

# HOOLIVA HOOLDAJA KÄSIRAAMAT



**EV Sotsiaalministeerium  
Tervise Arengu Instituut**

**Koostaja Valdeko Paavel**

# **HOOLIVA HOOLDAJA KÄSIRAAMAT**

Tallinn 2009

Käesolev trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel, 2009

Igasugune materjali ebaseaduslik reprodutseerimine ja levitamine ei ole lubatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Keeletoimetaja: Maris Saar

Kujundanud: Menu Kirjastus

Trükkinud: Ecoprint AS

ISBN: 978-9949-9009-5-4

Tiraaž: 1000



## SISUKORD

Annotatsioon.....	5
1. Asjade alustuseks (sissejuhatuse asemel) .....	6
2. Filosoofilised lähtealused .....	8
3. Sotsiaalse heaolu nurgakivid .....	15
4. Väärtuste baaskontseptsioon .....	23
5. Eakate õigused .....	30
6. Elamine ja suremine .....	38
7. Toimetulekuvõime ja selle muutumise dünaamika .....	46
8. Inimene integreeritud hooldussüsteemis .....	56
9. Kõrvalabi vajaduse hindamine .....	63
10. Eakat ümbritsevad inimesed .....	76
11. Integreeritud hooldussüsteem, selle asutused ja teenused .....	82
12. Hoolduse planeerimine ja teostamine .....	96
13. Praktiliste hooldustegevuste juhendid .....	102
14. Psüühikahäirega eakas .....	109

### LISAD:

1. Anamnees .....	125
2. Füüsilise enesehoolduse skaala .....	128
3. Geriaatrilise depressiooni skaala .....	129
4. Vaimse seisundi miniuuring .....	130
5. Hoolduskava .....	134
6. Eritingimused või -tegevused .....	136
7. Detailiseeritud hoolduskava .....	137
8. Suhtlemine potentsiaalselt ohtliku kliendiga .....	138
9. Hooldustegevuste juhendid .....	140

## ANNOTATSIOON

Käsiraamat annab ülevaate inimese vananemisest ja võimalikust kõrvalabi vajadusest, mis vananemisega kaasneb ning eakate hooldamisest, selle korraldusest ja regulatsioonist Eestis ja ka hooldamise protsessist. Toodud on soovitused nii selle kohta, kuidas hooldust planeerida vastavalt eaka seisundile ja vajadustele kui ka selle kohta, kuidas hooldusprotsessi ja hooldusprotseduuride teostada.

Raamat on mõeldud kasutamiseks kõigile eakate inimeste hooldamisega seotud inimestele, sh hooldajatele, eakate hooldusasutuste juhtidele, teenuste osutamise korraldajatele. Kasulikku teavet võivad sellest leida ka eakad ise ning nende hooldamisega tegelevad omaksed. Käsiraamat on kasutatav nii hooldusasutustes kui iseseisvalt või koos omaksetega elavate eakate hooldamisel.

## 1. ASJADE ALUSTUSEKS

*Sissejuhatuse asemel*

Maailmas on lõpmata palju häid asju. Paljusid neist me teame ja oleme nendega kokku puutunud, paljusid aga ei tea ega saa ka kunagi teadma ega tundma. Ka nende heade asjade puhul, mida me teame ja millega oleme kokku puutunud, ei oska me nii mõnigi kord anda adekvaatset seletust sellele, miks see asi ikka nii hea on või miks me arvame, et see on nii hea. Mõned asjad lihtsalt on head.

Täpselt nii on ka **John Donne** allpool toodud mõttereendusega, mille **Ernest Hemingway** valis oma suurepärase romaani „Kellele lüüakse hingekella“ motoks ja mis siinkirjutaja arvates sobib suurepäraselt ka eakate hooldamise teemakäsitluse üldiseks lähtealuseks ja taustaks.

*„Ükski inimene ei ole Saar, täiesti omaette: iga inimene on tükk Mandrist, osa Maismaast; kui Meri Mullakamaka minema uhub, jääb Euroopa väiksemaks, samuti ka siis, kui ta Maanina upitab, samuti ka siis, kui ta sinu sõprade või sinu enda Lossi purustab; iga inimese surm kahandab mind, sest mina kuulun Inimkonda; ja seepärast ära iialgi päri, kellele lüüakse hingekella: seda lüüakse sinule.“*

Kui ma mõne aasta eest eakate hooldamise käsi- või nõuanderaamatu koostamise mõtet vaagima hakkasin, olin algusest peale kindel ainult ühes – kui Eestis keegi kunagi niisuguse raamatu koostab, peaks selle esimese peatüki kirjutama **Kalev Katus**. Nüüdseks on see võimalus kadunud. Kalev Katus, kes on inimkonna vananemist nii palju uurinud ja analüüsinud, sellest rääkinud ja kirjutanud, ei saanud ise seda vanaks olemist tunda.

Aga tema kolleegidel, käesoleva käsiraamatu lugejatel ja ka siinkirjutajal on see võimalus veel olemas. Kes ja kui paljud meist seda vanaks olemist tegelikult tunda saavad, ei tea keegi, kuigi osa meist tõenäoliselt juba tunnetab selle võimatust, sest erinevatel põhjustel võib surm nad enne vanaks saamist minema viia. **Kui me ükskord oleme läinud, jääb alles see osa meie tehtust, mille eluiga on inimese omast pikem. Kui paljudel meist ja kui palju meil üldse niisuguseid asju on, mis meist kauem elavad? Ja kas neid üldse on? Arvan, et vahetevahel oleks üsna tervislik sellele mõelda.**

Kalev Katusest on kindlasti alles jäänud tema ja tema kolleegide paljud mõtted, vananemisega seotud teemaarendused ning kirjatööd. Järgnevas on lugupeetud ja teeneka sotsiaalteadlase Kalev Katuse mälestuseks toodud väike valik mõtteid 1999. aastal ilmunud kogumikust „Rahvastikuvananemine Eestis“<sup>1</sup>:

*„Rahvastiku uue taastetüübi järkjärguline väljakujunemine toob kaasa rahvastikuvananemise, mis omakorda põhjustab rea põhimõttelisi muutusi tootmise ja tarbimise, tervishoiu ja sotsiaalhoolduse, maksu- ja pensionisüsteemi, elamuehituse ja ühiskonnaelu mitmes muus olulises vallas...*

*Enam kui poolteist sajandit tagasi alanud rahvastikuvananemine on aastatuhande vahetuseks jõudnud etappi, kus protsess on ületanud rahvuslikud piirid ja hakkab nõudma kasvavat rahvusvahelist tähelepanu...*

*Rahvastikuvananemisega seonduvate ühiskonnamuutuste teadvustamine väljendub muuhulgas uue riigikorraldusliku tegevussuuna, vananemispoliitika, kujundamises ning asjakohase rahvusvahelise koostöö hoogsas arendamises. Muidugi ei vastandu kujunev vananemispoliitika tavapärasele vanuripoliitikale vaid viimast hõlmates on hoopis integraalsem nii riigi sotsiaalse elukorralduse kui ajaraami seisukohalt.*

*Ülemaailmselt on rahvastikuvananemine üks põhjapanevamaid protsesse, mis ühendab käesolevat aastasada järgmisega: rahvastikuvananemisega ühiskonna ette seatud sotsiaalse elukorralduse muutmine jääb ju peamiselt 21. sajandisse, otsene põhjus ise pärineb aga käesolevast ja sügavam aluspõhjus koguni eelmisest sajandist. Arengult aeglane, aga seevastu paratamatu ja pöördumatu rahvastikuvananemine paneb proovile ühiskonnajuhtide perspektiivtunnetuse. Maailm näeb veel üks kord riikide ja rahvaste ümberrivistumist ning uue võimsusjärjestuse kujunemist, kus nurgakiviks saab uudselt jaotuva inimpotentsiaali efektiivne rakendamine.“*

---

<sup>1</sup>Kalev Katus, Allan Puur, Asta Pöldma, Luule Sakkeus. „Rahvastikuvananemine Eestis“. Eesti Kõrgkoolidevaheline Demouuringute Keskus, Tallinn 1999.



## 2. FILOSOOFILISED LÄHTEALUSED

*„Me kõnnime ilusate silmade peal“*

Meid endid (inimesi) ja meie ümber toimuvat võib vaadata ja näha ning sellest aru saada või seda tõlgendada väga erinevat moodi ja erinevatel alustel või erinevates taustsüsteemides. Isegi kõike sellist igapäevast nagu päikesetõus, pimedus, peavalu, kõhukinnisus või -pidamatus, üksindus, palavik või nohu võivad erineva tausta ning kogemustega inimesed tajuda ja tõlgendada märkimisväärselt erinevalt. Erinevalt saadakse aru ja tõlgendatakse ka märksa komplitseeritumaid nähtusi nagu seda on näiteks inimeste elamine, olemine, abistamine, hooldamine ja suremine.

Inimeste elamise, olemise, hooldamise ja suremise kontekstis ei saa me seega ka rääkida ainuõigetest või täiesti valedest asjadest, mõtetest, lähenemistest vms, sest inimesed ja inimeste arusaamad on erinevad. Mõnevõrra moodsamalt öeldes võiks see kõlada nii: **meie teadmused on erinevad.**

Teadmust võiks seejuures määratleda inimese subjektiivse ja ennekõike isiklikuks kasutamiseks mõeldud vähem või rohkem süstemaatiliselt korrastatud faktide, sündmuste (kogemuste), tõdemuste (uskumuste) ja oskuste kogumina. **Käesoleva käsiraamatu filosoofiline lähtealus on just teaduspõhine, mis muu hulgas tähendab ka seda, et inimest ja inimeste elu võib küll käsitleda teaduslikult, aga inimene ise ja tema elu ning olemine on teadmuslikud.**

Teadmusliku lähenemise korral tuleb tõdeda, et tahame me seda või ei taha, teadvustame seda või mitte, aga me oleme suures osas see, mida meie õpetajad on meile õpetanud ja mida me ise oleme oma õpetajatelt õppida osanud. Õpetajate ja nende õpetuste roll meie elus on tõenäoliselt oluliselt suurem, kui me seda tavatseme, tahame, oskame või julgeme enesele teadvustada või tunnistada. Olen nõus selle minu jaoks tundmatu isikuga, kelle sõnul **õnnelik on see inimene, kellele on sattunud HEAD ÕPETAJAD, kes on ise osanud teha õpetajate ja õpetuste osas õige valiku või on teinud selle õige valiku juhuslikult.**

Usun, et selles mõttes võin ma end pidada väga õnnelikuks inimeseks, sest mulle on ühel või teisel viisil ja ühel või teisel põhjusel elamise ning õppimise teele sattunud väga palju väga häid õpetajaid.

- Üks osa neist on olnud head sellepärast, et neilt on olnud tööpoolest lõpmata palju õppida ja seda nii nende isiksuse kui nende õpetuste pärast.
- Teine osa on olnud head selle pärast, et nad pole minu mõtetesse ja arengusse eriti sekkunud ning on lasknud mul kulgeda omapäi.

Minu esimesed Head Õpetajad olid ja on minu **ema** ja **isa**. Olid sellepärast, et nad mõlemad on juba kaua aega surnud ja on sellepärast, et nendelt õpitu tuleb aeg-ajalt justkui iseenesest ikka ja jälle meelde. Eneselegi üllatuseks **on uskumatult palju sellist, mida saavad õpetada ainult vanemad ja mida saab õppida ainult neilt ja seda isegi juhul, kui nad on üsna tavalised lihtsad inimesed.**

Neile on järgnenud väga palju teisi Häid Õpetajaid alates kas või muinasjutukangelastest ja lõpetades näiteks **Sokratese, Balzaci, Hemingway, Tšehhovi** või **Jack Londoniga**. Enamusest neist võiks kirjutada omaette peatüki nagu ilmselt iga inimene võiks kirjutada enda õpetajatest. Seejuures võib olla päris kindel, et iga inimese koostatav nimekiri oma õpetajatest oleks teiste omadega võrreldes vähemalt mõnevõrra erinev. Ka see peaks osutama meie elu teadmuspõhisusele ning õpetajate olulisusele. Tahtmata ühtki teist õpetajat alatähtsustada, tootsin järgnevas välja kaks inimest, kellelt ma olen väga palju õppinud just inimeste elamise, olemise ja suremise kontekstis.

Kunagi üsna ammu (veidi enne Ümera lahingut) elas Vanas Pärsias mees, kes oli samaaegselt tunnustatud matemaatik, astronoom, filosoof, mõtleja, elunautija, inimeste armastaja, luuletaja ja mis iganes veel ühte inimesse mahtuda võib. Arvan, et ta oli kogu inimkonna mastaabis tõeliselt Suur Mees. Tema nimi oli **Umar Haijam**. Tema elust ja tegudest on enam kui 30 aastat tagasi eesti keelde tõlgitud üks suurepärase raamat (Georgi Gulia „Legend Umar Haijamist“), mida ma senini aeg-ajalt sirvin.

Selles raamatus on sadu mõtteid ja teemaarendusi, mille ma kunagi nooruses hariliku pliiitsiga olen ära markeerinud, aga mis aja jooksul on tuhmunud. Sellegipoolest leiab Suured Mõtted hõlpsasti üles ja üks tema elufilosoofia alustalasisid oli esmapilgul raskesti hoomatav mõttearendus, mille võiks lühidalt kokku võtta umbes nii:

*„Me elame üürikest aega. Sellesse üürikesse ajalõiku peame mahutama nii oma valud kui rõõmud. Me peame armastama ja lakkama armastamast, peame kiinduma ja pettuma. Peame palju läbi*

*elama. Meie laup kattub kortsuvõrguga. Süda lööb aina tuhmimalt. Aju väsib lakkamatutest muretsemistest. Põlved jäävad aastatega nõrgemaks, nägemine kaob. Ma lähen kodust välja, astun mullapinnale ja leian äkki, et olen astunud kaunile silmale. Me kõik kõnnime ilusate silmade peal.“ Raamatut lugedes hakkasin seda mõttearendust temaga üha enam jagama ja jagan senini – ma õppisin seda temalt.*

Oma teise Hea Õpetaja leidsin ma umbes samal ajal, aga veel kaugemast ajast ja veel kaugemalt idast. Tema olemasolu pole vist senini keegi väga kindlalt ja teaduslikult tõestanud ega kinnitanud, aga ega sel olegi mingit tähtsust ega tähendust. Oluline on see, mis temast on järele jäänud ja mida tema isikuga seostatakse. Selle Õpetaja nimi oli **Lao-zi** ja tema õpetuse nimeks taoism. Nii nagu mina olen sellest aru saanud, on see vist kõige rahumeelsem käsitlus ja õpetus inimeste elust, olemisest ja minemisest (Lao-Zi sõnade järgi – kulgemisest). Üks mõttearendus ka temalt:

*inimene sünnib*

*õrn ja nõrk*

*inimene sureb*

*ķarm ja ķange*

*rohiud puud sünnivad*

*õrnad paindlikud*

*rohiud puud surevad*

*ķuivad jäigad*

*sest*

*ķarm ja ķange astub surma ette*

*õrn ja nõrk ent astub ellu*

*sellapärast*

*ķange sõdur ei ta võida*

*ķange puu saab löögi ķirvelt*

*suur ja ķange langevad*

*õrn ja nõrk ent tõusevad*

Mõlema mehe õpetused olen enese jaoks lühidalt kokku võtnud umbes nii: „**Inimese elu tulemuseks on surm. Inimese elu eesmärgiks, võimaluseks ja väljakutseks on enesele suremise aja ja viisi (st selle, kuidas, mis olukorras, mis seisundis ja missuguste mälestustega ta sureb) ja temast järele jääva valimine**“. Paraku, inimese enese valikuvõimalused on seejuures vägagi piiratud.

Teadupärast on **inimene 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, sellest 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.

Igas süsteemis kitsamalt ja/või omaette käsitletuna eksisteerivad teatud kindlad funktsionaalsed seosed ja seaduspärasused, mis kehtivad ennekõike antud konkreetse süsteemi piires ja/või suhtes. Samas on inimene sedavõrd integratiivne tervik, et ainult ühes funktsionaalses süsteemis toimuvad ja n-ö absoluutselt puhtaid protsesse realsuses praktiliselt ei ole.

**Mis iganes muutused või protsessid ühes kolmest funktsionaalsest süsteemist ka ei toimuks, avaldavad need vähemal või rohkemal määral mõju ka ülejäänud kahele.** Vastavasisulistest seostest on enim käsitletud ja kasutusel kaks suhteliselt selgepiirilist seosteahelat:

- psühhosomaatilised seosed, st meie füüsilis-keemilis-bioloogilise keha ja psüühika vahelised seosed ning omavaheline vastastikune mõjutamine
- psühhosotsiaalsed, st meie psüühika ja meid ümbritseva sotsiaalse keskkonna ning suhete omavahelised seosed ja vastastikune mõjutamine.

**Psühhosomaatilised seosed** tähendavad ja väljendavad ennekõike seda, et meie psüühikaga toimuv on (või võib olla) tingitud somaatilistest protsessidest, häiretest vms ning vastupidi – somaatilised protsessid, häired vms võivad olla tingitud meie psüühikast. Psühhosomaatiliste seoste põhistena on loodud mitmeid teoreetilis-praktilisi käsitlusi, millest üks tuntumaid võiks olla näiteks psühhoanalüüs.

Psühhosomaatiliste seoste iseloomulike näidetena tuuakse niisuguseid haigusi nagu näiteks südame isheemiatõbi ja Alzheimeri tõbi. Analoogselt asetavad näiteks orgaanilised aju- või närvisüsteemi kahjustused piiranguid psüühikale, sh vaimsele arengule. Psühhosomaatilisel foonil on käsitletavad ka väsimusest tingitud liiklusõnnetused ja traumad.

**Psühhosotsiaalsed seosed** tähendavad ja väljendavad konkreetse inimese psüühika ja sotsiaalse keskkonna, sotsiaalsete suhete ning sotsiaalsete probleemide vastastikust seotust ja omavahelist sõltuvust. Muu hulgas tähendab see ka seda, et inimeste psüühilisi probleeme ja vaevusi saab lahendada või leevendada sotsiaalsete ettevõtmiste või tegevustega. Heaks näiteks on tänapäeval üsna laialt levinud psüühikahäirega inimeste psühhosotsiaalse rehabiliteerimise teooria ja praktika.

Selliste seoste ilmekaks väljenduseks on muutused inimeste käitumises suuremate sotsiaalsete muutuste (sõltumata sellest, kas muutused on paremusele või halvemusele) perioodil, näiteks kuritegevuse kasv, prostitutsiooni ja alkoholismi levik ning enesetappude arvu suurenemine. Psühhosotsiaalse päritolu ja iseloomuga on ka muutused, mis toimuvad pikaajaliselt töötu staatuses oleva inimese psüühikas.

Põhimõtteliselt võiks sellesse loendisse lisada ka kolmanda, n-ö somaatilis-sotsiaalsete seoste ahela, näiteks sotsiaalsete probleemide ühel või teisel viisil väljendumisena konkreetse inimese bioloogilis-füüsilise keha tasandil. Teisalt, arvestades asjaolu, et somaatilis-sotsiaalsed seosed toimivad lõppkokkuvõttes ikkagi läbi iga konkreetse inimese ja tema psüühika, võib neid eraldiseisvatena ka mitte käsitleda ning piirduda kahe eespool kirjeldatud seoseahelaga.

**Somaatilis-sotsiaalsete seoste** võimaliku näitena võiks tuua vaesusest tingitud alatoitumuse ja sellest tulenevad tervise-, kasvu- või käitumishäired. Analoogse iseloomuga seoseid väljendab aga näiteks ka see, kui inimesele tekitatakse kehalisi vigastusi alkoholi- või narkouimas inimese poolt ja seda eriti juhul kui vigastuste tekitajad on näiteks pikaajaliselt töötud. Ka tuberkuloos on sisuliselt käsitletav sotsiaalse haigusena, mille levikut pole võimalik

märkimisväärselt piirata ilma sotsiaalsete abinõude rakendamiseta. Ja ilmselt on ka üsna üldteada, et "nälg ajab inimese vargile" ja muule kuritegevusele.

Biopsühhosotsiaalsete seoste märkamine ja arvestamine on oluline ennekõike seepärast, et see võimaldab:

- adekvaatsemalt aru saada sellest, mis toimub inimeste ja ühiskonnaga ning mis võib veel toimuma hakata
- valida toimuvate protsesside mõjutamiseks või probleemide lahendamiseks võimalikult asjakohased vahendid.

Konkreetsemalt tähendab see näiteks seda, et meil on tegemist põhimõtteliselt erinevate olukordade ja sellest tulenevalt ka erinevate võimalike ja vajalike sekkumiste viisidega juhtudel, kui Eestis näiteks:

- on töötä või koduta kas 700, 7 000 või 70 000 inimest
- kannatab depressiivsete meeleolude all kas 1 000, 10 000 või 100 000 inimest
- tapab ennast igal aastal kas 5, 50 või 500 inimest.

Juba antiikajast teadaoleva kuldloikega (lõigu või pinna jaotus kaheks osaks niimoodi, et pikem osalõik suhtub lühemasse samuti nagu kogulõik pikemasse, st pikem lõik on ligikaudu 61% kogulõigust) võrreldavat kuldreeglit ei ole siinkohal küll välja pakkuda, aga n-ö jäme reegel võiks olla umbes niisugune: **mida rohkem on teatud probleemist puudutatud inimesi, seda suurema tõenäosusega saab ja tuleb lahendusi otsida mitte inimestest ja nende kaudu, vaid sotsiaalselt tasandilt ja sotsiaalsetest vahenditest ning meetoditest.**

Ehk veidi teisti öeldes – ühiskonna hädad ja probleemid väljenduvad küll inimese kaudu, aga ainult inimese kaudu neid leevendada ja ravida ei saa. Küll aga on vähemalt kuigivõrd võimalik aidata igat konkreetset inimest ja ka see on iseenesest vajalik ja väärikas tegevus.

Teema lõpetuseks veel üks mõttearendus Lao-zi'lt, mis siinkirjutaja jaoks on väga sobilik kasutamiseks ka Eestis viimase paari aastakümne arengus toimunule ja ka praegusele olukorrale:

*ärgu ülendatagu võimekaid  
ning rahvas ei võistle  
ärgu hinnatagu haruldusi  
ning rahvas ei varasta  
ärgu nähtagu ihaldatavat  
ning rahva süda pole rahutu*

*sellepärast õnnis inimene valitsedes  
jätab tühjaks südamed  
paneb täis ent kõhud  
jätab nõrgaks püüud  
teeb ent kõvaks kõndid*

*ning rahvas ei mõista ega ihka  
mõistja aga ei söanda toimida*

*toimi toimimata  
ning ei ole nii  
et ei oleks juhtimist*

### 3. SOTSIAALSE HEAOLU NURGAKIVID

*„Andke mulle toetuspunkt  
ja ma tõstan maakerä üles“*

Kui me tahame panna midagi võimalikult stabiilselt seisma, nii et see oleks kindlalt paigas ja ei kõiguks, siis füüsikast teadaolevalt on üheks kõige lihtsamaks võimalikuks lahenduseks selle asja toetamine kolmele jalale või tugipunktile. Ja nii on inimesed aastate jooksul ka teinud, kusjuures mitte ainult füüsikas ja aparaadiehituses, vaid ka hoopis füüsikakaugete ja üldisemate teemade puhul.

Kui ajas väga palju tagasi minna, arvasid meie kunagised kauged esivanemad, et Maa on üks suur ja lame taldrik, mis toetub kolmele elevantile. Tõenäoliselt mitte vähem tuntud peaks olema ka Piiblist pärit püha kolmainus: Isa, Poeg ja Püha Vaim. Tavalisemate asjade ja igapäevaelu juurde tulles võiks näitena tuua kas või tasakaaluhäired, millega toimetuleku esimeseks ja kõige lihtsamaks abinõuks on nn kolmanda jala ehk kepi kasutuselevõtt.

**Ka inimene on oma olemuselt teatud mõttes kolmainus, sest koosneb ju ka tema ja tema elu kolmest erinevast osast, tahust või aspektist: bioloogilisest, psüühilisest ja sotsiaalsest, mistõttu öeldakse ka, et inimene on biopsühhosotsiaalne olevus.**

Kolmele alustalale või n-õ sotsiaalse heaolu või heaolemise nurgakivile saab toetada ka sotsiaalsete teemade/probleemide käsitlemise ning nende lahendamise ja erinevate sotsiaalse iseloomu või olemusega tegevuste läbiviimise. Mis iganes sotsiaalse olemuse või taustaga teemat või probleemi me ka ei käsitleks, jõuame varem või hiljem järgmiste märksõnadeni:

- õigused (nt inimese, kodaniku, tarbija, patsiendi)
- ressursid (nt materiaalsed, mittemateriaalsed)
- tehnoloogia (st organisatsioon, korraldus jms).

Nendele kolmele nurgakivile toetudes ja nendest lähtuvalt on üsna hea käsitleda ka meie eakaid inimesi, nende hooldamist ja sellega seotud teemasid ning probleeme. Kuna õiguste teema jaoks on käsiraamatus omaette peatükk, käsitletakse järgnevas eakate hooldamisega seotud ressursse ja eakate hoolduse võimalikku üldist organisatsiooni ning korraldust (tehnoloogiat).



**RESSURSSSE** võib jagada materiaalseteks (hooned, seadmed, infrastruktuur, rahaline ressurss jms) ja mittemateriaalseteks (personal ja selle arv, kvalifikatsioon, töökorraldus jms). Tuleb vist küll tunnistada, et kõigest sellest Eestis eakate hoolduse valdkonnas reaalselt olemasolevast arvestatava täpsusega ülevaate koostamine on praktiliselt võimatu. Võib ka arvata, et kui keegi isegi suudaks sellega hakkama saada, võtaks see nii palju aega ja vaeva, et tulemuste selgumise ajaks oleks kogu olukord juba muutunud, mistõttu suure täpsusastme taotlemine osutub kokkuvõttes üsna mõttetuks.

Siinkohal on oluline rõhutada, et järgnev pole mitte mingis tähenduses mõeldud etteheitena meie statistikale ega statistikutele. On ju statistika ennekõike ikka *ühiskonna raamatupidamine* või *arhiveerimine* ja ei midagi oluliselt enamat ning ta saab kasutada ainult neid lähtealuseid, mõisteid, andmeid, jaotusi, indikaatoreid jms, mille *ühiskonna elutegevuse korraldajad* on välja mõelnud. Võib vist ka öelda, et statistika lihtsalt konstateerib ja kirjeldab olukorda ja seda nii täpselt ning nii täpsete vahendite ja instrumentidega kui tal olemas on.

Eakate hooldamise ressursside määratlemist ja selle probleemide loetlemist võiks alustada sellest, et juba ainuüksi eakate ööpäevaringse hooldamise ja toetavate teenuste (päevakeskuse teenused, eluasemeteenus, koduteenused jms) osutamiseiga seotud asutuste kokkulugemine on tänase seisuga probleemne.

Sotsiaalministeeriumi 2007. aasta statistikaraamatu andmetel oli Eestis 2006. aasta lõpus 116 täiskasvanute (va psüühiliste erivajadustega inimesed) ööpäevaringse hooldamise teenust osutavat asutust. (Täpsem oleks vist öelda – täisealiste, sest kõik täisealised ei pruugi olla tavatähenduses täiskasvanud ega saagi selleks kunagi). Samas on märgitud, et 7 asutust osutas teenuseid mitmele sihtrühmale ja on raske välja lugeda, kas see 7 on selle 116 sees või lisaks neile (pigem siiski selle 116 seas).

Mis antud kontekstis on tegelikult kõige olulisem – selles statistikas ei kajastu eakate ööpäevaringse hooldamise teenust osutavad haiglad ja muud tervishoiuasutused. Teadaolevalt osutab hooldamise, sh eakate hooldamise (tasulist) teenust märkimisväärne osa, kui mitte enamus haiglatest. Haiglaid oli aga 2006. aastal Eestis kokku 55, nende seas 6 kohalikku haiglat, 12 üldhaiglat ja 20 hooldushaiglat. Küsimus, mida ja kui palju neis eakate hoolduse valdkonnas tegelikult tehakse, on selge vastuseta.

Kuna mingi orientiiri peaks asutuste arvu osas siiski lähtealuseks võtma, võiks hinnanguliselt pidada kõige tõenäolisemaks seda, et **Eestis oli 2006. aasta lõpus umbes 150 eakate**

**ööpäevaringse hooldamise teenust osutavat sotsiaal- ja tervishoiuasutust.** 2006. aasta lõpus oli **hooldekodudes umbes 4750** koha ja aasta jooksul kasutas vastavat teenust **üle 6800 inimese**, kellest umbes 20% olid nooremad kui 65-aastased.

Haiglates oli 2006. aasta lõpus kokku 7588 ravivoodit, millest hooldusravi voodeid oli kokku umbes 1300. Mida ja kui palju kõigis nendes voodites eakate hoolduse valdkonnas tegelikult tehakse, ei ole osanud senini kusagilt selget vastust leida.

Haigekassa planeeris 2006. aastal rahastada veidi enam kui 10 000 statsionaarse hooldusravi juhtu (mitte voodit). Kui ravijuhi kestus on keskmiselt 1 kuu, siis kavandatud mahu täitmiseks oleks vaja kokku veidi üle 800 hooldusravivoodi. Aga mida tehti siis ülejäänud ligi 500 voodis? Olid need lihtsalt tühjad ja ootasid patsiente või osutati neis omaksete või kohaliku omavalitsuse poolt (osaliselt või täielikult) tasuta hooldus- või hooldusraviteenust vms, pole selge.

Eelnevast tulenevalt jääb paljuski n-ö suureks saladuseks“ ka materiaalsetest ressurssidest võib-olla olulisim – **eakate ööpäevaringseks hoolduseks kasutatav/kuluv rahaline ressurss** ehk teisiti öeldes: kui suur ikkagi on eakate ööpäevaringse hooldamise kogu aastakäive ja –maht Eestis? Ainult osa eakate ööpäevaringsele hooldamisele kuluvast rahast on enam-vähem täpselt määratletavad, samas ei oska isegi hinnata missuguses suurusjärgus võiks olla see raskemini määratletav või määratlemata osa.

Sotsiaalministeeriumi andmetel on täiskasvanute hoolekandeesutustes hooldamise kulud järjepidevalt kasvanud ja olid 2006. aastal kokku umbes 303 miljonit krooni. Seda on üle kahe korra rohkem kui 1998. aastal (143 miljonit). **2007. aastal olid kogukulud aga juba 360 miljonit krooni.**

Osutatud kulud katavad põhiosas kohalikud omavalitsused ja teenuste kasutajad või nende omaksed (omaosalus). Seejuures on inimeste omaosaluse osakaal suurenenud oluliselt kiiremini. Kui 2000. aastal oli see võrreldes omavalitsuste kulutustega vähem kui pool, siis alates 2005. aastast on see juba suurem ja **2007. aastal moodustas inimeste omaosalus eakate hooldamise kogukuludest juba üle 58%.**

Haigekassa eelarvest finantseeriti 2007. aastal **hooldusravi teenust 188 miljoni krooni** ulatuses, millest eraldati statsionaarsele hooldusravile 163 miljonit krooni, koduõendusele

20 miljonit ja geriaatrilisele hindamisele 0,88 miljonit krooni. Hooldusravi vahenditest läheb aga eakatele ainult mingi (küll suurem) osa. Eespool toodud numbrite foonil on geriaatrilisele hindamisele 0,88 miljoni krooni eraldamine üsna arusaamatu tegevus.

Päris lootusetuks muutub olukord siis, kui ööpäevaringset hooldamist püüda vaadelda koos toetavaid teenuseid osutavate asutustega, st püüda saada ülevaadet eakatele erinevate teenuste osutamisest kui tervikust. Ainuüksi päevakeskuse teenuse osutajate arv oli samadel andmetel 103. Samas pole teada kui paljud neist osutavad teenuseid eakatele, sest päevakeskused teenindavad kõiki inimeste gruppe (lisaks eakatele ka lapsi, puudega inimesi, psüühilise erivajadusega inimesi, koduta inimesi jt). Samuti võivad päevakeskused olla iseseisvad ja osutada ainult päevakeskuse teenust, aga võivad olla ka mingi suurema „kombinaadi“ osad, allüksused või filiaalid.

**Päevakeskustel oli 2006. aastal veidi üle 20 000 püsikliendi**, st isiku kes olid päevakeskuses registreeritud või käisid selles vähemalt üks kord nädalas. Päevakeskustele tehtud kulutused olid 2006. aastal ligi 57 miljonit krooni. 2007. aastal olid kulud ligi 70 miljonit krooni, millest inimeste omaosalus oli üle 5 miljoni krooni ning omavalitsuste osalus ligi 60 miljonit krooni.

**Koduteenuste kasutajaid oli 2006. aasta jooksul kokku veidi enam kui 6000 inimest, kellest üle 80% olid vanemad kui 65-aastased.** Koduteenuse osutamist finantseeritakse põhiosas kohalike omavalitsuste eelarvetest ja 2006. aastal osutati koduteenuseid kokku ligi 50 miljoni krooni ulatuses. 2007. aastal oli koduteenuste osutamise maht kasvanud enam kui 63 miljoni kroonini. Arvestades koduteenuse spetsiifikat võib eeldada, et kasv on toimunud ainult või ennekõike tiheasustusega piirkondades.

**Eluasemeteenuse** osutamiseks sotsiaalpindadel, -korterites ja tugikodudes oli 2006. aastal kokku ligi 3000 kohta, teenuse kasutajatest olid pensioniealised veidi üle poole.

**Eakate hooldamise valdkonnas liigub mingis koguses ka n-ö musta raha**, st eaka hooldajatele makstakse mitteametlikult ja sularahas. Selle võimalikku koguhulka on väga raske hinnata, aga arvestades praegusi arenguid majanduses, võiks prognoosida selle hulga suurenemist. Ei ole ka võimatu, et majanduse edasised arengud toovad kaasa pikemaajalised või põhjalikumad muutused meie eakate hooldamise üldistes põhimõtetes või korralduslik- tehnoloogilistes paradigmas.

Sotsiaalministeeriumi andmetel oli 2006. aastal eakate ööpäevaringse hooldamise teenust osutavates hoolekandeaosutustes kokku **1153 vahetut klienditööd tegevat töötajat** (sh 969 hooldajat, abikasvatajat või põetajat ja 96 õde). **Personali ja klientide suhe on vabariigis keskmiselt seega ligikaudu 0,24**. Asutuse ti oli hoolduspersonaliga kindlustatus väga erinev, kusjuures paljudes asutustes oli see suhe väiksem kui 0,15.

Kõige väiksem suhtarv oli 0,089 ja kõige suurem 1,0, aga on võimalik et need mõlemad olid „statistilised IME-d“ (seda IME-t küll mitte selle 20 aasta taguses tähenduses). Võrreldes teiste asutustega oli personaliga kindlustatus kvalitatiivselt parem nendes asutustes, kus osutati integreeritud hoolduse mudeli laadselt samaaegselt tervishoiu- ja hooldusteenuseid ning kus vastav proportsioon oli vähemalt 0,3.

**Niisuguste proportsioonide foonil eakate ööpäevaringsest hooldusest ja selle kvaliteedist rääkida pole vist eriti kohane, sest puhtfüüsiliselt pole niisugustes tingimustes kvaliteetse ööpäevaringse hoolduse tagamine mõeldav.** Samas on peaaegu kõigil eakatele ööpäevaringse hoolduse teenuseid osutavatel asutustel ilus ja ühetaoline nimetus – üldhooldekodu.

**Koduteenuseid osutavate hooldustöötajate ja päevakeskuste töötajate arv** on viimase kümne aasta jooksul püsinud suhteliselt stabiilsetena, vastavalt 700 ja 600 töötaja piirimail.

**Tehnoloogia** arendamise ja tehnoloogiliste uuenduste abil on meie elu ja selle korraldus viimaste sajandite ja eriti viimaste aastakümnetega ikka pööraselt muutunud küll. Võib-olla oskame me seejuures neid muutusi ja arenguid rohkem tajuda ennekõike nende tehnilises ja tehniliste vahendite tähenduses, aga suuri tehnoloogilisi arenguid olnud ka bioloogia-, psüühika- ja sotsiaalvaldkondades. Eakate hooldamise kontekstis võiks näidetena esile tuua kas või arenguid diagnostikas, ravimitööstuses, tehniliste abivahendite ja hooldus- ning põetusevahendite valdkondades.

Pikemas ajalisel perspektiivis võib aga välja tuua ka tehnoloogilised muutused eakate hoolduse üldises korralduses. **Seejuures ei saa öelda, et mingi uue tehnoloogilise mudeli tulemine ja rakendamine oleks eelnevad välja tõrjunud. Pigem on uute mudelite tulek olemasolevat rikastanud ja suurendanud inimeste vabadusastet ning valikuvõimalusi.** Põhimõtteliselt võiks välja tuua neli erinevat hoolduse korralduse mudelit või paradigmat.

Ajalooliselt esimene ja kõige vanem mudel on **omaksetepõhine hooldus**, mille puhul hooldasid näiteks lapsi, haigeid, puudega inimesi ja eakaid enamasti nende lähedasemad pereliikmed oma kodudes. Muid võimalusi lihtsalt polnud olemas ja arvestades toonast elukorraldust, polnud neid ka vaja.

Tänapäevases tähenduses **asutusepõhise hoolduse alged** tekkisid mõnede allikate väitel küll isegi kuni tuhat aastat tagasi, aga selle mudeli öitseperioodiks võiks ikkagi pidada tööstusrevolutsiooni aega, mil tööjõu saamiseks oli vajalik lahendada töötavate inimeste hooldust vajavate omaksete hooldamise probleemid.

**Teenustepõhise hoolduse** mudeli algusaega võiks dateerida möödunud sajandi teise poolega ja osaliselt võib selle teket seostada ühiskonnasisese tööjaotuse, uute erialade tekkimise ning inimeste kitsama spetsialiseerumisega. Selle mudeli kujunemise ajast on pärit ka näiteks normaliseerimise ja deinstitutionaliseerimise ideoloogiad.

Viimasel paaril aastakümnel on jõudsalt arenenud ja levinud **integreeritud hoolduse** mudel, mille abil hooldust vajava inimese ja tema omaksete vajadustest, huvidest ning võimalustest lähtuvalt pannakse kokku konkreetsete inimeste jaoks kõige sobilikum kõrvalabi ja elukorralduse pakett.

**Niisuguse mudeli tekkimisele on lisaks sellele, et ühiskonnas on olemas mitmekesine ja paindlik teenuste ning asutuste võrk, aidanud kaasa näiteks ka see, et inimesed töötavad kas enamuse või suure osa ajast kodus või osalise tööajaga.** Teatud mõttes võib vist ka öelda, et oleme jõudnud või jõudmas tagasi algusesse, aga seda loomulikult uues kvaliteedis.

Sotsiaalsete probleemide tehnoloogiliste (nii organisatsiooniliste kui korralduslike) aspektide olulisuse ja vastavate lahendusvõimaluste heaks näiteks on sotsiaalministeeriumi poolt aastatel 1998–2001 läbi viidud psüühilise erivajadusega inimeste riikliku hoolekande süsteemi korralduse (tehnoloogiline) reform.

1998. aastal oli ainsaks psüühilise erivajadusega inimestele riiklikult finantseeritavaks ja osutatavaks teenuseks ööpäevaringne hooldamine 19 erihooldekodus või kool-kodus, kus oli kokku umbes 2600 kohta. Samal ajal oli ekspertide ja praktikute hinnangul väljaspool erihooldekodusid elavate ja mingit kõrvalabi vajavate psüühilise erivajadusega inimeste arv

suurusjärgus 6000–7000 inimest. Sisuliselt tähendas see, et kogu sihtgrupile eraldatud rahaline ressurss kulus vähem kui poolele reaalsest sihtgrupist ja suurem osa ei saanud peaaegu mingit abi.

Olukorra selgendamiseks ja edasise tegevusstrateegia kavandamiseks viidi 1998. aastal spetsiaalse instrumendiga läbi kõigi erihooldekodudes ja kool-kodudes ning võrdlusgrupina ka mõnes psühhiaatriaiglas viibivate inimeste seisundi hindamine. Hindamise tulemused näitasid, et ligi kolmandik asutustes viibivatest inimestest ei olnud neis mitte niivõrd nende seisundist, toimetulekuvõimest või kõrvalabi vajaduse tasemest tingitud põhjustel, kuivõrd lihtsamatel sotsiaalsetel või olemasoleva süsteemi korralduslik-tehnoloogilistel põhjustel (enamasti kas eluaseme või iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste puudumine).

**Kavandatud ja läbi viidud süsteemi reform oli oma olemuselt väga lihtne ja seisnes asutusepõhise korraldusmudeli asendamises teenustepõhise mudeliga. Konkreetsemalt hakati asutuste süsteemi kõrvale ja ka selle sees üles ehitama iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste süsteemi.**

Uute teenustena arendati välja igapäevaelu toetamise, toetatud elamise ja toetatud töötamise teenused. Samal ajal püüti rehabilitatsiooniteenuse sisseviimisega piirata inimeste suunamist ööpäevaringsele hooldamisele, sest sellele sai inimest suunata alles siis, kui rehabiliteerimise protsess ei osutunud tulemuslikuks, st kui inimest ja/või teda ümbritsevat (sotsiaalset) keskkonda ei õnnestunud inimese iseseisvaks eluks vajalikul tasemel ette valmistada.

Läbi viidud süsteemi reformi tulemusena sai 2001. aastal enam-vähem sama rahasummaga (mäletatavasti oli kõnealustel aastatel Eestis majandus madalseisus) erinevaid teenuseid kokku 3300 psüühilise erivajadusega inimest ning ööpäevaringse hoolduse kohtade arv oli vähenenud 2200 kohani.

Nagu näitab statistika on toonane reform osutunud üsna jätkusuutlikuks: sotsiaalministeeriumi 2007. aasta statistikaraamatu andmetel oli Eestis 2006. aasta lõpus psüühilise erivajadusega inimeste ööpäevaringse hooldamise kohti kokku 2226 ja kõigi reformi käigus väljaarendatud teenuste kasutajate koguarv oli kasvanud 5000-ni. Süsteemi kui terviku seisukohalt vaadates võiks siiski mõnevõrra murettekitavaks pidada liiga suureks kasvanud psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutajate arvu, mis 2006. aasta lõpus oli 87.

Kui küsida, kas eespool kirjeldatud psüühilise erivajadusega inimeste riikliku hoolekande süsteemi tehnoloogilises reformis võiks olla midagi õpetlikku ka eakate hooldamise ja hooldussüsteemi arendamise seisukohalt, siis vastus oleks kindlasti jaatav: on küll ning seejuures isegi mitu asja.

- Esiteks, tuleks muuta üldist strateegilist orientatsiooni ning keskenduma kõrgema (keerukama ja kallima) etapi teenustelt ning nende arendamiselt madalama (esmade ning odavamate) etapi teenuste arendamisele. Konkreetsemalt peaks eakate hooldamise süsteemi kujundamisel ja arendamisel prioriteediks olema hooldusravi ja ööpäevaringse hoolduse asemel ennekõike pansioni tüüpi toetatud elamise ja teiste esmatasandi toetavate teenuste arendamine.
- Teiseks (mis tuleneb osaliselt ka eelmisest punktist), tuleks võimalikult minimeerida eraldiseisvate kõrgema etapi teenuseid osutavate ja vähemalt teatud mõttes n-ö suletud ja koort riisuvate asutuste tegevust ning soodustada niisuguste asutuste arengut, mis osutavad kõiki eakatele vajalikke teenuseid, sh eriti madalamate etappide (esmatasandi) omasid.
- Kolmandaks (mis on teatud mõttes eelduseks ka eelnevate punktide teostamisel), peaks muutma üldist mõttelaadi sarnaselt psüühilise erivajadusega inimeste hoolekande süsteemi reformis toimunud ning hakkama eakate hooldamise kontekstis oluliselt rohkem väärtustama normaliseerimise ja deinstitutionaliseerimise filosoofilisi lähenemisi. Just nimetatud lähenemistele tuginevalt teostati psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi reform Euroopas ja ka Eestis.
- Neljandaks, mis teatud mõttes võtab kokku kõik eespool loetletu: **fookuses peaks olema nende teenuste ja tugisüsteemide arendamine mis on vajalikud ja mida saavad kasutada võimalikult paljud eakad**, mitte aga niisugustele, mis on orienteeritud spetsiifiliste vajadustega eakatele.

## 4. VÄÄRTUSTE BAASKONTSEPTSIOON

*„Mis sul on kodus?“*

*„Lilled... Heinamaa... Päikesepaiste...“*

**Filosoofilises tähenduses on väärtus reaalsuse aspekt, asi, nähtus või suhe, mis on inimesele tema olemise seisukohalt oluline ja tähenduslik.** Väärtused on enamasti vastavuses inimese vajadustega, teenivad tema huve ja aitavad inimesel eesmäärke saavutada. Võib ka öelda, et väärtused tähendavad teatud veendumusi ja uskumusi sellest, mis on inimestele hea, mida nad tahavad või mida neil on eluks vaja. Väärtused ei ole teaduslikult argumenteeritavad, mõõdetavad ega hinnatavad. **Kuna väärtused on subjektikesksed, siis ei saa öelda, et on olemas õiged ja valed väärtused.**

Teisalt on väärtustel ka sotsiaalne dimensioon ja seda eriti ühiskondlike ressursside aspektist lähtudes. Nimelt võib piiratud ressursside tingimustes, milles me ju tegelikult elame, tekkida vajadus langetada vähemalt teatud määral väärtuspõhiseid otsuseid. Näiteks kas või selles osas, kas kasutada ressursse ühe konkreetse või väiksema hulga inimeste eriliste (keerukamate) ja rohkem ressursse nõudvate probleemide lahendamiseks või orienteeruda suurema hulga inimeste baasiliste vajaduste rahuldamisele.

Analoogse iseloomu ja olemusega valikuid on ühiskonnal ja erinevates valdkondades tegelevatel praktikutel tegelikult vaja teha üllatavalt palju. Allpool on toodud ainult mõned näited, millest osa võivad esmapilgul tunduda mõnevõrra provokatiivsed, aga paraku on niisugused valikud reaalsuses olemas:

- Kas ühiskonna prioriteediks (peamiseks väärtuseks) on kõrghariduse või alg- ja põhihariduse arendamine, st kas olulisem on mõne tippspetsialisti koolitamine või võimalikult paljudele inimestele hea baasilise ettevalmistuse andmine?
- Kas ühiskonna prioriteediks on tiptasemel meditsiin või kvaliteetne esmatasandi arstiabi, st kas olulisemaks peetakse näiteks südame või neeru siirdamist või head ja kiiret üldarstiabi kättesaadavust?
- Kas eakate hooldamisega tegelevate või sellega kokku puutuvate asutuste ja üksikettevõtjatest praktikute (näiteks füüsilisest isikust ettevõtjatena tegutsevate perearstide) peamiseks väärtuseks on oma asutuse/ettevõtte kasumlikkus või eakatele võimalikult hea teenuse osutamine?



Toodud väärtuspõhiste valikutega on sisult analoogsed ka näiteks sõjalisest tegevusest teadaolev ühe konkreetse lahingu või sõja võitmise vahel valiku tegemine ning samuti näiteks see, kas maratonijooksus on eesmärgiks selles liidripositsioonil olemine, maratoni võitmine või lõpuni jõudmine.

**Seega, sõltumata sellest, kas ja kui palju me seda enesele teadvustame, tuleb meil oma igapäevaelus väärtuspõhiseid otsustuseid langetada ja me teemegi seda.** Seejuures on peaküsimuseks: kas teatud otsustuste puhul tehakse valikuid subjektiivsete väärtuste ja eesmärkide baasil või püütakse maksimaalselt tugineda ühiskonnas kokkulepitule (niivõrd kui need ühiskonnas üldse olemas on).

Võib öelda, et väärtuspõhiste otsuste/valikute osakaal on eriti suur uutes, taastekkinud ja/või kiiresti arenevates ühiskondades, milline on ka meie vabariik viimasel paaril aastakümnel olnud. Seepärast on ka eespool toodud ja paljude teiste valikutega Eestis ka tegeldud. Kas ja kui võrd need toetusid ühistele väärtustele või tehti need mõne väiksema huvigrupi eelistuste põhjal, võib igaüks ise otsustada.

Teatud ühiskonnas, kultuuris või kogukonnas olemasolevate ja/või domineerivate väärtussüsteemide ja väärtuste teada saamiseks on mitmeid erinevaid võimalusi, näiteks:

- lugeda läbi mõni raamat
- lugeda muid tekste või dokumente
- rääkida (tarkade) inimestega
- mõelda ja analüüsida
- jälgida toimuvaid protsesse.

Missugune meetod igal konkreetsel juhul valida, sõltub paljudest teguritest ja loomulikult võib viia läbi ka vastava asjakohase uurimuse. Siiski, ka mis tahes uuringu kavandamisel või läbiviimisel on eelnevalt otstarbekas kasutada eespool loetletud, suhteliselt lihtsaid ja odavaid võimalusi, millest paljude asjade teadasaamiseks enamasti või reeglina tegelikult ka piisab. Elu ja inimesed ei ole enamasti nii keerulised, kui esmapilgul võib paista.

Olen viimase kümnekonna aasta jooksul erineva tausta ja tegevusvaldkonnaga inimeste täiendkoolitustes kasutanud inimeste baasiliste vajaduste ja väärtuste kindlakstegemiseks lihtsat meetodit, mis seisneb selles, et olen neil palunud vastata küsimusele:

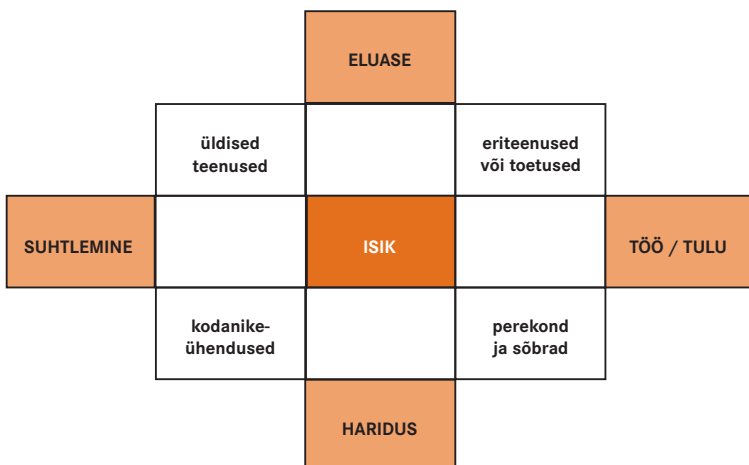
## Missugused sündmused on viimase kahe-kolme aasta jooksul mõjutanud teie isiklikku heaolu kõige enam positiivses suunas?

Vastused on reeglina olnud väga lihtsad. Selgub, et inimeste endi hinnangul pole nende heaolu seisukohast mingit olulist tähendust ei riiklikul suveräänsusel, Euroopa Liidul, NATO-sse kuulumisel, Vabariigi Valitsuse koosseisul ja muul sarnasel. Seejuures pole olnud võimalik välja tuua erinevusi, mis oleks tingitud vastajate vanusest, haridusest, soost, erakondlikust kuuluvusest, ametikohast ega muust sarnasest.

Inimeste isiklikku heaolu kõige enam mõjutanud sündmused keerlevad järgmiste märksõnade ümber:

- töö (uus töökoht, töökoha vahetus, ameti- või palgakõrgendus, töörõõm jms)
- perekond (lapsed, lapselapsed, abikaasa, nende areng, kordaminekud jms)
- kodu (uus eluase, korteri remont, uus mööbel jms)
- vaba aeg (reisimine, uued sõbrad, huvitegevus jms)
- õppimine ja haridus (kooli lõpetamine, lapsed kõrgkooli, täiendkoolitus jms).

Niisugused tulemused osutavad sellele, et allpool toodud 1990. aastate alguses Kanadas kasutusele võetud psüühilise erivajadusega inimestele heaolu tagamise ja teenuste süsteemide arendamise alusmudel vastab oma põhiolemuselt ka Eesti oludele ja Eesti inimeste vajadustele ning väärtustele.



Seda baasiliste väärtuste mudelit võib pidada asjakohaseks ka eakate inimeste heaolu tagamise ja sellega seotud teemade ning probleemide lahendamise käsitlemisel. Nagu näha, on väärtusmudeli keskmes konkreetne isik ja seda ümbritsevad **neli baasilist väärtust: eluase, töö/tulu, haridus ja suhtlemine, mis kõik peaksid olema kättesaadavad igale inimesele, sh eakale.**

Inimeste individuaalne suutlikkus ja objektiivsed võimalused nendele väärtustele ainult omal jõul ligi pääseda on oluliselt erinevad. Samuti on sõltuvalt näiteks sotsiaalsest ja looduslikust keskkonnast oluliselt erinev ka teatud väärtuste (näiteks eluase ja elamiseks vajalikud vahendid) kättesaamise keerukuse aste ja väärtustele ligipääsemiseks vajalike kulutuste suurus. Seepärast on inimestel baasilistele väärtustele ligipääsemiseks selle mudeli järgi abiks **neli tugisüsteemi: üldised (avalikud) teenused, eriteenused või toetused, perekond ja sõbrad ning kodanikeühendused.**

Tugisüsteemide väljaarendamisel ja nende rakendamisel on Eesti riiklikus poliitikas seni domineerinud **lähtumine subsidiaarsuse printsiibist**, mille järgi esmane abistamise kohustus lasub inimese lähedastel (perekonnal ja/või omaksetel) või inimesele kõige lähemal asuvatel institutsioonidel, milleks Eestis on kohalik omavalitsus. Eakate hooldamise kontekstis on sellest printsiibist lähtumine paraku mitmes mõttes probleemne ja eriti viimaste aastate arenguid arvestades on muutunud väga küsitavaks ka selle jätkusuutlikkus.

Peamiste probleemsete momentidena võiks välja tuua näiteks järgmised:

- Niisugune lähenemine seab vähemalt mõningase kahtluse alla võrdse kohtlemise printsiibi rakendatuse ja/või kehtivuse ja seda nii eakate, nende laste või omaksete kui avalike teenustega kindlustatuse seisukohalt vaadatuna.
- Moraalsed ja õigluslikud probleemid väljenduvad näiteks küsimuses: miks elu aeg töötanud ja töötavate lastega eakas ei saa riigilt peale pensioni sisuliselt midagi, aga vähe töötanud (kerge puudega) ja lasteta inimene saab peaaegu tasuta täishoolduse.
- Probleemseks muutub ka töötava elanikkonna elukvaliteedi ja võimaluste teema, sest oma vanemate hooldamise eest maksvatel inimestel ja nende peredel, sh lastel (eakate lastelastel) on need võrreldes teiste inimeste ja peredega vähenenud.

Jätkusuutlikkuse peamised küsitavused tulenevad eelkõige omavalitsuste suurusest ja nende suutlikkusest (teovõimest). Enamikus Eesti omavalitsustes on elanike arv ju suurusjärgus kuni mõni tuhat inimest ja omavalitsuste eelarved umbes mõnikümne miljonit krooni. Väiksemate omavalitsuste ja kõige suurema omavalitsuse vastavate näitajate vahe on aga ligikaudu tuhandekordne.

Niisuguses olukorras erinevatelt omavalitsustelt samade funktsioonide võrreldavas kvaliteedis täitmist ei saa küll kuidagi oodata, loota ega nõuda. Ei tahaks olla 15–20 miljoni kroonise aastaelarvega omavalitsuse juhi rollis, kui ühel halval päeval hakkavad omavalitsuse elanikest näiteks neli üksikut (laste ja pereta) ning üksielavat eakat vajama enam-vähem ööpäevaringset kõrvalabi. Kui eakaid ei õnnestu paigutada praegusele riiklikult finantseeritavale hooldusravi teenusele (kuhu saamisel on teadupärast pikad järjekorrad), on omavalitsuse juhil ainult halvad või väga halvad valikud.

**Ka see on üks põhjusi, miks Eesti eakate hooldamisega seotud probleemide sisuliselt ainuvõimaliku lahendusena võiks näha subsidiaarsuse printsiibist loobumist ja kogu eakate hooldamise valdkonna taasriigistamist,** kusjuures seda mitte niivõrd asutuste ja nende omandivormi, kuivõrd süsteemi korraldamise, selle eest vastutamise ja valdkonna finantseerimise tähenduses.

Ei ole ka võimatu, et subsidiaarsuse printsiip võib toimida ja olla rakendatav ainult väga suurte koosluste (riikide, ühiskondade vms) puhul (millede sekka Eesti päris kindlasti ei kuulu) või ainult teatava keerukusastmega, lihtsamate ja suhteliselt odavate (st erilist ettevalmistust ja oskusi ning kulutusi mittedõudvate) probleemide lahendamisel.

Jättes subsidiaarsuse asjakohasuse teema siinkohal kõrvale, seisneb peamine toodud mudeli rakendamisel järgitav printsiip selles, et nii palju kui vähegi võimalik, peavad inimeste probleemid saama lahendatud üldiste avalike, kõigile inimestele mõeldud teenuste süsteemide kaudu ja spetsialiseerunud teenused ja/või tegevused võetakse kasutusele ainult ja alles siis, kui üldistest avalikest teenustest konkreetsele inimesele ja/või tema vajaduste rahuldamiseks ei piisa.

Sisuliselt tähendab see, et kui inimesel ei ole näiteks tööd, on töö otsimise ja inimese abistamise esmaseks ja peamiseks kohaks konkreetses riigis tööturuteenuseid osutav asutus või institutsioon. Kui inimene ei saa vastava asutuse või institutsiooni teenuste kasutamisega mingil põhjusel hakkama, siis esimene abi, mida inimene saab, on abi sellesama üldise teenuse kasutamiseks (näiteks kindlustatakse kurdile inimesele viipekeelne tõlge).

Kui ka sellest ei piisa, on võimalik ja vajalik teatud spetsiifilise abi osutamine, aga ka selle abi peamiseks sisuks ja eesmärgiks on inimese maksimaalne toetamine ja ka ettevalmistamine selleks, et ta saaks ja suudaks üldiseid tööturuteenuseid kasutada (näiteks suunatakse inimene mõnele koolituskursusele). Alles siis, kui ka sellest ei piisa, on põhjust suunata inimene teatud spetsiifilistele, antud probleemgrupiga inimeste jaoks väljaarendatud teenustele (näiteks toetatud töökohale).

Analoogselt, kui inimesel on probleeme näiteks eluaseme või elamiseks vajaliku raha saamisega, on ka nende probleemide esmaseks ja peamiseks lahendajaks ennekõike need institutsioonid, kellele vastavasisulistele probleemide lahendamine antud konkreetses riigis on seadusega ette nähtud. Eestis on osutatud probleemidega (eluasemega kindlustamine ja sotsiaaltoetuste maksmine) tegelemine omavalitsuste ülesanne. (Riigieelarvest tulevad vahendid näiteks matuse- ning toimetulekutoetuseks).

Nagu eespool osutatud, on omavalitsuste suutlikkus aga oluliselt erinev ja näiteks iga-aastast ühekordset rahalist toetust maksab oma eakatele elanikele teadaolevalt ainult Tallinna linn. Samas on Tallinna ja teiste suuremate linnade jaoks võrreldes väiksemate ja väheneva elanikkonnaga omavalitsustega tõsiseks probleemiks eakate kindlustamine eluasemega.

Eakate hooldussüsteemi arendamisel oleks kindlasti vajalik eespool kirjeldatud väärtuste baasmudeli foonil ühiskonnas võimalikult laiapõhjaliselt läbi arutada ja soovitatavalt ka kokku leppida selles, **missugune peaks olema inimese minimaalne ja aktsepteeritav (ühiskonna süümetunnet mitteriivav, normaalseks peetav) elukvaliteet**, sh tegevused, tingimused jms, mille sooritamine või olemasolu on vajalik selleks, et saaks öelda: inimene elab enam-vähem normaalset elu.

Näiteks, missugused minimaalsed mugavused peaks olema eluasemel, kui suur see peaks olema, missugune maksimaalne hind sellel võiks olla jne. Vähem oluline pole ka see, missugune peaks olema minimaalne toidulaud. Kas normaalseks ja piisavaks peetakse seda, kui inimene sööb ainult kiirkeedunuudleid või peaks selle kõrval olema ka leib/sai, nende peal või ja vorst/juust ja selle kõrval ka mingi jook? Samuti vääriskid arutelu näiteks järgmised teemad:

- Mitu korda päevas peaks vahetama mähkmeid täieliku pidamatusega eakal?
- ✓ Kas piisab ühest korrast päevas või oleks vaja seda teha vähemalt neli korda?
- Kui sageli ja kui kauaks viia (aidata) eakas värskesse õhku?

- Missuguse mahu ja iseloomuga suhtlemist peab eakale võimaldama?
- Missuguses mahus ja mis iseloomuga meelelahutust peaks eakale võimaldama?
- Missuguste tegevustega eaka aeg sisustada?
- Missugustes tingimustes peaks eakas sööma?
- ✓ Üksi oma voodis või koos teistega ühises lauas?
- Kui palju vaba raha peaks eakal olema n-ö iseenese röömudeks“?

Analoogseid küsimusi võiks veel esitada palju, aga nende esitamisest olulisem on see, kuidas me neile vastame. Teisiti öeldes, **me räägime küll väarikast vananemisest, aga me peaksime võimalikult üksikasjalikult leppima kokku ka selles, mida see väarikas vananemine tähendab ja kuidas see reaalsuses välja võiks näha.**

## 5. EAKATE ÕIGUSED

*„Teil on õigus vaikida, teil on õigus rääkida,  
aga te peate arvestama sellega, et ...“*

Inimeste, sh eakate õiguste kontekstis võib mõistel *õigus* tähenduslikus mõttes eristada kolme aspekti:

- õigus kui midagi moraalselt (kõlbeliselt, eetilisel) korrektset ja moraalinormidega kooskõlas olevat
- õigus kui õiguspädevus, st kellegi õigus millelegi, mistõttu isikul on ka voli oma õigusi kasutada ja nende tagamist või nende rikkumise lõpetamist nõuda
- õigus kui õigusnorm, st riigi kehtestatud või riigi poolt sanktsioneeritud üldkohustuslike käitumishormide kogum, mille järgimine tagatakse riiklike mõjutusvahenditega.

Kuna inimõigused tähendavad kõike neid kolme, võib ka öelda, et **inimõigused on eetilisel põhjalatud, inimesed on nendeks õigustatud ja inimõigused peavad olema seadustega tagatud.**

Seadusandlike aktide ja muude õiguslaste dokumentide hierarhia seisukohalt on kõige kaalukama tähendusega rahvusvahelised dokumendid, näiteks rahvusvahelised lepingud, rahvusvaheliste organisatsioonide konventsioonid, resolutsioonid, otsused jms. Tähtsusel järgnevad neile riigisiselised seadusandlikud aktid, millest kõrgeim on enamasti põhiseadus. Põhiseadusele järgnevad ja peavad olema sellega vastavuses riigi seadused, millele alluvad ja millega peavad olema vastavuses madalamad seadusandlikud aktid (näiteks Vabariigi Valitsuse ja erinevate ministrite määrused ning kohalike omavalitsuste seadusandlikud aktid).

Nagu osutatud, peaksid erinevate seadusandlike institutsioonide poolt välja antud või kehtestatud eritasandilised seadusandlikud aktid ning muud õiguslaste dokumendid olema omavahelises kooskõlas. Kui mõnede seadusandlike aktide vahel on siiski mingi vastuolu, võetakse probleemide lahendamise aluseks kõrgemal seisev seadusandlik akt ja madalama tasandi seadusandlik akt tuleb viia kõrgemal seisvaga kooskõlla. Ja seda nii rahvusvahelises kui siseriiklikus mastaabis.

Analoogse sisuga, Eesti ajaloos ilmselt kõige ulatuslikum ja mahukam seadusandlike aktide võrdlemine toimus Eestis eelmise sajandi lõpus meie ettevalmistumisel liitumiseks Euroopa Liiduga. Protsessile oli välja mõeldud isegi omaette nimetus – *skriinimine* – ja selle käigus analüüsiti ning võrreldi valdkondade kaupa tuhandete lehekülgede mahus Euroopa Liidus olemasolevat seadusandlust Eestis olemasoleva ja kehtivaga.

Vastavaks otstarbeks olid valitsuse poolt moodustatud spetsialistide komisjonid, mis pidid nii valitsusele kui Euroopa Komisjoni esindajatele *skriinimise* käigust regulaarselt aru andma. Komisjonid pidid koostama nimekirja Eesti seadustest või madalamatest aktidest, mis ei arvestanud piisavalt Euroopa Liidu vastavasisulisi regulatsioone või olid nendega vastuolus ning esitama ka vastavate seaduste või muude aktide muutmise ajagraafiku.

Graafikust kinnipidamine ja selle täitmine oli üks toonane riiklik prioriteet ja Euroopa Komisjoni esindajad jälgisid kogu protsessi kulgu väga üksikasjalikult ning rangelt. Vajadusel pidid vastavad komisjonid ka asjakohased Eesti Vabariigi seaduste või muude seadusandlike aktide muutmise ettepanekud välja töötama.

Eakate õigusi puudutava seadusandluse analüüsiks ja võrdlemiseks omaette töögrupp ei olnud ja seda ennekõike põhjusel, et eakatele laienevad kõik rahvusvahelistes ja riiklikes seadusandlikes aktides sätestatud üldised õigused ning vabadused. Kuna aga lisaks üldistele õigustele ja vabadustele on erinevates seadusandlikes aktides ja dokumentides sätestatud ka täiendavaid (kas ainult eakatele või eakatele koos mõnede teiste nõrgemini kaitstud inimeste gruppidega) nende erivajadusi arvestavaid õigusi või on pandud riiklikele institutsioonidele täiendavaid kohustusi vastavate sihtgruppide heaolu tagamisel või nende kaitsel, analüüsiti neid akte erinevates töögruppides.

Eakate hooldamise kontekstis võiks rahvusvahelistest dokumentidest meie jaoks kõige olulisema ja kaalukamana välja tuua 1996. aastal Strasbourgis Euroopa Nõukogu poolt heaks kiidetud ja 1998. aasta 4. mail Eesti Vabariigi poolt alla kirjutatud **Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalhart, mille 98 lõikest 79 ratifitseeris Riigikogu 11. mail 2000. a.** Ratifitseeritud artiklite seas on mitmeid, mis eakate heaolu ja sotsiaalse kaitse seisukohalt on võrreldes teiste sihtgruppidega võib-olla mõnevõrra olulisemad. Niisugustena võiks välja tuua näiteks järgmised:



Artikkel 11. Õigus tervise kaitsesele

Artikkel 12. Õigus sotsiaalkindlustusele

Artikkel 13. Õigus saada sotsiaal- ja meditsiiniabi

Artikkel 14. Õigus kasutada sotsiaalhoolekande teenuseid

Artikkel 15. Puuetega isikute õigus elada iseseisvalt, sotsiaalselt integreeruda ja võtta osa ühiskonna elust.

Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalhartas on ka üks artikkel, mis on pühendatud ainult eakatele, aga mille nimetus siinkirjutajal ei taha kuidagi üle huulte tulla ega ka kusagile kirjalikku teksti mahtuda, sest üks selles kasutatav sõna – *vanur* – on ikka kole küll. Sisu poolest on Artikkel 23 aga väga hea ning on siiralt kahju, et see jäi 2000. aastal ratifitseerimata ja on seda tänaseni. Samuti on kahju, et ratifitseerimata jäi ka teine eakate heaolu tagamise seisukohalt üsna oluline artikkel – Artikkel 31, Õigus eluasemele.

Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalhartas **Artikkel 23. Vanurite õigus saada sotsiaalset kaitset** (mida erinevalt mitmetest teistest artiklitest saab ratifitseerida ainult tervikuna, mitte alaosade kaupa), sätestab eakate sotsiaalse kaitse tagamisel järgmised põhimõtted.

*Et rakendada tulemuslikult vanurite õigust saada sotsiaalset kaitset, kohustuvad lepingupooled võtma või toetama kas otse või koostöös avalik-õiguslike ja eraõiguslike organisatsioonidega asjakohaseid meetmeid, mille eesmärk on eelkõige:*

- võimaldada vanuritel jääda võimalikult kauaks ühiskonna täieõiguslikeks liikmeteks, tagades neile:
  - a) piisavad vahendid, mis võimaldavad neil jätkata inimväärset elu ning osaleda aktiivselt avalikus, sotsiaal- ja kultuurielus
  - b) informatsiooni vanuritele mõeldud teenuste ja vahendite ning nende kasutamise võimaluste kohta
- võimaldada vanuritel vabalt valida oma eluviis ning jätkata iseseisvat elu harjumuspärasel ümbruses, kuni nad seda soovivad ja selleks võimelised on, tagades neile:
  - a) nende vajadustele ning tervislikule seisundile sobiva elukoha või elukoha kohandamiseks piisava toetuse
  - b) nende seisundile hädavajaliku tervishoiu- ja muude teenuste osutamise

- *austades nende eraelu, tagada hooldekodudes elavatele vanuritele kohane toetus ning osalemine hooldekodu elutingimusi puudutavate otsuste langetamisel.*

Kuna osutatud artikkel on Eesti Vabariigiskäesolevaksiraamatu ilmumise ajaks ratifitseerimata, ei pea Eesti riik selles sätestatud kohustuslikuna järgima. Samas peab arvestama, et **Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta rakendamise loogika järgi peavad protsessiga liitunud riigid varem või hiljem ratifitseerima selle kõik artiklid.**

Seepärast on eakate sotsiaalse kaitse ja eakatele orienteeritud teenuste süsteemide arendamisel Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta Artiklis 23 sätestatust siiski otstarbekas juhinduda. Eesti eakate kaitse ja hoolekande arengulugu jälgides tuleb tõdeda, et tegelikult on Artiklis 23 sätestatud paljus või põhijoontes ka järgitud, kuigi areng pole olnud just nii kiire kui seda võiks soovida.

Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta rakendamise rahvusvaheliste kokkulepete järgi vaatavad Euroopa Sotsiaalõiguste Komitee delegatsioon ja hartaga liitunud riikide esindajad ratifitseerimise suurema ulatuse tagamiseks iga viie aasta järel alates ratifitseerimise kuupäevast üle konkreetse riigi poolt seni ratifitseerimata artiklite seisu ning püüavad leida nende seast artikleid, mida riik võiks ratifitseerida. Eesti arenguid käsitlev vastavasisuline kohtumine toimus 5. aprillil 2005. aastal Tallinnas.

Kohtumise tulemusena leidis Euroopa Sotsiaalõiguste Komitee delegatsioon, et mitmed parandatud ja täiendatud sotsiaalharta sätted saaks Eesti ratifitseerida kohe, kuid mõned sätted tekitavad Eesti jaoks probleeme, mistõttu nende ratifitseerimine peaks olema pikaajalisem eesmärk.

Probleemsete artiklite hulka kuuluvateks hinnati ka Eesti olukorda artiklite 23 ja 31 nõuete täitmisel – tööd on küll tublisti tehtud, aga olemasoleva tase ei vasta veel Euroopa tavapärasele praktikale. Hinnangu andmisel toetus Euroopa Sotsiaalõiguste Komitee delegatsioon oma senisele vastavasisulisele praktikale, mille mõningaid näiteid ja põhimõtteid on järgnevas käsitletud.

Artikkel 23 tunnustab eakate inimeste õigust saada sotsiaalset kaitset kõige laiemas mõttes. Selles on toodud eesmärgid, mis tuleks võtta/saavutada, ning konkreetsetest õigustest, mida tuleks kaitsta. Artikli esimese lõike peamiseks eesmärgiks on eakatel inimestel ühiskonna täieõiguslikeks liikmeteks jäämise võimaldamine ja nimetatud eesmärgi saavutamiseks

määratletakse kaks moodust – piisavad vahendid ning teave eakatele mõeldud teenuste ja võimaluste kohta.

Väljend *ühiskonna täieõiguslik liige* tähendab seda, et eakad inimesed ei peaks end tundma oma vanuse tõttu tõrjutuna, mistõttu õigus osaleda ühiskonna erinevates tegevusvaldkondades ei tohiks olla seotud näiteks sellega, kas eakas inimene on või ei ole tööalaselt aktiivne, kas tal on säilinud täielik teovõime või kohaldatakse tema suhtes mingeid piiranguid jms.

Piisavate vahenditega kindlustatuse seisukohalt on põhiohk pensionitel. Pensionid ja riiklikud toetused peavad olema piisavad, et eakas inimene saaks elada inimväärselt ning osaleda aktiivselt avalikus, sotsiaal- ja kultuurielus. Hinnangu andmisel võrreldakse pensionite suurust keskmise palga ja üldise elatustasemega, analüüsitakse näiteks transpordi-, arstiabi- ja ravimikuluid ning arvestatakse ka seda, kas oma eaka sugulase eest hoolitsevatele perekonnaliikmetele on olemas mingi hooldajatoetuse süsteem.

Lõike teises eesmärgis viidatakse küll ainult teenuste ja vahenditega seotud teabe tagamisele, kuid hinnangu andmisel eeldatakse, et sellised teenused ja vahendid on reaalselt olemas ning eakatele inimestele on tagatud õigus ja võimalus nende saamiseks ja kasutamiseks. Samuti käsitletakse selle eesmärgi puhul näiteks koduabi- ja kogukondlike teenuste olemasolu ning eakate inimeste eest hoolitsevate perekondade teavitamist ja koolitamist.

Artikli teisest lõikest tulenevalt peaks riiklikus või kohalikus eluasemepoliitikas kindlasti arvesse võtma ka eakate inimeste vajadusi. Eakatele sobivate eluasemete pakkumine peab olema piisav ning eluasemepoliitika ja vastavad õigusaktid peavad arvestama nimetatud grupi erivajadusi. Riiklik poliitika peaks võimaldama eakatel inimestel jääda võimalikult kauaks oma koju elama, samuti tagama vajadusel selleks spetsiaalsed eluasemed ning abi kodu kohandamisel.

Seoses eakate õigusega piisavale arstiabile, eeldab artikli 23 teine lõige, et on loodud spetsiaalsed eakatele suunatud ja nende tervise alaseid erivajadusi arvestavad tervishoiuprogrammid ja -teenused (sh eriti esmavajalikud tervishoiuteenused ja kodus osutatavad hooldus- ning tervishoiuteenused) ning on kehtestatud teatud üldised eakate inimeste tervishoiualased suunised.

Artikli 23 kolmas lõige käsitleb hooldekodudes elavate eakate inimeste õigusi. Sellest lõikest tuleneb kohustus tagada hooldekodudes elavatele eakatele inimestele näiteks järgmised õigused:

- õigus kohasele hooldusele ja piisavatele teenustele
- õigus privaatsusele
- õigus inimväärsele elule
- õigus osaleda hooldekodu elamistingimusi ja elukorraldust puudutavate otsuste langetamises
- õigus eaka isikliku vara kaitsele
- õigus säilitada isiklikud kontaktid lähedastega
- õigus esitada pretensioone (kaebusi) hooldekodus osutatavate ravi- ja hooldusteenuste kohta.

Samuti peaks sellest lõikest tulenevalt olema eakate inimeste hooldekodusid piisavalt, hooldekodus elamine peaks olema tasukohane ja kulude katmiseks peaks olema mingi toetuste süsteem. Hooldekodud peavad olema litsentseeritud või muul viisil tunnustatud ning teenuste kvaliteedi tagamiseks peaks olema sõltumatu kontrollimehhanism. Selle sätte raames käsitletakse ka niisuguseid küsimusi nagu personali kvalifikatsiooninõuded, koolitus ja palgatase, hooldekodusse paigutamine ilma isiku nõusolekuta, hooldekodude elanike sotsiaalseid ja kultuurialaseid võimalusi ning füüsiliste piirangute rakendamist.

**Nagu öeldud, leidis Euroopa Sotsiaalõiguste Komitee delegatsioon, et arvestades komitee praktikat ja Eesti praegust olukorda, ei ole Eestil võimalik Artiklit 23 ratifitseerida.** Peamiste probleemsete teemadena toodi seejuures esile näiteks vanaduspensioni suurus, tervishoiuteenuste, eluasemeteenuste ja muude eakatele inimestele suunatud teenuste kättesaadavus ning olukord teatud hooldekodudes. Eesti reaalsust arvestades tuleb tõdeda, et paraku on niisugune seisukoht põhjendatud.

Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta Artiklile 23 on Eesti siseriiklikust seadusandlusest kõige kaalukamana kõrvale panna ilmselt **põhiseaduse paragrahv 28. Igaühel on õigus tervise kaitsele**, mis sätestab:

*Eesti kodanikul on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral. Abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus. Kui seadus ei sätesta teisiti, siis on see õigus võrdselt Eesti kodanikuga ka Eestis viibival välisriigi kodanikul ja kodakondsuseta isikul. Riik soodustab vabatahtlikku ja omavalitsuse hoolekannet. Lasterikkad pered ja puuetega inimesed on riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all.*

Osutatud põhiseaduse paragrahvis 28 on üks probleemne lause: Abi liigid, ulatuse ning saamise tingimused ja korra sätestab seadus. Seadusi aga võtab teadupärast vastu riigikogu, mis tähendab ka seda, et seaduste ja nendega tagatud õiguste, sh abi liikide, ulatuse ja saamise tingimuste ning korra muutmine on oluliselt lihtsam kui põhiseaduse muutmine. Lihtsamalt öeldes, põhiseaduses on õigus tervise kaitsele küll sätestatud, aga kas, kui palju ja mis iseloomuga seda kaitset üldse saab, sõltub Parlamendi poliitilistest eelistustest (valikutest), hetke majanduslikest võimalustest vms.

Lisaks erinevatele seadustele ja seadusandlikele aktidele võivad konkreetsete teenuste osutajad või nende osutamise eest vastutavad institutsioonid anda eakatele inimestele nende õiguste osas teatud täiendavaid garantiisid. Paljudes Euroopa riikides on selleks otstarbeks kasutusel kodanike ja/või teenuste hartad, milledes teavitatakse inimest näiteks sellest, missugust abi, mil määral, mis tingimustel, kui kiiresti jne on inimesel vajaduse korral õigus saada ja mida ta saab.

Kodanike ja teenuste hartad teenivad samaaegselt vähemalt kahte eesmärki, millest Eesti tänast reaalsust arvestades võiks eriti oluliseks pidada teist:

- Teavitada inimesi nende õigustest teenustele, tutvustada teenuste sisu, kvaliteeti, protseduure jms.
- Suurendada inimeste kindlustunnet kindlate teenuste ja abi osutamisega seotud kohustuste võtmise kaudu.

Kodanike ja teenuste hartade koostamisel peaks arvestama, et need vastaksid samaaegselt kolmele mõnevõrra vastandlikule tingimusele:

- Need peaksid olema võimalikult lihtsa sõnastusega, et nendest saaks aru ka väiksema kompetentsiga inimesed.
- Need peaksid olema võimalikult selged, et nende alusel saaks tekkida üldine ettekujutus osutatavatest teenustest ja teenuste kvaliteedist.
- Need ei tohiks olla liiga mahukad ega tüütud, mistõttu need võiksid mahtuda ühele leheküljele.

Järgnevas on toodud näiteid ühest võimalikust eakatele sotsiaalteenuseid osutatava organisatsiooni hartast.

- Garanteerime, et olles meie klient, saate te meie poolt osutatavaid teenuseid vastavalt Teie vajadusele, mitte Teie võimele teenuste eest maksta.
- Meie organisatsiooni personal kohtleb Teid alati lahkelt ja osutab Teile vajalikke abistavaid teenuseid.
- Teenuseid osutades tagame Teie õigused privaatsusele, eneseväärikusele, usuvabadusele, kultuurilistele uskumustele.
- Meie prioriteediks on niisuguste teenuste osutamine, mis võimaldavad Teil elada harjumuspärasel ja koduses keskkonnas.
- Me korraldame kõik vajalikud tegevused selleks, et abistada erivajaduste ja puuetega kliente.
- Me võimaldame Teil tutvuda oma tervist ning seisundit puudutavate dokumentidega ning tagame nende konfidentsiaalsuse.
- Õpilaste või praktikantide kaasamiseks Teie hooldusprotsessi küsime Teilt või Teie lähedastelt nõusolekut.
- Me garanteerime, et enne ravi alustamist anname Teile igakülgse ja selge ülevaate kavandatud ravi- ja hooldusmeetoditest ning võimalikest alternatiividest. Teie soovil informeerime Teie seisundist ja selle muutustest ka Teie lähedasi.
- Garanteerime, et ühtki klienti ei saadeta enne haiglaravilt ära, kui talle on kindlustatud vajalik kogukonnaabi.
- Garanteerime, et sõltumata sellest, kas Teile osutatakse teenuseid hooldusasutuses või Teie omas kodus, vastutab Teie teenuste kvaliteedi eest kvalifitseeritud õde.

Võib olla üsna kindel, et kui ka Eestis oleks eakatele tervishoiu- ja hooldusteenuste osutajatel eespool toodud printsiipidega analoogseid põhimõtteid väljendavad teenuste hartad, oleks meil ka vähem eakate hooldusega seotud soovimatuid juhtumeid.

## 6. ELAMINE JA SUREMINE

*„Teised vaagigu su vilju  
sa ent sirbi tasahilju  
torkad räästasse“*

Inimene on biopsühhosotsiaalne olevus, mis tähendab, et me koosneme n-ö kolmest osast, komponendist või funktsionaalsest süsteemist, mis on omavahel teatud kindlal moel seotud ja mis kõik on meie elu seisukohalt võrdväärselt olulised. Freudi käsitlust analoogina kasutades võiksime lisaks *Id*-ile, *Ego*-le ja *Superego*-le seega rääkida veel kolmest *minast*:

- Bioloogiline *mina* (ennekõike inimese füüsilis-keemilis-bioloogilise kehaga seonduv, sellest tingitud või tulenev);
- Psüühiline *mina* (ennekõike inimese psüühika ja närvisüsteemiga seonduv, sellest tingitud või tulenev);
- Sotsiaalne *mina* (ennekõike meie ümber oleva sotsiaalse keskkonna ja suhetega seonduv, sellest tingitud või tulenev).

Kõik need kolm komponenti iga konkreetse inimese elu jooksul arenevad, vananevad ja lõpuks ka surevad. Seega võiks elamise ja suremise kontekstis vananemisest rääkida kolmest erinevast aspektist või kolmes erinevas tähenduses:

- bioloogiline vananemine, st vananeb inimene kui bioloogiline organism (bioloogilis-füsioloogiliste funktsioonide ja protsesside toimimise häirumine)
- psüühiline vananemine, st vananeb inimene kui vaimne, mõtlev ja rääkiv olevus (mõtlemise, taju, tunnetuse, orienteerumise jms häirumine)
- sotsiaalne vananemine, st vananeb inimene kui sotsiaalne subjekt (sotsiaalsete suhete ja oskuste, sotsiaalse osaluse jms häirumine).

Targad inimesed on aegade jooksul avastanud, et need protsessid toimuvad teatud kindlate reeglite järgi ja koostanud selle kohta ka palju erinevaid vähem või rohkem põhjalikke ning huvitavaid teoreetilisi käsitlusi. Enamasti on need mingi konkreetsema eluvaldkonna või eriala

spetsiifilised ning mõeldud kasutamiseks ennekõike erinevate valdkondade professionaalidele nende erialases tegevuses ning n-ö tavalisel inimesel pole nendega suurt midagi peale hakata, sh kasutada neid konkreetse eaka inimese hooldamise kontekstis.

**Konkreetse inimese seisukohalt võiks kõige olulisemaks pidada asjaolu, et need kolm komponenti võivad areneda ja vananeda enam-vähem samaaegselt ja sama kiirusega, aga võib olla ka nii, et mõni neist areneb või vananeb teistest oluliselt kiiremini või jääb teistest maha.**

Kas ja kui võrd erinevate komponentide arengu sünkroonsus on häiritud, sõltub lisaks inimese subjektiivsele eripärale ja eeldustele suures osas sellest, missuguses keskkonnas ja/või tingimustes inimene teatud arengu või eluetappi läbib. On oluliselt erinev, kas inimene on sündinud, elanud, arenenud ja vananenud näiteks rahulikus ja stabiilses Rootsi Kuningriigis, Suahili suguharus, kusagil polaarjoone taga või Eestis.

Järgnevas on püütud kirjeldada, missugust elu on meie tänased eakad ikka elanud, missugustes oludes, keskkonnas ning tingimustes on toimunud nende areng ja vananemine? Väljatoodud märksõnade ja sündmuste valik on juhuslik ja subjektiivne, see on lihtsalt valik isiklikest teemakohastest mõtetest ja mälestustest ning küllap ka meeleoludest. Iga lugeja võib allpool toodud iseenda ja/või oma eakate omaksete mälestuste põhjal täiendada või korrigeerida

Kui jääda eakuse määratlemisel kontrollnumbri 65 ja vanemad juurde, siis sündisid meie tänased kõige nooremad eakad 1944. aastal. See tähendab ajal, mil nii mõnegi meie tänase eaka ema, isa või keegi teine lähisugulastest suri Sinimägedes, Tehumardil või kusagil kodust väga kaugel ja nii mõnigi kord ilmselt täiesti tundmatus kohas toimunud lahingus või sõjalises kokkupõrkes. Ja keegi omaksetest võis surra ka Venemaa või Saksamaa vangil- või koonduslaagris.

Meie kõige vanemad eakad on aga sündinud tsaariajal ja enamasti nägid nad ilmavalgust toonast tüüpi perepalatites (st enamasti kas ema-isa voodis või saunas) ning nii mõnegi tänase eaka ema pidi üsna kohe pärast lapse ilmaletoomist minema lauta lehma lüpsma. **Seega on meie tänased eakad sündinud ajavahemikus 1905–1944 ning elanud sellel ajal toimunud ja hilisemad sündmused läbi erinevas vanuses ja arenguastmel ning erinevates rollides.** Arusaadavalt need numbrid muutuvad iga aastaga ja esimest aastaarvu märgib hetkel kõige vanema teadaoleva Eestis elava inimese sünniaasta.



Meie vanemate eakate elu algusesse ehk lapsepõlve mahtusid 1905. aasta sündmused Venemaal ja nende järelmõjud, Stolõpini reformid ja nendega seotud perede väljaränded Venemaa erinevatesse piirkondadesse, Rasputini isik ja tegevus, Esimene Maailmasõda, Kerenski, töötava rahva revolutsioon, kodu- ja vabadussõda nii omade vahel kui võõrastega, Paju lahing, Julius Kuperjanov jne.

Esimese Eesti Vabariigi ülesehitamise ajal olid meie praegused vanimad juba nooruki- või varases täiseas, neist noorematel jäi sellesse perioodi aga lapsepõlv. Nii mõneski piirkonnas oli külakool sellal mitme-mitme kilomeetri kaugusel, lähimaks arstiks oli kogenud külanaine või naabri-Mari ja parimaks hambaarstiks küla sepp. Samas arenesid jõudsalt maaelu, talud ja muu ettevõtlikkus ning paljudel inimestel hakkas tõenäoliselt kujunema usk ja veendumus sellesse, et töö tegemisega ongi võimalik edu saavutada.

Analoogselt meie ümber toimuvaga hakkas aga n-ö käärima ka Eestis, ühiskond muutus närvilisemaks, vastuolud suurenesid, aktiveerus vabadussõdalaste liikumine, võimutäius koondus Konstantin Pätsi kätte, sõlmiti Molotov-Ribbentropi pakt ja Eesti-Vene baaside leping, Soome ja Venemaa sõdisid, Venemaa sõjavägi tuli koos paljude kohalike jaoks arusaamatut keelt kõnelevate inimestega Eestisse.

Üsna pea moodustati Eesti Sotsialistlik Vabariik ja Eesti palus ennast võtta nõukogude rahvaste „sõbralikku perre“. „Sõbralikkuse“ üheks väljenduseks oli esimene küüditamine, millega erinevates (sh täiesti vastandlikes) rollides olid seotud ka osa meie praegustest eakatest. Paljude meie nooremate eakate lapsepõlv möödus just niisuguste sündmuste keskel ja niisuguses keskkonnas.

Praegused kõige nooremad eakad on aga sündinud Teise Maailmasõja ajal ja küllap on nii mõnedki eakad õed-vennad erinevatel pooltel ja teineteise vastu sõdinud isade lapsed. Sõja tingimustes kaotasid paljud praegustest eakatest oma varases lapsepõlves, inimese kujunemise ja arenemise seisukohalt kõige olulisemal perioodil, väga erinevatel põhjustel oma isa, ema või mõlemad vanemad või kaotasid vanemad oma lapsed.

Nagu eespool osutatud, on väljatoodud märksõnade ja sündmuste valik juhuslik ja subjektiivne ning iga lugeja võib seda iseenda ja oma eakate omaksete mälestuste põhjal täiendada või korrigeerida. Küll on aga kindel see, et veel mitmekümne aasta jooksul moodustavad meie eakate põhiosa inimesed, kelle elust suurem osa on möödunud teise Eesti NSV ajal ja

tingimustes ning erinevate nn suurte juhtide juhtimisel. **Meie eakatest absoluutne enamus on olnud oktoobrilapsed, pioneerid, kommunistlikud noored ja ametiühingu liikmed ning arvestatav osa ka kommunistliku partei liikmed.**

Neil suurtel juhtidel ja nende valitsemisaegadel olid igaühel lisaks ühisele riiklikule taustale ja ideoloogiale ka oma eripärad ja prioriteetidid. Prioriteetidest strateegilisemad formuleeriti enamasti NLKP kongresside ja vähemolulised NLKP Keskkomitee või Poliitbüroo dokumentides ja/või otsustes. Seejärel püüti neid suuniseid või otsuseid viisaastakute raames ja sotsialistliku võistluse käigus usinasti realiseerida. Parimate jaoks oli seejuures olemas ka tolle aja tingimustes tõhus motivatsioonipakett (näiteks auto, külmkapi, teleri vms ostuluba, uus korter, erinevad tuusikud, ametialane edutamine jms).

Järgnevas on valik erinevatest teise Nõukogude Liidus olemise ja elamise perioodi etappidest ning nende jooksul toimunud. Nagu eelnev, on ka see subjektiivne ja igaüks võib seda omatahtsi korrigeerida või täiendada. Samuti peaks arvestama, et nii mõnedki toodud sündmused, protsessid, põhimõtted, tegevused jms läbisid mitut allpooltoodud etappi, st olid erinevatel aegadel põhijoontes ja/või põhiolemuselt ühetaolised.

**Stalini** ajast on meie eakatel tõenäoliselt kõige kurvemad ja valulikumad mälestused, sest kindlasti meenuvad sõjajärgse aja raskused ja probleemid, metsavendlus, väga levinud, kergesti määratav ning sageli kasutatud karistumäär 25+5, teine küüditamine, sunnitöölaagrid, Beria ja tema agentuuri tegevus, õised kodude akendele või ustele koputamised ja inimeste salapärase ning jäljetu kadumine, sundkollektiviseerimine, riiklikud suurehitised, natsionaliseerimine, Suure Juhi surm ja sellele järgnenud võimuvõitlus.

**Hruštšovi** valitsemisaega on nimetatud ka sulaks ja küllap ta võrreldes varasemaga seda oli. Lisaks oli ta natuurilt lihtne rahvamees ja temaga sai aeg-ajalt ikka nalja ka. Hruštšov on ainus suur juht, kes võimult kukutati, teised on läinud n-ö jalad ees (va *Gorbatšov*). Hruštšovi valitsemisajal mõisteti hukka Stalini kuriteod, algas küüditatute ja Stalini võimuperioodil represseeritute rehabiliteerimine ning inimesed hakkasid oma kodudesse naasma. Vaatamata riiklikule uudismaade ülesharimise kampaaniale, kogu riigi maisi ja silotornidega täitmise plaanile jt ettevõtmistele oli inimeste toidulada aga jätkuvalt kasin. Samal ajal olid avalikes söögikohtades leib-sai tasuta ja päris nalga eriti ei surdud. Hruštšovi valitsemisajal algas ka siinkirjutaja vananemine.

**Brežnev** oli NSVL aegsetest suurtest juhtidest vist küll kõige naljakam (või lõbusam) kuju, sest nii palju anekdoote, kusjuures väga häid, pole vist küll ühegi teise juhi kohta tehtud. See oli aeg, kus poodidest polnud sageli või enamasti midagi erilist söödavat saada, aga kodudes olid peolauad enamasti alati lookas, sh osaliselt kaetud ka nn Brežnevi pakikeste sisuga ja viin voolas inimeste kurku isegi mitte ojade vaid jõgedena. Brežnevi aega jäävad markeerima ka külm sõda, võidurelvastumine, Praha sündmused, hipide liikumine, Ussuuri (Vene-Hiina) konflikt, Afganistani sõda, Baikal-Amuuri magistraal, olümpiamängude boikoteerimised, permanentne iseenese autasustamine ja lõppeks kolinal Kremli müüri äärsesse hauda kukkumine.

**Andropov** oli kuulu järgi juba enne oma valitsemisaja algust enam-vähem surnud, aga mõningast ärevust jõuti tema ajal siiski tekitada, näiteks püüda päevasel ajal tänavatel ja poodides liikuvaid inimesi ning uurida, miks nad tööl ei ole. Samuti üritati alustada nn karmi käe poliitikat, näiteks korruptsiooniga võitlemise ja alkoholitarbimise osas.

**Tšernenko** oli lihtsalt üks tavaline vana, hall ja väliselt väga õnnetu tunduv inimene, kes ei saanud vist küll mitte millestki aru (geriaatrilises mõttes: oli desorienteeritud ajas ja ruumis). Tema võimuperiood jäi veel lühemaks kui eelkäija oma ja temaaegsetest sündmustest ei oska peale halluse, võimuletuleku ja matuste muud midagi meenutada.

**Gorbatšov** oli suurte juhtide seas aga täiesti uus kvaliteet ja lisaks muule oli tal ka tark ja elegantne ning rahva seas populaarne abikaasa. Üsna Gorbat ovi võimuletuleku algul toimus Tšernobõli tuumakatastroof, mille tagajärgede likvideerimises osales ka tuhandeid Eesti inimesi. Gorbat ov püüdis ühiskonda rohkem avada, demokratiseerida, viia ellu uudseid ja kohati raskesti arusaadavaid poliitilisi jooni või printsiipe, millest mõne jaoks Eesti keelse vaste (nt *uutmine*) leidmine polnud lihtne ja *perestroika* jäigi *perestroikaks*. Karmistus ka alkoholipoliitika ja kuna ametlikel üritustel alkoholi tarbida ei tohtinud, kujunesid ürituste populaarseimateks jookideks mitmesugused morsid. Taas toodi välja sini-must-valged lipud, aset leidsid Balti kett ja laulev revolutsioon.

Gorbatšovi valitsemisaja lõpus kiirenes NSVL lagunemine ja endised iseseisvad riigid hakkasid taasiseseisvuma. Ja kuigi Eesti Vabariik taasiseseisvus ametlikult 20. augustil 1991. aastal, ei muutunud sellest tavainimese jaoks järgmisel päeval igapäevaelus praktiliselt mitte midagi. Liiga palju ühiskonna toimimiseks vajalikku ja olulist (näiteks tootmine, kaubandus, raha jms) oli veel varasemaga seotud, mistõttu võib ka öelda, et kuigi me olime juriidiliselt iseseisvad, elasime endiselt paljuski NSV Liidu tingimustes. Seepärast on toona

toimunud sündmuste meenutamiseks võib-olla otstarbekam kasutada perioodi 1988–1993 (enne ja pärast taasiseseisvumist).

See oli keeruline aeg, mille jooksul aga juhtus ka palju huvitavat ja pikemas perspektiivis vägagi olulist:

- Kuna puudus oli peaaegu kõigest, viidi sisse nn talongimajandus, mis meie eakatele võis nende varasemate analoogsete kogemustega võrreldes olla tõenäoliselt suhteliselt lõbus, kuna suur puudus oli ka sularahast, võttis Tartu linn kasutusele oma raha, bensiinjaaamades olid kilomeetrite pikkused järjekorrad, valuutapoodides oli seevastu kaupa laialt jne.
- Kooperatiivide tegevuse, kõikvõimalikel moodustel äritegemise või riiklike ettevõtete erastamisega (mille kohta vahel tavatseti öelda ka *ärastamine*) rajasid paljud praegused jõukad inimesed oma majandusliku edu aluse.
- Uusi erakondi, liikumisi või parteisid tuli nagu seeni pärast vihma, sest jagamisele läksid parlamendi ja presidendi kohad.
- Paljude kuritegelike grupeeringute tekkimine, nende vaheline võimuvõitlus ja verised arveteõiendamised.

Esimene tõeliselt kaalukas ja kogu ühiskonda raputanud muutus taasiseseisvunud Eestis oli kindlasti 1992. aasta rahareform. Ei oska isegi arvata, mitmes see praeguste eakate elu jooksul olla võis (tõenäoliselt enam kui kümnes), aga tundub, et võrreldes varasematega oli see nende jaoks oluliselt valulikum.

Olid ju pensionärid nõukogude ajal üheks kõige paremini kindlustatud ühiskonna kihiks – kui inimene oli elu jooksul ikka korralikult töötanud, oli tema pension tolle aja tingimustes normaalne ja kui inimene jätkas töötamist ka pensionieas, oli ta isegi jõukas ja suutis rahaliselt toetada ka oma lapsi või lapselapsi. Rahareformi ja uue pensionisüsteemi tulemusena muutusid aga endised jõukad pensionärid sisuliselt ühe ööga puruvaesteks, sest kõigist rublahoiustest (sh pensionäride säästudest vanaduspõlveks) ja sularahast vahetati Eesti kroonideks ainult väike (paljude jaoks ilmselt väga väike) osa ja uued pensionid olid võrreldes varasematega ikka väga väikesed.

Töötasin üsna vahetult pärast rahareformi Tartu Linnavalitsuse sotsiaalabi osakonna juhatajana ja nägin iga päev päris ligidalt ja vahetult, kuidas rahareformist tingitud muutused meie toonaseid pensionäre räsivad ja murdsid. Üks väga selge indikaator oli näiteks inimeste järsult suurenenud soov enda paigutamiseks hooldekodusse, kusjuures seda sugugi mitte terviseleel põhjustel, vaid enamasti usus, et hooldekodus on soe ja seal saab süüa. Rahareform ja sellega kaasnenud muutused murdsid tõenäoliselt ikka suure hulga inimesi. Kaldun arvama, et (vähemalt sisemiselt) murdunute arv oli viiekoosalises suurusjärgus.

Ei ole meie eakaid eriliselt hellitanud ka kogu senine taasiseseisvusperiood, võib-olla alles sellel sajandil on nende elu mõnevõrra paremaks läinud, aga praegu näib et sedagi pole enam kauaks. Samas pole ka midagi parata, sest just niisugusesse ruumi ja aega nad sattusid ja umbes niisugustes oludes, keskkonnas ja tingimustes pidid nad oma elu elama, arenema ja vananema.

Kusagil lähemas või kaugemas tulevikus ootab aga meid kõiki, sh eakaid ja praegu veel mitte eriti eakaid ees surm – organismi igasuguse elutegevuse lakkamine – ja nii nagu inimesed elavad erinevat elu nii nad ka surevad erinevalt, erinevatel põhjustel ja tingimustes. Võimalikust suremisest ja surmast võib mõningase ettekujutuse saada suremuse statistika abil.

Eesti Statistikaameti andmetel elas 2007. aasta 1. jaanuari seisuga Eestis 229 158 inimest, kes olid 65-aastased ja vanemad. Aasta jooksul suri neist 12 375. Neist hinnanguliselt umbes 10% suri hoolekandeesutuses ja absoluutne enamus suri omas kodus. Surma peamised põhjused olid järgmised:

Vereringeelundite haigused, sh	7638
• südame isheemiatõved	4103
• peajuveresoonte haigused	1600
• hüpertooniatõbi	858
• äge müokardiinfarkt	538
Kasvajad, sh	2532
• hingamiselundite kasvajad	526
• kõri, hingetoru, bronhi, kopsu kasvajad	513
• mao kasvaja	244
• lümfii ja vereloomekoe kasvaja	214

Sümptomid ja ebatäpsed seisundid, sh	536
• vanadus	459
Õnnetusjuhtumid, mürgitused ja traumad, sh	359
• enesetapp	64
Seedeelundite haigused	342
Hingamiselundite haigused	312
Sisesekreetsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused, sh	212
• suhkrutõbi	194

Mis iganes põhjusel keegi sureb, on iga inimese surmast kahju ja seda nii inimese enda kui tema omaksete ja nende leina ning tunnete pärast. Aga ülejäänud inimesed jäävad ju elama ja elu läheb edasi.

## 7. TOIMETULEKUVÕIME JA SELLE MUUTUMISE DÜNAAMIKA

*„Täna siin ... homme seal...“*

*„Tahan ... ei taha...“*

Toimetulekuvõime ja selle hindamine on viimastel aastakümnetel üheks sotsiaalsete protsesside ja tegevuste ning inimeste igapäevaelu ja sellega seotud probleemide käsitlemisel sageli kasutatud märksõnaks. Paljude sotsiaalteenuste ja -toetuste saamist või mittesaamist seostatakse just inimeste toimetulekuvõimega. Samas pole kusagilt olnud võimalik leida selle ühest või täpset ning veenvat/ammendavat määratlust.

Ja ega seda tegelikult olegi võimalik leida ega anda, sest analoogselt kõigi teiste võimetega on ka toimetulekuvõime üks keerulisimaid inimese ja inimtegevusega seotud nähtusi üldse ning sõltub väga paljudest asjadest või faktoritest, sh objektiivsetest ja vähem või rohkem hinnatavatest/mõõdetavatest ning subjektiivsetest, mida hinnata on raske või isegi praktiliselt võimatu.

Inimeste võimete uurimisega on kõige enam tegelenud psühholoogia, milles võimeteks nimetatakse inimese teadmiste, oskuste ja vilumuse kompleksi, sh nende kujunemise kiirust ning teisi (raskemini hinnatavaid ja määratletavaid) omadusi, millest sõltub inimese tegevuse edukus või tulemuslikkus. Võimed jaotatakse kolme gruppi:

- üksikvõimed (nt silmamõõdu või kuulmise täpsus)
- erivõimed (nt muusikalised ja matemaatilised võimed)
- üldvõimed (nt intelligentsus ja loovus).

Võimete olemasolu, nende taseme ja arengu eeldusteks peetakse suures osas (või ka ennekõike) pärilikke tegureid, mis muuseas, on ka üheks peamiseks põhjuseks, miks mõiste *võime* defineerimine on keeruline. Võib ka öelda, et teatud võimed või eeldused nende arenguks inimesel kas on olemas või ei ole. Ja kui inimesel teatud võimeid või eeldusi nende tekkeks ja arenguks ei ole, siis pole neid võimalik ka kuidagi tekitada. (Küll aga on võimalik teatud eeldusi mitte välja arendada või need n-ö välja suretada).

**Tõenäoliselt on toimetulekuvõime kõigist võimetest kõige keerukam, 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.

Toimetulekuvõime on seotud näiteks tahte, motivatsiooni, emotsioonide, sotsiaalse tunde ja tundlikkusega, üldiste sotsiaalsete oskustega, sh suhete ja suhtlemisioskustega, kompensatsioonimehhanismide kasutamisoskusega, kohanemisvõimega, vaistuga, üldise taluvusega jms.

Kindlasti ei saanud see loetelu lõplik ja kindlasti ei pea hea toimetulekuvõimega inimene edukaks toimetulekuks oskama kasutada ja kasutama kõiki neid oskusi või omadusi. Teatud ekstreemsemates olukordades (näiteks sõjategevuses või röövkallaletungi korral, vaesuses või näljahädas jms) võib edukaks toimetulekuks (ellujäämiseks) piisata ainult mõnest omadusest, oskusest või võimest.

Inimeste toimetulekuvõime mitmetahulisuse ilmekustamiseks sobib väga hästi järgnev lugu, mida ma kuulsin kunagi ühel sotsiaalse rehabilitatsiooni teemalisel konverentsil.

*Aasta 2085 saadeti 100 planeedi Maa parimat esindajat kosmoselaevaga naabertähesüsteemis asuvale planeedile Roosa. Kui Maa esindajad kohale jõudsid avastasid nad, et planeeti ümbritseva tiheda udu tõttu oli sellel väga pime. Samas, kohalikud asukad olid väga sõbralikud ja üsna kiiresti leiti ühine keel. Arvestades mõlemapoolset uudishimu peeti otstarbekaks, et mõlema planeedi arstid vaatavad teise planeedi elanikud läbi. Kahe nädalaga olid elanike tervisliku seisundi ülevaated valmis.*

**Maa arsti aruanne:** *Planeedi Roosa elanikud on veidi grotesksed ja väiksemad kui meie, kuid oma olemuselt on nad väga sõbralikud ja lahked. Nad näevad pimedas, sest nende silmad on kohanenud infrapunasele kiirgusele. Nende kõne- ja kuulmiselundid tajuvad meile harjumuspäraseid sagedusi, aga täiendavalt ka ultraheli. Nende toit koosneb keerulistest komponentidest ja neil on kaks magu. Esimene magu on umbes nagu lehmadel – eelseedimiseks, ülejäänud seedesüsteem on samasugune nagu meil.*

*Neil on kaks kätt, aga need on tiivakujulised ja võimaldavad neil lennata. Viie sõrme asemel on neil tasased padjad. Kõik nende seadmed on kohandatud nendele patjadele. Nad kirjutavad spetsiifiliste pliatsitega, mis töötavad infrapunases valguses. Neil on ainult üks jalg, mis on umbes sama suur kui meie kaks. Jalg lõpeb ümmarguse padjataolise moodustisega ja jalutamine tähendab neile sellel padjal veeremist.*



*Roosa elanikud elavad kõrgetes majades, mis on umbes samasugused nagu meil, aga neil puuduvad trepid ja liftid. Nad lihtsalt lendavad ühest ruumist teise. Ultrahelisignaali, mida nad välja saadavad, avab neile ukсед. Kõik käsitöö teevad kompuutrid ja robotid, mis on oma kujult sarnased meie omadega. Kompuutrite ja robotite juhtimine toimub kõrgsageduslainete abil.*

**Roosa arsti aruanne:** *Maa inimesed on pimedad – nad ei näe infrapunast kiirgust. Nad räägivad, et nad näevad valgust ja valges, aga me ei suuda aru saada, mida nad selle all mõtlevad. Nad on osaliselt kõnevõimetud kuna nende häälepaelad ei suuda töötada meie kõrgsagedusel. Maa inimesed ei suuda süüa, sest nende seedesüsteem pole suuteline töötlemiseks meie toitu. See probleem vajab eriti kiiret lahendust, sest nende toiduvarud on lõpukorral. Nad ei suuda ka lennata ja oma suuruse tõttu ei mahu nad transportimiseks ka meie autodesse.*

*Näib, et Maa elanikud ei saa iseseisvalt elada kusagil meie planeedil. Nad ütlesid, et nende majad on umbes samasugused nagu meie omad, aga rääkisid ka mingitest treppidest ja liftidest. Nad saaksid paremal juhul elada ainult mõnede meie majade alumistel korrustel. Esmapiilgul tundub ka, et Maa elanikud ei suuda meie planeedil töötada. Kuna nad ei suuda kasutada kõrgsageduslaineid, ei saa nad kasutada meie kompuutreid ja roboteid. Mõned neist näivad küll piisavalt tugevatena, et töötada koos meie robotitega, aga ma kardan, et nad peavad seda teenija või teenri tööks. Pealegi, umbes 25% neist on tugevas depressioonis. Härra President, Maa inimesed on tugevate või täielike puuetega. Mida me teeme?*

**Planeedi Roosa Presidendi korraldus:** *Hospitaliseerige nad meie Üldise Rehabilitatsiooni Keskusse ja kandke mulle 6 kuu pärast ette ravi ning rehabiliteerimise tulemustest.*

**Roosa arsti jätkuaruanne:** *Härra President, mul on hea meel teatada, et 30% Maa elanikest on täielikult rehabiliteeritud. Kõik nad õppisid kasutama aparate, mille me neile välja töötasime, et nad saaksid näha infrapunast kiirgust. Samuti õppisid nad kasutama meie loodud ultraheliaparate.*

*Farmaatsiatööstus arendas ravimid, mis aitavad neil süüa meie toitu. Pool nimetatud kolmekümnest protsendist õppisid kasutama meie konstrueeritud abilennuseadmeid, teine pool eelistas lasta amputeerida oma käed ja kohandada endale lennuproteesid. Autod ehtasime ümber Maa inimeste jaoks, kes meid ise ka nende disainimisel aitasid. Tõsi, autode hind tuli kokkuvõttes väga kõrge. See grupp elab nüüdseks koos meie inimestega ja mõned neist on meie inimestega isegi vastastikku armunud ning nad kõnelevad ka võimalikust abiellumisest. Oleme andnud neile asjakohast seksuaalabi konsultatsioone.*

25% Maa elanikest on siiani rehabilitatsioonikeskuses, aga me loodame, et saavutame edu ka nendega. Peamiseks probleemiks nende jaoks on ainevahetus, mistõttu nad kõik vajavad seedimismasinaid, mida paraku pole veel kogu planeedil saada.

20% Maa elanikest on rehabiliteeritud osaliselt ja nad ei suuda päris iseseisvalt, ilma kõrvalabita elada. Nad ei suutnud hakkama saada kas toitumise või lendamisega ja me ei ole senini suutnud neile kohandada ka ultraheliseadmeid. Me kavatsime ehitada neile Puuetega Inimeste Maja, millel on trepid, liftid ja nende sobilikud valgustid. Oleme sinna planeerinud ka töötoa, milles nad saavad kompuutreid parandada. Nende hooldamisega tegeleb üsna vähe meie inimesi. Mõned Maa inimesed töötavad koos meie robotitega ja tunnevad sellest tööst rõõmu.

10% Maa elanikest ei õnnestunud rehabiliteerida ja nad on paigutatud meie hooldekodudesse. Nad tulid toime ainult oma üksikute puuetega ja vajavad seetõttu pidevat hooldust. Kahjuks on nende hooldamisest huvitatud väga vähesed meie planeedi elanikud.

15% Maa elanikest sooritasid enesetapu, mõned vahetult, mõned kaudsel teel. Osa neist keeldusid Rehabilitatsioonikeskusesse minemast ning väitsid, et neil pole mingeid puudeid. Me paigutasime nad küll meie haiglatesse ja andsime neile eriliselt ettevalmistatud toitu, aga üsna pea nad surid kas alatoitluse või haigustesse. Mõnede jaoks oli stress liiga suur ja nad lahkusid Rehabilitatsioonikeskusest ning võtsid üli suurtes annustes mingeid Maalt kaasatoodud ravimeid ja surid.

Toodud loost võib teha palju erinevaid järeldusi või üldistusi, millest toimetulekuvõime kontekstis võiks üks olla umbes niisugune: **Kõigi Maa inimeste jaoks oli toimunud muutus – sattumine harjumuspärasest väga erinevasse keskkonda – ühetaoline, sellega toimetuleku iseloom ja tase olid aga inimeseti oluliselt erinevad.**

Eakate hooldamise kontekstis võiks välja tuua ka viimase grupi – enesetapu sooritanud. Nimelt on eakate puhul täheldatud, et näiteks soovimatusest olla oma lastele koormaks või eaka tahtvastasel paigutamisel hooldekodusse otsustavad mõned inimesed lihtsalt surra. Ja paraku pole niisugusel juhul mitte midagi võimalik teha – inimene on nii otsustanud ja nii teebki.

**Kogu toimetulekuvõime temaatika teeb veel keerulisemaks asjaolu, et nii toimetulekuvõime tervikuna kui enamuse selle komponentidest on dünaamilised, st nad muutuvad ajas, kusjuures erinevate komponentide dünaamika võib olla erinev.**

Võimalikku dünaamikat võiks käsitleda normi ja kõrvalekalde tekke mehhanismi üldskeemi baasil.

Teadupärast absoluutselt normaalset, tervet, keskmist, ideaalset, ühegi kõrvalekalde või absoluutselt võimetus inimest ei ole realselt olemas. Võrreldes teiste inimeste ja mis tahes abstraktsete norm-keskmiste või norm-ideaalidega on igal inimesel vähemal või rohkemal määral iseärasusi, erinevusi või kõrvalekaldeid. Enamasti on erinevused siiski nii väikesed, et neid esmapilgul kas ei märgata üldse või kui ka märgatakse, siis need ei häiri ega takista ei teisi ega inimest ennast.

Teisiti öeldes, normina käsitletakse või sätestatakse küll mingi konkreetne suurus, mudel vms, aga seda tõlgendatakse teatud tolerantsiga, st normi sisse arvestatakse teatud piires ka kõrvalekalded sellest. Missugune see konkreetne norm ja tolerants igal konkreetsel juhul on, sõltub valdkonnast, mõõdetava suuruse iseloomust sh selle mõõdetavusest, (kultuuri) keskkonnast jms.

Alates teatud piirist (väärtusest vms) võib erinevus (kõrvalekalle) aga muutuda vähemal või rohkemal määral häirivaks või isegi ohtlikuks nii inimesele enesele kui ka teistele. Samuti on kõrvalekalletel olemas teatud ülemine piir, alates millest see võib muutuda väga raskesti talutavaks või ohtlikuks nii inimesele enesele kui teistele. Analoogselt alumisega on ka ülemisel piiril teatud tolerants, mida juriidilises keeles väljendatakse näiteks pehmendavate või raskendavate asjaoludena.

Lihtsa näitena võiks tuua autoliikluse ja selle regulatsiooni. Liikluse ohutuse tagamiseks sätestatakse muuhulgas teatud normid ka näiteks kiiruse ja autojuhi organismis oleva ning lubatud alkoholi kogusesse. Lubatud piirkiirus võib sõltuvalt keskkonnast ja teeoludest olla küll erinev, aga reeglina suhtutakse sallivalt ka selle ületamisse 10% ja isegi kuni 20% ulatuses. Riigiti ja kultuuriti üsna erinev on auto juhtimisel lubatud alkoholi kogus organismis (lubatud ja sallitud vahemikus 0-1,5 promilli) ja suhtumine selle ületamisse. Üsna ühetaoliselt suhtutakse enamasti aga näiteks raskes joober suure kiirusega teise inimese surnukssõitmisse.

Seega on mis tahes kõrvalekalletel vähemalt kaks ligikaudselt määratletavat väärtust (suurust vms.), mida võiks klassifitseerida n-ö väikesteks ja suurteks. Väikeste ja suurte kõrvalekallete vahele jääb teatud ruum, mida võib omakorda liigendada erinevatesse gruppidesse (etappidesse). Sõltuvalt valdkonnast (selle eripärast, mõõdetavusest ja mõõtmise ratsionaalsusest) on vastavate gruppide arv enamasti vahemikus 2–7.

Näiteks on Maailma Tervishoiuorganisatsioon soovitanud füüsilisest ja/või psüühilisest kahjustusest või häirest tingitud kõrvalekalde ulatuse, sellega seotud toimetulekuvõime ja puude tekke mehhanismi selgitamiseks kasutada järgmist 4-astmelist skeemi:

KÕRVALEKALLE HÄIRE	KAHJUSTUS KAOTUS	TALITLUSLIK PIIRANG	VÕIMETUS PUUJE
-----------------------	---------------------	------------------------	-------------------

Toodud neljal seisundil või staadiumil on igaühel oma teatud spetsiifilised tunnused või kriteeriumid ning sõltuvalt inimese seisundist, kõrvalekalde valdkonnast või iseloomust võib inimene vastata ühele neist või asuda erinevate staadiumide vahelisel ja nii mõnelgi juhul raskesti määratletaval piiril või üleminekualal. Inimese seisund ja toimetulekuvõime võivad sellel skaalal ka erineva dünaamikaga muutuda.

- Inimene võib vasakult (väike hälve) jõuda paremale (täielik võimetus) mõne sekundiga ja enamasti pöördumatult (näiteks insuldi või selgroo murru korral).
- Inimene võib vasakult paremale liikuda aeglaselt (aastate jooksul) ja pöördumatult (näiteks Alzheimeri või Parkinsoni tõve või alkoholismi puhul).
- Inimene võib kahe äärmuse vahel mingi amplituudiga dünaamiliselt liikuda elu lõpuni edasi tagasi (näiteks reumatoidartriidi või skisofreenia puhul).

Samas on toimetulekuvõime dünaamika ajaline dimensioon ka mitmetasandiline. Kui pikas perspektiivis on näiteks Alzheimeri tõbi pöördumatult ühesuunaline, siis lühemas perspektiivis (ööpäev või nädal) võib inimene kõikuda kahe äärmuse vahel – ühel hetkel on ta täiesti apaatne ja võimetu midagi tegema, järgmisel hetkel on aga tema häiritus miinimumilähedane.

Kui erakordsed juhtumid kõrvale jätta, siis enamiku häirete või kahjustuste puhul on võimalik inimene sõltumata kõrvalekalde ulatusest enam-vähem normi piiresse tagasi tuua. **Seejuures on võtmetäendus kõrvalekalde tekkimise võimalikult varasel märkimisel ehk teisiti öeldes – enamikul juhtudest on suuri kõrvalekaldeid õigeaegsel märkamisel ja adekvaatsel sekkumisel võimalik ära hoida.**

See on ka üks peamisi põhjusi, miks eaka hooldamisel on lisaks vajaliku kõrvalabi tagamisele ja konkreetsete hooldusprotseduuride teostamisele oluline tähendus eaka seisundi ja selle muutumise dünaamika pideval jälgimisel, kusjuures oluline on märgata just väikesi muutusi.

Väikeste muutuste märkamise olulisusest tulenevalt sobib ka sekkumisstrateegiate valikul eaka abistamise alusprintsibiiks võimalikult minimaalne sekkumine. Meditsiinis on see tuntud *minimaalse doosi efekti* printsibiina, mille järgi on igal ravimil teatud annuseline piir, mille ületamisel enam praktiliselt mingit märkimisväärset lisaefekti ei saavutata. Küll võivad selle ületamise kaasneda mitmesugused soovimatud kõrvalnähud.

Analoogne iseloomuga näitena meie lähiminevikust võiks tuua nõukogudeaegse võitluse alkoholi kuritarvitamisega ja sel eesmärgil alkoholi hinna tõstmise. Teadaolevalt viis see küll alkoholi ostmise vähenemisele, aga ei vähendanud tarbimist, sest inimesed hakkasid tarvitama kas nn salaalkoholi või hakkasid seda ise tootma.

Nn minimaalse doosi efektist tulenevalt soovitatakse eakatele ravimite manustamist alustada võimalikult väikestest annustest ning sama põhimõte sobib rakendamiseks ka eaka abistamisel sotsiaalsetes ja igapäevastes tegevustes. Selle järgi tuleks eakal lasta teha võimalikult palju ise ning aidata tal teha või teha tema eest ära ainult see, millega eakas ise mitte kuidagi hakkama ei saa.

**Teisiti öeldes – üldprintsibiina tuleks eaka eest ära teha nii vähe kui võimalik.** Niisuguse lähenemise peamiseks põhjuseks on lihtne asjaolu, et kuna vananemisega kaasneb erinevate võimete ja üldise võimekuse pöördumatu vähenemine, on veel olemasolevate võimete säilitamise kõige lihtsamaks vahendiks nende töös ja töökorras hoidmine nii kaua kui võimalik.

Normi ja kõrvalekalde defineerimisel ning kõrvalekalde suuruse määramisel on lisaks erialastele, poliitilistele, kultuurilistele, sotsiaalsühholoogilistele jms aspektidele oluline ka majanduslik aspekt. Nimelt kaasneb ühe või teise grupi defineerimise (piiritlemise) ja sellest tingitud eri(kohtlemis)vajaduste määratlemisega reeglina ka teatud rahalise ressursi ümberpaigutamise vajadus.

Piiri tõmbamisega ja vastavalt kas ühte, teise või kolmandasse gruppi kuuluvuse tingimuste karmistamise või pehmemdamisega on võimalik ümberjagatava ressursi suurust (vajalikke kulutusi) kas vähendada või suurendada. Tänapäevases Eestis eakate hooldamise kontekstis tähendab see muuseas ka seda, mis allikast finantseeritakse eaka abistamist/hooldamist.

Konkreetsemalt, kui eaka inimese kõrvalabi vajadus määratletakse tema tervisehäirete ja tervislikust seisundist tingitud vajaduste põhisel, finantseerib inimesele osutatavaid teenuseid haigekassa, st finantseeritakse riigieelarvest. Kui inimesel aga tervisehäireid ja tervislikke erivajadusi ei leita, peab osutatavaid teenuseid finantseerima inimene ise, tema omaksed või elukohajärgne omavalitsus.

Ühte või teise gruppi kuulumisega kaasnevad hüved võivad mõjutada inimese eneseregulatsiooni hälbivusele vastupanekul – kui järgmisse gruppi kuulumisega kaasnevad oluliselt suuremad hüved või paraneb heaolu, võib inimene ennast ise sinna üritada oma toimetulekuvõime vähendamisega n-õ sokutada.

Normi ja hälbe kontekstis vääriks eraldi väljatoomist ka kaks põhimõtteliselt erinevat ja teineteisele olulisel määral vastanduvat või teineteist välistavat lähenemist nii konkreetsetele inimestele ja nende tegudele kui ühiskonnaelu üldisele korraldusele ja selle ülesehitamisele:

- **Normikeskne lähenemine**, mille puhul on domineerivaks n-õ normaliseeriv hoiak, mis tähendab, et võimalikult kõiki asju ja nähtusi vaadeldakse ja käsitletakse võimalikult normaalsetena, normi poole püüdlevas kontekstis ja sellest tulenevalt ehitatakse normile (ennekõike norm-keskmise tähenduses) ja/või sellele orienteeritult üles ka sotsiaalsete institutsioonide korraldus ja toimimine.
- **Hälbe keskne lähenemine**, mille puhul lähenetakse inimestele ja sündmustele maksimaalse võimaliku hälbe poolt, kasutatakse vastavasisulist mõisteaparaati ja selle (hälbe) alusel ehitatakse üles ka asjakohased sotsiaalsed institutsioonid ning arendatakse välja erinevad teenused ja tegevused.

**Erinevatelt alustelt ja/või positsioonidelt lähenemine loob erineva mõttelise ruumi, mille foonil asjad paistavad erinevalt.** Vastavasisulise näitena võiks meenutada rahva seas ilmselt üsna tuntud pooliku veeklaasi näidet, mille järgi poolik veeklaas on pessimisti jaoks pooltühi, aga optimisti jaoks pooltäis.

Normikeskne ja hälbe keskne lähenemine ning nende erinevused väljenduvad üsna ilmekalt nii inimeste igapäevases kõnepruugis, ajakirjanduses kui seadusandluses ja selles kasutatavas keeles. Näiteks on mitte ainult verbaalne, vaid üsna põhimõtteline vahe selles, kas käsitleda mõnda inimest seaduse rikkujana või kurjategijana, autot joobes juhtinuna või roolijoodikuna, häiritud psüühikaga inimese, vaimuhaige või hulluna jne.

**Normikeskse ja hälbekeskse lähenemise põhimõttelised erinevused väljenduvad aga ka ühiskonnas väärtustatud ja vajalikeks peetavates tegevustes, nende teostamiseks vajalike institutsioonide kujundamises ja nende tegevuse suunamises.**

Näiteks seaduserikkumiste kontekstis võib normikeskse lähenemise puhul välja tuua neli võrdselt olulist tegevust: avastamine (märkamine), fikseerimine, karistamine ja rehabiliteerimine, kusjuures peaeesmärk on neist viimane. Hälbekeskse lähenemise korral on olulisi tegevusi pigem kolm ning peaeesmärgiks karistamine. Mis saab pärast karistamist, pole hälbekeskse lähenemise korral eriti oluline.

Vastavasisulise näitena võiks tuua inimeste mõjutamise auto joobes juhtimise ärahoidmiseks, mis on viimastel aastatel olnud ka Eestis aktuaalne diskussiooniteema. Laiema avalikkuse ette on selles vallas toodud ennekõike karistuste karmistamine alates trahvide suurendamisest ja lõpetades auto konfiskeerimise või arestiga. Sisuliselt tähendab see, et peamiselt räägitakse inimeste mõjutamisest nende karistamise, mitte aga rehabiliteerimise kaudu, st hälbekeskselt positsioonilt.

Normikeskselt positsioonilt lähenemine tähendaks aga seda, et me ei mõtleks niivõrd sellele, kuidas inimest suunata õigele teele karistamise, vaid talle positiivse käitumise õpetamise kaudu. Auto joobes juhtimise kontekstis võiks see tähendada näiteks seda, et kui inimest ka trahvida, võiks seda trahviraha kas või osaliselt kasutada inimese (sund)raviks või vastavasisuliseks täiendkoolituseks.

Normikeskse ja hälbekeskse lähenemise teema on asjakohane ka eakate heaolu tagamise ja nende hooldamise valdkonnas. Konkreetsemalt tähendaks see vastust küsimusele: missuguses raamistikus me mõtleme, missuguses raamistikus me eakate probleeme käsitleme ja neile lahendusi otsime. **Kas läheneda eakate elamise ja hoolduse teemale normi (nende harjumuspärasest keskkonnast iseseisva elamise ja selle toetamise) või hälbe (nende tervisehäirete ja haiguste ning nende ravi, sh hooldusravi) keskselt?** Või teisiti öeldes: **Kas eakad vajavad ravi ja hooldust või mõistmist, osalemist, tuge ja toetust?**

Huvitaval kombel polegi vastust neile küsimustele nii keeruline leida. See on juba olemas ja toodud eespool osutatud Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta artikli 23 ülesehituses ja loogikas, mis on selgelt normikesksed.





## 8. INIMENE INTEGREERITUD HOOLDUSSÜSTEEMIS

*„Lipp lapi peale, lapp lapi peale ...“*

Eakate hooldamise süsteemi kujundamisel ja korraldamisel ning teenuste osutamisel on Eestis viimasel paaril aastakümnel domineerinud erinevate sektorite (hooldamine ja tervishoid) ning kõrvalabi vajaduse põhine lähenemine, millest tulenevalt on teenuste osutamise ja konkreetsete teenuste valiku aluseks teatud instrumendi või instrumentidega hinnatud kõrvalabi vajadus. Niisugune lähenemine on ilmselt põhjendatud ja seda eriti piiratud ressurside tingimustes.

Samas on vähem tähelepanu osutatud inimeste eneste soovidele teenuste kujundamisel ja saamisel ning erinevatele vajadustele vastavate teenuste või asutuste ning nende loogilise ja paindliku süsteemi väljaarendamisele ja kasutamisele. Samuti on mõnevõrra ületähtsustatud nn teenustepõhine lähenemine, millest tulenevalt püütakse inimeste erinevad ja kiiresti muutuda võivad vajadused paigutada mingisse olemasolevasse, sageli jäika ja kitsasse teenuste süsteemi raamistikku.

Viimastel aastatel on Eestis üha enam orienteerunud eakate isikukeskse, teenuste integreeritud osutamise skeemi suunas. Nimetatud skeem väljendub selles, et erinevaid meetodeid ja korralduslikke mudeleid ning hooldus- ja tervishoiusektoreid ei vastandata üksteisele, vaid nende baasil kujundatakse erinevate teenuste osutamise (kõrvalabi) integreeritud süsteem, millega kindlustatakse konkreetsele inimesele just niisugune valik teenuseid ja kõrvalabi, mis tema seisundile ja toimetulekuvõimele kõige paremini vastab.

Eakate hooldamise süsteemi kujundamise lähtealuseks sobib seega võtta inimesele tavapäraseks elamiseks ja toimetulekuks vajalike funktsioonide täitmine (täidetus), nii nagu see on formuleeritud ka Euroopa parandatud ja täiendatud sotsiaalharta artiklis 23. Ennekõike tähendab see piisavate sissetulekute olemasolu esmaste vajaduste (eluase, toit, riietus, hügieen jms) rahuldamiseks ning võimalust kasutada üldisi avalikke teenuseid (esmatasandi arstiabi, kodune õendusabi, sotsiaalteenused jms).

Eesti praegust vanaduspensionite keskmist taset ja avalike teenuste korraldust arvestades võib öelda, et osutatud tingimused on põhijoontes täidetud ja enamus eakatest saavad iseseisvalt enam-vähem rahuldavalt hakkama. Osale eakatest inimestest aga ainult sellest (üldiselt olemasolevast) ei piisa ja nad võivad erinevatel põhjustel hakata vajama erineva sisu ja tasemega kõrvalabi.

Missuguse olemusega, kui keerukas, mitme astmeline ning missuguste astmete sisuga kõrvalabi süsteem kujundada, on põhimõtteliselt erialaste otsustuste ja vastavasisuliste kokkulepete küsimus. Siiski võiks seejuures pidada otstarbekaks lähtuda põhimõttest: **nii palju kui vaja ja nii vähe kui võimalik**. Seda ennekõike seepärast, et:

- kogu süsteem peab olema arusaadav ka teenuse tarbijale
- keerukat süsteemi on keeruline ja kallid administreerida
- astmete vahed peavad olema võimalikult täpselt ja lihtsalt eristatavad
- erinevate astmete sisu peab olema kvalitatiivselt eristatav.

Osutatud kriteeriumitele peaks põhijoontes vastama allpool kirjeldatud 5-astmeline kõrvalabi süsteem, milles lisaks inimese seisundile ja toimetulekuvõimele ning sellest tulenevale kõrvalabi vajadusele on kasutatud ka kõrvalabi ositava praktiku erialase väljaõppe ja kutsekvalifikatsiooni kriteeriume.

### **Kõrvalabi vajaduse 1. aste**

**Esimese püsivama ja selgesti määratletava kõrvalabi vajaduse astmena võiks käsitleda olukorda või seisundit, milles inimesel tekib mure oma turvalisuse ja kõrvalabi kättesaamise pärast.** Niisuguse vajaduse hindamiseks või selle olemasolu kontrollimiseks mingit spetsiifilist instrumenti olemas ei ole ja seda pole vist ka võimalik konstrueerida, sest inimese mure oma turvalisuse ja kõrvalabi kättesaadavuse pärast on väga individuaalne ja isiklik.

**Sedalaadi kõrvalabi vajaduse rahuldamise kõige lihtsamaks ja odavamaks võimaluseks on telefonside kasutamine.** Omaksete olemasolul piisab probleemi lahendamiseks sageli sellest, kui omaksed helistavad eakale sõltuvalt tema eripärast ja soovidest näiteks kord nädalas (soovitavalt kindlatel päevadel ja kellaaegadel) või ka iga päev. Omaksete puudumisel võib sedasama teha näiteks hoolekandeesutuse töötaja.

Kui see lahendus ei sobi, on praktikas kasutusel kaks põhiolemuselt sarnast võimalust, mille mõlema tuumaks on abivajadusest teatamise ja sellele võimalikult kiire reageerimise süsteemi kujundamine. Esimeseks võimaluseks on **oma kodus elavate eakate varustamine nn hädaabinupudega, mille abil on võimalik oma abivajadusest teatada**. Niisugune võimalus on rakendatav siiski ainult suuremates asumites ja Eestis toimib analoogne süsteem teadaolevalt ainult Tallinnas.

Väiksemates või hõredama asustusega piirkondades on niisuguse meetodi kasutamine ennekõike logistilistel põhjustel praktiliselt võimatu, mistõttu seal on sobilikum kasutada teist võimalust – **inimeste majutamine asutustesse või majutusüksustesse, milles saab elada tavapäraustes tingimustes, aga milles kõrvalabi vajadusest teatamise ja abistamise süsteem on lahendatud võimalikult ratsionaalselt** (enamasti hooldustöötaja kiire kättesaadavusega).

Eestis on see meetod *toetatud elamise teenusena* üsna laialdaselt kasutusel psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutamise süsteemis. Ka eakatele on analoogseid teenuseid sotsiaaleluruumide või pansionite näol olemas, aga hinnanguliselt võiks neid olla praegusest oluliselt rohkem. Võib oletada, et analoogseteks pansioni tüüpi asutusteks kujunevad paljud praegused väiksemad hooldekodud.

Kõrvalabi 1. aste: sidesüsteem või eluase, mille kasutajale on tagatud tavapärastest turvalisemad elamistingimused.

## Kõrvalabi vajaduse 2. aste

Järgmise kõrvalabi vajaduse astme määratlemise aluseks võib võtta olukorra, kus inimesel puudub objektiivne võimalus (näiteks tingituna tema kodu asukohast) või suutlikkus (näiteks tingituna tema tervislikust seisundist) olemasolevate üldiste teenuste kasutamiseks ja oma igapäevaelu probleemide lahendamiseks, mistõttu ta vajab teatud kõrvalabi oma esmaste vajaduste (soe tuba, söögi ja joogi hankimine, erinevate asutuste või organisatsioonidega asjaajamine jms) rahuldamisel.

Selle tasandi kõrvalabi vajadus on põhimõtteliselt hinnatav, kusjuures enamasti pole vaja kasutada mingeid hindamisinstrumente, vaid piisab välisest vaatlusest ja vestlusest inimesega, millest kumbki ei nõua ka mingit erilist kutsealast väljaõpet. **Sisuliselt on tegemist lihtsa inimliku kõrvalabi vajadusega, mida inimesed osutavad näiteks oma vanematele, lähedastele, tuttavatele või naabritele.** Kui osutatud probleemi lahendamine lähedaste baasil ei ole võimalik, peab kõrvalabi kindlustama valdkonna eest vastutav institutsioon, milleks Eestis on praegu kohalikud omavalitsused.

Sõltumata sellest, kas probleemi lahendavad omaksed või kohalik omavalitsus, oleks seejuures otstarbekas teha kaalutletud ja asjatundlik otsustus ennekõike selles osas, kas perspektiivsem on selle tasandi kõrvalabi süsteemi väljaarendamine või esimese tasandi (pansionisse paigutamine) võimaluste kasutamine.

Kõrvalabi 2. aste: inimesele on tagatud kõrvalabi igapäevaelu- ja olmeprobleemide (toidu hankimine, koristamine, pesu pesemine, asjaajamine, transport jms) lahendamisel.

### Kõrvalabi vajaduse 3. aste

**Kõrvalabi vajaduse kolmanda kriitilise punktina võiks käsitleda olukorda või seisundit, kui inimene ei suuda tagada iseenese ja oma keha elementaarset hooldust (näiteks enda pesemine, riietumine, mähkmete jt abivahendite vahetamine jne) või rahuldada oma baasilisi füsioloogilisi vajadusi (söömine, joomine, liikumine, ainevahetus jms).**

Niisuguses seisundis oleva inimese suutlikkust, tema abivajaduse määra ja talle vajaliku kõrvalabi iseloomu ning mahtu on vajalik hinnata ja selleks on konstrueeritud ning praktikas kasutusel mitmeid lihtsaid instrumente, millest üks – *füüsilise enesehoolduse skaala* – on kirjeldatud ja toodud ka käesolevas käsiraamatus. Kuna kõnealused probleemid võivad vähemalt mingil määral olla tingitud ka mäluhäiretest, oleks otstarbekas hinnata ka inimese mälu-tegevust, näiteks *vaimse seisundi miniuuringu* meetodiga, mis on samuti käsiraamatus kirjeldatud.

Hindamise tulemuste, inimese enese ning omaksete soovide ning võimaluste alusel tuleb langetada kaalutletud ja asjatundlik otsustus ennekõike selles osas, **kas vajalik kõrvalabi on inimesele tagatav tema olemasolevates elutingimustes või on otstarbekam inimese paigutamine pansionisse või ööpäevaringsesse hooldusasutusse.**

Kui kõrvalabi hakatakse osutama inimesele tema olemasolevates elutingimustes, peaks kaaluma, kas vajaliku kõrvalabi osutamisega saavad hakkama eaka omaksed ise või on lisaks vajalik ka hooldustöötaja rakendamine (näiteks teatud ajaperioodiks ööpäevas, teatud toimingute teostamiseks või teatud nädalapäevadel). Otsuse tegemisel peab kindlasti arvestama abi kättesaadavuse kiirust ning samuti seda, kas kõrvalabi on vajalik inimesele tagada ööpäevaringselt või piisab ainult päevasest abistamisest.

Kõrvalabi 3. aste: inimesele on tagatud regulaarne kõrvalabi enese eest hoolitsemisel ja füsioloogiliste vajaduste rahuldamisel.

#### Kõrvalabi vajaduse 4. aste

**Kõrvalabi vajaduse 4. astme määramise aluseks võib võtta olukorra, kus inimene vajab ööpäevaringselt hooldusabi ja regulaarselt, aga mitte ööpäevaringselt tervishoiuteenuste osutamist.** Selle astme kõrvalabi vajaduse määramine on ilmselt kõige keerukam ja seda ennekõike just meditsiiniabi kättesaadavuse vajaduse ja selle iseloomu või keerukuse ning sellest tulenevalt abi tagamise kiiruse olulisuse otsustamise tõttu.

Vastavasisulise otsuse (kas inimesele on vaja tagada ainult päevane või ööpäevaringne meditsiiniabi) tegemine kuulub ennekõike arsti (vähemal määral ka õe) pädevusse, mistõttu kõrvalabi vajaduse hindamise peamisteks alusteks on arstlik epikriis ja öenduslugu, millele võiks lisanduda ka (haiguse) anamnees. Otsuse tegemisel on kindlasti vaja arvestada ka olemasolevat personali ja selle kvalifikatsiooni ning kiirabi kättesaadavust konkreetses piirkonnas.

4. astme kõrvalabi vajadusega eaka hooldamisega võivad oma kodus tegelikult hakkama saada ja on ka saanud eaka omaksed, kuid see nõuab neilt vähemalt teatud minimaalseid hooldusalaseid teadmisi ja oskusi ning vastavasisulist ettevalmistust (enamasti peaks piisama nõustamisest ning juhendamisest). Samuti nõuab see teatud regulaarset hooldus- või meditsiini personali poolset toetust.

4. astme kõrvalabi vajajate iseloomuliku näitena võiks tuua raskema mäluhäirega eakad, sh eriti siis, kui sellega kaasneb näiteks suhkruhaigus või peab eakas erinevate somaatiliste haiguste tõttu tarvitama teatud kindlatel aegadel mingeid ravimeid, sööma kindlat toitu, tarvitama vedelikku jms.

Kõrvalabi 4. aste: inimesele on tagatud ööpäevaringne hooldusabi ja regulaarne (mitte ööpäevaringne) meditsiiniabi.

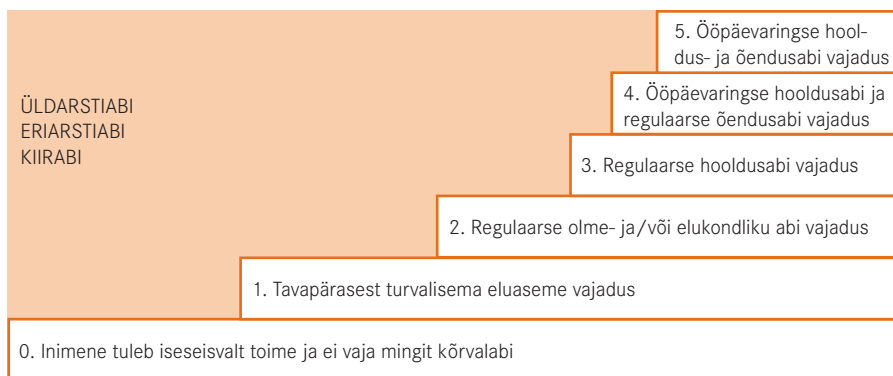
#### Kõrvalabi vajaduse 5. aste

**Kõrvalabi vajaduse 5. astme määramise aluseks võib võtta olukorra, kus inimene vajab ööpäevaringselt tervishoiuteenuste osutamist ja seda vähemalt õe kompetentsi tasandil.** Kõrvalabi vajaduse 5. astme määramine on võrreldes eelmisega suhteliselt lihtne ja inimese sellele kõrvalabi tasemele paigutamine on peamiselt arstlik otsustus, mis põhineb arstlikul epikriisil.

5. astme kõrvalabi vajavate inimeste iseloomulike näidetena võiks tuua insuldi- või infarktjärgses seisundis olevad inimesed, vähihaigusi põdevad inimesed, krooniliste organkahjustustega (neerud, maks, kops, süda) inimesed ja terminaalfaasis patsiendid.

Kõrvalabi 5. aste: inimesele on tagatud ööpäevaringne hooldusabi ning ööpäevaringne meditsiiniabi.

Tulenevalt inimese seisundist võib eakas inimene loomulikult vajada ka aktiivravi, aga see on analoogselt esmatasandi arstiabi ja kiirabi tagamisega lahendatav üldises teenuste süsteemis võrdsele kõigi teiste inimestega, mistõttu neid ei ole eakate hooldamise kontekstis põhjust eraldi käsitleda. Skemaatiliselt võiks ülalkirjeldatud kõrvalabi vajaduse süsteemi kujundada järgmiselt, kusjuures arvestama peaks seda, et iga kõrgem aste sisaldab eneses enamasti ka eelnevaid:



Kirjeldatud kõrvalabi vajaduse ning vajadustele vastava teenuste süsteemi praktilisel kujundamisel ja rakendamisel on oluline arvestada, et inimese kõrvalabi vajaduse tase ja iseloom võivad muutuda väga kiiresti ja seda eriti eaka inimese puhul. **Seetõttu oleks paindliku süsteemi kujundamise parimaks lahenduseks konkreetsete piirkondade eakaid teenindavate multifunktsionaalsete asutuste süsteemi kujundamine, mis osutaksid kõigi kõrvalabi tasandite teenuseid.** Analoogsete asutuste süsteemil on mitu väga selget väärtust:

- Süsteem võimaldab väga kiiresti ja paindlikult reageerida eaka muutuvale abivajadusele ning osutada talle just niisugust teenust ja niisuguses mahus nagu eaka seisundist tulenevalt on vajalik.

- Süsteem on majanduslikus mõttes säästlik, sest tervikliku piirkondliku vastutuse ja pikemaajalise baasilise finantseerimise korral ei ole asutustel majanduslikku huvi kallite teenuste osutamiseks.
- Erineva kompetentsi ja piisavalt arvuka personali olemasolu võimaldab vajadusel personali kiiresti ümber paigutada, samuti on eri kompetentsiga töötajate olemasolul ja erinevate teenuste osutamisel positiivne mõju personali kvalifikatsioonile.

Inimese ühelt kõrvalabi astmelt teisele (erineva toetusega astmelt järgmisele) üleviimine on ennekõike erialane otsustus, aga selle peaks kindlasti kooskõlastama eaka ja/või tema omaksetega. Suurema toetusastmega teenustele üleviimise ühe arvestusliku orientiirina võiks lisaks abivajaduse keerukusele kasutada ka kõrvalabi vajadust tundides, mis võiks olla näiteks järgmine:

- inimese olemasoleval (tavapärasel) eluasemel võiks osutada teenuseid ja abi seni, kui hooldusabi vajadus on kuni 20 tundi nädalas
- tavapärasest turvalisemale eluasemele on inimene otstarbekas paigutada siis, kui ta seda ise soovib või kui hooldusabi vajadus on 20 tundi nädalas või rohkem
- 4. astmele võiks inimese paigutada siis, kui hooldusabi vajadus on suurem kui 20 tundi nädalas ja õendusabi vajadus suurem kui 10 tundi nädalas
- 5. astmele paigutuks inimene olukorras, kus ta vajab lisaks mahukale hooldusabile ka õendusabi enam kui 20 tundi nädalas või püsivat õendusalast järelevalvet ja abi.

Igapäevase praktika kogemused kinnitavad järgmise reegli paikapidavust: **Mida paremini on välja arendatud madalamate astmete kõrvalabi teenuste võrgustik, seda vähem vajavad eakad suurema kõrvalabiga teenuseid.** Seepärast võiks eakate hooldamise probleemide lahendusi otsida mitte niivõrd uute erinevate hooldus- ja raviasutuste loomises või olemasolevate laiendamises, kui võrd madalamate astmete kõrvalabi teenuseid osutavate asutuste (ennekõike pansionaadi tüüpi) võrgustiku laiendamises.

## 9. KÕRVALABI VAJADUSE HINDAMINE

*„Oot-oot, kõhe me tuleme ja hindame su,  
igakülgselt ja geriaatriliselt!”*

Teenuste osutamise ja muu kõrvalabi andmise vajaduspõhisus on viimastel aastatel kujunenud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste valdkondades üheks juhtprintsiiiks. Enamasti määratletakse vajaduspõhiselt teatud teenuste või kõrvalabi saamise õigustatud subjektiks kvalifitseerumist, st **õigus saada mingeid teenuseid või kõrvalabi tekib inimesel juhul, kui tal on teatud mõõdetud või hinnatud vajadus**. Kui seda pole, pole tal ka alust ega õigust teenuseid või kõrvalabi saada. Iseenesest lihtne ja loogiline skeem, aga konkreetsetes olukordades ei pruugi selle rakendamine alati sugugi nii lihtne olla.

Seega, vaidlustamata printsiipi ennast, võiks välja tuua mõned vajaduspõhisuse ja selle hindamisega seotud ohud ning riskid. **Peamine probleemide põhjus on seejuures asjaolus, et vajadused on oma iseloomult ja olemuselt väga erinevad**. Sellest tulenevalt võivad olla oluliselt erinevad ka vajaduse rahuldamise või mitterahuldamise, samuti vajaduse rahuldamise kiiruse võimalikud tagajärjed. Seetõttu oleks vajaduste hindamisega seonduvalt otstarbekas püüda igal konkreetsel juhul eelnevalt leida vastus järgmistele küsimustele:

- Mida hinnatakse?
- Miks hinnatakse?
- Kes hindab?
- Millega hindab?
- Hindamise võimalikud tagajärjed?

Lihtsa näitena võiks tuua toidu ja joogi vajaduse. Seda, kas inimesel on vaja süüa või juua, oskab kõige adekvaatsemalt hinnata konkreetne isik ise (seda muidugi juhul kui ta on teadvuselt ja teovõimeline). Samuti on teada, et kui toiduvajaduse rahuldamatusega võib inimene elus püsida isegi mitu nädalat, siis joogivajaduse mitterahuldamisega suureb ta maksimaalselt mõne ööpäeva jooksul.

Seega, **joogivajaduse rahuldamine peab toimuma oluliselt kiiremini kui toiduvajaduse rahuldamine, sest sellega seotud riskid on märkimisväärselt suuremad**. Samal põhjusel pole mõtet konstrueerida ka mingit spetsiifilist instrumenti inimese joogivajaduse hindamiseks.



Suhteliselt lihtne on ka näiteks matusetootuse väljamaksmise vajaduse hindamise ja vajaduse rahuldamise protsess: arst diagnoosib inimese surma, surmatunnistuse alusel makstakse riiklik toetus omaksetele või inimese matjatele kiiresti välja ja tagasihoidlikuks matuseks sellest rahast peaks reeglina ka piisama.

Mõnevõrra probleemsem on aga näiteks toimetulekutoetuse saamise vajaduse hindamine ja toetuse maksmine. Esiteks võib inimesel tekkida huvi oma tulusid varjata. Teiseks võib toetuse maksmine vähendada inimese soovi ja motivatsiooni ise midagi ära teha, st võib kujuneda olukord, kui inimesele on lihtsam ja kasulikum ennast mitte pingutada ning elada toetustest, tõi küll – mitte just eriti suurtest. Teadaolevalt võib mõlemat laadi näiteid Eestis küllaga leida.

**Teenused võib nende vajaduspõhisuse, vajaduse hindamise olulisuse ja põhjalikkuse (täpsusastme) alusel jaotada kahte gruppi.** Esimesse gruppi kuuluvad suhteliselt lihtsalt kättesaadavad teenused nagu näiteks varjupaik, supikööök, koduta inimeste öömaja, päevakeskused jms. Nende teenuste puhul reeglina vajadust eriti ei hinnata ja seda ennekõike ühel või mõnel järgmisel põhjusel:

- teenuse maksumus pole pikemas perspektiivis eriti suur
- teenus n-õ ise selekteerib abivajajad
- tegemist on n-õ vältimatu abiga.

Teise gruppi võib paigutada kallimad (ja raskemini kättesaadavad) teenused, mille puhul teenuse saamise vajaduse hindamiseks kasutatakse erineva keerukuse, põhjalikkuse ning täpsuse astmega instrumente ja nende hulka kuulub ka eaka ööpäevaringne hooldamine. Seda siiski ühe erandiga – põhjalik hindamine pole eriti vajalik kui eakas ise või tema omaksed on sedavõrd maksujõulised, et suudavad ise kogu hoolduse kinni maksta. (Teenuse isiku- ja kulupõhise maksumuse arvestamiseks seda enamasti siiski tehakse).

Teadaolevalt on aga niisuguseid inimesi ja peresid, kes suudavad eaka ööpäevaringse hoolduse ise täielikult kinni maksta, Eestis vähe, mistõttu enamikul juhtudest on hoolduse eest maksmiseks vaja kusagilt lisa hankida. Praeguse eakate hooldamise korralduse juures on Eestis eaka inimese ainsaks lootuseks ning võimalikuks abiliseks kohalik omavalitsus, kellele vastav kohustus on erinevate seadustega pandud.

Omavalitsustes eaka hooldus- või kõrvalabi vajaduse hindamisel kasutusel olevaid instrumente võiks käsitleda esimese hindamisinstrumentide grupina. Jättes konkreetseid instrumendid ja nende kvaliteedi kõrvale, võiks antud kontekstis välja tuua kaks isiku toimetulekuvõime ja kõrvalabi vajaduse hindamist segada või mõjutada võivat asjaolu:

- Kuna tegemist on olukorraga, kus hindaja on samaaegselt ka potentsiaalne maksja, võib antud protsessis täheldada vähemalt mõningast huvide, eesmärkide, väärtuste vms konflikti.
- Kuna vajaliku rahalise toetuse ja teenuse saamine sõltub inimese toimetulekuvõimest, võib see provotseerida isikut oma abivajadust suurendama ja näitama (või tegema) ennast kehvemana, kui ta tegelikult on või võiks olla.

Kas ja kuivõrd neid probleeme meie tänases eakate hooldamise praktikas tegelikult on esinenud või esineb, on raske hinnata. Isiklikele kogemustele tuginedes julgen siiski arvata, et päris olematud need probleemid ei ole.

Kõrvalabi vajaduse hindamisega seonduvalt on oluline tähtsus ja tähendus ka kogu hindamise protsessi ning selles kasutatavate instrumentide (meetodite) keerukusel ja täpsusastmel. Põhimõtteliselt on mis tahes asja või nähtuse, sh eaka kõrvalabi vajaduse hindamiseks võimalik konstrueerida väga palju, väga keerukaid ja suure täpsusastmega protseduure ning hindamise instrumente, aga nende võimalikul kasutamisel peaks alati küsima, **kui suure täpsusastme taotlemine konkreetse hindamise puhul on ikka vajalik, põhjendatud ja ratsionaalne.**

Eaka kõrvalabi vajaduse hindamisel võiks kasutatavate instrumentide valikul soovitatavalt lähtuda järgmistest printsiipidest:

- Hindamist on mõtet läbi viia ainult siis, kui realselt on olemas võimalus hinnatud vajadusele reageerida (osutada vajalikku teenust).
- Hindamist on mõtet läbi viia nende vajaduste osas, mis on ajas suhteliselt püsivad, st hinnatud vajadusele reageerimiseks peab olema aega.
- Hindamise täpsusaste peaks olema vastavuses võimalike sekkumiste ja sekkumise meetoditega (kui jagatakse kulbiga, pole mõtet hinnata milligrammides).

- Maksimaalselt tuleks kasutada ja tugineda juba olemasolevatele ja tehtud hindamistele.

Eelnevast tulenevalt võiks eakate hooldussüsteemi kontekstis pidada vajalikuks järgmiste eaka tervislikku seisundit iseloomustavate ja selle hindamisega seotud dokumentide kasutamist:

- tervisekaart
- epikriis
- õenduslugu
- geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõte
- anamnees.

**Tervisekaarti** vormistab üld- või eriarstiabi osutav arst ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamisel. Täiskasvanud inimese tervisekaart koosneb neljast lehest ja seda säilitatakse vähemalt 110 aasta möödumiseni patsiendi sünnist.

- Kaardi esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja ja patsiendi andmed, sh nende olemasolul patsiendi töövõime kaotuse protsent, puude raskusaste, pensioni liik jms.
- Teisele lehele kantakse näiteks järgmised patsiendi iseloomustavad andmed: allergilisus, esmakordselt diagnoositud haigused, pidevalt kasutatavad ravimid jms.
- Kolmandal lehel on andmed patsiendi terviseriskide (suitsetamine, ala- või ülekaal, alkoholi tarvitamine, tööga seotud riskid jms) kohta.
- Neljandale lehele kantakse arsti vastuvõtuga seotud andmed.

**Epikriis** on kokkuvõtlik väljavõte haigusloost, milles lähtudes arsti käsutuses olevast asjakohasest teabest kajastub haigusjuhu dünaamika ja mis vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

Epikriisi vorm ja kohustuslikud kanded on kehtestatud sotsiaalministri määrusega. Põhiosa epikriisi kohustuslikest kannetest on seotud tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa poolseks finantseerimiseks vajalike andmetega, patsiendi isikuandmetega ja lühikokkuvõttega inimese ravist (sh kliiniline diagnoos, selle põhjendus, haiguse kulu iseloomustus, kokkuvõte ravist, tehtud protseduuridest ning operatsioonidest).

Eaka hooldamise järjepidevuse tagamise seisukohalt võiks epikriisist olulistena välja tuua järgmised kohustuslikud kanded:

- patsiendi terviseseisundi hinnang haiglast väljakirjutamisel
- režiimi- ja ravialased soovitus edasiseks raviks; soovitus taastusraviks
- konsultatsiooniks eriarsti vastuvõtule pöördumise kokkuleppeline aeg.

Haigusloo **õendusloo** (õendusanamneesi) kohustuslikud kanded on samuti kehtestatud sotsiaalministri määrusega, aga selle vormi valib tervishoiuteenuse osutaja. Õenduslugu vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta. Õendusloo alusel saab põhjaliku ja igakülgse ülevaate patsiendi seisundist, toimetulekust, harjumustest, üld- ja erivajadustest (nt ravimite kasutamine, allergiad, toitumine, liikumine, erituselundite talitus, emotsionaalne seisund, kahjulikud harjumused jms). Ainsa täiendusena võiks selles olla rohkem ja selgemalt esile toodud eaka mälu eripära ja sellega seonduvad võimalikud probleemid.

Kuigi esmapilgul võib tunduda, et õenduslugu ja selle täitmine on midagi väga mahukat ja keerulist, pole see nii, sest põhiosa õendusloo kohustuslikest kannetest on tehtavad ilma igasuguste mõõtmis- ja/või hindamisinstrumentideta. Õendusloo koostamise põhialusteks on olemasolev dokumentatsioon, eaka ja tema lähedastega vestlemine ning nende küsitlemine ja eaka inimese ööpäevaringne jälgimine. Õendusloo koostamiseks peaks piisama hooldust vajava eaka jälgimisest ja tema toimetulekuvõime ning kõrvalabi vajaduse hindamisest statsionaaris 1-2 nädala jooksul.

Õendusloo olemasolu võib pidada eaka hoolduse planeerimise ja teostamise väga tarvilikuks ja samas täiesti piisavaks eeltingimuseks. Seepärast **võiks pidada väga soovitavaks, et iga eakas inimene viibiks enne hooldusele suunamist või hoolekandetasutusse paigutamist eelnevalt haiglaravil, kus lisaks tema tervisliku seisundi kontrollimisele ja vajalikule ravile koostatakse ka õenduslugu ning vajadusel ka õendusplaan.**

**Anamnees** vormistatakse vastavalt sotsiaalministri määrusele tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt. Anamneesile määrusega sätestatud kanded on oma põhiosas inimese tervisliku seisundi ja raviotsessi kesksed. Kuna anamnees on eaka hilisemas hooldusprotsessis kasutatav ka näiteks väga hea mälu treeningu abivahendina, võiks selles lisaks raviotsessi iseloomustamisele olla rohkem välja toodud ka inimese perekondlik, psüühiline ja sotsiaalne arengulugu. Ühe hooldusprotsessis kasutamiseks sobida võiva

anamneesi kirjeldus on allpool toodud. Mälutreeningu vahendina võib seda hoolduse käigus pidevalt täiendada.

**Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte** vorm ja kohustuslikud kanded on kehtestatud sotsiaalministri määrusega. Selles on lisaks tervishoiuteenuse osutaja ja geriaatriameeskonna liikmete andmetele ning patsiendi isikuandmetele välja toodud järgmised kohustuslikud kanded:

#### Põhiprobleemid

- arsti hinnang
- õe hinnang
- sotsiaaltöötaja hinnang
- geriaatriameeskonna kokkuvõtte peamistest lahendamist vajavatest probleemidest
- sekkumise ressursid ja piirangud

#### Edaspidine tegevus

- edasise tegevuse eesmärgid
- edasise tegevuse plaan
- järgmise hindamise vajadus
- kokkuvõtte tegemise kuupäev

Kehtestatud vormi kohaselt on iga kande jaoks ette nähtud kuni neli rida. Mida ja mis vormis (st kui konkreetselt ja missuguses sõnastuses) nendele ridadele kirjutatakse, sõltub seega hindamist läbi viivast asutusest ja geriaatriameeskonda kuuluvatest spetsialistidest, nende ettevalmistusest ning kvalifikatsioonist.

Hooldusprotsessi planeerimise ja teostamise seisukohalt oleks hea, kui geriaatrilise hindamise kokkuvõttes oleks välja toodud ka tervislikust seisundist tingitud sotsiaalsed ja hooldusalased erivajadused ning samuti see, kes (mis organisatsioon) ja missugust kõrvalabi inimesele hindamise järgselt vajadusel osutab. Samuti võiks hindamise tulemusena olla koostatud vähemalt esialgne (üldine või orienteeruv) hoolduskava.

Samas on geriaatrilise seisundi hindamine omaette ja iseseisva teenusena tegelikult üsna probleemne, sest kui patsiendi epikriis ja õenduslugu on korrektselt vormistatud, ei lisandu selle koostamisega praktiliselt mingit uut teavet ega tegevusjuhiseid.

**Seepärast võiks pidada otstarbekamaks õendusloo ja geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte liitmist üheks dokumendiks ja lisada sellesse ka esialgse hoolduskava koostamise.**

Kaalukas kõrvalabi vajaduse hindamise komponent on ka hooldusplaani koostamisel ja selle teostamisel, sest selle käigus toimub eaka toimetulekuvõime ja kõrvalabi vajaduse regulaarne hindamine. Kuna hooldusplaani koostamisest on käesolevas käsiraamatus eraldi peatükk, käsitletakse järgnevas veidi lähemalt hooldusprotsessis kasutamiseks sobida võivat anamneesi ülesehitust ja sisu ning kahte lihtsat hooldusprotsessis kasutamiseks sobida võivat hindamisinstrumenti: Füüsilise enesehoolduse skaala ja vaimse seisundi miniuuring.

## ANAMNEES

Anamnees on isiksuse terviklik meditsiinilis-psüühilis-sotsiaalne elulugu, milles on kirjeldatud inimese perekonna ja isiklik elu ning tervisehäired. Anamnees annab ülevaate isiku elu- ja arenguloost ning seda mõjutanud bioloogilistest, psüühilistest, sotsiaalsetest ja materiaalsetest faktoritest. Võimalusel peaks olema kirjeldatud ka isiksuse struktuuri kujunemine, selle iseärasused, käitumislaad, sotsiaalse adaptatsiooni võime ning tervisliku seisundi, sh psüühikahäirete dünaamika kogu varasema elu jooksul.

**Perekonna anamnees** peaks andma ülevaate geneetilistest faktoritest ja neist perekondlikest, majanduslikest ning sotsiaalsetest tingimustest, milles inimene on üles kasvanud ja mis tema isiksuse kujunemist mõjutasid.

- Vanemate kohta peaks selguma nende sotsiaalne staatus, haridus, tööala või tegevusvaldkond, vaimse ja füüsilise tervise iseärasused, mõnuainete tarvitamine, vanemate eluiga, surma põhjused ja vanus lapse sündimisel.
- Analoogsed andmed võiks olla ka vanavanemate, isiku vanemate õdede ja vendade ning nende laste kohta. Samuti võiks olla märgitud, kas ja kuivõrd on erinevad põlvkonnad elanud koos või omavahel lävinud.
- Õdede-vendade kohta peaks anamnees kajastama nende sündimise aega, järjekorda, arengut lapsena, haridust, tegevusvaldkonda, iseloomu põhijooni, sotsiaalset staatust, tervise üldist seisundit, iseärasusi ja erivajadusi. Õdede-vendade osas peaks kindlasti olema välja toodud ka need, kes on juba surnud (koos surma aja ja põhjusega).
- Suguvõsa kui terviku kohta võiks uurida pärilike ja sagedasemate haiguste (näiteks südame-veresoonkonna haigused ja pahaloomulised kasvajad), psüühiliste- ja neuroloogiliste häirete, sõltuvushäirete, suitsidaalsete tendentside jms esinemist.

Perekonna anamneesist tervikliku ülevaate saamisel võib olla abiks sugupuu skeemi koostamine ja sellel olulisemate tervise- ning käitumishäirete esinemise markeerimine.

**Elu anamnees** peab andma võimalikult täieliku ülevaate inimese arenguloost ja tema elu oluliselt mõjutanud sündmustest. Selles peaks olema välja toodud nii bioloogilised, somaatilised, psüühilised, sotsiaalsed kui materiaalsed aspektid ja faktorid.

Elu anamnees on otstarbekas ehitada üles olulisemate eluperioodide kaupa näiteks järgmiselt:

- Looteiga ja sünnitus – ema tervis raseduse ajal, tervise häired ja traumad, rasedusega seotud emotsionaalne seisund, vanemate ootused lapse suhtes, sünnituse õigeaegsus.
- Imiku- ja väikelapseiga – üleskasvamise miljöö ja lähikeskkond, perekonna koosseis, kasvukeskkond ja kasvatajad, majanduslikud tingimused, füüsiline ja psüühiline areng, psüühiliselt traumeerivad sündmused, huvide kujunemine.
- Kooliaeg ja haridustee – suhtumine kooliminekusse ja kooliskäimisse, õppeedukus, lemmikained ja –tegevused, läbisaamine teiste õpilaste ja õpetajatega, staatus õpilaste seas, huvitegevused, saavutused, kooli või klassi vahetamine, rahulolu haridusteeiga.
- Tööelu – töö- ja tegevusvaldkonna valik, valiku motiivid, kutsepüsivus, töökohad ja ametid, suhted töökaaslastega, tööalased saavutused ja ebaõnnestumised, rahulolu valitud eriala ja tööalase käekäiguga.
- Iseseisva elu alustamine ja korraldus – sõjaväeteenistuses osalemine, sõjaväelised suhted, iseseisva elu alustamine, selle põhjused ja iseseisvalt toimetulek, rahulolu ja probleemid, suhted teiste inimestega.
- Perekonnaelu – suguline küpsemine ja suguelu enne kooselu algust, kooselude arv, kooselu ja lahkuminekü põhjused, suhted kooselu ajal, konfliktide esinemine, lapsed, laste arv ja nende areng, suhted lastega.
- Tööjärgne aeg ja vananemine – töötamise lõpetamise aeg ja põhjused, sellega kaasnenud üleelamised, kohanemine tööjärgse eluga, suhtlusring ja igapäevase elu korraldus, mõtted elu lõppemisest ja surmast.

Elu anamneesis peaks pöörama enam tähelepanu nendele perioodidele, mis olid või võisid olla otsustava tähtsusega. Kohtuliku karistatuse olemasolul peaks olema välja toodud süüteo liik ja karistuse määr.



**Haiguse anamnees** peab andma ülevaate nii inimese üldisest tervislikust seisundist ja selle muutumise dünaamikast kui käesoleva (või juhtiva) tervisehäire arenguloost.

- Üldise tervise anamnees annab kronoloogilises järjestuses ülevaate inimesel elu jooksul esinenud somaatilise ja psüühilise tervise häiretest, põetud haigustest, traumadest. Välja peaks olema toodud häirete ja haiguste ravimeetodid ning kasutatud ravimid, ravi efektiivsus, kõrvalmõjud ja jääknähud, psühhotroopsete ja mõnuainete tarvitamine.
- Käesoleva (või juhtiva) häire anamneesis tuuakse välja esimesed häire tekkimise sümptomid ja aeg, nende märkaja, sümptomitega kaasnenud muutused psüühikas, enesetundes ja käitumises, häire edasine kulg ja selle dünaamika, psüühikas ja käitumises muutuste tekkimise järjekord ja muutuste sügavus, häirega kaasnenud subjektiivsed üleelamised, häirete mõju igapäevaelule, suhetele teistega ja toimetulekule, peamised mured, seni kasutatud ravivõtted ja nende efektiivsus, subjektiivne hinnang oma seisundile ja perspektiividele.

## FÜÜSILISE ENESEHOOLDUSE SKAALA

Füüsilise enesehoolduse skaala (*Physical Self-Maintenance Scale – PSMS*) on lihtne, igapäevase hoolduspraktika kogemustele tuginev instrument, millega saab hinnata inimese suutlikkust iseene eest hoolitseda, tulla toime igapäevaste eluliste tegevustega ja rahuldada oma baasilisi vajadusi.

Skaalaga hinnatakse 5-astmelises süsteemis (vahemikus: probleemi pole – probleem on raske/äärmuslik) järgmise kuue funktsiooni täitmist:

- tualeti kasutamine
- söömine
- riietumine
- välimuse korrashoid
- liikumine
- pesemine

Hindamise alusel on võimalik täpsemalt määratleda inimese kõrvalabi vajaduse iseloomu ja mahtu, koostada sellest lähtuv esmane hoolduskava ning planeerida hooldusprotsessi. Pikema aja jooksul korduval kasutamisel on instrumendiga võimalik hinnata ka inimese seisundi muutumise dünaamikat.

Instrumendi kasutamine ei nõua mingeid eriteadmisi ega -oskusi, reeglina piisab eakaga suhtlemisest ning eaka üldise seisundi ja igapäevase käitumise jälgimisest. Skaala esmakordsel kasutamisel oleks siiski soovitatav kasutada juhendaja abi.

## VAIMSE SEISUNDI MINIUURING

Vaimse seisundi miniuuring (*Mini Mental State Examination – MMSE*) on 1970. aastatel kasutusele võetud ja senini laialdaselt kasutatav ning lihtsalt läbiviidav kirjalik lühitest, mida kasutatakse:

- diagnostilise abivahendina dementsuse kahtluse korral
- vaimse seisundi muutuste hindamiseks pikema perioodi jooksul.

Testi täitmiseks kulub umbes 10 minutit, kuid koos ettevalmistuse ja kokkuvõtete tegemisega (sh dokumentatsiooni vormistamine) võib protseduur võtta aega kuni pool tundi.

MMSE aitab hinnata inimese orienteerumist ajas ja kohas, oskust arvutada, ruumitaju, vahetut ja lühiajalist mälu, tähelepanu. Kõnefunktsiooni aitavad hinnata nimetamine, kordamine, kolmeastmelise käskluse täitmine, arusaamine, lugemine ja kirjutamine.

MMSE maksimaalne punktisumma on 30 ja tehtud vead vähendavad seda. Dementsuse kahtlus kinnitub, kui punktisumma on alla 23...24. Arvestada tuleb asjaolu, et kõrgema intellektuaalse tasemega isikute puhul ei tarvitse lihtsustatud skaala osutada kuigi tundlikuks. Testi tulemust võivad mõjutada ka kõne- ja nägemishäired.

MMSE tulemus ei ole piisav dementsussündroomi diagnoosimiseks ega kliendi tööväime hindamiseks. Selleks on vajalik täpsema anamneesi koostamine ja seisundi hindamine. Enne testi esmakordset kasutamist peaks selle kasutaja läbima lühiajalise väljaõppe (nt testimise jälgimine ja testimise harjutamine kolleegi peal) kogunud testija juhendamisel.

## GERIAATRILISE DEPRESSIOONI SKAALA

Depressioon on eakatel kõige sagedamini esinev psüühikahäire ja kergemaid depressiooni ilminguid võib täheldada isegi kuni pooltel eakatest. Depressiooni diagnoosimine ja ravi kuulub psühhiaatria valdkonda, aga ka eaka hooldamisel on otstarbekas selle võimalikku olemasolu hinnata.

Geriaatrilise depressiooni skaala on lihtne instrument, mille abil on tavalise vestlusse käigus võimalik hinnata depressiooni võimalikku olemasolu. Selles toodud küsimused käsitletakse teemasid, millest rääkides on mõningal määral võimalik depressiooni tekkimist või süvenemist ennetada.

Skaala kasutamisega saadud tulemused on ka üheks aluseks, millele tuginedes saab eaka elukorraldust ja hoolduskava korrigeerida. Skaala kasutamine ei nõua erilist ettevalmistust, samas on otstarbekas, kui seda esimest korda teha kogenuma spetsialisti juhendamisel või juuresolekul.

## 10. EAKAT ÜMBRITSEVAD INIMESED

*„Tegin seda iseene se tarkusest.“*

Alustuseks võiks parafraaseerida üht kunagi avaliku halduse valdkonna kohta öeldud sententsi, mis eakate hooldamise kontekstis võiks kõlada umbes nii: „**Eaka inimese hooldamine ei ole kosmoseteadus**“. Võib arvata, et eakate hooldamise personali erialade kujundamisel, koolituste kavandamisel, ettevalmistamisel ja läbiviimisel pole see lause olnud just eriti populaarne, sest vastasel juhul poleks olemasolevate ja paljude koolide poolt õpetatud ning õpetatavate erialade loend nii pikk.

Viimase paari aastakümne jooksul on meil koolitatud hooldajaid, sotsiaalhooldajaid, hooldustöötajaid, hooldusõdesid ja keda iganes veel. Mitme eriala jaoks neist on koostatud mitmeastmelised kutsestandardid ja väljastatakse ka vastavaid kutsetunnistusi. Samas, kui nendesse standarditesse süveneda, pole keeruline märgata, et vähemalt 80% ja enama osas nad sisuliselt kattuvad. Teisiti öeldes, erinevate nimetuste all on õpetatud tegelikult enam-vähem üht ja sama asja – eaka inimese hooldamist ja ei midagi oluliselt rohkemat.

Seega, erinevaid koolitusi, erialade nimetusi ja kutsestandardeid vaadates võibki tekkida tunne, et tegemist on peaaegu kosmoseteaduse või millegi selle sarnasega, aga paraku on igapäevane reaalsus sageli veidi teistsugune – **probleemide põhjused ja nende lahenduste on enamasti palju lihtsamad ning tavalisemad, kui nad esmapilgul võivad tunduda**.

Küllap on seda kogenud näiteks nii mõnedki autot kasutavad inimesed, sest kui auto ei lähe käima, ei hakka automehaanikud vist küll kunagi kohe mootorit lahti võtma, vaid otsivad lihtsamaid võimalusi. Ja reeglina enamasti selgubki, et põhjuseks on kas see, et kütus otsas, aku tühi, mingi juhe lahti, niiskuse tõttu lühis tekkinud vms.

Analoogselt võiks ka eakate hooldamisel ja asjakohase personali leidmisel ning koolitamisel otsida probleemidele võimalikult lihtsaid ja tavapärasteid lahendusi. On tõsi, et inimeste käitumist ja tegevust võib erinevate teooriate järgi väga põhjalikult ja keerukalt analüüsida, selgitada ning põhjendada. Samas oleks see auto käivitamise näite analoogiat kasutades võrreldav sellega, kui mittekäivitamise põhjuse leidmiseks süveneda hüdraulika, materjaliõpetuse, elektrodünaamika või muude tehniliste distsipliinide sügavasse hingeellu. Pealegi, lisaks muule on lihtsate lahenduste võlu ka selles, et nad on elegantsed.

Võib-olla kõige olulisemaks lihtsate lahenduste otsimise põhjuseks on aga see, et **probleemide põhjused ja lahendused peavad olema arusaadavad võimalikult kõigile asjas osalevatele isikutele, kellest enamusel inimeste käitumise alased süvateoreetilised teadmised kas puuduvad või on kasinad**. Eaka hooldamise kontekstis on niisugusteks inimesteks ennekõike eakas ise ja tema omaksed ning lähedased.

**Omaksete ja lähedaste** roll on eriti oluline koos perega elava eaka hooldamisel ja toetamisel, sest peavad ju niisugusel juhul omaksed ise samaaegselt täitma nii hooldaja kui vajadusel ka meditsiiniõe funktsioone. Paljud inimesed saavad sellega tegelikult ennekõike iseenese kogemustele tuginevalt (nt oma laste kasvatamisel ja hooldamisel kogetu) edukalt hakkama. Ja nad teevad seda mitte seepärast, et vastav kohustus on neile mõne seadusega pandud, vaid seepärast et nii on lihtsalt kombeks.

Analoogselt näiteks ise ennast süstivate diabeedihaigetega saavad omaksed ja lähedased asjakohase väljaõppe ja juhendamise korral hakkama ka keerulisemate meditsiiniliste protseduuridega. (Niisuguse väljaõppe kõige sobilikumaks vormiks ja meetodiks võiks pidada eakat inimese hooldava lähedase mõne ööpäevalist viibimist koos eakaga statsionaarsel haiglaravil, kus talle kõik vajalik oleks lihtsasti õpetatav). Loomulikult on neile seejuures abiks regulaarne kontakt professionaalidega, aga reaalsus on ka see, et paljud inimesed ravivad, hooldavad ja vajadusel ka põetavad ennast ise ning kasutavad kõrvalabi ainult niisuguste protseduuride teostamisel, mida nad ise puhtfüüsiliselt teha ei saa.

Omaksetel ja lähedastel on oluline tähendus ka iseseisvalt elavate või iseseisvalt elavate ja toetavaid teenuseid kasutavate eakate hooldamisel ning toetamisel. Ennekõike saavad nad aidata eaka igapäevaste eluliste vajaduste ja suhtlemisvajaduse rahuldamisel, aja struktureerimisel, vaba aja sisustamisel ja reaalsustaju ning reaalsusega kontaktide säilitamisel. Eakat pikemat aega tundvate inimestena võivad nad aegsasti märgata ka muutusi eaka tervislikus seisundis ja pöörduda ise või soovitada eakal vajadusel pöörduda abi saamiseks professionaalide poole.

**Omakseid ja lähedasi võib eaka heaolu tagamisel hooldusega tegeleva personali rollist pidada olulisemaks veel ka seetõttu, et absoluutne enamus eakatest elab kas koos omaksete või lähedastega või päris iseseisvalt elu lõpuni**. Seejuures kasutavad nad ainult üldisi teenuseid, sh tervishoiuteenuseid ja reeglina mingit spetsiifilise hooldusega tegeleva personali abi ei vaja.

Hoolekandeesutuses ööpäevaringsel hooldamisel olev eakas on küll asutuse ja selle personali vastutusel, aga ka niisugusel juhul saavad omaksed ja lähedased aidata eakat näiteks suhtlemisvajaduse rahuldamisel, vaba aja sisustamisel ja reaalsustaju ning reaalsusega kontaktide säilitamisel. Omaksetest ja lähedastest võib olla olulist abi ka eaka anamneesi ja erivajadusi või –harjumusi arvestava hoolduskava koostamisel.

**Eaka naabritel ja tuttaval** mingeid seadusandlusest tulenevaid kohustusi eaka suhtes ei ole. Mitteformaalsete toetajatena võib neist aga eaka iseseisvana elamise toetamisel ja hooldusprotsessi korraldamisel olla oluline abi, sest põhijoontes võivad nad täita omaksetega sarnaseid funktsioone. Näiteks naabrile toidu ja muu esmavajaliku toomine, tema autoga kuhugi sõidutamine või abistamine rahaasjade korraldamisel ei ole meie reaalsuses sugugi harvaesinevad nähtused.

Ka hoolekandeesutuses ööpäevaringsel hooldamisel oleva eaka hooldamisel oleks otstarbekas uurida eakalt tema olemasolevat või varasemat tutvusringkonda ning julgustada tuttavaid eakaga kontakte säilitama ja eakaga suhtlema ning anda neile ka asjakohaseid tegevusjuhiseid.

**Eakate hooldamisega seotud professionaalid** (erialad, spetsialistid või praktikud) võib jagada kolme gruppi, kes abistavad eakat vastavalt oma pädevusele ja ametikohale:

- **hooldajad**, keda õpetatakse küll välja ka kutseõppeasutustes, aga kellest enamus on siiski saanud väljaõppe oma vahetul töökohal või mõnel algväljaõppe koolitusel
- **õed** (perearsti õde, koduõde, üldõde, eriarstiabi valdkondadesse spetsialiseerunud õed, nt psühhiaatriaõde)
- **arstid** (enamasti üldarst, perearst ja erinevate erialade eriarstid, nt psühhiaater ja neuroloog).

Lisaks neile kolmele grupile töötajatele aitavad eaka seisundi, abivajaduse ja toimetuleku hindamise ning parendamisega seotud spetsiifilisemaid probleeme lahendada näiteks füsioterapeut, tegevusterapeut, dietoloog, logopeed, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja vajadusel ka teised spetsialistid.

**Hoolekandeesutuses elava eaka hooldamise nn eesliini töötajaks ja võtmeisikuks on hooldaja** (või mis iganes ametinimetust ta kannab), kes viibib hooldatavaga koos kõige enam aega, tegeleb hooldatavaga kõige rohkem ning on hooldatavale abivajadusel ka esimesena ja kõige kiiremini kättesaadav. Hooldaja peamisteks tööülesanneteks on eaka hooldusplaani koostamises ja selle teostamises osalemine, eaka võimalike probleemide ennetamine, probleemide olemasolul nende märkamine ja asjakohane sekkumine, eaka juhendamine ning toetamine probleemidega toimetulekul.

Hooldaja pädevus ja tegevused ei ole Eestis seni seadusandlikult reguleeritud ega määratletud, aga **arvestades meie hoolekandeesutuste praegust kindlustatust erineva väljaõppega personaliga ja üldist meditsiiniabi kättesaadavust, teevad asutustes töötavad hooldajad reaalsuses praktiliselt kõike, mis hooldatava inimväärseks eluks on vajalik.**

Sealhulgas teostavad hooldajad ka niisuguseid toiminguid ja protseduure, mida nad teatud regulatiivide järgi võib-olla teha ei tohiks (näiteks ravimite andmine), aga sisuliselt ei ole neil valikut, sest keegi peab ju need ära tegema. Allpool on valik tööülesannetest, tegevustest ja protseduuridest, mida hoolekandeesutuste hooldajad (ja tegelikult ka oma eakaid hooldavad omaksed või lähedased) teevad või mille teostamises nad osalevad:

- füüsiliselt ja psüühiliselt turvalise ning hügieenilise elukeskkonna tagamine
- hooldatava toitumise jälgimine, abistamine söömisel ja joomisel, sh lamava hooldatava voodis söötmine ja jootmine
- hooldatava juhendamine ja abistamine isikliku hügieeni ja kehapuhtuse protseduuride teostamisel, sh näo, käte, jalgade, üla- ja alakeha pesemisel
- voodis lamava hooldatava keha ja juuste pesemine, vannitamine, nina- ja suuõõne puhastamine
- abistamine ja juhendamine eritamisel (mähkmete vahetamine, sooletegevuse kontrollimine)
- abistamine ja juhendamine riietamisel ning riietumisel
- välimuse jälgimine ja abistamine selle korrastamisel (juuste ja küünte lõikamine, raseerimine)
- hooldatava voodi- ja isikliku pesu vahetamine ja korrastamine
- abistamine liikumisel ja kehaasendi muutmisel
- abistamine füüsilise aktiivsuse tagamisel ja vaba aja sisustamisel
- arstiabi korraldamine, arsti korralduste täitmine, ravimite ja abivahendite muretsemine ning abistamine nende kasutamisel



- vajadusel ja arsti ettekirjutusel vererõhu ja kehatemperatuuri mõõtmine, pulsi- ja hingamissageduse määramine
- suhtlemine ja teabe vahetamine, abistamine asjaajamisel.

**Õdede** pädevusnõuete, erinevate õendustegevuste valdkondade tegevusjuhendite koostamise ja õdede tegevuse seadusandliku reguleerimisega on Eestis viimastel aastatel aktiivselt tegeldud. Eakate hooldamise kontekstis võiks seejuures eraldi välja tuua näiteks koduõe tegevusjuhendi ja iseseisva õendustegevuse reguleerimise. Kuigi õed on traditsiooniliselt tegutsenud ja tegutsevad arsti juhendamisel või arsti ettekirjutuste alusel, võib viimastel aastatel täheldada mõningat õdede iseseisva tegutsemise pädevuse laienemist.

Iseseisvalt elav eakas puutub kõige enam kokku tõenäoliselt perearsti õega ja regulaarse õendusabi vajadusel (ning selle olemasolul) ka koduõega. Hoolekandeesutuses elava eaka jaoks on õendusabi kättesaadavus asutuseti väga erinev. Suuremates ja hooldusteenusele lisaks ka tervishoiuteenuseid osutavates asutustes on enamasti tööl õed, väiksemates asutustes elavad eakad saavad kasutada kas perearsti õe või koduõe abi.

**Arsti** eriala võib vist pidada üheks kõige konservatiivsemaks ja korporatiivsemaks erialaks üldse. Niisuguse konservatiivsuse üks peamisi põhjusi on ilmselt arsti väljaõppe eripära (suur osa sellest on praktilise tegevuse oskuste õppimisel) ning samuti väljaõppe kestus, mis eriarstide puhul on praegu 12 aastat. Eriala konservatiivsusele osutab näiteks ka vastuseis uute spetsialiseerumiste kujundamisele, mis eakate hoolduse kontekstis väljendub (vaatamata mitmete inimeste püüdlustele) kas või selles, et geriaatriat omaette arstliku spetsialiseerumisena Eestis ei tunnustata.

Eaka inimese hooldamise kontekstis on arstil keskne roll tervisehäire(te) diagnoosimisel, raviskeemi koostamisel ning vajadusel selle korrigeerimisel. Hoolduskava koostamises ja igapäevases hooldusprotsessis arst vahetult enamasti ei osale ning tal on pigem juhendav ja kooskõlastav roll. Arstlikest erialadest on eaka hooldamisega kõige enam seotud ilmselt perearstid ja üldarstid. Teiste erialade arste kaasatakse raskemate või keerukamate tervisehäirete diagnoosimisel ja vastavate raviskeemide koostamisel.

Sõltuvalt konkreetse eaka elu- ja sotsiaalsest keskkonnast, lähiümbruses saada olevatest sotsiaal- ja tervishoiuteenustest ning hoolekandeesutuse kindlustatusest personaliga võivad personali tööülesanded ja tööjaotus ennekõike vahetu klienditöö tasandil olla asutuseti või

piirkonniti üsna erinevad. Lõppkokkuvõttes on eakale teatud elukvaliteet ja vajalik kõrvalabi vaja tagada ja kui vastava väljaõppega spetsialisti ei ole, on valida kas teatud konkreetsed toimingud teeb ära keegi teine või jääb vajalik lihtsalt tegemata.

Teadupärast ei kuulu eakate hooldamine ei Eestis ega ka mujal Euroopas just eriti populaarsete tegevusvaldkondade hulka, mistõttu hoolduspersonalit leidmine pole sugugi lihtne. Olukorra teeb keerulisemaks ka see, et väiksemates või hõredama asustusega piirkondades on juba raskusi ka näiteks perearstide ja õendusabi kättesaadavusega, sest vastavaid spetsialiste lihtsalt ei ole.

Konkreetselt eakate hooldusega, st vahetat klienditööd tegeva personalit vähesuse mõningaseks leevendamiseks on viimasel ajal kõne all olnud ennekõike kaks võimalikku tegevussuunda:

- kasutada eakate hooldamisel rohkem kaitseväeteenistuse asemel alternatiivteenistuse valinud noori
- soodustada nn neljanda põlvkonna (st noorte pensionäride) laialdasemat kaasamist eakate hooldamise valdkonda.

Ettevaatlikult on kõneldud ka kahe kunagise eriala – velskri (n-õ peaaegu arsti ehk suuremate volituste ja pädevusega õe) ja põetaja (n-õ peaaegu õe või suuremate volituste ja pädevusega hooldaja) – taaselustamisest.

## 11. INTEGREERITUD HOOLDUSSÜSTEEM, SELLE ASUTUSED JA TEENUSED

*„Ehitame maja, ehitame maja  
kõna väikse maja...“*

Kui eakate integreeritud hooldussüsteemist ja selle kujundamisest Eestis umbes viis või enam aastat tagasi kõnelema hakati, tekitas see peamiselt kahesuguseid reaktsioone. Paljud praktikud olid seisukohal, et ainult ja just nii kogu edasine areng peakski minema ning paljud olid ka üsna vastupidistel seisukohtadel, väites et niisugune süsteem on vähem või rohkem mõttetu, tarbetu või võimatu.

Võimalike arengusuundade üle on toimunud tõsiseid ja kohati ka liiga tuliseks läinud diskussioone, aga aja jooksul on integreeritud süsteemi pooldajate arv järjepidevalt suurenenud ning selle vastaste arv samavõrd vähenenud. Mingis mõttes pöördeliseks võib lugeda 2007. aastat, kui integreeritud süsteemi perspektiivsuses, et mitte öelda – ainuvõimalikkuses – jõudsid üksmeelele sotsiaalministeeriumi hoolekande ja tervishoiu valdkondade töötajad. Sellest ajast saadik on diskussioon jätkunud peamiselt võimaliku tehnilise lahenduse üle, kusjuures välja on pakutud kahesuguseid võimalusi:

- piirkondliku vastutusega integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalkeskuste (võimalikult paljusid eakatele vajalikke teenuseid osutavad asutused) ja nende võrgu kujundamine
- integreeritud hooldusmudeli rakendamine asutustevaheliste lepinguliste suhete ja juhtumikorraldajate ning nende võrgustiku töölerakendamise kaudu.

Mitmed märgid osutavad, et ka selles osas on terve mõistus võitmas ja lepinguliste koostöösuhete ning juhtumikorraldajate mudel ainult üheks teoreetiliseks võimaluseks jääbki. Niisugune korralduslik mudel võiks olla mõeldav ja/või vajalik väga suurte, paljutasandiliste ja mitmekesiste organisatsioonide ning asutuste ja väga paljusid inimesi teenindavate süsteemide puhul.

**Eesti oma veidi enam kui 1,3 miljoni elanikuga on aga teatud mõttes intiimriik ning on oma mastaapidelt võrreldav näiteks ühe suvalise Suurbritannia tervishoiupiirkonnaga.** Nii väikese ja maailma mastaabis miniatuurse koosluse ning seda teenindava süsteemi organisatsioon (ülesehitus) ning selle korraldus peaks olema võimalikult lihtne ja odav.

**Eakate integreeritud hooldussüsteemi mudel ei ole tegelikult midagi eriti uut ja seda nii maailmaajalooliselt kui ka Eesti jaoks.** Kõnealuse süsteemi analoog toimis umbes niisugusena nagu sellest praegu räägitakse juba umbes 20 aastat tagasi enamuses Eesti piirkondades.

Näiteks Tartu Hooldekodus töötasid sellal üldarst, vist ka velsker, ülemõde ja kümmeõde. Hooldekodu baasil osutati ka tänases mõistes koduhooldus- ja/või koduõendusteenuseid (toona kasutati selle kohta mõistet *patronaaž-õed*) ja ka pansioni tüüpi asutused olid munitsipaalmaajade või -korterite näol olemas.

Kahjuks ei saa öelda, et taasiseseisvusperioodil eakate hoolduse ja seda mõjutavates valdkondades tehtud kaalukamad otsused on olnud just väga eakasõbralikud. Tagasivaatavalt ja seda eriti integreeritud hooldussüsteemi kontekstis võib nii mõndagi neist hinnata aga isegi kas lausa ekslikuks või ainult ühekülgselt või osaliseks probleemide lahendamiseks.

Nii-öelda ots tehti lahti ravikindlustusseaduse rakendamise, hooldekodude viimisega Tervishoiuministeeriumi alluvusest sotsiaalministeeriumi haldusalasse ja hooldekodude munitsipaliseerimise alustamisega. Ravikindlustusseaduse rakendamisel oli seejuures peamiseks probleemiks tervishoiu ja hoolekande süsteemide vahele piiri tõmbamine, st **vastuse leidmine küsimusele: kus lõpeb ühe süsteemi (ravikindlustus ja tervishoid) vastutus ning tegevuste finantseerimine, ja kust algab teise süsteemi (hoolekande) vastutusala.**

Kuna seadustes selles osas väga täpseid ja üheselt mõistetavaid määratlusi ei olnud, siis lahendati probleemid nagu ikka – jõupositsioonilt ja teadagi, kelle poolel toona ja ka praegu jõud oli ning on. Mäletan selleaegsetest diskussioonidest üht tervishoiusektori esindajate poolt üsna sageli kasutatud argumenti, mis ei kannatanud mitte mingit vastuvaidlemist ja kõlas umbes nii: „Inimest ravitakse kuni kaks kuud ja siis ta kas saab terveks, sureb ära või muutub sotsiaalhoolekande probleemiks“. Ei saa öelda, et niisugune käsitlus tänaseks päris kadunud on, aga eriti valjuhäälselt seda enam ei kuulutata.

**Nagu näitavad viimase enam kui 15 aasta jooksul toimunud arengud, pole selle piiri tõmbamisega senini toime tulnud** ning eakate hooldamise kontekstis kõneldakse sellega seonduvalt tervishoiu ja hoolekande vahelisest nn hall-alast ehk teisiti öeldes ebamäärase kuuluvuse ja vastutusega piirkonnast ning probleemidest. Selle hall-ala olemasolu peaks samuti osutama sellele, et küllap selle piiri kavandamisel ikka midagi valesti tehti või milleski eksiti.

Niisuguse probleemi tekkimise põhjus on tegelikult väga lihtne ja teatud mõttes ka paratamatu ning selle tekkimise võimalikkusele juhiti tähelepanu ka hoolekande- ja tervishoiu süsteemide vahelise piiri tõmbamise aegu. **Inimene on oma olemuselt terviklik organism ja seda ei ole võimalik näiteks analoogselt autoromulas autodega tehtavaga osadeks lammutada.**

Eakate hooldusasutuste munitsipaliseerimist võib aga vist küll nimetada lausa epopöaks, sest kogu protsess kestis kokku ligi kümme aastat ja lõppes alles siis, kui hakkasid ilmneva esimesed ohumärgid valitud tee jätkusuutlikkuses kahtlemiseks. See on ikka usumatult, et mitte öelda – lubamatult pikk aeg nii väikese riigi ja mitte just eriti suure valdkonna ja/või sektori ümberkorraldamise jaoks.

**Vabariigi Valitsuse ja omavalitsusliitude kokkulepe hooldekodude ning nende finantseerimise üleandmisest omavalitsuste vastutusse** (välja arvatud enne 1993. aastat hooldekodudesse paigutatud eakad, kes jäid riigi finantseerimisele) oli siinkirjutaja arvates aga vist kõige suurem ja kaalukam eakate hoolduse valdkonna kujundamisel tehtud viga. Kokkuleppe ekslikkusele peaks veenvalt osutama ka paljude praeguste väiksemate hooldekodude olukord ja neis osutatavate teenuste kvaliteet. Paljud kohalikud omavalitsused on lihtsalt liiga väikesed ja piiratud rahaliste- ning inimressurssidega ega tule hooldekodude majandamisega toime.

Võib öelda, et veel üks rong läks minema psüühilise erivajadusega inimestele teenuseid osutava riigi omandusse kuuluva AS Hoolekandeteenused moodustamise ja sellesse enamuse vastavaid teenuseid osutavate asutuste koondamisega. Järjekordse erinevate teenuste ja tegevuste vahelise piiri tõmbamise ja teatud (vähemalt mõnevõrra probleemsete) kriteeriumite alusel inimeste selekteerimise asemel võinuks keskenduda erinevaid teenuseid osutavate asutuste integreerimisele.

Integreerimist võinuks eelistada esiteks sellepärast, et mitmed psüühilise erivajadusega inimestele teenuseid osutavad asutused osutasid ja osutavad ka praegu eakate hooldamise teenuseid. Teiseks, mis võib-olla veel olulisem, niisuguse eristumisega kaasneb veel ühe hallala – kroonilise ja/või raske psüühikahäirega eakad (pensioniealsed) ja nende hooldamine – tekkimine. Täiendavad probleemid võivad tekkida ka seoses pensioniea võimaliku muutumisega.

Praeguses olukorras on raske prognoosida, missuguseks meie eakate hooldamise süsteem lõppeks välja kujuneb, sest üsna palju on veel ebaselge ja ebamääraseid momente, erinevaid käsitlusi, võimalusi ja ka huvisid on mitmeid. Siiski tahaks loota, et lõppeks realiseerub integreeritud hoolduse mudel. Nagu osutatud, ei peaks me niisugusel juhul, muuseas, rääkima ka sellest, et kõnealuse protsessi puhul on tegemist millegi enneolematuga, vaid **me saame pigem rääkida eakate integreeritud hooldussüsteemi reanimeerimisest, tõsi küll, seda uues kvaliteedis.**

Eakate hooldussüsteemi ülesehituse ja korralduse eelistatuimaks praktiliseks lahenduseks võiks pidada piirkondlikul alusel tegutsevate, pikemaajalise baasfinantseerimisega multifunktsionaalsete asutuste või organisatsioonide võrgustiku väljaarendamist.

Need asutused peaksid olema suutelised pakkuma eakatele väärrikaks toimetulekuks vajalike sotsiaal- ja tervishoiuteenuste võimalikult täiusliku paketi. Asutuse või organisatsiooni üldnimetusena on kõne all olnud hooldekeskus, tervishoiu ja hooldekeskus, tervishoiu ja sotsiaalkeskus, õendus- ja hooldusabikeskus jms, aga ühist eelistust ei ole senini veel välja kujunenud.

Kõnealune keskus koordineeriks ja korraldaks eakate õendus- ning hooldusabi teenuste osutamist kogu oma vastutus- ja teeninduspiirkonnas ning teenindaks kõiki oma teeninduspiirkonna õendus- ning hooldusabi vajavaid inimesi. Keskus peaks soovitavalt olema suuteline järgmiste tegevuste sooritamiseks:

- eakate hooldusalane nõustamine, sh telefonitsi ööpäevaringselt
- eluasemeteenus
- transport
- toitlustamine
- päevane koduhooldusabi kogu teeninduspiirkonnas
- päevane koduõendusabi kogu teeninduspiirkonnas
- päevahoid (asutuse ruumides ja kliendi kodus)
- ööpäevaringne institutsionaalne hooldusabi
- institutsionaalne õendusabi, vajadusel intensiivne õendusabi ööpäevaringselt.

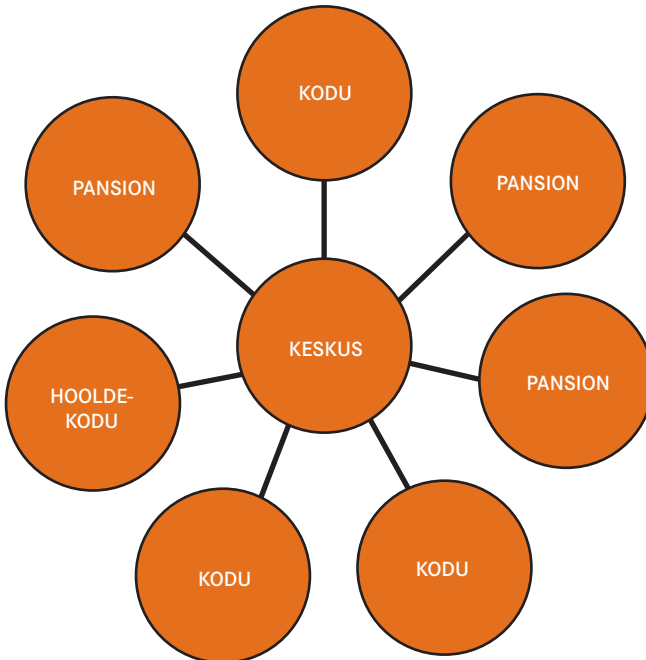
Inimeste vajaduste rahuldamiseks ning Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta artikli 23 nõuete täitmiseks peaksid keskuse teeninduspiirkonnas olema ka majutusüksused

(pansionid), milles vähesel määral kõrvalabi vajavatele elanikele tagatakse sobilik eluase ning päevane hooldusabi ja hooldekodud, mille elanikele tagatakse nende seisundist tingituna ööpäevaringselt kättesaadav hooldusabi ja päevane õendusabi (koduõendusabi tagatakse kõigile piirkonna elanikele).

Keskuse baasil oleks võimalik tagada kõigile teeninduspiirkonnas elavatele eakatele vajadusel (küll mõningase ajanihkega) kõik keskuse poolt osutatavad teenused (sh ööpäevaringne õendusabi). Niisuguse ühe operaatori baasil teenuse korraldamisega on võimalik tagada ka kõigile piirkonnas elavatele hooldus- ja õendusabi vajajatele ühetaolise kvaliteediga ning inimeste muutuvatele vajadustele kiiresti reageeriv ja paindlik teenus (kõrvalabi).

**Samuti oleks niisuguste keskuste ja nende süsteemi baasil võimalik realiseerida põhimõtet, et inimene ei pea minema teenuse juurde, vaid teenus tuleb inimese juurde.**

Seega võiks keskus oma teeninduspiirkonna ja selles asuvate üksustega näha organisatsiooniliselt välja järgmine:



Konkreetsete keskuste ja üksuste planeerimisel peaks lisaks elukohajärgsuse ja teenuste kvaliteedi ühetaolisuse eesmärgile kindlasti arvestama ka organisatsiooni ning asutuste jätkusuutlikkust ja seda nii majanduslikus kui inimressursi (nii klientuuri kui personali tähenduses) kontekstis.

See tähendab, et keskustel peab majanduslikuks toimetulekuks ja jätkusuutlikkuseks olema piisavalt suur teeninduspiirkond (ja käive), mis piirkondlikest erisustest tingitud eranditega (nt Hiiumaa ja teised eraldi asuvad piirkonnad) võiks hinnanguliselt olla suurusjärgus 30 tuhat elanikku.

Vähem tähtis pole aga ka see, et keskuse lähiümbruses oleks piisaval hulgal personali ja mis võib-olla isegi olulisem – potentsiaalset klientuuri (eakaid). Klientuuri nappust ja sellest tingitud kvalifikatsiooni mõningast langust võib juba praegu täheldada mõne meie haigla puhul, sest arstidel pole piisaval hulgal vajaliku keerukusega tööd.

Osutatud põhimõtetest lähtuvalt ei ole multifunktsionaalseid keskusi otstarbekas kujundada kõigist praegu olemasolevatest eakatele teenuseid osutavatest asutustest, vaid need võiks integreerida tõmbekeskustes (mida Eestis võiks olla kuni 40) asuvasse keskustesse, mille eraldiasuvate majutus- või hooldusüksustena (pansionid ja hooldekodud) võiksid edasi tegutseda ka olemasolevad ja jätkusuutlikud tervishoiu- ning hoolekandeaasutused.

Eakate hooldusasutuste võrgu kujundamise eesmärgil viidi Euroopa Sotsiaalfondi poolt finantseeritud programmi „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2007-2009“ raames ajavahemikul oktoober 2008 – aprill 2009 läbi alaprojekt „Eakate hooldusasutuste tervikliku ja kogu vabariiki hõlmava võrgu kujundamine“. **Alaprojekti peamiseks eesmärgiks oli hooldus- ja õendusteenuseid osutavate asutuste optimaalse paigutuse saavutamine kogu Eestis.**

Alaprojekti käigus viidi kõigis Eesti maakondades sotsiaalministeeriumi konsultantide osalusel läbi vastavateemalised seminarid, milles osales kokku enam kui 200 eakate hooldamisega tegelevat praktikut. Seminaridel osalejate seas olid maakondades sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid osutavate asutuste ja organisatsioonide, omavalitsuste ja maavalitsuste esindajad. Kuna paljud osalejatest kuulusid ka erinevatesse valdkonnaga seotud erialaühendustesse, võib öelda et protsessis osalejate kvoorum oli vägagi esinduslik. Teisiti öeldes – kaasatud olid praktiliselt kõik, kes Eestis eakate hooldamise valdkonnas tegutsevad ja selle arendamise osas midagi teevad.



Maakondades läbi viidud seminarid olid teatud mõttes abivahendiks alaprojekti peamise eesmärgi – maakondades eakate hooldamisega tegelevate asutuste võrgu kujundamise arengukavade koostamisel. Arengukavade koostamise käigus pidid maakonnad muu hulgas välja valima ka asutused, millest on otstarbekas kujundada eakate hooldamise piirkondlikud keskused. Seega, antud juhul oli tegemist Eestis mitte just väga sageli ettetuleva n-ö alt üles planeerimisega, mis aga eakate hooldamise kontekstis on tegelikult väga asjakohane.

Tulemuslikkusest lähtudes võiks kogu protsessi tervikuna hinnata loogiliselt planeerituks ja kvalifitseeritult teostatuks ning usutavasti said sellest kasulikku kõik osalejad. Kavandatud tähtaegadeks said (ühe erandiga) valmis kõigi maakondade arengukavad, millest üle poole olid saanud ka kas maakonna omavalitsuste liidu või maavanema kooskõlastuse/kinnituse. Siinkohal peaks ka rõhutama, et maakondade hooldus- ja õendusabi võrkude arengukavade koostamine ei olnud eesmärk omaette, vaid see on üks etapp Eesti inimeste heaolu edendamises.

Arusaadavalt on maakondade arengukavad oma selgusastmelt ja konkreetsuselt erinevad, sest ka maakonnad iseenesest on väga erinevad ja asutuste ning keskuste planeerimiseks vajaliku töö maht ning selle keerukuse aste on maakonniti oluliselt erinevad. Ettearvatult osutasid ennekõike oma suuruse, aga ka jõustruktuuride mõningase ebamäärasuse ja/või maakonna asustustiheduse või hajutatuse tõttu kõige keerukamateks Harju, Ida-Viru ja Tartu maakonnad ning mõnevõrra üllatuslikult ka Pärnu Maakond. Nendes maakondades ilmselt kulub kokkulepetele jõudmiseks rohkem aega ja vaeva. Väheoluline pole seejuures tõenäoliselt ka asjaolu, et osutatud maakondades asuvad Eesti juhtivad aktiivravihaiglad.

Samas on mitmes maakonnas nii eakate hooldamise üldise korralduse ja valdkonna arendamise kui konkreetsete asutuste näol palju hea praktika näiteid, millest siinkohal võiks esile tuua järgmised:

- **Saare maakonnas** on Kuressaare Haigla näol välja kujunenud suurepärase juhtasutus, mis lisaks haiglas paindlikult ja kliendisõbralikult osutatavale statsionaarsele arsti-, õendus- ja hooldusabile osutab koduõendusteenust ka viies Saaremaa piirkonnas. Lisaks Kuressaare Haigla tegevusele on nelja omavalitsuse ühistegevuses rajamisel maakonna idapiirkonda teenindama hakkava Muhu Hooldekeskus. **Kuressaare Haiglat** võib positiivse eeskujuna soovitada kogemuste vahetamiseks ning hea praktika näitena tundmaõppimiseks ka teiste maakondade haiglatele. Maakonnas tekitab mõningast

ebamäärasust AS Hoolekandeteenused koosseisus oleva Sõmera hooldekodu tulevik, mis osutab ka arvestatavas mahus eakate ööpäevaringse hooldamise teenust.

- **Võru maakonna** arengukava on esmaversioonist alates olnud teiste maakondadega võrreldes kvalitatiivselt mõnevõrra parem. Küllap aitas hea tulemuse saavutamisele kaasa ka see, et maakonnas on üks selge multifunktsionaalne juhtasutus – **Lõuna-Eesti Haigla** ning mingit maakonnasisest asutuste vahelist rivaalitsemist ei ole.
- **Järva maakonnas** on eakate hoolekande arendamisega järjepidevalt tegeldud ning jõutud selles osas ka omavalitsustevahelisele kokkuleppele. Eakate hoolduse osas on välja kujunenud kaks keskust – Järvamaa Haigla ja Koeru Hooldekeskus ning kava järgi kavatsetakse need keskustena ka säilitada. **Koeru Hooldekeskust** võib pidada tervishoiu ja hoolekande integreeritud asutuse üheks parimaks näiteks kogu Eestis. Selles on eakate hooldamine oskuslikult seostatud psüühilise erivajadusega inimestele teenuste osutamise ja oluline on ka see, et asutus osutab ka hooldusravi teenust, mis võimaldab komplitseeritud seisundis olevatele klientidele osutada paindlikult kõiki neile vajalikke teenuseid.

Ka teistes maakondades on arengukavade koostamisel tehtud tublit tööd, mistõttu võib öelda et eakate hooldamisega tegelevate asutuste võrgustiku üldise paiknemise ja piirkondlikud arengud on kogu protsessi jooksul oluliselt selginenud. Inimeste mure elu jätkumisest oma kodukohas on mõistetav, mistõttu ei saa eriti probleemseks pidada ka seda, kui mõnele teenusele, eriti praegu riigieelarvest finantseeritavatele, kavandatakse ja loodetakse suuremaid mahtusid, kui teatud indikaatorid osutavad. Praktika näitab, et kui keerukamaid ja kallimaid teenuseid (nt hooldusravi) ei osteta, osutatakse ruumitingimuste olemasolul lihtsamaid ja odavamaid (nt hooldamine praegustes hooldusraviga tegelevates haiglates) teenuseid.

**Hiiu maakonda** on eakate hooldamiseks planeeritud kaks asutust: Hiiumaa Haigla ja Tohvri Hooldekodu. Hiiumaa peamise probleemina võiks välja tuua kvalifitseeritud personali nappuse ja selle edasise võimaliku vähenemise, mis seab maakonna ja ka Eesti riigi üsna tõsiste valikute ette. Lisaks muule pole selgust ka näiteks selles, mis tasemel ja iseloomuga eriarstiabi on Hiiumaa elanikele kohapeal kättesaadav näiteks kolme, viie või kümne aasta pärast.

**Jõgeva maakonna** arengukava küll ei koostatud, kuid samas on maakonnas kolm eraldiasuvat tõmbekeskust (Jõgeva, Põltsamaa, Mustvee), milles kõigis asuvad eakatele öendus- ja

hooldusabi teenuseid osutavad asutused ja mis kohalike ekspertide hinnangul on kõik ka jätkusuutlikud. Keskustevahelisi kaugusi arvestades on kolme keskuse planeerimine ilmselt otstarbekas.

**Lääne maakonnas** on planeeritavad hooldekeskuse funktsiooni kandvad asutused Läänemaa Haigla ja Lõuna-Läänemaa Tervishoiu- ja Sotsiaalhoolekande Keskus ning iseseisvatena jätkavad tegutsemist ka Oru ja Risti hooldekodud. Elanikkonna arvu ja paiknemist arvestades ei ole iseseisvate väikeste asutuste jätkusuutlikkus isegi mõneaastases perspektiivis siiski eriti veenev.

**Lääne-Viru maakonnas** on kaks hooldusravi teenust osutavat asutust (Tapa Haigla ja Rakvere Haigla), mis kava kohaselt ka jätkavad iseseisvatena tegutsemist. Kõige suurem puudus maakonnas on psüühikahäirega eakatele orienteeritud (spetsialiseeritud) teenuse osutamisest. Probleemi lahendamiseks kavandatakse vastava teenuse väljaarendamist Rakvere Haigla baasil.

**Põlva maakonnas** kavandatakse hooldus- ja õendusabi keskustena Põlva ja Rápina haiglaid. Maakonna peamise probleemina võiks välja tuua selle, kas ja kui kaua üldse suudavad iseseisvatena tegutseda väiksemate ja kiiresti väheneva ning vananeva elanike arvuga valdade hooldekodud. Kuna mitmes hooldekodus on ka vähe kohti, oleks ilmselt otstarbekas kaaluda olemasolevate hooldekodude organisatsioonilist liitumist osutatud keskustega.

**Rapla maakonnas** on kaks hooldusravi teenust osutavat asutust: Rapla Maakonnahaigla ja Märjamaa Haigla. Lisaks neile planeeritakse iseseisva ööpäevaringse õendusabi teenuse osutamist Käru Tervisekeskuses ja MTÜ-s Elupuu. Mõnevõrra probleemne on siiski see, kas kõigis neis ikka jätkub piisavalt personali (ja klientuuri) ööpäevaringse õendusteenuse osutamiseks.

**Valga maakonnas** on võrreldes teiste maakondadega väga palju hooldekodude kohti (65-aastaste ja vanemate elanike suhtarvu arvestades isegi kuni kaks korda rohkem kui mujal). Hinnanguliselt umbes pooled hooldatavatest on rohkem kui 30 omavalitsusest üle Eesti. Arvestades teistes maakondades selgelt täheldatavat tendentsi jätta oma maakonna eakad hooldusele oma maakondadesse, peaksid Valga maakonna hooldekodud kindlasti arvestama hooldekodude klientide arvu võimaliku vähenemisega.

**Viljandi maakonda** on planeeritud kolm keskust, mis arvestades maakonna geograafilist paiknemist, on loogiline, kuigi kavandatud ja vajalike investeeringute mahud on suured. Samas, kui haigekassapoolne finantseerimine jätkub ja asutused suudetakse kindlustada vajaliku personaliga, võiks kõiki kolme asutust hinnata kavandatud arengueesmärkide osas jätkusuutlikeks.

Sõltuvalt konkreetsetes piirkondades teenuseid osutavate asutuste profileeritusest ja neis osutatavatest teenustest saab asutuste tüüpide alusel määratleda neli põhimõttelist mudelit, mis iseloomustavad eakatele hooldus-õendusteenuste osutamist ja korraldust vastavas piirkonnas.

Peamiseks ebaselgeks (ja probleemseks) momendiks on seejuures ravimise (arstiabi) komponendi esindatus, st missugusel tasemel arstiabi peaks olema kättesaadav. Ilmselt oleks eakate hooldamise kontekstis otstarbekas rääkida üldarstist, kusjuures see võiks olla ainult päevane, aga siis jääb küsimus: kas piisab ka piirkonda teenindavast peararstist?

### 1. mudel

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arstiabi</li> <li>• Õendus – hooldusabi</li> <li>• Hooldus – õendusabi</li> <li>• Hooldusabi</li> </ul>	<p>Piirkonda teenindab üks universaalne ja multifunktsionaalne asutus, mille parima näitena võiks Eestist tuua Saaremaa ja Kuressaare Haigla.</p> <p>Suures osas vastavad sellele mudelile ka Võru Maakond ja Lõuna-Eesti Haigla ning Järva Maakond ja Järvamaa Haigla ning Koeru Hooldekeskus.</p>
--	---

### 2. mudel

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arstiabi</li> <li>• Õendus – hooldusabi</li> <li>• Hooldus – õendusabi</li> </ul>	<p>Piirkonda teenindavad kaht tüüpi asutused, millest esimesse gruppi kuulub enamus maakonna- ja kohalikest haiglastest, milles on ka hooldusosakond.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hooldusabi</li> </ul>	<p>Teise gruppi kuuluvad piirkonnas ainult hooldusabi osutavad hooldusasutused (hooldekodud ja pansionid).</p>

### 3. mudel

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arstiabi</li> <li>• Õendus – hooldusabi</li> </ul>	<p>Esimesse asutuste gruppi kuuluvad need maakonna ja kohalikud haiglad, milles hooldusosakonda ei ole (aga niisuguseid on vähe).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hooldus – õendusabi</li> <li>• Hooldusabi</li> </ul>	<p>Teise gruppi kuuluvad need hooldusasutused, kellel on kodu-õenduse tegevusluba ja vastav haigekassa leping (nt Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus).</p>

#### 4. mudel

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arstiabi</li> </ul>	<p>Esimesse gruppi võiks kuuluda kitsamalt spetsialiseerunud eriarstiabi kliinikud, kus muud peale aktiivravi ei tehta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Õendus – hooldusabi</li> <li>• Hooldus – õendusabi</li> <li>• Hooldusabi</li> </ul>	<p>Teise gruppi kuuluvad need haiglad/hooldusasutused, kus on põhikohaga tööõed.</p>

Eakate integreeritud hooldussüsteemi korraldusest tulenevalt kuuluksid kõik konkreetses piirkonnas elavad eakad piirkonda teenindava hooldekeskuse vastutusalasse, aga seni kuni inimene mingit kõrvalabi ei soovi ega vaja, on tema suhe keskusega passiivne. Konkreetne seos hooldekeskusega ja selle põhjal ka kliendi – teenindaja suhe saab tekkida kahel viisil:

- inimese enese (lähedaste, omavalitsuse vms) initsiatiivil
- tervishoiuteenuse osutaja initsiatiivil.

Inimese initsiatiivil loodava hooldussuhte aluseks on inimese tahe – inimese soovi korral võtab hooldekeskus ta oma aktiivsete klientide nimistusse ja hakkab osutama inimese soovile ja seisundile vastavaid (toetavaid) teenuseid.

- Teenuse osutamisel on juhtpõhimõtteks: osutada teenuseid inimese kodus või inimesele harjumuspärasel keskkonnas nii kaua, kui see on võimalik.
- Inimese ümberpaigutamine talle sobilikumale ja kohandatud eluasemele ning täiendavatele teenustele toimub siis, kui teenuste osutamine senises elukohas pole enam võimalik või otstarbekas.
- Inimese ümberpaigutamine ühelt teenuselt teisele on erialane otsus, mille teeb hooldusjuht, tuginedes kliendi soovidele ja seisundile ning personali ettepanekutele.
- Hooldekeskus osutab eakale teenuseid seni, kuni eakas seda soovib või kuni inimese elu lõpuni.

Tervishoiuteenuse osutaja initsiatiivil loodava hooldussuhte aluseks on arsti hinnang (prognoos), et konkreetne inimene ei tule enam oma kodus või pärast haiglaravilt lahkumist päris iseseisvalt toime ning vajab toimetulekuks vähemalt mingit kõrvalabi (toetavaid teenuseid).

- Niisugusel juhul informeerib tervishoiuteenuse osutaja sellest hooldekeskust ning koos hakatakse ette valmistama inimese paigutamist hooldussüsteemi.
- Hooldussüsteemi paigutamise aluseks on hoolduskava, mille koostamiseks inimene paigutatakse vajadusel hooldusravile, kus hinnatakse inimese seisundit ja arendatakse tema jääkvõimeid.
- Hoolduskava alusel planeerib hooldekeskus vajalikud teenused ja integreerib inimese oma süsteemi, kus ta hakkab saama teenuseid analoogselt inimese enese initsiatiivil hooldekeskusega kliendisuhete loonud eakatega.

Eakate integreeritud hooldussüsteemi puhul võib öelda, et teenuste süsteemi areng on vähemalt osaliselt jõudnud asutuste juurde tagasi, sest kogu sotsiaaltöö praktikat pole ilmselt otstarbekas ehitada üles teenustepõhiselt. Nii mõnegi funktsiooni (näiteks varjupaiga, sotsiaalse suhtlemise ja/või sotsiaalse toetamise) täitmiseks on ratsionaalsem kasutada asutusepõhist paradigmat.

Iseenesest polegi selles midagi üllatavat, sest kui sotsiaaltöö arengulugu meenutada, polnud ju tegelikult ka teenustepõhise paradigma kujunemise põhjus ja eesmärk niivõrd asutusepõhise paradigma põhjalaskmine, kuivõrd huvi saada teada, mis asutustes tegelikult ikkagi toimub. Nüüdseks on see põhijoontes teada ja selgub, et nii mõndagi tüüpi asutused võiksid omada väärikat kohta üldises sotsiaaltöö süsteemis. Teisiti öeldes, asutuste juures ollakse küll (vähemalt osaliselt) tagasi, aga nii asutused ise kui kogu sotsiaaltöö keskkond on omandanud täiesti uue kvaliteedi.

Niisugune seisukoht on siinkirjutajal kujunenud mitme EV Sotsiaalministeeriumi ja Tallinna Linnavalitsuse poolt viimastel aastatel tellitud sotsiaaltöö arendusprojekti tulemusena. Konkreetsemalt võib need argumendid formuleerida postulaatidena, millele sotsiaalteenuste defineerimisel ja nende käsitlemisel oleks otstarbekas tugineda:

**1. Teenuseid mitte jagada väga pisikesteks elementideks, vaid defineerida need võimalikult terviklike tegevustena (teatud terviklikku funktsiooni täitvatena).**

Mis tahes tegevuse saab jagada kui tahes väikesteks elementideks (näiteks pesemise võib jagada seebitamiseks, nühkimiseks, loputamiseks ja kuivatamiseks). Oma olemuselt pole need eraldivõetuna siiski tervikud, vaid protseduurid, terviku osised. Tervik on pesemine, kuigi ka see moodustab ühe osa isiklikust hoolitsemisest.

**2. Teenustena mitte käsitleda niisuguseid tegevusi, mis oma olemuselt kuuluvad pigem erialase väljaõppe ja kompetentsi valdkonda.**

Näiteks juhtumi korraldamist, preventiivset tööd ja inimese seisundi või toimetulekuvõime hindamist ei peaks käsitlema eraldi teenustena, vaid pigem vastavalt kas töömeetodina, erialase hoiakuna või mis tahes (hoolekande- või tervishoiu-) teenuse osutamise eeltingimusena.

**3. Teenuste aluselementidena kasutada neid tegevusi (nende funktsioonide täitmist), mis on ajas võimalikult stabiilsed ja mille järgi suhteliselt ühetaoline vajadus on püsiv.**

Eakate ööpäevaringne hooldamine toimub Eestis enamasti hoolduslepingu alusel. Inimese hooldusvajadus võib aga suhteliselt kiiresti muutuda (nii suureneda kui väheneda) ja siis peaks lepingut pidevalt muutma. Otstarbekam oleks ööpäevaringsel hooldamisel kasutada alusena eluasemelepingut, mille järgi vajadus on püsiv ja pikaajaline ning sellele lisada teenuseid vastavalt inimese muutuvatele vajadustele.

**4. Mitte hakata välja mõtlema uusi (kunstlikke) teenuseid, vaid seostada teatud funktsioonide täitmine juba olemasolevate ja toimivate süsteemidega.**

Näiteks on ka puudega inimestel kõigi teistega analoogsed seksuaalsed vajadused ja kui ühiskond peab vajalikuks, et ka puudega inimesed saaksid oma seksuaalvajadusi rahuldada, on võimalus asutada nende teenindamiseks eraldi lõbumaja või suunata nad üldkasutatavatesse. Mõistlikum on viimane variant, mis mitmes riigis on ka kasutusel.

**5. Teenustele nõuete kujundamisel võtta lähtealuseks inimeste tavapärased (keskmised, harjumuspärased) elustandardid ja -tingimused.**

Tavapärasena ei tuleks seejuures käsitleda niivõrd inimese senist, kuivõrd ühiskonnas keskmisena tavapärast, võiks ka öelda: norm-keskmist. Näiteks: kuigi eakas inimene on eluaeg kasutanud kaevu ja välikäimlat, peaks hooldekodus siiski olema veevärk, kanalisatsioon ja tualettruumid.

**6. Hoida lahus (st analüüsida eraldi) teenuste osutamist (teatud funktsioonide täitmist) ja nende rahastamise praegusi ja võimalikke skeme.**

Mis tahes arendustegevuses jõutakse varem või hiljem rahastamisskeemideni. Siiski oleks otstarbekas püüda seda edasi lükata nii kaua kui võimalik, sest vastasel juhul kipub rahastamise teema tavapäraselt hakkama domineerima teenuse sisulise aspekti ja/või selle vajaduse (vajalikkuse) üle.

**7. Mitte seada teenuseid ja nende osutamist omaette eesmärgiks, sest mõne funktsiooni täitmiseks on sobilikum asutusepõhine mudel.**

Nagu muudeski arengutes, on ka teenustepõhise hoolekande kujundamisel kiputud kalduma äärmustesse – *a' la* kogu maa tuleb täita (hoolekande)teenustega. Praktika on siiski näidanud, et teatud funktsioonide täitmine on ratsionaalsem, lihtsam ja arusaadavam, kui seda teha asutusepõhiselt.

**8. Teenuste defineerimisel ja loendi koostamisel on vajalik leida tasakaal eesmärgipärasuse ja ratsionaalsuse printsiipide vahel. See tähendab, et:**

- teenused peavad maksimaalse efektiivsusega tagama neile sätestatud eesmärkide saavutamise
- teenuste süsteem ja selle administreerimine peavad olema ratsionaalsed nii teenuse tarbija kui teenuse osutaja seisukohalt (nii sisult kui korralduslikult selgesti arusaadavad).

Selles postulaadis on teatud mõttes võetud kokku kõik eelnevad, mis teisiti väljendades võiks kõlada ka järgmiselt: **erinevaid teenuseid peaks olema nii palju kui vaja ja nii vähe kui võimalik.** Käesoleva töö autor on seisukohal, et põhiteenuseid peaks olema kindlasti alla kümne.

Eakate integreeritud hooldussüsteemi puhul oleks eelnevast tulenevalt otstarbekas (ratsionaalne) rääkida neljast põhiteenusest ja nende erinevatest, hooldatava seisundist ja kõrvalabi vajadusest tulenevatest kombinatsioonidest:

- eakate ja nende pereliikmete hooldusalane nõustamine
- eluasemeteenus
- hooldusabi teenus, sh
  - ✓ päevane koduhooldusabi
  - ✓ päevahoid (asutuse ruumides ja kliendi kodus)
  - ✓ ööpäevaringne institutsionaalne hooldusabi
- õendusabi teenus, sh
  - ✓ päevane koduõendusabi
  - ✓ institutsionaalne õendusabi, vajadusel ööpäevaringselt.



## 12. HOOLDUSE PLANEERIMINE JA TEOSTAMINE

„Viis aastat nelja aastaga!“

Meie tänased eakad, nagu ka peatselt eakateks saavad inimesed, on elanud põhiosa oma elust riikliku plaanimajanduse tingimustes. Enamasti oli planeerimisel tegemist viieaastaste tsüklitega, aga nende sisse sattus vist ka üks seitsme aasta pikkune. Kuna plaanimajandus oli inimeste elus viiekümne aasta jooksul praktiliselt kõiges ja kõikjal, on inimlikult mõistetav, et 1990. aastate algul taheti koos paljude muude asjadega teha lõpp ka igasugusele planeerimisele.

Võib-olla mõnevõrra üllatuslikult selgus aga üsna pea, et tegelikult polegi planeerimine ainult ühe riigi või süsteemi n-ö luul, vaid kogu maailm on elanud ja elab teatud plaanide järgi. Lihtsalt need plaanid on oma olemuselt väga erinevad nagu on erinev ka see, kui palju neid teadvustatakse ning kuidas ja kui palju neist räägitakse. Ning loomulikult on olemas plaanid, millest peaaegu keegi ei tea mitte midagi, mis tähendab, et tegemist on väga salajaste plaanidega.

Eaka inimese hooldusplaanid (eesti keeles sobiks vist nende kohta paremini *hoolduskavad*) salaplaanide kategooriasse ei kuulu, aga kuna nende puhul on vähemal või rohkemal määral tegemist delikaatsete teemade ja andmetega, ei ole need mõeldud ka üldiseks avalikuks kasutamiseks. Samas pole konkreetse inimese hoolduskavas ka midagi ülimalt keerulist, mistõttu kava koostamine ja teostamine ei nõua ei teaduste doktori ega magistri kvalifikatsiooni.

Võib-olla mõnevõrra lihtsustatult öeldes on eaka inimese hoolduskava puhul tegemist kõige tavalisema igapäevaste inimlike tegevuste kavaga (sisuliselt päeva plaaniga), mille eripäraks on see, et hoolduskavas on välja toodud ja see on keskendunud ennekõike nendele eluliselt tähtsatele tegevustele, mille puhul inimesele on tema päeva plaani teostamiseks vajalik osutada teatud erineva sisu ja keerukusega kõrvalabi. Siinkohal on oluline rõhutada, et oma päeva plaani teostab (või peaks teostama) ikka eakas inimene ise ja hooldusega tegelev personal ainult toetab teda selle juures.

**Teisiti öeldes on eaka inimese hoolduskava aluseks konkreetne inimene ise ja tema elu ning kava sisuks see, mida on vaja teha selleks, et inimene saaks oma igapäevaseid bio-  
psühho-sotsiaalseid vajadusi ühiskonnas aktsepteeritava viisil ja tasemel rahuldada ning oma soove ja eesmärke realiseerida.**

Kuna inimene on bioloogiline organism, on hoolduskava ja selle koostamise puhul oluline, et selle peafookuses oleks ennekõike inimese kui bioloogilise organismi funktsioneerimise tagamine. See tähendab hoolitsemist selle eest, et inimesel oleks rahuldatud tema baasilised füsioloogilised vajadused – söömine, joomine, hügieen, puhkamine jms. Nende vajaduste rahuldamiseks vajaliku kõrvalabi planeerimine ja tagamine võiks moodustada eaka hoolduskava esimese bloki.

Hoolduskava teise bloki sisuks võiks olla inimese toimetulekuvõime säilimise tagamine ja tervisliku seisundi jälgimine. Sellesse blokki kuuluksid inimesele piisava aktiivsuse, liikumise, sotsiaalse suhtlemise jms võimaluste loomine, samuti erinevad profülaktilised tegevused (näiteks kukkumiste ja lamatiste profülaktika) ning lihtsamad tervisliku seisundi jälgimise ja selle muutuste hindamisega seotud tegevused nagu näiteks pulsisisageduse lugemine, kehatemperatuuri ja vererõhu mõõtmine, ravimite manustamine jms.

Iseseisvalt oma kodus elava eaka hoolduskavas võivad omaette blokina olla välja toodud ka eaka elukondlikuks abistamiseks vajalikud tegevused nagu näiteks eluruumide koristamine, pesu pesemine ja korrashoid, toidu hankimine ja valmistamine, transpordi korraldamine, raha kasutamine ja asjaajamine jms.

Eraldi blokina peaksid hoolduskavas olema kindlasti esile toodud eaka tervisliku seisundi ja selle muutumise seisukohalt kriitilise tähendusega näitajad ja tegevused (näiteks suhkruhaigusega eaka puhul veresuhkru taseme jälgimine), samuti eaka erivajadustest (näiteks psüühikahäire, kuulmis- või nägemishäire) tulenevad ja neid arvestavad eritingimused või tegevused.

**Eaka tervisliku seisundi, toimetulekuvõime ja kõrvalabi vajaduse hindamist ning nende alusel esialgse hoolduskava koostamist on kõige otstarbekam ja lihtsam teostada eaka statsionaarsel ravil viibimise ajal ja raames.** Seejuures peaks lisaks üld- ja vajadusel eriarstidele ning õele andma eaka seisundile ja kõrvalabi vajadusele oma hinnangu (soovitavalt) ka füsioterapeut ning tegevusterapeut ja vajadusel ka teised spetsialistid nagu näiteks sotsiaaltöötaja või psühholoog.

Kui selgub, et eaka hilisem kõrvalabi vajadus on üsna ilmne, oleks eaka statsionaaris viibimise ajal otstarbekas kaasata hoolduskava koostamise protsessi ka selle asutuse või institutsiooni esindaja, kes hakkab eaka hooldamise eest pärast statsionaarist lahkumist vastutama ja/või vajalikke teenuseid osutama. Kui eakas jääb koju omaksete hooldusele, siis oleks otstarbekas võimaldada omaksetel viibida mõni ööpäev koos eakaga statsionaaris n-ö praktilisel väljaõppel.

Arvestades tervisliku seisundi, toimetulekuvõime ja kõrvalabi vajaduse hindamise olulisust ning seda, et eaka seisundist ja seisundile vastavast kõrvalabi vajadusest või selle iseloomust adekvaatse ettekujutamise saamiseks kulub statsionaaris üldjuhul maksimaalselt kaks nädalat, võiks eelnev statsionaarsel ravil (jälgimisel) viibimine olla eaka hooldusasutusse paigutamise kohustuslikuks tingimuseks.

Lõpliku, detailiseeritud hoolduskava koostamisel ja hooldusprotsessi planeerimisel on juhtiv roll juba konkreetsel hooldusasutusel või sellel institutsioonil, kes hakkab eaka hooldamise eest pärast statsionaarist lahkumist vastutama ja/või vajalikke teenuseid osutama. Seejuures peab arvestama, et **hoolduskava ei ole piibel, mis saab üks kord valmis ja niisuguseks ka jääb, vaid seda tuleb regulaarselt üle vaadata ja eaka seisundi muutumisest tingitult vajadusel ka muuta.**

Eaka hooldamise, sh hoolduskava koostamise ja hoolduse korraldamise üldisteks ning peamisteks alusteks on eaka anamnees, käesoleva hetke tervislik seisund, kasutatav raviskeem ja ravimid ning eaka spetsiifilised (eaka isiksusest tulenevad) erivajadused. Kõik tugi- ja hooldustegevused ning eaka üldine elukorraldus ehitatakse üles neist lähtuvalt ja neile tuginedes.

Eaka hoolduskava üldiseks aluseks sobib väga hästi EV Sotsiaalministeeriumi tellimusel 2004. aastal valminud eaka hoolduskava näidis. Kava koostamise loogika järgi fikseeritakse selles kliendi hooldusele võtmisel tehtavale kõrvalabi vajaduse hindamisele ja kliendi soovidele tuginedes kõik vajalikud protseduurid ja hooldustegevused, nende teostamise sagedused ja mahud, samuti kliendi erivajadused või -soovid ning muu oluline.

Konkreetseid peamisi hooldustegevusi ja protseduure ning nende teostamise juhendeid on lähemalt käsitletud järgmises peatükis.

## Hoolduskava üldskeem

Klient:					
Kehtib alates:			Kehtib kuni:		
Oluline! Eaka tervislikust seisundist tulenevad kriitilise tähtsusega indikaatorid ja/või tegevused.					
Nr	Tegevused	Kordade arv			Märkused
		kuus	nädalas	päevas	
	Fikseeritakse üksikhaaval kõik hooldustegevused				
Eritingimused või -teenused					
Klient:		Kliendi esindaja (vajadusel):			Teenuse osutaja:
Hoolduskava täitmise kokkuvõte					
Klient:		Kliendi esindaja (vajadusel):			Teenuse osutaja:

Eaka hoolduskava üldist alust võiks vajadusel täiendada näiteks järgmiste, ennekõike psüühikahäirest tingitud eritingimuste või -tegevuste ja nende teostamise tegevusjuhistega:

<b>Klient:</b>	
<b>Probleem</b>	<b>Tegevusjuhised</b>
Tunnetuse ja taju muutumine	
Mõtlemise muutumine, hirmud	
Aja struktureerimine ja sisustamine, unerežiim	
Toitumine ja ainevahetus	
Traumade ja vigastuste ennetamine	
Suhtlemise eritingimused	
Ühistegevus omaste ja tuttavatega	

Hoolduskava üldise alusskeemi alusel on sageli vajalik ja asjakohane koostada konkreetse inimese detailiseeritud hoolduskava, mis väiksemat kõrvalabi vajavate eakate jaoks võib olla koostatud ühe kuu kaupa. Võimalik, et minimaalset kõrvalabi vajava eaka jaoks piisab tegelikult ka asutuse üldisest päeva- ja nädalakavast.

Keerulisemas seisundis ja sellest tingitult suurema kõrvalabi vajadusega eaka detailne hoolduskava on reeglina vajalik aga koostada päevade kaupa iga nädala jaoks eraldi ning vajalikud tegevused või protseduurid ja nende teostamine võiksid selles olla välja toodud kas kellaajaliselt (nt konkreetne kellaeg või teatud ajavahemik) või ööpäeva faasi alusel (hommik, päev, õhtu, öö).

Detailsesse hoolduskavasse ei ole mõtet kirjutada kõiki tavapärase hooldusega seotud tegevusi ja protseduure, vaid ainult need, mis on tingitud eaka erilisest seisundist ja sellega kaasnevatest vajadustest. Detailse kava koostamisel oleks otstarbekas valida selleks niisugune vorm, et sellesse saaks võimalikult lihtsalt teha ka märkmeid tegevuste ja protseduuride teostamise kohta.

Näiteks võiks päevade ja kellaegade alusel detailiseeritud hoolduskava üks päev välja näha selline:

Klient:			
Kuupäev	Kellaeg	Tegevused	Täitmine
Nädalapäev ja kuupäev		Vastaval kellaajal vajalikud tegevused	Täitja allkiri, märkused
	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		

Eaka hooldusprotsessi väga oluliseks osaks on tegelikult veel üks grupp tegevusi, mida võib käsitleda omaette blokina, aga ka hoolduse ettevalmistamise ja teostamise üldise alusena. Need on üldisema iseloomuga tegevused, mis on seotud eaka harjumuspärase elukorralduse ja selle muutmisega:

- eaka hooldusele võtmine
- eaka teise elukohta ümberasustamine
- eaka asutusesisene ümberpaigutamine
- usuliste (või uskumuslike) vajaduste rahuldamine
- aktiveerimine ja puhkamine
- vaba aja sisustamine
- ühistegevus omaksetega
- surm ja sellega seonduva korraldus.

## 13. PRAKTILISTE HOOLDUSTEgevuste juhendid

*„Tee koos meiega,  
tee nagu meie,  
tee meist paremini“*

Praktiliste tegevuste juhendeid võib käsitleda erialase tegevuse oskusteabe või tarkvara osana, mille järgimine peaks sõltuvalt konkreetsest valdkonnast aitama eelduslikult täita näiteks järgmisi funktsioone:

- teenuste või tegevuste kvaliteedi tagamine
- soovitud tulemuste garanteeritud saavutamine
- tööalaste ebaõnnestumiste ja vigade vältimine
- kliendi rahulolu tagamine
- praktikule õigesti tegutsemise kindlustunde andmine
- praktiku abistamine keerulisemate probleemide lahendamisel
- praktiku kaitsmine võimalike ebaõnnestumiste puhul.

Tekke- või kujunemislool alusel võib praktilise tegevuse juhenditel eristada kahesugust päritolu:

- tegevusjuhendid, mille on välja töötanud uute tehnoloogiate, meetodikate, teenuste, tehnikate, ravimite jms väljatöötajad või arendajad.
- tegevusjuhendid, mis on välja kujunenud praktikute igapäevase erialase tegevuse kogemuste ja nende üldistamise baasil.

Neist esimesed on oma olemuselt esmapilgul kategoorilisemad kui teised ja nõuavad nende kasutajatelt reeglina juhendite väga täpset järgimist. Selles veendumiseks peaks piisama, kui meenutada näiteks kas või erinevate kodumasinade või mis tahes muude tarbekaupade kasutusjuhendeid ja garantiitingimusi, mille puhul garantii kehtib ainult juhul, kui te olete kasutusjuhendeid täpselt järginud.

Siiski ei saa ka praktikute igapäevase erialase tegevuse kogemuste baasil välja kujunenud tegevusjuhendeid pidada n-ö päris pehmeteks. Siinkohal tehnilisi erialasid kõrvale jättes võiks

seda eriti rõhutada seonduvalt inimeste elu mõjutavate praktiliste erialadega nagu näiteks erineva spetsialiseerumisega arstid, meditsiiniõed ja psühholoogid, kelle puhul iseseisvaks praktiliseks tegevuseks volituste saamiseks tuleb oma pädevust ja praktilise tegevuse oskusi üsnagi põhjalikult tõestada. **Seepärast võib vist ka öelda, et praktikute igapäevase tegevuse kogemuste baasil välja kujunenud tegevusjuhendid moodustavad teatud erialade või erialaste oskuste kultuurikihi.**

Samas ei tähenda oma erialaste oskuste tõestamine, et kõike peab alati ja ilmingimata tegema absoluutselt ühetaoliselt ja just nii, nagu mõni õpetaja ütleb või nagu mõnes praktilise tegevuse juhendis on kirjas. Iga praktik on isiksusena unikaalne, mistõttu ta paratamatult vähemal või rohkemal määral kohandab neid juhendeid oma isiksusele ja just nii nagu see talle on kõige sobilikum. Samuti tuleb praktilise tegevuse juhendeid sobitada konkreetsele kliendile ja olemasolevatele tingimustele. Põhijoontes kuuluvad praktikute igapäevase erialase tegevuse kogemuste baasil kujunenud tegevusjuhendid siiski täitmisele.

**Hooldusteenuste kvaliteedi ja hooldatavate heaolu tagamiseks, tööaja ja teenuste planeerimise parendamiseks ning teenuste hinna kujundamiseks ja arvestamiseks on paljudes riikides kasutusele võetud konkreetsete hooldus- ja põetustegevuste teostamise üldised juhendid.** Samuti on need juhendid kasutusel hoolduspersonali praktilise väljaõppe ühe alusena.

Nagu eespool osutatud, pole need juhendid absoluutsed, sest neid on enamasti vaja konkreetsele kliendile ja keskkonnale kohandada (individualiseerida). Samuti on vaja juhendeid regulaarselt üle vaadata ja vastavalt tehnoloogia arengule ning uute seadmete, abivahendite jms loomisel ning kasutuselevõtmisel neid vajadusel muuta. Põhijoontes jäävad nad siiski püsivateks hea praktika ja teenuste hea kvaliteedi tagamise juhendmaterjalideks.

Erinevates riikides ja asutustes kasutatavate juhendite loendid ja sisu on põhijoontes ühetaolised, sest usulisi ja uskumuslikke aspekte kõrvale jättes pole näiteks mähkmete vahetamisel ja vannitamisel rahvus ega kodakondsus just eriti olulised. Küll aga võib mõningaid erinevusi täheldada juhendite ülesehituses, nende üldises liigenduses või struktureerituses, oluliseks peetud ja rõhutatud aspektides, juhendite vormides jms. Hooldus- ja põetustegevuste teostamise üldistes juhendites on enamasti välja toodud järgmised elemendid:

- tegevuse nimetus
  - ✓ nt üldine vannitamine, üleni pesemine voodis, osaline pesemine kraanikausis, pea pesemine voodis jne



- elutegevus või valdkond
  - ✓ nt enese eest hoolitsemine, eritumine, söömine ja joomine, puhkamine ja magamine jne
- tegevuse kirjeldus
  - ✓ sh selle ettevalmistamine, teostamine ja järelhooldus nii kliendi, vahendite, keskkonna ja personali osas
- tegevuse läbiviimiseks vajalike töötajate arv ja nende kvalifikatsioon
- tegevuse teostamise orienteeruv ajakulu.

Kliendi hooldusele võtmine, talle vajalike teenuste määratlemine, teenuse koondhinna kujundamine ning hoolduskava koostamine on analoogsete kirjelduste olemasolul ja nende kasutamisel üsna lihtne. Konkreetsemalt, kliendi hooldusele võtmisel tehtavale kõrvalabi vajaduse hindamisele ja kliendi soovidele tuginedes fikseeritakse vajalikud tegevused, nende teostamise sagedused ja mahud, samuti kliendi erivajadused või -soovid ning muu oluline. Selle tulemusena valmib inimese üksikasjalik hoolduskava ning ühtlasi kujuneb ka inimese hooldamise (talle kvaliteetse hooldusteenuse osutamise) tegelik hind.

Erinevates riikides ja asutustes kasutusel olevaid juhendeid on tõlgitud ka eesti keelde, kuid nende kasutamist ei saa praegu eriti laialdaseks ja levinuks pidada. Küllap on nende mittekasutamisel erinevaid põhjusi, peamiseks on aga ilmselt siiski see, et **kogu eakate hooldamise valdkonna pikaajalise ja olulise alafinantseerituse ning sellest tingitud personali vähesuse tõttu on neid reaalsuses tegelikult väga raske järgida.**

Eestis võib esimeseks ulatuslikumaks (ja seni vist ka ainsaks) katseks töötada välja eakatele üldiseid hooldustegevuste juhendid pidada 2005. aastal sotsiaalministeeriumi tellimisel valminud juhendmaterjali „Eakate hooldamine ja hooldustegevused“, milles on ühetalise formaadi alusel kirjeldatud kokku 35 hooldustegevust („Hooldustegevuste ja protseduuride näidisstandardid“).

Kuna osutatud hooldustegevuste juhendid on praktikute poolt teadaolevalt hästi vastu võetud ja nii mõneski asutuses neist ka juhendatakse, on juhendid, nende formaat ja üldine ülesehitus aluseks ka käesolevas käsiraamatus toodutele. Praktikute märkuste ja soovitude alusel on neid ainult mõnevõrra korrigeeritud.

Peab arvestama, et käesolevas käsiraamatus toodud tegevuste juhendite loetelu ei ole kindlasti lõplik. Samas pole vist ka erilist mõtet hakata koostama eraldi juhiseid kõigile võimalikele hooldustegevustele, eriti veel niisugustele, mida igapäevases praktikas tuleb ette väga harva. Niisugustel juhtudel ja niisuguste hooldustegevuste jaoks on otstarbekam eraldi konkreetse väljaõppe läbiviimine.

Nagu eespool osutatud, on sõltuvalt konkreetsest asutusest, selle tingimustest ja võimalustest ning olemasoleva personali hulgast ja kvalifikatsioonist kindlasti vajalik vähemalt mõnede protseduuride osas teatud erisuste tegemine. **Seepärast võib kõige otstarbekamaks pidada seda, kui toodud näidisjuhendite alusel koostatakse igas eakate hooldamisega tegelevas asutuses omad ja asutuse tingimustele ning teenuste osutamise poliitikale vastavad juhendid.**

Käesolevas käsiraamatus on toodud nende hooldustegevuste juhendid, mille sooritamine peaks olema jõukohane ja lubatud hooldaja algväljaõppe läbinud töötajatele ja ka eakat omas kodus ise hooldavatele omaksetele. Samuti on need juhendid rakendatavad nii hoolekandeesutuses hooldusel oleva isiku kui omas kodus elava ja hooldaja abi kasutava isiku hooldamisel. Ehk teisiti öeldes – mähkmete vahetamine peab toimuma ühetaoliselt ega sõltu sellest, kas seda tehakse inimese kodus või hoolekandeesutuses.

Hooldustegevuste teostamise õppimisel nagu ka hooldaja väljaõppel on konkreetsete tegevuste omandamine teostatav ainult praktilise väljaõppe käigus. Hooldustöötaja praktilist väljaõpet on seejuures kõige otstarbekam teostada tema tulevases või olemasolevas töökohas. Omaksete väljaõppe kõige sobilikumaks vormiks on eakat hooldavate omaksete viibimine koos eakaga statsionaaris ja sealse personali juhendamisel konkreetsele eakale vajalike abistavate tegevuste õppimine.

## HOOLDUSTEGEVUSED

### 1. Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine

Nr	Tegevus	Märkused
1-1	Uue kliendi vastuvõtmine	
1-2	Kliendi ümberpaigutamine	
1-3	Kliendi ümberasustamine	
1-4	Usuliste vajaduste rahuldamine	
1-5	Aktiveerimine	
1-6	Vaba aja sisustamine	
1-7	Puhkamine ja magamaminek	
1-8	Suremine	

## 2. Enese eest hoolitsemine

Nr	Tegevus	Märkused
2-1	Üldine vannitamine	
2-2	Üldine pesemine voodis	
2-3	Pea pesemine voodis	
2-4	Osaline pesemine kraanikausis	
2-5	Käte pesemine kraanikausis	
2-6	Jalavann istudes	
2-7	Juustehooldus	
2-8	Küünthooldus	
2-9	Suuhooldus	
2-10	Silmade hooldus	
2-11	Raseerimine	
2-12	Riietamine	
2-13	Lamaja riietamine	
2-14	Lamaja lahtiriietamine	
2-15	Toitmine	
2-16	Tualeti kasutamine	
2-17	Mähkmete kasutamine	

### 3. Eluliste funktsioonide säilitamine

Nr	Tegevus	Märkused
3-1	Pulsisageduse lugemine	
3-2	Vererõhu mõõtmine	
3-3	Kehatemperatuuri mõõtmine	
3-4	Ravimite manustamine	
3-5	Lamatiste profülaktika	
3-6	Kukkumise profülaktika	
3-7	Pneumoonia profülaktika	
3-8	Inhalatsioonid	
3-9	Sidumine	

## 14. PSÜÜHIKAHÄIREGA EAKAS

*„Me ei ole enam need, kes me olime“*

Psüühikahäire viitab teatud raskuse ja eripäraga hälvete esinemisele aju psüühilistes funktsioonides, mis põhjustavad subjektiivseid vaevusi (nt hirmutunne) või halvendavad muul viisil kohanemist reaalsusega (nt hallutsinatsioonid). Suvaline muutus psüühilises funktsioonis ei ole veel käsitletav häirena. **Mõiste psüühikahäire väljendab seega eelkõige aju funktsionaalset seisundit ja ei viita alati konkreetsetele põhjustele ega ka võimalike haiguslike muutuste iseloomule ajus.**

Psüühikahäirete käsitlemise aluseks olevas Rahvusvahelises Haiguste Klassifikatsioonis (RHK-10) on iga psüühikahäire tähistatud tähe F ja kuni neljakohalise numbriga (koodiga). Häired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi ja koodi esimene number osutab vastavale häirete grupile.

**F0 – Orgaanilised psüühikahäired** (dementsus, deliirium, orgaaniline isiksushäire). Orgaaniliste psüühikahäirete ühiseks aluseks on peaajuhaigus (nt entsefaliit), ajukahjustus (trauma või ajuhaiguse tulemusel) või mingi muu häire, mille tagajärjeks on aju düsfunktsioon. Näiteks Alzheimeri tõbi on progresseeruv ajuhaigus, mille korral tekib närvirakkude hävimine ja kognitiivsete funktsioonide halvenemine kuni raske või sügava dementsuseni välja.

**F1 – Psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired** (intoksikatsioon, sõltuvus, kuritarvitamine). F1 grupi häired on põhjustatud sõltuvust tekitavate ainete (alkohol, opiaadid, kokaiin, amfetamiin, kannabinoidid, hallutsinogeenid jms) tarvitamisest. Kui jätta kõrvale sõltuvussündroom ja võõrutussündroom, siis enamus selle grupi sündroome on sarnased orgaanilistele psüühikahäiretele (grupile F1).

**F2 – Psühhootilised häired** (skisofreenia, püsivad luululised häired, äge mööduv psühhootiline episood, skisoafektiivne häire). Psühhootiliste häirete korral on tegemist inimese võimetusega eristada reaalsust subjektiivsetest elamustest (nt luulu, hallutsinatsioonide ja muude hälvete tõttu), mistõttu häiritud reaalsustaju alusel luuakse uus, ebareaalne maailm. Tüüpilisemad psühhootilised sümptomid on hallutsinatsioonid, luulumõtted, katatoonne rahutus või stuupor; vahel on ka väljendunud illusoorsed meelepetted või muud psühhootilise tähendusega tunnetusprotsessi häired.

**F3 – Meeleoluhäired** (episoodiline või korduv depressioon, tsüklotüümia, düstüümia, bipolaarne häire) korral on põhiliseks tunnuseks meeleolu muutus kas selle üldise alanemise (depressiooni) või tõusu (mania) suunas koos sellega kaasneva aktiivsuse üldise taseme muutusega.

**F4 – Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed psüühikahäired** (foobiad, paanika-, kohanemis- jms häired, äge stressreaktsioon, somatisatsioonihäire, hüpohondria). Neist häiretest kõige sagedasemad on ärevushäired.

- **Ärevushäirete** korral on keskselt subjektiivselt või muul viisil inimest häirivad ärevuse psüühilised ja kehalised sümptomid: sisemine rahutus, võimetus lõõgastuda, pingetunne, kergesti ehmumine, kõrgeenud erutuvus ja ärrituvus, hirm kaotada kontroll enese üle või n-ö minna hulluks või peast segi, surmahirm, südame kloppimine, higistamine, värisemine, vappumine, suukuivus, hingamisraskused, valud või düskomfortitunne rindkeres, iiveldustunne või ebameeldiv tunne kõhus, lihaspinge ja lihaspingega seotud valud, kuumad ja külmad hood, tuimusetunne või surinad, tükkitunne kurgus, neelamisraskused, insomnia tüüpi unehäired jms.
- **Dissotsiativsete häirete** ühiseks jooneks on osaline või täielik normaalse integratsiooni hävimine mälu, identsuse ja vahetute aistingute ning liigutuste kontrolli vahel.
- **Somatoformsetele häiretele** on iseloomulikud püsivad füüsilised ehk somaatilised sümptomid, mille puhul, vaatamata korduva uurimisele, ei leita orgaanilist alust ning patsiendid pöörduvad jätkuvalt oma kaebustega arstlikule uuringule.

**F5 – Füsioloogiliste funktsioonide häirete** ja somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid sisaldavad söömishäireid (anoreksia ja bulimia nervosa), unehäireid (nt insomnia, hüpersomnia, somnambulism) ja seksuaaldüsfunksioone (alanenud libiido, rahulduseta suguühe).

**F6 – Isiksushäired, muud käitumishäired** (paranoilisus, düssotsiaalsus, ebastabiilsus, patoloogiline hasartmängurlus, kleptomaania). Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäirete gruppi kuuluvad kliinilise tähendusega väärkohastumuslikud käitumismustrid ja seisundid, mis on püsivad ning väljendavad inimese iseloomulikku elustiili ja enese ning teistega suhtlemise viisi.

**F7 – Vaimne alaareng** (käitumishäireta või -häirega kerge, mõõdukas, raske ja sügav vaimne alaareng) on seotud sünnipäraselt madalate kognitiivsete funktsioonide (eelkõige intellekti) tasemega.

**F8 – Psüühilise arengu spetsiifilised häired** (kõne ja keele spetsiifilised arenguhäired, õpivilumuste spetsiifilised häired, pervasiivsed arenguhäired). Nende puhul on tegemist teatud kindlate funktsioonide madala taseme (nt spetsiifiline lugemishäire) või eripäraga (nt autism või Aspergeri sündroom).

**F9 – Lapse või nooruki muud käitumis- ja tundeeluhäired** (hüperkineetiline häire, käitumishäire, tundeelu- ja suhtlemishäired (lahutamiskartus, rivaalsushäire, valikuline mutism, kiindumishäire) jms). Häired algavad lapse või noorukieas ja sageli samas eas ka mööduvad või transformeeruvad muudeks psüühikahäireteks hilisemas eas. Näiteks lahutamiskartus lapseeas kas möödub või kujuneb selle alusel välja sõltuvat tüüpi isiksushäire.

**Psüühikahäirega eakad on üks komplitseeritumaid eakate grupe üldse ja seda juba alustades häire diagnoosimisest.** Nimelt võib eakal olla ainult üks (ühte gruppi kuuluv) psüühikahäire, aga väga sageli esinevad neist samaaegselt vähemal või rohkemal määral mitu. Samuti võib psüühikahäire kombineeruda erinevate somaatiliste haiguste või neuroloogiliste häiretega, kusjuures nn juhtiva häire kindlakstegemine võib osutada üsna probleemseks.

Väga oluline on eakate puhul ka see, missuguses vanuses psüühikahäire on tekkinud, sest on väga erinev, kas tegemist on n-õ staažika psüühikahäirega eakaga (juhul kui psüühikahäire on tekkinud lapseeas, noorpõlves või tööeas) või on psüühikahäire tekkinud vanemas eas.

Pikaajalise psüühikahäirega eakate puhul peab arvestama, et nende seisund ja toimetulekuvõime on oluliselt mõjutatud pikaajalisest haigusloost ja ravi protsessist, mida nende edasise ravi ja hoolduse planeerimisel ning teostamisel on vajalik kindlasti arvestada. Järgnevas käsitletakse peamiselt vanadusega kaasnevaid ja vanaduses tekkinud psüühikahäirega eakaid.

Psüühikahäirete esinemissagedust konkreetses populatsioonis väljendatakse enamasti teatud arvuliste näitajatega. Siiski tuleks ainult arvude alusel väljendatavasse statistikasse suhtuda mõningase ettevaatusega, sest vastavasisuline (arvuline) statistika on tugevas korrelatsioonis arstiabi ja selle üldise korralduse ning kvaliteediga. Eriti oluline on selle arvestamine erinevate populatsioonide omavahelisel võrdlemisel.



Näiteks oli nõukogudeaegses Eestis statistiliste andmete alusel isegi kaks ja enam korda rohkem skisofreeniahaigeid kui mõnes Kesk-Aasia vabariigis. Siiski ei tähendanud see, et skisofreenia oleks olnud Eesti „rahvuslik” haigus. Peamine põhjus oli ikkagi riigi eri regioonide arstiabi erinevas kvaliteedis. Samal ajal tuli Eesti tervishoiusüsteemile ja selle arengule suur haigestumuse näitaja kasuks, sest see võimaldas Moskvast täiendavaid ressursse taotleda.

Vanadusega kaasnevate või vanaduses tekkinud psüühikahäirega eakate täpsete statistiliste näitajate väljatoomine on probleemne ennekõike sellepärast, et eakate puhul jäetakse täpne diagnoosimine sageli tegemata või on ühese diagnoosi panemine mitme häire samaaegse kombineerumise tõttu raskendatud.

Eriti on see täheldatav dementsuse ja depressiooni samaaegse esinemise korral, sest mõlemal on palju sarnaseid sümptomeid nagu näiteks paranoidsed ja luulumõtted, hallutsinatsioonid, aktiivsuse häired, agressiivsus, une-ärkveloleku tsükli häired, ärevus ja foobiad, afektiivsed häired jms.

**Dementsus ja depressioon ongi kõige sagedamini esinevad vananemisega kaasnevad psüühikahäired.** Nii võib 65-aastastest ja vanematest inimestest täheldada dementsuse sündroomi erinevaid ilminguid umbes 10 protsendil eakatest ja depressiooni või depressiivseid ilminguid isegi ligi pooltel (sh kergelt või mõõdukat depressiooni umbes 20 protsendil ja rasket depressiooni umbes 5 protsendil eakatest). Kergelt kognitiivset defitsiiti võib täheldada kuni 20 protsendil eakatest.

Dementsus on tavaliselt kroonilise või progresseeruva kuluga sündroom, mille puhul on häiritud mitu kõrgemat ajutegevuse funktsiooni, sh mälu, mõtlemine, orientatsioon, arusaamine, taiplikkus, õppimisvõime jms. Mälu ja mõtlemishäired on sageli niisugusel tasemel, et nad häirivad eaka toimetulekut igapäevaeluga. Kognitiivsete ehk tunnetuslike funktsioonide häiretega kaasneb ja vahel ka eelneb neile emotsionaalne pidurdamatus, sotsiaalse käitumise või motivatsiooni halvenemine.

Dementsus esineb Alzheimeri tõve, tserebrovaskulaarse haiguse ja teiste kahjustuste puhul, mis primaarselt või sekundaarselt tabavad peaju. Dementsusega kaasnevad ilmingud võib jagada nelja gruppi:

- kognitiivsed häired (mälu ebaloomulik halvenemine, oskamatus kasutada kõnet või

sellest aru saada, võimetus eesmärgipärast ja varem osatud motoorset tegevust planeerida ning lõpule viia, suutmatus ära tunda asju, isikuid ja kohti, otsustusvõimetus, desorientatsioon ajas ja ruumis jms)

- käitumishäired (passiivsus ja agiteeritus, mis väljendub vaenulikkusena, agressiivsusena, kärsitusena, ekslemisena jms)
- psüühikahäired (tajumishäired: hallutsinatsioonid, väärkujutlused, luulumõtted, ärevus, depressioon, hirmud jms)
- isiksuse muutus, mis väljendub kas varem esinenud isiksuse joonte teravnemise või isiksuse totaalise muutumisena. Isiksuse muutumist on täheldatud kuni 90 protsendil dementsetest eakatest.

Psüühikahäirega eaka seisundi, selle muutuse ja kõrvalabi vajaduse hindamine nõuab erilist tähelepanu. Näiteks dementsuse diagnoosimiseks peab häire olema kestnud vähemalt 6 kuud. Seejuures tuleb silmas pidada psüühikahäirega kaasuvaid kehalisi haigusi, sensoorseid puudusi ja arvestades seda, et eakad võtavad sageli mitmeid ravimeid, ka ravimite võimalikke kõrvaltoimeid. Kõrvaltoimete viimine miinimumini aitab vähendada deliiriumi, mäluprobleeme, kõhukinnisust ja uriini retensiooni.

Psüühikahäire puhul esinevaid depressiivseid sümptomeid tuleb eristada niisugustest antipsühhootilise ravi kõrvaltoimetest ning negatiivsetest sümptomitest nagu näiteks emotsionaalse väljenduslikkuse tuimenemine, spontaanse kõne vähenemine, motivatsiooni puudumine. Depressiivsed sümptomid võivad eelneada või kaasuda psühhootiliste sümptomitega, seda eriti häire varajases staadiumis. Depressioon võib tugevamalt ilmneada psühhootiliste sümptomite taandumise järgselt.

Ärevuse sümptomid võivad kaasneada skisofreeniaga, olla haiguse ägenemise osaks, kaasneada sekundaarsetena kofeiini, ravimite või alkoholi kasutamisel. Agiteeritus ja/või vägivaldsus võivad kaasneada sümptomite taastekkega. Neid tuleb eristada deliiriumist, mis kaasneb näiteks alkoholi või psühhoaktiivsete ainete kasutamise/kuritarvitamisega.

**Psüühikahäirega eakate puhul on suur oht, et nende kehalisi haigusi ei avastata või nende ravi osutub puudulikuks.** Kehalise haiguse kindlakstegemiseks on vajalik

spetsiifilisem küsitlemine kui teiste haigete puhul. Lisariskid tervisele kaasnevad suitsetamise ja kofeiini tarbimise kõrge taseme ning alkoholi ja teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ning enda hooletusse jätmise tõttu.

Psüühikahäirega eakal sagedamini kaasnevateks somaatilisteks haigusteks on südameveresoonekonna haigused, II tüüpi diabeet ja muud seisundid, mis haaravad endokriinsüsteemi, hingamiselundkonda, gastrointestinaaltrakti, kuse- ja suguelundkonda ning neuroloogilised häired. Kehaliste ja neuroloogiliste häirete/haiguste sümptomeid ja nähtusid tuleb eristada antipsühhootilise ravi kõrvaltoimetest.

**Kõik psüühikahäirega eakaga töötavad isikud, sh nii professionaalid kui eakaga koos elavad omaksed peaksid jälgima, kas eakal pole lisaks psühhiaatrilistele sümptomitele ka mõnda kehalist haigust või tervisehäiret.** Eakaid on vaja vähemalt üks kord aastas kehaliste funktsioonide suhtes küsitleda ning 1-2 aasta jooksul kehaliselt põhjalikumalt kontrollida. Eaka üldkliinilise ja perekonna anamneesi tundmine võivad anda viiteid konkreetse eaka somaatilise tervise probleemsete valdkondade suhtes.

Kõrge riskigrupiga eakate (näiteks koduta või halbades tingimustes elavad inimesed või veeni süstitavaid narkootikume tarvitavad haiged) puhul võib kõne alla tulla spetsiifiliste uuringute, näiteks hepatiidi ja HI-viiruse analüüsid ning rindkere röntgenülesvõtte tuberkuloosi avastamiseks. Samuti tuleks propageerida hambaravi kasutamist ja küllaldast ning tervislikku toitumist.

Lisaks tavapärastele eaka hooldusega tegelevatele spetsialistidele on psüühikahäirega eakate puhul oluline roll psühhiaatril ja selle olemasolul ka psühhiaatria valdkonda spetsialiseerunud õel.

**Psühhiaatril** on keskne roll eaka psüühikahäire diagnoosimisel ja raviskeemi koostamisel ning vajadusel selle korrigeerimisel. Hoolduskava koostamises ja igapäevases hooldamise protsessis psühhiaater vahetult enamasti ei osale ning tal on pigem juhendav ja kooskõlastav roll.

**Psühhiaatriaõe** peamisteks ülesanneteks on eaka seisundi hindamine, hoolduskava koostamine ja hoolduse planeerimine, teiste hooldusprotsessis osalejate juhendamine, hoolduses osalemise ja eakaga suhtlemise kaudu eaka tervisliku seisundi jälgimine ning psühhiaatri ja perearsti informeerimine eaka tervislikust seisundist ja selle muutustest. Koos perega elava eaka puhul on psühhiaatriaõe ülesandeks ka pereliikmete koolitamine ja juhendamine.

**Perearstil** on oluline roll ennekõike somaatiliste haiguste diagnoosimisel ning ravil. Arvestades mõnede ravimite võimalikke kõrvalnähtusid, peaks medikamentoosse ravi määramine toimuma koos psühhiaatriga.

**Hooldaja** on ka psüühikahäirega eakale kõige lähemal, temaga ajaliselt kõige kauem koos ja vajadusel kiiresti kättesaadav. Hooldaja peamisteks ülesanneteks on eaka hooldusplaani koostamises ja selle teostamises osalemine, eaka võimalike probleemide ennetamine, probleemide olemasolul nende märkamine ja eaka juhendamine ning toetamine probleemidega toimetulekul.

**Omaksete ja lähedaste** roll on eriti oluline koos perega elava psüühikahäirega eaka hooldamisel ja toetamisel, sest peavad ju niisugusel juhul omaksed ise samaaegselt täitma nii hooldaja kui tegevusjuhendaja ning eaka tervisliku seisundi jälgimise osas ka psühhiaatriaõe funktsioone. Nende ülesannete teostamiseks vajavad nad algset väljaõpet, pidevat kontakti professionaalidega ning vajadusel täiendavat juhendamist.

Omaksetest ja lähedastest võib olla olulist abi ka iseseisvalt elavate või iseseisvalt elavate ja toetavaid teenuseid kasutavate psüühikahäirega eakate hooldamisel ning toetamisel. Ennekõike saavad omaksed ja lähedased aidata eaka igapäevaste eluliste vajaduste ja suhtlemisvajaduse rahuldamisel, aja struktureerimisel, vaba aja sisustamisel ja reaalsustaju ning reaalsusega kontaktide säilitamisel. Eakat pikemat aega tundes võivad nad aegsasti märgata ka muutusi eaka tervislikus seisundis.

Hooldekodus ööpäevaringsel hooldamisel oleva psüühikahäirega eaka puhul saavad omaksed ja lähedased aidata eaka suhtlemisvajaduse rahuldamisel, vaba aja sisustamisel ja reaalsustaju ning reaalsusega kontaktide säilitamisel.

Vanadusega kaasnevate psüühikahäiretega eakas võib esmapilgul tunduda äärmiselt keerulise ja mingil määral ilmselt ka salapärasena. Tema käitumine, tegevused ja suhtlemine võivad tunduda arusaamatute ja isegi ehmatavate või hirmutavatena.

Siiski peab arvestama, et **eaka käitumise ja tegevuse iseärasused on enamasti tingitud tema psüühikahäirega kaasnevatest probleemidest, mida teades ja tundes on eaka hooldamisega võimalik vägagi edukalt toime tulla.** Järgnevalt on välja toodud vanadusega kaasnevate psüühikahäiretega eakate peamised ja enamlevinud probleemid ning juhised nendega toimetulekuks.

## Tunnetuse ja taju muutumine

### *Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eakal võib esineda hallutsinatsioone, aistingute väärtõlgendust, ekslikke veendumusi ümbruse suhtumisest temasse.
- Eakal võib väheneda temperatuuritundlikkus, mistõttu ta võib minna külma ilmaga välja liiga kergelt rietatut või istuda toas paksudes üleriides.
- Eakal võib muutuda või väheneda maitsetundlikkus, võivad tekkida raskused kehaosade asendi määratlemisel/nimetamisel.
- Tunnetuse ja taju muutumisest tingituna võivad eakal tekkida raskused tavapärase esemete, nt söögiriistade kasutamisel.

### *Tegevusjuhised:*

- Hinnata tunnetuse ja taju muutumise mõju eaka keha ja ümbritseva ruumi tunnetamisele ning liikumisele, janu- ja näljatundele, valule.
- Jälgida, et eakas oleks rietatud vastavalt ümbritseva keskkonna temperatuurile, tarbiks sobiliku temperatuuriga jooke ja sööke.
- Säilitada reaalsusele suunatud suhteid ja olustikku, selgitada eakale tekkinud muutuste põhjusi ja võimalikke arenguid, õpetada muutustega toimetulekut.

## Mõtlemise muutumine

### *Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eaka mõtlemise selgus väheneb ja võib ööpäeva jooksul tingituna stressist või väsimusest muutuda.
- Eakal võivad esineda erineva iseloomuga mäluhäired ja tekkida sund- või domineerivad mõtted, näiteks oma tervisliku seisundi osas.

### *Tegevusjuhised:*

- Määratleda eaka kognitiivsete võimete languse aste, selgitada eakale lihtsalt, lühidalt ja korduvalt tema reaalselt olukorda.
- Eakale tuleb läheneda ja temaga suhelda võimalikult rahulikult ning aeglaselt, anda talle aega olukorraga kohanemiseks ja öeldust arusaamiseks.

## Hirmud

### *Probleemi kirjeldus:*

- Eaka üldise võimekuse vähenemisega võivad kaasnedä kaitsetuse tunne, hirm tuleviku

ning võimekuse edasise vähenemise ja surma ees.

- Eakas võib muutuda kartlikuks, kahtlustavaks, kergesti ärrituvaks ja agressiivseks, asuda kaitsepositsioonile ning sulguda enesesse.

#### *Tegevusjuhised:*

- Pidevalt jälgida ja hinnata muutusi eaka käitumises, kahtlustavust, ärrituvust, kaitsepositsioonil olemist.
- Soodustada eaka sisemist ja välist turvatunnet, olla koos eakaga, teda rahustada ja reageerida eaka pöördumistele võimalikult kiiresti.
- Muutusi ümbritsevas keskkonnas, tegevustes ja protseduurides teha võimalikult aeglaselt ja rahulikult ning eelnevalt olukorda selgitades.

### **Tegevusetus**

#### *Probleemi kirjeldus:*

- Eaka tähelepanuvõime vähenemine, füüsilise piiratuse kujunemine ja tüdimus vähendavad eaka aktiivust aja sisustamisel.
- Motoorsete funktsioonide halvenemine väljendub kehalises nõrkuses, vastupidavuse vähenemises ja kiires väsimises.

#### *Tegevusjuhised:*

- Otsida tegevusi, mis eakale meeldivad ja teda huvitavad, suunata eakat neile ja toetada teda tegevustes.
- Viia eakas värskesse õhku jõukohastele jalutuskäikudele, kasutades vajadusel liikumise abivahendeid.
- Liikumiskustega või depressiivsetele eakatele õpetada passiivseid liigutusi ja lihtsaid liikumisharjutusi.

### **Unehäired**

#### *Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eakal võib ööpäevane ärkveloleku ja une rütm olla sageli tavapärasele vastupidine, paljud on öösiti rahutud, kannatavad unepuuduse käes.
- Unepuudus põhjustab ärrituvust, agressiivsust, keskendumisvõimetust ja suurendab vastuvõtlikkust haiguste le.
- Psüühikahäirega eakas on palju ärkvel, ei tunneta vajadust öigel ajal magama minna, kõnnib sageli sihitult ringi, sh öösel, häirides teiste öörahu.

*Tegevusjuhised:*

- Anda eakale võimalus puhata õigel ajal ja vältida päeva teisel poolel erutavaid ning väsitavaid tegevusi ja uinakuid, soodustada liikumist.
- Minimeerida magamist häirivad tegurid, seada sisse korrapärased magamamineku ajad ja rituaalid, piirata õhtusel ajal vedeliku tarbimist.
- Öösel ärganud eakaga tuleb rääkida vaikselt ja rahulikult, selgitada, et öö on magamiseks ja suunata eakas voodisse.

**Enesehooldusdefitsiit***Probleemi kirjeldus:*

- Füüsiliste piirangute, psühhosotsiaalsete probleemide, depressiooni jms tõttu võib eakal kasvada võimetus igapäevaste tegevustega toime tulla.
- Eakas võib mitte ära tunda esemeid või unustada nende kasutamise otstarbe, võib unustada hügieenireeglid ja riietumisharjumused.

*Tegevusjuhised:*

- Määrata eaka hügieeni (hambapesu, naha hooldus, juuksed, küüned, habemeajamine jms) vajadused ja aidata, kui eakas ise toime ei tule.
- Muuta hügieeniprotseduuride teostamine ja enese eest hoolitsemine regulaarseks, rutiinseks ja eaka jaoks võimalikult meeldivaks.
- Valida koos eakaga talle sobiv ning meeldiv, lihtne ja eaka üldisele võimekusele vastav riietus ning töötada koos välja riietumise rutiin.

**Toitumishäired***Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eakal võivad olla puudulikud teadmised õigest toitumisest või suutmatust otsustada, mida ja kuidas süüa.
- Eakas võib tajuhäirete tõttu toitu mitte märgata, unustada sööginõude kasutamise oskuse või lauakombed.

*Tegevusjuhised:*

- Hinnata eaka toitumislaseid teadmisi, vajadusel selgitada adekvaatsete toitumisharjumuste olulisust, määratleda kehaline koormus ja toitainevajadus.
- Valida toit, mille tarbimine on lihtne ja mis maitseb eakale, vajadusel abistada söömisel, anda söömiseks piisavalt aega ja anda üks toit korraga.

## Ainevahetushäired

### *Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eakal võib olla häiritud ainevahetus ning tal võib olla probleeme uriinipidamatuse või kõhukinnisusega.
- Eakad väljutavad korraka vähem uriini, kuid teevad seda sagedamini kui nooremad, vähenenud söömise tõttu väheneb ka rooja hulk.
- Eakas võib unustada, kus on tualettruum, kuidas seda kasutada või pidada tualetiks ruume, mis on mõeldud hoopis muuks otstarbeks.

### *Tegevusjuhised:*

- Viia eakas regulaarselt tualetti, selgitada mida seal on vaja teha ning vajadusel seejuures abistada, vältides kiirustamist.
- Suunata eakas päeval talle vajalikus koguses meelepärast vedelikku tarbima ning jälgida, et päeva teisel poolel oleks vedeliku kogus väike.
- Eaka pidamatusse tuleb suhtuda rahulikult, märgamise korral vahetada kohe riietus.

## Traumade risk, vigastused

### *Probleemi kirjeldus:*

- Psüühikahäirega eaka ruumilise orienteerumise ja ohtude märkamise võimed vähenevad, sageli halveneb lihaste töö ja keha nõrgeneb.
- Eakas ei tunne enam ära esemeid või nende kasutamistotstarvet või ei oska hinnata nende ohtlikkust.
- Muutuste tulemusena liigub eakas ebakindlalt, sageli sihitult, komistab ja võib kukkuda.

### *Tegevusjuhised:*

- Kujundada elukeskkond võimalikult ohutuks, kõrvaldada ohtlikud või liikumist takistavad/raskendavad esemed, vajadusel paigutada ruumi liikumist toetavad abivahendid.
- Seada voodi kõrgus vastavalt eaka vajadustele.
- Hoolitseda, et eakal oleks mugav riietus ja libisemiskindlad ning hästi toetava tallaga jalanõud.
- Varustada eakas liikumishäire raskusastmele vastavate ja talle sobilike liikumise abivahenditega ning õpetada neid kasutama.



**Psüühikahäirega eakaga suhtlemine on eaka elukvaliteedi tagamise ja hooldamise üks võtmetegureid.** Eakaga suhtlemise strateegia ja tehnikate valimisel peab arvestama ennekõike järgmisi eespool kirjeldatud vananemisega kaasnevaid muutusi ja neist tingitud probleeme:

- eaka tunnetus ja taju võivad olla muutunud
- eaka mõtlemine võib olla muutunud
- eakal võivad olla erinevad hirmud, mis pärsivad tema tunnetust, taju ja mõtlemist
- eakal võivad olla unehäired, mistõttu ta võib olla tavapärasest erinevas „ajavööndis“.

**Lisaks üldistele probleemidele, mis võivad eakatel esineda on eakaga suhtlemisel vajalik arvestada, et iga psüühikahäirega eakas on elanud oma unikaalset elu, mille jooksul tal on välja kujunenud:**

- oma suhtlemisharjumused
- oma eelistused sellest, kuidas teised temaga võiksid suhelda
- talle harjumuspärane ja arusaadav sõnavara
- suhtlemise lemmikteemad ja teemad, mis häirivad
- suhtlemise harjumuspärane intensiivsus ja suhtluskoormus.

Psüühikahäirega eakaga kontakti saavutamisel ja positiivse suhtluskeskkonna kujundamisel on oluliseks abiks, kui vastavasisuline informatsioon oleks enne eakaga suhtlemise alustamist personalile teada. Kõige paremini teab oma eelistusi eakas inimene ise, samuti võivad vastavasisulist teavet omada eaka omaksed, lähedased, tuttavad ja temaga varem töötanud professionaalid.

Sõltumata sellest, kui palju konkreetse eaka suhtlemisharjumustest ja -eelistustest õnnestub teada saada, võiksid praktikud ja omaksed juhendada eakaga suhtlemisel järgmisest põhimõtetest:

- Võimalusel valige suhtlemiseks sobiv keskkond ja distants.
- Proovige teha suhtlussituatsioon võimalikult mugavaks ja meeldivaks.
- Käituge rahulikult ja asjalikult.
- Rääkige eakaga nagu täiskasvanuga, mitte kui lapsega.
- Kuulake eakat väga tähelepanelikult.

- Ärge rääkige liiga kiiresti.
- Ärge ärrituge ega käsutage.
- Rääkige selgelt ja lühikeste lausetega.
- Andke eakale aega öeldust arusaamiseks.
- Andke eakale aega vastamiseks.
- Ärge rääkige eaka jutule vahele, vajadusel sekkuge delikaatselt.
- Kontrollige, kas eakas sai õigesti aru, vajadusel korrake öeldut.
- Sõnastage olulisemad teemad ümber ja kontrollige, kas saite eaka öeldust õigesti aru.
- Kui eakas ärritub, vahetage suhtlusteemat.

Nii nagu kõigi teiste inimestega suhtlemisel, on ka eakaga suhtlemisel oluline arvestada nii iseenese kui oma partneri kehakeelt. Eaka kehakeele jälgimine on oluline ka siis, kui temaga vahetult ei suhelda, sest kehakeele kaudu võib saada teavet eaka vaevustest, näiteks märgamisest, kõhukinnisusest vms.

Psüühikahäirega eaka hooldamisel võib prioriteetsetena välja tuua järgmised momendid ja põhimõtted:

- Tagada eakale turvaline elukeskkond ja ennetada vigastusi.
- Säilitada eaka reaalsusele orienteeritus ning vältida isolatsiooni ja ülestimuleerimist.
- Abistada eakat ja eaka omakseid toimetulekuvõimaluste leidmisel.
- Hõlbustada suhtlemist.
- Julgustada eakat enese eest võimetekohaselt hoolitsemisele.
- Soodustada sotsiaalselt vastuvõetavaid käitumisviise.
- Piirata sobimatut käitumist.

Psüühikahäirega eaka hoolduskava üldiseks aluseks võiks võtta allpool toodud EV Sotsiaalministeeriumi tellimisel 2004. aastal valminud eaka hoolduskava näidise. Hoolduskava koostamise loogika järgi fikseeritakse selles kliendi hooldusele võtmisel tehtavale kõrvalabi vajaduse hindamisele ja kliendi soovidele tuginedes vajalikud protseduurid, nende teostamise sagedused ja mahud, samuti kliendi erivajadused või -soovid ning muu oluline.

Eaka hoolduskava alust võiks täiendada järgmiste psüühikahäirest tingitud eritingimuste või -tegevuste ja tegevusjuhistega:

- tunnetuse ja taju muutumine
- mõtlemise muutumine, hirmud
- aja struktureerimine ja sisustamine, unerežiim
- toitumine ja ainevahetus
- traumade ja vigastuste ennetamine
- suhtlemise eritingimused
- ühistegevus omaste ja tuttavatega





Kuupäev:	
Klient:	Koostaja:
<b>ANAMNEES</b> Perekonna anamnees	
<b>Vanemad:</b> <i>Sotsiaalne staatus, haridus, tööala või tegevusvaldkond, vaimse ja füüsilise tervise iseärasused, mõnuainete tarvitamine, eluiga, surma põhjused ja nende vanus eaka sündimisel.</i>	
<b>Vanavanemad:</b> <i>Vanematega analoogsed andmed eaka vanavanemate, eaka vanemate õdede ja vendade ning nende laste kohta. Samuti võiks olla märgitud, kas ja kui võrd on erinevad põlvkonnad elanud koos ja/või omavahel lävinud.</i>	
<b>Õed-vennad:</b> <i>Sündimise aeg, järjekord, areng lapsena, haridus, tegevusvaldkond, iseloomu põhijooned, sotsiaalne staatus, tervise üldine seisund, iseärasused ja erivajadused. Kindlasti ka need õed-vennad, kes on juba surnud (koos surma aja ja põhjusega).</i>	
<b>Suguvõsa tervikuna:</b> <i>Pärilike ja teiste sagedamini esinenud haiguste (näiteks südame-veresoonkonna haigused ja pahaloolumulised kasvajad), psüühikahäirete, alkoholismi, suitsidaalsete tendentside, neuroloogiliste häirete jms esinemine.</i>	

<b>Kuupäev:</b>	
<b>Klient:</b>	<b>Koostaja:</b>
<b>ANAMNEES</b>	
Elu anamnees	
<b>Looteiga ja sünnitus:</b>	
<i>Ema tervis raseduse ajal, tervise häired ja traumad, rasedusega seotud emotsionaalne seisund, vanemate ootused lapse suhtes, sünnituse õigeaegsus ja kulg.</i>	
<b>Imiku- ja väikelapseiga:</b>	
<i>Üleskasvamise miljöö ja lähikeskkond, perekonna koosseis, kasvukeskkond ja kasvatajad, majanduslikud tingimused, füüsiline ja psüühiline areng, psüühiliselt traumeerivad sündmused, huvide kujunemine.</i>	
<b>Kooliaeg ja haridustee:</b>	
<i>Suhtumine kooliminekusse ja koolikäimisse, õppeedukus, lemmikained ja -tegevused, läbisaamine teiste õpilaste ja õpetajatega, staatus õpilaste seas, huvitegevused, saavutused, kooli või klassi vahetamine, rahulolu haridusteega.</i>	
<b>Töölane elu:</b>	
<i>Töö- ja tegevusvaldkonna valik, selle motiivid, töökohad ja ametid, kutsepüsivus, suhted töökaaslastega, tööalased saavutused ja ebaõnnestumised, rahulolu valitud eriala ja tööalase käekäiguga.</i>	
<b>Iseseisva elu alustamine ja korraldus:</b>	
<i>Sõjaväeteenistuses osalemine, sõjaväelised suhted, iseseisva elu alustamine, selle põhjused ja iseseisvalt toimetulek, rahulolu ja probleemid, suhted teiste inimestega.</i>	
<b>Perekonnaelu:</b>	
<i>Suguline küpsemine ja suguelu enne kooselu algust, kooselude arv, kooselu ja lahkuminekuga põhjused, suhted kooselu ajal, konfliktide esinemine, lapsed, laste arv ja nende areng, suhted lastega.</i>	
<b>Tööjärgne aeg ja vananemine:</b>	
<i>Töötamise lõpetamise aeg ja põhjused, sellega kaasnenud üleelamised, kohanemine tööjärgse eluga, suhtlusring ja igapäevase elu korraldus ning toimetulek, mõtted elu lõppemisest ja surmast.</i>	

Kuupäev:	
Klient:	Koostaja:
<b>ANAMNEES</b> Haiguse anamnees	
<b>Üldine tervise anamnees:</b> <i>Kronoloogilises järjestuses ülevaade eakal elu jooksul esinenud somaatilise ja psüühilise tervise häiretest, põetud haigustest, traumadest. Välja peaks olema toodud häirete ja haiguste ravimeetodid ning kasutatud ravimid, ravi efektiivsus, kõrvalmõjud ja jääänähud, psühhotroopsete ja mõnuainete tarvitamine.</i>	
<b>Käesoleva (või juhtiva) häire anamnees:</b> <i>Esimesed häire tekkimise sümptomid ja aeg, nende märkaja, sümptomitega kaasnenud muutused psüühikas, enesetundes ja käitumises, häire edasine kulg ja selle dünaamika, psüühikas ja käitumises muutuste tekkimise järjekord ja muutuste sügavus, häirega kaasnenud subjektiivsed üleelamised, häirete mõju igapäevaelule, suhetele teistega ja toimetulekule, peamised mured, seni kasutatud ravivõtted ja nende efektiivsus, subjektiivne hinnang oma seisundile ja perspektiividele.</i>	



<b>Kuupäev:</b>	
<b>Klient:</b>	<b>Hindaja:</b>

## FÜÜSILISE ENESEHOOLDUSE SKAALA

### 1. TUALETI KASUTAMINE

- Pidamatust ei esine, hoolitseb enda eest täielikult
- Vajab meeldetuletamist või abi puhastamisel (pidamatust vähem kui 1 kord nädalas)
- Määrib ja märgab voodit rohkem kui üks kord nädalas
- Määrib või märgab end ärkvel olles rohkem kui üks kord nädalas
- Ei kontrolli oma põie ja pärasoole funktsioneerimist

### 2. SÖÖMINE

- Sööb iseseisvalt, ilma abita
- Vajab vähest abi, spetsiaalselt ettevalmistatud toitu või puhastamist
- Vajab söömisel mõõdukat abi, on räpakas
- Vajab toitmist kõikidel söögikordadel
- Ei söö, avaldab toitmisel vastupanu

### 3. RIIETUMINE

- Valib riided ja riietub ise
- Riietub ise, kui riided on eelnevalt valitud
- Vajab riietumisel veidi abi
- Vajab abi riietumisel ja on abistajaga koostöövalmis
- Ei riietu ja avaldab riietamisel aktiivset vastupanu

### 4. VÄLIMUSE KORRASHOID

- Alati korrastatud ja puhtalt riides
- Korrastab enamasti adekvaatselt, võib vajada vähest abi
- Vajab mõõdukat ja regulaarset abi või järelevalvet
- Vajab igakülgset abi, aga jääb hästi korrastatuks
- Avaldab korrastamisele aktiivset vastupanu

### 5. LIIKUMINE

- Liigub vabalt igal pool
- Liigub tavapärasel elukeskkonnas ja selle lähiümbruses
- Liigub teiste abiga või kasutab abivahendeid
- Istub ilma abita, ise ei suuda asukohta vahetada
- Lamab voodis enam kui pool ajast

### 6. PESEMINE

- Peseb ilma abita
- Vajab vähest abi
- Peseb raskusteta käsi ja nägu, ei suuda pesta kogu keha
- Ei pese end üldse, aga on abilistega koostöövalmis
- Ei pese ja avaldab abilistele aktiivset vastupanu

Kuupäev:	
Klient:	Hindaja:

## GERIAATRILISE DEPRESSIOONI SKAALA

Vali vastus selle järgi, mida oled tundnud viimase 2 nädala jooksul.

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Kas Sa oled üldiselt rahul oma eluga?                                | Jah / ei |
| 2. Kas Sa oled ära jätnud mõned oma huvialad või tegevused?             | Jah / ei |
| 3. Kas sa tunned, et Su elu on tühi?                                    | Jah / ei |
| 4. Kas Sul on sageli igav?  | Jah / ei |
| 5. Kas sa oled heas tujus enamuse osa päevast?                          | Jah / ei |
| 6. Kas sa kardad, et midagi halba võiks Sinuga juhtuda?                 | Jah / ei |
| 7. Kas Sa tunned end õnnelikuna enamuse osa ajast?                      | Jah / ei |
| 8. Kas Sa tunned end sageli abituna?                                    | Jah / ei |
| 9. Kas Sa eelistad jääda pigem koju, kui minna välja ja teha uusi asju? | Jah / ei |
| 10. Kas Sul on rohkem mäluprobleeme kui enamusel inimestel?             | Jah / ei |
| 11. Kas Sa arvad, et on hea praegusel hetkel olla elus?                 | Jah / ei |
| 12. Kas Sa tunned end väärtusetuna sellisena nagu Sa oled?              | Jah / ei |
| 13. Kas Sa tunned end olevat täis energiat?                             | Jah / ei |
| 14. Kas Sa tunned, et situatsioon on lootusetu?                         | Jah / ei |
| 15. Mis Sa arvad, kas enamus inimesi elavad paremini kui Sina?          | Jah / ei |

Vastus saab ühe punkti, kui on vastatud järgmiselt:

- |        |        |        |         |         |
|--------|--------|--------|---------|---------|
| 1. Ei  | 4. Jah | 7. Ei  | 10. Jah | 13. Ei  |
| 2. Jah | 5. Ei  | 8. Jah | 11. Ei  | 14. Jah |
| 3. Jah | 6. Jah | 9. Jah | 12. Jah | 15. Jah |

Punkte kokku .....

Üle 5 punkti viitab depressioonile.

## VAIMSE SEISUNDI MINIUURING

Vaimse seisundi miniuuring (Mini Mental State Examination – MMSE) on 1970. aastatel kasutusele võetud ja senini laialdaselt kasutatav ning lihtsalt läbiviidav kirjalik lühitest. Seda kasutatakse:

- diagnostilise abivahendina dementsuse kahtluse korral
- vaimse seisundi muutuse hindamiseks pikema perioodi jooksul.

Testi täitmiseks kulub umbes 10 minutit, kuid koos ettevalmistuse ja kokkuvõtte tegemisega (sh dokumentatsiooni vormistamine) võib protseduur võtta aega kuni pool tundi.

MMSE aitab hinnata inimese orienteerumist ajas ja kohas, oskust arvutada, ruumitaju, vahetut ja lühiajalist mälu, tähelepanu. Kõnefunktsiooni aitavad hinnata nimetamine, kordamine, kolmeastmelise käskluse täitmine, arusaamine, lugemine ja kirjutamine.

MMSE maksimaalne punktisumma on 30 ja tehtud vead vähendavad seda. Dementsuse kahtlus kinnitub, kui punktisumma on alla 23...24.

Arvestada tuleb asjaolu, et kõrgema intellektuaalse tasemega isikute puhul ei tarvitse lihtsustatud skaala osutada kuigi tundlikuks. Testi tulemust võivad mõjutada ka kõne- ja nägemishäired.

MMSE tulemus ei ole piisav dementsussündroomi diagnoosimiseks ega kliendi töövõime hindamiseks. Selleks on vajalik täpsema anamneesi koostamine ja seisundi hindamine.

# SULGEGE SILMAD

## VAIMSE SEISUNDI MINIUURING

NB! Viia läbi kliendi emakeeles

Klient:	Sünniaeg:
Testi läbiviija:	Kuupäev:

	Vale	Õige
<b>Orientatsioon</b>		
1. Mis aasta praegu on?	0	1
2. Mis aastaaeg praegu on?	0	1
3. Mis kuupäev täna on?	0	1
4. Mis nädalapäev täna on?	0	1
5. Mis kuu praegu on?	0	1
6. Mis riigis me elame?	0	1
7. Mis maakonnas me elame?	0	1
8. Mis linnas me oleme?	0	1
9. Mis kohas me oleme?	0	1

Asutuse / koha nimetus, kui ollakse kliendi kodus, siis nimetada aadress.

10. Mitmendal korrasel me oleme? 0 1

### Meeldejätmine

11. Nüüd ütlen kolm lühikest sõna (iga sõna jaoks 1 sekund). Jätke need meelde ja korrake neid kohe. Iga õige sõna annab esimesel korral 1 punkti. Sõnu tuleb korrata seni, kuni klient omandab kõik kolm sõna. Loetleda tuleks ka korduste arvu.

särk	0	1
punane	0	1
vilgas	0	1

Korduste arv .....

### Tähelepanu ja arvutamine

12.1 Lahutage 100-st 7, saadud tulemusest seitse ja nii edasi. Teha seda viis korda. Iga õige vastus annab 1 punkti.

93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1

Kui klient ei saanud ülesandest aru, võib seda veel üks kord korrata. Ülesannet võib korrata ka selle täitmise keskel. Kui klient teeb ühe korra vea, kuid jätkab õigesti, st lahutab saadud väärist arvust 7, loetakse valeks 1 vastus. Ülesande täitmisel ei kasutata paberit ega kirjutusvahendit. Või (kui klient ei soovi või ei ole võimeline arvutusülesandeks)

12.2 Lugege tagurpidi sõna **KATUS**

**S ...1 / U ...1 / T ...1 / A ...1 / K ...1**

Kui klient ei saanud ülesandest kohe aru, võib ülesannet veel üks kord korrata.

	Vale	Õige
<b>Sõnade taasesitamine</b>		
13. Nimetage need kolm sõna, mis te enne meelde jätsite ja kordasite. <i>Järjestus ei ole oluline.</i>		
särk	0	1
punane	0	1
vilgas	0	1

### Kõne

14. Mis see on? *Näidata esemeid.*

pliiats	0	1
kell	0	1

15. Korrake järgmist lauset:

**„Igal puul on oma juur“** 0 1

*Lauset ei või korrata. Punkti saab vaid lause täiesti õigesti kordamise eest.*

16. Nüüd annan teile paberilehe. *Andke paber.*

Palun tehke nii:

„Võtke paber paremasse kätte, murdke paber pooleks ja asetage põlvedele“

võtab paberi paremasse kätte	0	1
murrab paberi pooleks	0	1
asetab paberi põlvedele	0	1

*Käsklust ei või korrata ega klienti aidata.*

17. Lugege valjusti see lause (*näidake teksti „Sulgege silmad“*) ja toimige vastavalt sellele

0 1

*Punkti saab anda, kui klient loeb lause ja suleb ka silmad.*

18. Siin on paber ja pliiats

Kirjutage üks lause. 0 1

*Punkti saab anda, kui lause on arusaadav ning selles on alus ja öeldis. Kirjavigu võib esineda.*

### Ruunitaju

19. Paberil on kaks kujutist.

Joonistage nende alla täpselt samasugused kujutised.

0 1

*Punkti saab anda, kui hulknurkadel on õige arv külgi ja nurki ning kui lõikepind on nelinurkne.*

**Kokku punkte ..... / 30**

Kirjutage siia üks lause.

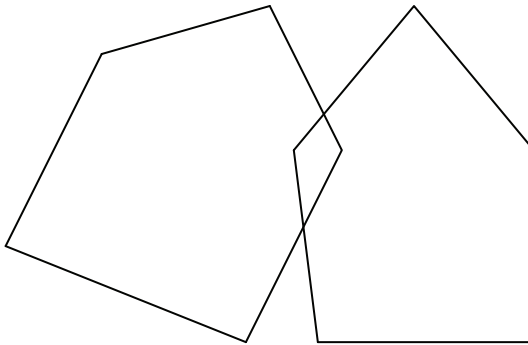
.....

.....

.....

.....

Joonistage nende kujutiste alla täpselt samasugused kujutised.



## HOOLDUSKAVA

Klient:					
Kehtib alates:			Kehtib kuni:		
Oluline!					
Nr	Protseduur	Kordade arv			Märkused
		kuus	nädalas	päevas	
2-1	Üldine vannitamine				
2-2	Üldine pesemine voodis				
2-3	Pea pesemine voodis				
2-4	Osaline pesemine kraanikausis				
2-5	Käte pesemine kraanikausis				
2-6	Jalavann istudes				
2-7	Juustehooldus				
2-8	Küüntehooldus				
2-9	Suuhooldus				
2-10	Silmade hooldus				
2-11	Raseerimine				
2-12	Riietamine				
2-13	Lamaja riietamine				
2-14	Lamaja lahtiriietamine				
2-15	Toitmine				
2-16	Tualeti kasutamine				
2-17	Mähkmete kasutamine				
2-18	Stoomi hooldus				
3-1	Pulsisageduse lugemine				
3-2	Vererõhu mõõtmine				
3-3	Kehatemperatuuri mõõtmine				
3-4	Ravimite manustamine				
3-5	Lamatiste profülaktika				
3-6	Kukkumise profülaktika				
3-7	Pneumoonia profülaktika				
3-8	Inhalatsioonid				
3-9	Sidumine				

Eritingimused või -teenused		
Klient:	Kliendi esindaja (vajadusel):	Teenuse osutaja:
Hoolduskava täitmise kokkuvõte		
Klient:	Kliendi esindaja (vajadusel):	Teenuse osutaja:



## ERITINGIMUSED VÕI -TEGEVUSED

Probleem	Tegevusjuhised
Tunnetuse ja taju muutumine	
Mõtlemise muutumine, hirmud	
Aja struktureerimine ja sisustamine, unerežiim	
Toitumine ja ainevahetus	
Traumade ja vigastuste ennetamine	
Suhtlemise eritingimused	
Ühistegevus omaste ja tuttavatega	

## DETAILISEERITUD HOOLDUSKAVA

Klient:			
Nädalapäev	Kellaeg	Tegevused	Täitmine
Esmaspäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Teisipäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Kolmapäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Neljapäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Reede	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Laupäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		
Pühapäev	7.00		
	12.00		
	16.00		
	21.00		

## SUHTLEMINE POTENTSIAALSELT OHTLIKU KLIENDIGA

Erinevates valdkondades inimeste jaoks tundlike teemade või olukordadega töötavad praktikud võivad sattuda olukorda, kus neil tuleb teha tööd kliendi või klientide grupiga, kelle käitumine on raskesti ette aimatav või võib eelduslikult olla agressiivne.

Eakad reeglina ohtlikud ei ole, aga üksikutel juhtudel (näiteks alkoholi kuritarvitava või pikaajalise psüühikahäirega eaka puhul) oleks siiski soovitatav olla ettevaatlik. (Eestis on olemas üks konkreetne mõne aasta vanune näide, kui eakas klient tappis Tallinnas sotsiaalosalakonna juhataja). Kõiki kriisilukordi pole võimalik ette näha, aga on tegevusjuhiseid, mida tuleks arvestada nende kohtumiste puhul, mille ettevalmistamiseks sul on aega.

Tegevusjuhised:

1. Kliendiga esmakordse kohtumise ettevalmistamisel hangi teavet kliendi isiku ja tema võimaliku ohtlikkuse suhtes.
2. Kui mingit teavet kliendi kohta ei ole või kui teave osutab kliendi võimalikule ohtlikkusele, konsulteerige kolleegidega.
3. Esmane külaskäik uue ja tundmatu kliendi koju või territooriumile tee kindlasti koos kolleegiga ning vajadusel kaasa politsei.
4. Tundmatusse ruumi sisene rahulikult, ära kiirusta ning võta enesele aega ruumi ja olukorra võimalikult täpseks määratlemiseks.
5. Võõrasse kodusse sisenedes püüa määratleda selle üldine elukorraldus ja võõras-tele ohtlikud tsoonid ning fikseeri esemed, mida võidakse ründamiseks kasutada.
6. Asetse kinnises või suletavas ruumis nii, et nii sinul kui kliendil oleks võimalik sellest takistusteta välja pääseda.

7. Püüa suhelda istudes ja soovita ka kliendil istuda ning jälgi, et sa ei satuks kliendi puuteulatusse.
8. Tee kõik võimalik kliendi hirmude vähendamiseks nii sinu isiku kui olukorra suhtes, sest agressiivsus on sageli inimese vastureaktsioon iseenese hirmule.
9. Säilita enesekindlust ja rahulikku meelt, sest agressiivsus väljendub enamasti ara, ebakindla või provokatiivse käitumisega inimese suhtes.
10. Räägi rahulikult, sõbralikult ja väljapeetult, ära tõsta häält ega hakka pidama loengut, parastama, näägutama vms.
11. Ole kliendi suhtes positiivne ja kuula ära tema seisukohad, nendest täpselt arusaamiseks sõnasta need enesele harjumuspäraste sõnadega ümber.
12. Kui sa tunnetad, et oled oma käitumise või väljendustega klienti häirinud, osuta oma eksimustele ja vabanda.
13. Kui sa tunnetad, et klient on ägestumas ja võib käituda ettearvamatult, lahku viivimatult ning teavita politseid.
14. Kui klient osutus ohtlikuks, fikseeri see toimikus ning teavita kolleege, et tulevastel kohtumistel olla paremini ettevalmistunud.

## HOOLDUSTEGEVUSTE JUHENDID

### 1. Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine

Nr	Protseduur	Märkused
1-1	Uue kliendi vastuvõtmine	
1-2	Kliendi ümberpaigutamine	
1-3	Kliendi ümberasustamine	
1-4	Usuliste vajaduste rahuldamine	
1-5	Aktiveerimine	
1-6	Vaba aja sisustamine	
1-7	Puhkamine ja magamaminek	
1-8	Suremine	

## 2. Enese eest hoolitsemine

Nr	Protseduur	Märkused
2-1	Üldine vannitamine	
2-2	Üldine pesemine voodis	
2-3	Pea pesemine voodis	
2-4	Osaline pesemine kraanikausis	
2-5	Käte pesemine kraanikausis	
2-6	Jalavann istudes	
2-7	Juustehooldus	
2-8	Küüntehooldus	
2-9	Suuhooldus	
2-10	Silmade hooldus	
2-11	Raseerimine	
2-12	Riietamine	
2-13	Lamaja riietamine	
2-14	Lamaja lahtiriietamine	
2-15	Toitmine	
2-16	Tualeti kasutamine	
2-17	Mähkmete kasutamine	
2-18	Stoomi hooldus	

### 3. Eluliste funktsioonide säilitamine

Nr	Protseduur	Märkused
3-1	Pulsisageduse lugemine	
3-2	Vererõhu mõõtmine	
3-3	Kehatemperatuuri mõõtmine	
3-4	Ravimite manustamine	
3-5	Lamatiste profülaktika	
3-6	Kukkumise profülaktika	
3-7	Pneumoonia profülaktika	
3-8	Inhalatsioonid	
3-9	Sidumine	

<b>1-1</b>	<b>Uue kliendi vastuvõtmine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Kuna inimese ümberpaigutamine talle harjumuspärasest keskkonnast uude keskkonda on inimest psüühiliselt koormav, tuleks püüda seda maksimaalselt vältida ning organiseerida inimesele vajalik kõrvalabi talle harjumuspärasest keskkonnast nii kaua, kui see on võimalik. Kui inimese hooldusasutusse paigutamine osutub siiski mõõdapäasmatuks, on protsessi käigus vajalik pidevalt jälgida kliendi emotsionaalset seisundit ning teha kõik, et see oleks võimalikult stabiilne ja positiivne.
<b>Ettevalmistus</b>	Kliendi hooldusele võtmine algab kliendi hooldusvajaduse hindamisest ja esialgse hoolduskava koostamisest ning kliendi kodu külastamisest. Kodukülastuse käigus tutvutakse kliendi harjumuspärase keskkonna, erivajaduste ja -soovidega. Samuti tutvustatakse hooldusasutuse poolt pakutavaid võimalusi ja elukeskkonda ning -tingimusi ja sõlmitakse inimese hooldusasutusse paigutamise esialgne kokkulepe.
<b>Teostamine</b>	Kodukülastuse järel koostatakse kliendi täpsustatud hoolduskava. Samuti valitakse kliendile ja tema erivajadustele ning -soovidele kohane eluruum ning püütakse see kohandada võimalikult sarnaseks inimese harjumuspärase elukeskkonnaga. Hooldusasutusse vastuvõtmisel tutvustatakse kliendile personali ning vaadatakse koos üle inimesele planeeritud eluruum ja vajadusel ning võimalusel tehakse selles kliendi soovide kohaseid ümberkorraldusi. Koos vaadatakse läbi täpsustatud hoolduskava, mille klient (kliendi esindaja) ja hooldusjuht kinnitavad.
<b>Järelhooldus</b>	Kliendi hooldusasutusse võtmise järel on vajalik kliendi meeleolu ja seisundi muutumisi väga tähelepanelikult jälgida ja muutustele kiiresti reageerida vähemalt esimese kahe nädala jooksul.
<b>Töötaja</b>	Hooldusjuht või üksuse juht
<b>Töötajate arv</b>	1



<b>1-2</b>	<b>Kliendi ümberpaigutamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	<p>Kuna inimese ümberpaigutamine talle harjumuspärasest keskkonnast uude keskkonda on inimest psüühiliselt koormav, tuleks püüda seda maksimaalselt vältida ning organiseerida inimesele vajalik kõrvalabi talle harjumuspärasest keskkonnast nii kaua, kui see on võimalik.</p> <p>Kui inimese asutusesisene ümberpaigutamine osutub siiski möödapääsmatuks, on protsessi käigus vajalik pidevalt jälgida kliendi emotsionaalset seisundit ning teha kõik, et see oleks võimalikult stabiilne ja positiivne.</p>
<b>Ettevalmistus</b>	<p>Informeerida klienti ümberpaigutamise vajadusest, selgitada ümberpaigutamise vajaduse põhjust, tuua välja selle positiivsed küljed, saada kliendi nõusolek ning leppida kokku ümberpaigutamise protseduuri toimumises.</p> <p>Teavitada klienti ümberpaigutamisest kliendi lähedasi või esindajat.</p>
<b>Teostamine</b>	<p>Kohandada klienti uus eluruum vastavalt klienti vajadustele, soovidele ja võimalustele.</p> <p>Paigutada klient uude eluruumi vastavalt eelnevalt kokkulepitud protseduurile.</p> <p>Kontrollida uue eluruumi sobivust kliendile ja vastavust tema vajadustele ning teha selles vajalikke ümberkorraldusi.</p>
<b>Järeelhooldus</b>	Jälgida klienti meeleolu ja seisundi muutumisi pärast ümberpaigutamist väga tähelepanelikult ja muutustele kiiresti reageerida vähemalt esimese kahe nädala jooksul.
<b>Töötaja</b>	Hooldusjuht või üksuse juht
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Individuaalne

<b>1-3</b>	<b>Kliendi ümberasustamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	<p>Kuna inimese ümberpaigutamine talle harjumuspärasest keskkonnast uude keskkonda on inimest psüühiliselt koormav, tuleks püüda seda maksimaalselt vältida ning organiseerida inimesele vajalik kõrvalabi talle harjumuspärasest keskkonnas nii kaua, kui see on võimalik.</p> <p>Kui inimese ümberasustamine osutub siiski möödapääsmatuks, on protsessi käigus vajalik pidevalt jälgida kliendi emotsionaalset seisundit ning teha kõik, et see oleks võimalikult stabiilne ja positiivne.</p>
<b>Ettevalmistus</b>	<p>Informeerida klienti ümberasustamise vajadusest, selgitada selle põhjusi ning seda, kas ümberasustamine on ajutine (näiteks haiglaravile paigutamine) või pikaajaline, tuua välja selle positiivsed küljed, saada kliendi nõusolek ning leppida kokku ümberasustamise protseduuri toimumises.</p> <p>Teavitada klienti ümberasustamisest kliendi lähedasi või esindajat. Tutvustada klienti ja tema erivajadusi ning -soove klienti vastuvõtva üksuse personalile.</p>
<b>Teostamine</b>	<p>Paigutada klient uude elukeskkonda vastavalt eelnevalt kokkulepitud protseduurile.</p> <p>Kontrollida uue eluruumi sobivust kliendile ja vastavust tema vajadustele ning teha selles vajalikke ümberkorraldusi.</p> <p>Leppida kokku edasise suhtlemise ja teabevahetuse korralduses.</p>
<b>Järelhooldus</b>	Suhtlemine ja teabe vahetamine vastavalt kliendi ja uue üksuse personaliga kokkulepitud kavale.
<b>Töötaja</b>	Hooldusjuht või üksuse juht
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Individuaalne

<b>1-4</b>	<b>Usuliste vajaduste rahuldamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Usulistel veendumustel ja harjumuspäraste usuliste rituaalide täitmisel võib olla oluline kliendi heaolu mõjutav tähendus. Seepärast on kliendi usuliste eelistuste ja harjumuste teada-saamine oluline alates kliendi hooldusele vastuvõtmisest.
<b>Ettevalmistus</b>	Klientide usuliste veendumuste ja harjumuspäraste usuliste rituaalide täitmise tagamiseks koostab asutus või üksus alusdokumendi, milles fikseeritakse asutuse võimalused ja üldine poliitika klientide usuliste vajaduste rahuldamise täitmisel ning personali roll klientide usuliste vajaduste rahuldamise abistamisel. Dokumentis fikseeritakse ka need usulised rituaalid, mille täitmist asutus ei suuda tagada.
<b>Teostamine</b>	Uue kliendi vastuvõtmisel tutvustatakse kliendile asutuse klientide usuliste vajaduste rahuldamise üldist poliitikat ja olemasolevaid võimalusi. Vajadusel ja võimalusel kohandatakse ning sisustatakse kliendi eluruum ja elukeskkond vastavalt kliendi usuliste vajadustele ning harjumustele. Kliendile tagatakse võimalus usuliste rituaalide traditsioonidekohaseks täitmiseks oma elukohas. Vajadusel aidatakse kliendil osaleda väljaspool elukohta teostatavatel usuteemalistel üritustel.
<b>Järeldus</b>	Kliendi usuliste vajaduste rahuldatus jälgimine toimub regulaarselt, vastavalt kliendi hooldusele vastuvõtmisel kokkulepitud kavale.
<b>Töötaja</b>	Asutuse juht, hooldusjuht või üksuse juht
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Individuaalne

<b>1-5</b>	<b>Aktiveerimine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Aktiveerivatel tegevustel on funktsionaalsete võimete säilimist toetav mõju. Aktiveerivates tegevustes osalemine aitab säilitada kliendi harjumuspärast elurütmi ja struktureerib päeva ning enamasti mõjub soodsalt inimese unele ja puhkamisele.
<b>Ettevalmistus</b>	Asutuses või üksuses koostatakse konkreetsele üksusele sobilike aktiveerivate tegevuste loend ja tegevuste kirjeldused. Tegevused peavad olema eakatele sobilikud ja jõukohased ning vastavalt võimalustele mitmekesised.
<b>Teostamine</b>	Inimese hooldusele võtmisel antakse talle ülevaade asutuse või üksuse poolt pakutavatest aktiveerivatest tegevustest. Koos kliendiga valitakse välja kliendi aktiveerimiseks sobilikud ja kohased tegevused ning tegevust maht ja sagedus, vajadusel püütakse leida võimalus kliendi erisoovide arvestamiseks. Kliendiga kokkulepitud tegevused fikseeritakse hoolduskavas.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Kogu personal
<b>Töötajate arv</b>	Erinev vastavalt tegevustele
<b>Kestus</b>	Erinev vastavalt tegevustele, min 1 tund päevas

<b>1-6</b>	<b>Vaba aja sisustamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hästi organiseeritud ja sisustatud vaba aeg mõjub positiivselt inimese meeleolule ja seisundile, aitab säilitada kliendi harjumuspärast elurütmi ja struktureerib päeva ning enamasti mõjub soodsalt inimese unele ja puhkamisele.
<b>Ettevalmistus</b>	Asutuses või üksuses koostatakse konkreetsele üksusele sobilike vaba aja sisustamise võimaluste loend ja kirjeldused. Tegevused peavad olema eakatele sobilikud, vastavalt võimalustele mitmekesised ning võimaldama klientidel rahuldada oma harjumuspäraseid vajadusi. Soovitatavalt peaks klientidel olema võimalused nii individuaalseks kui kollektiivseks meelelahutuseks, samuti peaks selles olema võimalused vaba aja sisustamiseks väljaspool asutust või üksust.
<b>Teostamine</b>	Inimese hooldusele võtmisel antakse talle ülevaade asutuse või üksuse poolt pakutavatest vaba aja sisustamise võimalustest. Koos kliendiga valitakse välja kliendi vaba aja sisustamise sobilikud ja kohased tegevused, vajadusel püütakse leida võimalus kliendi kultuuriliste erisoovide arvestamiseks. Kliendile valitavad vaba aja sisustamise meetodid ja vormid peavad arvestama kliendi varasemaid eelistusi ja harjumusi. Kliendiga kokkulepitud tegevused fikseeritakse hoolduskavas.
<b>Järeldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Kogu personal
<b>Töötajate arv</b>	Erinev vastavalt tegevustele
<b>Kestus</b>	Erinev vastavalt tegevustele

<b>1-7</b>	<b>Puhkamine ja magaminek</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Puhkamisel ja magamisel on füüsiline ja psüühiline funktsioon. Korralik väljapuhkamine ja rahulik uni aitavad säilitada kliendi psüühilist ja füüsilist tasakaalu ning üldist toonust ja mõjuvad positiivselt inimese enesetundele ja meeleolule.
<b>Ettevalmistus</b>	Kliendi vastuvõtmisel selgitatakse välja kliendi senised puhkamise ja magamise harjumused ning kujundatakse vastavalt neile kliendile sobilik hooldusel viibimise režiim. Täpsustatakse kliendi eelistatud aseme eripärad, vooditarvikud, õõrietus, magamisasend ja harjumused enne magamaminekut.
<b>Teostamine</b>	Jälgida, et kliendi puhkamise ja magamamineku režiim ning protseduurid vastaksid kliendi eelistustele. Vajadusel tuletada kliendile vajalikke tegevusi meelde ja aidata klienti talle ülejõu käivate tegevuste sooritamisel. Kontrollida, et keskkonnatingimused vastaksid kliendi soovidele ning eelistustele ja soodustaksid rahulikku puhkamist. Vajadusel aidata kujundada magamiseks positiivne häälestatus.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi soovide ja enesetunde kohta. Jälgida meeldivat toatemperatuuri ja õhutust. Vajadusel koristada ja kustutada valgus.
<b>Töötaja</b>	Iga töötaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min

<b>1-8</b>	<b>Suremine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Igapäevaelu ja elukeskkonna korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Bioloogilise isendina inimene sünnib ja sureb ainult üks kord. Suremise eelselt on inimene elanud oma individuaalse elu, milles kogetu on unikaalne. Unikaalsed on ka konkreetse inimese suremine ja inimese enese suremisega seotud mõtted.
<b>Ettevalmistus</b>	Kliendi suremise eelse hooldamise tingimustes ja suremisega seotud toimingutes lepitakse kliendiga kokku soovitatavalt kliendi hooldusele vastuvõtmisel. Hooldamise protsessi käigus esialgselt kokkulepitut vajadusel korrigeeritakse. Kliendi suremisega seotud toimingud ja nende teostamise tingimused fikseeritakse hoolduskavas.
<b>Teostamine</b>	Kui kliendiga pole kokku lepitud teisiti, siis kliendi tervise tervisliku seisundi järsust halvenemisest või tõenäoliselt surmaeelse seisundisse sattumisest teavitatakse kohe kliendi omakside ja teisi kliendi poolt soovitud isikuid. Edasine hooldamine teostatakse vastavalt hoolduskavas fikseeritud tegevusjuhistele.  NB! Kliendi surma tuvastab arst.
<b>Järeldus</b>	Koristada ruum, kustutada tuled. Pesta ja desinfitseerida käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Kliendi valikul
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Individuaalne

<b>2-1</b>	<b>Kliendi ümberasustamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Üldisel vannitamisel on värskendav, raviv ja profülaktiline toime ning seda eriti vähese liikumissuutlikkusega klientide puhul. Vannitamise positiivset toimet saab suurendada vannivee lisandite kasutamisega. Vannitamise tulemusena paranevad reeglina inimese psüühiline ja füüsiline seisund ning verevarustus.
<b>Ettevalmistus</b>	Informeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek, vajadusel lasta kliendil käia tualetis, kontrollida pulssi. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Kasutada kliendi soovile või nahaseisundile vastavaid vannivee lisandeid, valmis panna pesemis- ja kuivatusvahendid, täita vann veega. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Saata klient vannituppa, tagada turvalisus, lasta lahti riietuda (vajadusel aidata), abistada vanni minemisel ja istumisel, vajadusel kasutada abivahendeid (lift, vannistiite). Pesemist alustada näost, seejärel keha ja alakeha, pea pesemisel lasta hoida pesukinnast silmade ees, niisutada juuksed ja pesta pea, enne vannist väljatulekut loputada. Kuivatada hoolikalt, eriti nahavolte, vajadusel hõõruda keha sisse kehakreemiga, juuksed kuivatada fööniga ning sättida päeva-soengusse, lasta riietuda (vajadusel aidata).  NB! Kliendi ei tohi jätta vannitamise ajal üksi, jälgida vereringet.
<b>Järelehooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja desinfitseerida vann. Pesta käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	30 min



<b>2-2</b>	<b>Üldine pesemine voodis</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Üldisel pesemisel on värskendav, raviv ja profülaktiline toime ning seda eriti vähese liikumissuutlikkusega klientide puhul. Kliendi pesemine voodis on vajalik juhul, kui kliendi raviplaan nõuab pidevat horisontaalasendis olemist. Pesemise tulemusena paranevad reeglina inimese psüühiline ja füüsiline seisund ning verevarustus.
<b>Ettevalmistus</b>	Informeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Kasutada kliendi soovile või nahaseisundile vastavaid vahendeid, valmis panna pesemis- ja kuivatusvahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Klient lahti riietada, panna keha alla niiskust imavad linad, vajadusel võtta ära padi. Pesemist alustada näost, silmi pesta välisnurgast sissepoole, seejärel pesta ja kuivatada kõrvad, kael, käsivarred, kaenlaalused, kõht, naba, selg, jalad (ülalt alla). Genitaalipiirkonna pesemisel jälgida soolisi erinevusi, sh: meeste genitaale pesta eestpoolt tahapoole naiste genitaale pesta tagantpoolt ettepoole Klient kuivatada ja riietada ning asetada soovitud asendisse ja katta tekiga.
<b>Järeldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	Kuni 45 min

<b>2-3</b>	<b>Pea pesemine voodis</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	<p>Pea pesemine voodis on üldise pesemise osaprotseduur, mille puhul kehtivad üldise pesemise reeglid ja seaduspärasused.</p> <p>Pea pesemine voodis on vajalik juhul, kui kliendi raviplaan nõuab pidevat horisontaalasendis olemist.</p> <p>Pea pesemine ei ole ainult hügieeniline toiming, see parandab ka kliendi üldist enesetunnet, vereringe toimimist ja üldist mõtetegevust.</p>
<b>Ettevalmistus</b>	<p>Informeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek.</p> <p>Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri.</p> <p>Kasutada kliendi soovile või nahaseisundile vastavaid vahendeid, valmis panna pesemis- ja kuivatusvahendid.</p> <p>Pesta ja desinfitseerida käed.</p>
<b>Teostamine</b>	<p>Voodi peats reguleerida horisontaalseks, eemaldada padjad, panna pea ja keha alla niiskust imavad linad, asetada pea alla peapesemise kauss.</p> <p>Korrastada pesemisvee äravool.</p> <p>Niisutada pea, pesta ning loputada, kuivatada pea fööniga ning seada päevasoengusse.</p> <p>Paluda kliendil end peeglist kontrollida ning abistada klienti enese mugavasse asendisse seadmisel.</p>
<b>Järelehooldus</b>	<p>Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi.</p> <p>Koristada ja tuulutada ruum.</p> <p>Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid.</p> <p>Pesta käed ja täita dokumentatsioon.</p>
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	Kuni 30 min

<b>2-4</b>	<b>Osaline pesemine kraanikausis</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Osalisel pesemisel on värskendav, raviv, aktiveeriv ja profülaktiline toime. Pesemise tulemusena paraneb reeglina inimese psüühiline ja füüsiline seisund.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Kasutada kliendi soovile ja nahaseisundile vastavad vahendeid, valmis panna pesemis- hooldus- ja kuivatusvahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Saata klient vannituppa, tagada turvalisus, lasta lahti riietuda (vajadusel aidata), abistada mugavalt istuda toolile. Pesta ja kuivatada nägu, seejärel keha ja alakeha. Kuivatada hoolikalt, eriti nahavolte, vajadusel kasutada nahahooliduse vahendid.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	Kuni 30 min

<b>2-5</b>	<b>Käte pesemine kraanikausis</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Käte pesemisel on aktiveeriv, desinfitseeriv ja profülaktiline toime. Käte pesemine on eriti oluline halvatud klientide puhul. Käte pesemise tulemusel hävinevad bakterid ja paraneb enesetunne.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Kasutada kliendi soovile ja nahaseisundile vastavad vahendeid, valmis panna pesemis- hooldus- ja kuivatusvahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Aidata kliendil istuda sobivale kõrgusele kraanikausi ette, käärida kliendi käised üles, asetada käterätik talle sülle. Reguleerida veetemperatuur sobilikuks, seebitada käed, ergutada klienti oma käsi ja sõrmi liigutama. Kuivatada, jälgida sõrmevahesid ja küüsi, vajadusel käed kreemitada ning lõigata küüned.  NB! Võimalikult palju lasta teha kliendil endal, aidata ainult vajadusel
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	10 min

<b>2-6</b>	<b>Jalavann istudes</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Jalgade pesemisel ja sellega kaasneval masseerimisel on aktiivne, desinfitseeriv, toniseeriv ja profülaktiline toime. Jalgade pesemise tulemusel hävinevad bakterid ja paraneb enesetunne.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Kasutada kliendi soovile ja nahaseisundile vastavad vahendeid, valmis panna pesemis- hooldus- ja kuivatusvahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Aidata klient turvalisse istumisasendisse, asetada jalad vette, jälgida vee temperatuuri, lisada vette kliendile sobivaid vanniveeliseid, jalad seeditada ja pesta, eriti jälgida varbavahesid. Jalgade pesemisel ja kuivatamisel teha liigutusi kliendi südame suunas, ergutada klienti varbaid liigutama. Kuivatada jalad, eriti varbavahed, vajadusel kreemitada.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	15 min

<b>2-7</b>	<b>Juustehooldus</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hoolitsetud välimus ja hooldatud juuksed aitavad kaasa hea enesetunde kujunemisele. Juuste hooldamine aitab ära hoida juuste pulstumist ja sellega kaasnevat ebamugavusi.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Valmis panna juuste korrastamiseks vajalikud vahendid. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Aidata klient istuma, panna kliendi õlgadele rätik, kammida (pikki juukseid hoida pea juurest kinni ja alustada kammimist juuste otsast). Lamajatel kammida juuksed ühele poole, vastavalt kliendi soovile punuda pikad juuksed ühte või kahte patsi. Pärast juustehooldust aidata klient mugavasse asendisse.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min

<b>2-8</b>	<b>Küüntheoldus</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Küünthe hooldamisel on hügieeniline ja profülaktiline toime. Hooldatud küüned aitavad kaasa hea enesetunde kujunemisele.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri ja valgustatuse sobilikkust. Valmis panna ja desinfitseerida küünthe hooldamiseks vajalikud vahendid. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Enne küünthe hooldamist on oluline kontrollida, kas kliendile protseduuri teostamiseks on erinäidustusi (nt diabeedi olemasolu). Teostada protseduur vastavalt erinäidustusele või üldskeemile. Küünthe hooldamist on otstarbekas teha koos käte ja jalgade pesemise ning üldhooldusega. Küünthe lõikamisel jälgida sõrmede ja varvaste otste kuju, kasutada teravaid küünekääre või -tange. Peale küünthe lõikamist viilida allesjäänud küünthe konarused ja puhastada küünthealused. Küünthe lõikamisel arvestada kliendi soove.  NB! Põletiku, nahavigastuste või seenhaiguste olemasolu kahtlustusel saata klient arsti vastuvõtule.
<b>Järeldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja desinfitseerida kasutatud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed ning täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja (manikööri ja pedikööri teostamise väljaõppega)
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	15 + 15 min

<b>2-9</b>	<b>Suuhooldus</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hooldatud suu soodustab head enesetunnet, suust tulev lõhn mõjutab suhtlemist. Oluline on arvestada, et suus olevad toidujäägid võivad mõjuda isualandavalt ja soodustada põletiku tekkimist.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest. Sulgeda aknad, jälgida meeldivat ruumitemperatuuri. Valmis panna suu hooldamiseks vajalikud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed, panna kätte kindad.
<b>Teostamine</b>	Jälgida suu seisundit, anda soovitusi pesemiseks, vajadusel pesta ise, hammaste sise- ja väliskülgi harjata igemetest hammaste suunas ja tagant ettepoole, loputada suu veega, pühkida suu. Proteeside olemasolul eemaldada proteesid suust ja pesta need harja ning hambapastaga, vajadusel leotada. Samal ajal pesta olemasolevad hambad ja suuõõs. Kuiva suu korral soovitada suuremat vedelikutarbimist ja süljeritust soodustavaid tegevusi, toitu ning jooke. Katkiste huulte, suulae ja keele, korpade moodustumisel jne konsulteerida arstiga.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	5 min, soovitatavalt pärast iga söögikorda



<b>2-10</b>	<b>Silmade hooldus</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Silmatilkasid ja –salve antakse ainult arstlikul korraldusel. Igal kliendil peab olema oma isiklik ja märgistatud silmatilkade pudel või salvituub.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest ning kasutatava ravimi mõjust ja võimalikest kõrvaltoimetest. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri ja valgustatuse sobilikkust. Valmis panna kliendile protseduuri teostamiseks vajalikud vahendid. Desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Enne protseduuri teostamist on oluline kontrollida, et konkreetsele kliendile antakse õiget ravimit õigel ajal ning vastavalt ettekirjutatud protseduuri teostamise juhendile. Aidata klient mugavalt istuma või lamama, paluda kallutada pea taha ja vaadata üles, tõmmata alumine silmalaug allapoole, vältimaks segavaid liigutusi ja vigastusi toetada käsi kliendi laubale, manustada ravim vastavalt ettekirjutusele.  NB! Silmatilkade pudeli ots ega tuubikoonus ei tohi puudutada ripsmeid ega silma.
<b>Järeelhooldus</b>	Eemaldada ülevoolanud tilgad või salv vatitupsuga. Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Vahendid ära visata või puhastada. Desinfitseerida käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Õde
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	5 min

<b>2-11</b>	<b>Raseerimine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hoolitsetud välimus parandab enesetunnet, raseeritud naha seisundit on parem jälgida, raseerimine mõjub hästi verevarustusele ja värskendab nahka.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest. Sulgeda aknad, jälgida ruumi temperatuuri. Valmis panna raseerimiseks vajalikud vahendid. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Sõltuvalt kliendi eelistustest ja naha ning karvade eripärast valida kas kuiv või märg raseerimine, võimalusel eelistada raseerimist pardliga. Lamav klient panna (võimalusel) istuvasse asendisse, katta õlad ja rinnaosa. Märjalt raseerides niisutada nahk ja kanda sellele vaht, raseerida vastukarva, pingutades seejuures vaba käega nahka, järelejäänud vaht pühkida ja nägu kuivatada. Vajadusel või kliendi soovil nägu värskendada näovedelikuga või kreemitada.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja korrastada kasutatud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	10 min

<b>2-12</b>	<b>Riietamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hoolitsetud välimus ja kliendile meelepärane riietus aitavad kaasa hea enesetunde kujunemisele. Sobiv riietus aitab ära hoida ebamugavat enesetunnet ja külmetumist või ülekuumenemist.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest. Sulgeda aknad, jälgida ruumi temperatuuri. Valmis panna riided.
<b>Teostamine</b>	Valida vastavalt kliendi eelistustele ja liikumisvõimele sobivaim riietus ja riietamise viis. Enne riietamist jälgida aluspesu puhtust, vajadusel vahetada, riietumisel lasta kliendil enesel teha võimalikult palju, abistada nende riide selgapanemisel, millega klient ise toime ei tule, abistada nõõpide ja haagiste kinnipanemisel. Jälgida et riietus istuks mugavalt, vajadusel kohendada.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	10 min

<b>2-13</b>	<b>Lamaja riietamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hoolitsetud välimus ja kliendile meelepärane riietus aitavad kaasa hea enesetunde kujunemisele. Sobiv riietus aitab ära hoida ebamugavat enesetunnet ja külmetumist või ülekuumenemist.
<b>Ettevalmistus</b>	Valida liikumatule kliendile sobivaim ja kliendi soove arvestav riietumise moodus ning riietus. Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest. Sulgeda aknad, jälgida ruumi temperatuuri, valmis panna riided, reguleerida voodi sobilikku asendisse, vajadusel kasutada sirmi. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Võtta tekk ära ainult nii palju, kui riietusesemete selgapanekuks on vajalik. Enne riietamist jälgida alus- ja voodipesu puhtust, vajadusel vahetada, riietada klient vastavalt kokkulepitud protseduurile, arvestada riietusesemete funktsionaalsete eripäradega. Jälgida, et riietus istuks sobilikult, kinnitada manused nii, et need ei tekitaks kliendile ebamugavusi. Riietamise ajal küsida pidevalt kliendi enesetunde, teostatavate protseduuride sobilikkuse ja soovide kohta, võimalusel lasta kliendil jälgida ennast peeglist.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Asetada klient soovitud ja sobilikku asendisse, reguleerida voodi kõrgus ja asend kliendile sobilikuks, vajadusel koristada ja tuulutada ruum, panna must pesu pesukotti. Pesta käed, vajadusel desinfitseerida ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	Kuni 30 min

<b>2-14</b>	<b>Lamaja lahtiriietamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Enese eest hoolitsemine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Hoolitsetud välimus ja kliendile meelepärane riietus aitavad kaasa hea enesetunde kujunemisele. Sobiv riietus aitab ära hoida ebamugavat enesetunnet ja külmetumist või ülekuumenemist. Mugav ööriietus aitab kaasa paremale väljapuhkamisele.
<b>Ettevalmistus</b>	Valida liikumatule kliendile sobivaim ja kliendi soove arvestav lahtiriietumise moodus. Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest. Sulgeda aknad, jälgida ruumi temperatuuri, reguleerida voodi sobilikku asendisse, vajadusel kasutada sirmi. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Klient riietada lahti vastavalt kokkulepitud protseduurile, arvestada riietusesemete funktsionaalsete eripäradega. Lahtiriietamise ajal küsida pidevalt kliendi enesetunde, teostatavate protseduuride sobilikkuse ja soovide kohta, võimalusel lasta kliendil jälgida ennast peeglist. Kliendi magamiseks ettevalmistamisel jälgida öö- ja voodipesu puhtust, vajadusel vahetada. Jälgida, et ööriided asetseksid mugavalt.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Asetada klient soovitud ja sobilikku asendisse, reguleerida voodi kõrgus ja asend kliendile sobilikuks, vajadusel koristada ja tuulutada ruum, panna must pesu pesukotti. Pesta käed, vajadusel desinfitseerida ja täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	Kuni 30 min

<b>2-15</b>	<b>Toitmine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Elukeskkonna ja igapäevaelu korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Söömisel ja joomisel on füsioloogiline, psüühiline ja sotsiaalne funktsioon. Söömine ja joomine aitavad saavutada ja säilitada kliendi füsioloogilist tasakaalu ning mõjuvad positiivselt inimese enesetundele ja meeleolule.
<b>Ettevalmistus</b>	Menüü koostamisel, roogade ja jookide valikul ning portsjonite suuruse kujundamisel on vaja arvestada kliendi toitumusharjumusi, -eelistusi ja -traditsioone. Jälgida, et söögiruum oleks korras ja hubane, veenduda, et kliendile on valitud õiged toidud ja joogid ning need on serveeritud isuäratavalt ja õige temperatuuriga. Informeerida klienti protseduuri mõttest ning küsida erisoovide kohta.
<b>Teostamine</b>	Saata või viia klient söögiruumi, aidata mugavalt istuma, seada laud ja sööginõud korda, panna kliendi rinnale salvrätik. Toitmist vajava kliendi puhul istuda kliendiga samal kõrgusel tema kõrvale. Valmistada toit ette kliendile suupärasteks portsjoniteks ja viia portsjonhaaval suhu, motiveerides klienti mälumisele. Anda kliendile toidu mälumiseks piisavalt aega, pühkida suu, vastavalt kliendi soovile anda suutäite vahel juua. Toita seni kuni klient süüa soovib, pühkida ja vajadusel pesta suu.
<b>Järelehooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 30 min

<b>2-16</b>	<b>Tualeti kasutamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Igapäevaeltu ja elukeskkonna korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Tualeti kasutamisel on füsioloogiline ja hügieeniline funktsioon. Tualeti kasutamine mõjub inimest aktiveerivalt ning avaldab soodsat mõju ainevahetusele.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida ruumi temperatuuri. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Kohandada tualettruum vastavalt kliendi erivajadustele, vajadusel paigaldada tualeti kasutamist hõlbustavad abiseadmed. Saata või viia klient tualettruumi, vajadusel aidata klient mugavalt istuma. Jälgida kliendi aluspesu puhtust ning naha seisundit. Peale rooja eemaldamist aidata puhastada ning kuivatada keha alaosa ja korrastada riided. Aidata klient tagasi elutuppa.  NB! Lasta kliendil enesel teha võimalikult palju.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min

<b>2-17</b>	<b>Mähkmete kasutamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Igapäevaelu ja elukeskkonna korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Mähkmete kasutamisel on hügieeniline funktsioon. Mähkmete kasutamine on vajalik juhul, kui klient ei ole enam suuteline kontrollima oma põie ja pärasoole funktsioneerimist.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada klienti nõusolek. Jälgida ruumi temperatuuri. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Valida kliendile sobilikud mähkmed ning vahetada neid vastavalt hoolduskavas sätestatud sagedusele. Jälgida kliendi aluspesu puhtust ning naha seisundit. Peale mähkmete eemaldamist puhastada ning kuivatada keha alaosa, vajadusel kasutada nahahooldusvahendit. Paigutada puhtad mähkmed vastavalt tootja poolt sätestatud juhistele ja kliendi eripärale. Aidata klient mugavasse asendisse. Korrastada kliendi riided.
<b>Järeahooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min



<b>2-18</b>	<b>Stoomi hooldus</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Igapäevaeltu ja elukeskkonna korraldamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Stoomi paigaldamine tähendab kliendi eluliste harjumuste muutust ning mõjub kliendi psüühikale koormavalt. Stoomi paigaldamisel ja hooldamisel on oluline arvestada kliendi eelistuste ja sündsustundega. Stoomi hooldust teostatakse ainult arsti korraldusel.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek Jälgida ruumi temperatuuri. Panna valmis protseduuri teostamiseks vajalikud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Panna klient mugavalt istuma või lebama, lasta vastavalt vajadusele lahti riietuda, vajadusel aidata. Teostada protseduur vastavalt hooldusplaanis sätestatule. Puhastada hoolikalt nahk ja stoom. Paigaldada uus stoomikott. Protseduuri teostamisel suhelda kliendiga pidevalt.
<b>Järeahooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Koristada ja tuulutada ruum. Pesta ja desinfitseerida käed, täita dokumentatsioon. Kliendi seisundi või protseduuri kulgemise muutusest informeerida kohe arsti.
<b>Töötaja</b>	Õde
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 15 min

<b>3-1</b>	<b>Pulsisageduse lugemine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Pulsisageduse lugemisel on informatiivne ja psühhoteeraapiline funktsioon. Pulsi sagedus annab olulist informatsiooni inimese seisundi kohta. Pulsisageduse lugemise protseduuri teostamine aitab kaasa kliendi kindlustunde kujunemisele ja säilimisele temast hoolimise tähenduses.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valida kliendile ja protseduuri teostajale mugav asend, valmis panna sekundilugejaga kell. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Pulssi katsuda 2 või 3 sõrmega kliendi pindmisel arteril. Eelistatuid pulsilugemise kohad on kliendi käeranne ja unearter. Pulssi lugeda alates esimesest pulsilöögist vähemalt 15 sekundit, ebarütmilisuse korral 1 minut. Selgitada kliendile protseduuri teostamise käigus saadud informatsiooni tähendust ja pulsisageduse mõju inimese seisundile.
<b>Järeldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja või õde (juhul kui tulemusi kasutatakse ravi- või hooldusplaani korrigeerimiseks).
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 5 min

<b>3-2</b>	<b>Vererõhu mõõtmine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Vererõhu mõõtmisel on informatiivne ja psühhoteeraapiline funktsioon. Vererõhk annab olulist informatsiooni inimese seisundi kohta. Vererõhu mõõtmise protseduur aitab kaasa kliendi kindlustunde kujunemisele ja säilimisele temast hoolimise tähenduses.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valida kliendile ja protseduuri teostajale mugav asend, valmis panna vahendid. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Panna kuuldetoru kasutamiskõlblikusse. Vererõhu mõõtmise mansett panna tihedalt ümber kliendi õlavarre ja pumbata seni kuni vererõhku näitav manomeeter enam ei pulseeri. Avada pumba ventiil ja lasta mansetist ülerõhk aeglaselt välja, fikseerides seejuures kuulmise järgi manomeetri näidud pulsilöökidest tekkimisel ning kadumisel. Soovitavalt teostada protseduur kaks korda. Selgitada kliendile protseduuri teostamise käigus saadud informatsiooni tähendust ja pulsisageduse mõju inimese seisundile.  NB! Teistsuguste vererõhu mõõtmise seadmete kasutamisel järgida seadme kasutusjuhendit.
<b>Järelehooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja või õde (juhul kui tulemusi kasutatakse ravi- või hooldusplaani korrigeerimiseks).
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min

<b>3-3</b>	<b>Kehatemperatuuri mõõtmine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Kehatemperatuuri mõõtmisel on informatiivne ja psühhoteraapiline funktsioon. Kehatemperatuur annab olulist informatsiooni inimese seisundi kohta. Kehatemperatuuri mõõtmise protseduur aitab kaasa kliendi kindlustunde kujunemisele ja säilimisele temast hoolimise tähenduses.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valida kliendile mugav ja sobilik asend ning temperatuuri mõõtmise kehapiirkond, valmis panna desinfitseeritud termomeeter. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Paigutada termomeeter protseduuri ettevalmistamise etapil kokkulepitud kehapiirkonda ning asendisse. Jälgida, et klient oleks protseduuri teostamise jooksul võimalikult rahulik. Hoida termomeetrit mõõtmiskohas vastavalt instrumendi kasutusjuhendis sätestatud ajale, seejärel eemaldada termomeeter ning fikseerida näit. Selgitada kliendile protseduuri teostamise käigus saadud informatsiooni tähendust ning mõju inimese seisundile.
<b>Järelehooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Desinfitseerida termomeeter. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja või õde (juhul kui tulemusi kasutatakse ravi- või hooldusplaani korrigeerimiseks).
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 15 min

<b>3-4</b>	<b>Ravimite manustamine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Ravimite manustamisel on profülaktiline, diagnostiline ja raviv toime. Ravimite ja nende manustamise meetodi määramine toimub eranditult arsti suulisel või kirjalikul korraldusel.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, aidata klient ravimi manustamiseks kõige sobilikumasse asendisse, valmis panna ravimid ja ravimi manustamiseks vajalikud vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed. Kontrollida ravimite vastavust arsti poolt antud korraldusele.
<b>Teostamine</b>	Manustada ravim täpselt vastavalt ravimi manustamise ja protseduuri teostamise nõuetele. Veenduda, et klient on ravimi ettenähtud doosi omastanud. Jälgida kliendi reaktsioone ja seisundit ning selle muutumist ravimi manustamise ajal ja selle järel. Kliendi tavapärasest erinevate reaktsioonide või käitumise korral konsulteerida arstiga.
<b>Järeelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Õde
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 10 min

<b>3-5</b>	<b>Lamatiste profülaktika</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	<p>Kehast eralduv niiskus võib tekitada naha pinnal ja eriti naha voltides punetuse, mis võib areneda edasi lamatiseks. Lamatised võivad süvenemisel viia naha kahjustumiseni.</p> <p>Naha seisundi pidev jälgimine ja lamatiste profülaktika on eriti olulised piiratud liikumisvõimega klientide hooldamisel.</p>
<b>Ettevalmistus</b>	<p>Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek.</p> <p>Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valmis panna protseduuri teostamiseks vajalikud abivahendid ja kliendi nahale sobilikud nahahooldusvahendid.</p> <p>Pesta käed.</p>
<b>Teostamine</b>	<p>Hinnata kliendi naha seisundit ja kahjustatuse astet, eriti survestatud kehapiirkondades, puhastada ja kuivatada kahjustatud kohad, kanda nahale nahahooldusvahend.</p> <p>Muuta kliendi asendit vastavalt hooldusplaanile.</p> <p>Jälgida, et kliendi riietus ja voodipesu oleks puhas ja kuiv ning vältideta, vajadusel pesu vahetada.</p>
<b>Järeelhooldus</b>	<p>Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi.</p> <p>Vajadusel koristada ja tuulutada ruum.</p> <p>Pesta ja desinfitseerida käed, täita dokumentatsioon.</p>
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1-2
<b>Kestus</b>	15 min kord, sagedus vastavalt hooldusplaanile

<b>3-6</b>	<b>Kukkumise profülaktika</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	<p>Organismi üldise vananemise või ravimite kõrvaltoime tõttu ning uute abivahendite kasutuselevõtmisel võib kliendil oma liikumise ohutuse jälgimise ja tagamise suutlikkus väheneda, mille tulemusena võib ta harjumuspäraseid liikumistoiminguid tehes kukkuda ja ennast vigastada.</p> <p>Kukkumise ja vigastuste tekkimise vältimiseks on vajalik teha kliendiga regulaarselt liigutamisharjutusi, õpetada talle uute abivahendite kasutamist ning eritingimustes ka kliendi liikumisvabadust piirata..</p>
<b>Ettevalmistus</b>	<p>Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek.</p> <p>Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valmis panna vajalikud abivahendid.</p> <p>Pesta käed.</p>
<b>Teostamine</b>	<p>Sisustada kliendi eluruum, tema poolt kasutatavad funktsionaalsed ruumid ja lähikeskkond liikumise ohutust tagada aitavate abivahenditega, vajadusel teostada ümberehitusi.</p> <p>Kliendi liikumisvõime vähenemisel leida koos kliendiga talle sobilik liikumisel abistamise moodus ning harjutada seda ohututes tingimustes.</p> <p>Ravimite manustamisel kliendile nende kõrvaltoimeid ning anda soovitusi liikumisohutuse tagamiseks.</p> <p>Uute abivahendite kasutuselevõtmist harjutada koos ortopeedilist erikompetentsi omava personaliga.</p> <p>NB! Liikumisvabadust piiravaid abinõusid ja vahendeid võib kasutada ainult seaduses sätestatud korras ja tingimustel.</p>
<b>Järeelhooldus</b>	<p>Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi.</p> <p>Vajadusel koristada ja tuulutada ruum.</p> <p>Pesta käed, täita dokumentatsioon.</p>
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Individuaalselt erinev

<b>3-7</b>	<b>Pneumoonia profülaktika</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Lisaks lamatistele on piiratud liikumisvõimega klient ohustatud ka spetsiifilisest kopsupõletikust – pneumooniast. Selle tekkimise vältimiseks ja kliendi profülaktilistes tegevustes aktiivse osalemise tagamiseks on vajalik kliendile teadvustada tema ohustatud ning regulaarselt teostada hoolduskavas sätestatud protseduure.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valmis panna vajalikud abivahendid. Pesta käed.
<b>Teostamine</b>	Teostada protseduur vastavalt hoolduskavas sätestatule. Jälgida, et kliendi eluruumis oleks talle sobilik õhutemperatuur ja õhuniiskuse aste. Vastavalt hooldusplaanile määrada kliendi kehale hingamist stimuleerivaid vahendeid. Regulaarselt jälgida kliendi keha asendit, vajadusel aidata see hingamist soodustavasse asendisse. Korrastada kliendi välimus.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Hooldaja
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 20 min



<b>3-8</b>	<b>Inhalatsioonid</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjendus</b>	Tingituna kliendi eripärast, tema üldisest seisundist ja hingamis- teede toimimise häiretest võib talle osutada vajalikuks aurude või vedeliku vormis peenelt pihustatud ravimite sissehingamine. Inhalatsiooni määrab arst.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valmis panna vajalikud abi- vahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Teostada protseduur vastavalt hoolduskavas sätestatule. Mürgumise vältimiseks vajadusel katta kliendi keha ja voodi. Jälgida, et klient oleks protseduuri teostamiseks sobilikus asendis. Pärast protseduuri teostamist korrastada kliendi välimus.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Pesta käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Õde
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	20 min

<b>3-9</b>	<b>Sidumine</b>
<b>Kehtivus</b>	Kuni 01.06.2012
<b>Valdkond</b>	Eluliste funktsioonide säilitamine
<b>Vajaduse põhjus</b>	Haavade sidumine aitab kaasa haava paranemisele ja ära hoida haiguste süvenemist. Seepärast on sidumisel eriti oluline hügieeni-nõuete täpne järgimine ja desinfitseerimine.
<b>Ettevalmistus</b>	Infomeerida klienti protseduuri mõttest ja kulgemisest, saada kliendi nõusolek, aidata klient sidumiseks mugavasse asendisse. Jälgida meeldivat ruumitemperatuuri, valmis panna vajalikud abivahendid. Pesta ja desinfitseerida käed.
<b>Teostamine</b>	Eemaldada haavalt vana side. Jälgida haava, haava või selle ümbruse seisundi probleemsuse korral informeerida koheselt arsti. Haav hoolikalt puhastada ja desinfitseerida. Asetada haavale steriilne side ja fikseerida see haava kujule ning asukohale sobilikul viisil. Vältida kliendile valu tekitamist.
<b>Järelhooldus</b>	Küsida kliendi enesetunde ja soovide järgi. Vajadusel koristada ja tuulutada ruum. Puhastada ja desinfitseerida kasutatud instrumendid. Pesta ja desinfitseerida käed, täita dokumentatsioon.
<b>Töötaja</b>	Õde
<b>Töötajate arv</b>	1
<b>Kestus</b>	Kuni 15 min







ISBN: 978-9949-9009-5-4