East Belfast Trust (Sotsiaalteenuseid pakkuv organisatsioon, Belfast, Suurbritannia).

Projekti kestvus on 2003 - 2005. aasta. Projekti koordinaatoriteks Eestis on:

Kai Saks TÜ sisekliiniku dotsent tel 07 318 627, e-post: kai.saks@kliinikum.ee

Annely Soots EGGA juhatuse aseesimees tel 07 441 340, e-post: annelysoots@hotmail.ee

Projekti raames väljatöötatud intervjuukava märksõnade kaupa

*** Tervishoiuteenused**

Milliseid teenuseid pakutakse; millistel eeldustel saadakse; ajaline piiratus; ootelehed; maksumus; erinevus lapsi omavatel eakatel; info piisavus; “uudisteenuste” esinemine; toe olemasolu kodus eakaid põetavatele peredele; probleemid vastavas valdkonnas; võimalikud lahendused.

*** Hoolekandeteenused**

Erinevad sotsiaalhoolekande ja avahooldusteenused; erinevate teenuste saamine; dementsetele eriteenused; päevakeskuste teenused jne; nn musta tööjõu kaudu hooldaja leidmine; teenuste maksumus, maksumus eaka või tema perekonna jaoks; omavalitsuste osalemine teenuste pakkumises; teenuste kättesaadavus lapsi omavatel ja mitteomavatel eakatel; teenuse saamise ooteajad; teenuste saamise ajaline piiratus; arvamus teenuste piisavusest; teadaolevad probleemid ja võimalikud lahendused.

*** Koostöö**

Mida on tehtud koostöö parandamiseks; infovahetuse toimumine; meeskonnatöö tegemine; koostöö efektiivsus ja vajalikkus; peamised takistused koostöö tegemiseks; erinevatest allikatest rahastamine; kliendi omaosaluse sõltuvus perekonna olemasolust.

*** Tulevikunägemus**

Arvamus Hooldusravivõrgu arengukavast; klientide seisundi igakülgse hindamise käivitamine; arengukava väljatöötamine maakonnas vastava valdkonna kohta; takistused vastava valdkonna arendamisel; avahooldusteenuste arendamise olulisus; eakate aktiveerimine; nende püsimine tööturul; teenuste kvaliteedi hindamine.

Kodeerimise üldtabel

Põhikategooria	Alakategooria	Kirjeldavad koodid
VÕRGUSTIK	pere ja lähisugulased	jälgivad, kas kõik on korras lapsed pole võimelised abistama
	sõbrad, naabrid ja kaastöötajad	vajaduse märkamine, abi kutsumine vabatahtlikud
	formaalne toetus	perearstid haigla sotsiaaltöötaja sotsiaaltöötajad
VÕRGUSTIKU KOOSTÖÖ	mitme teenuse kombineeritud osutamine ühes asutuses	perearsti teenus hooldekodus päevakeskuses tervishoiuteenus dementsetele eraldi teenus
	mitmete spetsialistide ja asutuste vaheline koostöö	abivahendite hankimisel abi koostöö koduõenduses perearstide koostöö sotsiaaltöötajatega puudeastme määramine haigla sotsiaaltöötaja koostöö kohaliku o/v-ga koostöö teise tervishoiuasutusega
KOOSOTSUSTAMISE PROTSESS	kaasaaitamine	o/v aitab maksta haiglaravi transport hooldusravi võivad o/v toetada
	läbirääkimised	ajutise hoolduse võimalus hooldusravi jätkumine hooldusravile suunamine hooldusteenusele suunamine
	teenuse osutamise otsustamine	sotsiaalkomisjonid koostöö teenusele suunamisel meeskonnatöö
VASTUTUSE JA REGULEERITUSE PUUDUMINE	kättesaadavus	transport eriarstiabi esmatasandi teenused järjekorrad keeleprobleemid
	organiseeritus	teenuseid on vähe inimesed vajaksid teist teenust "lahusus" organiseerimisel
FINANTSEERIMINE	kõrge maksumus	kallidus inimesele kõrged hinnad kohalikule o/v-le
	erinevatest allikatest finantseerimine	omaosaluse eraldatus tervishoiu- ja sotsiaalabiteenuse eraldatus
	finantside vähesus	uute töötajate kaasamiseks teenuste arendamises
INFORMEERIMINE	info jagamine	koostöö info jagamisel info ajakirjanduses ja internetis eakate informeerimine
	info vahetamine	inimesed ise perearstid selgitavad

		infopuudus
ARENDUSTEGEVUS JA PLANEERIMINE	uute teenuste arendamine	dementsetele eraldi hooldus
		koduõendus
		hooldusteenuste arendamine
		aktiveerimine
		geriaatiline hindamine
	arengukavad	tähelepanu rahvastiku vananemisele
		koostöövõrgustike väljaarendamine
KOOLITAMINE	abistajate ettevalmistamine	kvalifitseeritud sotsiaaltöötajad
		hooldajate ja abistajate koolitused
	meeskonnatöö koolitus	sotsiaaltöötajate ja perearstide koolitamine