

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala

Liina Padrik

**EESTI EAKATE FUNKTSIONAALSE VÕIMEKUSE JA ÜHISKONNAS
OSALEMISE TOETAMISE REHABILITATSIOONIPROGRAMMI
HINDAMINE**

Magistritöö

Juhendaja: Mare Ainsaar, PhD

Tartu 2021

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Liina Padrik

(allkirjastatud digitaalselt)

24.mai 2021

ABSTRACT

Evaluating a rehabilitation programme for supporting the elderly in Estonia with functional ability and social participation

An ageing population puts countries in a situation where they have to find more and more effective ways to increase the social inclusion and participation of the older population. A possible method developed in Estonia is a social rehabilitation programme aimed at elderly people with various problems to support them in increasing their functional ability and social participation. The aim of the rehabilitation programme is to ensure and improve the functional ability of elderly people with multiple issues as well as increase their participation and activeness in daily activities that are important for them and support their support networks. As a result, the programme hopes to ensure an active and optimistic old age for the elderly population.

The aim of this Master's thesis is to provide an overview of the effectiveness of the rehabilitation programme Supporting the Functional Ability and Social Participation of the Elderly according to experts in the field. The following research questions are answered in the thesis:

- How do specialists who took part in the programme evaluate the change in functional ability and social participation in elderly people after participating in the programme?
- How do specialists evaluate the suitability of the programme for supporting functional ability and social participation in the elderly?
- What are the strengths of the programme?
- What should be changed in the programme?

A qualitative study was carried out to answer these questions. Nine specialists from the five rehabilitation institutes who piloted the programme were questioned. They were questioned in the format of a semi-structured interview and the data was analysed using the thematic analysis method.

The results of the research show that although not all of the participants in the pilot project met all criteria, the rehabilitation programme is suitable for increasing the functional ability and social

participation of elderly people. The main strengths of the programme are complex services that support the physical, psychosocial and mental abilities of elderly people and the social relationships created through group activities which enrich their day-to-day life.

The weaknesses were the difficulty to form client groups, the low motivation of elderly people to take part in social rehabilitation programmes and the lack of connection of the programme with other social services. The results were affected by the COVID-19 pandemic which happened at the same time as the programme piloting.

It was suggested that the programme schedule could be more flexible and services could be switched within the programme depending on the needs of the client. It was also noted that the duration of the programme could be longer and continuous activities should be ensured for clients at the end of the programme to avoid a regression in the results gained in the programme.

Keywords: elderly, social rehabilitation, functional ability, evaluation of programs

SISUKORD

ABSTRACT	3
SISSEJUHATUS	7
1.EAKATE FUNKTSIONAALSE VÕIMEKUSE JA ÜHISKONNAS OSALEMISE SUURENDAMISE VÕIMALUSED	10
1.1 Eakate funktsionaalne võimekus ja iseseisva toimetuleku kriteeriumid.....	10
1.1.1 Füüsiline võimekus	11
1.1.2 Psühhosotsiaalne võimekus.....	13
1.1.3 Vaimne võimekus.....	14
1.1.4 Funktsionaalse võimekuse hindamine.....	16
1.2 Eakate toimetuleku toetamise võimalused.....	20
1.3 Eesti eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamise rehabilitatsiooniprogrammi kirjeldus.....	23
2. POJEKTIDE HINDAMISE METOODIKAD	25
UURIMUSE EESMÄRK JA ÜLESANDED.....	26
3.UURIMUSTÖÖ MEETOODIKA.....	28
3.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus	28
3.2 Andmekogumise meetod	29
3.3 Uurimustöö valim	30
3.4 Andmete analüüsi meetod.....	31
3.5 Eneserefleksioon.....	32
4.TULEMUSTE ANALÜÜS	34
4.1 Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurenemine programmi mõjul ...	34
4.1.1 Muutused füüsilises võimekuses programmi mõjul.....	35
4.1.3 Muutused psühhosotsiaalses võimekuses programmi mõjul	37
4.1.4 Muutused vaimses võimekuses programmi mõjul	39

4.2 Programmi sobivus eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemiseks suurendamiseks	41
4.3 Programmi tugevused	44
4.3.1. Sihtgrupile vajalik teenus	44
4.3.2 Programmi komplekssus.	45
4.3.3 Sotsiaalsete suhete loomise platvorm.....	46
4.3.4 Argipäeva rikastamine.....	48
4.4 Ilmnenud probleemid	49
4.4.1 Eakate ootused ja motivatsioon programmis osaleda	49
4.4.2 Programmi katkestanud kliendid ja katkestamise põhjused.....	51
4.4.3 Programmi tegevuste maht ja ajaline mõõde.	53
4.4.4 Eriolukorra mõju programmile	56
4.4.5 Programmi järjepidevuse puudumine.....	57
ARUTELU	59
KOKKUVÕTE	65
KASUTATUD KIRJANDUS	68
LISAD	76
Lisa 1. Intervjuu kava	76

SISSEJUHATUS

Ühiskond vananeb ning antud olukord esitab riikidele terve rea erinevaid väljakutseid. Eurostati uusimas rahvastikuproгноosis (2019) on märgitud, et 65aastased või vanemad isikud moodustavad 2100. aastaks 31,3 % Euroopa Liidu elanikkonnast võrreldes 20,2 %-ga 2019. aastal. Eesti Statistikaameti (2019) prognooside kohaselt kasvab sarnaselt ka Eestis 65aastaste ja vanemate osatähtsus rahvastikus ühtlaselt 20 protsendilt 30 protsendile aastaks 2060. Oidermaa (2019) toob tuginedes Euroopa komisjoni koostatud demograafiliste prognooside raportile välja, et Euroopat ei päästa vananemisest ka massimmigratsioon ega kõrgem sündivus. Seega tuleb tõsiasjaga leppida ning probleemiga tegeleda.

Mida rohkem on ühiskonnas endaga toime tulevaid eakaid inimesi, seda väiksemad on riigi kulutused. Vanemaealiste aktiivsuse toetamine aitab oluliselt suurendada riigi ressursse. Sakkeus (2016) leiab, et iga rahvastiku vananemisprotsessiga kohanemine sõltub sellest, kuivõrd paindlikud on nende maade institutsioonid ja poliitikad reageerima ning arvestama vajadustega muutuda. Üha rohkem on teadmispõhiste otsuste tegemiseks vajalikud sedalaadi interdistsiplinaarsed teabealused, mis võimaldavad vaadelda vananeva rahvastiku finants-, sotsiaal- ja tervisekäitumist koosmõjus. Paljud eakad on võimelised osalema tööelus- või vabatahtlikus tegevuses ning panustama perekondlikku hooldustegevusse. Siseministeeriumi poolt koostatud kodanikuühiskonnaprogrammis „Tugev kodanikuühiskond“ 2021–2024 tuuakse ühe peamise probleemina välja, et vanemaealiste potentsiaali ühiskondlikus elus osaleda kasutatakse vähe. Eesti eakate osalemine vabatahtlikus tegevuses on lausa üks Euroopa Liidu madalamaid (Siseministeerium..., 2021). Seega on oluline pöörata rohkem tähelepanu antud siht-rühma aktiveerimisele ja ühiskonda kaasamisele.

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on aktiivsena vananemise poliitikaraamistiku ümber nime-tanud tervislikuks vananemiseks ning määratleb seda kui vanemas eas heaolu võimaldava funktsio-naalse võimekuse arendamise ja säilitamise protsessi. Selles rõhutatakse vajadust tegutseda mitmes sektoris ja võimaldada eakal inimesel jääda oma pere, kogukonna ja majanduse ressursiks (Ageing..., 2020).

Meie riigisektoris on hakatud samuti eakate aktiveerimisele suuremat tähelepanu pöörama. Välja on töötatud erinevaid strateegiaid, koostatud arengukavasid ja programme ning reformitud eakatele

suunatud teenuseid. Näiteks on Heaolu arengukavas 2016-2023 üheks alaeesmärgiks seatud, et inimestel oleks tänu efektiivsele õiguskaitsele ja kvaliteetsele kõrvalabile paranenud võimalused iseseisvalt toime tulla, kogukonnas elada ning ühiskonnaelus osaleda. Alaeesmärgi raames elluviidavad tegevused hõlmavad iseseisvat toimetulekut toetavate sotsiaalteenuste tagamist. Keskendutakse inimeste tegelikule abivajadusele vastavate eesmärgipäraste kvaliteetsete sotsiaalteenuste pakkumisele. Samuti tegeletakse sotsiaalteenuste deinstitutionaliseerimise ja teenusekasutajate vajadustele vastavaks kujundamisega. Planeeritud tegevuste tulemusena peaks suurenema vanemaeliste sotsiaalne kaasatus ja ühiskonnas osalemine.

Üheks arengukava eesmärkide saavutamiseks suunatud meetmena võib välja tuua 2019 aastal Sotsiaalkindlustusameti poolt koostatud sotsiaalse rehabilitatsiooni programmi „Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks“. Programmi idee on aktiveerida erinevate probleemidega eakaid, pakkudes kompleksteenust ühest kohast ning sõltumata puude määratlusest. Rehabilitatsiooniprogrammi koostamisel järgiti rahvastiku tervise arengukava (2009-2020) strateegilisi eesmärke eluea pikenemise ja elukvaliteedi tõstmise osas ja kavandatava arengukava suundi elanikkonna tervist toetava keskkonna toetamisel ning inimeste võimestamisel. Programm sisaldab tõenduspõhised hindamisvahendid ja-meetodeid ning peaks olema kompaktseks tööriistaks multiprobleemsete eakate aktiveerimisel. Programmi tegevuste eesmärk on motiveerida eakaid olema sotsiaalselt, füüsiliselt ja vaimselt aktiivsem. Programmpõhine lähenemine valiti seetõttu, et see annab võimaluse multidistsiplinaarseks sekkumiseks struktureeritud moel (Töölesaamist..., 2011). Alliksoo (2015) on oma lõputöös samuti järeldanud, et programmpõhine rehabilitatsioon on kõrgema sisulise kvaliteedi ja eesmärgipärasema lähenemisega ning näitab ka kõrgemat tulemust võrreldes üksikteenustega.

Mainitud rehabilitatsiooniprogrammi koostamisse kaasati erineva valdkonna eksperte (sotsiaaltöötaja, psühholoog, füsioterapeut, tegevusterapeut ja õde), et koostöös leida tõhusad meetodeid, mis aitaksid toetada multiprobleemsete eakate füüsilise, psühhosotsiaalse ja vaimse võimekuse valdkondi, mis takistavad neil ühiskonnas osalemist.

Rehabilitatsiooniprogramm läbis aastatel 2019-2020 esmase piloteerimise, kuid minule teadaolevalt ei ole programmi mõju veel hinnatud. 2020 aasta kevadel riigis kehtestatud eriolukord peatas pilootprojekti kaheks kuuks ning seetõttu ei peetud tähtajast hiljem esitatud lõpparuandeid enam usaldusväärseteks. 2020 aasta sügisel algatati programmi piloteerimiseks teine laine, mis peaks lõppema 2021 aasta mais. Kuu aega hiljem 2021 juunis peaks valmima kahe piloodi kokkuvõttev lõpparuan-

ne, mis esitatakse rehabilitatsiooniprogrammide hindamise nõuandvale komisjonile, mis on planeeritud 15.09.2021a. Kuid käesolevalgi aastal võib seoses COVID-19 olukorraga esineda takistusi programmi kokkuvõtete tegemisel. Mina soovin siiski teada saada, kuidas rehabilitatsiooniasutuste spetsialistid hindavad antud programmi sobivust eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks.

Minu uurimuse eesmärk on anda ülevaade rehabilitatsiooniprogrammi “Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks” efektiivsusest valdkonna spetsialistide vaates.

Uurimustöös kasutasin ma kvalitatiivset uurimismeetodit. Intervjueerisin eelpool mainitud rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud asutuste spetsialiste, kes otseselt programmi tegevustega seotud olid. Intervjuud viisin läbi valdavalt telefoni teel ja Skype vahendusel, üks intervjuu toimus ka kontaktelt rehabilitatsiooniasutuses kohapeal. Küsimustiku koostas poolstruktureeritud intervjuu vormis, mis andis mulle võimaluse vajaduse korral lisaküsimusteks. Andmete analüüsimisel kasutasin kvalitatiivset temaatilist sisuanalüüsi meetodit.

Magistritöö koosneb neljast osast. Esimeses osas annan ülevaate eakate funktsionaalsest võimekusest ja ühiskonnas osalemise võimaluste suurendamisest ning kirjeldan eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks koostatud rehabilitatsiooniprogrammi. Teises osas on lühike ülevaade projektide hindamise metoodikatest. Kolmandas peatükis kirjeldan uurimuse metoodikat – kuidas täpsemalt uurimuse läbi viisin. Neljandas peatükis keskendun uuringus saadud tulemuste analüüsile. Töö lõppeb arutelu ja kokkuvõttega.

Täna siiralt oma magistritöö juhendajat Mare Ainsaart, kes oli väga toetav ja mulle suureks abiks uurimistöö koostamisel. Samuti tänan kõiki Eesti eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamise rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud asutuste spetsialiste, kes vaatamata keerulisele ajale leidsid aega küsimustele vastata ja andsid suure panuse minu magistritöö valmimisele.

1.EAKATE FUNKTSIONAALSE VÕIMEKUSE JA ÜHISKONNAS OSALEMISE SUURENDAMISE VÕIMALUSED

1.1 Eakate funktsionaalne võimekus ja iseseisva toimetuleku kriteeriumid

Vananemisfaasi iseloomustab inimese individuaalse ja sotsiaalse funktsionaalse võimekuse loomulik vähenemine (Christoffersen, 1974).

Funktsionaalse võimekuse säilitamine on seega aktiivsena vananemise aluseks. Et eakas saaks ühiskonnas aktiivselt osaleda, on määrava tähtsusega tema tegevus-ja liikumisvõime, vaimne tasakaal ja sotsiaalsed suhted. Saks (2017) on väitnud, et edukas vananemine realiseerub alles siis, kui inimene oma potentsiaali tegelikult ka kasutab ehk on aktiivne.

Edukas vananemine tähistab eeskätt füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu vanemas eas. De Farias Bispo jt. (2012) on leidnud, et funktsionaalne võimekus on eakate iseseisva elu optimaalne väärtus ning seda määrab inimese võime sooritada igapäevase põhitegevuse säilitamiseks vajalikke füüsilisi ja vaimseid tegevusi.

Oras, Solom, Urban ja Varik (2011) käsitlevad funktsionaalset võimekust ehk toimetulekut kui inimese võimet teostada iseseisvalt igapäevatoiminguid, kusjuures toimetulekut mõjutavad füüsilised, psühhosotsiaalsed ja hingelised tegurid sh. elustiil ja keskkond. Rikli ja Jones (1999) on välja toonud, et funktsionaalne võimekus on füsioloogiline võime normaalseks toimimiseks, ehk inimese võime suuta teha igapäevaseid tegevusi turvaliselt ja iseseisvalt ilma liigse väsimuseta.

Eakate inimeste funktsionaalse võimekuse vähenemine on vananemisprotsessiga seotud füüsiliste, psühholoogiliste ja funktsionaalsete muutuste tulemus, mis kahjustab igapäevase elu toimimist (Imaginário, Rocha, Machado, Antunes, & Martins, 2020).

Lobo (2010) on öelnud, et tegevusetus pole mitte ainult inimese isiklik probleem, vaid seda peetakse tõsiseks rahvatervise probleemiks. Pikaajaline tegevusetus, mis esineb paljude eakate inimeste seas, viib kõigi kehalise võimekuse komponentide järkjärgulise vähenemiseni, kahjustades sellega nende elukvaliteeti. Teaduslikud uuringud on näidanud, et füüsiline koormus võib aeglustada nii psühho-

loogilist kui ka füüsilist vananemise kella. Tervise edendamisega tegelemist füüsilise aktiivsuse, tervisliku toitumise ja stressiga toimetuleku valdkonnas peetakse kasulikuks strateegiaks eakate inimeste funktsionaalse võimekuse suurendamiseks (Lobo, 2010).

Eakate funktsionaalne võimekus on alati seotud nende elukogemuse ja -keskkonnaga ja sõltub nii inimese vanusest, soost, elukutsest, kasvukeskkonnast kui ka kultuuritaustast (Supporting the functional, 2008).

Valdeko Paavel (2009) on kirjutanud, et inimene on biopsühhosotsiaalne olevus. See tähendab, et iga konkreetne inimene on tervik, millel võib eristada kolme omavahel seotud, kuid samal ajal kvalitatiivselt erinevat tasandit ja/või funktsionaalset süsteemi:

- bioloogilis-somaatiline, ennekõike meie füüsilis-keemilis-bioloogilise kehaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning ennekõike keha kaudu mõjutatav
- psüühiline, ennekõike meie psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, selles tingitud ja/ või tulenev ning ennekõike psüühika kaudu mõjutatav
- sotsiaalne, ennekõike meie ümber oleva sotsiaalse keskkonnaga seonduv, sellest tingitud ja/või tulenev ning sotsiaalse keskkonna ja suhete kaudu mõjutatav.

Mis iganes muutused või protsessid ühes kolmest funktsionaalsest süsteemist ka ei toimuks, avaldavad need vähemal või rohkema määral mõju ka ülejäänud kahele (Paavel, 2009).

Multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogrammis on funktsionaalset võimekust käsitletud kolmes erinevasse valdkonnas: füüsiline võimekus, psühhosotsiaalne võimekus ja vaimne võimekus. Mina lähtun oma uurimuses samuti sarnasest käsitlusest.

1.1.1 Füüsiline võimekus

Vananemine on pidev kontrolli vähenemine kehafunktsioonide ja eluprotsesside üle. Vananemisprotsessi käigus enamik kehalise võimekuse näitajaid järk-järgult väheneb, mis on kolme faktori koosmõju tulemus: vananemine kui bioloogiline protsess, kehalise aktiivsuse vähenemine ja vananemisega sagenevad haigused ja vigastused. See omakorda nõrgendab inimese aktiivsust ja piirab

igapäevast toimetulekut ning suurendab kukkumiste, mitmete haiguste ja suremuse riski (Saks jt, 2017).

Füüsilise funktsionaalse võimekuse all mõistetakse eakate võimet tulla toime füüsilist pingutust nõudvate ülesannetega. Siia alla kuulub toimetulek igapäevategevustega kodus, töises keskkonnas ja vabal ajal. Füüsilise funktsionaalse võimekuse olulisteks komponentideks on aeroobne vastupidavus, lihasjõud ja motoorsed oskused (Supporting the functional, 2008).

Kehaline aktiivsus ei ole seega mitte ainult vaba aja veetmise viis, vaid ka oluline tervisetgevus. Eakad on vaieldamatult vanuserühm, kes tunneb kõige rohkem vajadust oma vaba aeg täita. Selles vanuserühmas on sageli radikaalne paus tööelust, välistades seeläbi kõik tegevused, mis nõuavad füüsilist pingutust, see aga viib järkjärgulise inertsusseisundini (Lobo, 2010).

Dishman jt. (1985) on väitnud, et eakate füüsilist käitumist ja tahet treenida võivad mõjutada mitmed sisemised tegurid (nagu huvi puudumine, hirm kukkumise ees), aga ka sotsiaalne tugi (eakaaslaste või pere poolt) ja keskkonnategurid nagu ilm ja juurdepääs infrastruktuurile. Hirmutav on statistika, et vaatamata aastaajale või muudele teguritele, jätab iga kümnes eakas kodust väljumata, kuna kardab kukkuda (Charters, 2013).

Tervise Arengu Instituudi poolt 2008 aastal koostatud juhises “Eakate inimeste toitumine ja kehaline aktiivsus” on välja toodud, et füüsilisest aktiivsusest saadav kasu seostub normaalse kehakaalu säilitamisega, vererõhu alanemisega, parema psühholoogilise heaoluseisundiga (nii psüühilistele kui kognitiivsetele funktsioonidele), eluaegse liikumisharjumuse juurdumise ja püsimisega. Dokumentis on välja toodud, et füüsilise aktiivsusega ei saa küll takistada vananemisprotsesse, kuid on võimalik vähendada nende protsesside ulatust ja tagajärgi ning samas pidurdada ka haiguste kahjustavat mõju organismile. Väidatakse, et suurem füüsiline aktiivsus on seotud pikema elueaga ja väiksema südame- ja veresoonkonna haiguste riskiga täiskasvanutel (Eakate toitumine..., 2008).

Füüsiline (kehaline) aktiivsus etendab tähtsat osa tervisliku seisundi ja füsioloogiliste funktsioonide säilitamisel, mis elukaare jooksul halvenevad (Pääsuke, 2017).

Kuigi pole leitud meetodeid, kuidas ealiste muutuste teket vältida, on regulaarse ja mitmekülgse kehalise treeninguga võimalik ealiste muutuste teket edasi lükata või aeglustada, samuti ennetada paljusid vanusega kaasnevaid nähtusi ja haiguslikke seisundeid. Kehaline aktiivsus ja liikumine omavad suurt rolli eakate tervises ja heaolutundes.

1.1.2 Psühhosotsiaalne võimekus

Vananemisega ei muutu üksnes keha, vaid ka tema vaim ja hingeelu, suhted teiste inimestega, suhtumine iseendasse ja teistesse inimestesse, minevikku, olevikku ning ootused tulevikuks (Saks jt, 2017). Seda võib käsitleda kui psühhosotsiaalset aspekti, mis inimeste igapäeva toimetuleku mõjutab.

Dixon, Worrell, Olszewski-Kubilius ja Subotnik (2016) väidavad, et psühhosotsiaalsed tegurid viitavad motivatsioonikonstruktsioonidele, mida mõjutavad nii psühholoogilised kui ka sotsiaalsed kontekstid, näiteks mõtteviis, tulevikule orienteeritus, enesetõhusus jpt.

Psühhosotsiaalne võimekus on tihedalt seotud toimetulekuvõimega, sest see ühendab endas lisaks paljudele inimese bioloogilistele ja psüühilistele omadustele, oskustele ning võimetele ka paljusid sotsiaalseid omadusi, võimeid ja oskusi. Just sotsiaalne komponent teeb toimetulekuvõime teistest võimetest eriliseks, sest sotsiaalsed oskused ja võimed on võrreldes bioloogiliste ja psüühilistega rohkem õpitavad ja arendatavad.

Valdeko Paavel (2009) on kirjutanud, et toimetulekuvõime on seotud näiteks tahte, motivatsiooni, emotsioonide, sotsiaalse tunde ja tundlikkusega, üldiste sotsiaalsete oskustega, sh suhete ja suhtlemisoskustega, kompensatsiooni mehhanismide kasutamisoskusega, kohanemisvõimega, vaistuga ja üldise pingetaluvusega.

Sotsiaalne funktsionaalne võimekus hõlmab eakate võimet tulla toime erinevates olukordades ja keskkondades ning lävida teiste inimestega. Selliseks keskkonnaks võib olla vahetu või pisut kaugem lähikümbus nii regionaalsel, riiklikul kui ka rahvusvahelisel tasandil. Erinevates keskkondades täidavad eakad erinevaid rolle kas aktiivsete osalejate, kuulajate, toetajate või kõrvaltvaatajatena. Sotsiaalse funktsionaalse võimekuse olulisteks komponentideks on suhtlemis- ja sotsiaalsed oskused. Eakad, kelle sotsiaalne funktsionaalne võimekus on piisav, suhtlevad aktiivselt teiste inimestega ning suudavad suhteid luua ja hoida (Supporting the functional, 2008). Võib järeldada, et psühhosotsiaalne võimekus mõjutab paljusid teisi funktsionaalse võimekuse valdkondi.

Poelke jt. (2016) rõhutavad, et sotsiaalselt aktiivsetel eakatel ilmnes depressiivsusele viitavaid sümptomeid vähem võrreldes mitteaktiivsete eakatega. Cotter ja Lachman (2010) aga toovad välja, et psühhosotsiaalseid ja käitumuslikke tegureid võib käsitleda kui vanemaealiste muret tervise ja heaolu pärast ning head sotsiaalsed suhted, usk iseendasse, positiivne ellusuhtumine ja regulaarne

kehaline aktiivsus, kõik need tegurid parandavad mõningaid füüsilisi piiranguid, mis on seotud vanusega. Seega mõjutab psühhosotsiaalne võimekus vähemal või rohkemal määral ka füüsilist ja vaimset võimekust.

Saksamaal planeeritava uuringu ettevalmistustel tuli välja, et eakad ise hindavad seda, kui mõttekas on olnud nende elu selle järgi, kas ja millisena on säilinud nende sotsiaalsed suhted.

Straßner jt (2019) planeerisid uurida, kuidas ja kas paraneb eakate patsientide heaolu, kui siduda haiguste ohjamise programmi vaimset ja sotsiaalset tuge pakkuvate tegevustega. Nad leidsid oma uuringus, et üle poolte eakatest soovivad abi sotsiaalse aktiivsuse parandamisel. Üksildustunne leiti olevat otseses seoses ka tervises seisundiga. Mida enam tundis inimene end üksildasena, seda halvemaks kujunes tema tervis. Seetõttu on väga oluline, et inimesega töötavad spetsialistid leiaks mooduse hinnata ka kliendi üksildustunnet ja emotsionaalsete vajaduste kaetavust. Nad arvasid, et planeeritavas uuringus peaks andma efekti juba üks tunniajane nõustamine, kus uuritakse patsientide nn hingelisi vajadusi ja nõustatakse neid teemadel, kus on nende kogukonnas eakate kooskäimise kohad ja millised on nende võimalused olla sotsiaalselt aktiivsed. Sekkumine võiks oodatavalt kaasa tuua tervisekulude vähenemise sekkumise grupis (Straßner jt.2019).

1.1.3 Vaimne võimekus

Vaimset võimekust käsitlevad erinevad autorid nii kognitiivsete kui ka hingelisete aspektidega. Mõlemad valdkonnad on märkimisväärse tähtsusega eakate funktsionaalse võimekuse seisukohalt, kuid mina keskendun oma uuringus vaimse võimekuse, kui kognitiivse võimekuse teguritele.

Nii nagu tekivad ealised muutused kehas, nii toimuvad vananedes teatud muutused ka kognitiivses võimekuses. Saks (2017) on gerontoloogia õpikus kirjutanud, et see on isikuti väga erinev ning põhimõtteliselt ei ole kognitiivsete võimete vähenemine vanas eas vältimatu. Ta lisab, et kehaliste ealiste muutuste tõttu halvenevad paljudel vananedes aistingud (nt. nägemine, kuulmine, maitse- ja lõhnatunnetus) ning aistingu tekkeks vajatakse vanemas eas tugevamat signaali, näiteks tugevamat heli, suuremaid tähti. Vanas eas aeglustuvad reaktsioonikiirus ja tajus, kuid normaalse vananemise puhul on need igapäevaeluga toimetulekuks piisavad. Mälu halveneb ligikaudu kolmandikul tervetest eakatest inimestest. Kognitiivsed protsessid aeglustuvad vanemas eas, teabe integreerimine nõuab rohkem aega. Mida keerukam on kognitiivne ülesanne, seda rohkem aeglustub tegevus.

Eelnimetatud ealised muutused kirjeldavad kognitiivse võimekuse üldise muutuse suundi inimese vananedes, kuid vaimne võimekus on igas vanuses inimestel väga erinev. Mida vanemad on inimesed, seda suuremaks nende erinevused muutuvad. Arvatavasti on vaimne üldvõimekus maksimaalne inimese 20ndates eluaastates ning seejärel hakkab vähenema. Vaimse teleri võimetel sellist ühest muutuse suunda ei ole ning mõned võimed võivad vanusega koguni suurened (Saks, 2017).

Ajutreeningu käsiraamatus (2010) on kirjeldatud, et seoses muude vanemas eas enamasti koosinevate füsioloogiliste muutustega, esineb inimestel kalduvus kogeda ka vaimsete funktsioonide nõrgenemist. Iga inimese heaoluks on eluliselt vajalik vaimse tervise säilitamine. Vanemas eas mõjutavad kognitiivseid võimeid mitmed faktorid. On kinnitust leidnud, et läbi tervislike eluviiside ning keha ja meelte treenimise saavad eakad aeglustada vaimse mandumise protsessi.

Gottfredson (1998) on aga väitnud, et vaimne võimekus ehk intelligentsus on inimeste oskus planeerida, lahendada ülesandeid, mõelda abstraktselt, õppida kiiresti ning õppida enda kogemusest, samuti saada aru, mis meie ümber toimub. Vaimne võimekus põhineb loogilisel mõtlemisel ning oskusel saada asjadest aru, selleks ei nimetata vaid õpitud raamatutarkust. Tema väitel on vaimne võimekus, mis muude asjade kõrval eeldab võimet arutleda, planeerida, lahendada ülesandeid, mõelda abstraktselt, saada aru keerulistest ideedest, õppida kiiresti ja õppida kogemustest. See ei ole lihtsalt raamatutarkus, kitsalt akadeemiline või testidele vastamise oskus. See on laiem ja ka sügavam võime aru saada, mis ümbruses toimub, asjadest arusaamine ja nende mõistmine või arusaamine sellest, mida oleks vaja teha.

Saks (2017) on väitnud, et on nii kogemuslikku kui ka emotsionaalset intelligentsust on vanemas eas võimalik hästi säilitada ja isegi tõsta, et kompenseerida kaotusi mõnes teises kognitiivse võimekuse komponendis.

Bowling (2008) toob samuti välja, et väga tähtis on vaimne stimulatsioon. Tema mitmete uuringute tulemused näitavad, kui oluline on ennetustöös vanemaealise inimese igakülgne arendamine: mõtlemisharjutused, igapäevase elu rutiini regulaarne õige järgimine (uni ja toitumine, veresoonkonna- jaiguste ennetus) ja füüsiline treening, et säilitada muuhulgas vaimset võimekust ning vähendada hooldusvajadust.

1.1.4 Funktsionaalse võimekuse hindamine

Sotsiaal- ja tervishoiusfääris on funktsionaalse võimekuse hindamiseks kasutusel lai valik erinevaid meetodeid, vahendeid ja klassifikaatoreid. Toon välja kolm olulisemat, mis on märgitud ka multiprobleemsete eakate programmis. RFK kvalifikatsiooni kasutamine on programmis kohustuslik element ning IGH ja InterRAI on ekspertide poolt soovituslikud hindamisvahendid (Eakate funktsionaalse võimekuse..., 2019).

Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime hindamise klassifikatsioon (RFK)

Sotsiaalvaldkonnas on kasutusel funktsionaalse toimetuleku hindamiseks rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK), mis kuulub Maailma Terviseorganisatsiooni (MTO) rahvusvaheliste klassifikatsioonide “perekonda” ja on mõeldud erinevate terviseaspektide kirjeldamiseks. MTO rahvusvahelised klassifikatsioonid annavad raamistiku tervise kohta käiva suure hulga info kodeerimiseks (nt diagnoos, funktsioneerimisvõime ja -vaegused, terviseteenistustega kontakti võtmise põhjused), kasutades ühtset standardkeelt, mis võimaldab paljude dissipliinide ja teadusharude spetsialistidel tervise- ja tervishoiualase info vahetamist kogu maailmas (Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime..., 2005).

Eestis on RFK-st räägitud juba 2000 aastast ning seda klassifikatsiooni tutvustatakse sotsiaal-ja tervisevaldkondadega seotud erialadel ülikoolis. Hanga (2020) on märkinud, et tegu on klassifikatsiooniga, mille alusel on võimalik dokumenteerida inimese funktsioneerimisega ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot, kasutades kirjeldava hinnangu asemel koode ning probleemi ulatust väljendavaid määrajaid. RFK toetub biopsühhosotsiaalsele käsitlusele, mis tähendab seda, et inimese funktsioneerimisvõime ehk igapäevaeluga toimetuleku mõistmiseks tuleb vaadelda tema olukorda tervikuna. Arvesse tuleb võtta nii bioloogilisi ehk tervisega seotud (diagnoos, geneetilised eelsoodumused jm), psühholoogilisi (näiteks inimese elustiil, harjumused, strateegiad teatud olukorraga toimetulekuks jm) kui ka sotsiaalseid asjaolusid nagu inimese elukeskkond, sotsiaalsed suhted, perekond, kultuuriline taust. Biopsühhosotsiaalne käsitlus väljendub RFK ülesehituses, kus funktsioneerimisvõime hindamisel võetakse arvesse inimese terviseolukorda, tema keha funktsioone ja struktuure, inimese tegutsemis- ja osalusvõimet, teda ümbritsevat keskkonda ja personaalseid tegureid (Hanga, 2020).

Rehabilitatsioonivaldkonnas on püütud RFK kvalifikatsioonisüsteemi juurutada juba alates 2009 aastast. Osalesin ka ise sel ajal rehabilitatsioonispetsialistidele läbi viidud baaskoolitusel, kus ühe

osana käsitleti RFK hindamise põhimõtteid ja praktiseeriti selle metoodika kasutamist. 2016-2019 viis Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus koostöös Sotsiaalkindlustusametiga, Eesti Töötukassaga, Eesti Haigekassaga ja Sotsiaalministeeriumiga läbi pilootprojekti „RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel”. Projekti tulemusena selgus, et RFK on küll hästi rakendatav sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis kliendi funktsioneerimisvõime hindamisel, eesmärgi seadmisel, tegevuskava koostamisel, teenuse tulemuslikkuse hindamisel ning teenusega seotud info dokumenteerimisel, kuid lõppraportis märgiti, et esineb ka hulgaliselt kitsaskohti, mis takistab osapooltel selle rakendamist. Pilootprojekti lõppraportis (2020) toodi välja, et tuleks jätkata ettevalmistusi RFK kasutuselevõtuks valdkondade üleselt, sh täiendavalt piloteerida RFK kasutamist suurema sihtrühmaga ja alustada läbirääkimisi kõrgkoolidega ja erialaliitudega, et integreerida erinevatesse õppekavadesse RFK-alased moodulid ja olemasolevad moodulid õppekavades ühtlustada.

Mõned aastad tagasi kavandas Sotsiaalkindlustusamet muuta rehabilitatsiooniteenuse osutajatele RFK hindamise rehabilitatsioonisüsteemi kohustuslikuks osaks.

Rehabilitatsioonimeeskondadele korraldati mitmeid koolitusi ja valdkonna asutused said soovi korral endale tasuta soetada RFK hindamiskriteeriumite raamatu. Planeeritud muudatus siiski ei realiseerunud ja minu andmetel ei ole RFK hindamine rehabilitatsiooniasutuste praktikas endiselt väga levinud.

Valdkonna spetsialistid on erinevatel koostööseminaridel välja toonud, et süsteem on keeruline ja RFK järgi hindamine ajamahukas. Hanga (2020) on samuti välja toonud, et kliendi olukorra kirjeldamiseks eelistatakse endiselt kvalitatiivset hindamist. Kirjeldava hinnanguga puutuvad kokku peale kliendi ja teenuse osutaja ka teenuse rahastajad. Ta lisab, et mõni olukord on delikaatne ja peaks jääma ainult teenuse osutaja ja teenuse saaja vahele ega puutu rahastajasse. Teenuse rahastaja huvi on jälgida vaid teatud võtmenäitajate muutusi pärast sekkumisi. Seega võib kirjeldatavad hinnangud olla vastuolus sotsiaaltöö eetikaga.

Teise aspektina toob Hanga (2020) välja, et sotsiaal- ja rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistid kurdavad sageli, et nad sooviksid teada teenusele suunatud inimeste diagnoosi. See on tõsi, et diagnoos ütleb palju inimese terviseolukorra kohta, kuid see on delikaatne info ja on täielikult arusaadav vaid meditsiinispetsialistidele. Sotsiaalvaldkonnas töötades tuleb aga arvestada, et diagnoos on ainult üks inimese toimetulekut mõjutavatest asjaoludest. Teades inimese diagnoosi, ei saa öelda, et teame,

milline on tema elu, soovid või vajadused. RFK võimaldab aga kõikidel spetsialistid isiku seisundist ja probleemidest ühtselt aru saada.

RFK põhimõtteid rakendatakse hetkel Töötukassas töövõime ulatuse hindamisel ja tööalase rehabilitatsioonivajaduse hindamisel ning Sotsiaalkindlustusametis toimub RFK alusel sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse hindamine ning rehabilitatsiooniprogrammides on see kohustuslik komponent. Sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamine toimub muuhulgas SKA poolt kinnitatud rehabilitatsiooniprogrammi alusel. Rehabilitatsiooniprogrammi vormi väljatöötamisel ja programmi rakendamisel on RFK-ga seostatud programmi eesmärgid, alaeesmärgid ning tulemused, et hinnata programmi tulemuslikkust üldiselt ja eraldi iga kliendi jaoks. Programmis viiakse iga kliendiga läbi alg- ja lõpphindamised, mille tulemused fikseeritakse RFK-koodides. Programmi koostajalt nõuab eesmärkide seadmine ning nende seostamine tegevustega põhjalikku läbimõtlemist, et saavutada oodatud tulemused (Sotsiaalkindlustusamet, 2020).

Tihti arvatakse ekslikult, et klassifikaator võrdsustub hindamisinstrumendiga. Klassifikaatorite baasil saab välja töötada hindamisvahendeid. Hindamisvahendid toetavad klassifikaatorite kasutamist inimese tervises seisundi ja organismi funktsioneerimisvõime ning terviseolukordadest tingitud piiratud elutegevuste klassifitseerimisel, kodeerimisel (InterRAI ..., 2011).

Geriaatriline hindamine (IGH)

Rahvusvahelised uuringud näitavad, et kõige tõhusam meetod mitmete terviseprobleemidega eakatele tervishoiuteenuste pakkumisel on igakülgne geriaatriline hindamine (Kolk, 2018). Kolk (2018) toob välja, et igakülgne geriaatriline hindamine (IGH) on mitmete meditsiiniliste probleemidega eaka isiku tervisliku, funktsionaalse, psühholoogilise ja sotsiaalse seisundi hindamine ning tulemuste põhjal ravi, hoolduse ja ennetuse tegevusplaani kujundamine. IGH läbiviijaks on interdistsiplinaarne meeskond, mille koosseisus on geriaatrilise koolitusega spetsialistid: arst, õde, sotsiaaltöötaja ning vajaduse korral ka füsioterapeut, tegevusterapeut ja teised spetsialistid. Ta lisab, et eakate IGH rakendamine võimaldab objektiivselt hinnata erinevate õendusteenuste, taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuste vajalikku mahtu ning planeerida nende korraldamist ja rahastamist. Igapäevategevuste hindamise metoodikad ADL (Activities of Daily Living) ja IADL (Instrumental Activities of Daily Living) on osa IGHst. ADLiks ehk igapäevasteks toiminguteks on pesemine ja hügieenitoimingud, tualeti kasutamine, riietumine, valmis toidu söömine, liikumine ruumis. Instrumentaalsete tegevustena lisanduvad toidu valmistamine, igapäevased majapidamistööd, telefoni ja transpordikasutamine, poes käimine ja rahaga arveldamine, samuti ravimite tarvitamine ja treppidest käimine. Arusaadavalt

määrab funktsionaalne, kognitiivne ja psühholoogiline seisund oluolulisel määral inimese toimetuleku (Kolk, 2018).

InterRAI

IGH on aga isikukeskne, mitte teenuse keskne ja seega on Eesis hakatud laialdasemalt kasutama hindamisvahendit on InterRAI. Valdkonna eksperdid valisid InterRAI metoodika 2003 aastal lausa kõige sobivamaks geriaatrilise hindamise meetodiks (Saks, Kalda, Kolk ja Kree, 2015). Sotsiaalministeeriumi tellimusel tegi Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE) 2011 aastal InterRAI tarkvara kasutuselevõtu võimaluste analüüsi. Uuringu järeldusest selgus samuti, et InterRAI on meile kõige sobivam seisundi igakülgse hindamise valideeritud metoodika teiste maailmas laiemalt kasutatavate metoodikate seas ning professionaalid on valmis seda laiemalt rakendada eeldusel, et on olemas süsteemide (tervishoid/hoolekanne) vahel ühilduv tarkvara (Saks jt, 2015).

InterRAI hindamistulemuste alusel leitakse inimesele õiged teenused ja nende maht ning on võimalik planeerida inimeste jaotumist teenuste vahel. Rahvusvahelised uuringud on näidanud InterRAI soodustab teenuste kvaliteedi paranemist ning mõjub soodsalt piirkondlike ja riiklike teenuste planeerimisele ja rahastamisele (Kolk, 2018).

InterRAI kodulehelt võib välja lugeda, et integreeritud hoolduse põhimõtetest lähtuvaid hindamis-süsteeme või nn hindamisinstrumente on hetkel kokku 24, mis on struktureeritud erinevate asutuste, tasandite või probleemide lõikes.

InterRAI metoodika sisaldab vahendeid seisundi igakülgseks hindamiseks nii pikaajalise hooldusvajadusega inimestel: (interRAI HO – asutushooldus; interRAI KO – koduhooldus/-õendus), kui ka aktiivravihaigetel (interRAI AR), kontakthindamiseks perearsti/sotsiaaltöötaja vastuvõtul (interRAI KH), lisaks mitmeid vorme psühhiaatriliste probleemidega isikute, palliatiivset ravi vajavate isikute jaoks ning veel teisi (Saks jt, 2015).

1.2 Eakate toimetuleku toetamise võimalused.

Vanemaealiste ning vananeva ühiskonna heaolu sõltub oluliselt eakate ühiskondlikust aktiivsusest. Aktiivsena vananemise arengukavas (2013-2020) on märgitud, et see iseloomustab vanemaealiste kestva osalemist ühiskonnas, majandus-, kultuuri- ja igapäevaelus, säilitades nende autonoomiat ja iseseisvust. Aktiivsena vananemise põhieeldusi on tervenev vananemine ning selle seisukohalt on võrdväärselt olulised nii vaimne kui füüsiline tervis. Eakate iseseisev toimetulek vähendab oluliselt nende lähedaste hooldushoormust ning riigi sotsiaalkaitse kulu.

Seetõttu on vananeva ühiskonna keskne tervisega seonduv ülesanne tõsta eluaastate kvaliteeti inimese kõigis eluvaldkondades, arvestades nii füüsilisi, vaimseid kui ka sotsiaalseid aspekte.

Aktiivsena vananemise olulisem aspekt on edukas toimetulek. See tähendab õppimist, kuidas muutuste, kaotuste, pettumuste ja kõrvalabi vajadusega toime tulla. Eduka toimetuleku aluseks on aga funktsionaalse võimekuse säilitamine, et inimene saaks iseseisvalt hakkama ja osaleks aktiivselt ühiskonnaelus.

Eestis pakutakse vanemaealistele elanikele toimetuleku toetamiseks erinevaid riigi- ja kohaliku omavalituse poolt korraldatavaid sotsiaalteenuseid. Riigi poolt pakutavad erihoolekande-, sotsiaalse rehabilitatsiooni- ja abivahendi teenus on ettenähtud erivajadusega eakatele, kohaliku omavalitsuse pakutavad teenused ei sõltu erivajadusest, vaid peavad aitama parandada elukvaliteeti ja tagama teistega võrdsed võimalused ühiskonnas osalemiseks. Kohalik omavalitsus abimeetmed peavad olema suunatud võimaluste leidmisele ja inimese suutlikkuse suurendamisele korraldada oma elu võimalikult iseseisvalt (Sotsiaalministeerium, 2021).

Eakate toimetuleku toetamise vajadust ja võimalusi on küll väga palju uuritud, kuid suur osa neist on mõne konkreetse diagnoosi põhised ning palju on uuritud ka institutsionaalset hooldust vajavate eakate toimetuleku strateegiaid.

Eestis on minu andmetel viimane vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring läbiviidud 2015 aastal. Varasem sarnane uuring vanuserühmas 50–74 aastat viidi läbi 2009 aastal ning see võimaldas kahes uuringus vanuserühma aastate 2009 ja 2015 lõikes ka võrrelda. Uuringu küsitlusmaterjalid valmistasid ette Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakond ning analüüsi ja statistika osakond koostöös AS Emori ja SA Poliitikauuringute Keskuse Praxis ekspertidega (Vanemaealiste ja eakate..., 2015).

Uuringu tulemustes selgus muuhulgas, et suuremat rahulolu tuntakse kodusest olemisest ning suhetest lähedaste ja sõpradega. Vanemaealiste ootused olid kõrgemad nende kaasamise osas ühiskonnas toimuvasse. Seega on väga oluline keskenduda eakate toimetuleku toetamisele, et nad saaksid võimalikult kaua elada kodus ning osaleda ühiskondlikes tegevustes.

Pitkala jt. (2009) uurisid Soome eakate päevakeskuses aasta jooksul läbiviidud psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniprogrammi mõju üksildaste eakate subjektiivsele tervisele. Nad väitsid, et üksindus on ängistav inimsuhete puudumise tunne ja seda seostatakse vanemate inimeste halva elukvaliteedi, halvenenud tervise ja suurenenud suremusega. Nende uuringus osales 235 üle 74 aastat inimest ja programmi tegevused toimusid 15 rühmas (igas 7–8 osalejat ja 2 erialarühma juhti). Grupi sekumine oli suunatud eakate inimeste mõjuvõimu suurendamisele ning nende eakaaslaste toetamise ja sotsiaalse integratsiooni edendamisele. Nende uuringu tulemused näitasid üksildaste eakate subjektiivse tervise märkimisväärset paranemist, mille tulemuseks olid järelkontrolli ajal oluliselt madalamad tervishoiukulud. Nad järeldasid, et psühhosotsiaalse grupiprogrammi mõju on seotud madalama suremuse ja vähema hulga tervishoiuteenuste kasutamisega.

Kawamoto, Yoshida ja Oka (2004) viisid läbi uuringu, et hinnata üldiselt eakate funktsionaalset võimekust suurendavaid tegureid. Nende tulemused näitasid, et eakate inimeste võimekuse säilitamiseks on olulised tegurid hea majanduslik seisund, osalemine ühiskondlikes tegevustes, regulaarne füüsiline koormus, retseptiravimite puudumine, kuulmispuude puudumine, kognitiivsete häirete puudumine ja füüsiline iseseisvus. Nad leidsid, et varasemad ennetusmeetmed on vajalikud funktsionaalse võimekuse vähenemise vastu võitlemiseks, eriti kõrge vanusega naiste puhul.

Jeon, Tudball ja Nelson (2019) aga uurisid, kuidas toetada elanike füüsilist aktiivsust, liikuvust ja funktsionaalset iseseisvust hooldekodus. Nad viisid läbi tõlgendava kvalitatiivse uuringu, et välja selgitada elanike arusaamad ja kogemused kehalise tegevuse võimalustest, funktsionaalsest sõltumatuses ning kuidas füüsiline aktiivsus ja funktsionaalne sõltumatus seavad hooldekodu keskkonnas väljakutseid. Küsitleti 24 elanikku viiest Austraalia hooldekodust. Leiti, et iseseisvuse säilitamine on esmatähtis prioriteet pea kõigi osalejate jaoks. Ometi ei teinud paljud uuringus osalejad vahet füüsilise aktiivsuse ja iseseisvuse säilitamise vahel ning pidasid liikumist ebasobivaks tegevuseks, mis on liiga suure intensiivsusega ja on sobilik rohkem noortele. Eakate arvates on neile kõige sobilikumad füüsilist aktiivsust parandavad tegevused kõndimine ja aiatööd. Osalejad väitsid, et kõndimine võib olla nii füüsiline tegevus, sotsiaalne tegevus, vaba aja veetmise võimalus ning sobilik ja saavutatav liikuvuse ja funktsionaalse sõltumatuse säilitamiseks. Uuringus tehti kindlaks elanike füüsilist ak-

tiivsust ja funktsionaalset sõltumatust mõjutavad võtmetegurid: vanadekodus elamisele eelnev aktiivsus, vanusetundlikkus, sotsiaalne kapital, lähedaste kaotus, valu ja töötajate tugi. Leiud toovad esile vajaduse paindliku ja kaasav lähenemisviisi järele, et hõlbustada elanike füüsilist tegevust ja suurendada töötajate rolli elanike julgustamisel, näiteks motiveerivate intervjuude kaudu (Jeon et al., 2019).

Chester et al (2018) on uurinud kodus elavate varajase dementsuse ilmingutega eakate ja nende hooldajate eelistusi kodutoetuse tugipaketi osas. Nad küsitlesid 44 dementsusega eakat ning 103 hooldajat. Jõuti järelduseni, et dementsusega inimeste jaoks olid kõige olulisemad sotsiaalsed suhted ja vaba aja veetmise võimalused ning nende hooldajate jaoks peeti kõige vajalikumaks koolitatud nõustaja tuge, kes annab teavet ja tegeleb isiklike tunnete ja muredega seotud aspektidega.

Hispaanias (Carmora-Torres jt.) 2018 aastal läbiviidud uuringu tulemusena toodi välja, et tervishoiupoliitika kujundajad peaksid looma rohkem programme, mis aitavad parandada kodus elavate eakate sotsiaalset tuge, et vältida nende institutsionaliseerimist. See on oluline tegur riigi majanduse stabiliseerimisel.

Tartu Tervishoiu Kõrgkool ja Tartu Hooldekodu koos Soome ja Saksamaa partneritega lõid kaasa 2008-2010 aastal Leonardo da Vinci projektis "Supporting the Functional Capacity of Older People with Skill and Quality" (SUFUCA), mille eesmärk oli veebipõhise õppematerjali arendamine ja koostamine eakate funktsionaalse toimetuleku toetamiseks, läbi psühhosotsiaalse, füüsilise ja vaimse võimekuse tõstmise.

Projekti raames keskenduti eakate funktsionaalse võimekuse toetamisele, kui terviklikule protsessile. Materjalid on koostatud eakate funktsionaalse võimekuse hindamiseks, individuaalsete toetamisplaanide koostamiseks ning kogu toetamisprotsessi süsteemseks hindamiseks. Projekti toetamisplaan on kui protsess, mis kätkeb endas mitmesuguseid funktsionaalsete võimekust toetavaid tegevusi ning mille toimimise eelduseks on kliendiga töötavate spetsialistide omavaheline koostöö. Toimetuleku toetamise meetodid ja tegevused on jaotatud kolme eraldi rühma. Füüsilise-, psühhosotsiaalse- ja vaimse toimetuleku toetamiseks on väljatoodud hulk erinevaid tegevusi ja harjutusi, mis peaksid aitama konkreetset valdkonda parandada (Supporting the functional..., 2008).

Kuigi SUFUCA projekt keskendus rohkem institutsioonides viibivate eakatele toimetuleku toetamisele, võiks minu arvates selline lähenemine edukalt sobida toimetuleku toetamiseks ka nendele vanemaealistele, kes elavad kodus. Projekti tegevused sarnanevad väga paljuski rehabilitatsiooniprot-

sessiga (programmiga), mis koosneb samuti hindamisest, planeerimisest, sekkumistest ja tulemuste hindamisest. Seega võiks rehabilitatsiooniprogramm olla hea võimalus eakate funktsionaalse võimekuse toetamise meetod.

1.3 Eesti eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamise rehabilitatsiooniprogrammi kirjeldus

Astangu Kutserehabilitatsioonikeskuse ja Sotsiaalkindlustusameti vahelise koostöö raames pikalt planeeritud projekt kulmineerus 2018 aasta septembris, kui kutsuti kokku ekspertide töögrupp, kes hakkas välja töötama rehabilitatsiooniprogrammi multiprobleemsetele eakatele. Planeeritava programmi aluseks oli Soome Rahvapensioniametiambulatoorse ja statsionaarse taastusravi standardi multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooni kursus (IKKU..., 2016). Arutati võimalust piiratud mahus üle võtta soomlaste väljatöötatud „Multihaigete eakate rehabilitatsioonikursuse“ teenuste paketti ning seejärel algatada vastav pilootprojekt teenuse sobivuse tuvastamiseks.

Rehabilitatsiooniprogrammi eesmärk on multiprobleemsete eakate tegevusvõime kindlustamine ja parandamine ning eakate osaluse ja aktiivsuse suurendamine eaka jaoks olulistes igapäevastes tegevustes ning nende lähi- ja tugivõrgustiku toetamine (Eakate funktsionaalse võimekuse..., 2019).

Ekspertide töögruppi kuulusid sotsiaaltöötaja, psühholoog, tegevusterapeut, meditsiiniõde ja füsioterapeut. Mul avanes samuti võimalus osaleda programmi koostamisel ning anda sotsiaaltöötaja rollis oma panus programmi valmimisele.

Multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogrammieesmärk on eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamine vanaduspensioniealistel inimestel, kellel esineb tervisega seotud probleeme mitmes erinevas valdkonnas. Sihtgrupi peamiseks probleemideks on halvenenud mälu, liikumispiirangud, raskused igapäevatoimingute tegemisel, vähenenud suhtlemisaktiivsus ja motivatsioon ning meeleolulangus. Programmi eesmärgiks on kaasa aidata mitme tervisemurega eakate iseseisva toimetuleku säilimisele võimalikult pika aja jooksul, et vähendada lähedaste hoolduskoormust ning samas tagada eakatele sisukas ja optimistlik vanaduspõlv (Eakate funktsionaalse võimekuse..., 2019).

Lisaks isikukesksetele individuaal- ja grupitegevustele toetatakse programme raames klienti, tema lähedasi ja KOV spetsialiste, rakendades võrgusikutöö meetodit. Rehabilitatsiooniprogrammi tegevused võib läbi viia teenuseosutaja juures ja kliendi kodus ning vajadusel ka KOV ruumides.

Tegemist on grupiprogrammiga, mis sisaldab füsioterapeudi, sotsiaaltöötaja, psühholoogi, tegevusterapeudi ning õe individuaal- ja gruppiteenuseid. Individuaal- ja gruppitööd rakendatakse vastavalt programmi tegevuskavale ja kliendi individuaalsetele vajadustele. Grupitööd ja grupiprotsesse rakendades soovitakse aktiveerida kliente suhtlema nii omavahel kui grupivälistes situatsioonides, motiveerida osalema eakohaste mälu ja füüsisist arendavate tegevustega. Grupi optimaalseks suurus on 6-10 inimest, et luua võimalus omavaheliseks kogemuste vahetamiseks, kuid mitte koormata liigse kommunikatsiooniga. Teenuste soovitatavaks mahuks programmi tegevustes on määratud 2-4 tundi nädalas (Eakate funktsionaalse võimekuse..., 2019).

Programmi raames koostatakse kliendile tema vajadustest lähtuvalt isiklikke soovitusi sisaldav dokument "Minu aktiivse elu teejuht", kus kajastatakse täiendavad soovitusel ja lisateenused, mida klient võib vajada peale programmis osalemise lõppu. Dokument saadetakse ka olulisimale võrgustikuliikmele.

Multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogrammi kestuseks on planeeritud 9 kuud ning esmane piloteerimine oli planeeritud 2019 aasta septembrist kuni 2020 aasta maini. Eriolukorra (kevad 2020) kehtestamise tõttu pikenes pilootprojekt kolme kuu võrra ning kõik asutused lõpetasid programmi tegevused alles 2020 aasta augustiks. Kuna projekti katkestamise tõttu ei hinnatud lõpptulemusi usaldusväärseteks, algatati 2020 aasta septembris uus piloteerimine, mis peaks lõppema 2021 aasta mais.

Programmi piloteerimise tulemusena peaks selguma, kas väljatöötatud sekkumised aitavad kaasa mitme erineva terviseprobleemiga eakate iseseisva toimetuleku säilimisele vähemalt ühe aasta jooksul pärast programmis osalemist.

Programmi kirjeldus on leitav Sotsiaalkindlustusameti kodulehel: Hange „Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks piloteerimine“.

2. POJEKTIDE HINDAMISE METOODIKAD

Sotsiaalse rehabilitatsiooni programmid on minu arvates üheks sotsiaalkaitse meetmeks, millega riik soovib tagada oma kodanikele võimaluse elada inimväärset elu. Et aga veenduda, kas programm teenib püstitatud eesmärgi, kas tegevused on kvaliteetsed ja jõuavad sihtgrupini ning kas oodatavad tulemused tõepoolest saavutatakse, on loomulik ja iseendastmõistetav protsess programmis hindamine. Mina leian, et sotsiaalsete programmide hindamine ja analüüsimine on tihedalt seotud kogu ühiskonna sotsiaalse mõjuga ning on aluseks sotsiaalpoliitika kujundamisel.

Poliitikauuringute Keskus Praxis (2008) on kirjutanud, et mõjude analüüsi üldine eesmärk on tõsta poliitikakujundamise kvaliteeti, kasutades teadmispõhist analüüsi ja pakkuda välja alternatiivseid võimalusi eesmärgi saavutamiseks. Sellistel analüüsidel on praktiline väärtus, sest analüüsides abil on võimalik hinnata kuivõrd antud probleemiga üldse valitsus peaks tegelema, milliseid probleeme annab ennetada, kuidas kavandada paremini tööd ja suunata ressursse ning arendada kompetentse.

Burdge (2003) on välja toonud, et sotsiaalse mõju hindamise eesmärk on aidata inimestel, kogukonnal, samuti valitsuse ja erasektori organisatsioonidel mõista ja paremini ette näha kavandavate ja planeerimata sotsiaalsete muutuste võimalikke sotsiaalseid tagajärgi inimrühmadele ja kogukondadele, mis tulenevad kavandavatest poliitikatest, plaanidest, programmidest ja projektidest.

Justiitsministeeriumi (2012) väitel hõlmavad sotsiaalsed mõjud kõiki sotsiaalseid ja kultuurilisi tagajärgi inimrühmadele mis tahes avaliku või eraviisilise tegevuse tõttu, mis muudab inimeste viisi elada, töötada, mängida, suhelda üksteisega, korraldada nende vajaduste rahuldamiseks ja ühiskonna liikmetena üldiselt hakkama.

Mõjude analüüsi üks kõige praktilisemaid väärtusi on aga see, et ta aitab teha informeeritud valikuid piiratud ressursside ja võimaluste paljususe korral. Pärast mõjude kindlaks määramist ja analüüsi on võimalik koostada erinevate võimalike vahendite kokkuvõtlik analüüs, milles võrreldakse nende tulemuslikkust, tõhusust ning olulisemaid tugevusi ja nõrkusi ning määratakse kindlaks eesmärgi saavutamiseks sobivaim vahend. Tugevuste ja nõrkuste võrdlemiseks on otstarbekas viia erinevate lahenduste mõjud võrreldavale kujule, mille puhul mõjude kvantitatiivne esitamine tuleb kindlasti kasuks. Samas ei saa alahinnata ka erinevate asjaomaste isikute ning institutsioonide ettepanekuid ja

arvamusi, mida saab eelkõige esitada kvalitatiivselt. Erinevate vahendite võrdlemise soodustamiseks on mõistlik esitada erinevate lahenduste mõjude eesmärkide, tegevuste ja mõjuliikide kaupa (Jus-
tiitsministeerium, 2021).

Mina püüan oma uurimustöös hinnata Eesti eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemi-
se toetamiseks koostatud rehabilitatsiooniprogrammi efektiivsust ning kaudselt ka selle mõju sot-
siaalkaitsele. Kuigi antud programm on suunatud multiprobleemsetele eakatele, siis võib positiivse
mõju hindamise tulemusena programmi aluseks võtta ka teiste vanemaealistele suunatud program-
mide koostamisel.

Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud Hoolekandeprogrammis (2021-2024) on ühe eesmärgina
märgitud, et jätkatakse rehabilitatsiooniprogrammide arendamist pisut teistel alustel ja alates käeso-
levast aastast keskendutakse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse standardite loomisele, mis on laie-
mad kui senised programmid ja keskenduvad laiemale sihtrühmale (Sotsiaalministeerium, 2021).

Eestis on rehabilitatsiooniprogrammide hindamisskaala ja hindamiskriteeriumid sätestatud sotsiaal-
kaitse ministri määrusega ja programmid kinnitab sotsiaalkindlustusamet. Programmide vastavust
õigusaktidega kehtestatud kriteeriumitele hindab sotsiaalkindlustusameti juurde moodustatud nõu-
andev komisjon. Komisjoni töökord ja rehabilitatsiooniprogrammide kinnitamise kord ning prog-
rammi vorm on kinnitatud sotsiaalkindlustusameti peadirektori käskkirjaga (Rehabilitatsioonipro-
grammid, 2021). Programmide hindamise tulemusena saab analüüsida nende mõju sotsiaalkaitsele.

UURIMUSE EESMÄRK JA ÜLESANDED

Minu uurimuse eesmärk on hinnata rehabilitatsiooniprogrammi “Eakate funktsionaalse võimekuse ja
ühiskonnas osalemise toetamiseks” efektiivsust, kasutades selleks antud programmi piloteerinud
spetsialistide intervjuusid.

Eesmärgi täitmiseks püstitasin järgnevad uurimisküsimused:

1. Kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid eakate funktsionaalse võimekuse ja
ühiskonnas osalemise muutust peale programmis osalemist?

2. Kuidas hindavad spetsialistid programmi sobivust eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks?
3. Mis on programmi tugevused?
4. Mis vajaks programmis muutmist?

3.UURIMUSTÖÖ MEETOODIKA

Selles peatükis annan ma ülevaate oma uurimuse metoodikast, seal hulgas uuringus osalejate valiku põhimõtetest, uurimuse käigust ning andmete kogumise ja analüüsimise meetoditest. Peatüki lõpus esitan eneserefleksiooni.

3.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus

Kasutasin oma uurimustöös kvalitatiivset uurimisviisi. Sofaer (1999) väidab, et kvalitatiivsed uurimismeetodid on väärtuslikud keerukate nähtuste rikkaliku kirjelduse pakkumisel, ainulaadsete või ootamatute sündmuste jälgimisel, valgustades kogemuste ja sündmuste tõlgendamist erinevate inimeste poolt ning annavad hääle neile, kelle seisukohti on harva kuulda. Kvalitatiivsetel meetoditel on palju panust sotsiaalteenuste ja tervisepoliitika uurimisse, eriti kuna sellised uuringud käsitlevad kiireid muutusi.

Broomfield (2014) toob välja, et kvalitatiivset uurimismeetodit saab kasutada kui mittestatistilist analüüsimeetodit inimese subjektiivse kogemuse analüüsimiseks või arvamusteks.

Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara (2010) lisavad, et kvalitatiivse uurimuse lähtekohaks on tegeliku elu kirjeldamine. Kvalitatiivne uurimus on paindlik ja inimesed esitavad küsimusi ja tõlgendavad asju nii, nagu nad neid näevad ja neist aru saavad.

Kvalitatiivne meetod sobis minu teema uurimiseks hästi, kuna see on suunatud inimeste kogemuste, arusaamade ja tõlgenduste mõistmisele (Laherand, 2008).

3.2 Andmekogumise meetod

Andmekogumise meetodina kasutasin poolstruktureeritud intervjuusid. Djamba ja Neuman (2002) märgivad, et kvalitatiivsetes uuringutes peame mõtlema enne andmete kogumist läbi ka mõisted. Paljud meie uuringus kasutatavad mõisted töötatakse välja ja viimistletakse intervjuu käigus või pärast andmete kogumise protsessi. Andmete kogumisel vaatame pidevalt oma andmeid ja kontseptsioone uuesti läbi ja mõtiskleme samaaegselt interaktiivselt. Andmeid kogudes ja samaaegselt selle üle mõtiskledes genereerime uusi ideid ja saame vajadusel andmeid täiendada. Poolstruktureeritud intervjuudes on küll küsimused ettevalmistatud ja teemavaldkonnad paika pandud, kuid autoril oli võimalus küsimuste järjekorda ning sõnastust vastavalt vajadusele muuta. Hirsijärvi jt, (2010) on väitnud, et selline meetod võimaldab küsimustele lisaks esitada avatud küsimusi, kui vastus jäi selgusetuks või vajab täiendamist. Intervjuu on ainulaadne andmekogumise meetod, sest siin ollakse uuritavaga vahetus keelelises interaktsioonis.

Minu uurimuse eesmärk oli rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud spetsialistide kaudu hinnata programmi efektiivsust ning seetõttu on oluline olla intervjuueeritavatega sotsiaalses interaktsioonis. Broomfield (2014) toob välja, et poolstruktureeritud intervjuu on avatud, võimaldades intervjuu käigus tõstatada uusi mõtteid. Intervjuudest kerkiski esile teemasid, millele ma algselt tähelepanu pöörata ei osanud, kuid olid olulised tulemuste analüüsimiseks. Laherand (2008) väidab, et intervjuu eelis teiste andmekogumise meetodite ees ongi paindlikkus, võimalus andmekogumist vastavalt olukorrale ja vastajale reguleerida.

Püüdsin oma intervjuu küsimustega välja selgitada, milliseid muutusi eakate funktsionaalses võimekuses märkasid spetsialistid programmi jooksul ning kas programmi tegevused olid sobivad eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamiseks. Samuti soovisin teada saada, mis on programmi tugevused ning milliseid kitsaskohti spetsialistid märkasid. Kuigi tegemist on kvalitatiivse uurimisviisiga, palusin siiski funktsionaalse võimekuse muutust hinnata 5-palli skaalal, et intervjuueeritavatel oleks lihtsam oma hinnangut väljendada.

3.3 Uurimustöö valim

Minu uurimustöö valimiks on eakate funktsionaalset võimekust ja ühiskonnas osalemist toetavat rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud asutuste spetsialistid.

Hanke tulemusena valiti rehabilitatsiooniprogrammi piloteerima viis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust osutavat asutust, kelle hulgast pidin valimi moodustama. Kõik viis asutust tegutsevad erinevates Eesti maakondades, seega oli esindatud rehabilitatsioonimeeskonna liikmed Harjumaalt, Lääne-Virumaalt, Ida-Virumaalt, Pärnumaalt ja Võrumaalt. Uuringu koostamiseks viisin läbi üheksa intervjuud. Neljast asutusest küsitlesin kahte spetsialisti, ühe asutuse puhul oli ainult üks spetsialist nõus intervjuus osalema. Antud rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud meeskonna koosseisu pidi kuuluma sotsiaaltöötaja, psühholoog, füsioterapeut, tegevusterapeut ja õde. Minu intervjuudes osalesid erinevatest rehabilitatsioonimeeskondadest kolm sotsiaaltöötajat, kaks tegevusterapeuti, kaks psühholoogi, üks füsioterapeut ning üks õde. Seega olid intervjuudes esindatud kõikide programmis nõutud valdkonna spetsialistide esindaja.

Intervjuudes osalenud spetsialistid vastasid kõik täpselt samadele küsimustele, kuigi nende programiga seonduvad tegevused ja kogemused on erialast lähtuvalt natuke erinevad. Näiteks füüsilise võimekuse valdkonnaga oli rohkem seotud füsioterapeut, tegevusterapeut ja õde ning psühhosotsiaalse ja vaimse võimekuse probleemidega tegelesid programmis suuremal määral sotsiaaltöötaja ja psühholoog. Selline valim aga aitas mul saada ülevaate programmi efektiivsusest ja kitsaskohtadest just erinevate eriala spetsialistide vaates.

Intervjueeritavate kontaktid küsisin rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud asutuste koordinaatoritelt. Osalejate motiveerimiseks selgitan neile, et antud uuring on oluline eakate aktiveerimise suurendamiseks ning võib aidata kujundada Eesti eakate poliitikat. Lubasin soovi korral edastada uurimuse tulemused kõikidele osalejatele.

Andmete kogumiseks kohtusin ühe osalejaga silmast silma, neli intervjuud viisin läbi telefoni teel ning kaks intervjuud sain tehtud Skype vahendusel.

Intervjuud viisin läbi ajavahemikul veebruar 2021 kuni märts 2021. Intervjuud kestsid orienteeruvalt 30-90 minutit, kõige pikem intervjuu oli 95 minutit pikk ja kõige lühem kestis 27 minutit. Kõik intervjuud salvestasin osalejate nõusolekul diktofonile. Salvestamisel eelis oli see, et sain intervjuu jooksul keskenduda vastuste kuulamisele ja järgmiste küsimuste kavandamisele (Lagerpetz, 2017).

Salvestatud helifailid transkribeerisin käsitsi sõna-sõnaliseks tekstiks ning lisasin juurde spetsiililisi märke, et hiljem analüüsis edasi anda mitteverbaalset kommunikatsiooni. Lagerspetz (2017) kirjutab, et mitteverbaalne kommunikatsioon aitab analüüsida ka intervjuuerija ja vastaja vahelist kommunikatsiooni.

Transkriptsioon hõlmab korduva hoolika kuulamise kaudu kõiki intervjuudes olevaid andmeid ja Bailey (2008) sõnul on see oluline esimene samm andmete analüüsimisel. Selline andmete kogum ja tähelepanu pööramine sellele, mis seal tegelikult on, võib hõlbustada analüüsi käigus tekkivaid arusaamu või ideid.

Uuringutes osalemine oli kõigile spetsialistidele vabatahtlik ning kõik intervjueeritavad on minu töös anonüümsed. Uurimistulemused esitan nii, et inividid ega asutused, kes uuringus osalesid, ei ole ära tuntavad. Püüan oma uurimuses tagada osalejatele täieliku anonüümsuse ja konfidentsiaalsuse, uurimismaterjali hoian kõrvalistele isikutele kättesaamatuna.

3.4 Andmete analüüsi meetod

Andmete analüüsimiseks kasutasin kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodit, temaatilise analüüsi põhimõtetega. Lagerpetzi (2017) kirjutab, et kvalitatiivse analüüsi korral jõutakse materjali seadmise loogikani, selles esinevate mustriteni, olulise ja ebaolulise eristamiseni alles analüüsi käigus. Bengtsson (2016) toob aga välja, et sisuanalüüsi eesmärk on kogutud ja korrastatud andmetest tähendus esile kutsuda ning sellest realistlikud järeldused teha.

Temaatiline analüüs erineb teistest analüüsi meetoditest, kuna see otsib iseloomustavaid mustreid kvalitatiivsest materjalist (Brown, ja Clarke 2006).

Kalmus, Masso ja Linno (2015) toovad välja, et temaatilises analüüsis selgitatakse välja teemad ja nende järjestus ning uuritakse vastajate interpretatsioone. Andmete kogumisel sõnastasin oma uurimuse eesmärgi ja uurimisküsimused, kuid andmetes pöörasin tähelepanu ka sellele, mis on uurimuses osalejate jaoks oluline ja mida nad on selle teemaga seoses pidanud oluliseks rääkida.

Andmete analüüsimisel koondasin esmalt sarnase tähendusega tekstiosad vastavate kategooriate ehk teemade alla. Need kategooriad esindasid nii selgelt välja öeldud kui ka mõista antud sõnumeid.

Andmete analüüsi alustasin sellest, et lugesin intervjuude protokollid korduvalt läbi, et materjali sisse elada ja tunnetada tervikut. Seejärel lugesin teksti mõtete kaupa ja eraldasin selle uurimisküsimuste järgi teemadeks. Ülejäänud tekstist tõstsin veel esile sõnad, mis näitasid väljendavat kõige olulisemaid mõtteid või kontseptsioone. Sealt tekkisid uued teemad, mis uurimisküsimustega otsest seotud ei olnud, kuid mida intervjuueeritavad pidasid oluliseks.

Tulemuste analüüsis kasutan teksti illustreerimiseks jutumärkides ja kaldkirjas esitatud intervjuueeritavate tsitaate. Mitteverbaalse kommunikatsioon edasiandmiseks kasutan järgnevaid transkriptsioonimärke:

/.../ vahelejäädud tekst

(.) lühike paus

(2) pikem paus, sulgudes sekundid

tasa vaikselt lausutud tekst

SUURED TÄHED valjusti lausutud koht

Alla joonitud rõhutatud tekst

(()) analüüsija märkused

3.5 Eneserefleksioon

Olen sotsiaalse rehabilitatsiooni valdkonnas töötanud juba 15 aastat ning seega oli tõenäoline, et valin magistritöö teemaks midagi valdkonna siseselt. Eakatele suunatud rehabilitatsiooniteenuseid käsitlesin ka oma kõrgkooli esimese astme lõputöös ning magistritöö temaatika on loomulik jätk minu varasemale uuringule.

Magistritöö teoreetilist osa kirjutama hakates tekkis mul alguses päris suur segadus. Funktsionaalse võimekuse mõiste, sh milliseid tegureid käsitletakse psühhosotsiaalse võimekuse ja vaimse võimekuse valdkonnas, sai mulle selgeks alles materjali läbitöötamise käigus. Üllatusin, et need minu igapäevatöoga seotud aspektid ei olnud mulle teada. Teoreetilise osa kirjutamisel oli mulle suureks

abiks magistriõppe raames läbitud infopädevuse kursus, kus omandasin oskused erinevate teadusartiklite leidmiseks.

Uurimuse empiirilist osa teostama hakates olin väga motiveeritud ja huvitatud saadud tulemustest. Kuna osalesin ka programmi koostaja rollis, siis püüdsin keskenduda sellele, et jääda subjektiivseks ja vältida eelarvamusi. Programmi koostamisel tuli jääda etteantud raamidesse ning seega aimasin ma mõningaid programmi kitsakohti juba enne uuringu algust.

Intervjuusid kokku leppima hakates pidin tõdema, et kõik ei suju kahjuks plaanipäraselt. Algne eesmärk intervjuuerida pilootprogrammis osalenud eakaid ning nende tõlgenduste põhjal hinnata programmi efektiivsust jäi täitmata, kuna mõned asutused ei soovinud programmis osalenud klientide kontakte avaldada. Koostöös juhendajaga muutsime uurimuse eesmärgi ja küsitlesin hoopis programmi piloteerinud rehabilitatsiooniasutuste spetsialiste. Nende kogemuste kaudu oli samuti võimalik jõuda järeldusteni, kas antud programm on sobilik eakate aktiveerimiseks.

Intervjuude läbiviimist takistas riigis valitsev olukord seoses COVID-19 viirusega ja spetsialistide ülekoormus. Minu jaoks oligi kõige ebamugavam spetsialistidele pidevalt peale käia ja neid motiveerida intervjuudes osalema, sest oli tunda, et paljud seda teha ei soovi. Olen siinkohal väga tänulik kõigile vastajatele.

Uurimuse läbiviimise juures sain aru, kui olulised on head koostöösuhted teiste teenuseosutajatega ja hea veenmisoskus. Mul on tunne, et rehabilitatsiooniteenusel on meie ühiskonnas üsna halb kuvand ning seda ei väärtustata piisavalt. Pikaajalise valdkonna spetsialistina olen aru saanud, et teenuse osutajate ja rahastaja vahelised suhted on üsna pingelised ning seda oli tunda ka uurimustöö läbiviimisel. Mõned spetsialistid olid nõus uurimuses osalema alles siis, kui selgitasin, et mina ei esinda rahastajat ja ei teosta järelevalvet, vaid soovin samuti *teenuseosutajana* teada saada, kas antud programm on efektiivne või kuidas võiks seda veel arendada.

Uurimuse koostamine oli minu jaoks väga huvitav ja õpetlik kogemus. Tänu hulgaliselt läbitöötatud teoreetilisele materjalile sain hea ülevaate eakate probleemidest ja vajadustest, teiste rehabilitatsiooniasutuste spetsialistide tööst ning rehabilitatsioonipraktikast mujal maailmas. Andmete kogumise ja analüüsi käigus õppisin ka ennast paremini tundma. Õppisin laiemat pilti nägema ning oma aega paremini planeerima.

4.TULEMUSTE ANALÜÜS

Tulemuste analüüsi jagasin vastavalt uurimisküsimustele neljaks osaks. Esimeses osas käsitlen eakate funktsionaalse võimekuse ja iseseisva toimetuleku muutust programmi tulemusena, teises osas annan ülevaate spetsialistide arvamusest programmi sobivuse kohta, kolmandas osas toon välja programmi tugevused ning neljandas osas kirjeldan ilmnunud probleeme.

Funktsionaalse võimekuse valdkonna küsimuste puhul oli aru saada, et füüsilise võimekusega seonduvate teemade kohta vastasid julgemalt füsioterapeut, tegevusterapeutid ja õde ning psühhosotsiaalse ja vaimse võimekuse valdkonda valdasid paremini psühholoogid ja sotsiaaltöötajad. Kõige parem ülevaade kogu programmi etappidest oli sotsiaaltöötajatel, kuna nemad osalesid reeglina ka koordinaatori rollis. Kuigi programmi tegevustes oli ette nähtud koostöö kõigi meeskonnaliikmete vahel, sealhulgas hindamised, eesmärkide seadmised ja kogemuskohtumised nii enda meeskonnasiselt kui ka teiste sarnast programmi piloteerivate asutustega, jäi mulle siiski mulje, et mõni spetsialist tegeles vaid kitsalt oma valdkonnaga ning programmi üldiste eesmärkide ja tegevuste kohta vastata ei osanud.

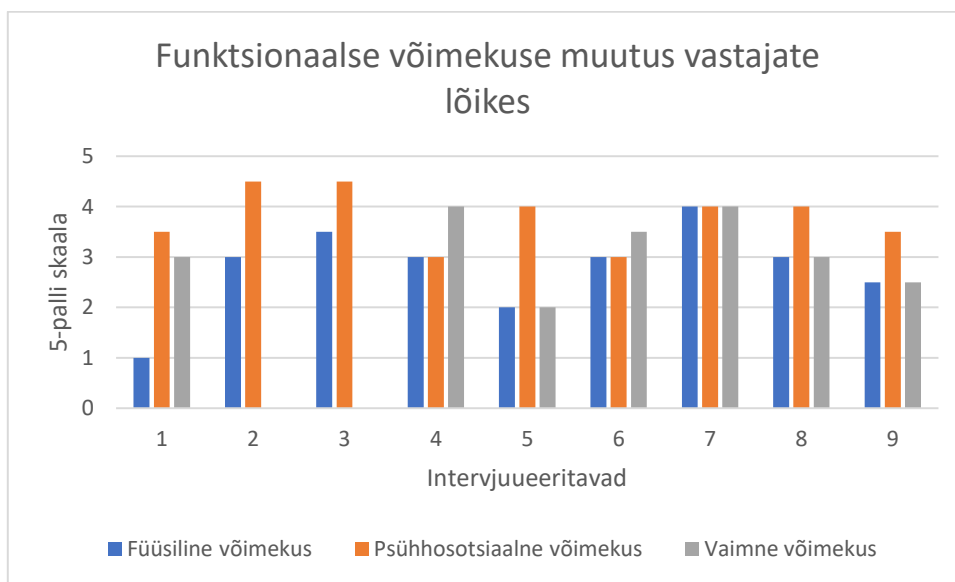
4.1 Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurenemine programmi mõjul

Rehabilitatsiooniprogrammi „Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamine” põhieesmärk on toetada inimese võimalikult iseseisvat toimetulekut vähemalt aasta jooksul pärast programmi lõppu, ennetada institutsionaalsetele teenustele sattumist ja soodustada eaka ühiskondlikku aktiivsust. Piloteerimise tulemusena sooviti välja selgitada, kas programmi tegevustega aidatakse kaasa mitme erineva puudega eakate iseseisva toimetuleku säilimisele vähemalt ühe aasta jooksul pärast programmis osalemist, et vähendada lähedaste hoolduskoormust ning samas tagada eakatele sisukas ja optimistlik vanaduspõlv.

Uurisin programmi piloteerinud spetsialistidelt, kuidas nemad hindavad programmi mõju eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurenemisel. Funktsionaalset võimekust olen

käsitlenud kolmes eraldi valdkonnas, milleks on füüsiline võimekus, psühhosotsiaalne võimekus ning vaimne võimekus.

Palusin spetsialistidel hinnata funktsionaalse võimekuse muutust erinevates valdkondades viie palli skaalal, et lihtsustada neil hinnangute andmist. Vastustes tähendas *null*, et mingit muutust märgata ei olnud ja *viis* tähistab spetsialistide hinnangul maksimaalset muutust. Tegemist on küll **subjektiivsete hinnangutega**, kuid minu meelest andis see parema ülevaate intervjuueeritavate arvamusest. Lisan teksti illustreerimiseks diagrammi, mis näitab kõigi vastajate hinnanguid füüsilise-, psühhosotsiaalse- ja vaimse võimekuse valdkonnas (Joonis 1).



Joonis 4. Funktsionaalse võimekuse muutus intervjuueeritavate hinnangul

4.1.1 Muutused füüsilises võimekuses programmi mõjul

Programmi edukust füüsilise võimekuse suurenemisel hindasid spetsialistid üsna tagasihoidlikult. Intervjuudest selgus, et kõige suuremad füüsilist võimekust takistavad tegurid programmis osalenud eakatel olid kroonilised haigused, liiges- ja lihasvalud, tasakaaluhäired ja ülekaalust tingitud tervisehäädad. Vähemal määral toodi välja nägemis- ja kõnehäireid ning onkoloogiliste haigustega seotud terviseprobleeme, mis takistasid igapäevast toimetulekut. Läbivaks takistuseks märgiti liiges- ja lihasvalu, mis takistab soovitud määral ühiskonnas osaleda.

„HIRMSAD valud, noh hirmsad valud ja pidevalt oligi see valu taju, mis takistas välja minna“

Programmi tegevused toimusid osaliselt talvisel perioodil ning see tõid välja veel ühe vanemaealiste sagedasti esineva probleemi, tasakaaluhäired ja kukkumishirmu. Väga paljude intervjuudes mainiti, et libedusega kartsid eakad kodust välja tulla, sest hirm oli kukkuda.

„siis oli juba talv tulemas ja siis nad juba libedust kartsid, et kuidas sellega hakkama saada, et ei kukuks ja ei komistaks, (3) seda kukkumist nad nagu HÄSTI kartsid, (2) no kõik praktiliselt“

Füüsilist võimekust säilitavate/parandavate tegevustega tegelesid programmis peamiselt füsioterapeut ning tegevusterapeut. Samuti nõustas õde liikumise-ja toitumisega seotud teemadel. Spetsialistide vestlusest võib välja lugeda, et kliendid olid väga huvitatud füüsilistest tegevustest ja osalesid nendes hea meelega. Mõnel korral mainiti isegi, et füüsilist võimekust parandavaid tegevusi oleks võinud rohkemgi olla, kuna kliendid pidasid just seda kõige olulisemaks oma elukvaliteedi parandamisel. Spetsialistide sõnul oli suur osa programmis osalenud eakaid teadlikud igapäevase liikumise vajalikkusest füüsilist võimekuse säilitamisel, kuid neil polnud välja kujunenud harjumust üksinda kodus võimelda või väljas jalutada. Programmis füsioterapeudi juhendamisel ja koos teiste osalejatega oli see aga motiveeriv.

Füüsilise võimekuse oodatust väiksemat muutust põhjendati programmis etteantud füüsiliste tegevuste liiga väikese mahuga ning muutuste saavutamiseks piisava aja puudumisega. Intervjuudes mainiti, et suuremad muutused esinesid nendel klientidel, kes teenusevälisel ajal ka iseseisvalt õpetatud harjutusi sooritasid ja spetsialistide nõuandeid järgisid. Toodi välja, et nende väheste tundidega, mis programmis oli ette antud, ei olegi võimalik suuri muutusi ellu kutsuda.

Paljudest intervjuudest käis aga läbi mõte, et programmi tulemusena paranes eelkõige klientide teadlikkus.

„/.../ pigem paranes nende teadlikkus sellest, et seda tulemust me tegelikult ju veel ei näe“

Samuti toodi muutuste valdkonnas välja klientide enesekindluse tõusu ja motivatsiooni tegutseda. Spetsialistide hinnangul aitasid klientidele koostatud harjutuskavad ja järjepidevad nõustamised tekitada neis harjumuse iseseisvalt jätkata tegevusi füüsilise võimekuse parandamiseks. See omakorda soodustas nende kehalise jõudluse, koordineerimise ja üldise tervise paranemist.

*„et ühe eaka puhul oli, et ta enne seda projekti *või mis ta oli*, ei käinud ta kaugemale kui kodust postkastini ja see oli kõik tema liikumine, et koduhoolduse või selle teenuse käigus toodi talle kõik toidud ja asjad koju (3) ja tegelikult peale seda hakkas ta liikuma /.../ läks poodi, või tegevustera-
peudiga, hakkas koos poodi minema, läks isegi prügikastini“*

Intervjueeritavad tõid välja, et füüsilise võimekuse paranemist oli rohkem märgata ka neil klientidel, kellel oli sisemine soov ja motivatsioon seda teha. Rõhutati, et on oluline toetada nii füüsilist, psüh-
hosotsiaalset, kui vaimset võimekust käsikäes. Sain vestlustest aru, et need programmis osalenud eakad, kes olid vaimset nõrgemad ja ei olnud väga motiveeritud, nende füüsiline võimekus suurenes marginaalselt ka programmi jooksul.

4.1.3 Muutused psühhosotsiaalses võimekuses programmi mõjul

Programmi edukust psühhosotsiaalse võimekuse suurendamisel hindasid küsitletud spetsialistid kolmest valdkonnast kõige kõrgemine. Tulemused näitavad, kui suure muutuse võib eakatel esile kutsuda suhtlemine, nende ärakuulamine ja motiveerimine.

Psühhosotsiaalse võimekuses kõige suurem riskitegur programmis osalenud eakatel oli spetsialistide arvates hirm. Eranditult kõikides intervjuudes toodi välja, et eakatel esinevad hirmud mitmes vald-
konnas.

„Peamine oligi see hirm (3) hirm mitmes aspektis, et enda probleemidest rääkida üldse, näidata ennast nõrgana ja haavatavana (.) siis hirm oma tervise halvenemise ees või hirm jääda üksinda“

Eakate hirmud on enamasti põhjustatud nende ebakindlusest ja ühiskonna survest. Intervjuudes too-
di välja, et eakatel on üsna sageli negatiivne minapilt. Sellest tulenevalt esineb neil tihti meeleolu-
langust ja motivatsioonipuudust ühiskonnas osaleda. Spetsialistide vestlustest võis välja lugeda, et eakad tunnevad ennast sagedasti ka stigmatiseeritud sihtgrupina, kes on teistele ühiskonnaliikmetele ainult koormaks.

„just see enesemääratlemine, SEE STIGAMATSIOON, mis neid tegelikult häirib“

Eakad on tunnistanud, et kogevad mõnikord tõrjutust ja sotsiaalset ebavõrdsust teiste ühiskonnaliikmete poolt. Nad tunnevad, et neid pole enam kellelegi vaja ja nende arvamused ei lähe noorematele korda.

„et nad on ühiskonnaelus kõrvale jäänud (.) et ah kellele neid ikka vaja on ja küll ma saan ja kõik sellised asjad ja (2) ma ei koorma oma lapsi ja“

Intervjuudes räägiti, et vanemaealistel väheneb suhtlusvõrgustik ning kahaneb ka sotsialiseerumisvõime. Toodi välja, et eakale sihtgrupile mõjus kõige raskemini ka pandeemiast tingitud sotsiaalne distantseerumine. Lähedased hakkasid oma eakaid sugulasi oluliselt vähem külastama ning igasugune huvitegevus, kus saab muuhulgas teistega suhelda, on samuti piiratud. Programmi klientide hulgas oli ka eakaid, kellel üldse puudus lähivõrgustik ning nad olidki harjunud üksi olema. Üksindus ja hirmud olid nad sotsiaalsest elust isoleerinud.

„et ei tahetud isegi oma lähedastele tüliks olla, eks mis ma ikka oma haigustega siin neid tüütan ja oldigi jäänud sellesse (2) noh omasse mulli ja väljas käimist eriti ka ei olnud, suhtlemist ka ei olnud“

Spetsialistid tõid välja, et programmi jooksul muutusid eakad järk-järgult avatumaks, julgemaks ning hakkasid omavahel suhtlema ka teenusevälisel ajal.

„et meil olid mitmed, kellel lapsed olid kaugel ja üks kellel üldse ei olnud (.) tema oli ka, et nende pere ei saanudki lapsi (2) näiteks tekkisid sellised üks-üht toetavad paarid nagu, kes siiaaale nagu suhtlevad ja ühte hoiavad“

Olulise aspektina suhtluse soodustamiseks programmis nimetati grupitegevusi. Rehabilitatsioonispetsialistina võin oma kogemuse põhjal samuti väita, et väga suur kasutegur sotsiaalses rehabilitatsioonis on grupitegevuste kaudu uute kontaktide loomisel. Grupis, kus tegutsetakse koos ühiste eesmärkide saavutamise nimel, tekib tihti peale sünergia. Grupiliikmed hakkavad omavahel kogemusi jagama ning üksteist motiveerima ja toetama. Sellist käitumist tõid spetsialistid välja ka antud programmi puhul. Rõhutati mitmel korral, et grupitegevused soodustasid eakatel psühhosotsiaalsete eesmärkide saavutamist.

„et kui nad alguses ei tundnud omavahel, siis pärast osad läksid koos juba kohvi jooma ja jagasid seal telefoni numbreid ja arste omavahel (2) ja rääkisid oma lastest ja see sünergia oli näha, kuidas see toimis (3) nad jäid kindlasti peale gruppi suhtlema“

Programmi piloteerinud asutustest vähemalt kahes osalesid ka vene keelt kõnelevad kliendid. Toodi välja, et nemad tundsid ennast alguses küll ebamugavalt, kui koos eesti keelt kõnelevate eakatega ühte gruppi pandi. Programmi tegevused aga aitasid neil tasapisi omavahel integreeruda ja pinged kadusid üsna ruttu.

„meil oli keelebarjäär alguses, et meil olid eestlased ja venelased koos ja ei julgetud nagu rääkida alguses kõik koos (.) et keegi ei saanud nagu aru /.../ neil oli ebamugav /.../ siis see oli hästi positiivne, et oli näha, et inimesed on nagu vabad ja ei karda ja julgevad suhelda, vaatama sellele, et keelebarjäär oli ka, et see oli selline suur muutus”

Kõigile siiski grupitegevused ei sobinud ja mõned spetsialistid tõid välja just individuaalsete tegevuste olulisuse psühhosotsiaalse võimekuse suurendamisel. Spetsialisti ja kliendi vaheline usaldusliku suhte tekkimine aitas muuta kliendi avatumaks ning spetsialist sai hakata kliendi hirmudega tegelema. Individuaalse lähenemisega saavutati olukord, kus klient oli valmis hiljem ka grupiga liituma.

„siis see on väga suur asi minu jaoks/.../ kui klient ei suhtle tegelikult ja nüüd ta tuli gruppi ja suhtleb kas või nende mõne inimesega“

Psühhosotsiaalse võimekuse suurendamist pidasid spetsialistid kõige olulisemaks faktoriks eakate ühiskonda integreerimisel. Nad tõid välja, et piisav julgus, enesekindlus ja suhtlemisoskus tagavad head tingimused sotsiaalsete suhete loomiseks, mis on eakate elukvaliteedi oluline osa. Programmi mõjul oli seda muutust ka märgata.

4.1.4 Muutused vaimses võimekuses programmi mõjul

Vaimse võimekusega seotud teemadel vestlesid intervjuus osalenud spetsialistid kõige vähem. Nagu eelpool mainisin, ei vastanud pilootprojekti kõik kliendid programmis osalemiseks vajalikele kriteeriumitele ning ühtlasi toodigi vaimset võimekust piiravaid tegureid programmi klientidel kõige vähem välja. Programmi jooksul sooritatud tegevuste eesmärk oli pigem säilitada või parandada olemasolevat vaimset võimekust ja antud juhul siis püüti sekkumistega seda rohkem säilitada.

Seetõttu hinnati programmi edukust vaimses võimekuse suurendamisel ka kõige madalamalt. Nagu eelpool mainitud oli suurem osa programmis osalenud kliente aktiivsed ning neil ei esinenud piiranguid vaimse võimekuse valdkonnas, enamasti just kognitsioonis.

„et kuna nad olid nii nupukad ja asjalikud ja motiveeritud (.) siis see vaimne võimekus oli ka suhteliselt hea“

Mõnes intervjuus seostasid spetsialistid vaimse võimekuse tegureid ka hirmude ja emotsioonidega, mis on eakatel väga sagedasti esinevad probleemid. Mäluprobleeme, keskendumisraskusi ning tähelepanuhäireid esines suuremal osal pilootprojekti klientidel vähesel määral ja need ei takistanud olulisel määral iseseivat toimetulekut.

Vaimse võimekuse suurendamiseks läbiviidud tegevused, näiteks erinevat sorti mälutreeningud jms. kognitiivset oskust parandavad harjutused olid eakatele väga kasulikud. Sõltumata muudest asjaoludest aeglustuvad vanemas eas kognitiivsed protsessid ja seetõttu on mitmesugused ajutreeningud eakatele igal juhul vajalikud. Saks (2017) on öelnud, et vaimse võimekuse allakäigu ohuperioodiks on pensionile jäämise järgne aeg, kui langevad ära paljud tööga seotud kohustused ja neid ei kompenseeri teised tegevused. Siis võib kehaline ja vaimne võimekus kiiresti kahaneda. Spetsialistid tõidki välja, et kerge vaimse võimekuse langus programmi klientidel oligi pigem põhjustatud psühhosotsiaalsetest probleemidest, kuid nendega tegeledes võis märgata siiski muutusi ka vaimses võimekuses.

„et nende jaoks need meeleolu teemad olid absoluutselt olulisemad, et need nagu nende arvates seda elukvaliteeti pärssisid rohkem kui mälu ja keskendumine“

Üks asutus, kelle kliendid olid kaasatud programmi koduhooldusteenuse saajate nimekirjast, hindas programmi mõju vaimse võimekuse suurendamisel marginaalseks. Nende asutuse eakad olid kõik üle 80-aastased ning neil esines väga palju erinevaid probleeme, seal hulgas vaimse võimekuse langust. Väga vanas eas, pärast 80. eluaastat, võib suurel määral väheneda tähelepanu jagamise võime ja tekkida mitmed muutused mälus, mis tekitavad raskusi igapäevatoimingute sooritamisel (Saks, 2017). Programmis ettenähtud sekkumised ei olnud muutusteks piisavad.

*„kui nõ tutvumine oli grupis *ka siis nad üritasid nimesid meelde jätta* , palju meil oli seal lõpuks, mingi neli inimest ja vahel viis /.../ tal läks poolteist tundi selle peale /.../ ja kaks minutit (2) juba unustatud /.../ see oli ikka üliskeeruline“*

Selle asutuse esindaja tõi välja, et nende kliendigrupi puhul oleks vaimse võimekuse parandamiseks vaja läinud kindlasti pikemat perioodi ja rohkem spetsialiste, näiteks oleks vaja olnud kaasata eripe-

dagoog ja logopeed. Sain vestlusest aru, et mitu selle asutuse programmis osalenud klienti olid insuldist taastumas ning nende erivajadusest tingituna oleks tõesti lisateenused vaja olnud.

Vaimse võimekuse valdkonna positiivsete mõjude all toodi mitmel korral välja, et programmi tulemusena paranesid eakate infotehnoloogilised oskused. Programmis osalenud sotsiaaltöötajad, psühholoogid ja tegevusterapeudid õpetasid grupitegevuste raames eakatele tänapäeva *keerukaid* digitaalsete vahendeid kasutama. Paljud eakad olid alguses üsna konservatiivsed olnud ja isegi kartnud nutiseadmeid proovida, kuid nii mõnelegi hakkas see hiljem meeldima. Nad said aru, et *nutiasjad* on loodus selleks, et hõlbustada igapäevaseid toiminguid ja suhtlemist. Digipädevuse arendamine aitas eakatel suhtlemisvõimalusi laiendada, et seeläbi ühiskonnas aktiivsemalt osaleda.

„tegime digioskuste koolitusi neile (.) mitte koolitust vaid praktiliste oskuste õpet, mis oli neile väga kasulik ja alguses oli ikka väga suur skepsis /.../ enamus oskas ainult kaane üles tõsta /.../ et see annaks neile võimaluse alates digireseptist kuni omavahel suhtlemist mitte pärssida ja uusi tutvavaid leida”

Intervjuudes mainiti, et paljud eakad hakkasid programmi jooksul julgemini kasutama erinevaid ühiskonna poolt pakutavaid infotehnoloogilisi lahendusi ja see parandas oluliselt nende elukvaliteeti.

Vaimse võimekust takistavaid tegureid esines küll enamikul programmis osalenud klientidel vähe, kuid igasugused mälu, tähelepanu ja keskendumist treenivad harjutused olid siiski tulemuslikud.

4.2 Programmi sobivus eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemiseks suurendamiseks

Programmi sihtgrupiks oli määratletud vanaduspensioniealised, kellel esineb tervisega seotud probleeme vähemalt kolmes erinevas valdkonnas ning peamisteks probleemideks on halvenenud mälu, liikumispääringud, raskused igapäevatoimingute tegemisel, vähenenud suhtlemisaktiivsus ja motivatsioon ning meeleolulangus. Piloteerimiseks ei olnud hankes osalenud asutustel võimalik piisava aja jooksul kriteeriumitele vastavaid kliente leida ning seega lubas rahastaja programmi valida osaliselt ka vanaduspensioniealised, kelle ei vastanud programmi kriteeriumitele. Hankes oli küll selgelt

märgitud, et pilootprojektis peab vähemalt 60% klientidest vastavama määratletud kriteeriumitele, kuid mulle jäi küll mulje, et tegelik olukord oli teistsugune. Intervjueerivate jutust võis välja lugeda, et rahastaja oli sellest teadlik ja andis loa programmi tegevustega alustada. Sellest tulenevalt oli spetsialistidel raske hinnata, kas antud programm on *vajaduspõhine* ja sobib multiprobleemsetele eakatele funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamiseks. Neljal asutusel viiest olid kliendid juba enne programmi sisenemist üsna aktiivsed ja said iseseisvalt hakkama ning suur osa nendest osales ühiskondlikes tegevustes.

„ /.../ et nendele inimestega küll, kes meil olid /.../ võib olla inimene, kes on tänavalt, täiesti võõrad, siis ma ei oska öelda praegu /.../ võib olla oleks natuke teistmoodi “

Üks asutus oli aga valinud *liiga rasked kliendid*, kes samuti ei vastanud programmi sisenemiseks etteantud kriteeriumitele. Nendel eakatel esines nii psüühikahäireid, nägemis-, kõne- ja kuulmisfunktsiooni langust, mis takistasid suhtlemist ja/või programmi tegevustes osalemist.

„Meie siis läksime natuke nagu RASKEMAT TEED ja võtsimegi need koduteenusel olevad kliendid (3) mis tegi meie jaoks selle raskeks, et kõik kliendid OLIDKI REAALSELT ainult koduseinte vahel (2) võib olla korraks perearstile minek ja PÕHIMÕTTELISELT kõik “

Nendel eakatel esines tõsised raskusi iseseisva toimetulekuga ning seetõttu oleksid nad vajanud ilmselt rohkem individuaalseid tegevusi pikema perioodi vältel. Liiga erinevate probleemidega inimeste puhul on raske ka grupitegevusi läbi viia. Näitena toodigi välja, et raske nägemis-või kuulmispuue takistab teistega koos tegevustest osa võtta ning samuti erinevad tervisliku seisnudi häired piiravad programmis osalemist. Nagu arvata võis, siis kahjuks suuri muutusi selle asutuse klientidel programm esile ei kutsunud.

Teiste asutuste spetsialistid kaldusid aga arvama, et programm on siiski sobilik eakatele selles märgitud eesmärkide saavutamiseks. Programmis osalenud eakate funktsionaalne võimekus kõigis kolmes valdkonnas paranes spetsialistide hinnangul suuremal või vähemal määral. Rõhutati, et eakate teadlikkus suurenes olulisel määral ja nad omandasid palju uusi oskusi, kuidas funktsionaalset võimekust paremini säilitada. Samuti toodi välja, et eakad muutusid programmi mõjul palju avatumaks ja julgemaks ning sõlmisid omavahel uusi kontakte, mis soodustas nende ühiskondlikku aktiivsust. Intervjuudes mainiti, et kuna programm oli uus kogemus nii osalejatele, kui ka rehabilitatsioonimeeskondadele, siis tekitas see alguses kõigile mõningal määral ebakindlust.

„Jaa, see programm on võõras aga pakkus huvi ja meie jaoks oli takistus see, et me ei saa ju midagi lubada, kui isegi ei tea /.../“

Spetsialistide hinnangul on aga eakale sihtgrupile igasugune aktiivne tegevus väga vajalik funktsionaalse võimekuse säilitamiseks. Neid on vaja mõnikord ainult natuke motiveerida ja aidata ressursse ja võimalusi leida, et nad suudaksid säilitada iseseisvat toimetulekut võimalikult pika aja vältel. Isegi kui spetsialistidel ei olnud piisavalt aega kõiki osalejaid pidevalt jõustada, siis teised grupiliikmed motiveerisid üksteist ja olid hästi suureks toeks.

„/.../ oldigi mures ta pärast, et kuidas tal läheb ja kes ikka helistas ja kes käis külas /.../ et nagu siuke ühatus tekkis neil (2) kliendid omavahel jagasid hästi palju kogemusi ja toetasid üksteist /.../“

Programmi tegevused pakkusid eakatele üheksa kuu vältel palju erinevaid tegevusi, nõustamisi ja motiveerimist, et neid regulaarselt aktiivsena hoida. Eakatel tekkis mingil määral nagu kohustus järgida rehabilitatsioonimeeskonna soovitusi ja nad soovisid kogemuskohatumisel oma saavutusi näidata. Eduelamus ja tunnustusvajadus on igas eas inimestele vajalik ning see on liikumapanev jõud, toodi intervjuudes välja.

„/.../ et see tekitas kindlasti mõnes motivatsiooni rohkem hakata tegelema endaga (.) sest sa näed, kuidas teisel läheb /.../ ja sa näedki, et teisel inimesel on KA raske /.../ aga sa saad palju paremini hakkama /.../“

„/.../ programmi võlu ongi see, et sa pead olema motiveeritud ka kodus kõike tegema,/.../ et olid need grupiteraapiad ja nad said teistega suhelda, näha kuidas teistel on /.../ ja olla ikka kõige tublim“

Eakate funktsionaalset võimekust mõjutavad nii paljud aspektid, näiteks meeleolu, tervislik seisund, toitumine, ravimid, sotsiaalsed suhted, argipäevas aset leidvad muutused jpt. Programmis pakutud kompleksne lähenemine ja viie erineva spetsialisti abi võimaldas toetada paljude erinevate valdkondade puudujääke.

Intervjuudes märgiti, et klientide tagasiside põhjal võib samuti väita, et programm on sobilik eakatele funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurenemiseks. Vaatamata eriolukorrast tulevatele probleemidele märkis enamik osalenud eakatest, et saavutas programmi mõjul endale seatud eesmärkidest vähemalt osa.

4.3 Programmi tugevused

Selles peatükis annan ma edasi intervjuueeritavate arvamused programmi positiivsetest külgedest ning ära märgitud lisaväärtustest, mis programmi tegevustega kaasnesid. Rehabilitatsioonimeeskonnade spetsialistid tõid olulisemate tugevustena välja programmi sihtgrupi valiku, programmi kompleksuse ning eakate suhtlusringkonna laienemise. Lisaväärtusena aitas programm rikastada eakate argipäeva.

4.3.1. Sihtgrupile vajalik teenus

Paljudes intervjuudes toodi välja, et eakale sihtgrupile ei ole ühtegi riiklikult rahastatud kompleks-teenust, mis aitaks nende iseseisvat toimetulekut toetada. Sellepärast rõhutati korduvalt, et programm on eakatele väga vajalik.

“et ta on keskendunud teatud vanusegruupile, kes tihtipeale enam ei pääse teenustele niisama lihtsalt, neil on küll terviseprobleemid (3) küll ei lähe ta mingisuguse kriteeriumi alla enam”

Siinkohal peetakse ilmselt silmas asjaolu, et alates 2016 aastat, kui sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajadust hakati hindama, ei pääse minu andmetel enam 70% puudega eakatest sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele. Need numbrid on Sotsiaalkindlustusameti esindajad ise välja toonud teenuseosutajatele korraldatud infoseminaridel. SKA juhtumikorraldajad põhjendavad *eitavaid* otsused sellega, et vanemaealised inimesed vajavad rohkem füüsilist tervist toetavaid teenuseid ja seda pakub meditsiinisüsteem. Kahjuks on eakad sageli oma terviseprobleemidest niivõrd haaratud, ei saa isegi aru, et tegelik probleem võib peituda hoopis kusagil mujal. Riemann (1999) on kirjutanud, et keha ilminguid tähtsustatakse sageli üle. Lihtne on järeldada, et ealised iseärasused on eaka tervise halvenemise põhjuseks. Selle asemel peaks aga lähemalt pärima eaka elutingimuste ja eluviisi kohta, siis ehk selguks, miks ta vananeb nii noorelt. Süüdi võib olla hoopis tegevusetus, huvipuudus, üksildus.

Spetsialistid tõid välja, et seepärast peaksimegi rohkem tähelepanu pöörama eakate sotsiaalsetele suhetele, keskkonnale ja vaimsele tervisele, mitte saatma neid arsti juurde, kes ravimid määrab.

„inimene on sotsiaalne olend, EKS JU, et ilma selleta nagu lill ilma veeta hakkab ju närbuma, et see annaks võimaluse ikka neile, kes vajavad seda rohkem”

Tihti peale on vanemaealised üksi jäänud, nad sotsiaalselt väheaktiivsed ning seetõttu nende iseseisev toimetulek halveneb järk-järgult. Isegi kui lähisugulased või hooldaja käib eakat aeg ajalt abistamas, siis pole neil sageli piisavalt aega *vanakese* ärakuulamiseks ning tema probleemidesse süvenemiseks. Paljud vanemaealised tunnevad ennast sageli veel alaväärsena ning ei soovigi enda probleemidest lähedastele rääkida, kuna kardavad, et tekitavad sellega neile lisakoormust.

Intervjuudest jäi selgelt kõlama, et eakatel on väga palju (varjatud) probleeme ning seega on sotsiaalne rehabilitatsioon neile vajalik.

„Usaldussuhte loomine, regulaarsete kohtumiste ja jõustamise käigus toimus enesekindluste toetamine, positiivsete külgede leidmine ning positiivse minapildi loomine”

Eakatele suunatud rehabilitatsiooniprogramm on kompleksne tööriist nende iseseisva toimetuleku toetamiseks, kuna hõlmab mitme erineva valdkonna teenuseid.

4.3.2 Programmi komplekssus.

Multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogramm sisaldab füsioterapeudi, sotsiaaltöötaja, psühholoogi, tegevusterapeudi ning õe individuaal-ja grupiteenuseid. Seega on programmi tegevustesse kaasatud väga palju erinevaid spetsialiste, kes aitavad toetada puudujääke mitmes erinevas valdkonnas.

“Kui ta omandab need elementaarsed füüsilised harjutused ja ta taastab igapäevase toimimise /.../ paraneb enesekindlus ja ta saab poes käia ja õpib abivahendeid kasutama sotsiaaltöötaja juhendamisel (.) 65+ sihtgrupile on väga vaja kompleksteenust, muidu nad kaovad ära”

Intervjuudes toodi mitmel korral välja, et teenuste komplekssus andis võimaluse märgata ka klientide varjatud probleeme.

“tegelikult nad ei teagi, ei hooma, et neil võib olla näiteks üks probleem (2) tekib depressioon üksiolekuga (.) aga võib olla on see seotud hoopis füüsilise võimekusega, et seal olid mingid valud”

Intervjueeritavad rääkisid, et üldjuhul oli neil kõikide klientide jaoks **piisavalt** aega. Eakatele meeldis, et spetsialistidel oli programmis nende jaoks rohkem aega, kui näiteks perearstil või kohaliku omavalituse sotsiaaltöötajal, kelle poole nad on enamasti harjunud oma probleemidega pöörduma.

Rehabilitatsiooniteenusel said eakad spetsialistiga rahulikult oma muredest rääkida ja vajadusel tegi spetsialist ise võrgustikutööd, näiteks võttes ühendust lähedaste, perearsti või mõne teise kliendi jaoks vajaliku inimesega. Näitena toodi mitu juhtumit, kus programmi jooksul ilmnemid probleemid, mida oleks pidanud märkama KOV spetsialist või kogukond. Vestlustest ilmnem, et programmi spetsialistidel tuli võrgustikutööd kasutades nii mõnedki juhtumid lahendada.

„et kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja üldse ei teagi, et tal ei ole lapsi ja mehega mõlemad haiged (.) tegelikult nemad said juba hästi palju abi sotsiaalselt”.

Ühes intervjuus ilmnem, et klient alles programmi lõpufaasis andis mõista, et teda võidakse väärkoheldada lähedaste poolt. Vanemaealised ei taha üldiselt sellistest asjadest rääkida, kuid ilmselt tekkis sellel konkreetsel juhul kliendi ja spetsialisti vahel väga usalduslik suhe ja ta avas ennast. Rehabilitatsioonimeeskond võttis juhtumi koheselt lahendada. Kuigi programmis ettenähtud teenuse maht oli selleks ajaks lõppenud, jätkas spetsialist tööd selle kliendiga. Intervjuudest võis tõlgendada, et sotsiaalvaldkonnas tehaksegi väga palju nõ vabatahtlikku tööd.

„/.../teenus oli selle teise asutuse poolt koordineerida, siis tuli ka sellele asutusele natuke tagasisidet anda /.../ et kui ikka ilmnem /.../ võtab koristamise eest raha ja mingid sellised asjad /.../ siis tuli välja, et tal ei ole tegelikult toiduraha ja siis see info läks meil juba vahepeal sinna asutusse tagasi /.../, et töötaja või see hooldaja võiks seda täpsustada (3) et hästi palju sellist suhtlemist ja see parandas natukene selle kliendi heaolu ja ta tegi talle parema enesetunde ja ta tahtis jälle kodust välja tulla „

Programmi eelisena üksikteenuse ees toodigi välja, et see on kompleksne ja hõlmab paljusid erinevaid teenuseid. Üksikteenuste puhul ei pruugi alati spetsialistil kliendiga head kontakti tekkida ning siis ta ei räägi oma probleemidest. Programmis tegeleb kliendiga vähemalt viis spetsialisti ja seega on tõenäoline, et mõnega neist ikka tekib kliendil usalduslik suhe. Programmi jooksul ilmnem mitmeid varjatud probleeme, millest kliendid polnud kellelegi varem rääkinud.

4.3.3 Sotsiaalsete suhete loomise platvorm

Väga suure kasutegurina nägid spetsialistid eakate omavahel tekkinud häid suhteid. Isegi kui kõik programmi tegevused ei andnud soovitud tulemust, siis klientide omavaheline kogemuste jagamine ja sõpruskondade teke soodustas isiklike eesmärkide täitmist.

„nii mõnedki rääkisid seal üksindusest, et tegelikult ei ole seda, kellega arutada, kellelt tuge saada /.../ nagu selline lagunenud sõprus”

Mitmed kliendid leidsid endale programmis osalemise jooksul uusi tutvusi. Kuna kokku tulnud eakad olid üsna sarnaste terviseprobleemidega ning nad elasid enamasti ühes piirkonnas, siis see soodustas üksteise mõistmist. Intervjueeritavad tõid välja, et programm oli eakatele väga heaks sotsiaalse suhete tekkimise platvormiks.

„nagu ma isegi julgeks ütelda, et nad said endale sõbrannad”

Spetsialistid aitasid ise samuti kaasa, et grupiliikmed jätkaksid üksteise toetamist ning oleksid edaspidigi teineteisele seltsiks. Programmi tegevused ei kesta ju igavesti ja sel juhul on hea, kuid grupiliikmed hoiavad peale selle lõppemist omavahel sidet.

„et minu arvamus on see, et nendest inimestest, kes seal käivad, võiksid saada sõbrad või sellised, kes motiveerivad teineteist ja kes käivadki koos ja teineteisel külas või kontsertidel ja neil tekibki selline tore läbisaamine”

Spetsialistid tunnistasid, et vanemaealised on mõnikord nooremate spetsialistide suhted skeptilised. Nende arvates ei saa noor inimene jagada soovitusi, kui ta pole ise kogenud sarnaseid läbielamisi. Tõsisemalt võetakse omaealise inimese nõuannet kuulda. Intervjuudes mainiti, et mõnikord arutasid eakad peale grupitöö tundi omavahel läbi, kas ikka spetsialistide poolt soovitaud nõuanded on usaldusväärsed ning jagasid oma kogemusi teemaga seoses.

„minule meeldiski see, et ühest kodukohast said kõik inimesed kokku ja said muljetada ja rääkida ja esiteks nagu kus saab käia, mida teha, nad said kõik koos”

Vanemas eas sõpruskond järjest kahaneb ning uusi tutvusi on raske leida. Rehabilitatsiooniprogramm võimaldas sarnaste eesmärkide ja probleemidega eakatel leida uusi tutvusi ja luua häid sõprussidemeid. Väga paljudes gruppides tekkisid sõpruskonnad, kes lävisid omavahel ka teenusevälistel ajal ning olid üksteisele seltsiks. See aitab eakatel vähendada üksindustunnet ja elu mitmekülgsemaks muuta.

4.3.4 Argipäeva rikastamine

Paljudel vanemaealiste argipäev on üsna rutine. Eriti viimasel aastal, kus pandeemia tõttu rõhutatakse ühiskonnas sotsiaalse distantseerumise vajadust. See võib omakorda tekitada olukorra, kus eakad ei tahagi enam välja minna ja neil tekib hirm suhtlemise ees.

„et kui sa oled pikalt kodus, siis sa ei taha enam välja minna, et need asjad kuidagi tekivad (2) fobiaid ja ei tahagi inimesi näha”

Programmi jooksul olid eakad kohustatud aeg ajalt asutuses kohapeal käima ning see kasvas neis kohustuseta tunnet ning andis võimaluse ennast vajalikuna tunda. Ühes intervjuus mainiti, et kliendid võtsid programmis käimist väga tõsiselt ja tegid sellega seoses mitmeid muudatusi oma igapäevaelus.

„neil tekkis ülesanne ja rutiin kusagil käia ja midagi teha, nad hakkasid jälgima oma välimust, et nad peavad minema ju seltskonda ja head välja nägema, et nad hakkasid ennast jälgima”

Vanemaealistel on väga oluline säilitada eneseväärikus, tunda ennast hästi ning saada tunnustust teiste ühiskonnaliikmete poolt. Rehabilitatsioonispetsialistid tõid välja, et sotsiaalsete oskuste õpetamisel käsitleti ka teemasid, mis puudutasid enese eest hoolitsemist, sealhulgas iluteenuseid, tervislikku toitumist ja vanemaealistele suunatud moetrende. Eakad jagasid omavahel toiduretsepte, iluteenuste pakkujate kontakte, huvitegevuste võimalusi ning isegi kauplusi, kust saab soodsa hinnaga kvaliteetset kaupa.

„uued igapäevaasjad, enese eest hoolitsemine – kuidas näiteks kasvõi salli sättida või õigesti huuli värvida, mis riided sobivad jne. Samuti oskusi toiduretseptide jagamisel“

Intervjuudes toodi välja, et eakatele väga meeldis, et teenuste raames ei arutletud ainult probleemide üle, vaid püüti nende igapäevaelu ka huvitavamaks ja rõõmsamaks muuta. Teenustel saadud positiivsed emotsioonid ja sotsiaalse suhtluse suurendamine aitasid eakatel vältida vaimse tervise halvenemist.

4.4 Ilmnenud probleemid

Selles peatükis toon ma välja need kitsaskohad, mida intervjueritavad oma jutu käigus programmi-ga seoses välja tõid. Mõne teema kohta ei antud küll otseseid vastuseid, kuid tõlgendasin need vastajate kõneviisi ja maneeride põhjal. Mulle jäi mulje, et mõned intervjueritavad püüdsid probleemidest rääkimist vältida ja jätta muljet, et kõik tegevused sujusid nii, nagu programmis ette nähtud oli. Toon ilmnenud probleemid välja viies alapeatükis.

4.4.1 Eakate ootused ja motivatsioon programmis osaleda

Programmi piloteerimiseks oli igal asutusel vaja moodustada programmi kriteeriumitele vastav kuue- kuni kümneliikmeline eakate grupp. Intervjuudest jäi kõlama, et paljudel asutustel olid suured raskused kliendigruppide moodustamisega, kuna andmeid sobivate klientide kohta polnud kusagilt saada. Ühel asutusel puudus üldse eakate sihtgrupiga töötamise kogemus ning neil oli eriti raske kliente leida.

Rehabilitatsiooniasutused kasutasid sobivate klientide leidmiseks väga erinevaid meetodeid ning seetõttu olid ka kliendigrupid erinevad. Mitu asutust leidis omale kliendid eakate päevakeskustest või isiklike kontakte kasutades ning need vanemaealised olid enamasti väga aktiivsed. Kolm asutust pakkusid lisaks rehabilitatsioonile veel teisigi teenuseid ning said sealt kaudu kliendigrupid kokku. Ühe asutuse kliendid olid aga kõik koduhooldusteenust vajavad ning nende iseseisev toimetulek ja aktiivsus oli väga madal.

Klientide leidmiseks paluti abi nii Sotsiaalkindlustusameti esindustest, kohalikest omavalitsustest, puuetega inimeste-ja pensionäride keskustest kui ka hoolekandeteenuseid pakkuvatest organisatsioonidest. Kuigi programmi kirjelduses on välja toodud, et klientide kaasamisel teeb rehabilitatsiooniasutus koostööd Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja või kohaliku omavalitsuse spetsialistiga, siis antud pilootprojekti puhul see ei toiminud. Intervjueritavad rääkisid, et nad jäeti klientide leidmisel täiesti abitusse olukorda. Väideti, et Sotsiaalkindlustusametil ei olnud sel perioodil kedagi programmi suunata ja kohaliku omavalitsuse spetsialistid olid oma tööga nii hõivatud, et ei saanud lisakohustusi võtta.

„/.../ läksime sinna pensionäride keskusesse, seal oli üle 30 inimese koos /.../ ja siis me panime keskele kuus tooli, sest kuus inimest sai osaleda ja igaüks sai otsustada kas ta tahab selles osaleda /.../“

Seetõttu pidid asutused ise leidma mooduse, kuidas ja kust kliente leida ning mõnel asutusel võttis see oodatust kauem aega. Selle tõttu alustas mitu asutust programmi tegevustega planeeritust hiljem. Võid oletada, et kuna rahastaja (SKA) ei saanud asutusi klientide leidmisel toetada, siis andiski ta loa pilootprojekti kriteeriumitele mittevastavaid kliente kaasata.

Intervjuudest tuli välja, et eakate huvi programmi vastu oli oodatust väiksem. Tundus, et nad olid skeptilised ja ettevaatlikud ning tundisid isegi hirmu tundmatu asja ees.

„Meie eeldasime, et seda vau tunnet tuleb rohkem (.) et ja soovi oma elukvaliteeti muuta on (2) on noh on suuremal osal, aga seda skepsist jätkus ka piisavalt“

Samuti ei olnud eakatel suuri ootusi seoses programmis osalemisega. Asutuse spetsialistid pidid väga põhjalikku selgitustööd tegema ja klientidele selgitama, mis programmi jooksul toimuma hakkab. Vestlustest võis välja lugeda, et kuigi huvi oli tagasihoidlik tekkis eakatel siiski tasapisi uudishimu uue asja suhtes ning tekkis väljavalitu tunne.

“Huvi asja vastu ja olla piloodis ning samuti tundisid ennast kui VÄLJAVÄLITUD.”

Eakaid motiveeris programmis osalema eelkõige soov suhelda ja kodust välja saada. Samuti oodati, et oma probleemidest saaks kellegagi rääkida ja keegi neid kuulaks.

“Eakaid motiveeris soov osaleda ühiskonnaelus aktiivsemalt, (.) kohtuda ja tutvuda teiste eakaaslastega, (2) saada juurde uusi tutvusi ning suurendada koduväliseid suhtlemissituatsioone”

Mitmel korral rõhutati, et eakad soovisid saada uusi teadmisi ja kogemusi elu rikastamiseks. Eakatel võib elu olla üsna rutiinne ja seetõttu on nad huvitatud uutest väljakutsetest.

“Nad ootasid kuidagi sellist (3), nad tahtsidki saada sellist, (2) et nad tulevad ikkagi välja nagu see eesmärk oli, et nad tulevad välja, nad saavad SUHELDA”

Üks intervjuueeritav mainis, et eakad soovisid programmis osaleda, kuna see oli neile tasuta. Teisteski intervjuudes toodi välja, et vanemaealiste majanduslik toimetulek on sageli kehv ja vanaduspensionist piisab vaid põhivajaduste katmiseks. Seetõttu ei saa eakad endale sageli lubada tasulisi tee-

nuseid, mis aitaksid elukvaliteeti parandada. Rehabilitatsiooniprogramm oli eakale tasuta ning sisaldas hulgaliselt toimetulekut soodustavaid teenuseid.

Intervjueeritavate vestlustest selgus, et programmis osalemiseks ei olnud lihtne kliente leida ja päris palju tuli neidki motiveerida, kes osalema nõustusid. Mulle isiklikult tundus, et paljud eakad on rehabilitatsioonisüsteemis pettunud ning seetõttu ei pakkunud ka programm neile huvi.

4.4.2 Programmi katkestanud kliendid ja katkestamise põhjused

Hanke tulemusena valiti programmi piloteerima kuus asutust, kellest üks kohe loobus. Tegevustega alustasid viis asutust, kõigil oli grupis algselt kuus klienti. Paljudes intervjuudes toodi välja, et kliendid ei olnud alguses väga entusiastlikud programmis osalema ning neid tuli selleks päris palju veenda. Vanemaealised on tihti väga ettevaatlikud ning kõik uus ja võõras võib tunduda ebamugav ja hirmutav. Intervjuudest lugesin välja, et kolmes asutuses katkestas programmi kuuest alustanud kliendist üks. Ainult ühes asutuses lõpetasid programmi kõik kuus alustanud klienti. Ühe asutuse puhul ei saanud ma tegelikult täpselt aru, kas ja kui palju oli katkestajaid. Seal vastasid intervjuudele spetsialistid, kes ei olnud programmi üldiste tegevustega kursis ning seega ei osanud nad sellele küsimustele vastata. Mulle jäi see natuke arusaamatuks, sest kõigil programmis osalevatel spetsialistidel peaks ka seal osalevate klientidega kokkupuude olema ja seda on ju näha, kui keegi on välja langenud. Võin ainult oletada, et see on tingitud mitme samaaegselt osutatava projekti või teenuste tõttu. Suur osa rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvad asutused tegelevad ellujäämise nimel veel mitme teise teenuse või projekti osutamisega ning seetõttu võivad kliendid segi minna. Lugesin siiski vestlustest välja, et mõni katkestaja võis sealgi olla.

“/.../ võib olla, nad olid sellised (2) oma arvates psühholoogid, kes ise kõike teavad, kuidas on õigesti teha ja neil ei olnud usku, et keegi oskab midagi teha nende heaks”

Rehabilitatsiooniprotsessis on klientidel üsna sagedasti ebareaalsed ootused. Ühes intervjuus mainiti samuti, et mõned eakad lootsid programmist saada taastusravi teenuseid ja olid väga pettunud, kuid neid ei osutatud. Seetõttu nad katkestasid programmis osalemise.

„ et me lülitasime ta ise lõpuks välja kuna, ta ei käinud meil algul grupiteenustel /.../ siis tema ütles, et tema tahab massaaži saada, et millal see füsioterapeut nagu koju tuleb ja massaaži pakub”

Enda kogemuste põhjal saan väita, et sotsiaalses rehabilitatsioonis oli veel kümmekond aastat tagasi lubatud füsioteraapia teenuse raames abistava teenusena kliendile massaaži teha. See oli vajalik lihasingete vähendamiseks, et füsioterapeut saaks kliendiga paremini tegeleda. Kuna massaaži ja teisi passiivseid teenuseid hakati suurel määral iseseisva teenusena pakkuma, siis on erinevate reformide käigus kõik need (taastusravi) teenused sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul keelatud. Suheldes ka teiste teenuseosutajatega, peab tõdema, et paljud kliendid (eriti just vanemaealised) arvavad aga endiselt, et massaaž ongi füsioteraapia. Ma küll spekuleerin kui arvan, et praegugi on meil veel asutusi, kes taastusravi teenuseid sotsiaalse rehabilitatsiooni raames pakuvad. Kliendid on aeg ajalt mulle väitnud, et kusagil mujal on küll võimalik no passiivseid teenuseid sotsiaalse rehabilitatsiooni raames saada. Kinnitada ma seda muidugi ei saa.

Ühes asutuse suri üks programmis osalenud klient ning ühel asutuses langes klient programmist välja tervislikel põhjustel. Ilmselt ei olnud ta programmi jaoks sobilik sihtgrupp, kuna hiljem avaldunud psüühikahäire on tegelikult kriteerium, mis välistab antud programmis osalemise.

„Ühe kliendiga läks meil natuke halvasti, tal olid ravimid peal ja ühel hetkel need ravimid said otsa /.../ ja tema jaoks oli hirmus /.../ siis tekkis sisemine paanika ja ta kukkuski meil siis programmist välja”

Programm oli kõigile osalejatele vabatahtlik ning kedagi sunniviisiliselt osalema ei kaasatud. Spetsialistid tõid välja, et kui kliendil kadus motivatsioon programmis osaleda, siis oli väga raske temaga tööd teha. Mõnel juhul saab spetsialist kliendi motivatsiooni tõsta, kuid selleks peab olema piisavalt aega ja ressursi, mis antud programmis ette nähtud ei olnud.

Kahes asutuses oli programmi kaasatud ka vene keelt kõnelevad eakad. Mõned neist küll lõpetasid programmi edukalt, kuid toodi välja, et kultuuride erinevus seadis siiski mõningaid takistusi.

„traditsioonide puudumine, et sellist KULTUURI nende vanematel ja nende eakaaslastel, kui nad tugevamad või nooremad olid, ei ole olnud, et see takistus ongi, et see on mingi projekt, mida soovitakse ja jäetakse sinna paika”

Kokkuvõtvalt saab väita, et kuigi kliente programmi saada ja seal neid hoida oli väga raske, siis suur enamus siiski osales lõpuni ja programmi piloteerimisel oli katkestajate protsent väike.

4.4.3 Programmi tegevuste maht ja ajaline mõõde.

Intervjuudes osalenud spetsialistid jäid eriarvamustele küsimustes, mis puudutasid programmi eesmärkide saavutamiseks etteantud tegevusi. Üldiselt jäi kõlama mõte, *et alati võiks teenuseid rohkem olla*, kuid peaaegu pooled vastanutest (neli vastanut üheksast) väitsid siiski, et programmi tegevuskavas oli soovitud eesmärkide saavutamiseks piisavalt teenuseid. Osaliselt on see seotud jällegi sihtgrupi valikuga. Kui kõik kliendid oleksid vastanud programmis osalemiseks vajalikele kriteeriumitele, see tähendab poleks olnud nii aktiivsed, siis oleksid ilmselt tulemused teistsugused. Üks spetsialist tõi välja, et kuna kliendid on teiste teenuste kaudu juba varasemalt teada, siis ei vajanud meeskond ka nende hindamiseks ja sissejuhatavateks teenusteks lisa aega.

„ et nende inimestega, kes meil olid /.../ kuna nad käivad nii kui nii meie asutuses ja kuna ma olen varemgi nendega kokku puutunud /.../ Võib olla inimene, kes on tänavalt, täiesti võõrad, siis ma ei oska öelda praegu (2) võib olla oleks natuke teistmoodi”

Küll aga tõid kõik vastajad välja, et erinevate teenuste omavahelise jagamise osas võiks olla rohkem paindlikkust. Kuna klientidel on küll palju sarnaseid probleeme, siis on nad igaüks ikka natuke erinevate vajadustega. Toodi välja, et mõni klient vajab eesmärgi saavutamiseks rohkem füsioterapeudi teenust, teine võib olla psühholoogi nõustamist ja kolmas hoopis sotsiaaltöötaja tuge, kuid programmi tegevuskavas on kõigile ettenähtud samad teenused võrdses mahus. Kui mõne konkreetse teenuse maht lõpeb, siis selles valdkonnas kliendi probleemiga tegelemine katkeb.

„Teenuste mahud võiksid olla kindlasti liikuvad, et ei oleks fikseeritud /.../ ja kas siis on grupid töö või individuaalne töö, et sellega on piiritletud”

Nendel juhtudel võivad jääda klientide eesmärgid saavutamata, sest üks spetsialist ei saa alati asendada teist. On ju selge, et sotsiaaltöötaja ei ole pädev ravimite võtmisega seotud teemadel nõustama või füsioterapeut depressiooniga tegelema.

„ et ainus mis võiks olla, et see paindlikus jällegi, et lähtuvalt inimesest, tema probleemist, et kas talle /.../ et neid oleks võinud nõ ümber jagada”

Mulle jäi nii mõnegi vestluse põhjal mulje, et spetsialistid siiski tegid omaalgatuslikult mõningaid muudatusi programmi teenuste osas, kuid selleks vajadus oli.

Mitmel korral toodi välja, et individuaal -ja grupiteenuseid võiks samuti sõltuvalt grupiliikmete eripärast omavahel vahetada. Näiteks üks intervjuueeritav rääkis, et nende asutuse klientidele sobisid väga grupiteenused ning nemad oleksid soovinud mõned individuaalsed tegevused hoopis grupis teha.

„eakatele meeldisid väga grupiga kohtumised, et suhelda nii terapeutidega kui ka teiste eakatega aga individuaalseid kohtumisi oli rohkem ning vähem grupikohtumisi”

Samas teine asutus tõi välja, et nende kliendid vajasisid rohkem individuaalseid teenuseid ja grupitegevused ei olnud tulemuslikud.

„et mina oleks meie puhul ära jätnud grupiteenuse /.../, et endal oli hästi vastik peale suruda neile, kui nad tegelikult ei taha minna /.../ et meil jäidki nagu selles mõttes need mahud mingis osas täitmata”

Grupitöödega seoses ilmnes veel üks sagedane probleem. Asutustel oli keeruline grupitööde jaoks ajakava koostada, kuna kliendid olid lisaks programmis osalemisele veel erinevate kohustustega hõivatud. Aktiivsemad eakad osalesid erinevates huviringides või vaba aja tegevustes, mõni abistas lähedast ning oli seoses sellega tihti hõivatud (arsti juures käimine, teenustele saatmine). Mõnel eakal oli raske igapäeva harjumusi muuta, näiteks soovis ta kindlasti mõnda lemmik televisioonisaadet või seriaali jälgida. Intervjuus tuli välja, et mõnel asutusel oli raskusi isegi viie-kuueliikmelisele grupile sellist aega leida, mis kõikidele klientidele sobiks.

„me pidime arvestama ka seebikate aegadega ((naerab)), et näiteks neil algab kell kaks või kell kolm algab mingi sari, või siis, et sellel päeval on mingi tähtis saade, et äkki saaks ikka panna mõnele muule kellaajale või teisele päevale /.../et arutada kõik klientidega läbi /.../ kolmele sobis see, ühele ei sobinud/.../ pidime uue aja leidma, et seda oli tegelikult väga palju“

Mõnel korral mainiti ka transpordiga seonduvaid probleeme. Kuna kõik programmi piloteerinud asutused tegutsesid linnades ning suur osa klientidest elas samas piirkonnas, siis nendel transpordiga suuri probleeme polnud. Küll aga tuli takistusi ette neil, kes kaugemalt pidid kohale tulema või vajasisid sotsiaaltranspordi abi.

„et sotsiaaltranspordiga ka, et saa ei saa selleks päevaks, kui meil on planeeritud mingi teenus”

Spetsialistide valikuga, keda programmi koostajad olid tegevuskava täitmiseks kaasanud, olid kõik vastanud üldiselt rahul. Vaid ühe asutuse puhul toodi välja, et programmis osalenud kliendid oleks vajanud lisaks logopeedi ja eripedagoogi teenust. Teiste vastajate väitel piisas nendest rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistidest, kes programmis olid ette nähtud, kuid leiti, et mõne teise asutuse või kogukonnaga võiks rohkem koostööd teha. Näiteks kliendi hooldaja või tugiisik, kohaliku omavalitsuse spetsialist, perearst või mõni lähedane sõber. Kõikide eelpool mainitud isikutega on küll lubatud programmi raames koostööd teha, kuid siis ei piisa etteantud mahust.

Ajaliselt planeeritud üheksa kuud programmi tegevuste jaoks oli spetsialistide hinnangul liiga lühike periood. Vähemalt nii arvas enamik vastanutest. Vaid kaks spetsialisti ütlesid, et nende klientidele piisas ettenähtud ajast eesmärkide saavutamiseks. Siinkohal pean mainima, et mainitud kahe asutuse kliendid olid väga aktiivsed juba enne programmi sisenemist ning seega ei vajanud nad väga palju sekkumisi oma elukvaliteedi parandamiseks. Teised asutused oleksid soovinud teenuseid pikema aja jooksul osutada. Ettepanekuna toodi välja, et programmi kestvus võiks olla kaks aastat, sarnaselt sotsiaalse rehabilitatsiooni teenustega üksikisikule.

„et meil see sotsiaalne rehabilitatsioon on kaks aastat, et selles suhtes see periood on tunduvalt pikem, mis siin on”

Väga palju aega kulus spetsialistidel programmis hindamiste läbiviimiseks. Programmi alguses oli vaja läbi viia klientide funktsioneerimisvõime algtaseme hindamine RFK alusel ja programmi lõppedes kordushindamine samal meetodil. Spetsialistide hinnangul kulus selleks väga palju aega, sest igapäevases praktikas seda ei kasutata.

„et me olime kõik koos, kui me neid RFK-d hindasime ja teste tegime /.../ me leidsime selle võimaluse ja aja ja kutsusimegi selle inimese individuaalselt /.../ ja sellega läks tõesti mõnega kaks tundi üle aja /.../ et RFK-sid paika saada”

Intervjuudest võis välja lugeda, et paljudel rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistidel puudus varasem RFK-hindamise kogemus ning seega oli see neile keeruline ja ajamahukas.

Lisaks funktsioneerimisvõime hindamisele pidid kõik spetsialistid oma erialast lähtuvalt veel lisa-hindamisi läbi viima. Neid sai enamasti individuaalsete teenuste raames läbi viia. Küll aga toodi välja, et programmi koordineeriv töötaja, kes oli enamasti sotsiaaltöötaja, pidi täitma ka üldist programmiga seonduvat dokumentatsiooni ja selleks tegevuseks programmis aega ette nähtud polnud.

„kõik tuli minule kokku ja ma suhtlesin ja koordineerisin lihtsalt tasuta, kui programmi mõttes rääkida”

Sotsiaaltöötaja teenust oli programmis ette nähtud vaid kaheksa tundi iga kliendi kohta. Kuna programmi kestvuseks oli määratud üheksa kuud, siis ei saanud sotsiaaltöötaja klientidega individuaalset kohtuda isegi mitte üks kord kuus. Koordineerimisega seotud tegevuste jaoks ei jätkunud sealt ilmselgelt üldse aega. Üldiselt jäigi intervjuudest kõlama, et hindamiseks ja koordineerimiseks peaks programmis olema rohkem aega planeeritud.

4.4.4 Eriolukorra mõju programmile

Kõik viis asutust hakkasid rehabilitatsiooniprogrammi piloteerima 2019 aasta sügisel. 2020 aasta märtsikuus, kui programmi tegevused olid veel pooleli, kuulutati meie riigis välja eriolukord, et takistada COVID-19 levikut. Rehabilitatsiooniteenuste kontaktne osutamine peatati kaheks kuuks. Lubatud olid küll kaugnõustamised, kuid neid sai teha vaid individuaalselt. Programmis oli aga rohkelt grupidoid planeeritud ning nende läbiviimine katkes täielikult. Intervjuudest selgus, et mõned asutust jätkasid eriolukorra ajal programmi individuaalsete tegevustega.

„Koroona ajal oli muidugi keerulisem, kuid siis tuli mõelda välja lisavõimalusi, et teraapiad ei jääks pooleli. Oluline on eakaga regulaarselt suhelda ja kohtuda”

Individuaalsed nõustamised olid eelkõige klientide vaimse tervise säilitamiseks, kuna levis väga palju erinevat infot, mis eakaid hirmutas. Eakate probleemiks võib saada nii info üleküllus, selle vastuolulisus kui ka mõistete keerukus. Kuna lähedastel paluti võimalusel eaka pereliikmega mitte kokku puutuda, siis see süvendas omakorda meeleolu langust. Eakatel väga raske aru saada ühiskonnas toimuvast ja sellega hakkama saada. Ühes asutuses jätkasid programmi spetsialistid regulaarselt suhtlemist oma klientidega ning püüdsid neid igati toetada. Tundub, see aitas klientidel säilitada positiivse suhtumise.

„kas või selle eriolukorra ajal, mis moodi nad selle üle elasid ja oma rõõmsat meelt säilitasid, et see oli minu jaoks vapustav”

Suhtlemiseks kasutati telefoni ja skype, mõne kliendiga kohtuti ka vajadusel näost näkku, loomulikult nõutavaid isikukaitsevahendeid kasutades. Vestlustest lugesin välja, et mõned asutused peatasid

aga eriolukorra ajal oma teenused täielikult. Prooviti küll kaugnõustamist ja erinevaid infotehnoloogilisi vahendeid, kuid see ei sobinud klientidele. Programmi tegevuste peatamisega tekkisid klientidel tagasilöögid oma eesmärkide täitmisel.

„me proovisime ja nad ütlesid, et nad tunnevad, et see ei ole ikkagi see, mis silmast silma, meil jäigi see asi tegelikult nendega seisma ja pärast seda nad ei tahtnud ju jällegi kodust välja tulla, sest nad olid langenud jälle madalamale”

Üks asutus, kes osutas ka erihoolekande teenuseid, oli eriti keerulises olukorras, kuna ööpäevaringsel teenusel olevate klientidega tuli eritingimustel jätkata. Nemad olid sunnitud programmi tegevused täielikult peatama.

„et meil sattus see eriolukord, kui meil programm käis /.../ et tegelikult kui me lõpuks uuesti kokku saime, nad pidid hakkama uuesti nullist ülesse liikuma.“

Eriolukorra tõttu pikenes kõigil asutustel piloteerimise periood ja tekkisid tagasilöögid. Algse üheksa kuu asemel venisid programmi tegevused peaaegu aastani. Intervjuudest võis välja lugeda, et eriolukorra lõppedes oli nii asutuste kui ka klientidel motiveeritus langenud ning esinesid raskused tegevustega jätkamisel.

4.4.5 Programmi järjepidevuse puudumine

Paljudes intervjuudes toodi välja, et üheks suureks miinuseks programmi (de) puhul on nende järjepidevuse puudumine. Programmi lõppedes kaob asutustel enamasti kontakt klientidega ning nende edasine saatus on teadmata.

„kui see läbi saab, siis tegelikult olgem ausad, nad jäävad koju ja nii ongi“

Spetsialistid rääkisid, et kahjuks on see sotsiaalvaldkonnas levinud probleemiks, et teenused ei ole omavahel integreeritud ning puudub kliendi eest vastutav isik. Näiteks saab eakas kohaliku omavalitsuse või Sotsiaalkindlustusameti kaudu erinevaid teenuseid, kuid juhtumikorraldaja, kes olukorra eest vastustab ja tegevusi koordineerib on määramata. Rehabilitatsiooniasutused oleksid valmis seda oma klientide puhul tegema, kui selleks on vaja ressursi.

„siis järgmine aasta me saame teha järeltegevusi, et ju täiesti puudu on sellel asjal“

„Ja, et seda ajaliselt pikendada, et noh ja luua selline järjepidevus, selline mõte“

Antud programmi puhul oli kirjas, et Sotsiaalkindlustusamet võtab programmi klientidega aasta jooksul ühendust, et küsida tagasisidet. Pole aga selge, kuhu klient edasi suunatakse, kui programm ei ole andnud tulemust. Spetsialistid pakkusid intervjuudes välja, et programmidesse võiks kohe alguses sisse kirjutada regulaarne jätkuteenus. Programmi osutajal oleks siis kohustus aeg ajalt ise kliendiga ühendust võtta ja saada ülevaade tema hetkeolukorrast. Vajadusel saavad nad ise klienti toetada või ta mõnele teisele teenusele suunata. Taaskord mainiti, et selleks on muidugi ressursi vaja.

„Jah, kas või paar korda aastas või (2) no siis võtame jälle grupi kokku ja istume, sellised asjad võiks olla küll aga jälle see SUUR ROHELINE raha“

Kahjuks on hetkel programmide rahastus väga konkreetset määratletud ning jätkuteenus sinna hulka ei kuulu.

Mitmed asutused mainisid, et klientidel on olemas spetsialistide kontaktid, kes nendega tegevusi läbi viisid ning vajadusel võivad nad alati ühendust võtta. Kuid praktika on näidanud, et paljud seda võimalust siiski ei kasuta. Põhjused on erinevad. Võib oletada, et ei taheta oma probleemidega peale käia või ollakse nii suures madalseisus, et tekib apaatsus kõige suhtes. Intervjueeritavad rõhutasid, et väga oluline on integreerida erineva valdkonna teenuseid, et tagada sotsiaalse rehabilitatsiooni (programmi) tulemuslikkust.

ARUTELU

Selles peatükis püüan ma analüüsida oma uurimuse tulemusi, seostades neid uurimuse eesmärgiga. Uurijana soovisin ma leida vastust küsimusele, kas rehabilitatsiooniprogramm “Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks” on efektiivne valdkonna spetsialistide vaates. Fookuses püsimiseks tuginesin ma järgnevatele uurimisküsimustele: kuidas muutis programm eakate funktsionaalset võimekust ja ühiskonnas osalemisest ning kas antud programm on sobilik eakate funktsionaalset võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurenemiseks. Lisaks tõin välja spetsialistide hinnangul antud programmi tugevused ja tähelepanu vajavad probleemid.

Programmi vajalikkus ja vastavus eesmärkidele spetsialistide hinnangul

Rehabilitatsiooniprogramm “Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks” koostati eesmärgiga toetada multiprobleemsete eakate võimalikult iseseisvat toimetulekut, ennetada nende institutsionaalsetele teenustele sattumist, soodustada ühiskondlikku aktiivsust ja vähendada lähedaste hoolduskoormust. Tegevuste läbiviimisel keskenduti funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamisele.

Uuringus osalenud spetsialistide intervjuude põhjal selgus, et programmis osalenud eakad saavutasid oma eesmärgid *osaliselt* ning funktsionaalse võimekuse muutus oli pigem vähene.

Ilmselt tulenes see programmis osalenud klientide eripärast. Asutustel oli väga raske kliendigruppe kokku saada ning seega lubati pilootprojekti kaasata programmis etteantud kriteeriumitele mittevastavad eakad. Sellest tulenevalt ei olnud paljudel klientidel suuri probleeme erinevates funktsionaalse võimekuse valdkondades ning eesmärk oli pigem olemasolevat taset säilitada.

Vaatamata selle väitsid intervjueeritavad spetsialistid, et programm on efektiivne eakate sihtgrupi aktiveerimiseks. Uurimuse tulemustest välja lugeda, et programmi tegevused siiski aitavad eakatel funktsionaalset võimekust *neile vajalikus* valdkonnas suurendada, mis omakorda soodustab rohkem ühiskonnas osalema. Kõige suuremat muutust hinnati psühhosotsiaalse võimekuse valdkonnas, millest võib järeldada, et vanemaealistele on kõige olulisem teistega suhtlemine, mõtestatud tegevus ja jõustamine, mida programmi tegevused pakkusid.

Lähdesmäki ja Vornanen (2009) väidavad, et vananedes küll sotsiaalse tunnustuse ja aktiivse ühiskondliku osaluse vajadus vähenevad, kuid pidev mõõdukas sotsiaalne aktiivsus mõjub positiivselt nii psühholoogilisele kui füüsilisele heaolule. Lehtsaar (2020) toob samuti välja, et eakatel on väga oluline püsida aktiivne. See võib hõlmata mistahes mõtestatud tegevust, nagu näiteks aias toimetamine, kudumine, meisterdamine, lugemine või kalal käimine. Spetsialistid rõhutasid, et just gruppidegevused ja nende raames tekkinud uued tutvused ning omavahelised kogemuste jagamised andsid suurima positiivse mõju eakate elukvaliteedile. Eriti oluline oli see üksi elavatele eakatele. De Jong Gierveld jt. (2006) on kirjutanud, et üksildasi inimesi iseloomustavad harvem sellised tegevused nagu treening, tervislik toitumine ja lõõgastumine ning ravimite õige annustamine ja arstivisiidid, mis võivad põhjustada tervise halvenemist. Halvenenud tervis viib omakorda aktiivsuse languseni ning elukvaliteedi languseni.

Kuigi paljudel pilootprogrammis osalenud klientidel ei esinenud kriteeriumitele vastavaid puudujääke kõigis kolmes etteantud valdkonnas, siis aitasid programmi tegevused funktsionaalset võimekust kõigil osalejatel siiski parandada või säilitada, et nad saaksid jätkata ühiskonnas osalemist. Seega on programm spetsialistide hinnangul sobilik selles püstitatud eesmärkide täitmiseks.

Programmi tugevused spetsialistide hinnangul

Programmi piloteerinud spetsialistide hinnangul on multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogrammi suurimaks tugevuseks selle kompleksus. Programmis osalenud sotsiaaltöötaja, psühholoog, tegevusterapeut, füsioterapeut ja õde moodustasid efektiivse komplekti spetsialistidest, kes saavad aidata eakatel toimetulekut parandada pea kõikides neile vajalikes valdkondades. Kliendi ja spetsialisti vahel ei teki alati head usalduslikku suhet ning seetõttu võib teenuse mõju olla marginaalne. Rehabilitatsiooniprogrammi puhul on üsna tõenäoline, et klient leiab hea kontakti vähemalt ühe spetsialistiga ning meeskonna omavahelise koostöö raames saab klient vajaliku abi. Programmi jooksul ilmnemiseid mitmel kliendil varjatud probleemid, mida polnud teised võrgustikuliikmed varem märganud.

Praktikas ei ole paljudel sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust osutavatel asutustel piisavalt spetsialiste ning tihti töötavad nad erinevates asutustes või isegi mitmel erialal. Seega on keeruline kliendi jaoks vajalikku meeskonda sobival ajal komplekteerida ja kliendid ei pruugi kõiki vajalikke teenuseid ühest asutusest kätte saada. Programmi saavad aga osutada ainult need asutused, kelle on kõik tegevskavas märgitud spetsialistid olemas. Programmi tegevuste maht ja aeg on ette teada ning see

hõlbustab aja planeerimist. Samuti on oluline rahastus, programmi maksumus on konkreetset fikseeritud, mis hajutab asutuste riske.

Olulise väärtusena tõid uuringus osalenud spetsialistid välja, et programm on suunatud eakale sihtgrupile, kellele riigi poolt väga palju sotsiaalteenuseid ei pakuta. Nad väitsid, et paljud vanemaeealised on just väga haavatavad, sageli ühiskonna poolt tõrjutud ning vajavad tervises seisundi parandamiseks kindlasti sotsiaalset tuge. Vananemisega kahaneb tihti sotsialiseerimisvõime ja eakatele on väga oluline, et nad ei jääks üksi. Rehabilitatsiooniprogrammis osalemine andis eakale võimaluse luua sotsiaalseid suhted ning seeläbi ennetada üksindustunnet.

Programmi kitsaskohad spetsialistide hinnangul

Intervjueeritavad spetsialistid tõid välja päris mitmeid probleeme, mis programmi piloteerimise käigus ilmnesisid.

Kliendigruppide moodustamine ja eakate motiveeritus rehabilitatsiooniprogrammis osaleda

Uuringu tulemustest selgus, et kliendigruppide moodustamine oli kõigile pilootprojektis osalenud asutusele suureks probleemiks. Asutustel puudus piisav toetus nii rahastaja kui ka kohaliku omavalitsuses poolt ning neil tuli ise sobivad kliendid leida. Edaspidi peaks kindlasti läbi mõtlema, kuidas klientide suunamine korraldada, et sarnast olukorda vältida.

Praegu suunab kliendi rehabilitatsiooniteenusele Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja, kes rehabilitatsioonivajaduse hindamise põhjal otsuse teeb. Intervjueeritavad tõid välja, et seda süsteemi peaks natuke muutma. Enamasti kohtub klient hindamisel Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajaga esmakordselt ning hindamistulemused võivad sõltuda kliendi hindamise hetkel olevast emotsionaalsest seisundist. Tihti tekitab võõras olukord hirmu ja ärevust ning see võib tulemusi mõjutada. Olen samal arvamusel, et teenustele (programmi) suunamise protsessi võiks kaasata spetsialiste, kellel on kliendiga juba varasem kokkupuude olnud ja ta teab rohkem kliendi tausta. Lisaks suunamisotsusele vajavad kliendid ka põhjalikumalt selgitust teenuse olemusest ning vajalikkusest. Eakad vajavad selleks usaldusväärset isikut, kes neid ka motiveerib.

Intervjuudest selguski, et eakate valmisolek sotsiaalse rehabilitatsiooni programmides osaleda ei ole piisav ning neil olid sageli valed ootused. Sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul soovitakse mõningal juhul endiselt taastusravi ja muid passiivseid teenuseid saada ja nende puudumisel ei soovita teenusel osaleda. Plato (2016) on samuti oma magistritöös jõudnud järelduseni, et vaatamata rehabilitat-

sioonisüsteemi pikaajalisele toimimisele, ei ole inimesed piisavalt teadlikud rehabilitatsiooni olemusest. Varasemalt toiminud rehabilitatsioonisüsteem võimaldas osutada rohkem (taastus) raviteenuseid ja mitte alati ei pidanud rehabilitatsioonimeeskonnad vajalikuks osutada teenuseid komplekselt. Seega vajavad kliendid usaldusväärset isikut, kes nende teadlikkust tõstab.

Spetsialistide hinnangul programmis osalejate motivatsioon sekkumiste jooksul siiski kasvas. Seda kinnitab ka katkestajate madal protsent. See omakorda näitab, kui oluline on vanemaealiste pidev jõustamine, et nad oleksid valmis muutusteks.

Rehabilitatsiooniprogrammi tegevuste maht ja nende ajaline mõõde

Rehabilitatsiooniprogrammi eesmärgid, alaeesmärgid ja tulemused on seotud RFK hindamisega. Ühe olulise aspektina ilmnas uuringust, et RFK hindamine on paljudele rehabilitatsiooniasutustele keeruline ja aeganõudev ja seetõttu oli hindamiseks planeeritav aeg ebapiisav. Programmis peab iga kliendiga läbi viima alg- ja lõpphindamised, mille tulemused fikseeritakse RFK-koodides. Kuna RFK kasutamine ei ole sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisel (va programmid) kohustuslik, siis paljud teenuse osutajad seda praktikas ei rakenda. Integreeritud teenuste puhul on aga vaja ühtset keelt, mida kõik kliendiga seotud spetsialistid oskaksid lugeda, ilma delikaatseid isikuandmeid levitamata. Minu meelest on RFK klassifikatsioon selleks väga hea vahend. RFK-d sobib kasutada laia spektriga rakendusvaldkondades ja see annab informatsioonile kontseptuaalse struktuuri, mida saab rakendada indiviidide tervise kaitsmisel, ja mis hõlmab ennetust, tervise tugevdamist ja osaluse parandamist, leevendades või kõrvaldades ühiskonna seotud takistusi ning edendades sotsiaalabi ja toetuste süsteeme (Sotsiaalministeerium, i.a).

Veel ühe olulise probleemina tõid uuringus osalejad välja, et programmi tegevuskava osas võiks teenuseosutajatel rohkem paindlikkust olla. Kuigi kliendid on enamasti küll sarnaste probleemidega, siis etteantud tegevused määratud mahus ei ole kõigile siiski vajalikud või hoopis piisavad. Spetsialistide hinnangul võiks asutusel olla võimalus individuaalsed teenused vajadusel ümber jaotada. Vastavalt kliendi probleemidele saab seeläbi rohkem toetada kas tema füüsilise, psühhosotsiaalse või vaimset võimekuse valdkonda.

Samuti toodi välja, et ajakavade koostamine programmi tegevusteks oli tihti keeruline. Paljud kliendid on hõivatud kas isiklike või ühiskondlike tegevustega ning rehabilitatsioonimeeskonna liikmete hõivatus on samuti suur. Siinkohal peab jällegi märkima, et klientide hõivatus võib olla oluliselt

väiksem programmi kriteeriumitele vastavate klientide puhul, kuigi neil võib vastupidiselt ette tulla tervislikust seisundist tulenevaid piiranguid.

Spetsialistide sõnul oli ajakavade koostamisel takistuseks ka transpordiga seotud probleemid. Pilotprogrammi osutanud asutused tegutsesid kõik linnades ning suur osa kliente elas samas piirkonnas. Sellest tulenevalt ei kerkinud transpordiga seotud probleemid tugevalt esile, kuid kaugemal elavate klientide puhul võib see märkimisväärseks kujuneda. Ühistranspordiga liikuda on paljudel multiprobleemsetel eakatel raske ning sõidugraafikud ei pruugi sobida programmi tegevusteks planeeritud ajaga. Uuringus toodi välja, et eakad väsivad kiiresti ja teenuste lõppedes on (ühis)transpordi ootamine nende jaoks suur probleem. Programmi koostamise komisjonis kerkis transpordi probleem samuti mitmel korral esile, kuid lahendusena märgiti KOV kohustust oma elanikke aidata. Praktika aga näitab, et KOV poolt pakutav sotsiaaltransport ole alati kättesaadav. Tõenäoliselt võivad transpordiga seotud probleemid tugevamalt esile kerkida, kui programmis hakkavad osalema kaugemalt saabuvad kliendid.

Rehabilitatsiooniprogrammi jätkutegevused ja sidusus teiste sotsiaalteenustega

Uuringus osalenud spetsialistide arvates on üheks olulisemaks probleemiks programmi jätkutegevuste puudumine. Programmi lõppedes kaob rehabilitatsiooniasutusel vastutus kliendi olukorda jälgida ning ta võibki jääda edaspidise abita, mistõttu programmi jooksul saavutatud tulemused võivad kiiresti tagasilangusesse pöörduda. Ettepanekuna toodi välja, et kindlasti peaks integreerima sotsiaal-, tervishoiu- ja kogukonna teenuseid ning kasutama juhtumikorralduslikku meetodit, et inimesed ei jääks erinevate süsteemide vahele. Valdkondade ühendamise nägemus on tervikliku ülevaate inimese olukorrast ja väldiks ka teenuste dubleerimist. Ühtse süsteemi puhul ei ole vaja inimest mitu korda hinnata ning ka vajalikud andmed on kõigile asjaosalistele kättesaadavad. Kokku hoitud ressursse saaks spetsialistide arvates kasutada hoopis teenuste osutamiseks.

Uuringus osalejad tõid välja, et kogukonna ressursi võiks rohkem kasutada. Programmi jooksul tutvustati eakatele võimalusi, mida kogukond pakub. Meriste (2018) toob samuti välja, et Eestis vajavad vanemaealised palju enam mitteformaalset tuge pere- ja kogukonnalt, sest kohalikud omavalitsused suudavad tugiteenuseid pakkuda vastavalt võimalustele, mitte vajadustele. Kuna lähipere liikmed elavad tihti geograafiliselt kaugel, tulekski laiendada vaadet lähipere liikmetelt kogukonnale. Viidates Tartu Ülikooli uuele õppekavale võib loota, et kogukondade arendamine ja kaasamine Eestis tulevikuvision.

Eriolukorra mõjud

Programmi efektiivsust takistas kindlasti COVID-19 põhjustatud olukord riigis. 2020 aasta kevadel, kui viirus üle maailma levima hakkas, oli see esmakordne nähtus ning puudusid veel varasemad teadmised ja kogemused selle mõjust. Maailm muutus täielikult ja inimestel tuli muutustega kohaneda. Programmi piloteerimine sattus sellele ajale, kui Eestis kehtestati riiklik eriolukord koos sellest tulenevate piirangutega. Peatati kõik kontaktse teenused ning ka rehabilitatsioonivaldkonnas mindi üle kaugnõustamisele. Multiprobleemsete eakate rehabilitatsiooniprogramm sisaldas valdavalt gruppidegevusi ning neid ei olnud võimalik kaugnõustamise teel läbi viia. Uuringus selgus, et paljud asutused võtsid küll programmi klientidega eriolukorra ajal telefoni teel ühendust, kuid see ei asendanud programmi tegevusi. Kaugnõustamine oli nii uus praktika, et sellega kohanemine võttis asutustelgi aega, rääkimata klientidest. Eriolukord oli väga raske just eakale sihtrühmale, kes ei suuda nii kiiresti muutustega kohaneda. Ajakirjandusest võis lugeda, et sotsiaalne distantseerumine tõi eile hulgaliselt vaimse tervise häired, paljudel juhtudel just eaka sihtrühma hulgas. Uuringus ilmnes, et mõned kliendid ei olnudki enam peale eriolukorra lõppu motiveeritud programmis osalema.

Peame ilmselt leppima tõsiasjaga, et maailm ei muutu enam kunagi endiseks ja olema valmis olukorraga kohanemiseks. Seda tuleks programmide koostamisel samuti arvestada ja vastavad muudatused sisse viia. Antud programmi puhul olid gruppidegevused kõige positiivsema mõjuga ning ilmselt tuleb mõelda selles suunas, kuidas neid saaks edaspidigi läbi viia. See eeldab kindlasti lisaresurssi vanemaealiste digioskuste õppe täiendamiseks ning sobivate kommunikatsioonivahendite võimaldamiseks kõigile.

KOKKUVÕTE

Rahvastiku vananemine on kujunenud ülemaailmseks probleemiks, mis süveneb iga aastaga. Riikidele on saanud väljakutseks leida tõhusaid meetmeid, mis aitaks vanemaealisi aktiveerida ja neid ühiskonda kaasata. Sellest tulenevalt oli minu uurimuse eesmärgiks analüüsida esimest Eesti riigi poolt eakatele koostatud rehabilitatsiooniprogrammi „Eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks“ ning hinnata programmi efektiivsust pilootprojekti osalenud spetsialistide vaates. Lähtuvalt töö eesmärgist püstitasin neli uurimisküsimust: kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise muutust peale programmis osalemist; kuidas hindavad spetsialistid programmi sobivust eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks; mis on programmi tugevused ja mis vajaks programmis muutmist. Uurimisküsimustele vastuste saamiseks viisin läbi poolstruktureeritud intervjuud üheksa programmi piloteerinud rehabilitatsiooniasutuse spetsialistiga.

Kvalitatiivse uurimuse põhjal selgus, et programmipõhine sotsiaalne rehabilitatsioon on mõjus vahend eakatele funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamiseks, kuigi antud programmis osalenud eakad saavutasid oma eesmärgid vaid osaliselt. Programmis etteantud kliendigruppide moodustamine osutus asutustele problemaatiliseks ning olukorra lahendamiseks lubati pilootprojekti kaasata ka kriteeriumitele mittevastavad eakad. See mõjutas programmi efektiivsuse hindamist, kuid programmi *positiivne mõju* ilmnas siiski.

Olulisema kasutegurina tuli välja programmi komplekssus ja hea võimalus eakatel leida sotsiaalset tuge ning oma suhtlusringkonda laiendada. Vanemas eas inimestel sageli sotsiaalsed suhted vähenevad ning üksindusest põhjustatud meeleolu langus süvendab terviseprobleeme. Programmi tegevuste jooksul sõlmisid eakad omavahel uusi kontakte ning mitmel juhul tekkisid sõpruskonnad, kes jätkasid suhtlemist ka programmivälisel ajal. Komplekssed tegevused võimaldasid eakatel leida lahendusi erinevate probleemidele, mida üksikteenustega sageli ei ole võimalik saavutada. Rühmategevuste käigus grupiliikmete omavaheline teadmiste ja kogemuste jagamine aitas eakatel oma probleeme paremini mõista ning efektiivseid lahendusi leida.

Uuringu tulemusena ilmnas ka olulisi probleeme, millele peaks programmi kinnitav komisjon kindlasti tähelepanu pöörama.

Uuringus osalevate spetsialistide arvates peaks programmi tegevuskava olema paindlikum, sest klientide probleemidest lähtuvalt võivad nad vajada natuke erinevaid teenuseid ja erinevas mahus. Toodi välja, et individuaalteenuseid, mis programmi raames osutatakse, võiksid asutused vastavalt vajadusele ise ümber jaotada. See tagaks kindlasti parema tulemuse klientide eesmärkide saavutamiseks.

Grupiteenuseid hinnati küll väga efektiivseks, kuid probleeme valmistas kõikidele rühmaliikmetele ja spetsialistidele ühise sobiva aja leidmine. Klientidel on programmis osalemisele lisaks veel muid kohustusi ning rehabilitatsiooniasutuse spetsialistide hõivatus on samuti kõrge. Peab siinkohal jälle märkima, et antud pilootprojektis olid paljud kliendid väga aktiivsed ja juba osalesid erinevates huvitegevustes, mida programmis osalemiseks määratud *kriteeriumitele vastavate* klientide puhul ilmselt ei esineks. Lisaks hõivatusale olid mõned kliendid ka transpordivahenditest sõltuvad ning see raskendas ajagraafikute koostamist. Edaspidi võib see aga veel suuremaks probleemiks kujuneda. Pilootprojektis osalenud asutused tegutsesid kõik linnades ning kliendid elasid enamasti samas piirkonnas, kuid maakonnas asuvate asutuste või kaugemal paiknevate klientide puhul kerkib transpordi probleem kindlasti tugevamalt esile.

Uurimuse osalenud spetsialistide arvates on paljudel klientidel valed ootused programmile ning vähehene motivatsioon selles osaleda. Kliendid ei ole teadlikud rehabilitatsiooni olemusest ning sotsiaalse rehabilitatsiooni raames loodetakse endiselt saada taastusravi ja teisi passiivseid teenuseid. Rehabilitatsioonispetsialistide arvates oli eakate motiveeritus sageli seotud ka hirmude ja eelarvamustega. Klientide seas levis arvamus, et rehabilitatsiooniprogrammist ei ole kasu, kuna see pole jätkusuutlik ning kohustab neid osalema tegevustes, mis ei ole vajalikud. Spetsialistid tõid samuti välja, et programmi sekkumised võivad küll klientidel muutused esile kutsuda, kuid teenuste lõppedes algab sageli tagasilangus. Programmil peaks olema jätkutegevused, mis aitaks saavutatud tulemusi vähemalt säilitada. Spetsialistid märkisid, et hädasti oleks vaja integreerida sotsiaal-, tervishoiu- ja kogukonna-teenused, et kliendid saaksid järjepidevalt kõikki neile vajalikke teenuseid ja ei *kaoks* erinevate süsteemide vahele.

Rehabilitatsiooniprogramm on spetsialistide arvates efektiivne meetod eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamise toetamiseks, kuid kahjuks pääseb järjest vähem eakaid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele, sealhulgas programmides osalema. See peaks nende arvates olema vajadusel kättesaadav kõikidele eakatele, sõltumata puudest.

Programmi efektiivsust mõjutas kindlasti ka COVID-19 põhjustatud eriolukord riigis, mis langes esimese piloodi perioodile. Programmi tegevused katkestati kaheks kuuks ning mõned kliendid ei soovinudki hiljem tegevusi jätkata. Asutuste töökorraldus oli samuti häiritud ning see mõjutas samuti programmi sekkumisi.

Uurimustulemused näitavad, et antud rehabilitatsiooniprogramm on sobilik eakatele funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise suurendamise *toetamiseks*, kuigi pilootprojektis osalenud spetsialistid hindasid klientide *muutust* funktsionaalses võimekuses oodatust vähemaks. Programm on efektiivne vanemaealiste klientide elukvaliteedi, osalemis- ja tegutsemisvõime, sotsiaalse aktiivsuse ning iseseisva toimetuleku säilitamiseks, kuid programmi sekkumised ei ole piisavad mitme erineva (raske) probleemiga eakate iseseisva toimetuleku säilitamiseks. Programmi piloteerimise käigus ilmnunud probleeme peaks kindlasti arvestama parendusettepanekute rakendamisel.

KASUTATUD KIRJANDUS

Ajutreeningu käsiraamat. (2010). MINDWELLNESS PROJECT: Improvement the Learning Capacities and Mental Health of Older People. Kasutatud 10.02.2021

https://www.ttk.ee/public/MIndwellness_eesti.pdf

Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020. (2016). Sotsiaalministeerium. Kasutatud 19.10.202

<https://www.sm.ee/sites/default/files/content>

[editors/eesmargid ja tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content/editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf)

Alliksoo, E. (2015). *Rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolek programipõhise teenuse osutamiseks*. Lõputöö. Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž, Sotsiaaltöö korralduse osakond.

Bengtsson, M. (2016). *How to plan and perform a qualitative study using content analysis*. Nursing PlusOpen, 2, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>

Bailey, J. (2008). *First steps in qualitative data analysis: Transcribing*. Family Practice, 25(2), 127–131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>

Bowling, A. (2008). *Enhancing laterlife: How older people perceive active ageing?* Aging And Mental Health, 12(3), 293 – 301.

Broomfield, R. (2014). *A nurse's guide to qualitative research*. Australian Journal of Advanced Nursing, vol. 32 (3), 545-677.

Braun, V., Clarke, V. (2006). *Using the matic analysis in psychology*. – Qualitative Research in Psychology, 3 (2), 77-101.

Charters, A. (2013). *Falls prevention exercise – following the evidence*. Age UK. Kasutatud 04.01.2021

https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_2013_falls_prevention_guide.pdf

Cotter, K. A., Lachman, M. E. (2010). *Psychosocial and behavioural contributors to health: Age-related increases in physical disability are reduced by physical fitness*. *Psychology & health*, 25(7), 805–820. Kasutatud 11.12.2020 <https://doi.org/10.1080/08870440902883212>

De FariasBispo, E. P., Garcia da Rocha, M. C., ReysRocha, M. de F. M. (2012). *Assessment of functional capacity of the elderly in registered Family Health Strategy in the community of „Pontal da Barra, Maceio, State of Alagoas*. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFS Car*, 20(1), 81.

De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., Dykstra, P. A. (2006). *Loneliness and Social Isolation*. – Vangelist i & Perlman (toim.). *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press: 485 -500.

Dishman, R. K., Sallis, J. F., Orenstein, D. R. (1985). *The determinants of physical activity and exercise*. *Public Health Reports*, 100(2), 158–171.

Dixson, D. D., Worrell, F. C., Olszewski-Kubilius, P., Subotnik, R. F. (2016). *Beyond perceived ability: The contribution of psychosocial factors to academic performance*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1377(1), 67–77. Kasutatud 14.12.2020 <https://doi.org/10.1111/nyas.13210>

Djamba, Y. K., Neuman, W. L. (2002). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. *Teaching Sociology*, 30(3), 380. Kasutatud 08.04.2021 <https://doi.org/10.2307/3211488>

Gottfredson, L. S. (1998). *The General Intelligence Factor*. *Scientific American Presents*, 24-29.

Eakate inimeste toitumine ja kehaline aktiivsus. (2008). Tervise Arengu Instituut. Kasutatud 10.02.2021 https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130165169139_Eakate_inimeste_toitumine_ja_kehaline_aktiivsus_est.pdf

Elanikkonna struktuur ja vananemine. (2020). Eurostat. Kasutatud 17.03.2021

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/et#Eakate_inimeste_osakaal_kasvab_j.C3.A4tkuvalt

Assumptions for life expectancy by age, sex and type of projection. (2019). Eurostat. Kasutatud 02.02.2021 <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>

Hanga, K. (2020). *Rahvusvahelise funktsioneerimisevõime klassifikatsioon.* Ajakiri Sotsiaaltöö 2020-3. Kasutatud 20.03.2021

<https://www.tai.ee/et/valjaanded/ajakiri-sotsiaalto/sotsiaaltooe-2020-3/rahvusvaheline-funktsioneerimisvoime-klassifikatsioon>

Hange „Rehabilitatsiooniprogrammi eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks piloteerimine“ (i.a). Sotsiaalkindlustusamet. Kasutatud 23.09.2020

https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-tors/Hanked/Rehab_programmi_eakate_funkts_voimekuse_ja_ykos_osalemise_toetamiseks_piloteerimine/pk_lisa_1_tehniline_kirjeldus_eakad.docx

Heaolu arengukava 2016-2023. (2021). Sotsiaalministeerium. Kasutatud 19.10.2020

<https://www.sm.ee/et/heaolu-arengukava-2016-2023>

Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2010). *Uri ja kirjuta.* Tallinn: Kirjastus Meditcina

Hoolekandeprogramm 2021-2024.(2021). Sotsiaalministeeriumi programmid. Sotsiaalministeerium.

Kasutatud 19.05.2021 https://www.sm.ee/sites/default/files/lisa_3_hoolekandeprogramm_2021-2024.pdf

Hooliva hooldaja käsiraamat. (2009). Tervise arengu Instituut. Kasutatud 25.01.2021

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Hooldajamaaramine/hoolda_ja_kasiraamat.pdf

Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., Martins, T. (2020). *Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 34(1), 69–77. Kasutatud 25.11.2021

<https://doi.org/10.1111/scs.1270>

InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs. (2011). Lõppraport. Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE. Tartu Ülikool. Kasutatud 21.03.2021

https://skytte.ut.ee/sites/default/files/ec_files/interRAI_l6ppraport.pdf

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). *Kvalitatiivne sisuanalüüs*. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metoodika õpibaas. Kasutatud 13.04.2021

<http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). *Temaatiline analüüs*. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metoodika õpibaas Kasutatud 13.04.2021

<http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Kolk, H. (2018). *Multidistsiplinaarne geriaatriline hindamine – võimalus eaka inimese probleemide ja vajaduste objektiivseks hindamiseks ning ressursside otstarbekaks kasutamiseks*. Eesti Arst 2018; 97(4), 225–227. Kasutatud 21.03.2021

<file:///C:/Users/User/Downloads/14123-Article%20Text-12528-1-10-20180430.pdf>

Kodanikuühiskonna programm aastateks 2021-2024. (2021). Siseministeerium. Kasutatud 10.02.2021

https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/kodanikuyhiskond/kodanikuuhiskonna_programm_2021-2024.pdf

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinn: TLÜ kirjastus.

Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn 2: OÜ Infotrükk

Lehtsaar, T.(2020). *Eakad vajavad erilist tuge*. Lõuna Eesti Postimees. Kasutatud 22.04.2021
<https://lounapostimees.postimees.ee/6932345/eakad-vajavad-erilist-tuge>

Lobo, A. (2010). *Physical activity and health in the elderly*. Bentham Science Publishers. Kasutatud 12.12.2020
<https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.utlib.ut.ee/lib/tartu-ebooks/detail.action?docID=864300&query=elderly>

López-Cerdá, E., Carmona-Torres, J. M., Rodríguez-Borrego, M. A. (2019). *Social support for elderly people over 65 years in Spain*. International Nursing Review, 66(1), 104–111. Kasutatud 06.01.2021
<https://doi.org/10.1111/inr.12468>

Luhamaa, L. (2014). *Rehabilitatsiooniteenuse puudega eakatele*. Lõputöö. Lääne-Viru Rakenduskõrgkool, Sotsiaaltöö õppetool.

Lähdesmäki, L., Vornanen, L. (2009). *Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toiminta kyvyntukijana*. Helsinki: EditaPrima

Meriste, M.H. (2008). *Eakatest ei peaks rääkima kui probleemist, vaid kui võimalusest*. Novaator. Kasutatud 25.04.2021
<https://novaator.err.ee/832582/eakatest-ei-peaks-raakima-kui-probleemist-vaid-kui-voimalusest>

Multihaigete eakate rehabilitatsiooni kursus IKKU (2016). Multihaigete eakate rehabilitatsioonikursuse teenusepakett, osaline perekursus. KELA ambulatoorse ja statsionaarse taastusravi standard. Publitseerimata materjal.

Mõjude hindamise metoodika. (2012). Justiitsministeerium ja Riigikantselei. Kasutatud 14.01.2021

https://www.just.ee/sites/www.just.ee/files/elfinder/article_files/mojude_hindamise_metoodika.pdf

Oidermaa, J. (2019). *Euroopat ei päästa vananemisest massiimmigatsioon ega kõrgem sündivus*. Raport. Novaator. Kasutatud 04.04.2021

<https://novaator.err.ee/949119/raport-euroopat-ei-paasta-vananemisest-massiimmigratsioon-ega-korgem-sundivus>

Paavel, V. (2009). *Hooliva hooldaja käsiraamat*. EV Sotsiaalministeerium. Tervise Arengu Instituut. Tallinn 2009. Kasutatud 03.02.2021

[file:///C:/Users/Liina/Downloads/hooldaja_kasiraamat%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Liina/Downloads/hooldaja_kasiraamat%20(1).pdf)

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Tilvis, R. S. (2009). *Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial*. The Journals of Gerontology: Series A, 64A(7), 792–800. Kasutatud 15.01.2021 <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>

Plato, K. (2016). *Sotsiaalsest rehabilitatsiooniteenusest teadlikkus ja valmisolek muutusteks*. Magistritöö. Tartu Ülikool, Sotsiaal- ja haridusteaduskond.

Poelke, G., Ventura, M. I., Byers, A. L., Yaffe, K., Sudore, R., Barnes, D. E. (2016). *Leisure activities and depressive symptoms in older adults with cognitive complaints*. International Psychogeriatrics, 28(1), 63 – 69.

Rahvastikuproгноos näitab rahvaarvu vähenemise aeglustumist. (2019). Statistikaameti kodulehekül. Kasutatud 16.03.2021

<https://www.stat.ee/et/uudised/pressiteade-2019-077>

Rahvastik soo ja vanuserühma järgi. (2019). Statistikaameti kodulehekül. Kasutatud 16.09.2020

<https://www.stat.ee/>

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon, RFK. (2005). EV Sotsiaalministeerium. Tõlkinud Marje Liibek.

Rehabilitatsiooniprogrammid. (2021). Sotsiaalkindlustusamet. Kasutatud 19.05.2021

<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon/rehabilitatsiooniprogrammid>

RFK kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks.(2020).Lõppraport. Sotsiaalkindlustusamet. Kasutatud 3.02.2021

https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Projektid/rfk_loppraport_aprill2020.pdf

Riemann, F. (1999) .*Vananemise kunst.* Johannes Esto Ühing.

Rikli, R., Jones, J. (1999). “*Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults.*” *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 129-161

Roosimaa, M. (2011). *Töölesaamist toetavad rehabilitatsiooniprogrammid.* Artiklite kogumik. Tallinn: AS Võru Täht.

Saks, K., Kalda, R., Kolk, H., Kree, S. (2015). *Eaka elanikkonna tervisevajaduste piirkondlik hindamine (EAKAS).* Kasutatud 11.05.2021

<https://www.etag.ee/wp-content/uploads/2014/01/Eaka-elanikkonna-tervisevajaduste-piirkondlik-hindamine-EAKAS-Tulemused.pdf>

Saks, K., Maimets, T., Tamm, R., Uiho, R., Pääsuke, M., Tulviste, T., Soots, A., Sakkeus, L., Tambaum, T., Medar, M., Tulva, T., Murov, A., Kaasik, A-E., Sõmer-Kull, S. (2017) *Gerontoloogia : õpik kõrgkoolidele.* Tartu Ülikooli Kirjastus.

Sepp, J. (2019). *Väärika vananemise teekond.* Ajakiri Sirp. Kasutatud 26.10.2020

<https://www.sirp.ee/s1-artiklid/c21-teadus/vaarika-vananemise-teekond>

Sofaer, S. (1999). *Qualitative methods: What are they and why use them?* *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1101–1118.

Sotsiaalne rehabilitatsioon. (2021). Sotsiaalkindlustusamet. Kasutatud 24.04.2021

<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon>

Sotsiaalteenused. (2021). Sotsiaalministeerium. Kasutatud 18.05.2021

<https://www.sm.ee/et/sotsiaalteenused>

Straßner, C., Frick, E., Stotz-Ingenlath, G., Buhlinger-Göpfarth, N., Szecsenyi, J., Krisam, J., Joos, S. (2019). *Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): Study protocol for a cluster-randomized trial.* *Trials*, 20(1), 364. Kasutatud 15.01.2020

<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3435-z>

Supporting the Functional Capacity of Older People with Skill and Quality. (2016). SUFUCA.

Leonardo da Vinci projekt. Kasutatud 14.01.2021

<http://www.sufuca.fi/ee/index.html>

Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring. (2015). Sotsiaalministeerium. Uuringu aruanne.

Tallinn: SA Poliitikauuringute Keskus Praxis; AS Emor. Kasutatud 03.11.2020

<http://www.praxis.ee/tood/vanemaealiste-ja-eakate-toimetuleku-uuring2015/>

Velberg, R. (2008). *Eesti seeniorõpetajate toimetulek ja rahulolu eluga.* Kogumikus T.Tulva.

(koostatud). Eakate vananemise kogemused Eestis ja Soomes. Tallinn: TLÜ Kirjastus

World Health Organisatsioon. (2020). *Ageing and Life-course.* Kasutatud 26.10.2020

<https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

LISAD

Lisa 1. Intervjuu kava

Tere armsad rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistid!

Õpin Tartu Ülikoolis sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala magistriõppe II kursusel. Kevadel peaksin kaitsma oma magistritööd ja selle valmimiseks palun Teie abi. Minu magistritöö eesmärk on uurida rehabilitatsiooniprogrammi “EAKATE FUNKTSIONAALSE VÕIMEKUSE JA ÜHISKONNAS OSALEMISE TOETAMISEKS” efektiivsust. Ma sooviksin teada saada, kas programm sellisel kujul on efektiivne eakate aktiveerimiseks või mida peaks programmis muutma, et see paremini toimiks. Selleks palun teie, kui ekspertide arvamust. Luban, et kõik vastused jäävad anonüümseks.

Kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid eakate füüsilise võimekuse ja ühiskonnas osalemise muutust peale programmis osalemist?

Mis olid peamised füüsilist võimekust piiravad tegurid programmis osalenud eakatel, kellega Teie kokku puutusite?

Milliseid füüsilise võimekuse ja ühiskonnas osalemisega seotud muutusi märkasite Teie programmis osalenud eakatel?

Kuidas hindaksite viie palli skaalal programmi edukust füüsilise võimekuse suurendamisel.

Mis soodustas suundumusi paremuse poole?

Mis seda takistas?

Mida oleks saanud veel teha?

Kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid eakate psühhosotsiaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise muutust peale programmis osalemist?

Milliseid psühhosotsiaalset võimekust piiravaid tegureid esines programmis osalenud eakatel kellega Teie kokku puutusite?

Milliseid muutusi oma psühhosotsiaalses võimekuses täheldasite programmis osalenud eakate puhul kellega Teie kokku puutusite?

Kuidas hindaksite viie palli skaalal programmi edukust psühhosotsiaalse võimekuse suurendamisel.

Mis soodustas suundumusi paremuse poole?

Mis seda takistas?

Mida oleks saanud veel teha?

Kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid eakate vaimse võimekuse ja ühiskonnas osalemise muutust peale programmis osalemist?

Milliseid vaimset võimekust piiravaid tegureid esines programmis osalenud eakatel kellega Teie kokku puutusite?

Millised neist takistavad ühiskonnas osalemist?

Kuidas hindaksite viie palli skaalal programmi edukust vaimse võimekuse suurendamisel.

Mis soodustas suundumusi paremuse poole?

Mis seda takistas

Mida oleks saanud veel teha?

Kuidas hindavad programmis osalenud spetsialistid antud programmi sobivust eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamiseks?

Millised MUID uusi oskusi ja teadmisi omandasid programmis osalenud eakad Teie arvates programmi jooksul?

Millised olid ootused programmis osalenud klientidel enne programmis osalemist?

Mis motiveeris kliente programmis osalema?

Kas programmis määratud tegevused olid piisavad eesmärkide saavutamiseks?

Kas oskate nimetada tegevusi, mida võiks programmi lisada või välja jätta? Millised?

Missugused takistused ilmnesh programmi töös?

Kui palju oli programmi katkestanud kliente ja mis olid peamised katkestamise põhjused?

Millised probleemid tõid välja kliendid, mis takistasid neil programmis osalemist?

Milliseid probleemid seoses programmi osutamisega märkasite Teie?

Mis olid programmi tugevused?

Kuidas hindate programmi vajalikkust? Mis on selle tugevused?

Mis on Teie arvates programmi eelis üksikteenuste ees?

Mis vajaks programmis muutmist?

Kas programmi läbiviimisel ilmnesh veel tegevusi, mis oleks vajalikud programmi eesmärkide saavutamiseks?

Milliseid probleemid märkasite ise, mis vajaksid programmis muutmist?

Milliseid ettepanekuid teeksite programmi muutmiseks?

Kas on veel midagi, millest me täna ei rääkinud, kuid Te peate oluliseks teemaga seoses lisada?

Suur tänu vastamast!

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Liina Padrik (sünnikuupäev:05.02.1977)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose:

„Eesti eakate funktsionaalse võimekuse ja ühiskonnas osalemise toetamise rehabilitatsiooniprogrammi hindamine“, mille juhendaja on Mare Ainsaar,

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 24.05.2021a.