

MTÜ Karmale

**MITTEFORMAALSEL HOOLDUSEL TARTLASTE TOIMETULEKUT  
KÄSITLEV SOTSIAALUURING**

**Uuringu aruanne**

Vastutav täitja: Jüri Kõre  
Täitjad: Rein Murakas  
Karmel Tall

Tartu, oktoober 2018

## Sisukord

Sissejuhatus .....	3
1. Uurimuse taust (lähteülesanne ja eesmärk) .....	5
2. Uuringu meetodika .....	7
2.1. Küsitluse valim, uurimuse meetodika ja andmeanalüüs .....	7
2.2. Grupi ja ekspertintervjuude korraldamise meetodika .....	8
3. Täisealise isiku hooldusest üldiselt .....	9
3.1. Täisealise isiku hooldus: sihtgrupp (statistika) .....	9
3.2. Täisealise isiku hooldus: eesmärk ja sisu .....	11
4. Hoolduskoormusega ja hooldusel tartlaste toimetulek .....	16
4.1. Hooldajate sotsiaaldemograafiline portree .....	16
4.2. Hooldatavate toimetulek: küsitluse andmete analüüs .....	32
5. Omastehoolduse korraldus ja hooldajate/hooldatavate tegevus ekspertintervjuude kokkuvõte .....	45
Järeldused .....	64
LISAD .....	62
Lisa 1. Hooldaja küsimustik .....	62
Lisa 2. Hooldatava küsimustik .....	68
Lisa 3. Grupinterjuu/spetsialisti intervjuu kava .....	74
Lisa 4. Ekspertintervjuude ümberkirjutused .....	76

## Sissejuhatus

Käesoleva uuringu keskmes on tööealised (16-63) perekonnaliiget, sugulast või tuttavat hooldavad tartlased (omastehooldajad), nende hooldamisega seotud probleemid, toimetulek hoolduskohustusega ja rahulolu eluga ning ootused KOV poolt osutatavatele sotsiaalteenustele.

Viimastel kümnenditel Eestis toimunud eluea pikenemise kui kaheldamatult positiivse tendentsiga kaasnevad samaaegselt muutused inimeste vajadustes, s.h. vajadus suuremas mahus hoolekande ja tervishoiuteenuste järele. Need on asjaolud, millega peavad arvestama nii inimesed kui ühiskond. Tartumaal on Eesti keskmisest kõrgem oodatav eluiga (Statistikaameti andmetel 2011.a. 76,9 aastat, madalaim näitaja Ida-Virumaal 72,3), mis tähendab tartumaalaste jaoks samaaegselt rohkem aastataid koos haiguse või puudega. See tõsiasi esitab teatavad väljakutsed nii riigile kui ka omavalitsustele, kes vastutavad nii terviseedenduse kui ka sotsiaalhoolekande korraldamise eest. Küsimused, millele vastuseid tuleb leida jaotuvad jämedalt kolme rühma. Esiteks teenuste ja abi vajadus(e maht). Teiseks teenuste korraldus. Kolmandaks hoolekande rahastamine.

Sõltumata hoolekande korralduse mudelist on mitteformaalne hooldus (tasustamata mitteprofessionaalne abi ja hooldus haigetele, puudega või eakatele perekonnaliikmetele, sugulastele, kogukonna liikmetele) suurema või väiksema tähelepanu all kogu Euroopas. Euroopa Sotsiaaluuringu 2014.a. küsitlusvoorus vastas küsimusele “Kas kulutate mis tahes põhjustel (Pikaajaline füüsilise tervise halvenemine või puue Pikaajaline vaimse tervise halvenemine või puue Kõrge vanusega seotud probleemid) aega pereliikmete, sõprade, naabrite või teiste inimeste eest hoolt kandmisele või nende aitamisele? Ärge arvestage midagi, mida teete palgatöö osana.” “Jah” vastuse andis 34,3% uuringus osalenud 20 riigi esindajatest. Eestis oli selliste vastuste osakaal üllatuslikult keskmisest madalam, 31,8%. See madalam protsent on saadud olukorras, kus meie Perekonnanseaduses on sätestatud, paljude uuritud riikides aga vastupidi ei ole, perekonnaliikmete hoolduskohustus. Intensiivse hooldusega (rohkem kui 11 tundi nädalas) olid tegevad 7,6% vastajatest, Eestis 9,9% (Verbakel jt 2017, vt ka järgnev joonis 1). Näeme, et keskmisest pisut väiksema abistamise ja hooldamisega seotud isikute osakaalu juures on eestlaste hooldus ajalises mõttes mahukam (sisuline hoolduskoormus on suurem). See seab keskmisest suuremad piirangud töötamisele ja on nii individuaalsete kui ühiskondlike mõjudega (väheneb individuaalne tulu ja maksutulu). Eelkõige just ajaliselt mahukat hooldust tegevate küsitletute puhul täheldati Sotsiaaluuringus madalamat vaimset heaolu. S.t. mitteformaalsel hooldusel on positiivsete mõjude kõrval, mida ühiskond vaikimisi ootab (formaalse hoolekande sfääri koormuse vähendamine), negatiivseid mõjusid, mida samuti ei ole õige ignoreerida.

Eesti formaalne hoolekanne (institutsionaalsed, poolinstitutsionaalsed ja koduhooldusteenused) ei ole ilma põhimõteteliste ümberkorraldusteta, evolutsiooniliselt edasi liikudes, võimeline mitteformaalse hoolduse koormust olulises mahus vähendada. Seega on oluline motiveerida ja toetada mitteformaalseid hooldajaid, tihedamalt omavahel siduda kaks hoolduse sektorit. Mitteformaalse hoolduse arvestuslikel mahtudel peatume detailsemalt järgnevates peatükkides. Näiliselt kirjeldab hooldusvajaduse dünaamikat hooldajatoetust saavate isikute dünaamika (samasugune situatsioon on tööturul, kus näiliselt kirjeldab töötust töötuskindlustuse hüvitist ja töötü abiraha saavate isikute arv). See statistika on aga petlik. Maksimumarv hooldajatoetuse saajaid oli Eestis 2004. a lõpul (34804 hooldajatoetuse saajat). Toetuse maksamise kohustuse üleandmise ja hooldusvajaduse hindamise süsteemi käivitamise järel oli 2005. a lõpus 22831 hooldatavat ja 20628 hooldajatoetuse saajat (puudega lapse, raske ja sügava puudega täiskasvanu hooldaja).

2017.a. lõpuks oli nende arv langenud 11114 hooldatava ja 10318 hooldajani. Nähtava kasu kõrval süsteemi üleandmisest omavalitsustele (täiskasvanud isikute hooldajatele makstud toetuste maht on 2005-2017. a vähenenud rohkem kui 700 tuhande euro võrra) on olemas ka “nähtamatu kahju”. Nimelt kaasneb hooldajatoetuse maksmisega vähemalt formaalselt kontrolli nõrgenemine hoolduse üle, hooldusvajaduse perioodilise hindamise ära jäämine jms. Need elemendid seovad omavahel formaalse ja mitteformaalse hooldussüsteemi, võimaldavad infovahetust, lihtsustavad täiendavate teenuste korraldamist mitteformaalsel teenusel isikutele jne. Formaalse (lepingulise) suhte lõppemisel need seosed üldjuhul kaovad.

Järgnev analüüs keskendub mitteformaalsele hooldusele Tartus.

## 1. Uurimuse taust (lähteülesanne ja eesmärk)

Tartu linna arengu kavandamisel (ja selle arengu tulemuste hindamise) on oluline roll linnavolikogu poolt kinnitatud arengudokumentidel. Käesolev uuring lähtub Tartu linna arengukavas aastateks 2013-2020. meetmes 4.2.4: Hoolekandesüsteemi arendamine (E13, E14, E15) sätestatud vajadusest korraldada teenuste ja toetuste planeerimiseks uuringuid ja analüüse.

Praktilise hoolekandetöö käigus on valdkonna spetsialistidele saanud selgeks, et mõningatel juhtudel on hoolduse vormistamisel esikohal hooldaja, mitte hooldatava, huvid. Peamiseks eesmärgiks on sellistel juhtudel vormistada hooldajale ravikindlustus. Iseenesest ei tähenda see halba või puuduvat hooldust, sotsiaalkindlustusest huvitatud isik võib väga pühendunult täita talle pandud hooldaja kohustust, seda võib samamoodi korrektselt teha mõni teine pereliige, kes omab sotsiaalkindlustust ja hooldaja lepingut ei vaja. Omavalitsuse vaatenurgast on sel juhul siiski tegemist valeandmete esitamisega, mida osapooltega sõlmitav leping peab lubamatuks. Siiski pole välistatud juhtumid, kui hooldus on suhteliselt pinnapealne (rahuldatakse hooldatava minimaalsed vajadused) ja ei saavutada sellist heaolu ja toimetuleku taset, mida kokkulepped eeldavad.

Uurimuse laiem eesmärk on kirjeldada Tartu linna puuetega täisealiste elanike toimetuleku võimalusi, omavalitsuse poolt selleks osutatava abi korraldamist ja lõpptulemusena sotsiaaltöö tulemuslikkust. Konkreetselt on vaatluse all elanike grupp, kelle toimetuleku kindlustamise tagajaks on kolme osapoolte vahel sõlmitud lepinguga kodust hooldust ja abi osutav füüsiline isik (lepinguline e ametlik hooldaja). Viimasele makstakse selle eest hooldajatoetuse nime all tasu.

Töö tellija soovib uuringu raames nelja konkreetset probleemi analüüsimist

1. Uurida ja kirjeldada 60%- ja 100%-lise toetusmääraga hooldajatoetuse maksmise sihipärasust.
2. Hinnata ja tuua esile olemasoleva korralduse (hoolduse seadmise, hooldaja määramise ja hooldajatoetuse maksmise kord) kitsaskohad ja otstarbekus.
3. Teha ettepanekud, kuidas ennetada olukordi, kus hoolduse vormistamise eesmärgiks on vaid ravikindlustuse saamine.
4. Analüüsida, milliste teenustega (alternatiivina mitteprofessionaalsele hooldusele) on võimalik tagada antud elanikerühma toimetulek igapäevaeluga.

Uuringu tulemuseks saadakse info kodus hooldatavate puuetega inimeste olulisematest probleemidest ja igapäevatoimingute tegemisel ette tulevatest takistustest. Info võimaldab sotsiaal ja tervishoiu osakonnal (STO) leida lahendusi või algatada ideekorjet nendele probleemidele lahenduse otsimiseks.

Uuring võtab arvesse järgnevaid momente.

Esiteks, riikliku Heaolu arengukava aluseks oleva hetkeolukorra ülevaates on kokku lepitud, et

1. hoolduskoormusega inimeste (igapäevatoimingutes abi vajavate isikute) arv on mitmeid kordi suurem kui näitab hooldajatoetuse statistika. Puuetega täiskasvanutest vajab toimetulekuks pidevalt kõrvalabi 36% ja vahetevahel 48% grupist. Tartus on töö tellija esitatud (tabel 1) andmetel 13488 puudega täiskasvanut, seega on pideva abi vajajaid 4856 ja episoodilist toetamist tuleks korraldada 6474-le isikule.

2. 59% hooldajatest on konkreetse isiku ainsad hooldajad, 41% juhtudel on hooldus jagatud. Seega paljudel hooldusel olevatel inimestel valikuvõimalused, kelle abi kasutada, puuduvad.
3. 59% hooldajatest osutab puudega inimesele abi iga päev vähemalt kolm tundi (nädalas 20 tundi), mida arengukava loeb suureks hoolduskoormuseks. Sellise hoolduskoormuse kandmine eeldab vähemalt poolprofessionaalset teenusepakkumist (SM, 2015)

Teiseks. Maailmapanga uuringu Hoolduskoormuse vähendamine Eestis (Reducing the burden of care in Estonia, 2017) järelduste/seisukohtade järgi

1. Hoolduskoormus kasvab Eestis, seda kiiresti mitte rahvastiku kiire vananemise, vaid eakate halva tervise tõttu.
2. Pikaajalise hoolduse katmata vajadus (abi puudumine või puudulikkus) on sageli seotud isiku majandusliku seisundiga (vaesusega).
3. Avalike kulutuste maht pikaajalisse hooldusesse on ebapiisav, Tartumaal on avalike teenuste rahaline maht 1 puudega isiku kohta Sotsiaalministeeriumi andmetel allpool Eesti keskmist
4. Puuduvad ühtlustatud hindamisinstrumendid, mis võimaldaksid valida parimat hooldusmudelit
5. Ebaproportsionaalselt suur maht hooldusest langeb omastehooldajate ja lepinguliste hooldajate õlgadele

## 2. Uuringu metoodika

### 2.1. Küsitluse valim, uurimuse metoodika ja andmeanalüüs

Uurimuse kavandamisel lähtuti kogemustest, mida töö täitjad on saanud puuetega inimeste toimetuleku ja sotsiaalteenustega rahulolu hindamisel Pärnus (Kõre J, Tall K. (2007) Rahulolu sotsiaalteenustega Pärnu linnas. Uuringu aruanne. Tartu), Tallinnas (Kõre, J., Murakas, R., Tall, K., Näkk, V., Urm, U. (2009) Puuetega tallinlaste kodust toimetulekut käsitlev sotsiaaluuring) ja Tartus (Kõre, J., Tall, K. (2015) Puuetega tartlaste kodust toimetulekut käsitlev sotsiaaluuring).

Uuringu teostamisel kasutati kolme erinevat meetodit (triangulatsiooni):

1. Dokumendianalüüs (hoolduse määramise kord, hooldusvajaduse hindamise instrument, hinnang hooldajale (s.h. hoolduse kvaliteedi hindamiseks kasutatav instrument ja andmed hindamiste tulemuse jms kohta). STO käsutuses oleva info põhjal koostatakse lühike statistilise kirjelduse hooldusvajadusest ja hoolduse korralduse arengust.
2. Hoolekande spetsialistide ja ekspertidega läbi viidavad intervjuud. Kavas oli läbi viia üks grüpiintervjuu Tartu linnas eakate hoolekandega tegelevate spetsialistidega, üks individuaalintervjuu (telefoniintervjuu või internetipõhine küsitlus) eakate huve esindava organisatsiooni esindajaga ja üks individuaalintervjuu teise omavalitsuse eakate hoolekande spetsialistiga (Tallinn, Pärnu, Viljandi). Uurimusega sooviti kaardistada kogemused hoolduslepingu täitmise, lõppemise ja kui on fakte ka lõpetamise kohta, hooldatavatele professionaalsete sotsiaalteenuste osutamise kohta, omavalitsuse hoolekande poliitika üldiste arengusuundade ja hoolduse professionaliseerimise jms kohta. Faktiliselt tehti üks grüpiintervjuu Tartu ja kolm individuaalintervjuud (Tallinna, Pärnu ja Viljandi) sotsiaaltöö spetsialistidega.

Intervjuude põhjal on võimalik teha ettepanekuid eakatele toimetulekuprobleemidega kodanikele sobivaima hooldusmudeli valiku praktikatest, osapoolte kohustuste (perekonna ja omavalitsuse kohustused) ja huvide (eaka, hooldaja ja omavalitsuse huvid) arvestamisest, alternatiivide olemasolust (ja nende sobivusest puudega inimese jaoks) lepingulise teenuse professionaalsete sotsiaalteenustega asendamise kohta.

3. Ankeetküsitlus lepingulisel hooldusel isikute ja nende hooldajatega, sealjuures on sihtgrupp piiratud nendega, kelle puhul hooldajale makstakse üheaegselt hooldajatoetust ja tasutakse tema eest sotsiaalmaksu. Tellija poolt esitatud loetelus oli 325 (individualiseerimata) isikut, kellest koostati juhuvalimi põhimõtet kasutades küsitluse valim.

Lähtudes pakkumuse esitaja ligikaudsetest arvutustest oli usaldusväärse tulemuse saamiseks vajalik küsitleda sadakond isikut. Küsitletavad leiti kahekihilise valimiga. Esimese kihi moodustasid 100 juhuvalimi põhimõttel järjestatud isikut. Teise kihti jäid ülejäänud (225), kes olid samuti reastatud juhuvalimi põhimõtet kasutades. Valimi esimesse kihti sattunud isikuga võeti kontakt, teda informeeriti käesoleva uuringu eesmärkidest ja tingimustest ning küsiti nõusolekut intervjuuks. Keeldumise korral valiti järgmine nimi põhinimekirjast. Põhinimekirja ammendumisel alustati kontakti otsimist lisanimekirjas olnud isikutega. Lõpptulemusena võeti 163 kontakti ja viidi läbi 97 intervjuud hooldajate ja 85 intervjuud hooldatavatega. Osa intervjuusid hooldatavatega olid poolikud (isik sai aru lihtsamatest küsimustest).

Küsitlemine toimus ajavahemikul 25.05.2018-10.10.2018. Küsimustikud täideti näost-näku intervjuu käigus, lugedes ette küsimused ja võimalikud vastusevariandid (vt lisa 1 ja 2). Küsitaja ei mõjutanud isiku poolt antud vastuseid, arusaamatuse korral esitati küsimus uuesti, vajadusel formuleeriti ümber. Tegemist oli nn kontrollitud küsitlusega, kus enne ankeetide täitmist selgitati uurimuse eesmärki ja vastati küsimustele (Hirsjärvi 2005, 183).

Uuringus järgiti isikuandmete kaitse seaduse nõudeid. Kõik konkreetset isikut tuvastada aitavad kindlaks tegemist võimaldavad andmed kustutati peale küsitlusperioodi lõppemist. Kogutud andmeid analüüsiti kogumis individualiseerimata kujul ja tulemused edastatakse Tartu STOLE samuti üldistatud kujul. Küsimustikele vastamiseks kulub keskmiselt 1 tund, lühim aeg pool ja pikim poolteist tundi.

Andmeid töödeldi SPSS programmi abil ja analüüsiti sagedusjaotuse meetodi (tunnuse võimalike üksikväärtuste või väärtusvahemike loetelu koos indiviidide arvu fikseerimisega, kelle puhul analüüsitava tunnuse väärtus kuulub vastavasse väärtusvahemikku (Tooding 1999, 37). Täiendavalt kasutati mõnel pool aruandes ka kahe tunnuse põhiseid risttabeleid ja aritmeetilisi keskmisi.

Tunnuste jaotust on lisaks andmete tabelis esitamisele mõne küsimuse puhul illustreeritud sagedusdiagrammidega (tulpdiaagrammidega). Graafiline väljund vormistati MS Exceli abil.

## **2.2. Grupi ja ekspertintervjuude korraldamise meetodika**

Teise meetodina kasutati kvalitatiivset meetodit, mis võimaldab uuritavat teemat käsitleda sügavuti. Tehnilises mõttes tehti 1 poolstruktureeritud grupiintervjuu (sotsiaaltöötajate- valdkonna spetsialistidega Tartu STAst) ja 3 individuaalintervjuud teistest Eesti omavalitsustest (Tallinn, Pärnu, Viljandi). Käsitletavat teemavaldkonnad ja küsimused olid eelnevalt kokku lepitud, kuid intervjuueeritavate algatusel laiendati arutatavate teemade valdkondi. Analüüsi ülesehitamiseks kasutati intervjuu küsimustikku (Lisa 3). Algselt intervjuu lindistati ja seejärel transkribeeriti (koostati stenogramm). Analüüsi meetodina kasutati temaatilist analüüsi. Intervjuude üleskirjutused (stenogramm) on esitatud Lisas 4

Intervjuude kava sobivuse kontrollimiseks prooviintervjuud ei korraldatud, kava kooskõlastati Tartu STAga.



### 3. Täisealise isiku hooldusest üldiselt

#### 3.1. Täisealise isiku hooldus: sihtgrupp (statistika)

Mitteformaalse hoolduse sihtgrupi moodustavad puudega isikud. S.t. isikud, kes vastavalt Sotsiaalhoolekande seaduse § 26-le vajavad „...vaimse või kehalise puude tõttu ..... abi oma õiguste teostamiseks ja kohustuste täitmiseks.“ Mõiste on tavakodaniku jaoks kahetsusväärset raskelt mõistetav ja osaliselt kattuv eestkoste mõistega.

Nii või teisiti peame kokkusurutult käsitlema puuetega isikute temaatikat ja alustame kontingendi kirjeldusega. Tartus oli 2017. a lõpul 14899 puudega inimest, neist 1411 last ja noorukit, 5147 tööalist ja 8341 eakat kodanikku. Keskmise puude aste oli määratud 5548-le isikule, raske 7952-le ja sügava puude aste 1399-le isikule. Tööeas puudega isikud moodustasid 34,5% kogu grupist.

Puudega isikud moodustasid 2017. a lõpus 15,44% Tartu elanikest (Tartu elanike arv Statistikaameti andmetel 93124). Eestis tervikuna oli samal ajal 141026 puudega isikut e 11,8% elanikest. Kuigi viimaste aastate (2013-2017) statistika näitab puuetega inimeste arvu vähenemist Tartus, on raske ja sügava puudega (suurema hooldusvajaduse ja teenuste vajadusega) isikute grupi suurus samal perioodil püsinud 9,4-9,5 tuhande isiku vahemikus. Kuigi puudega isikud moodustavad meie poolt analüüsitava teenuse potentsiaalse sihtgrupi, jaotuvad nad igapäevases hoolekandes tegelikult erinevate teenuste vahel (institutsionaalne, poolinstitutsionaalne ja koduhooldus, viimane nii formaalses kui mitteformaalses vormis). Arvesse võttes sissejuhatuses toodud hooldusega seotud täisealiste elanike protsenti Eesti kohta 2014.a (31,8%) peaks abistamise ja/või hooldusega tegelema 24 tuhat tartlast. S.t. 1,7 isikut ühe puudega isiku kohta, mis on üsna tavapärane proportsioon.

**Tabel 1.** Puudega inimeste arv puude raskusastme järgi Tartus (aasta lõpu seis)

	Vanusegrupp	Keskmine	Raske	Sügav	Üldkokku võte
2013	<15	629	819	61	1509
	16-62	3412	1800	368	5580
	63+	2148	5525	979	8652
	Kokku	6189	8144	1408	15741
2014	<15	614	810	61	1485
	16-62	3341	1794	368	5503
	63+	2104	5514	979	8597
	Kokku	6059	8118	1408	15585
2015	<15	601	802	61	1464
	16-62	3261	1777	365	5403
	63+	2061	5494	979	8534
	Kokku	5923	8073	1405	15401
2016	<15	590	791	61	1442
	16-62	3155	1763	365	5283
	63+	1999	5470	977	8446
	Kokku	5744	8024	1403	15171

	<b>Vanusegrupp</b>	<b>Keskmine</b>	<b>Raske</b>	<b>Sügav</b>	<b>Üldkokku võte</b>
2017	<15	572	778	61	1411
	16-62	3031	1753	363	5147
	63+	1945	5421	975	8341
	Kokku	5548	7952	1399	14899

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

Puudeliigi esinemise sageduse järgi võime eristada kolme isikute gruppi. Arvukamad on 2017.a. lõpu andmetel liikumis- (4544), liit- (4883), muu puudega (2222), samuti psüühikahäirega isikute (2036) grupid. Väiksem on keele- ja kõne-, kuulmis-, nägemis- ja vaimupuudega isikute arv (vt tabel 2). Samad kaks suurt tinglikku gruppi (sagedamini ja harvem esinev puude liik) on üldjoontes esindatud ka tööaliste hulgas. Tööaliste seas on erinevalt üldkogumist arvukaim psüühikahäirega, mitte liikumispuue ja/või liitpuue.

**Tabel 2.** Puudega inimeste arv Tartus 2017.a lõpul puudeliigi järgi

<b>Puudeliik</b>	<b>&lt;15</b>	<b>16-62</b>	<b>63+</b>	<b>Kokku</b>
Keele- ja kõnepuue	248	15	5	268
Kuulmispuue	24	75	39	138
Liikumispuue	78	1104	3362	4544
Liitpuue	375	1195	3313	4883
Nägemispuue	5	73	92	170
Psüühikahäire	283	1374	379	2036
Vaimupuue	14	619	5	638
Muu	384	692	1146	2222
Kokku	1411	5147	8341	14899

Allikas Sotsiaalkindlustusamet

Terviseprobleemidega inimeste arv on kogu Eestis (sh Tartus) suurem, kui näitab puude statistika. 2011. aasta rahvaloenduse ajal deklareerisid pikaajalise tervisehäire või puude olemasolu 29164 inimest. St kaks korda rohkem formaalselt fikseeritud puudega inimeste arvust. 17922-st 15-64 aastastest terviseprobleemidega inimestest olid majanduslikult aktiivsed 7220 inimest (töötavad või töötud) ja majanduslikult mitteaktiivsed 10771. Viimast numbrit ei saa käsitleda kui tööjõu reservi, aktiveerivaid meetmeid vajavat vms gruppi. 10771 isikust on vanaduspensionärid 3505, töövõimetuspensionärid 2320, õpilased-üliõpilased 1491, muud pensionärid 1171, muud mitteaktiivsed 994.

**Tabel 3.** Pikaajalise haiguse või puudega rahvastik Tartus kõrvalabi vajaduse järgi (2011. a rahvaloendus)

	<b>Kogu- rahvastik</b>	<b>Ilma pika- ajalise haiguse või puudeta</b>	<b>Pikaajalise haiguse või puudega</b>	<b>sh 0-14</b>	<b>15-64</b>	<b>65+</b>	<b>Puude olemasolu teadmata</b>
Kokku	97600	66598	29164	1218	16774	11172	1838
Mehed	44274	30821	12439	725	8196	3518	1014
Naised	53326	35777	16725	493	8578	7654	824

Allikas: Statistikaamet

Kuna peame tunnistama, et saame käesoleva uuringuga nii tartlaste hooldusvajaduse kui hooldajate tegevuse ja vajaduste kohta siiski üsna kitsa pildi (käsitlеме tööealise isiku poolt tehtavat mitteformaalset hooldust), siis puuetega inimeste temaatikat me edasi sügavuti ei analüüsi ja jätkame hooldajatoetuste käsitlusega.

### 3.2. Täisealise isiku hooldus: eesmärk ja sisu

Sotsiaalhoolekande seaduse § 26 formuleerib kohaliku omavalitsuse ülesanded täisealise isiku hooldamisel üsna üldsõnaliselt:

(1) Kohaliku omavalitsuse üksus seab isiku taotluse alusel hoolduse täisealisele isikule, kes vaimse või kehalise puude tõttu vajab abi oma õiguste teostamiseks ja kohustuste täitmiseks. Hoolduse seadmisel määratakse kindlaks hooldava isiku ülesanded.

(2) Hooldust teostab kohaliku omavalitsuse üksuse määratud isik. Hooldus seatakse ja hooldav isik määratakse hooldatava nõusolekul (RT I, 30.12.2015, 5).

Eespool viitasime juba sellele, et mitteprofessionaali jaoks võib eelnev määratlus kattuda eestkoste definitsiooniga. Veelgi suurem segadus võib tekkida, kui kõrvutada hooldaja faktilisi (lepingus fikseeritavaid) tegevusi toodud definitsiooniga. MTÜ Omastehooldus deklareerib, et „Omastehooldaja on inimene, kes hooldab pereliiget või lähedast, kes haiguse, puude või muust erivajadusest tingituna vajab abi oma igapäevaelu toimingutes“ (<http://www.omastehooldus.eu/>). S.t omastehooldaja poolt abistatav on mitte ainult puudega, vaid ka haiguse või erivajadusega isik ning omastehooldaja ülesanne ei ole garanteerida isiku õiguste ja kohustuste täitmine, vaid igapäevaelu korraldamine.

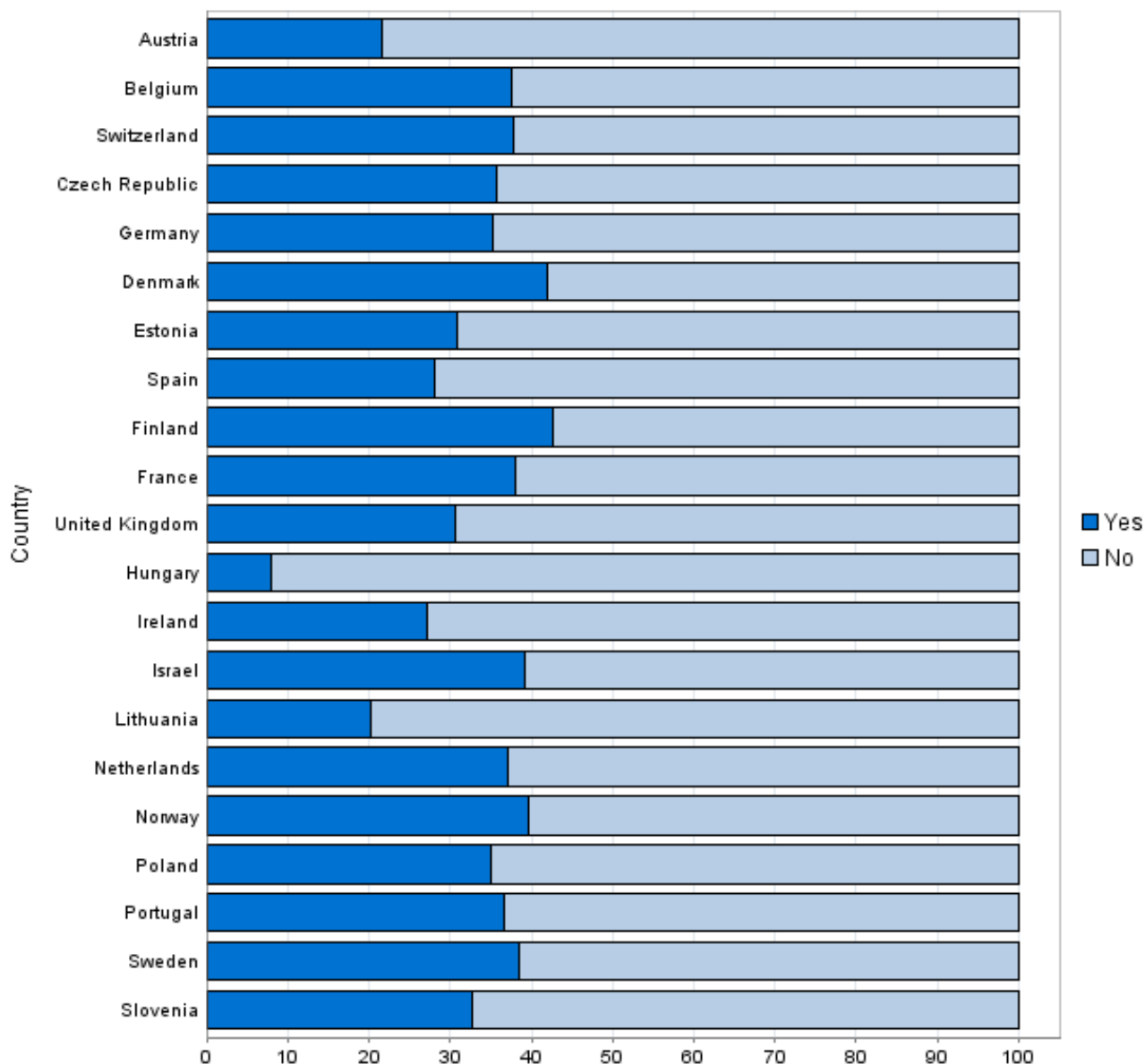
Jätame hetkeks definitsioonid kõrvale ja kirjeldame mõne lõiguga vastavaid (omastehoolduse toetamise) poliitikaid. Omastehooldust kirjeldatakse kui win-win-win lähenemist (kasu saavad kolm osapoolt, nii hooldatav, hooldaja kui ühiskond). Vastavad poliitikad keskenduvad sekumisele kolme valdkonna küsimustele:

1. hooldus ja tööturg;
2. hooldaja heaolu;
3. hoolduse majanduslik stimuleerimine.

Hooldamine mõjutab tööeas inimese käitumist tööturul olemise mõttes. Seda eriti suure hooldusvajadusega isiku hooldamisel. Seda mõju kirjeldatakse „tähelepanematusena tööl olles, hilises töötulekus ja varases lahkumises (tööaja lühendamises) või töötamisest loobumisena“. Seetõttu rakendavad arenenud riigid hooldusvajadusega töötajate jaoks vanemapuhkusega analoogset puhkusesüsteemi. Kuna me ei tee võrdlevat poliitilist analüüsi, siis esitame vaid mõned näited sellise süsteemi rakendamise kohta. OECD analüüsi andmetel võimaldab 60% Põhjamaade ja Poola, 25% Lõuna-Euroopa, 20% Kanada ja 10% Jaapani firmadest oma töötajatele puhkust pereliikme haiguse ja hooldusvajaduse korral (Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care OECD 2011). Selliste õiguste tegelik kasutamine sõltub siiski suurel määral hooldajale makstava hüvitise suurusest. Juhul, kui hüvitis on madal, eelistatakse hoolduspuhkuse asemel kasutada ravikindlustusest tulenevaid õigusi, töö ja puhkeaga reguleerivast seadusest tulenevat lisapuhkuse õigust vms. Hoolduspuhkuse kasutamine sõltub ka rakendusvaldkonnast: selle õiguse kasutamine on levinum avalikus sektoris ja suurtes ettevõtetes.

Väga suure tähtsusega on paindliku tööaja võimaldamine. Kuigi eelnevalt esitati väide, et hoolduspuhkus on teatav vanemapuhkuse analoog, näitab statistika, et paindliku tööaja kasutamise vaatenurgast tehakse selline valik laste kasvatamise, mitte eakate hooldamise, eesmärgil. Soomes kasutas viidatud uuringu järgi umbes 45% väikelaste vanematest õigust töötada paindliku graafiku järgi, hoolduskohustusega isikutest aga vähem kui 10%.

Hooldajapuhkuse süsteemi korraldamine on võrreldes vanemapuhkusega keerulisem. Lapse hooldamisel on hooldusvajadus reeglina vähenev, eaka või haige hooldamisel võib abivajadus nii väheneda, kõikuda kui ka suureneda. Lihtsam on see terminiaalselt haigete isikute hooldajate jaoks, kus puhkus on sageli limiteeritud seostatuna hooldatava õigusega kasutada institutsionaalset abi. (Juhul kui tekib õigus saada institutsionaalset abi, puhkuse kasutamise õigus väheneb või kaob).



**Joonis 1.** Aja kulutamine pereliikmete, sõprade, naabrite või teiste inimeste eest hooldamiseks või nende aitamiseks (% , Verbakel jt 2017)

Yes/Jah; No/Ei

Üldjoontes võib hoolduse ja tööturu seoseid sotsiaalpoliitika vaatenurgast kirjeldada kolme aspekti kaudu:

1. hooldajale töötajatega sarnaste sotsiaalsete garantiide võimaldamine;
2. paindliku töögraafiku kasutamise õigus ja mehhanismid, mis võimaldavad selle kasutamist;
3. maksustamise alased eelised, mis toetavad nii hoolduskoormusega isikute värbamist kui ka sissetulekute toetamist.

Teiseks kirjeldame mõne näite najal, kuidas panustatakse hooldajate füüsilisse ja vaimsesse heaolusse. Hooldajate suurimaks probleemiks on stress, mille vähendamiseks on kõige levinum moodus intervallhoolduse kasutamise võimaluse loomine. Stressi tekitab nii pidev valmisolek oma kohustuste täitmiseks, väike või puuduv puhkus ja isolatsioon (kontaktide ja suhtluse piiratus). Intervallhooldus võib olla nii koduse asendushoolduse, päevakeskuse kui ka episoodilise või regulaarse asutushoolduse vormis. Intervallhoolduse puhul on tähtis nii hoolduse pikkus kui ka sagedus ja efektiivseks hinnatavad praktikad varieeruvad riigiti suurel määral. Kui Soome alustas 2006.a. oma omastehooldajate süsteemi loomist, siis oli kohustuslik pakkuda hooldajale vähemalt 3 hooldusvaba päeva kuus. Eestis värselt Riigikogus langetatud otsus 5 lisapuhkepäeva võimaldamise kohta hooldajale aastas ei ole ilmselt eespool toodud kriteeriume silmas pidades piisav abi.

Intervallhoolduse rahastamise reeglid on erinevad, alates tasuta teenusest Taanis (Prantsusmaal ja Šveitsis ootelehe alusel hooldushaiglas, siis kui viimases on tervishoiuteenuse osutamisest vabu voodeid) osaliselt tasulise teenuseni Austrias, Soomes ja Ungaris. Kanada stimuleerib hooldajaid kasutama institutsioone sel moel, et selleks tehtavad kulud võetakse arvesse tulumaksu tasumisel. Suurbritannias saavad hooldajad pensionisoodustusi, esimene pensionisammas koosneb baasosast ja täiendavast osast. Õigus täiendavale osale on muuhulgas hooldajatel.

Tabeli 4 andmete najal kirjeldame omastehoolduse statistikat Tartus. KOV kaudu vormistatud hoolduslepingute arv on 2011-2017. a vähenenud ca 1/5 võrra (2634-lt 2074-ni). Pisut väiksemas proportsioonis on vähenenud isikute arv, kelle eest makstakse sotsiaalmaksu (351-lt 319-ni). Kümneaastase perioodi kestel (alates 2008.a.) on mõlema grupi suurus vähenenud veel rohkem, veerandi võrra (2008.a. oli vastavalt 3103 hooldatavat, nendest 440 eest maksti sotsiaalmaksu). Kulud hooldajatoetuste ja sotsiaalmaksu tasumiseks on vähenenud suhteliselt väiksemas matus. S.t. ilmselt on toimunud teatud nihe kas hooldajate käitumises (väiksema hoolduskoormusega isikud jätvavad toetuse taotlemata), või hooldusvajaduse hindamise ja hooldaja määramise otsustuse mehhanismis.

**Tabel 4.** Omastehooldust kirjeldavad põhinäitajad Tartus

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hooldatavaid kokku	2634	2574	2481	2387	2227	2144	2074
Hooldajaid kokku	2438	2385	2308	2303	2094	2007	1943
Sotsiaalmaksu tasumine – hooldajad, kelle eest makstakse sotsiaalmaksu	351	332	290	278	239	234	319
Kulu – hooldajatoetus	1 000 440	1 022 325	1 025 109	1 023 344	977 163	976 879	977 840
Kulu – sotsiaalmaks	394 380	371 779	347 487	352 074	348 990	376 134	379 143
Kulu – sotsiaalmaks + hooldajatoetus	1 394 820	1 394 104	1 372 596	1 375 418	1 326 153	1 353 013	1 356 983

Allikas: Tartu Linnavalitsus

**Tabel 5.** Kulud hooldajatoetustele: Eesti-Tartu võrdlus

			<b>Kulu- hooldajatoetus</b>	<b>Kulu- sotsiaalmaks</b>	<b>Kulu- sotsiaalmaks+ hooldajatoetus</b>
Täiskasvanud	2005	Kokku			
		Eesti	3 791 984	1 004 895	4 796 879
	Tartu	932 728	239 992	1 172 720	
	2017	Kokku			
		Eesti	3 328 202	2 212 221	5 540 424
	Tartu	1 191 921	451 609	1 643 529	
Lapsed	2009	Kokku			
		Eesti	197 373	457 303	654 676
	Tartu	31 531	47 724	79 255	
	2016	Kokku			
Eesti		893 988	881 715	1 775 703	
Tartu	114 199	138 438	252 637		

Allikas. Sotsiaalkindlustusamet

## 4. Hoolduskoormusega ja hooldusel tartlaste toimetulek

### 4.1. Hooldajate sotsiaaldemograafiline portree

Küsitletute sotsiaaldemograafiline kirjeldus esitatakse suhteliselt lakooniliselt, konstateerivana. Võrdlus üldkogumiga (kõik SKA-s registreeritud tööelised puudega tartlased) on keeruline, sest SKA ei töötle ja ei esitata infot täpselt samas struktuuris, nagu seda küsitlusel koguti. Mõningane võrdlus on võimalik Tartu elanikkonnaga tervikuna (eelkõige kasutatakse võrdluseks vajadusel/võimalusel 2011.a. rahvaloenduse andmeid). Soolise struktuuri mõttes on uuringus mitteoluline nihe meeste ülesindatuse mõttes (SKA andmetel on tööeliste hooldajate hulgas mehi 45% ja naisi 55%).

**Tabel 6.** Küsitletute sooline koosseis

Sugu	Arv	Protsent
Mees	50	51,5
Naine	47	48,5
Kokku	97	100,0

Küsitletute keskmine vanus oli 48 aastat, noorim intervjuueeritu oli 23 ja vanim 69 aastane. Üle 2/3 hooldajatest on aktiivses tööeas (nooremad kui 55 aastat). Eelnevatest numbritest saame teha järelduse, et ainult väike osa omastehooldajatest on vanuses, mille puhul eeldatakse kas tervise, tööturu alase konkurentsivõime vähenemise vms põhjustel tööalase aktiivsuse vähenemist.

Hooldatavate keskmine vanus ulatus 79 aastani. Võrreldes 2002.a. uuringuga (hooldaja keskmine vanus 57 ja hooldatava vanus 75 aastat) on lisaks hooldajate vanuse alanemisele toimunud ka hooldajate ja hooldatavate keskmise vanuse vahe suurenemine (kahe keskmise vahe oli 2002. aastal 18 aastat ehk pisut vähem kui on ühe statistilise põlvkonna suurus (25 aastat), käesolevas uuringus on see ligikaudu 30 aastat.

**Tabel 7.** Küsitletute vanus

Vanus	Arv	Protsent
<24	2	2,1
25-29	5	5,2
30-34	6	6,2
35-39	3	3,1
40-44	14	14,4
45-49	19	19,6
50-54	20	20,6
55-59	18	18,5
60-64	8	8,2
65-69	2	2,1
Kokku	97	100,0



Valdavalt on tööealiste isikute hooldus perekonnapõhine tegevus: ca 3/5 juhtudel on tegemist vertikaalse hooldussuhtega (hooldajateks on lapsed või lapselapsed). Ülejäänud hooldussuhtest on suguluse või hõimluse pinnal 1/5, teine 1/5 on muude abistajate korraldada.

**Tabel 8.** Hooldaja suhe hooldatavasse

Vanus	Arv	Protsent
Abikaasa/elukaaslane	2	2,1
Laps	44	45,4
Lapselaps	14	14,4
Muu sugulane	17	17,5
Muu variant	20	20,6
Kokku	97	100,0

Formaalselt võib peaaegu kogu hooldajate valimi klassifitseerida kui osaliselt või täielikult sotsiaalkindlustusest elatuvad inimesed. Kõik küsitletud said hooldajatoetust. Vaid väike osa isikutest (6) tunnistas küsitluse hetkel töötamist. Siiski nimetas muu rakenduse variandi all 10 inimest juhu-, ajutist või kodus töötamist (autoremont, õmblemine, aiandus/lillekasvatus, ka juhatusel liikmeks olemine). Suhteliselt suur vastuseta juhtumite arv (20) viitab sellele, et faktiliselt töötavaid hooldajaid võib olla eelmistest numbritest rohkem. Kuna hooldatavate puhul jäi sellele küsimusele veelgi suurem arv vastuseid saamata (iga neljas) siis neid andmeid hooldajate peatükis ei käsitleta.

Töö (tegevused) mida ollakse valmis pärast hoolduse lõppu tegema (küsimus A41 hooldajate ankeedis) kattuvad nende tegevustega, mida hoolduse kõrvalt tehakse ja nendega, mida on nimetatud varem tehtud tööde või täidetud ametite kohta. S.t. seotus tööturuga hoolduse perioodil on garantii selleks, et hoolduse lõppedes ei tekkiks tühimikku sissetulekutes (ja üldisemalt elus).

**Tabel 9.** Küsitletute sotsiaalne staatus

Sotsiaalne staatus	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Töötav (nii palgatööline kui ettevõtja)	6	6,2	7,8
Perekonnaliikme hooldus (hooldaja, väikelapse hooldaja, vanemapuhkus vms)	57	58,8	74,0
Töötu (kas registreeritud töötu või tööotsija)	14	14,4	18,2
Kokku	77	79,4	100,0
Vastamata	20	20,6	
Kõik kokku	97	100,0	100,0

Küsitletud hooldajate leibkonnad jagunevad selgelt kaheks. Leibkonnad, mille liikmeteks on mõlemad, hooldaja ja hooldatav, moodustavad pisut alla poole (43%) küsitletud peredest ja pisut

üle poole (51%) on neid, kus kaks poolt elavad lahus. Kõikidel viimati nimetatud juhtudel elas hooldaja Tartu linnas. Kuna üksikult elav hooldaja või kaheliikmeline leibkond (hooldajaga ja hooldatav) moodustavad vähem kui veerandi kõikidest küsitletud juhtudest, siis põhimõtteliselt on hooldaja haiguse, äraoleku vms juhtumi korral võimalik teda asendada. Tõsi, see ei pruugi nii lihtsalt toimuda juhtudel, kui tegu on hooldajast eraldi elava mittepereliikmega, kellel võib olla ka muid hoolduskohustusi (väikelapse hooldamine vms).

**Tabel 10.** Küsitletud hooldaja leibkonna tüüp

<b>Leibkonna tüüp</b>	<b>Arv</b>	<b>Protsent</b>
Hooldaja elab koos hooldatavaga	42	43,3
hooldaja ja hooldatav	6	6,2
hooldaja, hooldatav jm pereliikmed	36	37,1
Hooldaja elab hooldatavast eraldi	50	51,5
Hooldaja on üksik	11	11,3
Hooldaja elab koos perega	39	40,2
Muu variant (samamajas eraldi eluruum)	2	2,1
<i>Vastamata</i>	2	3,1
Kokku	97	100

Tabeli 11 andmete kohaselt defineerib hooldaja hooldusvajaduse põhjusena pooltel juhtudel pereliikme haigust või tervise halvenemist, seitsmendikul juhtudest vanusest tulenevaid probleeme ja viiendikul juhtudest võttis ta hoolduse üle teiselt (eelmiselt) hooldajalt. Viimases variandis (hoolduse ülevõtmine) oli ca pooltel uue hooldaja vajaduse juhtudel põhjuseks eelmise hooldaja (näiteks abikaasa) surm. Teisel poolel juhtudest on uue hooldaja vajadus tekkinud nii eelmise loobumisel raskeks või mingil põhjusel sobimatuks muutunud tööst kui ka formaalse hoolduse ümbermängimisest. S.t. eelnev hooldaja jätkas mingis osas oma rolli täitmist, kuid formaalseks abi andjaks vormistati sotsiaalkindlustust vajav pereliige.

**Tabel 11.** Hooldusvajaduse tekkimise põhjus

<b>Põhjus</b>	<b>Arv</b>	<b>Protsent</b>	<b>Protsent küsimusele antud vastustest</b>
Hooldatav on sünnist saati abivajaja	3	3,1	3,5
Hooldatav on nii vana, et vajab juhendamist ja abistamist	15	15,5	17,4
Hooldatava tervis halvenes haiguse vms tõttu ja ta ei saanud enam ise hakkama	49	50,5	57,0
Eelmine hooldaja suri/loobus/leping lõpetati vms ja mind paluti uueks hooldajaks	19	19,6	22,1
Kokku	86	88,7	100,0
<i>Vastamata</i>	11	11,3	
Kõik kokku	97	100,0	

**Tabel 12.** Hooldusvajadus (kokku) ja ametlik hooldus

Vanus	Hooldusvajadus kokku		Ametlik hooldaja kokku	
	Arv	Protsent	Arv	Protsent
Kuni 4 aastat	21	21,6	51	52,6
5-9	33	34,0	29	29,8
10-14	24	24,7	8	8,3
15 ja rohkem	16	16,5	8	8,3
Vastamata	3	3,1	1	1,0
Kokku	97	100,0	97	100,0

Hinnang kogu perioodi pikkusele, mille alguses tekkisid toimetulekuraskused ja kõrvalabi vajadus, oli keskmisena 10 aastat, ametliku hoolduse pikkusele keskmiselt 5,5 aastat. Vahe (hoolduse lõtk) oli seega 4,5 aastat. Võrreldes faktilise hoolduse (hooldusvajaduse) ja formaalse (hooldajatoetuse maksimisega seotud) hoolduse kestvusi näeme märkimisväärset ajalist erinevust. Pooltel juhtudel on ametlik hooldus väldanud kuni 4 aastat (kaasa arvatud). Faktilise hoolduse mõttes mahub aga üle poole hooldusjuhtudest ajavahemikku 5-14 aastat. S.t. hooldus algab hooldaja jaoks väiksema hoolduskoormusega tegevusena (näiteks juhul kui on tegemist eaka pereliikmega, kelle tervis halveneb järk-järgult või füüsiline ja/või vaimne võimekus väheneb pikka-mööda). Sel juhul ei vormistata kohe ametlikku hooldust (selleks ei pruugi olla ka tegelikku alust), leping omavalitsusega sõlmitakse suurema hoolduskoormuse tekkimisel või ka sotsiaalkindlustuse vajaduse ilmnemisel. Ajaline vahe hooldusvajaduse tekkimise ja ametliku hoolduse vormistamise vahel on väiksem haigestumise tulemusel saanud hooldusvajaduse puhul. Kuigi haigestumine on pigem ootamatu juhtum, kaasneb sellega ilmselt pereliikmete parem informeerimine haigla järgse hoolduse vajaduse, võimaluste jms kohta.

**Tabel 13.** Hoolduse kestvus hooldaja ja hooldatava koos- ja lahuselu korral

	Vähem kui 3 tundi päevas	3-7 tundi päevas	Üle 7 tunni päevas (pidev hooldus)	Kokku
Elab koos hooldatavaga	8 (20,0%)	13 (32,5%)	19 (47,5%)	40 (100%)
Elab hooldatavast eraldi	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0 (0%)	48 (100%)

Tabel 13 kirjeldab ootuspärast fakti: hooldatavaga koos elavad hooldajad kulutavad hooldusele kordi rohkem aega kui lahus elavad hooldajad. Täpsem hooldusvajaduse hindamine, suurem hooldajatoetus hooldatava suurema hooldusvajaduse korral vms võte ei muuda fakti: oma pereliikmete hulgas elav eakas või puudega isik on paremini hooldatud.

**Tabel 14.** Igapäevatoimingute tegemise võimekus

	Voodist tõusmine		Söömine ja joomine		Vähemalt 30 min eluruumis liikumine	
	Arv	Protsent	Arv	Protsent	Arv	Protsent
Saab iseseisvalt hakkama	28	28,9	34	35,1	24	24,7
Saab enamasti hakkama	34	35,1	30	30,9	33	34,0
Mõnikord saab iseseisvalt hakkama, mõnikord vajab abi	16	16,5	12	12,4	13	13,4
Vajab sageli abi	6	6,2	10	10,3	11	11,3
Ei saa hakkama, on täiesti sõltuv abist	12	12,4	11	11,3	15	15,5
Kokku	96	99,0	97	100,0	96	99,0
<i>Vastamata</i>	1	1,0	-	-	1	1,0
Kõik kokku	97	100,0	97	100,0	97	100,0

**Tabel 14 järg**

	Tualeti kasutamine		Väljas koos saatjaga ca 1 km liikumine		Paariks päevaks omaette jäämine	
	Arv	Protsent	Arv	Protsent	Arv	Protsent
Saab iseseisvalt hakkama	36	37,1	6	6,2	13	13,4
Saab enamasti hakkama	26	26,8	11	11,3	16	16,5
Mõnikord saab iseseisvalt hakkama, mõnikord vajab abi	9	9,3	9	9,3	12	12,4
Vajab sageli abi	9	9,3	26	26,8	8	8,2
Ei saa hakkama, on täiesti sõltuv abist	15	15,5	42	43,3	48	49,5
Kokku	95	97,9	94	96,9	97	100,0
<i>Vastamata</i>	2	2,1	3	3,1	-	-
Kõik kokku	97	100,0	97	100,0	97	100,0

Piirid igapäevatoimingute sooritamise võimekuse osas paigutuvad eri tegevuste puhul suhteliselt sarnastesse “kohtadesse”. Voodist tõusmise, söömise, tualeti kasutamisega saab iseseisvalt hakkama ligikaudu 1/3 hooldatavatest, veerand suudab liikuda eluruumis vähemalt pool tundi ja suhteliselt väike on võimekus iseseisvalt liikuda väljaspool eluruumi (6%) või jääda paariks päevaks üksi koju (13%). Üllatuslikult pole nende tegevuste osas täielikult abist sõltuvate või sageli abi vajavate isikute osakaal sugugi suur (voodist tõusmise, söömise, tualeti kasutamise ja

ruumis liikumise osas viiendik või pisut üle selle). Ootuspäraselt on suur abivajadus nii väljas liikumise kui ka üksinda koju jäämise osas.

Eelnevalt oli esitatud arvamus, et hooldusvajaduse tekkimisel ei vormistata ametlikku hooldust seetõttu, et pereliikme abivajadus oli suhteliselt väike. Seda seisukohta toetab hinnang abivajaduse muutumisele ametliku hoolduse ajal: 58% intervjuueeritustest tunnistas hoolduskoormuse kasvu, 33% väitis et see on jäänud algsega samale tasemele. 5 isikut kinnitasid, et tänu hooldatava tervise paranemisele peale operatsiooni või haiglast tagasipöördumist on hooldamine läinud lihtsamaks.

**Tabel 15.** Muutus hoolduskoormuses

Vanus	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Kogu aeg on olnud enam-vähem sama töö ja ajakulu	32	33,0	34,4
Hooldaja vajab nüüd rohkem abi ja tööd on seetõttu rohkem	56	57,7	60,2
Hooldatava tervis on varasemast parem	5	5,1	5,4
Kokku	93	95,9	100,0
Vastamata	4	4,1	
Kõik kokku	97	100,0	

**Tabel 16.** Ajakulu hooldusele

Päevas ajakulu hooldusele (kui hooldaja tegeleb hooldusega iga päev)			Nädalas ajakulu hooldusele (kui hooldaja ei tegele hooldusega iga päev)		
	Arv	Protsent		Arv	Protsent
kuni 2 tundi	3	4,8	alla 3 tunni	5	16,1
2-3 tundi	19	30,6	3-6 tundi	18	58,1
rohkem kui 3 tundi	40	64,5	7 tundi ja rohkem	8	25,8
s.h. 24 tundi	19	30,6			
Kokku	62	100,0	Kokku	31	100,0

Hooldusele kulutatav aeg erineb suurel määral ja andmed on esitatud n.ö. kahe hooldusskeemi järgi: päevas kuluvate tundidena, juhul kui isik saab abi iga päev ja nädalas kuluvate tundidena. Lühimat hooldust suudavad korraldada 5 hooldajat, kulutades sellele vähem kui 3 tundi nädalas. Valdav nädalane ajakulutus hooldusele mahub 3-6 tunni vahele (üks- kaks kodukülastust) ja 8 hooldajat pühendavad sellele tööle rohkem kui 7 tundi (3 külastust).

Igapäevaselt abi pakkuvate hooldajate ajakulutus algab 2 tunniga nädalas ja lõpeb 24 tunniste valvetega (31%). Kõrvutatades tabeli 16 numbreid andmetega hooldatavate igapäevatoimingute kohta (suhteliselt kõrged põhitoimingutega iseseisvalt hakkama saavate isikute protsendid),

tundub tulemus mõneti ülepaistatud. Paraku ei ole võimalik väita, et tegemist on teadlikult tegelikust suurematena näidatud numbritega. Kõrge hooldusvajadusega (hooldus rohkem kui 20 tundi nädalas) on kogu valimist 41 protsenti isikutest.

Lahtise küsimusena küsisime kommentaari selle kohta, mis on hoolduse juures kõige raskem. Vastused on koondatud valdkonna (probleemi põhiselt) tabelisse 17.

**Tabel 17.** Hooldusega seotud raskused (mainimiste arv)

	<b>Esimesena nimetatud</b>	<b>Teisena nimetatud</b>	<b>Kolmandana nimetatud</b>	<b>Kokku</b>
Liikumine (trepid, sõit jne)	9	3	1	13
Eluruumiga ja invakohandusega (kütmine, pesemine, väike korter jms)	10	3	1	14
Tervis ja ravi (arsti juures käimine ja kojikutse, ravimite hinnad)	6	-	1	7
Hooldaja stress, depressioon, emotsionaalne pingeline	6	-	-	6
Hooldatava vaimse seisundi vms prob- leemid: stress, kärsitus, passiivsus, heitlik meeleolu, manipuleerimine, vastupanu hooldusele jne	11	7	2	20
Väsimus, pidev valmisolek, muretse- mine jms	9	4	-	13
Hooldustehnikaga seotud probleemid	3	7	2	12
Muu (s.h. asjaajamine ametiasutustega)	-	2	2	4

Vastustest lahtisele küsimusele hooldusega kaasnevate probleemide kohta on esikohale saanud hooldatava vaimse seisundiga seotud mured (stress, kärsitus, passiivsus, heitlik meeleolu, manipuleerimine, vastupanu hooldusele, 20 märget), peaaegu ühepalju on nimetatud eluruumi ja invakohandusega seotud probleeme (14), liikumisega ning hooldaja väsimuse ja pideva valmisolekuga (mõlemal juhul 13) ning hooldustehnikaga (12) seotud raskusi.

Eespool viitasime leibkonna struktuurist tulenevatele võimalustele hoolduskoormust jagada. Tabeli 18 andmetel on rohkem kui 40%-l vastanutest võimalik saada regulaarset ja 20% pisut harvemat abi. 92 hooldataval on hooldajatega tehtud intervjuude kohaselt kokku 230 rohkem või vähem regulaarset abi andvat isikut, s.t. 2,5 ühe isiku kohta. See on kolmandiku võrra rohkem, kui aruande alguses nimetatud keskmine arv.

**Tabel 18.** Kas saab hoolduseks lisaks hooldajale abi teistelt isikutelt?

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei	13	13,4	17,1
Jah, kuid abi on üsna juhuslik	21	21,6	27,6
Jah, abi on regulaarne	42	43,3	55,3
Kokku	76	78,4	100,0
<i>Vastamata</i>	21	21,6	
Kõik kokku	97	100,0	

Sellegipoolest ei ole peaaegu kolmandik hooldajatest eelneva 6 kuu jooksul oma kohustustest täiesti vabad olnud, s.t. saanud puhata või oma hädavajalikke käike korraldada.

**Tabel 19.** Hooldaja asendamine hädavajalike käikude korral

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei ma ei ole hooldusest täiesti vaba olnud	28	28,9	33,7
Ma olen lühemaid käike teinud nii, et keegi mind otseselt ei asenda	22	22,7	26,5
Jah, mul oli vajadus pisut pikemalt ära olla ja mul oli sel ajal asendaja	33	34,0	39,8
Kokku	83	85,6	100,0
<i>Vastamata</i>	14	14,4	
Kõik kokku	97	100,0	

Tabelist 20 näeme, et 97 intervjuerit on kokku nimetanud 205 sissetuleku allikat. Vastuste struktuur ei ole ilmselt täiesti korrektne, pereliikmete toetus võib tähendada nii pereliikme palga-teenistust kui ka pensioni vm tulu. Silmas pidades madalat hooldaja- ja puudetoetust ning pensione, on hooldajale suurima ainelise abi andja perekond (teised perekonnaliikmed).

**Tabel 20.** Hooldaja sissetulek

	<b>Arv (kokku mainitud)</b>	<b>Protsent mainimistest</b>
Tasu töökohast (tööst)	15	7,3
Töövõimetus(pension)	12	5,8
Puudetoetus (hooldaja ja hooldatav)	18	8,8
Hooldajatoetus	93	45,4
Hooldatava makstav hoolduslisa	4	2,0
Pereliikmete toetus	63	30,7
Kõik kokku	205	100,0

**Tabel 21.** Hooldaja sotsiaalkindlustus

	<b>Arv</b>	<b>Protsent</b>	<b>Protsent küsimusele antud vastustest</b>
Sotsiaalkindlustus oli hoolduse alguses	5	5,2	5,3
Hooldajaks asudes sain ma sotsiaalkindlustuse	89	91,8	94,7
Kokku	94	96,9	100,0
<i>Vastamata</i>	3	3,1	
Kõik kokku	97	100,0	

Kuigi enamik intervjueeritud sai sotsiaalkindlustuse koos hoolduse vormistamisega, 5%-l oli see olemas ka varasemast (näiteks õpilasena, registreeritud töötuna vms).

Levinud seisukohad (mis iseenesest põhinevad korrektsetel uuringutel, vt. Tulva, 2002, Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009 jt) toovad välja hoolduskoormuse märkimisväärse mõju hooldaja vaimsele ja mõnikord ka füüsilisele tervisele. Sama tõsiasi tuli välja käesoleva uuringu küsimusest, kus hooldajatel paluti loetleda suurimaid väljakutseid mis hooldusega kaasnevad. Üks neist oli vaimne pingeline ja stress, mis kaasneb 24 tunnise reageerimisvalmidusega tekkivatele probleemidele ja nende lahendamisele. Intervjueeritud nimetasid ka depressiooni, mis iseenesest peaks olema määratletud meediku poolt jm. vaimse tervise alaseid muresid. Käesolev uuring suures mahus füüsilise tervise probleeme hooldajatel ei näita (seda mainisid 5 vastanut), küll aga kinnitas arvestatav hulk intervjueerituteid vaimsest pingest tulenevaid probleeme (20%). Viimaste hulka oleme lugenud ka väsimuse. Tervikuna on need terviseprobleemidele viitavad protsendid siiski madalamad omastehooldust terviklikult, nii töö- kui pensioniealisi hooldajaid, käsitlevate uuringute tulemustest.



**Tabel 22.** Hooldaja füüsiline ja vaimne võimekus

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
On hea või rahuldava füüsilise tervisega, pole töövõime kadu ega puuet ja pole takistusi hooldamiseks	60	61,9	70,6
On hea või rahuldava füüsilise tervisega, pole töövõime kadu ega füüsilist puuet kuid on väsimus, stress depressioon vms	19	19,6	22,4
On halva tervisega, osaliselt töövõimetu või puudega, kuid need ei takista hooldaja ülesannete täitmist	5	5,2	5,9
On halva tervisega, osaliselt töövõimetu või puudega, on ilmnunud või võimalikud raskused mõnede hooldaja ülesannete täitmisel	1	1,0	1,2
Kokku	85	87,6	100,0
<i>Vastamata</i>	12	12,4	
Kokku	97	100,0	

Märkimisväärne osa tabeli 23 küsimusele vastanud hooldajatest (40%) kinnitasid, et nad ei vaja oma töö tegemiseks erilisi oskusi, piisab tavaelu elamiseks vajalikest teadmistest. Pooled tunnistasid kaudselt, et mingid spetsiifilised oskused-teadmised on vajalikud, kuid need on omandatavad (konkreetselt nemad on omandanud) iseseivalt praktika käigus. Väga väike osa (7%) on püüdnud ennast ühel või teisel moel koolitada (lugenud vastavaid käsiraamatuid vms).

**Tabel 23.** Hoolduseks vajalikud oskuste allikad

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ma ei pea selliseid asju, mida oleks vaja eraldi õppida, tegema	30	30,9	39,5
Teadmised olen saanud praktilise hoolduse käigus, midagi eraldi õppinud ei ole	41	42,3	53,9
Olen õppinud Hooldava hooldaja käsiraamatust, Omastehoolduse käsiraamatust vms	5	5,2	6,6
Kokku	76	78,4	100,0
<i>Vastamata</i>	21	21,6	
Kõik kokku	97	100,0	

Täiendavalt väitis tervelt 14 isikut, et nad on juba teise või kolmanda pereliikme hooldajad, on töötanud hooldekodus, haiglas vm hooldusega tegelevas asutuses või saanud õpetust teiselt hoolduskogemusega või -oskustega sugulaselt.

**Tabel 24.** Hoolduse mõju hooldaja elukorraldusele

	<b>Mainimiste arv</b>	<b>Protsent kõigist küsitletutest</b>
Vahetasin elukohta	7	7,2
Vähendasin oma töökoormust	6	6,2
Katkestasin/lõpetasin töötamise	12	12,4
Katkestasin/lõpetasin õppimise	4	4,1
Lahutasin/läksin elukaaslasest lahku	1	1,0
Olen piiranud oma kulutusi/hobisid/suhtlusringi vms	28	28,9
Kokku vastuseid	58	

Suuremgi hoolduse mõjudest hooldaja vaimsele ja füüsilisele tervisele on mõju tema igapäevaelu korraldusele. Muutus võib olla 180 kraadine (kodust väljapoole suunatud elustiil asendub kodule keskenduva elustiiliga), aga ka mõnevõrra väiksem. Intervjueeritute hinnangul ongi hoolduse suurim mõju hooldaja eluviisile (kulutuste võimaluste, hobide, suhtlusringi jms ahenemine), sellele järgneva kaaluga on mõju töötamisele. Töökoormust vähendas või katkestas ligikaudu iga neljas küsitletu. Otsest mõju pereelule nimetas ainult üks isik, kuid seoses elukoha vahetusega (seda tegid 7 intervjueeritut) võisid olla ka mingid kaused mõjud (näiteks kolis ema ära oma tütre pere juurest, kus ta tegeles lastega, hooldust vajava ema majja/korterisse).

**Tabel 25.** Abi Tartu linnalt

	<b>Arv</b>	<b>Protsent</b>	<b>Protsent küsimusele antud vastustest</b>
Jah, ma olen saanud rahalist toetust	13	13,4	13,7
Jah, ma olen saanud teenust	4	4,1	4,2
Ma olen üht-teist küsinud, kuid mul on jäänud mulje, et kogu vastutus hooldamisel on minu peal ja ma olen need asjad jätnud pooleli	4	4,1	4,2
Ei ma ei ole mingit abi taotlenud	74	76,3	77,9
Kokku	95	97,9	100,0
<i>Vastamata</i>	2	2,1	
Kõik kokku	97	100,0	

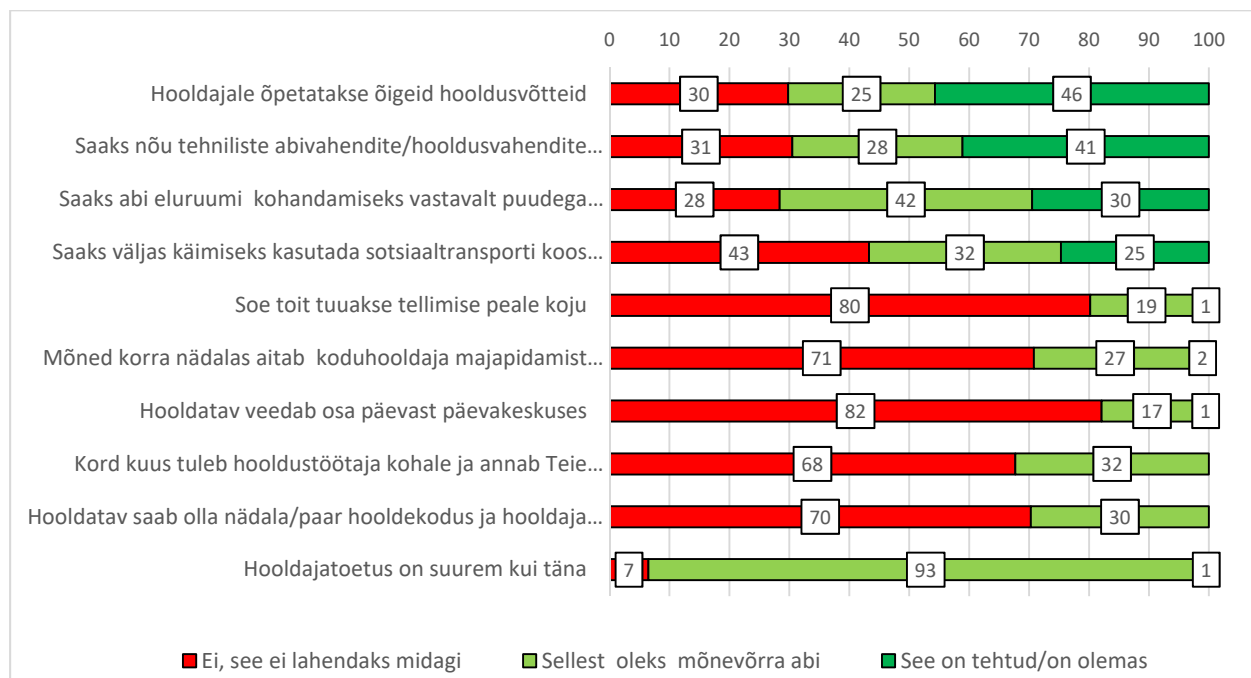
Lisaks hooldaja määramisele (ja hooldajatoetuse maksmisele) on Tartu linna käsutada suur eakatele ja puuetega inimestele mõeldud toetuste pakett. Paraku ei ole kolm neljandikku intervjueeritustest muud abi küsinud. Ilmselt ei ole selline seis kujunenud ainult info puuduse vms teguri tagajärjel. Kuigi hooldajad võivad olla ka rahalistes raskustes vms seisus, on nad motiveeritud suhteliselt iseseisvalt hakkama saama. Üks hooldajatest mainis intervjuu käigus, et viimase majanduskriisi aastatel, kui tal sai hoolduslepingu tähtaeg läbi, ei vormistanud ta kohe uut lepingut. Sest riigil oli niigi raske olukord ja teda aitasid materiaalses mõttes lapsed. Siiski on 18% hooldajatest saanud Tartu linnalt muud sotsiaalabi, peamiselt ühekordset toetust. Teenuse saajate tegelik protsent peaks olema tabeli 25 numbrist suurem, seda ainuüksi sotsiaaltranspordi kasutamise õigusega hooldajate arvel (vt tabel 26).

**Tabel 26.** Võimalikud teenused hoolduse parandamiseks

	<b>See on tehtud/on olemas</b>	<b>Sellest oleks mõnevõrra abi</b>	<b>Ei, see ei lahendaks midagi</b>	<i>Vastamata</i>	<b>Kokku</b>
Õpetatakse õigeid hooldusvõtteid	43 (44,3%)	23 (23,7%)	28 (28,9%)	3 (3,1%)	97 (100%)
Nõustatakse tehniliste abivahendite soetamise/kasutamise osas	39 (40,2%)	27 (27,8%)	29 (29,9%)	2 (2,1%)	97 (100%)
Antakse abi eluruumi kohandamiseks	28 (28,9%)	40 (41,2%)	27 (27,8%)	2 (2,1%)	97 (100%)
Väljas käimiseks on võimalik kasutada sotsiaaltranspordi koos saatjaga	24 (24,7%)	31 (32,0%)	42 (43,3%)	- (0%)	97 (100%)
Soe toit tuuakse tellimise peale koju	1 (1,0%)	18 (18,6%)	77 (79,4%)	1 (1,0%)	97 (100%)
Mõned korra nädalas aitab koduhooldaja majapidamist korraldada	2 (2,1%)	26 (26,8%)	68 (70,1%)	1 (1,0%)	97 (100%)
Hooldatav veedab osa päevast päevakeskuses	1 (1,0%)	16 (16,5%)	78 (80,4%)	2 (2,1%)	97 (100%)
Kord kuus tuleb hooldaja kohale ja annab hooldajale vaba päeva/päevad	- (0%)	30 (30,9%)	63 (64,9%)	4 (4,1%)	97 (100%)
Hooldatav saab olla nädala/paar hooldekodus ja hooldaja puhkab	- (0%)	27 (27,8%)	64 (66,0%)	6 (6,2%)	97 (100%)
Hooldajatoetus on suurem kui täna	1 (1,0%)	86 (88,7%)	6 (6,2%)	4 (4,1%)	97 (100%)
Midagi muud	- (0%)	4 (4,1%)	9 (9,3%)	84 (86,6%)	97 (100%)

Suhtumine võimalikku avaliku sektori (Tartu linna) poolsesse abisse eesmärgiga kergendada hooldajate tööd ja parandada hooldatava olukorda on suhteliselt vaoshoitud. Kõige suuremat kasu nähakse õigete hooldusvõtete omandamisest/kasutamisest, tehniliste abivahendite kasutamise alasest nõustamisest, abist eluruumi kohandamisel ja sotsiaaltranspordi kasutamise võimalustest. Nende teenuste osas väidavad veerand kuni pool hooldajatest, et neid abinõusid on kasutatud. Umbes sama suur protsent mõtleks nende kasutamise peale. Ühevõrra tõrjuv hoiak on nii koduabi (soe toit koju, koduhooldaja või asendushoolduse teenus) kui ka institutsionaalse hoolduse (päevakeskuse- ja intervallhoolduse teenus) suhtes. Eriti paistab kogu loetelust välja päevakeskus, millise teenuse suhtes peeti vajalikuks anda omapoolseid kommentaare (proovisime, ei meeldinud; seal on “imelikud inimesed” jne). Siin hakkab silma vastuolu inimeste hoiakute ja riikliku poliitika vahel. Viimane püüab töötamist toetavate hoolekandeteenuste nime all teostatava projekti raames suunata omastehooldusel inimesi nii kodu-, päevakeskus- kui ka asutushoolduse teenusele.

Graafiliselt on teenustega seotud pilt sellealastele küsimustele vastanute osas esitatud joonisel 2.



**Joonis 2.** Suhtumine omavalitsuse poolt osutatavatesse hooldusteenustesse (%).

Rõhuv enamuse hooldajatest hindas neile võimalikust abist kõige tähtsamaks hooldaja toetuse suurendamist. Mitmed intervjuueeritud pidasid vajalikuks nimetada käesoleval hetkel välja makstavaid toetusi häbiväärseteks. Kuid eespool oli juba toodud ka seisukoht, et toetuse suurus sõltub riigi võimalustest seda maksta ja võib-olla suurendada.

Kuna hooldatavate hoiakud olid eelnevate hooldajate suhtumisega avalikesse teenustesse sarnased, siis me järgnevas peatükis neid pikemalt ei analüüsi.

Võiks eeldada, et suurema hoolduskoormusega isikutel on suurem huvi nii asendushoolduse kui ka intervallhoolduse vastu. Paraku ei toeta käesoleva uuringu andmed seda arvamust.

**Tabel 27.** Suure ja väikese hoolduskoormusega isikute suhtumine asendushooldusesse ja intervallhooldusesse.

	<b>Hooldusele kuluv aeg</b>	<b>Sellest oleks mõnevõrra abi</b>	<b>Ei, see ei lahendaks midagi</b>	<b>Kokku</b>
Asendushooldaja tuleb koju ja annab hooldajale vaba päeva/päevad	Vähem kui 3 tundi päevas	16 (32%)	34 (68%)	50 (100%)
	3 ja enam tundi päevas	12 (30,8%)	27 (69,2%)	39 (100%)
Hooldatav saab olla nädala-paar hooldekodus ja hooldaja puhkab	Vähem kui 3 tundi päevas	13 (26%)	37 (74%)	50 (100%)
	3 ja enam tundi päevas	13 (35,1%)	24 (34,9%)	37 (100%)

Huvi asendushoolduse vastu on ühevõrra leige nii suure (3 ja enam tundi päevas) kui väikese hoolduskoormusega hooldajate seas. Erinevus on suhtumises intervallhooldusesse: suure hoolduskoormusega isikute puhul on leiget suhtumist (see ei lahendaks midagi) vähem ja seega usk teenuse vajalikkusse suurem.

Kahjutundega peab märkima, et kuna võimalik linna poolne abi ei olnud küsitletutele põhimõtteliselt sobilik, ei näe nad ka, et sellest oleks abi nende tööleminekuks. Vaid napp kümnendik tunnistas, et kirjeldatud abi aitaks neid tööle minna ja viiendik arvas, et neid teenuseid tasuks sama eesmärgi saavutamiseks proovida. Kuna protsendid on suhteliselt väikesed, siis ei ole konkreetseid teenuseid, mida kasutoovatena nimetati, välja toodud.

**Tabel 28.** Kas nendes hooldaja toetamise variantides oli ka mõni selline lahendus, mis aitaks Teil kas täis- või osajaga tööle minna?

	<b>Arv</b>	<b>Protsent</b>	<b>Protsent küsimusele antud vastustest</b>
Jah oli	7	7,2	8,1
Võib-olla, seda tuleb järgi proovida	19	19,6	22,1
Ei, kahtlen selles, et saan hooldamise kõrvalt tööle minna	60	61,9	69,8
Kokku	86	88,7	100,0
<i>Vastamata</i>	11	11,3	
Kõiki kokku	97	100,0	

Küsimusele võimalike alternatiivide kohta omastehooldusele vastas 70%, et praegune hoolduse korraldus on optimaalne või et hooldatava hoiakute tõttu ei ole võimalust/vajadust selle muutmiseks. Siiski on 30% kas kaalunud teisi alternatiive või teavad ka konkreetset lahendust. Viimasel juhul on selles alternatiiviks institutsionaalne hooldus. Paraku ei ole enamikul hooldajatel/hooldatavatel viimase kasutamiseks raha.

**Tabel 29.** Alternatiivid omastehooldusele

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei, see pole arutluse all olnud, sest mina tahan nii/hooldatav tahab nii	60	61,9	69,8
Jah, oleme arutanud, kuid head lahendust pole leidnud	19	19,6	22,1
Jah, põhimõtteliselt see lahendus on olemas, kuid selleks pole raha	7	7,2	8,1
Kokku	86	88,7	100,0
<i>Vastamata</i>	11	11,3	
Kõik kokku	97	100,0	

Kuna kindlad plaanid hoolduskoormuse vähendamiseks või teistsuguse hooldusmudeli kasutamiseks on üsna vähestel intervjueeritel, siis jäävad ka vastused küsimusele võimaliku töölemineku kohta mõneti ebamääraseks. Üle viiendiku kõigist küsitletutest on kindlad tööleminejad, seda tänu sellele, et nad prognoosivad endale sobivate töökohtade olemasolu. Pea kolmandiku hoiakud on ebalevad (hakkan tööd otsima) ja pisut üle 40% jätsid küsimusele vastamata. Mõnel juhul tekkis tunne, et nad tegelikult juba töötavad ja jätkavad sama tegevust ka hoolduse lõppemisel.

**Tabel 30.** Hoolduse lõppemise järgsed plaanid

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Hakkan ringi vaatama, tööd otsima, võib-olla koolitan ennast.....	28	28,9	50,0
Tean millist tööd ma tahan ja oskan teha, lähen kindlasti esimesel võimalusel tööle	23	23,7	41,1
Võib-olla vormistan ennast uue inimese hooldajaks	5	5,2	8,9
Kokku	56	57,7	100,0
<i>Vastamata</i>	41	42,3	
Kõik kokku	97	100,0	

Mitmetes riikides, kus on tugevad omastehooldajate organisatsioonid, kasutavad viimased ühe abimeetmena omastehooldajate abi- või nõuandetelefoni. Kuna Eestis on kasutusel päris suur arv nõuandetelefone, küsisime seisukohta vastava hooldajate infoliini vajalikkuse kohta. Kuigi peaaegu nelikümmend protsenti küsitluses osalenutest ei pidanud sellist liini enda jaoks vajalikuks, hindas pisut suurem arv küsitletuid mõtet heaks ja sel moel saadavat pädevat ja kiiret abi või nõuannet algajatele hooldajatele vajalikuks.

**Tabel 31.** Omastehoolduse nõuandetelefoni vajalikkus

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei oska nende asjade vajalikkust hinnata, mina nende järele puudust ei tunne.	36	37,1	45,6
Arvan, et sellelt numbrilt/organisatsioonidelt oleks nõu küsijaid küll, eriti algajate hooldajate poolt	43	44,3	54,4
Kokku	79	81,4	100,0
<i>Vastamata</i>	18	18,6	
Kõik kokku	97	100,0	

Viimase küsimusega nii hooldajatele kui hooldatavatele püüti selgitada nende suhtumist laiemalt eakate hoolduse ja kitsamalt ka omastehoolduse aluseks olevatesse põhiprintsiipidesse. Esiteks suhtumine õigusesse saada ka suure hooldusvajaduse korral abi kodus, minemata institutsionaalsele hooldusele. Sellist õigust või võimalust pidas normaalseks 95% küsitluses osalenutest. Teiseks õigus riigi abile ka siis, kui eakal või puudega isikul on olemas perekond (alanev või ülenev pereliige). Sellises olukorras pidas õigustatuks riigiabi saama 84% hooldajatest. Ja kolmandaks õigus riigi abile institutsionaalse hoolduse korral. Sellist riigi käitumist pidas õigeks või vajalikuks 77% intervjueeritustest. Näeme, et vastustes on väike vastuolu mõne eelneva küsimusega (mõned hooldajad olid kaalunud pereliikme institutsiooni paigutamist, kuid ei suutnud maksta hooldekodu koha eest). Samas käesoleva küsimuse enda sisest vastuolu pole, sest rõhutades eelistust kodus hooldamisele tähtsustatakse vähem institutsionaalset hooldust.

**Tabel 32.** Õigus riigi abile ja toetusele hooldusvajaduse korral

	Jah	Ei	Ei oska öelda	<i>Vastamata</i>	Kokku
Kõik inimesed peaksid saama nii kaua kui see vähegi võimalik on elada oma kodus.	92 (94,8%)	1 (1,0%)	3 (3,1%)	1 (1,0%)	97 (100%)
Riik peab kõiki abivajajaid ühtemoodi toetama, üksipuha kas neid hooldab pereliige, koduhooldaja või on nad hooldekodus	81 (83,5%)	7 (7,2%)	6 (6,2%)	3 (3,1%)	97 (100%)
Juhul kui kitsaste olude või raske haiguse tõttu ei ole võimalik perekonnaliiget kodus hooldada, peab riik/omavalitsus aitama leida kohta haiglas või hooldekodus	75 (77,3%)	2 (2,1%)	5 (5,2%)	15 (15,5%)	97 (100%)

## 4.2. Hooldatavate toimetulek: küsitluse andmete analüüs

Küsitlusega haaratud hooldatavate arv oli paratamatult väiksem hooldajate arvust, seda eelkõige nimetatute vanuse ja vaimse võimekuse tõttu. Tuli ette ka juhtumeid, kui hooldaja oli nõus intervjuu soovile vastu tulema, hooldatav aga loobus sellest võimalusest. Nii ongi intervjueritud hooldatavate arv 85 hooldajate 97 vastu.

Ootuspäraselt on eelnevalt analüüsitud hooldajad ja järgnevalt vaatluse all olevad hooldatavad sotsiaaldemograafilistelt näitajatelt erinevad. Seda nii soolise proportsiooni mõttes (tabelid 6 ja 30) mõttes, kus hooldatavate hulgas on selge naiste osakaal, samuti vanuselisel (tabelid 7 ja 31), kus kahe keskmise vanuse näitaja (48 ja 79 aastat) erinevus on rohkem kui põlvkonna jagu.

**Tabel 30.** Küsitletute sooline koosseis

Sugu	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Naine	58	68,2	69,0
Mees	26	30,6	31,0
Kokku	84	98,8	100,0
<i>Vastamata*</i>	1	1,2	
Kõik kokku	85	100,0	

\* Vastaja sugu jäi ühel juhul fikseerimata seoses intervjuerija poolse veaga vastuste kirja-panekul.

**Tabel 31.** Küsitletute vanuseline koosseis

Vanuserühm	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
<49	2	2,4	2,4
50-54	1	1,2	1,2
55-59	6	7,1	7,1
60-64	3	3,5	3,5
65-69	2	2,4	2,4
70-74	7	8,2	8,3
75-79	13	15,3	15,5
80-84	25	29,4	29,8
85-89	13	15,3	15,5
90-94	8	9,4	9,5
95 ja enam	4	4,7	4,8
<i>Vastamata</i>	1	1,2	100,0
Kokku	85	100,0	



Küsimusele hooldusvajaduse tekkimise põhjuste kohta annavad hooldajad ja hooldatavad näiliselt erinevaid vastuseid (tabel 10 ja 32). Erinevus tuleneb erinevatest etteantud vastusevariantidest. Hooldajatel oli valida variant „Eelmine hooldaja suri/loobus/leping lõpetati vms“, kuid hooldatavate küsimustikus seda ei olnud. Tulemuseks on, et suurenenud on hooldusvajaduse põhjusena vastusevariandi “haigus” osakaal. Neist viidetest abivajaduse põhjustele ei saa teha väga kindlaid järeldusi. Olles küsitluse käigus kohanud raskusi insuldi tagajärjel kõnevõime osaliselt kaotanud isikute intervjuerimisel ja kuulnud hooldajatelt, et aktiivravi järgselt ei ole nende lähedased saanud ei taastusravi ega rehabilitatsiooni teenuseid, võib esitada küsimuse: kas antud isikute hooldusvajadus oleks olnud väiksem ja hooldusele tehtud ainelised ja hingelised kulud väiksemad, kui hoolduse põhjustanud haigusi oleks ravitud põhjalikumalt või isik oleks saanud rohkem või professionaalsemaid rehabilitatsiooniteenuseid?

**Tabel 32.** Hooldusvajaduse tekke põhjus

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Sünnilt abivajaja	1	1,2	1,2
Õnnetus	1	1,2	1,2
Haigus	54	63,5	64,3
Vanadus	26	30,6	31,0
Tervist kahjustav eluviis (alkoholism, narkomaania, kodutus vms)	2	2,4	2,4
Kokku	84	98,8	100,0
<i>Vastamata</i>	1	1,2	
Kõik kokku	85	100,0	

Intervjuude käigus ei suutnud enamik intervjuerituid vastata küsimusele töövõimekaotuse määra kohta. Seetõttu jätame need, mitteusaldatavad numbrid, esitamata. Vastus puudeastmele oli kindlam ja uuringu valim vastab esitatud kriteeriumile (hooldatavad on raske või sügava puudega isikud).

**Tabel 33.** Puudeaste

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Raske	61	71,8	73,5
Sügav	22	25,9	26,5
Kokku	83	97,6	100,0
<i>Vastamata</i>	2	2,4	
Kõik kokku	85	100,0	

**Tabel 34.** Hooldusvajaduse ja formaalse hoolduse aeg

Vanus	Hooldusvajaduse aeg kokku		Ametliku hooldaja kasutamise aeg kokku	
	Arv	Protsent	Arv	Protsent
Kuni 4	15	17,6	30	35,3
5-9	21	24,7	21	24,7
10-14	19	22,4	9	10,6
15 ja rohkem	18	21,2	15	17,6
<i>Vastamata</i>	12	14,1	10	11,8
Kõik kokku	85	100,0	85	100,0

Pisut rohkem kui pooled hooldatavatest on saanud abi ühelt hooldajalt. Tervikuna on kogu valimi kohta keskmine hooldajate arv 1,9. S.t. sisuliselt osutab keskmise hooldusvajadusega isikule kogu hooldusperioodi jooksul abi kaks inimest.

**Tabel 35.** Hooldajate arv kogu hooldusperioodi jooksul

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei ole vahetanud (hooldajate arv 1)	49	57,6	61,3
On vahetanud	31	36,5	38,8
2	23	27,1	28,8
3 või enam	8	9,4	10,0
Kokku	80	94,1	100,0
<i>Vastamata</i>	5	5,9	
Kõik kokku	85	100,0	

Enamikul juhtudel on hooldaja vahetus olnud sujuv. 82% küsitletutest märkis, et hooldusel ei ole olnud pause. Teiselt poolt, üle 10% valimist on pidanud teatud aja jooksul hooldaja vahetumise tõttu tunda raskusi oma elu korraldamisel või olnud lausa halvasti hooldatud

**Tabel 36.** Kas hoolduses on olnud pause?

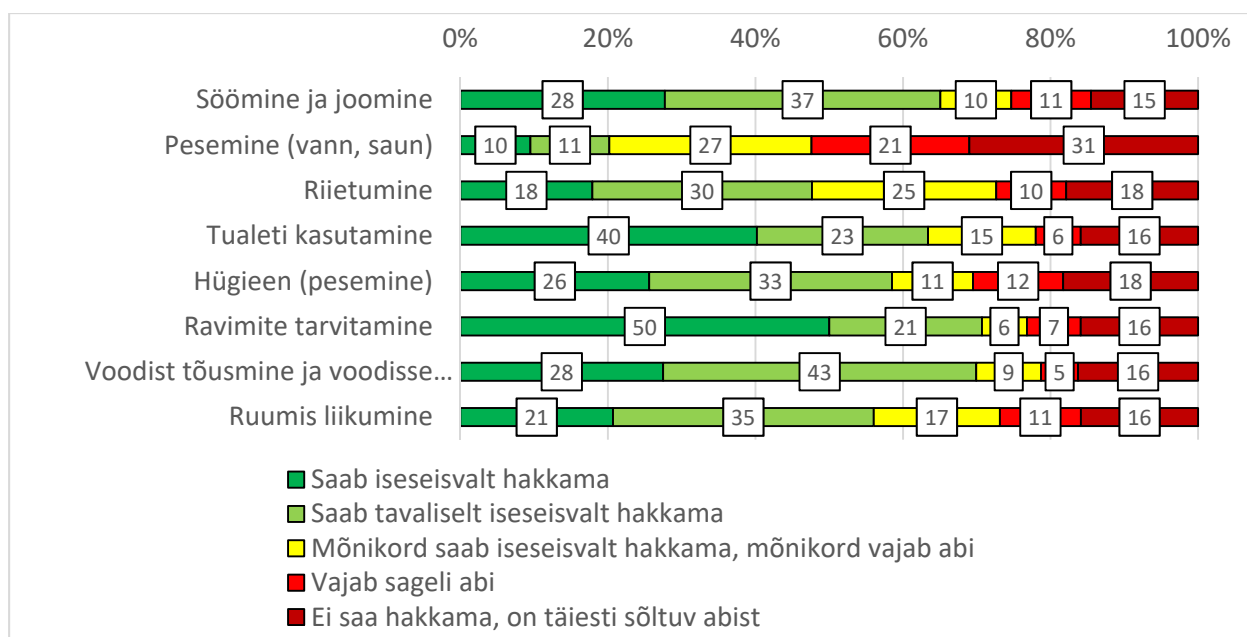
	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei ole olnud pause	70	82,4	87,5
Jah, oli paus	10	11,8	12,5
Kokku	80	94,1	100,0
<i>Vastamata</i>	5	5,9	
Kõik kokku	85	100,0	

Kirjeldades tabelites 14 ja 37 toimetulekut igapäevaelu toimingutega (voodist tõusmine, söömine, tualeti kasutamine, hügieen, ruumis liikumine jne) peame tunnistama, et hooldajate ja hooldatavates vastused erinevad. Hooldajate vastused kirjeldavad märksa suuremat iseseisvust mõningate toimingute osas, hooldatavad aga viitavad vastavalt suuremale abivajadusele. Toome mõned vastusevariandid “saab iseseisvalt hakkama” tabelist 14 (sulgudes tabeli 37 vastused): söömine 35% (27), tualeti kasutamine 37% (39), voodist tõusmine/voodisse heitmine 29% (26) ja ruumis liikumine 25% (20).

**Tabel 37.** Toimetulek igapäevaelu toimingutega

	Saab iseseisvalt hakkama	Saab tavaliselt iseseisvalt hakkama	Mõnikord saab iseseisvalt hakkama, mõnikord vajab abi	Vajab sageli abi	Ei saa hakkama, on täiesti sõltuv abist	<i>Vastamata</i>	Kokku
Söömine ja joomine	23 (27,1%)	31 (36,5%)	8 (9,4%)	9 (10,6%)	12 (14,1%)	2 (2,4%)	85 (100%)
Pesemine (vann, saun)	8 (9,4%)	9 (10,6%)	23 (27,1%)	18 (21,2%)	26 (30,6%)	1 (1,2%)	85 (100%)
Riietumine	15 (17,6%)	25 (29,4%)	21 (24,7%)	8 (9,4%)	15 (17,6%)	1 (1,2%)	85 (100%)
Tualeti kasutamine	33 (38,8%)	19 (22,4%)	12 (14,1%)	5 (5,9%)	13 (15,3%)	3 (3,5%)	85 (100%)
Hügieen	21 (24,7%)	27 (31,8%)	9 (10,6%)	10 (11,8%)	15 (17,6%)	3 (3,5%)	85 (100%)
Ravimite tarvitamine	41 (48,2%)	17 (20,0%)	5 (5,9%)	6 (7,1%)	13 (15,3%)	3 (3,5%)	85 (100%)
Voodist tõusmine ja voodisse heitmine	22 (25,9%)	34 (40,0%)	7 (8,2%)	4 (4,7%)	13 (15,3%)	5 (5,9%)	85 (100%)
Ruumis liikumine	17 (20,0%)	29 (34,1%)	14 (16,5%)	9 (10,6%)	13 (15,3%)	3 (3,5%)	85 (100%)

Sama info on konkreetsele küsimusele vastuse andnute osas protsentuaalsel kujul esitatud joonisel.

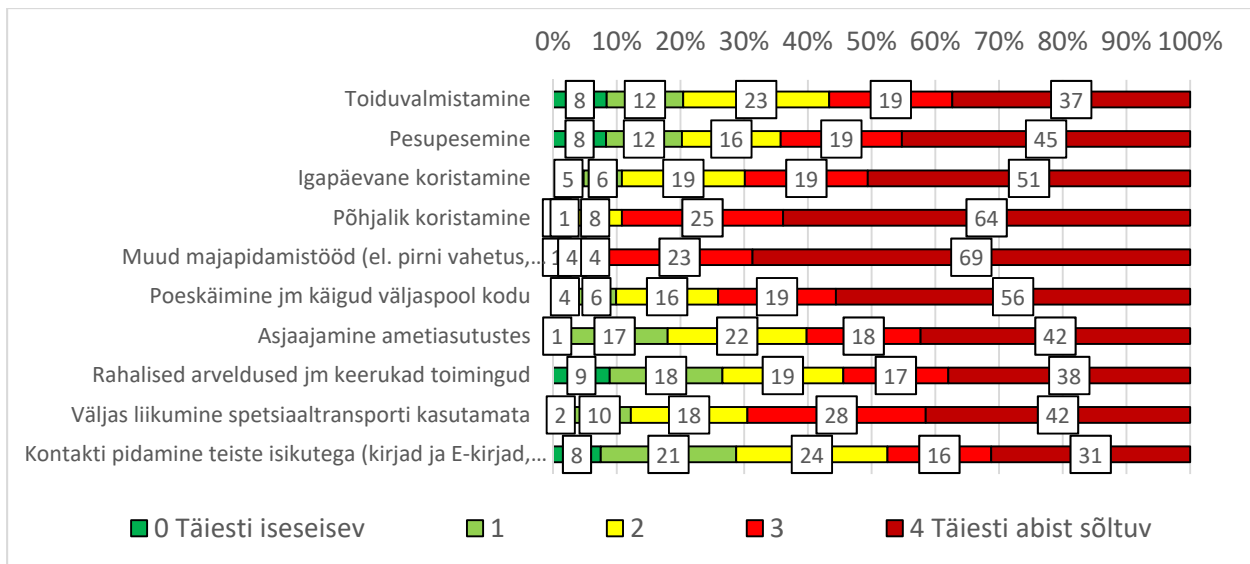


**Joonis 3.** Toimetulek igapäevategevustega (ADL indeksi küsimused)

Andmed keerukamate toimingutega hakkamasaamise kohta (IADL indeks) esitame samuti tabeli ja joonise kujul.

**Tabel 38.** Toimetulek keerukamate tegevustega (ADL indeksi küsimused)

	Täiesti iseseisnev (0)	Vähese/harva abivajadusega (1)	Mõõduka abivajadusega (2)	Suurel määral abist sõltuv (3)	Täiesti abist sõltuv (4)	Vastamata	Kokku
Toiduvalmistamine	7 (8,2%)	10 (11,8%)	19 (22,4%)	16 (18,8%)	31 (36,5%)	2 (2,4%)	85 (100%)
Pesupesemine	7 (8,2%)	10 (11,8%)	13 (15,3%)	16 (18,8%)	38 (44,7%)	1 (1,2%)	85 (100%)
Igapäevane koristamine	4 (4,7%)	5 (5,9%)	16 (18,8%)	16 (18,8%)	42 (49,4%)	2 (2,4%)	85 (100%)
Põhjalik koristamine	1 (1,2%)	1 (1,2%)	7 (8,2%)	21 (24,7%)	53 (62,4%)	2 (2,4%)	85 (100%)
Muud majapidamistööd	1 (1,2%)	3 (3,5%)	3 (3,5%)	19 (22,4%)	57 (67,1%)	2 (2,4%)	85 (100%)
Poes käimine	3 (3,5%)	5 (5,9%)	13 (15,3%)	15 (17,6%)	45 (52,9%)	4 (4,7%)	85 (100%)
Asjaajamine ametiasutustes	1 (1,2%)	13 (15,3%)	17 (20,0%)	14 (16,5%)	33 (38,8%)	7 (8,2%)	85 (100%)
Rahalised arveldused	7 (8,2%)	14 (16,5%)	15 (17,6%)	13 (15,3%)	30 (35,3%)	6 (7,1%)	85 (100%)
Väljas liikumine	2 (2,4%)	8 (9,4%)	15 (17,6%)	23 (27,1%)	34 (40,0%)	3 (3,5%)	85 (100%)
Kontakti pidamine teiste isikutega (kirjad, e-kirjad, helistamine)	6 (7,1%)	17 (20,0%)	19 (22,4%)	13 (15,3%)	25 (29,4%)	5 (5,9%)	85 (100%)



**Joonis 4.** Toimetulek igapäevategevustega (ADL indeksi küsimused)

Hea või rahuldav toimetulek keerukamate tegevustega on ootuspäraselt kehvem, jäädes iseseisva hakkamasaamise (vastusevariandid 0 ja 1) osas 2-20% vahemikku. Üllatuslikult moodustavad erandi rahalised arveldused ja kontakti pidamine teiste isikutega (enamasti saab iseseisvalt hakkama üle neljandiku). Viimasel juhul võiks eeldada, et eakatele pereliikmetele on muretsetud lihtsalt käsitletavad sidepidamise vahendid. Intervjuudel saadud mulje põhjal seda kõigi küsitletute puhul eeldada ei saa.

Küsimus abivajaduse sageduse kohta esitati hooldatavatele ja hooldajatele erinevalt. Esimestele tunni ja teistele kordade arvestuses (eeldades, et hooldajal on raske hinnata temale kulutatava aja pikkust). Kuid põhimõtteliselt on võimalik tõmmata joon suure ja n.ö. mõõduka või talutava hoolduskoormuse vahele. Hooldajatest deklareerisid suuremat kui 20 tundi nädalahooldust (3 või rohkem tundi päevas) 64% igapäevaselt hooldusega seotud vastanutest. Küsimusele vastanud hooldatavatest väitsid 60% et neile osutatakse abi kord või mitu korda päeva jooksul. Oleme mõlemad variandid lugenud tinglikult suureks hoolduskoormuseks.

**Tabel 39.** Abivajaduse sagedus

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Korduvalt päeva jooksul	35	41,2	44,9
Vähemalt kord päeva jooksul	12	14,1	15,4
Üle päeva	5	5,9	6,4
Mitu korda nädalas	18	21,2	23,1
Kord nädalas	8	9,4	10,3
Kokku	78	91,8	100,0
Vastamata	7	8,2	
Kõik kokku	85	100,0	

**Tabel 40.** Hooldatava võrgustik

	Iga päev	Iga nädal	Iga kuu	Paar korda aastas, vastavalt vajadusele	Variant „Ei“ ja vastamata	Kokku
Suhtlus lisaks hooldajale	28	34	5	4	14	85
	32,9%	40%	5,9%	4,7%	16,5%	100,0%
Nõuanne	21	27	7	8	22	85
	24,7%	31,8%	8,3%	9,4%	25,9%	100,0%
Abi hooldusel	23	20	8	6	28	85
	27,0%	23,5%	9,4%	7,1%	32,9%	100,0%
Rahaline toetus	13	2	4	14	52	85
	15,3%	2,4%	4,7%	16,5%	61,1%	100,0%

Eakate kodanike üksindus on healuriikides muutunud peaaegu sotsiaalseks probleemiks. Sama murelikul toonil räägitakse vahel ka omastehooldajate isolatsioonist jms. Tabeli 40 andmed kirjeldavad hooldatavate võrgustikku. Eelnevalt oli tabelis 38 info erinevate toimingutega toimetuleku kohta. Iseseisvalt sai kontakti pidamisega teiste isikutega hakkama iga neljas intervjuueritu. Tabeli 40 andmed räägivad suhteliselt suurest suhtlemisaktiivsusest: kolmandik suhtleb kellegagi, kes pole hooldaja, iga päev ja 40% iga nädal. Need tulemused, ka väited sagedase nõuande alase abi saamise kohta, tunduvad ülepaisutatud. Pigem kirjeldavad hooldatava olemasolevat võrgustiku tõepäraselt rahaabi kohta antud vastused. Sest osas on hooldatav pigem andja (tabel 41), mitte saaja pool (tabel 40).

**Tabel 41.** Lisatoetus hooldajatoetusele

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ei	38	44,7	47,5
Jah, tegelikult saab ta minult lisa	42	49,4	52,5
Kokku	80	94,1	100,0
<i>Vastamata</i>	5	5,9	
Kõik kokku	85	100,0	

Nagu täiendava küsimuse vaadustest selgus, on peamine hooldatava poolne hooldajale abi andmise vorm oma jooksva sissetuleku (pension ja puudetoetus) käsutamise õiguse andmine hooldajale, regulaarne bensiinikulu kinni maksmine (5 vastus), ühekordsed toetused ja tehingud kinnisvaraga (eluruumi kinkimine või testamendi tegemine hooldaja kasuks, seda nimetas 5 isikut). Fookusgrupi intervjuudes mainiti tasuta elamispinna võimaldamist hooldajale, aga seda majandusliku stiimuli varianti ei tulnud küsitluses välja. Küll tunnistati, et tulu saamiseks võeti majja üürnik.

Vastus küsimusele leibkonna majandusliku seisu kohta kinnitab selliste leibkondade suhteliselt kõrget vaesusriski. Ligi kolmandik küsimusele vastanutest tunnistab keerulist majanduslikku seisu. 4% võimetust kinni maksta igapäevaseid (sund) kulusid.

**Tabel 42.** Hooldatava leibkonna majanduslik seis

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Saame rahuldavalt hakkama, nagu keskmine perekond	50	58,8	60,2
Vahel peame laenama või lükkame arвете maksmise edasi, aga kuidagimoodi tuleme toime	3	3,5	3,6
Majanduslik seis on üsna keeruline	27	31,8	32,5
Ei tea, ei oska öelda	3	3,5	3,6
Kokku	83	97,6	100,0
<i>Vastamata</i>	2	2,4	
Kõik kokku	85	100,0	

Majandusliku seisu kõige suuremal määral halvendava kuluallikana nimetati ootuspäraselt tervishoiuteenuste (ravimite) kõrget hinda (3 vastust).

**Tabel 43.** Kas küsitletul oli enne ametliku hooldaja saamist periood, mil olid raskused igapäevase toimetulekuga

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Jah, oli selline periood	13	15,3	16,0
Ei, sain abi enam-vähem kohe kui selleks vajadus tekkis	56	65,9	69,1
Muu variant	8	9,4	9,9
Kokku	81	95,3	100,0
<i>Vastamata</i>	8	9,4	
Kõik kokku	85	100,0	

Hooldatava seisundit ja hoolduse keerukust mõjutab see, kui kiiresti peale abivajaduse tekkimist õnnestub isikule kõrvalabi korraldada. Iga seitsmes intervjuueeritu vastas, et selline periood, kui abi ei saadud, oli täiesti olemas. Lisaks oli “Jah” “Ei” vastuse kõrval võimalik oma seisu kommenteerida ja nende vastuste kaudu lisandus veel 6 “Jah” vastust. Nimelt konstateeris 4 intervjuueeritut, et selline periood oli seetõttu, et keelduti hooldaja määramisest, kaks seetõttu, et

eelmine hooldaja loobus või lahkus ja uut ei leitud. Seega oli pisut rohkem kui viiendikul enne omastehooldajalt abi saamist selline periood, kus nende hinnangul olid toimetulekuga probleemid (vajalikku abi ei olnud erinevatel põhjustel võimalik saada).

**Tabel 44.** Arstiabi, ametiasutustega suhtluse, isiku jms abi saamine hoolduse perioodil

		<b>Jah</b>	<b>Ei</b>	<i>Vastamata</i>	<b>Kokku</b>
Arstiabi kasutamine hoolduse perioodil	Arv	62	12	11	85
	%	72,9	14,1	12,9	100,0
Ametiasutustega suhtlemine	Arv	47	32	6	85
	%	55,3	37,6	7,1	100,0
Teenused koju (juuksur, massaaž vms)	Arv	19	57	9	85
	%	22,4	67	10,6	100,0

Ootuspäraselt on lisaks hooldaja poolt osutatavate hooldus ja isikuabi teenustele olnud hooldatavatel kõige rohkem vaja meditsiiniteenuseid. Selles osas on probleeme nimetanud nii hooldajad kui hooldatavad. Probleemid on nii meditsiinivälised (transport) kui ka tervishoiukorraldusega seotud. Ilmselgelt ei viita kõik märkused otseselt korralduslikele puudustele, vaid terviseprobleemi või isiku elukorralduse spetsiifikale.

Nimetatud probleemideks on:

1. Transport (sõit mitme bussiga, riietumine ja väljaminek üldiselt väsitav, on olnud probleem invataksoga jms, 4 vastust)
2. Pikad ootejärjekorrad (eriarsti juurde) ja ooteajad ambulatoorse abi saamisel (ukse taga) (10 vastust ehk 14% sisulistest vastustest).
3. Suured ravi ja ravimikulud (5 vastanut, ehk 7%)
4. Raskused arstiga kontakti saamisel ja probleemid kojukutsel (5 vastust, enamik seotud perearsti kojukutsetega).
5. Kasutab alternatiivina kojukutsele või ambulatoorsele vastuvõtule minekule kiirabi ja EMO (6 vastust, 8%). Kas kiirabi kasutamine oli seotud järsu seisundi halvenemisega või mitte, seda ei uuritud.
6. Vajab enda arvates rohkem protseduure või kindlat liiki abi, mida pole määratud (õendusabi) (4 vastus).

Valdav osa loetletud probleemidest on hoolekande süsteemi poolt raskesti lahendatavad. Ainsana eristuvad etteheited raskustele perearsti kojukutsetega, millele peaks omavalitsuse poolt tähelepanu juhtima.

Tööeas puuetega inimeste uuringu käigus (Tartu 2016) tehti ulatuslikult kriitikat ametiasutustega suhtlemise keerukusele. Hooldatavate poolt on seda kriitikat märksa vähem, eelkõige seetõttu, et tüüpivastus oli: hooldaja korraldab neid asju! Sisulisi pretensioone 85 intervjueeritu poolt oli vähem kui sõrmi kahel käel, s.h.: 2 pretensiooni pikkadele järjekordadele (politsei ja pensioniamet), 2 teenuse osutamata jätmise kohta (ei aidatud vannitoa remondil ja võeti ära sotsiaaltranspordi õigus), üks venekeelse inimese viide raskustele eestikeelse dokumentatsiooni ja asjaajamise koha pealt.



Muu koduabi kasutamine (lisaks hooldusele ja arstiabile) on haruldane. Üks isik märkis füsioterapeuti, üks süstimist, 2 manikööri (jalgade puhastust), 2 kinnitasid, et viiakse juuksuri juurde. Juuste lõikamine ja küünte hooldus, sageli ka süstimine, on pereliikmete (tütarde) teha. Üks vastanutest tundis huvi seltsidaami teenuse vastu.

**Tabel 45.** Hinnang hooldusele

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Ta saab väga hästi hakkama	57	67,1	80,3
Ma olen üldjoontes hooldusega rahul	12	14,1	16,9
Mõnikord oleks tal (hooldajal) vaja abi, et oma ülesannetega paremini toime tulla	2	2,4	2,8
Kokku	71	83,5	100,0
<i>Vastamata</i>	14	16,5	
Kõik kokku	85	100,0	

Hooldatava poolne hinnang hooldusele on kõrge, kaudseid märkusi tegi vaid 2 vastanut ja sisuliselt rahulolematuid võib olla ka 14 vastamata jätnud isiku hulgas. Kuid 80% puhul antud hinnangud “väga rahul” ja “üldjoontes rahul” on silmas pidades hooldajate poolt hooldatavatele antud hinnanguid (kõikuv meeleolu, palju ärevust, kärsitust, stressi ja depressiooni) väga hea tulemus.

Hinnang elamistingimustele näitab ühele võimalusele omastehoolduse korralduse parandamiseks. Hinnangu “rahul” andis oma elamistingimustele veidi vähem kui 2/3 vastanud hooldatavatest. Ligikaudu iga viies tunnistas, et võib-olla oleks võimalik leida mõni parem lahendus (eluse), kuid pole soovi kodust lahkuda. Iga seitsmes väitis, et eluaseme vahetus oleks otsustarbekas, kuid pole majanduslikult võimalik.

**Tabel 45.** Hinnang elamistingimustele

	Arv	Protsent	Protsent küsimusele antud vastustest
Olen elamistingimustega rahul	42	49,4	60,9
Jah, kindlasti saaksin teistes tingimustes paremini hakkama, aga ma ei soovi kodunt lahkuda	13	15,3	18,8
Jah, teistsugune eluruum oleks parem, aga mul ei ole nende muutmiseks võimalust	10	11,8	14,5
Ei oska öelda	4	4,7	5,8
Kokku	69	81,2	100,0
<i>Vastamata</i>	16	18,8	
Kõik kokku	85	100,0	

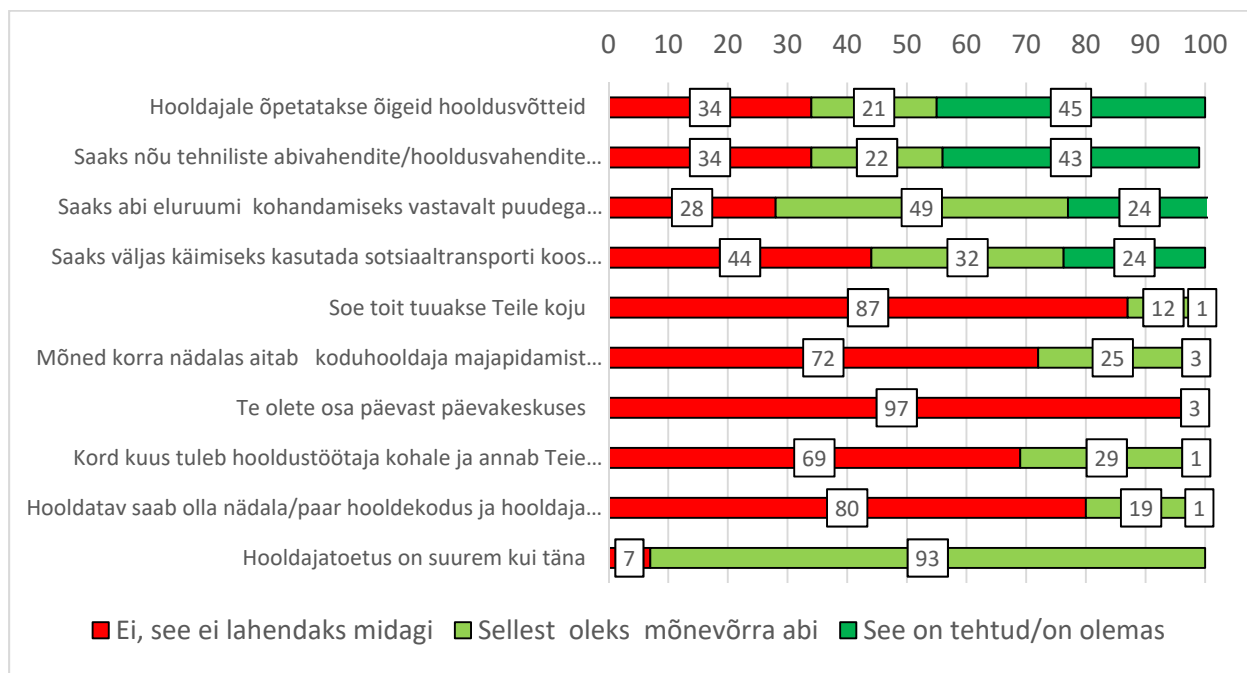
**Tabel 46.** Kas mõned neist teenustest, mida osutab Tartu linn, võiks parandada Teie toimetulekut ja kergendada Teie hooldaja tööd?

	<b>See on tehtud/on olemas</b>	<b>Sellest oleks mõnevõrra abi</b>	<b>Ei, see ei lahendaks midagi</b>	<i>Vastamata</i>	<b>Kokku</b>
Õpetatakse õigeid hooldusvõtteid	33 (38,8%)	15 (17,6%)	25 (29,4%)	12 (14,1%)	85 (100%)
Nõustatakse tehniliste abivahendite soetamise/kasutamise osas	33 (38,8%)	17 (20,0%)	26 (30,6%)	9 (10,6%)	85 (100%)
Antakse abi eluruumi kohandamiseks	18 (21,2%)	37 (43,5%)	21 (24,7%)	9 (10,6%)	85 (100%)
Väljas käimiseks on võimalik kasutada sotsiaaltranspordi koos saatjaga	18 (21,2%)	24 (28,2%)	33 (38,8%)	10 (11,8%)	85 (100%)
Soe toit tuuakse tellimise peale koju	1 (1,2%)	9 (10,6%)	66 (77,6%)	9 (10,6%)	85 (100%)
Mõned korra nädalas aitab koduhooldaja majapidamist korraldada	2 (2,4%)	18 (21,2%)	51 (60,0%)	14 (16,5%)	85 (100%)
Hooldatav veedab osa päevast päevakeskuses	-(0%)	2 (2,4%)	72 (84,7%)	11 (12,9%)	85 (100%)
Kord kuus tuleb hooldaja kohale ja annab hooldajale vaba päeva/päevad	1 (1,2%)	21 (24,7%)	50 (58,8%)	13 (15,3%)	85 (100%)
Hooldatav saab olla nädala/paar hooldekodus ja hooldaja puhkab	1 (1,2%)	13 (15,3%)	55 (64,7%)	16 (18,8%)	85 (100%)
Hooldajatoetus on suurem kui täna	-(0%)	69 (81,2%)	5 (5,9%)	11 (12,9%)	85 (100%)
Midagi muud	-(0%)	7 (8,2%)	9 (10,6%)	69 (81,2%)	85 (100%)

Muu vastusevariandi all avaldasid hooldatavad järgmisi mõtteid:

1. Ei soovi võõraid oma koju (2)
2. Hooldaja vajaks bussikaarti (2)
3. Ei taha minna kodust välja (päevakeskusesse) (2)
4. Oleks vaja mitut hooldajat, üks ei jõua (3)
5. Vajaks hooldekodu (3)
6. Ei taha sööklatoitu (1)
7. Sooviks rehabilitatsiooni (2)

Konkreetsetele küsimustele antud vastuste põhiselt on sama küsimusteploki vastused esitatud järgneval joonisel.



**Joonis 5.** Tartu linna võimalused kergendada omastehooldajate tööd ja abistada hooldatavaid

Põhimõtteliselt ei erine hooldatavate hinnangud nende seisundi parandamiseks võimalike teenuste kasutamise suhtes hooldajate omadest. Erinevus on vaid selles, et hinnangu “tehtud” osakaal on nende vastustes väiksem, kui hooldajate hinnangutes. Ning soov saada abi eluruumi kohandamisel on pisut suurem, võrrelduna hooldajate poolt välja öeldud arvamusega.

**Tabel 47.** Turvalisuse tunne ja mure tervise, majandusliku olukorra ja hoolduse pärast

	Ei, üldiselt mitte	Mõni-kord	Jah, sageli	Ei oska öelda	Vastamata	Kokku
Kas Teie tervise-seisund teeb Teid murelikuks	3 (3,5%)	25 (29,4%)	48 (56,5%)	2 (2,4%)	7 (8,2%)	85 (100%)
Kas Teie/Teie pere majanduslik olukord teeb Teid murelikuks	11 (12,9%)	25 (29,4%)	38 (44,7%)	7 (8,2%)	4 (4,7%)	85 (100%)
Kas mure hooldaja või hoolduse tuleviku pärast teeb teid murelikuks	17 (20,0%)	28 (32,9%)	25 (29,4%)	8 (9,4%)	7 (8,2%)	85 (100%)
Kas lisaks eespoolsele loetelule on veel asju, mis teevad Teid murelikuks?	14 (16,5%)	24 (28,2%)	31 (36,5%)	10 (11,8%)	6 (7,1%)	85 (100%)

Kõige rohkem muret on vastajatel seoses tervise, edasi majandusliku olukorraga ja siis n.ö. muude valdkondadega. Kõrgeim hinnang hooldajale ja hoolduse tulevikule kirjeldab vastajate soovi jätkata senise hoolduskorraldusega.

**Tabel 48.** Õigus riigi abile ja toetusele hooldusvajaduse korral

	<b>Jah</b>	<b>Ei</b>	<b>Ei oska öelda</b>	<i>Vastamata</i>	<b>Kokku</b>
Kõik inimesed peaksid saama nii kaua kui see vähegi võimalik on elada oma kodus.	71 (83,5%)	-(0%)	8 (9,4%)	6 (7,1%)	85 (100%)
Riik peab kõiki abivajajaid ühtemoodi toetama, üksipuha kas neid hooldab pereliige, koduhooldaja või on nad hooldekodus	65 (76,5%)	3 (3,5%)	10 (11,8%)	7 (8,2%)	85 (100%)
Juhul kui kitsaste olude või raske haiguse tõttu ei ole võimalik perekonnaliiget kodus hooldada, peab riik/omavalitsus aitama leida kohta haiglas või hooldekodu	58 (68,2%)	3 (3,5%)	10 (11,8%)	14 (16,5%)	85 (100%)

Sisulise erinevuse puudumine hooldajate ja hooldatavate seisukohtades paistab silma tabelite 32 ja 48 andmete kõrvutamisel. Selgelt domineerib soov saada abi kodus, arvamus et erineval moel hooldatavaid isikuid tuleb käsitleda võrdselt ning kahest eelnevast juhtumist/hoiakust mõneti väiksem ootus sellele, et ilmtingimata riik peab institutsionaalse hoolduse vajaduse korral selleks koha leidma.

## 5. Omastehoolduse korraldus ja hooldajate/hooldatavate tegevus ekspertintervjuude kokkuvõte

Intervjueeritud eksperdid olid: 7 Tartu Linnavalitsuse STO avahoolduse spetsialisti; Jaanika Luus, MTÜ Certis, Tallinn; Pilvi Tolmik, Pärnu linnavalitsuse avahooldusspetsialist; Helmen Kütt, Riigikogu sotsiaalkomisjon/Viljandi volikogu sotsiaalkomisjon, Viljandi.

Intervjuude täpsed ümberkirjutused on lisas 3. Käesolevaga esitatakse kokkusurutult ekspertide peamised seisukohad poolstruktureeritud intervjuudes käsitlust leidnud teemade kohta. Küsitlitud tõstatasid seoses omastehooldusega ja laiemalt KOV poolse hoolekandega hulgaliselt probleeme, mille käsitlus osaliselt väljub selle analüüsi raamidest.

### 1. Isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?

*Ekspertide isiklik kogemus omastehoolduse alal on ilmselt keskmisest suurem ja võimaldab selle pinnal hinnata omastehooldust kui komplitseeritud tegevust. 5-l isikul 10st on vastav kogemus olemas, sealjuures on mitmel intervjueeritud kogemus seoses mitme (2) isiku hooldamisega.*

*Intervjueeritute üldine hoiak on, et tegemist on kohustusega, mis kuulub meie elu juurde. Lähedase inimese hooldamine on normaalne ja enamik meist teeks seda ilmselt ilma, et seadus kohustaks või omavalitsus toetust maksaks.*

*Samas jäi kõikidest intervjuudest kõlama mõte, et teatud hoolduskoormuse juures ei ole enam tegemist solidaarsuse pinnal tehtava tegevusega, vaid teatud oskusi nõudva tööga. Eriti dementse eaka, surija vms hooldamise korral on vaja oskusi nii hooldamise mõttes kui ka enda läbipõlemise vältimiseks.*

*S.t. hinnangu andmine omastehooldaja tööle ja vastavate tingimuste (s.h. makstavate toetuste) kokkuleppimine ei saa olla must-valgelt eeskirjade sätestada. Pakutav skeem peab olema konkreetse juhtumi põhine. Sarnase hooldusvajadusega isiku jaoks sobiv teenuste pakett (avalikud teenused lisaks hooldaja poolt tehtavale tööle) võib sõltuvalt viimase isikust olla vägagi erinev.*

### 2. Kokkupuude erialaselt (igapäevatöö kaudu) omastehooldusega.

*Kõigil on pikem sotsiaaltöö alane kogemus, lühim omastehooldusega seotud töötamise staaž on 1 aasta. Intervjueeritute enamikul on juhtumikorralduse alane kogemus, tegevus koduhoolduse ja asendushoolduse korralduse vallas, hoolekande administreerimise praktika valdkonna erinevatel tasanditel.*

### 3. Eksperdi isiklik seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi.

*Ekspertide domineeriv arvamus on, et ka omastehooldusel tuleb lähtuda sotsiaaltöö ühest tähtsamast põhimõttest: juhtumipõhisusest. Seega ei saa ette võtta pelgalt must-valget perekonnaseaduse sätet vms. Praktika näitab seda, et mida keerukamaks muutub hooldus, seda kitsamaks muutub hooldajate ring. Naabrid-tuttavad jt kaugemad abiandjad „kukuvad ringist välja“. Alles*

*jäävad pereliikmed. Kui neid ei ole või nad pole mingil põhjusel võimelised hooldaja rolli täitma, siis on ainus võimalus kallis osaliselt omavalitsuse poolt rahastatav institutsionaalne hooldus. Küsimus on nüüd selles, kui õiglane on võõrale (naabrile) maksta lihtsama töö eest hooldajatoetust ja pereliikmele keerulisema ja märksa pingelisema töö eest mitte maksta? Siiski esitati ekspertide poolt ka seisukoht, et pereliikmeid ja võõraid ei saa ka erineva töö mahu korral käsitleda ühe mõõdupuuga, erinevus seisneb nende vastutuse määras ja seetõttu on omavalitsuse poolne erinev suhtumine selles osas põhjendatud*

4. Kuidas hinnata pereliikmete ja „võõraste“ panust hooldusesse juhul kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?

*Mõni intervjuueeritu tunnistas, et tema praktikas polegi tegelikult juhtumeid, kus võõras hooldaks suurima hooldusvajadusega isikut. Valdav hoiak oli, et teatud koormusest alates muutub hooldus tööks ja seda tuleks arvestada nii „omade kui võõraste“ tegevuse hindamisel. Üks ekspertidest jäi ka sellele küsimusele vastates kindlaks, et pereliikmeid ja võõraid ei saa käsitleda ühe mõõdupuuga ja erinevus omavalitsuse poolses isikute käsitluses on põhjendatud*

5. Info olemasolu selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega?

*Sellised juhtumid on võrdlemisi erinevad ja neid on analüüsida keeruline, aga neid tuleb ette. Kahjuks jõuab info omavalitsustöötajateni enamasti kaudselt, haiglast, perearstilt vms allikast. Ühel juhul hooldajal ütleb lihtsalt jõud üles. Ta tuleb töölt ära, siis tal kukub sissetulek miinimumi, tekib stress jne. Üsna tüüpiline lumepalliefekt, probleemide kuhjumine. Teistel juhtudel on algusest peale kokku lepitud midagi muud, kui lepingus kirjas. Kui siis hooldatav kokkuleppe „unustab“ ja hakkab kõike, mis lepingus kirjas nõudma, siis tuleb hooldajalt pahane reaktsioon, et kas sa/te tõesti arvate, et ma seda tööd 20EUR eest teen. Üsna sagedane suhtumine on, et see 20EUR on ju bensiiniraha, mis kulub sõidu peale. Kus on siis kasvõi minimaalne tasu töö eest? Üks ekspertidest tõi intervjuu käigus näite, et teatud juhtudel ei olegi tegelikult võimalik hooldajalt nõuda seda, mis lepingus kirjas. Kui üks eakas hooldab teist, siis arsti juures käimine, voodihaige potitamine ja pesemine jms, see ei ole lihtsalt füüsiliselt võimalik. Makstakse selle eest siis toetust või mitte, see on iseenesest teisejärguline küsimus. Teine ekspert tõdes, et teatud juhtudel ei ole hooldajad võimelised spetsiifilisi küsimusi lahendama. Näiteks puudega lapse hooldamisega saadakse hakkama, aga kui see laps saab täiskasvanuks, siis lisandub järjest selliseid asju, mida enam ei suudeta korraldada.*

6. Hinnangu hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist.

*Ekspertidid konstateerisid, et tulemus sõltub nii hooldajast (noorem ja haritum on aktiivne küsima, uurima, tegema). Teine osapool kellest sõltub tulemus, abivajaja heaolu, on sotsiaaltöötaja. On palju juhtumeid, kus hooldaja ei tule selle peale, et oma tööd ja hooldatava elu on võimalik palju mugavamaks teha. Kontakt sotsiaalsfääriga on väga tähtis, aga asjad peab ära korraldama inimene ise. Sotsiaalsfäär saab selleks anda tõuke. Üks ekspertidest rõhutas, et talle meeldib Soome süsteem. Abivajaja koju tuleb meeskond, käib seal 2-3 korda ja teeb selgeks vajadused, soovid, võimalused ja annab siis juhised mismoodi, mis järjekorras jne on ots-*

*tarbekas asju teha. Ta mainis ka, et tihti tahavad inimesed jätta enda võimetest ja võimalustest paremat pilti ja ei küsi abi. Seetõttu on need sotsiaalsfääri poolsed tõuked kindlasti vajalikud. Kui hooldus vormistatakse, tuleb hooldajale anda kontakttelefon, millelt ta saab vajadusel infot ja nõuannet. Teine ekspert tunnistas, et igasugused muutused võtavad väga palju aega. Näiteks funktsionaalvoodi muretsemine on terve pikk protsess. Milline, kust saab, mis maksab, kuhu vana voodi panna jne. Inerts on väga suur ja tihti tulemuseni ei jõutagi.*

7. Stereotüübid mitteformaalse hoolduse kohta (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Kui tõepärased need on?

*Peale jäi arvamus, et see ei ole siiski igapäevane omastehoolduse pilt. On väga proffe hooldajaid, kel on välja töötatud omad hooldusvõtted, omad süsteemid jne. Need on puudega lapsenoore hooldajad. Aga on ka vastupidist pilti, mis kattuvad n.ö. stereotüüpidega. Need juhtumid tulevad välja, kui hooldatava elus on mingi muutus (satub näiteks haiglasse). Siis selgub, et hooldust pole pikemat aega korralikult tehtud vms. Aga sellise situatsiooni tekkimise korral on ekspertide arvates ikkagi jäme ots hooldatava käes, tema peab tegema avalduse hoolduse lõpetamise kohta. Omavalitsuse spetsialistide reageerimine on nappide seoste tõttu omastehoolduse kui süsteemiga pigem teoreetiline kui praktiline. On arusaadav, miks hooldatav viivitab lepingu lõpetamisega: uut abilist pole ju silmapiiril. Kuid passiivne ootamine ei anna samuti tulemust. Üks probleem, millele eksperdi arvates vähe tähelepanu pööratakse, on hoolduse lõppemine (hooldatava surm). Kui hooldaja enne seda ka ei olnud stressis või depressioonis, siis nüüd ta saab selle!. S.t. sotsiaalsfäär ei tohiks sellistel juhtudel rahulduda sellega, et lõpetame lepingu, pole enam vaja raha maksta jms. Tuleks toetada hooldajat.*

8. Kas arvamusel, et hooldatavat kui kindla sissetuleku allikat kasutatakse tihti ära, on tõepõhi all?

*Ekspertid tunnistasid, et lisaks nende osalusel sõlmitavatele korrektsetele lepingule on olemas igasuguseid n.ö. lepingu lisasid. Tavaline on ju see, et kasutatakse hooldatava pensioni. See tundub ju loomulik, kui eelarve on ühine, hooldatavalt pereliikmelt ei nõuta n.ö. valemi järgi eluaseme, toidu vms. raha. Sagedane on see et hooldajatoetusele makstakse lisa jne. Kus lõpeb ühine eelarve ja millisest piirist algab ärakasutamine, seda on enamasti keeruline hinnata. Need on ametniku poolt vaadates inimeste vahel vabatahtlikult sõlmitud kokkulepped. Sotsiaalsfääri jaoks on siiski esmane see, et hooldus toimiks, kas või minimaalsel tasemel. Ekspertid avaldasid ka arvamust, et igas süsteemis on isikuid, kes püüavad seda omakasupüüdlilikult ära kasutada. S.t. ühe osapoole ärakasutamine pole hoolekande spetsiifika. Kui ühel abivajadusega isikul on raha, mida siis hooldajaga jagatakse ja raha lõppemisel lõpetatakse ka hooldus, siis kes on teinud vea? Sotsiaaltöötaja ei jälgi ju vastutusvõimelise kodaniku käitumist, ka siis kui viimane on hoolekandeteenusel?*

9. Ekspertide arvamused võimalike juhtumite kohta, kui hooldus algab suure hilinemisega, oskamatul vm moel probleemsetl. Tuleb selliseid situatsioone ette harva või sageli?

*Intervjueeritud kirjeldavad väga erinevaid situatsioone. Kui isiku abivajadus tekib nii, et ta elab kodus, siis on hilinemine reegel. Inimene mõtleb, et ma saan hakkama-ma saan hakkama- ma*

saan hakkama. Tegelikult ühel hetkel enam ei saa, peab olema keegi kes juhib tähelepanu sellele, et sul kraanikauss on jube must vms. Kui eakal on lähedased, siis on lihtsam murda seda barjääri, et kutsume sotsiaaltöötaja vms. Üksikud pingutavad kauem ja võivad jõuda üsna täbarasse seisuni. Lihtsam on siis, kui inimene satub haiglasse. Haigla sotsiaaltöötaja otsib kontakte omastega, sotsiaalsfääriga jne. S.t. hoolduse hilinemist vms juhtub siis harvem. Üks ekspertidest juhib tähelepanu asjaolule, võõra loobumisi hooldusest tuleb sagedamini ette, kui lähedase inimese loobumisi. Töö võib mõne jaoks olla algusest peale liiga raske, ajaga koormus kasvab vms. Viljandi esindaja tunnistas, et nende MTÜ Seltsidaamid on selles mõttes väga hea info allikas. Nad külastavad eakate kodusid ja jagavad sotsiaaltöötajatega oma tähelepanekuid külastatud eakate toimetulekuprobleemide kohta. Teine oluline info allikas ekspertide arvates on linnaarst (seal kus selline ametikoht on). Tema kohtub regulaarselt perearstidega ja saab sealt infot, mida muuhulgas jagab sotsiaaltöötajatega.

10. Hooldaja vahetus keskmise pikkusega hoolduse korral: kas erandlik või tavapärane (sage) sündmus?

Üks ekspertidest pakkus välja, et seda juhtub 3 hoolduse puhul 10st. Teine seisukoht oli, et neid juhte on märksa vähem, 1-2 juhtu 10 hoolduse kohta. Hooldaja vahetub, kui tema koormus läheb suureks, kui hooldatav muutub nõudlikuks, kui hooldaja ise vajab hooldust, kui mängu tulevad erinevad hooldaja elujuhtumid (ära kolimine vms)

11. Hoolduse jagamine omastehoolduse puhul: sage või erandlik praktika?

Arvamused lahknesid ja kokkuvõtteks võib öelda, et võimalikud on nii ja naa olukorrad. Kui on tegu tütardega, siis on kohustuste jagamine tavapärane. Üks teeb ühtesid, teine teisi toiminguid vms. Probleem on mõnikord ju selles, et hooldatav nõuab stabiilsust, et erinevad inimesed ei marsiks tema kodus sisse-välja. Tal on omad lemmikud ka sugulaste hulgas ja nii ta siis nõuab endale abilisteks neid lemmikuid. Pika ajalooga kortermajade piirkonnas elavad ühes trepikojas pikaajalised naabri. Omal ajal on nad sõbrustanud, nüüd on üksteisele hooldajaks. Suurt rolli mängib rahvus. Venekeelsetes peredes kõik pereliikmed hooldavad: noored-vanad-mehed-naised. Eestlastel on tüüpiline hooldaja keskealine naine.

12. Hoolekandeteenistuse spetsialisti keskmine kontaktide arv hooldajaga keskmise pikkusega lepingu jooksul?

Ekspertid ei andnud küsimusele ühemõttelist vastust. Hoolduslepingud vaadatakse üle 3-5 aasta järel, see on siis keskmine intervall kahe kontakti vahel. Aga kordushindamine võib olla ka 6 kuu või 1 aasta järel peale lepingu sõlmimist. Kui muutub puude raskusaste, siis on jälle kontakt jne. Ühte vastust, numbrit, ei suuda ekspertid öelda. Üks ekspertidest tunnistas, et tegelikult võiks kontaktide arv ja ajaline sagedus omastehooldajatega olla suurem.

13. Küsimus EAKAS uuringu kohta, mis näitas, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) tuleb kõige rohkem kaebusi tervise kohta (näiteks valu tundmine, stressi tundmine) omastehooldusel inimeste poolt.



*Intervjueeritud püüdsid sellele küsimusele vastust leida, aga suurt edu ei saavutatud. Ainus seletus oli see, et üksi elaval halva tervisega isikul on hirm kukkumise ja abituks jäämise, surma jms. ees. See võib stressi, s.h. valu aistinguid, tekitada. Sagedane on ka see, et sellises olukorras otsitakse abi kiirabilt jne. Viidati sellele, et turvalisust suurendaks ja stressi jm leevendaks erinevate turva- ja hädakutsungi süsteemide kasutamine.*

14. Professionaalse (KOV korraldatud) koduhooldusteenuse ja omastehoolduse klientide võrdlus.

*Kuigi eksperdid tunnistasid, et tegu on üsna jämeda jaotusega, oldi lõppkokkuvõttes sarnastel seisukohtadel: 1/3 omastehoolduse klientidest ei kvalifitseeru formaalsele hooldusele ja peaksid jääma pereliikmete vastutada, 1/3 kvalifitseeruks koduhoolduse klientideks ja nende toimetulek oleks võimalik tagada koduhooldustöötajate abiga ja 1/3 vajaks institutsionaalset hooldust. Kui võtta väga järgalt perekonnatausta arvesse, siis omastehoolduse protsent võib minna üsna väikeseks. Omastehooldusele jääks need, keda naabrid hooldavad.*

15. SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (lisateenuseid tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (intervall) hoolduse või öendushoolduse teenuse pakkuja poolt). Kuidas SM hinnangutesse suhtuda?

*See protsent iseenesest ei näita seda, et hooldatav ei saa abi. See on küsimus sellest kui hea või millise mahuga abi on. Kas suurem või väiksem. See tõlgendus võib olla ka selline, et kolmandik saab vähem abi kui on õige ja hea.*

*Vastupidiselt eelmisele öeldi välja ka arvamus, et see lisaabi vajadus võib olla hoopiski suurem: inimesed ilustavad tihti tegelikkust ja omastehoolduse klientide küsitlemisel võisid nii mõnedki näidata oma toimetulekut hoopis paremana, kui see tegelikult on.*

16. Formaalse hoolduse korraldamisel on tavapärane teenuste kombineerimine. Millised on kõige sagedasemad kombinatsioonid, kus lisaks omastehooldusele pakutakse formaalse (omavalitsushoolduse) teenuseid?

*Intervjueeritud tunnistasid, et vastus sõltub üldisemalt sellest, millised on teenuste osutamise korrad KOV-s. Näiteks Viljandis on omastehooldusel isikutel õigus saada samu teenuseid, mida osutatakse koduhoolduse saajatele. Mõnes teises omavalitsuses on mitme teenuse kasutamine välistatud. Eksperdid tõdesid, et selline sotsiaaltöö korraldus on ebanõistlik ja tuleks võimalikult kiiresti tänapäevasega asendada. Oluline kriteerium teenusevajaduse üle otsustamisel on ju inimese abivajadus. Selle töö, mille korraldamisega hooldaja hakkama ei saa, peaks avalik sektor ära tegema.*

*Vastupidiselt eelnevale tunnistas üks ekspert, et neil tõmbab kehtiv määrus rasvase joone era- (omaste-) ja avaliku hoolekande vahele ning teenuste kombineerimine on keeruline*

17. Juhul kui kombinatsioon omastehooldus koos omavalitsushoolekandega, pole levinud, siis kas Teie omavalitsuse elanikel on piisavalt võimalusi korraldada omaste hooldamist erahoolekande vormis.

*Eksperdid peavad seda pigem teoreetiliseks, mitte praktiliseks lähedaste poolt hooldatavate inimeste abistamise lahenduseks. See on puhtalt teoreetiline võimalus. Avalik sektor kõiki hoolekandeteenuseid ei osuta; mõnes kohas (Tallinnas) võib erasektori poolne teenuste pakumine täiesti olemas olla. Seda infot jagatakse nii kodulehekülje kaudu kui otsekontaktide abil. Aga puhtalt hinnanguliselt võib väita, et 10-st infokontaktist jõuab vaid 1-3 teenuse kontaktini. Asjad paneb paika nõudlus, klientide maksevõime ja see on ilma omavalitsuse poolse toeta enamasti eraturule minekuks väike.*

18. Eelnev küsimus teistsuguses vormis. SM uuringu järgi on koduste formaalsete teenuste vajadus 4 korda suurem olemasolevast teenuse mahust. Milline on Teie hinnangul Teie KOV võimekus suurendada koduste teenuste mahtu ja vabastada sel moel omastehooldajaid tööturule minekuks?

*Mitte küll domineeriv, aga kaudselt erinevate ekspertide poolt välja öeldud mõte oli, et hädasti oleks vaja koduhoolduse reformi. Ühelt poolt suurendada valdkonna rahastamist, teisalt saaks asendushoolduse ja koduhoolduse kaudu kaks süsteemi ilusti ühendada, tulemus oleks mitut pidi positiivne. Praegune olukord, kus pereliikmete olemasolul peaks näiteks koduhoolduse eest maksma loob teenuste kombinatsioone, mis lõpuks ikka viivad mõne pereliikme töölt ära ja kaasnevad keerukused toimetulekuga, edasi raskused tööturule tagasipöördumisel jne. Kui koduhoolduse eest ei suudeta maksta, siis valitakse näiteks toit koju, et inimene peaks siis omastehooldaja ja minimaalse professionaalse kõrvalabi toel vastu vms. Tegelikult ei pea vastu. Teisalt tuleb tihti ette abi tõrjumist, eriti kui hooldus on juba aastaid kestnud. See on sõltuvussuhe mõlema poole, hooldaja ja hooldatava jaoks. Kui hinnata kogu teenuste kompleksi, mis meie teadmiste kohaselt võiks omastehooldajaid ja hooldatavaid aidata, siis loomulikult ei saa seda välja arendada „hopsti“ ühe kahe aastaga. Takistused on nii ühel (teenuste korraldaja) kui ka teisel (tarbija) poolel*

18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehooldajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehooldus, omastehoolduse kabinet Viljandis jms) ja tartlastest omastehooldajate võimalusi saada selle kaudu vajalikku tuge (hooldamise alane ja juriidiline nõustamine, koostöö jne)

*Kuigi enamik intervjuueeritute tunnistab, et nende KOV-s pole MTÜ Omastehooldus eriti aktiivne (tegutsetakse pigem väiksemates KOV-s) on nende koolitustest infot olemas ja nad tunduvad päris tublid. Neid ei tohiks käsitleda teenuseosutajatena, nad saavad teha koolitusi, olla tugi- ja mõnel juhul survegrupp. Omastehoolduse temaatika on ju kaudselt ka Puuetega Inimeste Koja organisatsioonide tegevuse tähelepanu all. Sõltumata puude liigist (organisatsioonist) on ju kõigi puudeliikide puhul isikuid, keda hooldatakse. Kui nende (organisatsioonide) häält pole sellest vaatenurgast kuulda, siis tuleks neid kaasata tegelema vastava temaatikaga. Kõik spetsialistid suutsid tuua näiteid oma piirkonna vastava sihitusega organisatsioonide tegevusest (omastehooldajate tugigrupid, dementsete pereliikmete hooldajad, puuetega laste hooldajate organisatsioonid). Viljandi esindaja tunnistab, et MTÜ Omastehooldus on neil tegutsenud aktiivselt just kohalike MTÜde abiga. Nad (kohalikud, nii Pensionäride Ühendus kui PIK) on n.ö. pinna ette valmistanud ja kutsunud partnereid kohale. Tartu esindajad tunnistavad, et eneseabi gruppide töö on natuke muutuva aktiivsusega, sõltuvalt eesvedajate jõust ja ajaressursist. Vahepeal ollakse aktiivsemad ja siis on lihtsam nendega liituda ja siis väiksema aktiivsuse perioodil on uutel huvilistel keerulisem liituda.*

19. Tartu linnas läbi viidud projektid on andnud praktilise kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehooldajaid tuua tagasi tööturule? Kas neid (kontrollitud) meetodeid ollakse võimalised rakendama igapäevase sotsiaaltöö kontekstis?

*Kahetsusväärset moel teadsid ka Tartu esindajad ainult seda, et neid projekte on tehtud. Tulemusi ei soovinud ükski intervjuu osavõtja kommenteerida*

20. Millised juriidilis-majanduslikud sammud aitaksid kaasa omastehooldajate tööturule minekule (näiteks muudatused Sotsiaalhoolekande seaduses, Perekonnaseaduses, Sotsiaalmaksu seaduses vms)?

*Intervjueeritud ei olnud aktiivsed sekkuma seadusloomesse ja eelistasid välja pakkuda sotsiaaltöö, mitte sotsiaalpoliitika, alaseid uuendusi. Konstateeriti, et tegelikult ei SHS ega Perekonnaseadus ei takista KOV-l tegelemast omastehooldusega üksipuha mis tahes aspektist. Tuleb otsida mõistlikke lahendusi, sellist teenusekorraldust, kus on jõukohane koormus või kohustus perekonnal, KOV-l, riigil. Kui perekond ei suuda ise mõistlikku hooldust pakkuda, teenuse eest maksta, siis iseenesest selle teemaga tegelemata jätmine probleemi ju ei lahenda?*

21. Kas KOV-l on võimalik parandada-arendada olemasolevat teenuste korraldust, saada mastaabiefekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine, nn toit ratastel, pesupesemine vms)?

*Probleem on ju selles, et ühelt poolt ei taheta võõrast oma koju. Teiseks on koduhooldusteenus sisuliselt kitsam teenus, kui omastehooldus. S.t. temaga ei saaks üldjuhul omastehooldust asendada. Niipalju kui võimalik, pakutakse üksikuid teenuseid (invatakso, toit koju, intervallhooldus jne). See mis puudu jääb, on tervikpilt. Ei vaadata kliendi vajadusi, vaid KOV võimalusi.*

*Teisalt tuleb tunnistada tõsiasja, et tööturult juba välja langenud keskeas inimestel, kellel on vähene haridustase või kellel puudub eriharidus, kes ei räägi riigikeelt ning kelle pikaajaline pereliikme hooldamine on muutnud tervislikku seisundit, on väga raske naasta tööturule. Me võime kasutada surve- või toetusmeeteid, kõigi jaoks tagasiteed pole ja küsimus on laiem. Kuidas tagada nende toimetulek ühelt poolt ja teisalt see, et nad saaks ikkagi ühiskonda panustada. Ühed eksperdid rõhutavad mõtet, et hooldajate tööturult väljalangemise vältimiseks võiks hooldajatoetuse asemel abivajajatele pakkuda formaalse hoolduse võimalust. Teise seisukoha järgi tuleks tegelda ühevõrra mõlema grupiga: nii alustavate hooldajate, kui ka pikaajalise staažiga abistajate probleemidega.*

22. Omastehoolduse praeguse süsteemi puudusena tuuakse: 1) hooldusega seotud pikemaajalised majanduslikud kaod (vähenevad hooldaja sissetulekud pensionifondi vms); 2) jooksvate kulutuste piiramise vajadus, mis muuhulgas seab piirangud ka hoolduse kvaliteedile 3) hooldusega seotud ajakulu, mis kärbib hooldaja võimalusi olla tööturule minekuks konkurentsivõimeline (osa võtta koolitustest vms). Kas neid negatiivseid mõjusid on võimalik leevendada KOV sekkumise kaudu, või on kõigil juhtudel tegemist võimalike riikliku poliitika sammudega?

*Esitati üsnagi reljeefne arvamus, et SM algatus ESF vahendite abil hooldajaid tööturule viia on tore ja vajalik, aga poolik projekt. Põhitähelepanu tuleks pöörata neile, kellel on tööturult väljalangemise oht. Sealjuures pole vaja mingeid täiendusi seadustesse, et suurendada KOV õigusi omaste- või muu hoolduse korraldamisel. Need õigused on kõik olemas ja küsimus on selles, kui ratsionaalselt (kõige laiemas mõttes) kohtadel hoolekannet korraldatakse.*

24. Millise sotsiaalteenuse saamine/sotsiaalprobleemi lahendamine on abivajajate jaoks Teie regioonis kõige keerulisem?

*Ühelt poolt pakuti välja muudatusi omastehoolduse süsteemis (väikseima hooldusvajadusega isikute hooldus pereliikmete poolt ilma toetuseta, 100% ja 170% hooldusvajadusega isikute hooldajatoetus mitmekordistada (max 200 EUR kuu). Teine ettepanek puudutas üldhooldus-süsteemi meditsiinilise võimekuse tõstmist. Kolmas ettepanekute grupp puudutas teenuseid dementsete eakate (ja dementsete tööealiste, alkohoolikute) jaoks. Ettepanek oli ka juhtumikorralduse kui läbiva süsteemi juurutamine, s.t. käsitleda ka hooldaja tööd mitte omaette tegevusena vaid ühe osana hoolduse kompleksist. Täna on see 100% tagatud hooldaja poolt, kuid see on ühele isikule liiga suur koorem. Lõpuks tehti märkus, et selleks et omastehooldajaid sisuliselt abistada, peaksid laialdasemalt olema kättesaadavad tänasest hoopis paindlikum ja komplekssem koduteenus s.h. koduteenus voodihaigetele, päevahoid, asendushooldaja teenus, lisaks ka intervallhooldus(institutsioon) ja mõnel juhul oleks abi isegi kogemusnõustaja kasutamisest.*

## Järeldused

1. Tartus oli riikliku statistika andmetel 2013.a. lõpus 14899 puudega inimest, 15,4% linnaelanike arvust. Võrreldes Eesti keskmisega (11,8%) on puudega inimeste osa mõnevõrra kõrgem. 2009-2017.a. andmed näitavad küll antud grupi suurenemist, kuid sisuliselt langeb kogu kasv perioodi algusaastatesse. 2013-2017.a. on toimunud keskmise puudega isikute arvu vähenemine, raske ja sügava puudega grupi suurus on stabiilselt 9,4-9,5 tuhande vahemikus.

See (raske ja sügava puudega inimeste) grupp on kaudselt käesoleva uuringu sihtgrupp. Arvesse võttes erinevaid uuringuid tuleb valmis olla hoopis suurema arvuga hooldusvajadusega isikutega tegelemiseks. Euroopa Sotsiaaluuring (2014) toob Eesti kohta hooldusega seotud täisealiste elanike protsendiks 31,8%. Tartus peaks seega hooldusega tegelema 24 tuhat inimest. Kuna keskmisena hooldab ühte abivajajat 1,7 sugulast/tuttavat, peaks abisaajate hulk olema 14 tuhat. See on 7 korda rohkem, kui on hooldajatoetust saavaid isikuid.

2. Hooldajatoetust saavate isikute arv nii Eestis kui Tartus on pärast tipu saavutamist 2004.a. järjekindlalt vähenenud. Selle tendentsi põhjused on seotud nii sotsiaalpoliitika kui ka sotsiaaltöö arengutega, kontingendis toimuvate muutustega (sündide vähenemise tõttu vähenevad ka puudega laste sünid), mitteprofessionaalsete hooldajate baasi mõningase vähenemisega jms. 2013-2017.a. vähenes Tartus omastehooldusel isikute arv 2634lt 2074le ehk rohkem kui 10% võrra. Omavalitsuse kulud vähenesid sellega võrreldes märksa vähem, 3% võrra.

Hooldusega seotud kulud koosnevad omavalitsuse vaatenurgast kahest osisest. Hooldajatoetus, milleks Tartu linn maksis 2017.a. välja 977,8 tuhat eurot ja sotsiaalmaks 379,1 tuhat eurot. Viimasele omavad õigust töörealised hooldajad, kellel pole kehtivat sotsiaalkindlustust. Kahe kululiigi proportsioon Tartus oli 72:28, Eestis tervikuna 60:40 (tekstis esitatud eri allikates pärit andmed omastehoolduse kogukulude kohta on mõnevõrra erinevad, kuid kululiikide proportsioonid enam-vähem samad). Näeme, et Eesti keskmisena kulutatakse hooldajate sotsiaalse kaitse eesmärgil ca 1/3 võrra rohkem vahendeid kui Tartus. Teistsugune suhtarv kirjeldab puudega laste hooldajatele tehtavaid kulutusi. Kui Eesti keskmisena kulub hooldajatoetusele ja sotsiaalkindlustusele võrdne summa (suhtarv 50:50), siis Tartus on see suhtarv 45:55. S.t., kuigi Tartu linn osutab keskmisest märksa rohkem teenuseid puuetega lastele ja nende peredele ei ole see piisav, selleks et viia rohkem nende perede liikmeid tööturule.

3. Omastehooldus on vaatamata professionaalse hoolduse kõrgele tasemele suure tähelepanu all kogu Euroopas. Tegu on Eestiga võrreldes märksa paremini piiritletud sotsiaalpoliitika valdkonnaga, kus arendatakse nii avaliku sektori poolseid abimeetmeid kui stimuleeritakse töandjate poolseid algatusi. Paljud riigid püüavad hooldusvajadusega töötajate jaoks rakendada vanemapuhkusega sarnaseid süsteeme. Sellest üldlähenemisest saame me järeldada, et hooldajaid püütakse hoida seoses tööturuga ja vältida nende tööturult väljalangemist. Vastasel juhul on nende naasmine tööturule kas väga raske, või võimatu.

Omastehooldust kirjeldatakse kui win-win-win lähenemist (kasu saavad kolm osapoolt, nii hooldatav, hooldaja kui ühiskond). Vastavad poliitikad keskenduvad sekkumisele kolme valdkonna küsimustele:

1. hooldus ja tööturg
2. hooldaja heaolu
3. hoolduse majanduslik stimuleerimine.

Kuna käesoleva uuringu tulemused omavad ilmset marginaalset mõju sotsiaalpoliitikale, siis piirdume siinkohal ainult nende üksikute vihjetega sotsiaalpoliitika kui omatehoolduse arendamise ressursile.

#### 4. Vastavalt tellijaga sõlmitud lepingule jaotus uuring kaheks:

a) Kvantitatiivuuring 97 tööealise (23-69.a.) hooldajatoetust saava tartlase ja nende hooldatavate (85 isikut) küsitlus, rõhuasetusega toimetuleku hindamisele, hooldaja tegevusele ja sotsiaalteenuste vajaduse ja võimaliku kasutamise uurimisele. Valim, mille põhjal intervjuud tehti, moodustati nende hooldajate nimestiku põhjal, kelle eest Tartu linn maksis 2018.a. I kvartali lõpus sotsiaalmaksu. Intervjueerimine langes ajavahemikku 25.05. 2018-10.10.2018. Küsimustikud täideti näost-näkku intervjuu käigus, lugedes ette küsimused ja võimalikud vastusevariandid.

b) Kvalitatiivuuring grupi- (1 intervjuu) ja individuaalintervjuude (3 ekspertintervjuud) näol 2018.a. kevadel, keskendudes omastehoolduse ja avaliku hoolekande omavahelise parema seostamise problemaatikale.

Mõlemad uuringu osad on esitatud eraldi peatükkides (4 ja 5 peatükk) ja ülevaatlilikult on mõlema uuringu tulemused integreeritud käesolevates järeldustes.

4. Lähtudes tõsiasiast, et uuring pidi järgima isikuandmete kaitse reegleid, oli küsitluse korraldus kohmakas ja aeganõudev. Tartu LV STO võttis ühendust juhuvalimi põhimõttel isikukoodi alusel reastatud potentsiaalsete küsitletavatega. Nendelt nõusoleku saamisel intervjuuks edastati isiku kontaktandmed küsitlejale ja viimane korraldas intervjuude tegemise. Küsitluse käigus (küsimustiku täitmise käigus) sai selgeks, et lisaks kvantitatiivuuringule oleks pidanud hooldajate/hooldatavatega tegema ka kümnekond süvaintervjuud. Eelkõige hooldajad esitasid küsimustiku täitmise käigus andmeid, mis laiendasid märkimisväärselt käsitletavat teemade ringi ja osaliselt on ka aruandes arvesse võetud.

5. Kvantitatiivanalüüsi (peatükk 4.1) tulemustest võib ühelt poolt välja lugeda kinnitusi varasemate uuringute tulemustele (Tulv jt 2002, Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009). Samas tuleb välja ka mõnevõrra teistsuguseid, tõlgitsust vajavaid andmeid. Antud uuringus osalenud hooldajate sooline proportsioon (praktiliselt 50:50) erineb tavapärasest naiste märkimisväärselt ülekaalu näitavatest tulemustest. Kuna tegu on tööealiste inimestega, siis ongi selles vanusegrupis normaalne sugupoolte suhe teistsugune kui eakate vanuses. Teisalt on ilmselgelt siiski tegemist teadlike valikutega, mille puhul hooldajaks vormistatakse sugulaste vahelise kokkuleppe tulemusel sotsiaalkindlustuseta perekonna/sugukonna esindaja. Sotsiaalkindlustusõiguse saamine võib mõjuda soodustava tegurina ka (mees)hooldaja leidmist väljastpoolt sugulaste ringi. Hooldatava keskmine vanus on uuringu andmetel 74,9 ja hooldaja vanus 57,1 aastat. S.t. kahe keskmise vahe on 18 aastat e pisut vähem kui on ühe statistilise põlvkonna suurus. Analüüsides detailsemaid andmeid saame järeldada, et väiksem osa hooldajatest on vanuses, mille puhul sotsiaalpoliitika keskendub nende tööturule mineku toetamise asemel asendussissetuleku võimaldamisele (eelpension, tavapärasest pikem töötua biraha periood vms). 55 aasta vanused või vanemaid hooldajaid on 40% küsitletutest, 60% puhul tekib hoolduse lõppemisel paratamatult küsimus nii uue sissetulekuallika kui ka sotsiaalkindlustuse õiguste kohta.

**6.** Valdavalt on käesoleva uuringu käigus fikseeritud hooldus perekonnapõhine tegevus: 2/3 juhtudel on tegemist vertikaalse hooldussuhtega (hooldajateks on lapsed või lapselapsed). Ülejäänud hooldussuhtest on suguluse või hõimluse pinnal 1/5, teine 1/5 on muude abistajate korraldada. Ekspertid rõhutasid grupi ja individuaalintervjuude käigus, et kehtib lihtne seos hoolduse keerukuse ja hooldaja-hooldatava sugulusastme vahel. Keerukamaid ülesandeid täidavad lähedased inimesed, mittesugulased sellist riskantset ja rasket tööd enda kanda ei võta või siis loobuvad oma ülesannetest hoolduskoormuse suurenemise korral. Hooldatav ja hooldaja elavad pooltel juhtudel ühes leibkonnas, pooltel juhtudel aga lahus (eraldi). Valdavalt on ka eraldi leibkonnas elamisel hooldajal abikaasa/elukaaslane/perekond, mis võimaldab jaotada hoolduskoormust ja teha töö tema jaoks väiksema pingega tegevuseks. Hoopis raskem on pingetest hoiduda või neid maha laadida hooldatavaga koos elaval abistajal.

**7.** Hooldajad nimetavad pooltel juhtudel hooldusvajaduse põhjusena pereliikme haigust või tervise halvenemist, seitsmendikul juhtudest vanusest tulenevaid probleeme ja viiendikul juhtudest võttis ta hoolduse üle teiselt (eelmiselt) hooldajalt. Viimases variandis (hoolduse ülevõtmine) oli ca pooltel juhtudel uue hooldaja vajaduse tekkimise põhjuseks eelmise hooldaja (näiteks abikaasa) surm. Teisel poolel juhtudest nii hooldaja faktiline loobumine raskeks või mingil põhjusel sobimatuks muutunud tööst kui ka formaalse hoolduse übermängimine. S.t. eelnev hooldaja jätkas mingis osas oma rolli täitmist, kuid formaalseks abi andjaks vormistati sotsiaalkindlustust vajav pereliige.

**8.** Hinnang kogu perioodi pikkusele, mille alguses tekkisid isikul toimetulekuraskused ja kõrvalabi vajadus, oli keskmisena 10 aastat, ametliku hoolduse pikkusele 5,5 aastat. Vahe (hoolduse lõtk) seega 4,5 aastat. Hooldus algab hooldaja jaoks väiksema koormusega tegevusena. Näiteks juhul kui on tegemist eaka pereliikmaga, kelle tervis halveneb järk-järgult või füüsiline ja/või vaimne võimekus väheneb pikkamööda. Sel juhul ei vormistata koheselt ametlikku hooldust. Selleks ei pruugi olla ka tegelikku alust. Leping omavalitsusega sõlmitakse suurema hoolduskoormuse tekkimisel või ka sotsiaalkindlustuse vajaduse ilmnemisel. Ajaline vahe hooldusvajaduse tekkimise ja ametliku hoolduse vormistamise vahel on väiksem haigestumise tulemusel saanud hooldusvajaduse puhul. Kuigi haigestumine on pigem ootamatu juhtum, kaasneb sellega ilmselt pereliikmete parem informeerimine haigla järgse hoolduse vajaduse, võimaluste jms kohta. Ekspertid rõhutasid, et eelkõige üksikud inimesed tõrguvad oma võimete vähenemist tunnistamast. Selleks, et abi otsida, on vaja välist tõuget. Välise tõe võib anda kuulumine mõnda mitteformaalsesse võrgustikku. Näiteks annavad nn seltsidaamid, kes külastavad eakaid eesmärgiga leevendada nende üksindust, sotsiaaltöötajatele edasi infot abivajaja kohta. Või kasutatakse munitsipaalsfääris eakatega kontakti võtmist, jagatakse infot sotsiaalteenuste kohta, kutsutakse üritustele, mille käigus suheldakse nendega personaalselt jms.

Ajalise kestvuse mõttes on hooldajate koormus väga erinev. Ootuspäraselt kulutavad hooldatavaga koos elavad hooldajad kordi rohkem aega, kui lahus elavad. 80%-l koos hooldatavatega elavatest hooldajatest on suur hoolduskoormus (üle 20 tunni nädalas). Iga viies teatas, et tema hoolduskoormus on 24/7. Vaid iga seitsmenda (17%) hooldajast lahus elava isiku hoolduskoormus küünib suure hoolduskoormuse tasemeni. Mõneti huvitav on see, et hooldatavad hindasid hooldaja ajakulu neile pühendatud tegevuste aspektist väiksemaks, võrreldes hooldaja poolt deklareeritud hoolduskordade või tundidega.

**9.** Piirid igapäevatoimingute sooritamise võimekuse osas on statistiliselt suhteliselt sarnastes "kohtades". Voodist tõusmine, söömine, tualeti kasutamisega saab iseseisvalt hakkama 1/3 hooldatavatest, veerand suudab liikuda eluruumis vähemalt pool tundi. Vähene on võimekus

liikuda iseseisvalt väljaspool eluruumi (11%) või jääda paariks päevaks üksi koju (13%). Üllatuslikult pole põhifunktsioonide osas täielikult abist sõltuvate või sageli abi vajavate isikute osakaal sugugi suur (voodist tõusmise, söömise, tualeti kasutamise ja ruumis liikumise osas viiendik või pisut üle selle). Tehniliste abivahendite kasutamise korral ja tavapärasest pisut suuremas mahus koduhooldusteenuste pakkumisel oleks võimalik ca pool tänasest omastehoolduse mahust asendada formaalse hooldusega.

Kirjeldades toimetulekut igapäevaelu toimingutega (voodist tõusmine, söömine, tualeti kasutamine, hügieen, ruumis liikumine jne) peame tunnistama, et hooldajate ja hooldatavate vastused erinevad. Hooldajate vastused kirjeldavad märksa suuremat iseseisvust mõningate toimingute osas, hooldatavad aga viitavad vastavalt suuremale abivajadusele. Toome mõned vastusevariandid "saab iseseisvalt hakkama" (sulgude ees hooldaja ja sulgudes hooldatava hinnang): söömine 35% (27), tualeti kasutamine 38% (40), voodist tõusmine/voodisse heitmine 29% (27,5) ja ruumis liikumine 25% (20)

Eksperdid esitasid era- ja avaliku sektori ülesannete võimaliku ümberjaotamise kohta üsna radikaalseid seisukohti. Nende arvates on võimalik teenuste ümberjaotus proportsioonides 1/3 omastehooldus; 1/3 koduhooldus; 1/3 institutsionaalne hooldus.

Hinnang hooldaja poolt abivajaduse muutumisele ametliku hoolduse ajal on selline: 58% intervjueerituteist väitis, et hoolduskoormus on kasvanud, 33% hindas hooldusvajaduse perioodi kestel ühetaoliseks ja 5 isikut kinnitasid, et tänu hooldatava tervise paranemisele (peale operatsiooni või haiglast tagasipöördumist) on hooldamine läinud lihtsamaks.

#### **10. Hooldusega seotud raskused jaotuvad selgelt kolme gruppi.**

Esiteks korralduslikud probleemid. Need on seotud liikumisega (trepid, transport, suurekaalulise isiku tõstmine), hooldustehnikatega (eelkõige pesemine) ja lõpuks olmega (kütmine, ratastoolis inimese elu korraldamine väikeses korteris, kus invakohandused pole võimalikud)

Teiseks tervise ja raviga seotud teemad (arsti kojukutse, eriarstiabi järjekord ja visiidi järjekorra ootamine, tasuliste meditsiiniteenuste ja ravimite hinnad)

Kolmandaks vaimse tervise seotud probleemid. Need tulenevad nii hooldaja kui hooldatava seisundist. Vaimse tervise probleemide hulka loeme ka väsimuse, mille üle kurtsid/kurdavad paljud 24 tunniseid valveid tegevad hooldajad. Samad probleemid ilmnevad hooldatava vaatenurgast vastuolulise käitumise näol. Ühelt poolt kärsitus, heitlik meeleolu, manipuleerimine, vastupanu hooldusele, stress jm ning teiselt poolt passiivsus ja apaatia. Viimaseid esineb eriti juhtudel, kui eakas inimene on jäänud abikaasa surma järel üksinda.

Eksperdid rõhutasid nn kaassõltuvuse sagedast esinemist. Mõlemad osapooled klammerduvad teineteise külge, üks (hooldaja) ei julge teist (hooldatavat) pikemaks üksi jätta, kasutada alternatiivseid hooldusviise jms. Teine osapool tõrjub nn konkurente (sõbrad, võimalikud partnerid) ja lõikab sel moel hooldaja elust ära. 30% hooldajatest väitis, et nad ei ole viimase poole aasta jooksul hooldusest täielikult vabad olnud. Tervikuna pole pilt siiski omastehooldust kui tervikut silmas pidades nii must-valge. 92-l hooldajal oli intervjuude kohaselt 230 rohkem või vähem regulaarselt abi andvat isikut. S.t. 2,5 ühe isiku kohta (sissejuhatuses kasutasime Euroopa Sotsiaaluuringu andmetes leiduvat näitajat 1,7. )



**11.** Esitades uuringu tulemusi, on mõnevõrra keeruline hoida lahus konkreetseid juhtumeid ja statistilist pilti. Eelnevalt loetlesime hooldusega seotud probleeme ja nendest tõsisis teravaimana esile hooldajate väsimuse, nende ja hooldatavate vaimse terviseiga seotud mured. Neid asjaolusid rõhutasid eri vaatenurkadest ka kõik eksperdid. Variantvastusega esitatud küsimus hooldaja füüsilise ja vaimse võimekuse kohta andis sellise tulemuse: ca 7%-l on probleeme füüsilise terviseiga, 22%-l väsimus, stress jms, rohkem kui 2/3 on hea või rahuldava füüsilise ja vaimse terviseiga. See tulemus on veel üllatuslikum, kui lisame siia info varasemate hoolduskohustuste kohta. Tervelt 10 isikut (see arv võib olla suurem) väitis, et neil on olemas varasem hoolduskogemus teise pereliikme hooldamisest.

Hoolduse mõju hooldaja elukorraldusele on siiski märkimisväärne, kolmandik on olnud sunnitud muutma oma elustiili, vähendama kulutusi; veerand katkestama töötamise või lühendama tööaega, 7% vahetas elukohta jne. Otsest mõju pereelule nimetasid üksikud (ainult üks intervjuueeritu nimetas lahtust jms). Konkreetsetest fikseeritud juhtumitest on otstarbekas nimetada veel välismaal töötamise lõpetamise/katkestamisega seotud elumuudatusi. Intervjuueeritud isikud kulutasid hooldamise ajal välismaal töötamise kõrvalt kogutud raha. Ilmselgelt oli see mõeldud mitte jooksvate kulutuste kattena koju pöördumise järel või investeeringuna kodu- või välismaal vms. Säästude kulumine tegi neid ilmselgelt närviliseks ja hoolduse lõppedes nägid nad „restarti“ võimalusena uuesti kodumaalt lahkumist.

**12.** Eespool oli viide sellele, et hooldus hilineb, kuna eakas ei tunnista toimetulekuraskusi ja pingutab maksimaalselt iseseisva toimetuleku nimel. Sama muster ilmneb hooldajate tegevuses. Abi Tartu linnalt on küsinud/saanud vähesed (14% peamiselt ühekordset toetust, 4% teenust). 80% ei ole mingisugust abi küsinud.

Suhtumine võimalikku avaliku sektori (Tartu linna) poolsesse abisse eesmärgiga kergendada hooldajate tööd ja parandada hooldatava olukorda on vaoshoitud. Kõige suuremat kasu küsimuse vastamise kergendamiseks välja pakutud variantidest nähakse õigete hooldusvõtete omandamisest/kasutamisest, tehniliste abivahendite kasutamise alasest nõustamisest, abist eluruumi kohandamisest ja sotsiaaltranspordi kasutamise võimalustest. Nende teenuste osas väidavad veerand kuni pool hooldajatest, et neid abinõusid on n.ö. rakendatud. Kui tõlgendada seda rakendamist näiteks hooldusvõtete omandamise kontekstis, siis intervjuueeritute 40% väidavad, et midagi eriti keerulist nad ei peagi tegema, 54% on oskused saanud praktilise hoolduse käigus ja 7% on lugenud käsiraamatuid vms. Ühevõrra tõrjuv hoiak on vastajatel nii koduabi (soe toit koju, koduhooldaja või asendushoolduse teenus) kui ka institutsionaalse hoolduse (päevakeskuse- ja intervallhoolduse teenus) suhtes. Eriti paistab kogu loetelust välja päevakeskus, millise teenuse suhtes peeti vajalikuks anda omapoolseid kommentaare (proovisime, ei meeldinud; seal on „imelikud inimesed“ jne). Siin hakkab silma vastuolu inimeste hoiakute ja riikliku poliitika vahel. Viimane püüab Töötamist toetavate hoolekandeteenuste nime all teostatava projekti raames suunata omastehooldusel inimesi nii kodu-, päevakeskus- kui ka asutushoolduse teenusele.

Võiks eeldada, et suurema hoolduskoormusega isikutel on suurem huvi nii asendushoolduse kui ka intervallhoolduse vastu. Paraku ei toeta käesoleva uuringu andmed seda arvamust. Huvi asendushoolduse vastu on ühevõrra leige nii suure (üle 3 tunni päevas) kui väikese hoolduskoormusega hooldajate seas. Erinevus on suhtumises intervallhooldusesse: suure hoolduskoormusega isikute puhul on leiget suhtumist (see ei lahendaks midagi) vähem ja seega usk teenuse vajalikkusse suurem. Rõhuv enamus (89%) hooldajatest hindas võimaliku abi hulga kõige otstarbekamana hooldajatoetust ja selle tõstmist. Kuna võimalik linna poolne abi ei olnud

küsitletutele põhimõtteliselt sobilik, ei näe nad ka, et sellest oleks abi nende tööleminekuks. Vaid napp kümnendik tunnistas, et kirjeldatud abi aitaks neid tööle minna ja viiendik arvas, et neid teenuseid tasuks sama eesmärgi saavutamiseks proovida.

**13.** Oleme mitmel korral viidanud hooldajate ja hooldatavate vahelisele sõltuvussuhte. See paistab välja ka küsimusele võimalike alternatiivsete hooldusvormide kasutamise kohta. 70% vastustest olid, et praeguse hoolduse korraldus on optimaalne või et hooldatava hoiakute tõttu ei ole võimalust/vajadust selle muutmiseks. Siiski on 30% kas kaalunud teisi alternatiive või teavad ka konkreetset lahendust. Viimasel juhul on selleks alternatiiviks institutsionaalne hooldus. Paraku ei ole enamikul hooldajatel/hooldatavatel nii suure muutuse ettevõtmiseks raha.

Kuigi pea iga teine hooldatav on vahetanud hooldajat (keskmine hooldajate arv on 1,9) on enamikul juhtudel olnud abi andja vahetus sujuv. 82% küsitletutest märkis, et hooldusel pole olnud pause. Teisalt, rohkem kui 10% valimist on pidanud teatud aja jooksul tundma hooldaja vahetumise tõttu raskusi oma elu korraldamisel või olnud tavapärasest halvemini hooldatud. Hooldatavate poolne hinnang hooldusele on pigem hea, kaudseid märkusi tegi vaid 2 vastanut ja sisuliselt rahulolematuid võib olla ka 14 vastamata jätnud isiku hulgas. Kuid 80% puhul antud hinnangud "väga rahul" ja "üldjoontes rahul" on silmas pidades hooldajate poolt hooldatavatele antud hinnanguid (kõikuv meeleolu, palju ärevust, kärsitust, stressi ja depressiooni) väga hea tulemus.

Hooldatavate hinnang elamistingimustele viitab ühele võimalusele, kuidas omastehoolduse korraldust parandada. Hinnangu "rahul" andis oma elamistingimustele vähem kui 2/3 vastanud hooldatavatest. Iga viies tunnistas, et võib-olla oleks võimalik leida mõni parem lahendus (eluaseme), kuid pole soovi kodust lahkuda. Iga seitsmes väitis, et eluaseme vahetus oleks otstarbekas, kuid pole majanduslikult võimalik.

**14.** Lõpetades kvalitatiivuuringu andmete esituse viitame paarile lihtsale rahulolu aspektile. Nimelt küsiti, kas hooldajaid teeb murelikuks nende tervises seisund, majanduslik olukord, hooldaja võimekus ja hoolduse tulevik, mõni muu oluline eluvaldkond või probleem. Kõige suuremaks mureks oli tervis, siis kehv majanduslik seis, muu eluvaldkond ja viimasena hooldaja ja hoolduse seis.

Neist vastustest näeme, et usk et hooldaja saab hakkama, et hooldus kodus jätkub jne on suur ja läbimõtlematu sekkumine omastehoolduse kardinaalse ümberkorralduse näol on riskantne. Samas on valdkonnas näha selgepiirilised erinevad segmendid, millest mõnedes on ilmselt võimalikud ümberkorraldused

**15.** Ekspertide domineeriv arvamus on, et ka omastehooldusel tuleb lähtuda sotsiaaltöös ühest tähtsamast põhimõttest: juhtumipõhisusest. Praktika näitab seda, et mida keerukamaks muutub hooldus, seda kitsamaks muutub hooldajate ring. Naabrid-tuttavad jt kaugemad abiandjad „kukuvad ringist välja“. Alles jäävad pereliikmed. Kui neid ei ole või nad pole mingil põhjusel võimelised hooldaja rolli täitma, siis on ainus võimalus kallis osaliselt omavalitsuse poolt rahastatav institutsionaalne hooldus. Küsimus on nüüd selles, kui õiglane on võõrale (naabrile) maksta lihtsama töö eest hooldajatoetust ja pereliikme keerulisemat ja märksa pingelisemat tööd käsitleda solidaarsuskohustusena ja selle eest mitte maksta. Praktikas tuleb tegelikult harva ette juhtumeid, kus võõras hooldaks suurima hooldusvajadusega isikut. Ekspertide valdav hoiak on, et teatud koormusest alates muutub hooldus tööks ja seda tuleks arvestada nii „omade kui võõraste“ tegevuse hindamisel. Küsitluse (kvantitatiivuuringu) käigus saadud kogemus näitas, et

hoolduslepingu varju jäävad juhtumid on tegelikult üsna keerulised. Lisaks hooldatavale teise põlvkonna esindajale on leibkonnas veel kolmanda põlvkonna esindaja (vanaema) kel pole puuet ega fikseeritud hooldusvajadust, aga sisuliselt on ka tema hooldatav jne.

Tartu grüpiintervjuust osavõtjad kiitsid kasutatavat hindamisinstrumenti, viidates selle sobivusele just juhtumikorralduse vaatenurgast. Sõltuvalt asjaoludest on võimalik mingid osad vahele jätta ja teisi „võimendada“. Pärnu esindaja toonitas samuti, et nende instrument on universaalne ja kasutatav nii hooldaja määramisel, kui ka kodu- ja üldhoolduse vajaduse hindamisel.

**16.** Ekspertid tunnistasid, et lisaks nende osalusel sõlmitavatele lepingutele on olemas igasuguseid inimeste vahelisi kokkuleppeid. Tavaline on see, et käsutatakse hooldatava pensioni. Kui eelarve on ühine, siis on keeruline jagada minu ja sinu raha. Rahulolematust võib tulla väljastpoolt, sest teine laps või lapselaps, kes ise ei abista hooldusel, tahaks osa saada ema või vanaema pensionist. Sagedane on ka see et hooldajatoetusele makstakse lisa, kingitakse või pärandatakse eluasemeid jne. Need on ametniku poolt vaadates inimeste vahel vabatahtlikult sõlmitud kokkulepped. Ja sotsiaalsfääri jaoks on esmane see, et hooldus toimiks. Ekspertid avaldasid ka arvamust, et igas süsteemis on isikuid, kes püüavad seda omakasupüüdlikult ära kasutada. Seega on mingi arv neid juhtumeid, kus süsteemi petetakse, vormistades sotsiaalkindlustuse saamiseks lepingu ühe ja jättes hoolduse teise pereliikme õlule, paratamatult olemas .

**17.** Mitte küll domineeriv, aga kaudselt erinevate ekspertide poolt välja öeldud mõte oli, et hädasti oleks vaja omastehoolduse ulatulikumat reformimist. Ühelt poolt on vaja suurendada valdkonna rahastamist, viia lihtsamate ja keerukamate juhtumite käsitlemine hooldajatoetuse suuruse mõttes teineteisest „kaugemale“ jne. Grupiintervjuu käigus tehti pakkumisi võimalike toetussummade suhtes institutsionaalse-, kodu- ja omastehoolduse avaliku sektori poolsete subtsiidiumide kohta. Kokku lepitati järgmised proportsioonid: institutsionaalne hooldus 400, koduhooldus 300, omastehooldus 200 toetusühikut.

Teisalt saaks asendushoolduse ja koduhoolduse teenuste abiga süsteemi ilusti ühendada, tulemus oleks mitut pidi positiivne. Praegune olukord, kus pereliikmete olemasolul peaks näiteks koduhoolduse eest maksma, loob teenuste kombinatsioone, mis lõpuks ikka viivad mõne pereliikme töölt ära ja kaasnevad keerukused toimetulekuga, edasi raskused tööturule tagasipöördumisel jne.

**18.** Kui koduhoolduse eest ei suudeta maksta, siis valitakse näiteks toit koju, et inimene peaks siis omastehooldaja ja minimaalse professionaalse kõrvalabi toel vastu vms. Tegelikult ei pea vastu. Teisalt tuleb tihti ette abi tõrjumist, eriti kui hooldus on juba aastaid kestnud. Kui hinnata kogu vajalikku teenuste kompleksi, mis meie teadmiste kohaselt võiks omastehooldajaid ja hooldatavaid aidata, siis loomulikult ei saa seda välja arendada „hopsti“ ühe- kahe aastaga. Takistused on nii ühel (teenuste korraldaja) kui ka teisel (tarbija) poolel.

**19.** Sotsiaalministeeriumi algatus ESF vahendite abil hooldajaid tööturule viia on tore ja vajalik. Suuremat tähelepanu tuleks pöörata ka neile isikutele, kellel on hoolduskohustuse tekkimise tõttu tööturult väljalangemise oht. Sealjuures pole vaja mingeid täiendusi seadustesse, et suurendada KOV õigusi omaste- või muu hoolduse korraldamisel. Need õigused on kõik olemas ja küsimus on selles, kui ratsionaalselt (kõige laiemas mõttes) kohtadel hoolekannet korraldatakse.

Tööturult välja langenud keskeas vähese haridusega või erihariduseta inimestel, kes ei räägi riigikeelt ning kelle pikaajaline pereliikme hooldamine on tervist halvendanud on väga raske tööle naasta. Võib kasutada surve- või toetusmeeteid, kõigi jaoks tagasiteed pole ja küsimus on

laiem. Kuidas tagada nende toimetulek ühelt poolt ja teisalt see, et nad saaks ikkagi ühiskonda panustada?

Omavalitsused on leidnud paindlikke võimalusi, pakkudes hooldajatoetuse ja sellega kaasneva sotsiaalkindlustuse õiguse asemel hoolduskulude toetust. See toetus makstakse abivajadusega eakale leppides kokku, milliste kulutuste tegemiseks ta kulutusi teeb (naabrimehele bensiin-rahaks poodi või arsti juurde sõidutamiseks). Selliseid kokkuleppeid rahastatakse niikuinii ja teatud juhtudel on nende formaalseks muutmise mõistlikum hooldaja määramisest, invataksotäenuse võimaldamisest vms.

**20.** Üks probleem, millele eksperthinnangutes tähelepanu juhiti, on hoolduse lõppemine (hooldatava surm). Kui hooldaja enne seda ka ei olnud stressis või depressioonis, siis nüüd ta saab selle! S.t. sotsiaalsfäär ei tohiks sellistel juhtudel rahulduda sellega, et lõpetame lepingu, pole enam vaja raha maksta jms. Tuleks toetada hooldajat.

## Kasutatud allikad

- Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011. OECD  
<https://www.oecd.org/els/health-systems/47884889.pdf>
- Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. 2017.
- Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne
- Lethin, C., Leino-Kilpi, H., Roe, B., Soto, M. M., Saks, K., Stephan, A., Zwakhalen, S., Zabalegui, A., Karlsson, S. 2016. Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734848/pdf/12877\\_2016\\_Article\\_210.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734848/pdf/12877_2016_Article_210.pdf)
- Informal caregiving and learning opportunities: an overview of EU countries. 2016. Report coordinated by Eurocarers  
[http://www.anhoriga.se/Global/Nyheter/Nyhetsdokument%202016/TRACK%20Baseline%20Report\\_%20APRIL%202016.pdf](http://www.anhoriga.se/Global/Nyheter/Nyhetsdokument%202016/TRACK%20Baseline%20Report_%20APRIL%202016.pdf)
- Mina omastehooldaja? Koostaja Tiina Tursman. 2012. Tervise Arengu Instituut  
[https://intra.tai.ee//images/prints/documents/133492131998\\_Mina\\_omastehooldaja\\_est.pdf](https://intra.tai.ee//images/prints/documents/133492131998_Mina_omastehooldaja_est.pdf)
- Omastehooldaja käsiraamat. 2012.  
[https://www.keskhaigla.ee/juhendid/Hooldus\\_kodus\\_est\\_II\\_2012.pdf](https://www.keskhaigla.ee/juhendid/Hooldus_kodus_est_II_2012.pdf)
- Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009. Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009\\_loppraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009_loppraport.pdf)
- Puuetega inimeste toimetuleku ja vajaduste uuring. 2006. Koostajad Masso, M., Pedastsaar, K. Sotsiaalministeerium  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/puuetega\\_inimeste\\_uuringu\\_raport\\_1\\_.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/puuetega_inimeste_uuringu_raport_1_.pdf)
- Tulva, T., Metsa, T., Ruusmaa, K., Leppik, E., Jonuks, A., Kallissaar, A. 2002. Omastehooldusest Eestis
- Verbakel, Tamslagsrønning, Winstone, Fjær, Eikemo, 2017 Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355645>

## LISAD

### Lisa 1. Hooldaja küsimustik

#### MTÜ Karmale

#### Tartu Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiu osakond

Ankeedi number \_\_\_\_\_

### INTERVJUU KÜSIMUSTIK

MTÜ Karmale viib koostöös Tartu Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiu osakonnaga läbi küsitluse omastehooldajate ja nende hooldusel olevate tartlaste hulgas. Intervjuude eesmärgiks on täpsustada hooldusel olevate inimeste vajadusi ja nende igapäevaelu korraldamisega seotud probleeme, rahulolu hooldusega ja uurida kas Tartu linn saaks kergendada hooldatavate elu ja hooldajate tööd.

Järgnev intervjuu koosneb kahest poolest (hooldaja ja hooldatava osa) kumbki pool võtab umbes 35-45 minutit. Küsimustik on koostatud MTÜ Karmale poolt ja intervjuu viib läbi nende esindaja, kuid see on ainult abivahend uuringu tegemisel. Täidetud küsimustikke ei anta üle ei uuringu tellijale ega ühelegi teisele isikule. Kogutud info sisestatakse arvutisse ja seejärel paber-ankeedid hävitatakse. Arvutisse salvestatav info on anonüümne, ilma vastaja isikuandmeteta. Tellijale, Tartu linnavalitsusele, antakse uuringu tulemus üle koondi kujul (ühegi konkreetse vastaja vastuseid ei ole võimalik aruandest eraldi välja lugeda). Seetõttu on võimalik küsimustele vastata ausalt ja täpselt.

Uuringu tegijad ei saa lubada, et iga konkreetne märkus tänase hoolduskorralduse kohta toob kaasa mingi muutuse. Seda kasvõi põhjusel, et uuring on anonüümne ja konkreetse isikuga kontakti võtmine ja ühiselt lahenduse otsimine pole võimalik. Siiski usume, et üldised, mitmeid inimesi puudutavad probleemid, pälvivad tellija tähelepanu ja saavad tulevikus konkreetse lahenduse.

Seega palume Teie nõusolekut käesoleva intervjuu tegemiseks

## HOOLDAJA INFO

A 1. Sugu (M/N): \_\_\_\_\_

A 2. Vanus \_\_\_\_\_

### A 3. Suhe hooldatavaga

1. *Abikaasa/elukaaslane*

2. Laps

3. Lapselaps

4. Vanem

5. Vanavanem

6. Muu sugulane

7. Muu (sõber, naaber, tuttav, endine kolleeg, kirjutage kes täpsemalt).....

### A 4. Kus hooldaja peamiselt elab?

1. *Elab hoos hooldatavaga*

2. Elab hooldatavast eraldi, Tartus

3. Elab hooldatavast eraldi, Tartumaal .....

4. Elab mujal

5. Muu variant.....

### A5. Kes on Teie perekonnaliikmed (Hooldaja elab koos hooldatavaga)

1. Mina

2. Hooldatav

3. Minu abikaasa/elukaaslane

4. Hooldatava abikaasa/elukaaslane

5. Minu alaealine laps/lapsed

6. Minu täisealine laps/lapsed

7. Muu sugulane/sugulased .....

### A 6. Milline on Teie perekond (Hooldaja hooldajast lahus)

1. Üksik

2. Abielus/kooselus lapsi pole leibkonnas

3. Abielus/kooselus alaealised lapsed leibkonnas

4. Abielus/kooselus täisealised (16+) lapsed leibkonnas

5. Muu .....

### A 7. Põhitegevus

1. Töötav (nii palgatööline kui ettevõtja)

2. Vanaduspensionär (tööealine)

3. Töövõimetuspensionär (tööealine)

4. Kodune (vanemapuhkus, väikelapse hooldaja vms)

5. Töötu (kas registreeritud töötu või tööotsija?)

6. Seotud muu tegevusega, millisega (õpilane/üliõpilane, vabakutseline vms) .....

### A 8. Kui kaua on hooldus väldanud (aastad)?

1. Hooldus ise.....

2. Hoolduslepinguga (hooldajatoetusega) hooldus .....

### A 9. Mis asjaoludel, kelle initsiatiivil hooldus algas?

1. Hooldatav on sünnist saati abivajaja

2. Hooldatav on nii vana, et vajab juheendamist ja abistamist

3. Hooldatava tervis halvenes haiguse vms tõttu ja ta ei saanud enam ise hakkama

4. Eelmine hooldaja suri/loobus/leping lõpetati vms ja mind paluti uueks hooldajaks

5. Muu variant. Milline.....

**Kuidas Te kirjeldate oma hooldatavat, kuidas ta saab järgmiste igapäevaste asjadega hakkama?**

	0 –saab iseseisvalt hakkama	1- saab enamasti hakkama	2- mõnikord saab iseseisvalt hakkama, mõnikord vajab abi	3- vajab sageli abi	4 – ei saa hakkama, on täiesti sõltuv abist
<b>A 10. Voodist tõusmine?</b>					
<b>A 11. Vähemalt 30 min eluruumis liikumine?</b>					
<b>A 12. Söömine ja joomine</b>					
<b>A 13. Tualeti kasutamine</b>					
<b>A 14. Väljas koos saatjaga ca 1 km liikumine</b>					
<b>A 15. Paariks päevaks omaette jäämine</b>					

**A 16. Kas Te tunnete, et hoolduse perioodi jooksul on Teie koormus suurenenud**

1. Kogu aeg on olnud enam-vähem sama töö ja ajakulu
2. Hooldaja vajab nüüd rohkem abi ja tööd on seetõttu rohkem
3. Muu variant.....

**A 17. Milline on viimase kuu (30 päeva) jooksul hooldusele kulunud ligikaudne aeg tundides**

1. Igapäevase hooldusvajaduse korral tavalisel päeval kokku (kui on vaja sõita, siis ka sõiduaeg).....
2. Kui hooldus on mõni kord nädalas, siis keskmisel nädalal kokku .....

**A 18. Mis on Teie jaoks hooldamise juures kõige raskem või keerulisem (nii hoolduse füüsilised kui vaimsed aspektid). Nimetage mõned, asjad mis on hoolduse juures rasked(3-4)!**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

**A 19. Kas lisaks Teile abistab keegi Teie hooldatavat regulaarselt ja kui siis milles?**

1. Ei
2. Jah, kuid üsna juhuslikult (käib vestlemas, poes, jms .....
3. Jah, käib regulaarselt (kütmas, koristamas, abistab pesemisel vms.....
4. Muu variant.....



**A 20. Mitu inimest me nüüd koos Teiega saime, kes hooldatavat vähem või rohkem abistavad (number)?**  
.....

**A 21. Kas viimase 6 kuu jooksul on keegi Teie haiguse, äraoleku vms tõttu Teid hooldajana asendanud?**

1. Ei ma ei ole hooldusest täiesti vaba olnud
2. Ma olen lühemaid käike teinud nii, et keegi mind otseselt ei asenda
3. Jah, mul oli vajadus pisut pikemalt ära olla ja mul oli sel ajal asendaja
4. Muu variant mida hooldaja ütleb. Kirjuta.....

**A 22. Kuidas Teie majanduslikus mõttes hakkama saate. Millest tuleb Teie sissetulek?**

1. Töötasu
2. (Töövõimetus)pension
3. (Teie) puudetoetus
4. Hooldajatoetus
5. Muud riiklikud toetused
6. Hooldatava poolt makstav lisa linnavalitsuse toetusele
7. Hooldatava puudetoetus
8. Teiste pereliikmete abi

**A 23. Riigi „abi“ hooldajale on sotsiaalkindlustuse võimaldamine Kas Teil oli/on ka ilma hoolduslepingu sõlmimiseta olemas ravi- ja pensionikindlustus (olete töötaja, õpilane, pensionär, töötaja, muu ....)?**

1. Jah, mul on sotsiaalkindlustus ka ilma hooldamiseta
2. Ei, hooldajaks asudes sain ma sotsiaalkindlustuse
3. Muu variant.....

**A 24. Milline on hooldaja võimekus hooldust teha (eri vastuseid kombineerides H1st)**

1. On hea või rahuldava füüsilise tervisega, pole töövõime kadu ega puuet ja pole takistusi hooldamiseks
2. On hea või rahuldava füüsilise tervisega, pole töövõime kadu ega füüsilist puuet kuid on väsimus, stress või depressioon ja on võimalikud tõrked hooldamisel
3. On halva tervisega, osaliselt töövõimetu või puudega, kuid need ei takista hooldaja ülesannete täitmist
4. On halva tervisega, osaliselt töövõimetu või puudega, on ilmnunud või võimalikud raskused mõnede hooldaja ülesannete täitmisel
5. Muu võimekust iseloomustav kirjeldus.....

**A 25. Kas Teie tegevus hooldajana nõuab ka mingeid oskusi ( on vaja tõsta, pesta, mähkmeid vahetada, süstida, salvida, vahetada uriinikogumisnõusid, toita vms?) Kui nii, siis kuidas Te saite selgeks hooldusvõtted**

1. Ma ei pea selliseid asju, mida oleks vaja eraldi õppida, tegema
2. Teadmised olen saanud praktilise hoolduse käigus, midagi eraldi õppinud ei ole
3. Olen õppinud Hooldatava hooldaja käsiraamatust, Omastehoolduse käsiraamatust vms
4. Olen käinud STO poolt korraldatud kursustel
5. Saanud muud koolitust (millist?.....)

**A 26. Kas hooldajaks olemise jooksul on Teie elus toimunud olulisi muutusi?**

1. Vahetasin elukohta
2. Vähendasin oma töökoormust
3. Katkestasin/lõpetasin töötamise
4. Katkestasin/lõpetasin õppimise
5. Tervise halvenemise tõttu sain töövõimetus või mulle määrati puue
6. Lahutasin/läksin elukaaslasest lahku
7. Olen piiranud oma kulutusi/hobisid/suhtlusringi vms
8. Muud olulised muutused.....

**A 27. Kas Te olete saanud Tartu linnalt oma tööks hooldajana lisaks hooldajatoetusele muud konkreetset abi?**

1. Jah, ma olen saanud rahalist toetust (milleks?).....
2. Jah, ma olen saanud teenust (millist?).....
3. Jah, ma olen saanud muud abi (milleks?) .....
4. Ma olen üht-teist küsinud, kuid mul on jäänud mulje, et kogu vastutus hooldamisel on minu peal ja ma olen need asjad jätnud pooleli
5. Ei ma ei ole mingit abi taotlenud

**A 28. Kas Te olete vahel mõelnud või hooldatavaga, pereliikmetega, sotsiaaltöötajaga või kellega tahes arutanud, kas seda tööd mida Te täna hooldajana teete saaks väga hästi ka teisiti korraldada?**

1. Ei, see pole arutluse all olnud, sest mina tahan nii/hooldatav tahab nii
2. Jah, oleme arutanud, kuid head lahendust pole leidnud
3. Jah, põhimõtteliselt see lahendus on olemas, kuid selleks pole raha
4. Muu variant .....

**Millised võiksid olla need variandid, kuidas omastehooldust paremini korraldada ja hooldajate tööd kergendada? Mõelge kogu oma hooldaja perioodi peale, nii neile probleemidele, mis on juba lahendatud, kui ka neile asjadele, mida saaks paremini korraldada**

	See on tehtud/on olemas	Sellest oleks mõnevõrra abi	Ei, see ei lahendaks midagi
<b>A 29. Õpetatakse õigeid hooldusvõtteid</b>			
<b>A 30. Nõustatakse tehniliste abivahendite soetamise/kasutamise osas</b>			
<b>A 31. Antakse abi eluruumi kohandamiseks vastavalt hooldatava vajadustele</b>			
<b>A 32. Väljas käimiseks on võimalik kasutada sotsiaaltransporti koos saatjaga</b>			
<b>A 33. Soe toit tuuakse tellimise peale koju</b>			
<b>A 34. Mõned korra nädalas aitab koduhooldaja majapidamist korraldada (toob toidu, koristab, peseb pesu)</b>			
<b>A 35 Hooldatav veedab osa päevast päevakeskuses,</b>			
<b>A 36. Kord kuus tuleb hooldaja kohale ja annab hooldajale vaba päeva/päevad</b>			
<b>A 37. Hooldatav saab olla nädala/paar hooldekodus ja hooldaja puhkab</b>			
<b>A 38 Hooldajatoetus on suurem kui täna</b>			
<b>A 39. Midagi muud (k.a. hooldekodu, kui ütleb)</b>			

**A 40. Kas nendes hooldaja toetamise variantides oli ka mõni selline lahendus, mis aitaks Teil kas täis- või osajaga tööle minna?**

1. Jah oli
2. Võib-olla, seda tuleb järgi proovida
3. Ei, kahtlen selles, et saan hooldamise kõrvalt tööle minna

**A 41. Millist tööd Te kõige parema meelega teeksite?**

.....

**A 42. Ilmselt varem või hiljem Teie hooldusleping lõpeb ja Te saate/peate võrreldes tänasega oma elu ümber korraldada. Kas Te olete mõelnud selle peale, mis või kuidas võiks Teie elus muutuda?**

1. Hakkan ringi vaatama, tööd otsima, võib-olla koolitan ennast.....
2. Tean millist tööd ma tahan ja oskan teha, lähen kindlasti esimesel võimalusel tööle
3. Võib-olla vormistan ennast uue inimese hooldajaks
4. Muu variant, kirjuta mida hooldaja ütleb.....

**A 43. Haiguse puhul on inimestel abiks perearsti nõuandetelefon, tugigrupid, patsientide usaldusühing jms. Kuidas Te arvate, kas selline nõuandetelefon, eneseabi grupp, omastehooldajate ühing vms oleks ka hooldajate jaoks vajalik ?**

1. Ei oska nende asjade vajalikkust hinnata, mina nende järele puudust ei tunne.
2. Arvan, et sellelt numbrilt/organisatsioonidelt oleks nõu küsijaid küll, eriti algajate hooldajate poolt
3. Muu arvamus .....

**A 44-46. Kas Te olete nõus järgmiste väidetega. Vastake „Jah“ või „Ei“**

	Jah	Ei	Ei oska öelda
<b>A 44. Kõik inimesed peaksid saama nii kaua kui see vähegi võimalik on elada oma kodus</b>			
<b>A 45. Riik peab kõiki abivajajaid ühtemoodi toetama, üksipuha kas neid hooldab pereliige, koduhooldaja või on nad hooldekodus</b>			
<b>A 46. Juhul kui kitsaste olude või raske haiguse tõttu ei ole võimalik perekonnaliiget kodus hooldada, peab riik/omavalitsus aitama leida kohta haiglas või hooldekodus</b>			

**Täname Teid koostöö eest!**

## **Lisa2. Hooldatava küsimustik**

**MTÜ Karmale**

**Tartu Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiu osakond**

**Ankeedi number \_\_\_\_\_**

### **INTERVJUU KÜSIMUSTIK**

MTÜ Karmale viib koostöös Tartu Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiu osakonnaga läbi küsitluse omastehooldajate ja nende hooldusel olevate tartlaste hulgas. Intervjuude eesmärgiks on täpsustada hooldusel olevate inimeste vajadusi ja nende igapäevaelu korraldamisega seotud probleeme, rahulolu hooldusega ja uurida kas Tartu linn saaks kergendada hooldatavate elu ja hooldajate tööd.

Järgnev intervjuu koosneb kahest poolest (hooldaja ja hooldatava osa) kumbki pool võtab umbes 35-45 minutit.. Küsimustik on koostatud MTÜ Karmale poolt ja intervjuu viib läbi nende esin-daja, kuid see on ainult abivahend uuringu tegemisel. Täidetud küsimustikke ei anta üle ei uuringu tellijale ega ühelegi teisele isikule. Kogutud info sisestatakse arvutisse ja seejärel paber-ankeedid hävitatakse. Arvutisse salvestatav info on anonüümne, ilma vastaja isikuandmeteta. Tellijale, Tartu linnavalitsusele, antakse uuringu tulemus üle koondi kujul (ühegi konkreetse vastaja vastuseid ei ole võimalik aruandest eraldi välja lugeda). Seetõttu on võimalik küsimustele vastata ausalt ja täpselt.

Uuringu tegijad ei saa lubada, et iga konkreetne märkus tänase hoolduskorralduse kohta toob kaasa mingi muutuse. Seda kasvõi põhjusel, et uuring on anonüümne ja konkreetse isikuga kontakti võtmine ja ühiselt lahenduse otsimine pole võimalik. Siiski usume, et üldised, mitmeid inimesi puudutavad probleemid, pälvivad tellija tähelepanu ja saavad tulevikus konkreetse lahenduse.

Seega palume Teie nõusolekut käesoleva intervjuu tegemiseks

## HOOLDATAVA INFO

**A 1. Sugu (M/N):** \_\_\_\_\_

**A 2. Vanus** \_\_\_\_\_

### **A 3. Suhe hooldajaga**

1. Abikaasa/elukaaslane
2. Laps
3. Lapselaps
4. Vanem
5. Vanavanem
6. Muu sugulane
7. Muu (sõber, naaber, kolleeg, tuttav)

### **A 4. Hooldusvajaduse tekkimine**

1. Sünnilt abivajaja
2. Õnnetus
3. Haigus
4. Vanadus
5. Tervist kahjustav eluviis (alkoholism, narkomaania, kodutus vms)
6. Muu põhjus, mille tulemusel enam iseseisvalt hakkama ei saa

.....

### **A 5. Töövõimetus (määr.....%, kui on määratud)**

### **A 6. Puue (puude aste, keskmine, raske, sügav, kui on omistatud)**

1. Keskmine
2. Raske
3. Sügav

### **A 7. Kui kaua (mitu aastat või mis aastast alates) on vajanud/kasutanud igapäeveluga toimetulekul teiste inimeste abi?**

1. Kui kaua (mitu aastat või mis aastast alates) Te vajate igapäevaelu toimetustes abi?.....
2. Kui kaua (mitu aastat või mis aastast alates) on Teil olnud linna määratud hooldaja?

.....

### **A 8. Kas kodu selle aja jooksul on Teid hooldanud üks ja sama inimene, või on hooldajad vahetunud (on olnud mitu hooldajat)**

1. Ei ole vahetunud (hooldajate arv 1)
2. Jah, on olnud mitu hooldajat. Mitu (number .....)?

### **A 9. Kui on olnud mitu hooldajat, kas hoolduses on olnud pause**

1. Pole olnud ametlikult vormistatud hooldajat, abistamises pause
2. Jah,

**A 10.-17 Kas saab iseseisvalt hakkama igapäevatoimingutega (ADL indeks)**

	0 –saab iseseisvalt hakkama	1 -saab tavaliselt iseseisvalt hakkama	2- mõnikord saab iseseisvalt hakkama, mõnikord vajab abi	3- vajab sageli abi	4 - ei saa hakkama, on täiesti abist sõltuv
A 10. Söömine ja joomine					
A 11. Pesemine (vann, saun)					
A 12. Riietumine					
A 13. Tualetis kasutamine					
A 14. Hügieen (pesemine)					
A 15. Ravimite tarvitamine					
A 16. Voodist tõusmine ja voodisse heitmine					
A 17. Ruumis liikumine					

**A 18. -27. Mil määral saab iseseisvalt hakkama keerukamate toimingutega (IADL indeks)**

	0 täiesti iseseisev	1	2	3	4 täiesti abist sõltuv
A 18. Toiduvalmistamine					
A 19. Pesupesemine					
A 20. Igapäevane koristamine					
A 21. Põhjalik koristamine (akende, kardinade pesu jm)					
A 22. Muud majapidamistööd (elektripirni vahetus, pisiparandustööd jms)					
A 23. Poeskäimine jm käigud väljaspool kodu					
A 24. Asjaajamine ametiasutustes					
A 25. Rahalised arveldused jm keerukad toimingud					
A 26. Väljas liikumine (jalgsi, ühistranspordiga, ilma spetsiaaltranspordi kasutamata)					
A 27. Kontakti pidamine teiste isikutega (helistamine, kirjutamine jms)					

**A 28. Kuidas Te kirjeldate hooldust tavalisel nädalal (pole haigust, pole vaja lahendada mõnda kiiret olulist probleemi, pole oodata võõra inimese külaskäiku vms). Kui sageli on sellisel päeval vaja hooldaja abi:**

1. Korduvalt päeva jooksul
2. Kord päeva jooksul
3. Üle päeva
4. Mitu korda nädalas
5. Kord nädalas
6. Muu .....

**A 29. Hooldaja staatus**

1. Töötav (nii palgatööline kui ettevõtja)
2. Vanaduspensionär (tööealine)
3. Töövõimetus pensionär (tööealine)
4. Kodune (vanemapuhkus, väikelapse hooldaja vms)
5. Töötu
6. Seotud muu tegevusega, millisega (õpilane/üliõpilane, vabakutseline vm) .....

**A 30. Kuidas hooldatav elab?**

1. Elab üksi, hooldaja mujal
2. Elab koos teiste pereliikmetega, hooldaja mujal
3. Elab kahekesi koos hooldajaga
4. Elab koos hooldaja ja teiste pereliikmetega (sugulastega)
5. Muu variant.....

**A 31-34. Kas on keegi peale ametliku hooldaja, kellega Te regulaarselt suhtlete, keegi kes lisaks hooldajale aitab Teie elu korraldada, keegi kes abistab rahaliselt, keegi, kes on usaldusväärne ja annab nõu keeruliste elujuhtumite korral?**

Abi liik	Iga päev	Iga nädal	Iga kuu	Kord paar aastas (vastavalt vajadusele)
<b>A 31. Suhtlemine</b>				
<b>A 32. Nõuanne, õpetus</b>				
<b>A 33. Abi hooldusel</b>				
<b>A 34. Rahaline toetus</b>				

**A 35. Kas hooldaja saab peale linna poolt makstava hooldajatoetuse ka Teie käest mingit lisatasu, mingit hüve (näiteks tasuta korter vms)? (Selgitada, et see pole keelatud tegu!)**

1. Ei
2. Jah, tegelikult saab ta minult lisa ( kui on nõus vastama, siis mis vormis?).....

**A 37. Kuidas Te hindate enda/oma leibkonna majanduslikku seisu?**

1. Saame rahuldavalt hakkama, nagu keskmine perekond
2. Vahel peame laenama või lükkame arvete maksmise edasi, aga kuidagimoodi tuleme toime
3. Majanduslik seis on üsna keeruline
4. Ei tea, ei oska öelda.....

**A 38. Kuidas Te kirjeldate seda, kuidas Teie hooldus algas. Kas Teil oli enne ametliku hooldaja saamist periood, kui Te tundsite, et ei saa enam ise hakkama, aga Te ei julgenud abi paluda, Te ei leidnud inimest, kes saaks/oskaks abistada vms?**

1. Jah, oli selline periood
2. Ei, sain abi enam-vähem kohe kui selleks vajadus tekkis
3. Muu variant

**A 41. Kas Te olete hoolduse ajal vajanud/saanud arstiabi (perearst, eriarst, haiglaravi, ....). Kui „Jah“, siis kas ravi saamine, polikliinikusse/haiglasse jõudmine oli lihtne või keeruline, aeganõudev või küllalt kiire, mõistlike kuludega või kulukas?**

.....

**A 42. Kas Te olete hoolduse ajal pidama mingeid toiminguid ametiasutustes (pensionamet, passiamet, linnavalitsus vms). Kui „Jah“ siis kas vajalike toimingute tegemine oli lihtne või keeruline, mõistlike kuludega või kulukas?**

.....

**A 43. Kas Teil on pikemaid kokkuleppeid mõne teise inimesega kodus konkreetse abi saamise osas (juukselõikamine, massaaž, süstimine vms) Kui „Jah“, siis mis abi see on ? .....****A 44. Kuidas Te kokkuvõtvalt hindaksite oma hooldajat?**

1. Ta saab väga hästi hakkama
2. Ma olen üldjoontes hooldusega rahul
3. Mõnikord oleks tal (hooldajal) vaja abi, et oma ülesannetega paremini toime tulla
4. Muu hinnang: .....

**A 45. Kas Te olete oma elamistingimustega rahul või Te saaks iseseisvalt paremini hakkama teistsuguses eluruumis (mugavustega eluruum, madalam korrus, liftiga maja vms)?**

1. Olen elamistingimustega rahul
2. Jah, kindlasti saaksin teistes tingimustes paremini hakkama aga ma ei soovi kodunt lahkuda
3. Jah, teistsugune eluruum oleks parem, aga mul ei ole nende muutmiseks võimalust
4. Ei oska öelda

**A 46-58. Kas mõned neist teenustest, mida osutab Tartu linn, võiks parandada Teie toimetulekut ja kergendada Teie hooldaja tööd?**

	See on tehtud/on olemas	Sellest oleks mõnevõrra abi	Ei, see ei lahendaks midagi/ei sobi mulle vms
<b>A 46. Hooldajale õpetatakse õigeid hooldusvõtteid</b>			
<b>A 47. Saaks nõu tehniliste abivahendite/hooldusvahendite soetamise/kasutamise osas</b>			
<b>A 48. Saaks abi eluruumi kohandamiseks vastavalt puudega inimese vajadustele</b>			
<b>A 49. Saaks väljas käimiseks kasutada sotsiaaltransporti koos saatjaga</b>			
<b>A 50. Soe toit tuuakse Teile koju</b>			
<b>A 51. Mõned korra nädalas aitab koduhooldaja Teie majapidamist korrastada (toob toidu, koristab, jms)</b>			
<b>A 52. Te olete osa päevast päevakeskuses</b>			
<b>A 53. Kord kuus tuleb koduhooldustöötaja kohale ja annab Teie hooldajale vaba päeva/päevad</b>			
<b>A 54. Hooldatav saab olla nädala/paar hooldekodus ja hooldaja puhkab</b>			
<b>A 55. Hooldajatoetus on suurem kui täna</b>			
<b>A 56. Midagi muud (k.a. hooldekodu, kui ütleb)</b>			

**A 57-60. Kas on asju, mille peale Te tihti mõtlete ja mis teevad Teid pisut murelikuks?**

	Jah, sageli	Mõnikord	Ei, üldiselt mitte	Ei oska öelda
<b>A 57. Kas Te mõtlete tihti oma tervise peale? Teeb see Teid murelikuks, teeb Teid murelikuks?</b>				
<b>A 58. Kas Te mõtlete tihti iseenda/oma pere majandusliku olukorra peale. Kas see teeb Teid murelikuks, teeb Teid murelikuks, teeb Teid murelikuks?</b>				
<b>A 59. Kas Te mõtlete tihti oma hooldaja peale. Kas see, et hooldaja võib väsida, haigeks jääda ja Te peate leidma uue abilise, teeb Teid murelikuks?</b>				
<b>A 60. Kas Te tunnete ennast oma kodus turvaliselt. Kas see, et võib-olla Te peate minema haiglasse või hooldekodusse, teeb Teid murelikuks?</b>				



**A 61-63. Kas Te olete nõus järgmiste väidetega. Vastake „Jah“ või „Ei“**

	<b>Jah</b>	<b>Ei</b>	<b>Ei oska öelda</b>
<b>A 61. Kõik inimesed peaksid saama nii kaua kui see vähegi võimalik on elada oma kodus</b>			
<b>A 62. Riik peab kõiki ausaid peab kõiki abivajajaid ühtemoodi toetama, üksipuha kas neid hooldab pereliige, koduhooldaja või on nad hooldekodus</b>			
<b>A 63. Juhul kui kitsaste olude või raske haiguse tõttu ei ole võimalik perekonnaliiget kodus hooldada, peab riik/omavalitsus aitama tal leida kohta haiglas või hooldekodus</b>			

**Täname Teid koostöö eest!**

### Lisa 3 Grupiinterjuu/spetsialisti intervjuu kava

1. Milline on Teil on isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?
2. Kui kaua Te olete erialaselt (igapäevatöö kaudu) kokku puutunud omastehooldusega (hooldatavate ja hooldajate probleemidega, hooldajatoetuse määramisega, hooldatavatele muude sotsiaalteenuste korraldamisega)?
3. Milline on Teie seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi.
4. Sama küsimus kahe grupi kodus hooldamise kohta, kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?
5. Kas Teil on andmeid selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega (olmeliste küsimuste korraldamine, avariid vms, teenuste korraldamine, näiteks meditsiiniline transport kui hooldatava transpordiks on vaja raami vms)?
6. Millise hinnangu annate hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist (eluruumi kohandamine, tehniliste abivahendite muretsemine, hooldusvahendite muretsemine). Juhul kui olukord pole ülearu hea siis püüdke hinnata, mis on tegematajätmistel korral selle põhjused (infopuudus, korralduslikud raskused, rahapuudus, soovimatus vms). Juhul, kui selle kohta pole infot, siis miks hindamisel/kordushindamisel seda teemat ei käsitleta?
7. Mitteformaalse hoolduse kohta on levinud teatud stereotüüpsed arvamused (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Mil määral on Teie kogemuse põhjal sellised arvamused õigustatud, mil määral pigem tegelikkust moonutavad?
8. Üks omastehooldaja kohta levinud arvamus on seotud nn ärakasutamise juhtumitega. Palun hinnake kui põhjendatud need arvamused on. Esiteks arvamus, et hooldaja kasutab hooldatavat ära (käsutab tema pensioni). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla märkimisväärsel arvul? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv? Teiseks, arvamus et hooldaja kasutab ära süsteemi (saab hooldajaks vormistamise kaudu ravi- ja pensionikindlustuse). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla suhteliselt palju? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv?
9. Kohustus perekonnaliiget hooldada saabub tihti ootamatult. Kas teie hinnangul on need juhtumid, kui hooldus algab suure hilinemisega, oskamatult vm moel probleemset, sagedased või harvad?
10. Kas Teie kogemuse kohaselt on keskmise pikkusega hoolduse korral hooldaja vahetus erandlik või tavapärane (sage) sündmus? Juhul kui hooldaja vahetub, kas Teie hinnangul on uus hooldaja esimese valikuga võrreldes ühel või teisel moel hooldamiseks paremini ette valmistatud (on olemas kogemus, haridus (töötukassa koolitus) vms omadus või oskus mille põhjal pidada teda eelnevast hooldajast paremaks)?
11. Hinnake palun, kas sisulises mõttes hoolduse jagamine (hooldajaid on mitu, näiteks üks lastest argipäeviti, teine puhkepäevadel, üks vastutab ühete ja teine teiste tegevuste eest vm variant) on omastehoolduse puhul sage või erandlik variant?
12. Kas Teil on kujunenud arvamus/tunnetus, kui pikalt kestab keskmine omastehoolduse leping? Kui võtame nüüd selle keskmise aluseks, siis kui palju kontakte on selle aja jooksul hooldajaga/hooldatavaga hoolekandeteenistuse spetsialistidel. Millist laadi (mis probleemide pinnal) need kontaktid kõige sagedamini on?
13. Uuringud (EAKAS) näitavad, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) on kõige rohkem kaebusi tervise kohta (näiteks valu tundmine, stressi tundmise) omastehooldusel inimeste poolt. Kas see

- tulemus on õige ja ootuspärane ja kas Te oskate teda kommenteerite/seletate? Kas Teil on kogemusi, millised omastehoolduse kliendid kaebavad eelkõige stressi üle (kas nooremad või vanemad, kas hooldajaga koos või eraldi elavad, kas liikumisvõimelised või –võimetud jne?)
14. Kas Te saate võrrelda omavahel professionaalse (KOV korraldatud) koduhooldusteenuse ja omastehoolduse kliente. Kui paljud viimastest vajaksid (juhul kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast Tartus kehtivate reeglite (hooldusvajaduse hindamine) järgi koduhooldust?. Sama küsimus 24 tunnise hoolduse ja omastehoolduse kohta. Kui paljud viimastest vajaksid (juhul kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast hooldekodu kohta?
  16. Formaalse hoolduse korraldamisel on tavapärane teenuste kombineerimine. Millised on kõige sagedasemad kombinatsioonid, kus lisaks omastehooldusele pakutakse formaalse (omavalitsus-hoolduse) teenuseid?
  17. Juhul kui eelnev kombinatsioon (omastehooldus koos omavalitsushoolekandega) pole levinud, siis kas Teie omavalitsuse elanikel on piisaval võimalusi korraldada omaste hooldamist erahoolekande vormis. Kui Te ei riski anda konkreetset hinnangut eelmisele variandile, siis kas Te saate hinnata MTÜde, sihtasutuste, OÜde võimekust pakkuda teenuseid tänasest suuremas mahus ja klientide võimekust tasuta optimaalses mahus tundide eest?.
  18. Esitame eelneva küsimuse teistsuguses vormis. SM uuringu järgi on koduste formaalsete teenuste vajadus 4 korda suurem olemasolevast teenuse mahust. Milline on Teie hinnangul Teie KOV võimekus suurendada koduste teenuste mahtu ja vabastada sel moel omastehooldajaid tööturule minekuks?
  18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehooldajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehooldus, omastehoolduse kabinet Viljandis jms) ja tartlastest omastehooldajate võimalusi saada selle kaudu vajalikku tuge (hooldamise alane ja juriidiline nõustamine, koolitus jne)
  19. Tartu linnas läbi viidud projektid on andnud praktilise kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehooldajad tuua tagasi tööturule? Kirjeldame kokkuvõtvalt neid praktikas kinnitust leidnud meetodeid. Kas neid meetodeid ollakse võimelised rakendama igapäevase sotsiaaltöö kontekstis?
  20. Millisel viisil on kohalikul omavalitsusel Teie arvates võimalik toetada omastehooldajate toimetulekut? Eelnevalt viidatud SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (intervall) hoolduse või õendushoolduse teenust). Kas Teie kogemus kinnitab sellise lisaabi vajaduse olemasolu.
  21. Kas KOV-l on võimalik parandada-arendada olemasolevat teenuste korraldust, saada mastaabi-efekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine, nn toit ratastel, pesupesemine vms)?
  22. Hinnates tööeas isikute hooldajana tegutsemise kogukulusid, tuuakse tavaliselt välja kolm aspekti. Esiteks hooldusega seotud pikemaajalised majanduslikud kaod (vähenevad hooldaja sissetulekud pensionifondi vms); teiseks jooksvate kulutuste piiramise vajadus, mis muuhulgas seab piirangud ka hoolduse kvaliteedile ja kolmandaks hooldusega seotud ajakulu, mis kärbib hooldaja võimalusi olla tööturule minekuks konkurentsivõimeline (osa võtta koolitustest vms). Kas Teie hinnangul on mõnes nimetatud valdkonnas võimalik hoolduse negatiivseid mõjusid võimalik leevendada KOV sekkumise kaudu, või on kõigil juhtudel tegemist võimalike riikliku poliitikaga sammudega?
  23. Kas Teie hinnangul on vajalik astuda mingeid juriidilis-majanduslike samme, mis aitaksid kaasa omastehooldajate tööturule minekule? Millised need Teie hinnangul peaksid olema (näiteks muudatused Perekonnaseaduses, Sotsiaalmaksuseaduses vms)

## Lisa 4. Ekspertintervjuude ümberkirjutused

Intervjuu nr 1. 06.03.2018 kell 14.00-15.30

1. Milline on Teil on isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?  
Jah isiklik kogemus on olemas (3 intervjuerit 7st)  
Intervjuerija: Mis muljed, järeldused, emotsioonid sellest perioodist on?  
S1. Kui see on oma lähedane inimene, siis see on loomulik asi, loomulik kohustus. Mingis mõttes on see meie kultuuritraditsiooni osa, et pereliiget tuleb pere sees abistada.  
S2. Meie jagasime need ülesanded pere sees ära, seetõttu võib-olla oli mul kergem kui mõnel teisel hooldajal. Aga iseenesest see, et me seda tööd teeme, see oli normaalne. Loomulikult oli see väsitav. Vahel tuli une arvelt  
S3 Minu oli ka hooldus jagatud ja seetõttu ma ei saa tagantjärele öelda, et see oli hirmus pingutus vms  
S2 Jah, ma ütleks küll, et me käitusime õigesti, et nii oli hästi  
S3 Meie eelis oli see, et vanaema oli kuni n.ö. lõpuni terve mõistusega. Alati ju nii ei ole ja paljudel on hooldus palju raskem, kui oli meil. Olukord on ju hoopis teine, kui on tegemist dementsega. Siis kasvõi turvalisuse tagamine võib olla väga keeruline või võimatu  
S2. Ma olen sellega täitsa nõus. Adekvaatset inimest hooldada on hoopis midagi muud kui dementset  
Intervjuerija: Kuidas te tunnete? Kas see oli hästi, et nii juhtus, nii tegite või kuidas
2. Kui kaua Te olete erialaselt (igapäevatöö kaudu) kokku puutunud omastehooldusega (hooldatavate ja hooldajate probleemidega, hooldajatoetuse määramisega, hooldatavatele muude sotsiaalteenuste korraldamisega)?  
S4 on kõige lühema staažiga, juunis saab aasta hoolduse määramist. Enne seda tegeles multi-probleemsete isikute kompleksteenusele suunamisega.  
S5 ja S6 on sotsiaaltööl 10 ja 11 aastat
3. Milline on Teie seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi?  
S7 Kui võtame pereliikmed, siis See kohustus tuleneb ju perekonnaseadusest. Me peame küsima, miks seadusandja on ühtesid kohustanud tööd tegema, teisi, keda pole kohustatud ta käsitleb perekonnaliikmetega sarnaselt toetuse maksmise läbi?  
S5. Hooldajatoetus sõltub hooldusvajadusest. Suurem hoolduskoormus suurem toetus.  
S6 Tegelikult on ju ikka see, et kui hoolduskoormus läheb suureks, siis need naabrid, sõbrad jt kaugemad isikud lõpetavad hoolduse ära. Empiirilisel peaks pilt olema selline, et n.ö. kaugemad abistajad saavad keskmisena väiksemat ja lähemad, sugulased suuremat toetust. Aga see kõik on kinni hoolduse raskusastmes.
4. Sama küsimus kahe grupi kodus hooldamise kohta, kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?  
S4 Minul selline juhtum puudub, et võõras hooldab maksimumhooldusvajadusega isikut. On need, kes käivad poes, koristavad, s.t. minimaalne hooldusvajadus. Need on juhtumid, mida saaks lahendada koduhooldusega  
S2 Siin on tihti mängus ka muud hüved.  
Intervjuerija: Millised nimelt?

- S2 Tihti inimene ise maksab talle juurde. Või kui pole omakseid, siis on mingid tulevikku suunatud tehtud kokkuleppeid vms.
- S4 Mõnikord võetakse hooldaja elama enda juurde
- S7 Jah, elab sealsamas kõrvaltoas
- S5 Ega raha mängib ikkagi oma osa ja seda eriti juhul kui hooldatakse võõrast. Kui me ütleme, et hoolduse eest makstakse 23Eurot siis küsitakse, kas see on päevatasu+ Niipalju teenib ju juhu-töeline ehitusel või taluniku juures,. Võõrast inimest hooldades hooldajatoetus ei ole stiimul ja et selliseid inimesi on siis need stiimulid on kusagil mujal. Neid kasutatakse ka siis, kui meie makstavat toetust ei oleks.
- S4 Nojah, aga probleem on ju selles, et hooldajaks olemisega hiilitakse kõrvale tööl käimisest. Kui tasu oleks suurem, siis selliseid kõrvalehiilijaid oleks veel rohkem. Töötukassa saadab nad meie juurde, et minge vormistage ennast hooldajaks. Nii on.
- S1. Kui hooldajal on mõni aasta pensionini, kui ta peab hooldamise pärast koju jääma. Isegi kui hooldus lõpeb kiiresti, aasta või kahega, ega siis ta enam tööle ei saa. Sel juhul peaks talle tegelikult maksma tasu ja ka sotsiaalmaksu mitte miinimumi vaid hoopis kõrgema rahasumma pealt. Isegi kui oleks õigustatud ja võimalik hooldekodu, aga kui meil on traditsioon. Kas siis ei oleks mõistlikum valida hooldekodu asemel perekonnas hooldamine ja töökäimise kõrvalt hooldus n.ö. täiskohaga ja palgaga hooldus. See peaks olema väga kaalutletud otsus, kõiki detaile me vast praegu kokku ei lepi, aga võimalus peaks olema.
5. Kas Teil on andmeid selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega (olmeliste küsimuste korraldamine, avariid vms, teenuste korraldamine, näiteks transport kui on hooldatava transpordiks vaja raami vms).
- S2 See on hästi mitmetahuline küsimus. Tihti on situatsioon selline, et hooldaja tuleb töölt ära, tal on minimaalsissetulek, toimetulekutoetus. Tal on veel kedagi hooldada, laps või lapsed. Tal on kaks kätt, mida ta kasutab ja muuks tal raha, aega, jõudu jne ei ole.
- S 4 See on poliitika valikute küsimus, aga hooldajal peaks toetuse raames olema mingi valikuvabadus. Et kas ta „ostab endale puhkepäeva“, s.t. tellib asendushoolduse, või siis leib n.ö. tasuta asendaja aga maksab kinni nädalavahetuse SPA-s vms. Ta ei peaks käima ja küsima omavalitsuselt asendajat, see on paindumatu ja bürokraatlik, ta peaks saama vabalt tegutseda siis kui tunneb et nüüd on piir. Käes.
- S4 Tegelikult kui hooldatav on voodihaige, siis see hooldajatoetus kulub abivahenditele vms. Puudetoetusest kui see on, neid ju kinni ei maksa.
- S3, S5, S/ Eks seda infot jõuab meieni küll, et hooldusega on probleeme. Kolmandatelt isikutelt, haiglatest kuuleme jne. Hooldajad andes allkirja lepingule justkui ei mõtle, et leping tuleb täita. See on üsna tavaline reaktsioon, et kas te tõesti arvate, et ma 20 EUR pärast hakkam iga päev teda vaatamas käima. See summa ei kata ju bensiiniraha!?
- Intervjueeriija: Aga miks siis seda lepingut ei loeta? Või miks hooldatav on hoopis teiste tingimustega nõus.
- S1 Noh, tegelikud kokkulepped võivad olla hoopis teised kui lepingus. Ongi kokku lepitud, et käiakse kord kuus vaatamas. Ja osa rahast läheb hoopis hooldatava kätte.
- S3 Jah, nii juhtub küll. Eks juhtub ka nii, et hooldaja ei tea kus hooldatav elab. Selles valdkonnas peab olema üllatustele valmis.
6. Millise hinnangu annate hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist (eluruumi kohandamine, tehniliste abivahendite muretsemine, hooldusvahendite muretsemine). Võimalusel hinnake, mis on probleemide tekkimise korral selle põhjused (info-puudus, korralduslikud raskused, rahapuudus, soovimatus vms)
- S4 Kui hooldatav tunneb et lepingut ei täideta ja ta tahaks olukorda muuta, siis tuleb tema mõte viia sinna: mis oleks, kui teha avaldus hoolduse lõpetamiseks. See on lihtsaim variant asjade muutmiseks, selle asemel et hakata tõestama, et hooldaja ei tee oma tööd vms. Meie ise hooldust

lõpetada ei saa, seetõttu meie allkiri kuigi see näiliselt on lepingul, pole sama jõuga, kui hooldatava ja hooldaja oma.

7. Mitteformaalse hoolduse kohta on levinud teatud stereotüüpsed arvamused (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Mil määral on sellised arvamused õigustatud, mil määral pigem tegelikkust moonutavad?
- S6 Minu kogemus on küll selline, et kui hooldaja on endale selle kohustuse võtnud, siis teeb ta ka muis asju. Tegeleb arstiga, arstitõendiga, korteri kohandamisega vms. Paljud on ikka väga tublid.
- S3. Minul on päris palju venelastest hooldajaid. Ja nende seas on abistamine väga levinud, pole vahet kas see abistaja on keskealine tütar või noorukist lapselaps. Igaüks abistab. Eestlasest abistaja profiil on selgem, see on keskealine tütar kes seda rolli täidab
- S1 Minu piirkond on küll sinu omast mõneti erinev, aga mul on samuti keskealine naine see tüüpiline ja tublim hooldaja. Tegelikult on palju neid, kes ajavad asju, kui on mingi muutus abivahendites siis helistavad ja täpsustavad, et mis muutus ja mis on endine. Need kes ei tegele asjadega tõsiselt, need jäävad lihtsalt peitu.
- S7 Tegelikult ongi ju nii, et kui on mingi muutus, siis jäävad üle nurga laskjad vahele. On vaja hooldatavat informeerida, ta ei võta telefoni. Siis helistad hooldajale. Ja tema ei tea midagi, kas on uneaeg või on liimit läbi, number vahetatud vms. Ta ei ole kohtaktis.
- Intervjueeriija: Kui aktiivsed on need paarid hooldatav-hooldaja rahaabi küsima?
- S4 Kui nad juba meie juures on, me tegeleme hoolduse vormistamisega, siis me informeerime neid nende õigustest. Toetusele on kõigil ju ühte moodi õigus, ravimitoetuse küsimisel see ei loe, kas sul on siis veel ka koduhooldus või hooldaja. Argumendiks kas sul on piisavalt raha või mitte. Ega me ju seda ei tea, et kui paljudel on mingi vajadus ja sellest tulenev õigus ja nad seda õigust kasutavad. Aga nad helistavad, me nõustame...
- S3 Me jätame ju neile enda kontaktid, et kui on probleem, siis helistage, ....Noh kui hinnata, siis kõige sagedamini nad helistavad hooldusvahendite ja abivahenditega seoses.
- S1 Võib öelda, et neil on kodus omad hooldussüsteemid loodud. Nii nagu noortel emadel on imiku hooldamise jaoks! Pole ju vahet. Selliste juhtude kohta võib päris kindlalt öelda, et toetus pole see mis neid motiveerib.
- S7 Omastehooldus on emotsionaalselt hästi raske. Eriti kui on n.ö. maksimumhooldus. Üks asi on puhkus. Psühholoogilina abi on kindlasti vajalik. Võimalus ennast tühjaks rääkida. Siis spetsialisti poolt selle hoolduse kulu kirjeldus,. Seda ei saa sotsiaaltöötaja teha, seda peab tegema meedik, kes tunneb haiguse kulgu, tunneb patsiendi käitumist ja seetõttu aitab hooldajal eesootavateks arenguteks ette valmistada.
- S2 Tihti on vaja professionaalse hooldaja poolt mingi tegevus ette näidata ja koos läbi teha. Dementne abikaasa. Kõige muuga saame hakkama, hambaid ei saa pestud. Ei olegi mõtet sõnaliselt õpetada, peab olema võimalus ette näidata.
8. Üks omastehooldaja kohta levinud arvamus on n.ö. omakasu taotlemine. Esiteks arvamus, et hooldajale on oluline hooldatava pension. Teiseks, arvamus et hooldaja kasutab ära süsteemi (saab hooldajaks vormistamise kaudu ravi- ja pensionikindlustuse). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla suhteliselt palju? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv?
- S1 Kui hooldust vormistatakse, siis küsitakse jah, et kas see leping annab õiguse pensioni käsutamiseks jms. Seda õigus hooldusleping ei anna, see on eraldi notariaalne leping.
- S2 Ma arvan, et sellist asja küsitakse ikka pigem elukorralduse lihtsustamiseks, kui hooldatav on koduseinte vahel, siis kuidas tema nimel asju ajada. See, et perekonnaliige kasutab abivajaja pangakaarti vms, see võib olla nii hoolduse korral kui ka siis kui seda ei ole. See on perekonnaliikmete vaheline küsimus, mitte KOV kui hoolduse korraldaja küsimus.

- S7 Üht teist võib ilmsiks tulla siis, kui hooldus ei toimi ja tuleb mingi signaal. Siis võib see välja tulla, et raha läheb n.ö. kõrvale. Ega selline asi ei pruugi ka kordushindamisel ilmned, osapooled on n.ö. ametiisiku ees vait ja kui see elamine oli juba hoolduse hetkel natuke räämas ja pilt halvemaks pole läinud, siis ega midagi ebatavalist ei saa kahtlustada.
- S5 Eakad on üldiselt väga tagasihoidlikult. Kaks korda nädalas tuuakse toitu, natuke koristatakse. Ega puhtusele üleliia tähelepanu ei pööra. Aga hooldus toimib ja pole ju mõistlik kedagi hakata monitoorima vms. Pigem vahel juhtub, et hooldatav muutub n.ö. nõudlikuks ja hooldaja on ära unustanud mis tal lepingus on, tuleb n.ö. kaebama. Et mis toimub.
- S2 Mul on viimase 2 nädala jooksul olnud kolm juhtumit, üks tuli politsei, teine lastekaitse kaudu. Et on hooldajad, isegi sotsiaalmaksuga, aga pool aastat pole neid nähtud. Võib-olla see on minu piirkonna eripära, aga mulle tundub, et seda pseudohooldust on päris palju. Aidatakse lapselapsi sotsiaalmaksuga, keegi käib mustalt tööl. Oli see Norra juhtum, mina ise käisin hindamas. Väga suur hoolduskoormus oli. Siis käis lastekaitse ja ema rääkis ausalt ära, et isa on meil kogu aeg Norras.....
- S3 Ma olen kuulnud juhtumist, kus vanaema algatuselt vormistati lapselaps hooldajaks ja siis vanaema ajas lapselast taga, et saaks konto numbrid, kuhu toetus kanda jne. Ja venekeelsete meeste hulgas on see päris sagedane, et vormistatakse ka sotsiaalkindlustus. Inimene on osajaga vms tööl, lihtsalt on raske teistmoodi hakkama saada, kui ei otsi mingeid toimetuleku alternatiive. Või näiteks need kes on elektroonilise valve all. Nad ei saagi tööle minna, nad peavad kodus ema juures istuma, hooldus on neile puhas kingitus.
- S1 Noh, on igasugu juhtumeid. Näiteks hooldaja saab ise raske puude, teda ei saa enam vormistada. Tegelikult ta teeb mis vaja, mõni noorem sugulane vm vormistatakse. Võib-olla ta ka tegelikult aitab millegagi, transport või midagi taolist.
- S5 Need asjad ei ole omavahel kuidagi seotud, sotsiaalmaksu maksmine ja hooldus kui selline. See hooldus võib olla parem kui mõni muu, lihtsalt keegi kolmas, mõni tööandja, saab sellest kasu, kui meie koos hooldusega vormistame ka sotsiaalkindlustuse.
9. Kohustus perekonnaliiget hooldada saabub tihti ootamatult. Kas teie hinnangul on need juhtumid, kui hooldus algab suure hiline misega, oskamatult vm moel probleemset, sagedased või harvad?
- S1 See on üsna tavaline, et inimene saab mingi aja üsna halvasti eluga hakkama, kuni naaber või keegi muu annab mõrku kas temale või sotsiaaltöötajale ja need kaks saavad n.ö. kokku. See võib olla 2-3-4 juhtumit kümnest on sellised
- S4 Meditsiini kaudu käib see kuidagi kiiresti. Kui inimesele määratakse raske puue, siis kuidagi kiiresti jõutakse hoolduseni. SKAst keegi soovitab või oli haiglas, haigla sotsiaaltöötaja informeeris. Kontaktid meditsiiniga on inimestel ju tihedamad kui hoolekandega. Mõnikord muidugi on nii, et otsitakse mingit sotsiaali infot, sotsiaaltransport vm ja siis avastatakse see hooldajatoetus.
- S3 Minu kogemuse järgi on kaks varianti. Ühed on need, kes kohe jooksevad osakonda. See on sageli ema ja poja variant, poeg ütleb, et kuule ma enam ei saa sinu juures käia ja siis ema mõtleb mis teha. Siis see hooldajatoetus on bensiiniraha, mille arvel käia ja tuua. Teised on need, kes on juba aastaid hooldanud, ei ole kas midagi kuulnud toetusrahast või võib-olla pole ka tahtnud seda võtta. Kui peres pole rahaprobleeme, siis see paber ei anna midagi juurde, ei tee hooldust paremaks
- Intervjueerija: Venekeelsete inimeste infokanalid on tihti teised. Kuidas nemad oma asju ajavad?
- S1 Tavaliselt kas naaber ütleb, et ma tean. Või kuulatakse, et sel või tol on abistaja, miks sina ennast ei vormista?
- S3 Vahel on ikka ka selliseid ütlemisi, et arsti käest oleks pidanud varem infot saama. Perearst tegelikult teadis kümme aastat, et mu abikaasa on voodis, miks ta varem ei öelnud, et ma võin olla hooldaja.

10. Kas Teie kogemuse kohaselt on keskmise pikkusega hoolduse korral hooldaja vahetus erandlik või tavapärane (sage) sündmus? Juhul kui hooldaja vahetub, kas Teie hinnangul on uus hooldaja esimese valikuga võrreldes ühel või teisel moel hooldamiseks paremini ette valmistatud (on olemas kogemus, haridus (töötukassa koolitus) vms omadus või oskus mille põhjal pidada teda reaktsioon: kui paljud teatavad, et nad saavad niigi hakkama, kui paljud võtavad pakkumise vastu, kui paljud teatavad, et nad ei saa erinevatel põhjustel pakkumist vastu võtta?
- S4 Seda juhtub päris sageli. Ma pakun välja et kolmel juhul kümnest
- S1 Meil küll nii palju ei ole
- Intevjueerija: Üks hooldaja vahetuse põhjus on et koormus läheb suureks ja tuleb uus inimene leida. Teine asi, millest me rääkisime, on see et hooldatav muutub nõudlikuks Aga mis veel?
- S2 Elukoha vahetus, suhtlemisprobleemid, n.ö ei klapi enam Aga osa hooldusi on kestnud juba nii kaua, et hooldajad ise on muutunud hooldust vajavateks.
11. Hinnake palun, kas sisulises mõttes hoolduse jagamine (hooldajaid on mitu, näiteks üks lastest argipäeviti, teine puhkepäeval, üks vastutab ühete ja teine teiste tegevuste eest vm variant) on sage või erandlik variant?
- S7 See sõltub sellest n.ö. tagalast. Üksikutel inimestel keegi teise või kolmanda ringi sugulane tuleb harva appi. Aga kui on perekond, siis on see hooldus ikka kamba peale. Meil on instrumendis küsimus, et kui te haigeks jääte siis kes asendab ja väga harva on nii et sinna pole kedagi panna.
- S3 Kui on tegu selle n.ö. pseudohooldusega siis see küsimus tekitab ebakindlust ja vastus on, et pole probleeme, ma saan kõigega hakkama.
- S2 Seda mõjutavad ka n.ö. piirkondlikud erinevused. Annelinnas on palju naabritest hooldajaid, kui siis seal trepikojas on mitmed vanaprouad omal ajal suhelnud, siis nad nüüd on ka ühiselt hooldajad.
12. Kui võtame aluseks keskmise pikkusega hoolduse, siis kui palju kontakte on selle aja jooksul hooldajaga/hooldatavaga hoolekandeteenistuse spetsialistidel. Millist laadi (mis probleemide pinnal) need kontaktid kõige sagedamini on?
- S1 See skeem on erinev. Me püüame vähemalt iga 3-5 aasta tagant hoolduse üle vaadata. Aga erinevad jooksvad sündmused, näiteks puude raskusastme muutus vms on need, mis nõuavad olukorra ümberhindamist.
- S2. Meie paneme esmase hindamise järel üsna varsti, näiteks aasta järel, teha kordushindamist.
- S6 Kui on tulnud haiglast on teada, et on progresseeruv haigus, siis paneme kordushindamise varem. Need otsused on juhtumipõhised, meil pole jäika skeemi.
13. Uuringud näitavad, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) on kõige rohkem kaebusi nii füüsilise (näiteks valu tundmine) kui vaimse (stress) kohta omastehooldusel inimeste poolt. Kuidas Te sellist tulemust kommenteerite/seletate?
14. Kas Te saate võrrelda omavahel professionaalse (KOV korraldatud) hooldusteenuse ja omastehoolduse kliente. Kui paljud viimastest saaksid (juhul kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast KOV-s kehtivate reeglite (hooldusvajaduse hindamine) järgi koduhooldusteenust?. Sama küsimus 24 tunnise hoolduse kohta. Kui paljud saaksid (juhul kui ei i oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast hooldekodu kohta?
- S.2. See on üsna suvaline jaotus, aga 1/3 ei saaks professionaalset abi, 1/3 saaks koduhooldust ja 1/3 institutsionaalset. Aga kui me võtame perekonnatausta arvesse, siis see protsent läheks üsna väikeseks. Alles jääks ikka need, keda naabrid hooldavad, neil on võib-olla õigus linna abile.
15. SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (lisateenuseid tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (inter-



- vall) hoolduse või õendushoolduse teenuse pakkuja poolt). Kas Teie kogemus kinnitab sellise lisaabi vajadust? Kui jah, siis mis on kõige lihtsam viis, kuidas omastehooldajaid abistada ja lahendus mida saaks kiiresti kasutusele võtta?
- S4 Tegelikult on need mis on loetletud toetavad teenused. Need ei tähenda iseenesest seda, et hooldatav ei saa abi. See on küsimus sellest kui hea või millise mahuga abi on. Kas suurem või väiksem. See tõlgitsus võib olla ka selline, et kolmandik saab vähem abi kui on õige ja hea.
16. Fakt on see, et avalik sektor ei paku kõigile ja kõikjal piisavalt professionaalseid hooldusteenuid. Omastehooldajate peamine võimalus oma tööd kergendada/paremat teenust pakkuda on erahoolekande kaudu (Tartus OÜ Hooldaja ja Koduhooldus, teiste KOVde teenusepakkujaid ei tea). Milline on Teie hinnangul osaihingute võimekus (silmas pidades kasvõi tööturu pingelist seisu sotsiaalhoolduse vaatenurgast) oma teenuse mahtu suurendada ja klientide võimekus tasuda optimaalse hoolduse mahu eest turuhinda?
- S1. Eespool oli juttu dementsetest. Neil on oma tugigrupp ja selle mõte ja kasu tulebki grupi sisesest nõustamisest, kogemuste vahetusest.
- S2 Mul on kokkupuude paar aastat tagasi, üks kitsas grupp, neid ei ole palju, vanemad kes hooldasid oma psüühikahäirega lapsi. Ma tegin neile koolituse. Nad jätsid mulje, et nad on n.ö. sissepoole elav seltskond.
- S1 Dementsete hooldajate grupi puhul jäi mulje, et ega neil jõudu pole n.ö. avaliku huvi nimel tegutseda. Koormus on endal nii suur. Kui kellegi hooldatav sureb, võib-olla siis tekib ressurs, tühimik mida saab täita teiste heaks tegutsemisega.
- S6 On olnud vabatahtlikke, üks grupp tahtis näiteks koduseinte vahel olevaid vanureid korra nädalas jalutama viia. Et nad poleks vangis koduseinte vahel oleksid kas julgestajad või abistajad. Me viisime nad omavahel kokku aga meie ei tule kahe osapoole vahele, see pole teenus, mida meie korraldame.
17. Kas KOV-1 on võimalik parandada-arendada olemasolevat formaalset teenuste korraldust, saada mastaabiefekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine nn toit ratastel, pesupesemine vms)?
- S6 Päril palju on neid, kes ütlevad et ma ei soovi võõrast inimest enda koju. Et ma pigem ootan, millal mu tädi või onupoeg saab tulla, aga ta on oma, ma usaldan teda. Võõrast ma ei taha.
- S3 Me siis kui me hindame hooldusvajadust, nõustame inimesi. Et on sellised teenused ja neid saab sellistel tingimustel. Midagi ei ole teha, kui koduhoolduse eest tuleb kehtivate reeglite järgi kellelgi maksta. See on valiku koht, kuidas on parem. On neid, kes siis valivad toit koju, Anne saunas pesemas, hooldekodus juuksuril ja hooldajat pole sel juhul vaja. Aga seda ei ole väga palju.
- S7 Koduabiteenus on ju tegelikult kitsam, kui oleks vajalik kodus toimetulekuks. Seetõttu on see arutus kui palju saaks koduabi arvel omastehooldajaid vabastada natuke spekulatiivne. On olnud juhtumeid, kui võetakse koduabi ja sellest ei piisa. Ja tuleb leida ikkagi teine inimene, kes abistab. Ja siin tuleb tohutu disproportsioon sisse selle tulemuse, hoolduse ja selle kulu (hooldajatoetus ühelt poolt ja koduhooldaja palk teiselt) vahel.
- S6 Koduhooldus on jäik, see ei ole nii et helistan nüüd täna õhtul, et homme teeme seda või teist. See on kliendikvaliteedi küsimus.
18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehooldajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehooldus, omastehoolduse kabinet Viljandis jms) ja sellest tulenevalt meie omastehooldajate võimalusi saada neilt vajaduse korral tuge (hooldamise alane erialane nõustamine ja koolitamine, juriidiline nõustamine enda õiguste kohta)

20. Mitmel pool viimasel kümnendil läbi viidud projektid on andnud kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehooldajad tuua tagasi tööturule (VTHK projekt Hooldustugi ja PEHIT Tartus, MTÜ Omastehooldus poolt ESF projekt Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed raames mujal Eestis tehtud projektid). Kas Teil on ülevaade saadud tulemustest ja kas neid projektides katsetatud meetodeid võimalik kasutada igapäevases sotsiaaltöös?
- S2 Ma mäletan seda hooldustuge Hoolekande roll oli hooldatavate hindamine, mis on nende vajadused ja siis teenuste pakkumine. Sisuliselt me tekitasime hooldajale vaba aja, mille arvel ta sai tööle minna. Tööturuteenuste poolega meie ei tegelenud nii et kui raske või kerge see osa projektist oli ma ei tea
20. ESF vastava meetme (rahastuse) abil on võimalik aastaks 2020 tööturule viia ca 1-1,2 tuhat omastehooldajat. Tallinnas siis ca 400, Tartus 100, Pärnus 50 jne. Kui te olete eelneva arvutusega päri, siis milliseid pingutust/tegevusi oleks sellise tulemuse saavutamiseks omavalitsuse sotsiaaltöötajatel vaja teha?
- S5 Siin on selline topelt usalduse küsimus. Et kas mu pereliikmega on kõik korras. Ega mõnel juhul on usaldamatus teenuseosutaja vastu, päevakeskus jm üsna suur. Ja teine pool on see, et kas ma olen kindel, et ma saan tööd. Kui ma jään ripakile, mis mul on. Pole isegi seda hooldajatoetust!
- S3 See peab olema selline hästi kompleksne küsimus.
- Interjueerija: Kas me riskime pakkuda, kui palju neid inimesi võib olla?
- S3 Ma küll kardan, et neid ei ole palju, see inerts on nii suur, selle murdmine on põhiküsimus.
21. Eaka inimese hooldus on objektiivselt tähtajaline protsess ja seetõttu on ka omastehooldajate liikumine trajektoiril töötamine->hooldamine->töötamine pidev protsess. Ühtede jaoks on sellise tsükli läbitegemine lihtsam ja teiste jaoks keerulisem. Kas teil on kujunenud arvamus, kelle jaoks on see tsükkel keerulisem (võib-olla sõltuv hooldaja vanusest, haridusest, rahvusest, hoolduse kestvusest, tema (hooldusest mõjutatud) tervisest vms). Kui tegu on tööturule naasmise mõttes riskigrupi kuuluva isikuga, siis kas pole mõttekam vältida tema tööturult väljalangemist ja pakkuda hooldajatoetuse asemel formaalse hoolduse võimalusi?
22. Millised oleksid teie kogemusi kokku võttes siis kõige üldisemad juriidilis-majanduslikud sammud, mis aitaksid kaasa omastehooldajate tööturule minekule (näiteks muudatused Sotsiaalhoolekande seaduses, Perekonnaseaduses, Sotsiaalmaksuseaduses vms)?
23. Hooldajatoetuse määramiseks kasutatav hindamisinstrument on kõige pikema aja jooksul Eestis kasutatud instrument. S.t. tema tugevused ja nõrkused on kõige paremini teada. Kas teie KOV-s kasutatavat instrumenti on viimastel aastatel muudetud. Kas see on nüüd optimaalne, või vajaks mõnes osas kas lühendamist või lihtsustamist või vastupidi mõnes osas laiendamist või täpsustamist?
- S3. Selle instrumendi pikkus on tegelikult suur väärtus. Kui ma küsin ADL või IADL, siis ma saan vastused, et ma saan kõigega hakkama. Panen sinna nullid. Aga kui ma küsin edasi teisi küsimusi siis ma saan info, mille põhjal ma teen nullidest hoopis kolmed.
- S2 Tegelikult on mul võimalus sõltuvalt kliendist mingid osad vahele jätta. Kui ma lähen viimases staadiumis vähihaige juurde, siis on tegelikult ebamoraalne osi küsimusi küsida.
- S3 Jah, et kas sa oled viimasel ajal sotsiaalselt vähemaktiivne?
24. Lõpuks küsimus avaliku sektori (nii riigi kui KOV) korraldatavate sotsiaalteenuste kohta üldiselt. Millise sotsiaalteenuse saamine/sotsiaalprobleemi lahendamine on abivajajate jaoks Teie regioonis kõige keerulisem teenusepakkujate puudumise, rahastamise probleemide, bürokraatlike piirangute vms tõtt?. Kuidas Te hindate tänapäevaste sotsiaalhoolekande teenuste (näiteks e-teenuste seisu). Kas Te loetleksite toiminguid, mida omastehoolduse kliendid saavad teha interneti või mobiili vahendusel?

25. Tulles intervjuule olid Teil kindlasti mõned teemaga seotud mõtted ja seisukohad, mida eelnevad küsimused ei puudutanud. Kas Te tahaksite neid lõpuks välja öelda?
- S2. Kui oleks minu teha, siis ma maksaks kolmekordset tasu kõige suurema hooldusvajadusega isikute hooldajatele ja kõige esimese astme hooldusvajadusega isikute hooldajatele ma seda tasu ei maksaks, see peaks olema korraldatud puhtalt solidaarsuspõhimõttel. Et sisuliselt jääks alles see 100% ja 170% hooldusvajadus. Aga selleks peaks olema koduabi teenuse pakkujal suuremas mahus teenuse pakkumise võimalus.
- Intervjueerija: Kui meil oleks õigus käsutada avalikku raha, maksta toetust hooldusvajadusega isikutele, et nad saaksid ise endale hoolduse variante valida, millised oleksid toetuse proportsioonid. Kas institutsionaalne hooldus 400, koduhooldus 300, omastehooldus 100 ühikut oleks õige proportsioon?
- S3 Ma pakuks omastehooldaja 200. Omastehooldajad teevad tunduvalt rohkem tööd, kui koduhooldajad.
- Intervjueerija: Kuidas Te seletate siis omastehooldajatele ära, miks nende tööd nii alahinnatakse ja alarahastatakse?
- S3 Ega ei olegi võimalik loogiliselt ja inimlikult seletada. Viitad perekonnaseadusele, aga kui mõtled oma hoolduskogemusele, siis sisimas ütled et see on ju jama mis ma räägin

Intervjuu nr 2. 06.03.2018 kell 10.00-11.10

1. Milline on Teil on isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?

Ei, isiklikku kogemust, kokkupuudet hooldamisega pole olnud

2. Kui kaua Te olete erialaselt (igapäevatöö kaudu) kokku puutunud omastehooldusega (hooldatavate ja hooldajate probleemidega, hooldajatoetuse määramisega, hooldatavatele muude sotsiaalteenuste korraldamisega)?

Varasemast suhtlusest ma tean, et alates 2015.a. olete Te asendushoolduse teenuse pakkuja. Aga varasem kogemus?

Tegelikult olen ma hoolekande süsteemis töötanud 25 a., tösi vahepeal olin 6 a lastega kodus, aktiivset tööd on olnud 19 aastat. Aga see on kogu aeg olnud koduhooldusteenuse osutamine, siis sama teenust osutava asutuse juhtimine.

3. Milline on Teie seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi.

Kindlasti. Kui on üle 20 tunni nädalas, see on ikkagi väga tõsine töö. Seda peab käsitlema kui tööd, siin ei tohiks olla teist arusaamist

Vahe tuleb ju ikkagi sisse selle järgi, milline on nende panus? Mina olen neid näinud väga erinevaid. On olnud naabreid, kes on andnud väga suure panuse. Ja ka inimese tahe. Kas ta teeb seda vabatahtliku tööna, või ta tahab juriidilist seost. Mina arvan et lähtuvalt sellest ikkagi peab asja hindama.

4. Sama küsimus kahe grupi kodus hooldamise kohta, kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?

5. Kas Teil on andmeid selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega (olmeliste küsimuste korraldamine, avariid vms, teenuste korraldamine, näiteks transport kui on hooldatava transpordiks vaja raami vms).

Minuni jõuavadki need kellel on abi vaja. Meil on ..... nii, et üks teenus ei välista teist. Asendushoolduse teenust võib osutada ka neile, kellel on kohtu poolt eestkoste või KOV poolt hooldaja määratud. Ja enamik neist tegelikult vajab täiendavat abi.

Kas nad jäävad hätta? Jah nad jäävad hätta. S.t. omastehooldusest ei piisa. Häda sõltub hooldajast. Kui on olmelised küsimused. Kui üks eakas hooldab teist. Siin tegelikult abi andja on nõrgenenud toimetuleku võimega. Või kui tegu tervise halvenemisega ja inimene on käinud osa ajaga tööl. Sel juhul ta vajab abi, sest hoolduse koormus kasvab. Või lihtne näide on transport. Kui tuleb minna hooldatavaga arsti juurde, hooldaja ise on eakas ja tal napib füüsilist jõudu.

Kas teatud juhtudel ei ole tegemist hooldusabi vajadusega, ütleme tinglikult asendushoolduse pakkumisega, vaid abi ja nõustamisega olmeliste küsimuste puhul?

Tegelikult võtame kas või hoolekande süsteemi, see ei ole kõrval seisjale lihtsalt hoomatav. Kui on vaja täita mingeid dokumente, näiteks taotleda puude raskusastet vms, kuidas süsteem toimib, kust sa saad abivahendi kaardi, need on sellised küsimused kui ta käib ühe korra KOV hoolekande osakonnas, siis ta saab mingi infopaketi. . Aga tal tekivad jooksvalt küsimused. Puude raskusastme määramisel on ju suur pakk pabereid. Ta ei lähe hoolekande osakonda et täidame koos ja kui lähebki, siis ametnik ütleb, et me ei tunne inimest. Aga meie tunneme. Me aitame inimestel palju neid pabereid täita. Siin ongi see sama juhtumikorralduse printsiip

6. Millise hinnangu annate hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist (eluruumi kohandamine, tehniliste abivahendite muretsemine, hooldusvahendite muretsemine). Võimalusel hinnake, mis on probleemide tekkimise korral selle põhjused (infopuudus, korralduslikud raskused, rahapuudus, soovimatus vms)

Väga suur vahe on. Kes on formaalsel hooldusel, tal on alati võimalus abi saamiseks, info saamiseks. Ja hooldustöötajal on ju ka kohustus, märkamise kohustus. Kui ta isegi ei taotle midagi, aga tervis on halvemaks läinud, abivahend ei ole enam nii sobilik, siis temal on kohustus reageerida. Seda ei ole lähedastel. Kui minu juurde tuleb hooldatav, siis ma hindan ära ta abivajaduse. Kui palju on seda on korter on kohandamata, et funktsionaalvoodeid mis palju hõlbustaks hooldust, neid ei ole. Väga palju aega võtab süsteemi selgitamine, et ei pea kalli raha eest ostma, võib rentida, kuidas rentimine käib jms. Väga suur on harjumuse jõud, et mul on see madal kušett siin. Ja ma olengi vedanud kolmkümmend aastat oma lähedast siit ülesse. See on süsteemi tegemata töö.

Kas Te riskite pakkuda, kui paljudel juhtudel oleks inimese püsti tõusmine ja liikuma saamine lihtsam kui tal oleks seesama funktsionaalvoodi. On siin suur ressurss kasutamata. Kui on inimesel on liikumiskõhustused, siis tuleb funktsionaalvoodi igal juhul abiks. Ma olen näinud igasuguseid inimeste enda poolt meisterdatud abivahendeid. Küsimus on, kui turvalised nad on. Funktsionaalvoodi on turvaline. Kuid see võtab väga kaua aega. Esimene tõrge tekib et olemasolev voodi tuleb kuhugi panna, seda läheb veel vaja siis uue muretsemine jne. See on inimese jaoks nii suur muutus, et see kõik võtab aega on . Ja info teema ka. Samuti raha teema arvatakse, et kõik tuleb osta. See on hästi tundlik teema.

Meie omavalitsuse näitel ei ole toetuste taotlemisel vahet, mis on kodaniku n.ö. hoolekandeline staatus. Aga kättesaadavuse mõttes, seda võib ainult kõhutunde põhjal ütelda. Näiteks ravimitoetus neile kes suures mahus ravimeid kasutavad vms. Kas kõigil on ühesugune info või mitte. Koduhoolduse kliendid kindlasti teavad. Loogiliselt võib oletada, et nii nagu üldise informeerituse osas on koduhoolduse kliendid asjadega paremini kursis, siis nii ka toetuste vaatenurgast. Aga ma ei saa seda kinnitada.

Kuidas hooldaja saab selgeks hooldusvõtted, kui on vaja tõsta, pesta jms, kas ta omandab need või võib juhtuda et enne saab hooldus otsa ja sellist turvalist abi pakkumist tegelikult ei tekigi.

Kõik sõltub. Lähedane satub meie kliendiks nii, et ta ei oska mähkmeid vahetada, nahka hooldada, ta ei tunne ergonoomilisi võtteid. Samas tuleb ette juhtumeid, kus on väga profid omastehooldajad. Eriti tööealiste hooldajad, täisealine noor ja tema vanem. Nad on väga profid. Nad on katse eksituse meetodil õppinud, me kuuleme väga drastilisi lugusid, kuidas see on käinud.

Meie roll on lühiajaline hooldus, lühiajalise puhkuse ja vaba aja pakkumine lähedasele. Aga me teenus on teinud läbi arengu. Näiteks inimesel on hooldusabi vajadus. Eakas hooldab eakat (vaja abi pesemisel). Saatjana arsti juurde.

Kas teie roll on siis paindlik, näiteks käite mõne kliendi juures kord päevas abiks pesemas vms?

Siis hakkasid tulema kõned, et ma lähen insuldi läbi teinud emale haiglasse järele aga ma ei tea, mis temaga kodus ette võtta. Siis tekkis meile roll, et me näitame hooldusvõtteid ette, võtame teenusele, aitame dokumente täita, abivahendeid taotleda, voodipesu vahetada, väga keeruline on teenuste logistika, näiteks arsti juurde saamine/jõudmine. Omastehooldajate nõustamine, ergonoomiliste võtete näitamine, ütleme siis et koolitamine, on tegelikult praktilise asendushoolduse lisa. See ei ole lepingus sätestatud, kuid ebaeetiline on jätta andmata abi, mille kohta on näha et seda on vaja ja me saame seda anda.

Kuidas klient teie juurde tuleb, kas te leiata ta linna kaudu või perekond leiab, või kõik variandid on võimalikud? Kuidas sisuline töö ja formaalne külg n.ö. kokku saavad

Valdavalt klient tuleb (linnaosa) sotsiaaltöötaja kaudu, aga see pole suunamine, see on informeerimine võimalusest. Meie hindame kliendi ära. Võiks ju ka nii, et suunaja hindab, aga alati on asju, mis selguvad kohapeal, tegelikus hooldusprotsessis. Tellija soov oli just, et regulatsioon ei oleks väga bürokraatlik.

7. Mitteformaalse hoolduse kohta on levinud teatud stereotüüpsed arvamused (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Mil määral on sellised arvamused õigustatud, mil määral pigem tegelikkust moonutavad?

Need ei ole stereotüübid, see on tegelik elu. Nii ongi. Inimesel tekib isolatsioon, hooldus muutub tema elu sisuks. See on sõltuvus. Ma kujutan ette, et see on nagu alkohoolikuga. Kui hooldatav lahkub siit ilmast, siis on väga raske leida uut rütmi, uut elu sisu. Kui nad enne ei olnud depressioonis, siis nüüd nad langevad. See on muidugi siis, kui hooldus on kestnud pikka aega ja on olnud 24/7.

8. Üks omastehooldaja kohta levinud arvamus on n.ö. omakasu taotlemine. Esiteks arvamus, et hooldajale on oluline hooldatava pension. Teiseks, arvamus et hooldaja kasutab ära süsteemi (saab hooldajaks vormistamise kaudu ravi- ja pensionikindlustuse). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla suhteliselt palju? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv?

Ma arvan, et see ei ole mingi omastehoolduse spetsiifiline probleem. Iga teenuse puhul on neid, kes n.ö. üle otsa lasevad, püüavad süsteemi ära kasutada. See võib olla siis, kui KOV kontakt isikuga on pealiskaudne. Meie kliendiks saavad nad konkreetse vajadusega, s.t. hooldaja tegutseb ja tahab paremat hooldust pakkuda, aga midagi on puudu. Jah, ma tean juhtumeid, kus sotsiaalajas üks elanik vormistatakse teise hooldajaks ja ta teeb seda asja seni, kuni hooldataval raha otsas. Aga ka sel juhul ei olnud tegu mitte hooldamata jätmisega, lihtsalt see raha, mida sai ühiselt kasutada, lõppes ära ja hooldajatoetus ei olnud piisav stiimul. Mingi määrani on need paratamatud näited, aga suurema kontrolliga on neid võimalik elimineerida ja ma ei tähtsustaks neid üle.

9. Kohustus perekonnaliiget hooldada saabub tihti ootamatult. Kas teie hinnangul on need juhtumid, kui hooldus algab suure hiline misega, oskamatult vm moel probleemset, sagedased või harvad?

Sellist hooldusväsimust esineb ikka. Et hooldaja tuleb ja ütleb: võtke nüüd tagasi, ma enam ei suuda. Sagedamini tuleb seda ette naabrite jt puhul, need kes pole alanevad või ülenevad sugulased. Hinnatakse ennast natuke üle

10. Kas Teie kogemuse kohaselt on keskmise pikkusega hoolduse korral hooldaja vahetus erandlik või tavapärase (sage) sündmus? Juhul kui hooldaja vahetub, kas Teie hinnangul on uus hooldaja esimese valikuga võrreldes ühel või teisel moel hooldamiseks paremini ette valmistatud (on olemas kogemus, haridus (töötukassa koolitus) vms omadus või oskus mille põhjal pidada teda reaktsioon: kui paljud teatavad, et nad saavad niigi hakkama, kui paljud võtavad pakkumise vastu, kui paljud teatavad, et nad ei saa erinevatel põhjustel pakkumist vastu võtta?

?

11. Hinnake palun, kas sisulises mõttes hoolduse jagamine (hooldajaid on mitu, näiteks üks lastest argipäeviti, teine puhkepäevadel, üks vastutab ühtede ja teine teiste tegevuste eest vm variant) on sage või erandlik variant?

Praktikas on mõlemaid variante. Et on mitu sugulast, näiteks tütreid, aga hooldajaks on vormistatud üks ja tema ka teeb ja vastutab. Ja on variante, kus just tütreid ja nemad jagavad hoolduskoormust. Aga jagatud hooldust raskendab see, et hooldatavad ise eelistavad stabiilsust, nad ei taha näiteks iga päev uut nägu. Aga kui hooldatav oma egoismi n.ö. maha surub ja saab aru, et üks inimene ei jõua, siis on võimalik jagatud hooldus.

12. Kui võtame aluseks keskmise pikkusega hoolduse, siis kui palju kontakte on selle aja jooksul hooldajaga/hooldatavaga hoolekandeteenistuse spetsialistidel. Millist laadi (mis probleemide pinnal) need kontaktid kõige sagedamini on?

Eks need kontaktid võiksid olla jah tihedamad. Omavalitsus loomulikult teab kes on kes on määratud ja loeb aeg-ajalt oma hinged üle aga mingeid kontrollhindamisi vms ei ole.

13. Uuringud näitavad, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) on kõige rohkem kaebusi nii füüsilise (näiteks valu tundmine) kui vaimse (stress) kohta omastehooldusel inimeste poolt. Kuidas Te sellist tulemust kommenteerite/seletate?

Mina ei oska seda hinnata. Mina neid fakte kinnitada ei oska. Aga kui me läheme järgmise küsimuse juurde, siis võib-olla seal tuleb ka kaudne vastus. Kui ma hindan oma kliente, neid on alates 2015 aastast olnud 115, ma vaatasin kui paljud neist saaksid ilma omastehooldajata hakkama koduteenusel ja kui paljud vajaksid asutushooldust, siis ma alguses arvasin et tuleb pool ja pool. Kuna ma olen neid ise hinnanud, siis ma vaatasin hindamise tulemused läbi ja tulemus oli mulle ka üllatav. 74% neist vajaks hooldekodu kohta, s.t. koduhooldusega ilma et pidevalt oleks inimene kõrval, nad hakkama ei saaks.

Kui meil on omastehoolduse klientideks tegelikult hooldekodu vajavad inimesed, siis nad ei ole ju terved! See valu tundmine võib-olla täiesti õige, aga stressi tundmise osas ma vaidleksin vastu. Kui inimene on oma koduses keskkonnas, siis ei saa tema stressi tase kõrgem olla kui haiglas olles. Võib-olla hooldekodus kus on teised inimesed ümber on võimalik sotsiaalne suhtlus ja see alandab stressi taset aga ma väga kindlalt ei julge väita, et on nii või teisiti..

14. Kas Te saate võrrelda omavahel professionaalse (KOV korraldatud) hooldusteenuse ja omastehoolduse kliente. Kui paljud viimastest saaksid (juhuil kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast KOV-s kehtivate reeglite (hooldusvajaduse hindamine) järgi koduhooldusteenust?. Sama küsimus 24 tunnise hoolduse kohta. Kui paljud saaksid (juhuil kui ei i oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast hooldekodu kohta?

15. SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (lisateenuseid tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (intervall) hoolduse või õendushoolduse teenuse pakkuja poolt). Kas Teie kogemus kinnitab sellise lisaabi vajadust? Kui jah, siis mis on kõige lihtsam viis, kuidas omastehooldajaid abistada ja lahendus mida saaks kiiresti kasutusele võtta?

Praegune teenusekorraldus välistab mitme teenuse kasutamise. Kellele on määratud hooldaja, koduhooldust kasutada ei saa. Ilmselgelt vajab niisugune asi muutmist, see on absurdne. Oluline on õige hindamine ja sellest selgub, mida on mõistlik teha, kellele mingi roll ja koormus jätta. Kui on hinnatud ära inimese abivajadus, mitte ei vaata inimese soove, siis me oleme palju rohkem võimelised ja oleme palju efektiivsemad. Ja saaksime ka neid mastaape olulisemalt suurendada.

16. Fakt on see, et avalik sektor ei paku kõigile ja kõikjal piisavalt professionaalseid hooldusteenuseid. Omastehooldajate peamine võimalus oma tööd kergendada/paremat teenust pakkuda on erahoolekande kaudu (Tartus OÜ Hooldaja ja Koduhooldus, teiste KOVde teenusepakkujaid ei tea). Milline on Teie hinnangul osaühingute võimekus (silmas pidades kasvõi tööturu pingelist seisustotsiaalhoolduse vaatenurgast) oma teenuse mahtu suurendada ja klientide võimekus tasuda optimaalse hoolduse mahu eest turuhinda?

Kindlasti ei suuda. Me käime ju kodus ja näeme neid inimeste majanduslikke võimalusi. Meie teenus on lühiajaline, aga me jagame erateenuste pakkujate kontakte, Tallinna linna koduleheküljel on need olemas. Et kui meie lõpetame, et omastehooldajal oleks lihtsam siis on mõistlik võtta juurde mingit teenust erasektorist.

Kui te jagate infot, siis kas te riskite öelda et soovitate 10-l hooldajal osta teenust lisaks. Mitu neist kümnest tegelikult seda teeb?

Heal juhul vast kolm. See on muidugi täiesti tunde pealt antud vastus. Aga Tallinnas on ju tegelikult turgu rohkem kui mujal, ei ole üldse võimalik sellistel erateenuste pakkujatel turule tulla. Tegelikult on näiteks koduhooldusteenuse suurema rahastuse juures meie KOVs võimalik märksa suuremale hulgale inimestele ja paindlikumalt teenust osutada. Selleks oleks vajalik koduhooldusteenuse reform ja omastehooldajate asendushoolduse ja formaalse koduhoolduse saaks väga lihtsalt ühendada. Inimesed, kes oskavad ja tahavad seda tööd teha, on leitavad..

17. Kas KOV-l on võimalik parandada-arendada olemasolevat formaalset teenustekorraldust, saada mastaabiefekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine nn toit ratastel, pesupesemine vms)? Kui hooldatav sageli ei taha n.ö. võõraid inimesi majja, siis kas täiendavate koduteenuste pakkumine on keeruline. On see üldse võimalik.

See on nii ja naa, ühest vastust ei ole. See on juhtumikorraldus, nagu ma juba varem ütlesin. Minu praktikas, kui hooldaja ütled, et hooldatav ei taha midagi ega kedagi rohkemat, siis ma pakun ikkagi välja, et proovime. On muidugi juhtunud, aga me peame kõrvale tõmbuma, klient ei võtta pakutavat muudatust elukorralduses omaks. Aga ma täpsustan, et need on paar juhust sajast.

Kas siis see arvamus, et omastehoolduse klient keeldub kategooriliselt võõrast majja laskmast, ei ole päriselt õige.

Ei minu kogemuse põhjal seda kuidagi väita ei saa.



18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehoolajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehoolus, omastehooluse kabinet Viljandis jms) ja sellest tulenevalt meie omastehoolajate võimalusi saada neilt vajaduse korral tuge (hooldamise alane erialane nõustamine ja koolitamine, juriidiline nõustamine enda õiguste kohta)

Nad on ju päris tublid, näiteks MTÜ Eesti Omastehoolus teeb päris palju koolitusi. Meil nad küll väga palju ei tegutse, aga ma tean et Viljandis, Haapsalus, Põlvas on nad koolitusi teinud. Ma kunagi küsisin nende valikute kohta ja nad ütlesid, et seal kus on tugevamad omavalitsused, sinna nad ei lähe, nad vaatavad rohkem sinna kus ühelt polt on olemas piisavalt hooldajaid aga teisalt omavalitsus ei pruugi koolituse jms hakkama saada.

Ma leian et nad on vajalikud mitte ainult praktilise väljundi, koolituse mõttes, vaid et nad on moraalne tugi, et inimene tunneb kuuluvust.

Aga ma kindlasti ei näe neid teenusepakkujatena. KOV teenusepakkujana on olemas, enamikes KOV-s on ka teenuste struktuur olemas, me ei tohiks luua paralleelstruktuure, et ühed teenusepakkujad n.ö. KOV suunatud klientidele ja teised pere suunatud klientidele.

20. Mitmel pool viimasel kümnendil läbi viidud projektid on andnud kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehoolajad tuua tagasi tööturule (VTHK projekt Hooldustugi ja PEHIT Tartus, MTÜ Omastehoolus poolt ESF projekt Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed raames mujal Eestis tehtud projektid). Kas Teil on ülevaade saadud tulemustest ja kas neid projektides katsetatud meetodeid võimalik kasutada igapäevases sotsiaaltöös?

20. ESF vastava meetme (rahastuse) abil on võimalik aastaks 2020 tööturule viia ca 1-1,2 tuhat omastehoolajat. Tallinnas siis ca 400, Tartus 100, Pärnus 50 jne. Kui te olete eelneva arvutusega päri, siis milliseid pingutust/tegevusi oleks sellise tulemuse saavutamiseks omavalitsuse sotsiaaltöötajatel vaja teha?

21. Eaka inimese hooldus on objektiivselt tähtajaline protsess ja seetõttu on ka omastehoolajate liikumine trajektooriga töötamine->hooldamine->töötamine pidev protsess. Ühtede jaoks on sellise tsükli läbitegemine lihtsam ja teiste jaoks keerulisem. Kas teil on kujunenud arvamus, kelle jaoks on see tsükkel keerulisem (võib-olla sõltuv hooldaja vanusest, haridusest, rahvusest, hoolduse kestvusest, tema (hooldusest mõjutatud) tervisest vms). Kui tegu on tööturule naasmise mõttes riskigrupi kuuluva isikuga, siis kas pole mõttekam vältida tema tööturult väljalangemist ja pakkuda hooldajatoetuse asemel formaalse hoolduse võimalusi?

Määravaks on vanus, haridus ja hoolduse kestvus. Tegelikult kui on keskealine töötav naine, madala haridusega ja tal tekib hoolduskohustus, siis ta esimese hooga otsib meeletult võimalust, kuidas edasi tööle jääda. Nende puhul tuleks esimesena otsida sellist lahendust, et nad hooldajatena ei kukuks tööturult välja.

22. Millised oleksid teie kogemusi kokku võttes siis kõige üldisemad juriidilis-majanduslikud sammud, mis aitaksid kaasa omastehoolajate tööturule minekule (näiteks muudatused Sotsiaahoolekande seaduses, Perekonnaseaduses, Sotsiaalmaksuseaduses vms)?

Tegelikult ei SHS ega perekonnaseadus ei takista KOV-l tegelemast omastehoolusega üksipuha mis tahes aspektist. Loomulikult, me ei suuda ega tohigi luua hoolekanderiiki. Aga me peame otsima mõistlikke lahendusi, sellist teenusekorraldust, kus on jõukohane koormus või kohustus perekonnal,

KOV-1, riigil. Kui perekond ei suuda ise mõistlikku hooldust pakkuda, kui ta ei suuda teenuse eest maksta, kas see on tänapäevane suhtumine probleemi?

23. Hooldajatoetuse määramiseks kasutatav hindamisinstrument on kõige pikema aja jooksul Eestis kasutatud instrument. S.t. tema tugevused ja nõrkused on kõige paremini teada. Kas teie KOV-s kasutatavat instrumenti on viimastel aastatel muudetud. Kas see on nüüd optimaalne, või vajaks mõnes osas kas lühendamist või lihtsustamist või vastupidi mõnes osas laiendamist või täpsustamist?

Tegelikult me pole seda „ametlikku instrumenti“ kunagi kasutanud ja praegu me teeme uut. Praegune variant on natuke liiga pikk, aga loodame et ta läheb paremaks ja me võtame ta kasutusse. Tervishoius käivad läbirääkimised, et võtta interRAI kasutusse. Minu arust interRAI esmane kontakt-hindamine on väga hea, võib-olla seda saaks kasutada ka hoolekandes. Ma tean, et meie töö vastu on huvi tuntud ka mujalt.

Me praegu suuname väga palju ressursi sellele, et inimesi aidata tööturule tagasi minna. Mina isiklikult sellesse ei usu, selle projekti tulemuslikkus on väike. Mina panustaksin sellele, et pakkuda inimestele kel tekib hoolduskohustus võimalust tööturule jääda. Need valikud on keerulised, kas keskenduda nendele, kelle konkurentsivõime tööturul on väike. Ja pakkuda asendushooldust, mis variandis seda ka vaja on. Või valida teenusevajaduse järgi, esmatähelepanu neile, kes saaksid hakkama koduhooldusteenuse abiga. See on kokkuleppeid nõudev teema. Aga hästi tähtis on sealjuures hindamine, nii kliendi hindamine kui ka teenuseosutaja, s.t. omastehooldaja, hindamine.

Kas siis praegune ESF meetme hoolekandeteenuste abiga tööle rõhuasetus on natuke valesti paika pandud, keskenduda tuleks võimalikele uutele, mitte olemasolevatele hooldussuhetele.

Jah, mina arvan küll nii. Nende hulgas kes täna on hooldajad on nii vähe kel oleks motivatsiooni ja võimalust tööle minna. Jah, on neid, kes ütlevad et ma ei oleks pidanud töölt ära tulema, oleks pidanud leidma teise lahenduse. Aga see töö on ju läinud. Ma ei ole kindel, et on võimalik töötukassa juurde luua veel eraldi skeem omastehooldajate jaoks, seda tööd osalise töövõimega inimestega ja kulu maksumaksja poolt on niigi palju.

24. Lõpuks küsimus avaliku sektori (nii riigi kui KOV) korraldatavate sotsiaalteenuste kohta üldiselt. Millise sotsiaalteenuse saamine/sotsiaalprobleemi lahendamine on abivajajate jaoks Teie regioonis kõige keerulisem teenusepakkujate puudumise, rahastamise probleemide, bürokraatlike piirangute vms tõtt?. Kuidas Te hindate tänapäevaste sotsiaalhoolekande teenuste (näiteks e-teenuste seisu). Kas Te loetleksite toiminguid, mida omastehoolduse kliendid saavad teha interneti või mobiili vahendusel?

Minu arust ei ole Eestis olemas sellist varianti, et kui inimene on jõudnud statsionaarsele õendus-hooldekodusse, ta on seal haigekassa rahastatud teenuse õiguse ära kasutanud ja nüüd ta peaks formaalselt minema hoolekandeteenusele. Üldhooldus ei saa nende isikutega hakkama, on . Näiteks dialüüsi vajab. Kui selline inimene läheb meil üldhooldekodusse, siis ta üsna ruttu. Sureb. Ei omastehooldus ega tavaline hooldekodu ei ole see, mis talle vajalik/sobilik on.

Ega ta ei pea olema haiglas, üldhooldekodu meditsiiniline võimekus peab olema märksa suurem.

Teenuste logistika on kliendi jaoks tänasel päeval täielik müstika, ta peab tegutsema olukorras, kus ta ei tea, kuidas ta oma asju korraldada saab, kui ta midagi teada saab, siis talle öeldakse et nii ikka ei saa, kui ta on järjekindlalt siis võib selguda, et tegelikult saab küll jne. Meil on süsteemid, aga need ei haaku. Inimesed on ju olemas. Juhtumikorraldaja. Kui ta on ametis, siis tema ülesanne ongi koos-

kõlastada kliendi liikumine, kaaluda erinevaid võimalusi, kokku leppima ajad, kohad, teenused, kui vaja ka rahad.

Jah, perearstidel on briifingud sotsiaaltöötajatega, korra kvartalis, korra kuus. Siin tekib tihti küsimus, et kes selle kinni maksab?

25. Tulles intervjuule olid Teil kindlasti mõned teemaga seotud mõtted ja seisukohad, mida eelnevad küsimused ei puudutanud. Kas Te tahaksite neid lõpuks välja öelda?

Intervjuu nr 3 30.03.2018 kell 12.00-13.30

1. Milline on Teil on isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?

On. Isiklik kogemus on kõigepealt vanaemaga. Keda ma hooldasin ja kes kodunt ära haiglas oli enne surma ainult nädala ja siis emaga kusjuures tema hooldusvajadus läks nii suureks et kodus hooldamine ei olnud enam võimalik.

2. Kui kaua Te olete erialaselt (igapäevatöö kaudu) kokku puutunud omastehooldusega (hooldatavate ja hooldajate probleemidega, hooldajatoetuse määramisega, hooldatavatele muude sotsiaalteenuste korraldamisega)?

Alates süsteemi loomisest 2001/2002, rohkem süvitsi aga 2005 aastast, kui lisaks varasemale hooldaja määramise kohustusele lisandus ka hindamine ja toetuse maksmise kohustus. Algselt võeti üle kõik lepingud, mis olid sõlmitud SKA-ga ja edasi hakati hindama uusi taotlusi. Paralleelselt pakuti ka muid võimalusi: koduhooldus, mis oli Viljandis 1992 a., soe toit koju 7 päeva nädalas, päevakeskus, koduõendus. Mida ei ole, on teenused dementsetele. Nii et kõiki taotlusi ei vormistatud selliselt nagu nad esitati. Summad olid esialgu samad, praegu on sügava puudega täiskasvanu hooldaja toetus 40 ja raske puude korral 25, sügava puudega laste puhul 140. Aga alates 2011 aastast on see vaade probleemidele üldisem, seaduseandja tasandilt.

3. Milline on Teie seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi.

See on perekonnatsükli ja elukaare üks osa kus nooremad aitavad ja toetavad oma eelkäijaid, esiisasid ja -emasid. Aga ühel ajahetkel see hooldusvajadus võib olla nii suur, et hooldaja peab otsustama: kas leida mingi teistsugune hoolduse variant või loobuda oma tööst. See ongi koht, kus tekib küsimus, kuidas edasi.

Õiguskantsler on öelnud, et tööst loobumist ei saa hoolduse tõttu nõuda, kohalikul omavalitsusel on teenuse korraldamise kohustus ja ta peab aitama leida kõigile osapooltele sobivaima variandi. Reaalses elus asjad nii ei ole, sest omavalitsustel puuduvad vahepealsed teenused. Heal juhul on kodu, päevakeskus ja siis juba hooldekodu või pansionaat ja vahepealseid teenuseid on vähe. Ja omavalitsusel on väga lihtne teatada toetudes perekonnaseadusele, et see on laste ja lastelaste kohustus.

4. Sama küsimus kahe grupi kodus hooldamise kohta, kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?

Nii et teatud hetkeni on see loomulik perekondlik kohustus, aga ühel hetkel võib see muutuda tööks. See sõltub hooldusvajadusest

5. Kas Teil on andmeid selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega (olmeliste küsimuste korraldamine, avariid vms, teenuste korraldamine, näiteks transport kui on hooldatava transpordiks vaja raami vms).

Ma esitaksin esmalt küsimuse, et kas omavalitsused on jäänud hätta. Miks? See on pikk ja lõputu vaidlus, kas riik oleks tohtinud seda ülesannet omavalitsustele anda. Tänapäevaks on kujunenud väga segane pilt, keda ja mis reeglite järgi abistatakse, kes jääb abist ilma jms. Oli üks omavalitsus (Paistu) kes hooldajatoetuse rahade enda kontrolli alla saamisel viis hooldajatoetuse piltlikult öeldes miinimumi, 10 euronit ja ülejäänud raha kulutas teenuste arendamiseks. Paraku ei olnud need teenused neile pereliikmete hooldatavatele, vaid omavalitsuse vastutusel olevatele inimestele. Kindlasti on KOV õige isik seda teenust korraldama, aga kindlasti peaks olema kehtestatud toetuse miinimummäär, näiteks sügava puudega täiskasvanu ja lapse hooldamise eest. Paljud inimesed tegelikult töötaksid, kui oleksid alternatiivsed teenused. Ja toetus peaks kindlustama hooldaja n.ö. taastootmise. Võimaldama talle puhkust, tervise parandamist jms

Hooldusel isikute arv vähenes esimeses laines 2005/2006 teenusekorralduse üleandmise järel KOV-le. Ühelt polt oli see täpsem hindamine, mis mõne hooldatava n.ö. määrgust välja jättis. Ja teiseks muud hoolduse variandid, mida asemele pakuti. Teine languse laine oli 2009/10, kui kärbiti omavalitsuste toetusfondi. Siis lihtsalt ei sõlmitud enam uusi lepinguid, viidati Perekonnaseadusele ja pandi mustvalgelt toetuse määramise kordadesse sisse et lastele toetust ei maksta, abikaasale ei maksta jne.

Aga see, et hooldus lõpeb nii ühe kui teise pole algatusel, see on normaalne ja tavaline. Seda juhtub sagedamini naabrite jm mittesugulaste puhul, sugulased ei astu enamasti kõrvale, leitakse ühe loobumisel mingi muu lahendus. On ka seda, et raha antakse hooldatavale, hooldaja seda ei saa, aga ta teeb sellegipoolest enam-vähem lepingus fikseeritud asjad ära. Tasuta. Mitte väga haruldane on, et hooldaja tervis läheb halvemaks kui on tema hooldataval. Konkreetne näide, mis minuni hiljaaegu jõudis: hooldaja elab naabermajas, hooldatav helistab talle nii ööl kui päeval, et vaja on seda või teist tuua või et ma kukkusin voodist välja, vaja on tõsta. Kui hooldaja ütle, et enam ei jõua, lõpetame ära, siis on pisarad. Tekib sõltuvussuhe, mis on kurnav ja mida on keeruline katkestada.

Kindlasti on ka selliseid juhtumeid, kus abikaasa on vormistatud teise sügava puudega abikaasa hooldajaks, vastavus reeglitega on olemas ja eeskiri konkreetset juhul ei välista sugulasi. Kindlasti see hooldus toimuks ka ilma rahata, aga kas see oleks õiglane olukorras kui samas seisundis üksik kogukonnaliige saab tasuta koduhooldusteenust vms. Kõik oleneb taustades, milline on see üldine abi korraldus KOV-s.

6. Millise hinnangu annate hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist (eluruumi kohandamine, tehniliste abivahendite muretsemine, hooldusvahendite muretsemine). Võimalusel hinnake, mis on probleemide tekkimise korral selle põhjused (infopuudus, korralduslikud raskused, rahapuudus, soovimatus vms)

Juhtumid on väga erinevad. Jah, mingid seaduspärasused on olemas. Nooremad, haritumad jne hooldajad on aktiivsemad küsima, uurima, taotlema. Aga oma roll on sotsiaaltöötajal. Kui ta teeb hindamist, kas ta tabab ära selle, mida tegelikult lisaks sellele väikesele rahale on vaja.

Eluruumi kohandamine, WC käetoed, uksepiidad, liikumist abistavad käsitoed võib-olla ka funktsionaalvoodi jms ei ole sellised asjad, mille peale tavaline kodanik ise tule. Siin peab mõnel juhul olema algatus sotsiaaltöötajalt ja midagi ei juhtu ühekorraga. See (näiteks korteri kohandamine) on protsess. Mulle meeldib Soome variant, kus abivajaja koju läheb meeskond. Sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, geriaater, pereliige. Ei minda kontrollima, vaid n.ö. kohvi jooma. Lähtekohaks on inimese enda arvamus ja soov, mida ta suudab ja mida mitte, mida ta tahab ja mida kindlasti ei taha. See meeskond käib 2-3 korda, et pilti paremini tajuda, et poleks ilustamist. Tegelikult paljud inimesed ei taha abi ja pingutavad et näidata enda tegelikku seisut paremana, kui see on.

Aga kuna süsteem on etapiline, esmalt koduabi, siis päevakeskus või päevahooldus (12h hooldus), tugikorter, 24h hooldus ja koos hooldamisega on meditsiiniteenus, siis ei ole „abile saamise järel“ enam vaja palju eraldi hindamisi vms, hooldussüsteem jälgib inimese seisundit ja toimetulekut ja teeb selle pinnal abistamise pakkumisi.

Meil on nii, et kui inimene saab 70 ja tal pole kokkupuuteid sotsiaalteenustega, siis me külastame teda kodus. Seda teeb päevakeskuse hooldusteenuste juht. Ta jätab maha voldiku koduhooldusteenuste kohta, päevakeskuse oma, sotsiaalabi osakonna ja enda telefonid ja teeb ettepaneku. Seni pole teil meid vaja olnud, see on tore. Aga kui tekib muresid, helistage, mõtleme koos ja leiame lahenduse. See tekitab inimeses turvatunde ja tegelikult vähendab stressi ohtu.

7. Mitteformaalse hoolduse kohta on levinud teatud stereotüüpsed arvamused (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Mil määral on sellised arvamused õigustatud, mil määral pigem tegelikkust moonutavad?

Tegelikult peaks hooldaja vormistamisel arvesse võtma kahte asja. Esiteks, et ta peaks saama hakkama ikkagi nende asjadega, mis antud hooldatava seisund nõuab. Noh, näiteks eluruumi kohandamisega. Nii toetuse taotlemisega KOV-lt kui ka ehitajaga suhtlemisega jne. Sest see on sisuliselt hoolduse osa, hooldaja elukvaliteedi parandamine. Ja teiseks, et igal juhul tal tekib küsimusi. Kas vähem või rohkem. Tal peaks olema otseliin KOV sotsiaaltöötajale, kes vastava sihtgrupiga tegeleb. Meie sotsiaaltöötaja jätab igale isikule, keda ta hindab, oma visiitkaardi ja rõhutab: kui on vaja, helistage. Teine asi on nüüd igapäevane olme. Kas hooldaja peab otsima taga santehnikut või elektrikut? Kui ta on pereliige, siis jah. Aga kui ta on niigi vaevatud naaber. Pole ühest vastust, kuid hea oleks, kui oleksid mingid eneseabi-, tugi jne grupid, kelle vahendusel sellist infot jms saaks

8. Üks omastehooldaja kohta levinud arvamus on n.ö. omakasu taotlemine. Esiteks arvamus, et hooldajale on oluline hooldatava pension. Teiseks, arvamus et hooldaja kasutab ära süsteemi (saab hooldajaks vormistamise kaudu ravi- ja pensionikindlustuse). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla suhteliselt palju? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv?

9. Kohustus perekonnaliiget hooldada saabub tihti ootamatult. Kas teie hinnangul on need juhtumid, kui hooldus algab suure hilinemisega, oskamatult vm moel probleemset, sagedased või harvad?

Kui abivajadus saabub sel moel, et inimene satub haiglasse, siis on hoolduse korraldamine n.ö. juhitud protsess. Viljandi haiglas on sotsiaalosakond, nemad on esmane kontakt nii pereliikmetega kui sotsiaalosakonnaga. Nõustavad nii hooldusvajaduse, abivahendite, puude määramise koha pealt, teevad esmase hindamise. Ma ei riski öelda, kas omavalitsust informeeritakse kõikidest juhtumitest, aga kindlasti n.ö. rasketest, suure abivajadusega isiku koju minekust. Kuna koduhooldustöötajad töötavad 7 päeva nädalas, siis keegi ei tule haiglast koju nii et tal oleks oht abita jääda. Kui meditsiiniabi vajadus on suurem, kui seda on võimalik pakkuda kodus õendushoolduse teenuse või hooldekodu abiga, siis Viljandi linn tasub n.ö. haigekassa normaja 21 täitumise järel kinni haiglas nn sotsiaalvoodikohti, 25EUR päev.

Neil kes on kodus on tihti hoiak, et ma saan hakkama, ma ei vaja ja ei küsi abi. Pöörduvad naabrid, on käinud sotsiaaltöötaja ja n.ö. silma järgi, koduse olme järgi hinnanud, et elu on kiskunud juba raskeks ja keeruliseks, aga inimene ise ei tunnista seda. Tavaliselt kui on lähedased olemas, siis nende sekkumine aitab hoiakut muuta. Siis kui lähedane inimene on kõrval siis on eakal kergem seda

barjääri ületada, et kuidas ma võõra oma kodusse lasen ja kes ta on jne. Aga on palju ka neid, kes tulevad ja küsivad, et kas saaks abi. Ega esimese hooga pole meil ju kedagi pakkuda, siis otsime vahepealseid lahendusi. Toit koju, sotsiaaltransport, sauna või duši alla koos saatjaga jne. Aga kindlasti in tänasel päeval siin ja mujal Eestimaal neid inimesi kes vajavad abi ja seda ei saa, kas info puudumise, oskamatus, mingite sisemiste barjääride, mõne ebameeldiva kogemuse vms tõttu.

Meie MTÜ Seltsidaamid on kujunenud päris heaks info allikaks. Nead ju otseselt abi ei osuta, on üksikule inimesele seltsiks, aga nad jagavad oma tähelepanekuid kodudes käimisest sotsiaaltöötajatega.

Intervjueerija: meil on üks, mitte küll KOV juhitud süsteem, mis on eakatega küllaltki tihedas kontaktis. Kas ja kui palju tuleb perearstidelt infot, et minu kliendil on sotsiaalne probleem, palun aidake seda lahendada.

Meil on linnarst, kelle ülesanne on kindlustamata isikutega tegelemine. Aga ta kohtub regulaarselt perearstidega ja kui neil on infot, siis nad saavad seda edastada. Eks kõik sõltub ju perearstist, aga ma hindaks olukorda nii, et see (infovahetus) pole halb. Üks hiljutine näide, kus perearst helistas sotsiaali, et näete klient tuli juba teist korda visiidile, kombinee peal ainult mantel. Et peaks tegelema kodukülastuse ja hindama abivajadust. Selgus, et see (abivajadus) oli tõesti olemas.

Aga eelmisel nädalal ma käisin Pärnus ja seal kolleeg kurtis, et süsteemid kipuvad järjest rohkem eri suunda, käib kodus hooldustöötaja ja pereõde aga kumbki teise olemasolust midagi ei tea. Elementaarne oleks kasvõi see, et üks käiks ühel teisel päeval, siis on ajalises mõttes püsiv vaade asjade seisuga. Ja see, et kui korter haised, sest prügi on välja viimata, siis seda jpm peaks õde saama küll ära teha, ei pea ootama järgmist päeva ja hooldustöötajat.

Intervjueerija: paljudes riikides on hooldus ja õendus ühe ja sama isiku kanda. Miks meil ei võiks hooldusõde, kes koolis on tegelikult seda õppinud, KOV poolt makstava lisaraha eest täita oma klientide jaoks ka hooldaja rolli?

Kui see raha oleks KOV poolt olemas, siis see võiks olla küll motivaator. Kas on mingeid muid takistusi, hetkel ei oska öelda.

Intervjueerija: Mujal maailmas on tavaline, et omastehooldaja hooldab veel kedagi oma elukoha lähedal, on n.ö. professionaalne hooldaja. Kui on tegu isikuga, kelle eest me maksame sotsiaalmaksu, ta hoolduskoormus pole n.ö. maksimumis, miks me ei püüa teda suunata mingite regulatsioonidega võtma endale külge veel mõnda hooldatavat. Me alandame n.ö. omastehoolduse hinda (sotsiaalmaks on kahe, mitte ühe hooldatava eest) ja hoiame kokku professionaalse hooldaja arvelt?

See oleks mõeldav, juhul kui hoolduskoormus seda võimaldaks. Ega reeglid seda ei takista ja mingi arv mitme hooldatavaga hooldajaid ju ka on. Aga need (hooldatavad) elavad enamjaolt ühel aadressil. Kindlasti oleks võimalik ka mõnda pensioniealist hooldajat stimuleerida n.ö. topelt toetuse eest mitut ühes majas elavat isikut hooldama.

10. Kas Teie kogemuse kohaselt on keskmise pikkusega hoolduse korral hooldaja vahetus erandlik või tavapärane (sage) sündmus? Juhul kui hooldaja vahetub, kas Teie hinnangul on uus hooldaja esimese valikuga võrreldes ühel või teisel moel hooldamiseks paremini ette valmistatud (on olemas kogemus, haridus (töötukassa koolitus) vms omadus või oskus mille põhjal pidada teda reaktsioon: kui paljud teatavad, et nad saavad niigi hakkama, kui paljud võtavad pakkumise vastu, kui paljud teatavad, et nad ei saa erinevatel põhjustel pakkumist vastu võtta?

11. Hinnake palun, kas sisulises mõttes hoolduse jagamine (hooldajaid on mitu, näiteks üks lastest argipäeviti, teine puhkepäevadel, üks vastutab ühtede ja teine teiste tegevuste eest vm variant) on sage või erandlik variant?

12. Kui võtame aluseks keskmise pikkusega hoolduse, siis kui palju kontakte on selle aja jooksul hooldajaga/hooldatavaga hoolekandeteenistuse spetsialistidel. Millist laadi (mis probleemide pinnal) need kontaktid kõige sagedamini on?

13. Uuringud näitavad, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) on kõige rohkem kaebusi nii füüsilise (näiteks valu tundmine) kui vaimse (stress) kohta omastehooldusel inimeste poolt. Kuidas Te sellist tulemust kommenteerite/seletate?

Nende isikute kohta, kelle hooldaja elab eraldi, on stressi või depressiooni kohta võimalik midagi järeldada. Mul on näide, üksi elav vanaproua, kelle juures käis kiirabi praktiliselt iga nädal. Õhtuti. Tal tekkis mingil hetkel surmahirm, et heidab magama ja enam ei tõuse. Pinge ja hirm kruvitakse lihtsalt ise üles, mingi psühholoogiline abi oleks vajalik, seltsidaamid vms. Osa inimesi on tõesti sellised, et tegelikult vajaks nad institutsionaalset hooldust, kindlasti sellist kus on meditsiin juures. Kuid nad keelduvad kodust ära minema ja siis võib neil olla igapäevaselt kõikvõimalikke probleeme, ka valu. See on ilmselt see probleem, et info ei ole jõudnud meditsiini kätte. Võib-olla oleks vaja õendusteenust, perearsti õe poolt mingeid konsultatsioone. Lõppude lõpuks võib ju olla ka fantoomvalu vms, mida pole tuvastatud.

14. Kas Te saate võrrelda omavahel professionaalse (KOV korraldatud) hooldusteenuse ja omastehoolduse kliente. Kui paljud viimastest saaksid (juhul kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast KOV-s kehtivate reeglite (hooldusvajaduse hindamine) järgi koduhooldusteenust?. Sama küsimus 24 tunnise hoolduse kohta. Kui paljud saaksid (juhul kui ei i oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast hooldekodu kohta?

Kindlasti on nii ühtesid kui ka teisi. On väiksema hooldusvajadusega isikuid, kelle hooldamine oleks võimalik koduhoolduse korras ja teenus oleks parem, põhiteenusele lisaks täiendavad teenused, pereliige saaks töötada jne. Väiksema hoolduskoormusega ja lühema hooldajastaaži korral on tööleminek ka siis, kui oli eelnevalt mingi vallandamine vm moel töökoha kaotus, lihtsam. Ja on neid juhte, kus tegelikult peaks hooldajat, tema tervist jms säästma ja abivajaja hooldekodusse suunama. Siin peaks olema märksa rohkem paindlikkust, kui täna on.

See pole justkui otseselt hoolekande küsimus, aga pole harvad juhtumid, kui hooldaja n.ö. paneb tuksi hooldaja isikliku elu. Oli just üks jutuaajamine 50 a. mehega, kes kurtis, et ta pole ema hooldamise tõttu saanud abielluda. Ta on justkui ema omand, kõik naistuttavad süüakse välja.

15. SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (lisa teenuseid tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (intervall) hoolduse või õendushoolduse teenuse pakkuja poolt). Kas Teie kogemus kinnitab sellise lisaabi vajadust? Kui jah, siis mis on kõige lihtsam viis, kuidas omastehooldajaid abistada ja lahendus mida saaks kiiresti kasutusele võtta?

Mina empiirilisel hindaksin selle lisaabi vajaduse veel suuremaks. Inimesed tihti ei tunneta ise seda, et üks või teine asi ei ole korras. Niisamamoodi võidi vastata ka selle uuringu tegijatele. Näidates ennast n.ö. tegelikust pisut tublimatena. Ja paljude asjade peale hooldajad ei tule. Et võiks olla intervallhooldus, kuu, nädal või kasvõi nädalalõpp puhkust, et mitte ennast surnuks töötada.



16. Fakt on see, et avalik sektor ei paku kõigile ja kõikjal piisavalt professionaalseid hooldusteenuseid. Omastehooldajate peamine võimalus oma tööd kergendada/paremat teenust pakkuda on erahoolekande kaudu (Tartus OÜ Hooldaja ja Koduhooldus, teiste KOVde teenusepakkujaid ei tea). Milline on Teie hinnangul osatöötajate võimekus (silmas pidades kasvõi tööturu pingelist seisust sotsiaalhoolduse vaatenurgast) oma teenuse mahtu suurendada ja klientide võimekus tasuda optimaalse hoolduse mahu eest turuhinda?

Kui me räägime täna 79 omavalitsusest siis vast 20-25 on võimelised erasteenuseid pakkuma. Keskkuse lähedased omavalitsused saaksid kasutada maakonnalinna MTÜ-sid jne.

Ma juba korra ütlesin, et mulle meeldib Soome hoolekandemudel. Omavalitsus maksab ühe isiku hooldamise eest kuni 1000EUR ja kui mul on tingimused, maja, siis ma võin võtta kuni 4 inimest hooldusele. Meil on otseselt kuidagi seadustamata, aga ka mitte n.ö. reegleid rikkudes sellised isikute vahelised kokkulepped levimas ja hoolekandeametuste juhatajad ründavad seda tugevalt. Et kuidas ilma hariduseta isikud sellist suurt vastust nõudvat tööd teevad?

Küsimus on tasust, kas KOV osaleb teenuse rahastamises, muidu ei tule asi välja. Tegelikult on KOV-l ju odavam toetada erasubjektide koostööd, mitte hakata ise teenuseid välja arendama vms. Täna on ju neid MTÜ-d, kes tegelevad ka ainult mingite üritustega oma liikmetele vms, mitte igatüüpi ei osuta teenuseid. Neil tuleks lasta kasvada, nende kogemust levitada, EL raha hankida jne

17. Kas KOV-l on võimalik parandada-arendada olemasolevat formaalset teenustekorraldust, saada mastaabiefekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine nn toit ratastel, pesupesemine vms)?

Ma arvan, et Viljandis me mingit efekti ei saa, Need teenused, mida osutame koduhooldusele lisaks, on omastehooldusel isikutele kättesaadavad. Meil pole seda piirangut, et kui saad omastehooldust, siis muud teenust ei küsi. Kõigil on ühesugused õigused. Invatransport, saun, toit koju. Seda kasutavad eriti need hooldajad, kes päeval töötavad. Siis on kodukülastus ka selline kontrollkäik, et kõik on korras. Kaks ühes teenus. Uus teenus on asendushooldus. Paar inimest annavad paari tunni kaupa omastehooldajale puhkust, et ta saaks käia arsti juures, passilauas, arveid vms maksmas jne

18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehooldajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehooldus, omastehoolduse kabinet Viljandis jms) ja sellest tulenevalt meie omastehooldajate võimalusi saada neilt vajaduse korral tuge (hooldamise alane erialane nõustamine ja koolitamine, juriidiline nõustamine enda õiguste kohta)

Meil on asjad selles osas suhteliselt head. Ühelt poolt me maksame alates 1994.a. MTÜle tegevustoetust. Nad on olemas, tegutsevad, aktiivsed jne. Teiseks meil on olnud väga aktiivne tugigrupp, nad on olnud partneriks MTÜle Omastehooldus ja nii on siia neid koolitusi jm teavet tulnud.

Meil on MTÜ mis tegeleb omastehooldajatega. N.ö. eneseabi rühm, kus vahetatakse infot, kogemusi, koolitatakse, tutvustatakse abivahendeid ja õpetatakse neid kasutama. Osalt tehakse sarnaseid asju ka pensionäride ühenduse ja PIK kaudu

20. Mitmel pool viimasel kümnendil läbi viidud projektid on andnud kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehooldajad tuua tagasi tööturule (VTHK projekt Hooldustugi ja PEHIT Tartus, MTÜ Omastehooldus poolt ESF projekt Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed raames mujal Eestis tehtud projektid). Kas Teil on ülevaade saadud tulemustest ja kas neid projektides katsetatud meetodeid võimalik kasutada igapäevases sotsiaaltöös?

20. ESF vastava meetme (rahastuse) abil on võimalik aastaks 2020 tööturule viia ca 1-1,2 tuhat omastehooldajat. Tallinnas siis ca 400, Tartus 100, Pärnus 50 jne. Kui te olete eelneva arvutusega päri, siis milliseid pingutust/tegevusi oleks sellise tulemuse saavutamiseks omavalitsuse sotsiaaltöötajatel vaja teha?

Kas omastehoolduse reformimine, nii nagu seda praegu on käivitatud (hooldajate tööturule aitamine) on kõige õigem valik. Kas ei peaks alustama sellest, et takistada uute hooldajate juurde tulekut.

Tegelikult on vaja mõlemat. Eks paljud hooldajad ju tahavad tööle minna, nad on hea haridusega, kui nad on hooldajad siis tegelikult neile jookseb min pension, nende vanadus tuleb väga raske. Eriti näiteks sügava puudega lapse hooldajad, enamus naised, kõrgelt haritud, tahavad töötada. Nende töötamine on vajalik ka pere ja teiste laste eest hoolitsemise mõttes. Sest kui võrrelda tänast situatsiooni (hooldamine) ja võimaliku tulevast olukorda (töötamine), siis seda tööd nad võtavad ju mõne aja kui puhkust.

21. Eaka inimese hooldus on objektiivselt tähtajaline protsess ja seetõttu on ka omastehooldajate liikumine trajektooriga töötamine->hooldamine->töötamine pidev protsess. Ühtede jaoks on sellise tsükli läbitegemine lihtsam ja teiste jaoks keerulisem. Kas teil on kujunenud aramus, kelle jaoks on see tsükkel keerulisem (võib-olla sõltuv hooldaja vanusest, haridusest, rahvusest, hoolduse kestvusest, tema (hooldusest mõjutatud) tervisest vms). Kui tegu on tööturule naasmise mõttes riskigrupi kuuluva isikuga, siis kas pole mõttekam vältida tema tööturult väljalangemist ja pakkuda hooldajatoetuse asemel formaalse hoolduse võimalusi?

Kõik need näitajad (vanus, haridus, hoolduse pikkus, varasem töö ja tööturul hakkamasaamise kogemus) pluss tööturu seis (töötuse määr) mõjutavad seda asja.

Kui hoolduse staaž on väga pikk, on tekkinud sõltuvussuhe, ligiduses tööd ei ole. Siis on pigem mõistlik mitte survestada inimest tööle minema, vaid otsida tema abistamise võimalusi.

Intervjueerija: Tegelikult on hooldaja tööturule aitamise kõrval vaja tegelda ka hooldatavaga. Tema ju määrab sageli mängureeglid. Kuipalju seda asjaolu on projektide kavandamisel jne arvesse võetud. Ja kas on jällegi mingeid lihtsamaid ja keerukamaid juhtumeid?

Lihtsam on puudega laste hooldamisel. Kui lastehoiu teenuse pakkuja on usaldusväärne, siis loovutatakse laps tema kätte ja ema tahab minna ja läheb tööle. Raskem on täisealiste hooldajate.

Siin on asjad erinevad sõltuvalt sellest, kas hooldaja on sugulane või naaber. Naabrit on keerulisem n.ö. pihus hoida ja oma reegleid peale suruda. Tegelikult tulevad ju mingid takistused süsteemide ülesehitusest. Dementsust kui haigust käsitletakse tööealistel ja pensioniealistel erinevalt. Tööealistel on teenuse rahastaja haigekassa. Eakal, kes on hooldekodus, seda teenuse osa haigekanna ei maksa. Aga see teeb kogu loo ületamatult kalliks, pere seda maksta ei suuda ja nii jääb vanur koju

22. Millised oleksid teie kogemusi kokku võttes siis kõige üldisemad juriidilis-majanduslikud sammud, mis aitaksid kaasa omastehooldajate tööturule minekule (näiteks muudatused Sotsiaaltoetuste seaduses, Perekoonaseaduses, Sotsiaalmaksuseaduses vms)?

23. Hooldajatoetuse määramiseks kasutatav hindamisinstrument on kõige pikema aja jooksul Eestis kasutatud instrument. S.t. tema tugevused ja nõrkused on kõige paremini teada. Kas teie KOV-s kasutatavat instrumenti on viimastel aastatel muudetud. Kas see on nüüd optimaalne, või vajaks mõnes osas kas lühendamist või lihtsustamist või vastupidi mõnes osas laiendamist või täpsustamist?

Kasutatav instrument on päris hea, me oleme seda ümber teinud, lühendanud jne. Koostöö meedikutega on oluline, diagnoos või õieti haigusega seotud toimetulekuvõime vähenemine ja puue ja

sellega seotud lisavajadus. Aga tegelikult tuleb ikkagi arvesse võtta ka vanust. Ega kõik eakad ei vormista vastupidiselt argisele arvamusele endale puuet.

Aga ideaal oleks elektrooniline dokument, kus arst täidab oma osa, sotsiaaltöötaja oma osa, klient ja pere annab omapoolse info. Siis saadakse tervikpilt. Praegu vaieldakse andmekaitse üle. Ega sotsiaaltöötaja ei taha diagnoosi, ta tahab hinnangut abivajadusele ja prognoosi selle muutumise kohta. Halvemaks või paremaks

24. Lõpuks küsimus avaliku sektori (nii riigi kui KOV) korraldatavate sotsiaalteenuste kohta üldiselt. Millise sotsiaalteenuse saamine/sotsiaalprobleemi lahendamine on abivajajate jaoks Teie regioonis kõige keerulisem teenusepakkujate puudumise, rahastamise probleemide, bürokraatlike piirangute vms tõtt?. Kuidas Te hindate tänapäevaste sotsiaalhoolekande teenuste (näiteks e-teenuste seisu). Kas Te loetleksite toiminguid, mida omastehoolduse kliendid saavad teha interneti või mobiili vahendusel?

Mina teeksin esimese asjana Viljandi haigla psühhiaatriaosakonna juurde dementsete päevakeskuse. See on teenus, mida peavad sotsiaal ja tervishoid koos tegema muidu ei tule välja. Muidugi võiks seda teha ka hooldekodude juurdeehitusena, nii on lihtsam kui eraldi. Praegu on meede avatud, EL maksab 85%, KOV 15%. Niimoodi on võimalik muuhulgas ka hooldekodu tervishoiu poolt efektiivistada, klientuur suureneb. Tegelikult peaks sinna kus hooldekodude juures on vaba maad ehitama ka väikesi üürimaju. Kus hooldust vajavad isikud saaks elada üürnikena, kasutada hooldekodu personali ja infrastruktuuri (söökla, füsioteraapia, saun vms).

Meil on päris palju töötavaid omastehooldajaid, kes töötavad. Mõni on pannud kaamera, et näha mis kodus toimub. Teine käib lõunal kontrollimas. See on väga kurnav, päevakeskus lahendaks neile palju probleeme.

Teine teenus oleks asendushooldus nädalavahetuseks. Need saavad olla osaajaga töötajad, kes annavad hooldajatele vabu päevi, tulevad koju. Vähemal kord kuus. See ei maksa palju.

Intervjueerija: Kas tavahooldekodu ja hooldusravi vahel peaks olema ka mingi vaheetapp, tugevdatud meditsiinilise komponendiga hooldus.

Unistada ju võiks. See peaks olema sel juhul üks kompleks, kus inimene liigub lihtsamalt keerukamale teenusele.

Üks seltskond, kes vajaks eraldi teenust, on alkohoolikud. Pea kõik hooldekodud on nendega hädas.

25. Tulles intervjuule olid Teil kindlasti mõned teemaga seotud mõtted ja seisukohad, mida eelnevad küsimused ei puudutanud. Kas Te tahaksite neid lõpuks välja öelda?

Me võtame seda loomulikuna, et õpetajate palka tuleb tõsta, lasteaednike palka tuleb tõsta, et kool on tasuta, et lasteaed on küll tasuline aga kohatasu on väiksem kui subsiidium. Aga sama loomulik pole see, et ka sotsiaaltöötajate palk peab tõusma, et hooldekodu kohatasu peaks ka subsideerima riigi või KOV poolt. Kas ei peaks olema nii, et kui hindamine näitab hooldusvajadust, siis isik maksab toidu ja kohatasu (hotell) ja omavalitsus maksab hoolduse eest. Täna on hooldekodudes piisavalt inimesi, kes seda teenust ei vajaks. On neid, kelle eest maksab pere, on neid, kelle maksab kinni KOV. Ja hooldusravi haiglates sama moodi. On inimesed, kes pärast arve lõpetamist viiakse paariks päevaks koju ja siis tuuakse kiirabiga uuesti tagasi. Sest pere ei jõua maksta. Kui rääkida hoolduskindlustusest nagu seda Kai Saks teeb, siis on kiirelt vastuargument, et maksukoormust ei või tõsta. Aga kui ma jään koju, et pereliiget hooldada ja ei tööta ja ei maksa makse. Kas see on parem variant. Või töötan ja maksan hooldekodu tasu. See on ju maksukoormuse tõus. Kõlab umbes nii, et me ei tohi teha seda, mida me teeme. Absurd!

## Intervjuu nr 4 02.04.2018 kell 14.00-15.45

1. Milline on Teil on isiklik kogemusi seoses lähedas(t)e hooldamisega (hooldamine, hoolduse korraldamine vms)?

Mul puudub isiklik kogemus lähedase inimese hooldamisel, kuid tööalaselt olen kokku puutunud lähedaste hoolduse korraldamise ja lähedaste hooldusega seotud erinevate probleemide lahendamisega.

2. Kui kaua Te olete erialaselt (igapäevatöö kaudu) kokku puutunud omastehooldusega (hooldatavate ja hooldajate probleemidega, hooldajatoetuse määramisega, hooldatavatele muude sotsiaalteenuste korraldamisega)?

Erialaselt olen kokku puutunud omastehooldusega 2001. aastast alates.

3. Milline on Teie seisukoht mitteprofessionaalse hoolduse kohta. Kas perekonnaliikme hooldamist ja lähisugulaste hulka mitte kuuluva isiku hooldamist oleks juriidilisest ja majanduslikust vaatenurgast mõistlik käsitleda ühesuguste või erinevate reeglite/põhimõtete järgi.

Minu arvates ei ole võimalik käsitleda pereliikmete hooldamist ja pereliikmete hulka mittekuuluva isiku hooldamist ühesuguste põhimõtete järgi.

4. Sama küsimus kahe grupi kodus hooldamise kohta, kui tegemist on suure (üle 20 tunni nädalas) hoolduskoormusega?

Ühtseid põhimõtteid ei ole minu arvates võimalik ka käsitleda kahe grupi kodus hooldamise puhul, seda enam, kui on tegemist suure hoolduskoormisega.

5. Kas Teil on andmeid selle kohta, et omastehooldaja on jäänud hätta mõne oma lepingujärgse ülesande täitmisega (olmeliste küsimuste korraldamine, avariid vms, teenuste korraldamine, näiteks transport kui on hooldatava transpordiks vaja raami vms).

Minu kliendil ei olnud võimalik oma liitpuudega pojaga hambaravile minna, kuna puudus võimalus hambaravi narkoosis teostada.

6. Millise hinnangu annate hooldajate tegevusele selles osas, mis puudutab hooldatava elukvaliteedi parandamist (eluruumi kohandamine, tehniliste abivahendite muretsemine, hooldusvahendite muretsemine). Võimalusel hinnake, mis on probleemide tekkimise korral selle põhjused (infopuudus, korralduslikud raskused, rahapuudus, soovimatus vms)

Enamus lähedaste inimeste hooldajaid on muretsenud oma lähedastele vajalikud abivahendid ja hooldustooteid, kuigi nad on kurtnud, et abivahendid on kallid. Mul on klient, kellel ei ole rahapuuduse tõttu võimalik oma emale abivahendeid muretseda. Kuid pöördudes omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole, ei tule kliendil arvestuslikult välja ühekordne toetus abivahendi ostmiseks.

Eluruumi kohaldamiseks või elukoha vahetuseks (elukvaliteedi parandamiseks) puuduvad inimestel rahalised vahendid. Samas on vahel olnud hooldajate vähene initsiatiivikus või suutmatus asjaajamistel põhjuseks miks ei ole hooldaja suutnud oma lähedasele vajalikku teenust või abivahendit taotleda.

7. Mitteformaalse hoolduse kohta on levinud teatud stereotüüpsed arvamused (hooldaja ei oma infot omavalitsuse teenuste ja toetuste kohta, madala sissetuleku tõttu ei ole võimeline hankima abivahendeid, ei tunne hooldusvõtteid, hoiab sotsiaalsest suhtlusest kõrvale, on ülejõukäivate kohustuse tõttu stressis või saanud terviserikke jne). Mil määral on sellised arvamused õigustatud, mil määral pigem tegelikkust moonutavad?

Oma kogemustele tuginedes võin öelda, et kõik eelnimetatud arvamused vastavad tõele.

8. Üks omastehooldaja kohta levinud arvamus on n.ö. omakasu taotlemine. Esiteks arvamus, et hooldajale on oluline hooldatava pension. Teiseks, arvamus et hooldaja kasutab ära süsteemi (saab hooldajaks vormistamise kaudu ravi- ja pensionikindlustuse). Kas selliseid juhtumeid võib Teie hinnangul olla suhteliselt palju? Kas sellistel juhtumitel võib hoolduse kvaliteet olla kehv?

Ma ei nimetaks omastehooldajate puhul omakasu taotlemist. Kuna keskmise suurusega pensioniga on raske igapäevaselt toime tulla, siis arveldades kahe pensioniga on ilmselgelt lihtsam toime tulla.

Kui ma oma mõne kliendi puhul võiksin ka täheldada omakasu taotlemist, siis hoolduse kvaliteet ei ole selle all kindlasti kannatanud.

9. Kohustus perekonnaliiget hooldada saabub tihti ootamatult. Kas teie hinnangul on need juhtumid, kui hooldus algab suure hilinemisega, oskamatult vm moel probleemset, sagedased või harvad?

Kui suhted on pereliikmete vahel head ning inimesel on pereliikmed, siis üldjuhul on ka abi õigeaegne. Küll aga on mul oma töös ette tulnud sageli juhtumeid, kus inimene on jäänud kas abita või on abi andmine hilinenu. Nendel juhtudel on põhjuseks olnud see, et kas pereliikmed on kaugel, pereliikmed ei hooli oma lähedastest, abivajav isik ise on oma käitumisega (alkoholi tarbimine, vägivaldsus) eelnevalt lähedastele probleeme tekitanud või puuduvad inimesel lähedased.

10. Kas Teie kogemuse kohaselt on keskmise pikkusega hoolduse korral hooldaja vahetus erandlik või tavapärase (sage) sündmus? Juhul kui hooldaja vahetub, kas Teie hinnangul on uus hooldaja esimese valikuga võrreldes ühel või teisel moel hooldamiseks paremini ette valmistatud (on olemas kogemus, haridus (töötukassa koolitus) vms omadus või oskus mille põhjal pidada teda reaktsioon: kui paljud teatavad, et nad saavad niigi hakkama, kui paljud võtavad pakkumise vastu, kui paljud teatavad, et nad ei saa erinevatel põhjustel pakkumist vastu võtta?

Keskmise pikkusega hoolduse korral on hooldaja vahetus pigem erandlik sündmus. Juhul kui aga hooldaja vahetub, siis minu arvates ei ole uus hooldaja võrreldes eelmisega paremini ette valmistatud.

11. Hinnake palun, kas sisulises mõttes hoolduse jagamine (hooldajaid on mitu, näiteks üks lastest argipäeviti, teine puhkepäevadel, üks vastutab ühtede ja teine teiste tegevuste eest vm variant) on sage või erandlik variant?

Hoolduse jagamine pereliikmete vahel on erandlik variant.

12. Kui võtame aluseks keskmise pikkusega hoolduse, siis kui palju kontakte on selle aja jooksul hooldajaga/hooldatavaga hoolekandeteenistuse spetsialistidel. Millist laadi (mis probleemide pinnal) need kontaktid kõige sagedamini on?

Kuni 1. juulini 2010 (01.07.2010 hakkas kehtima määrus, et hooldust ei seata hooldatavale, kellel on perekonnaseaduse alusel ülalpidamiskohustusega isikud ning antud määrus kehtib ka käesoleval ajal) olid minu kontaktid hooldajatega/hooldatavatega sagedasemad, kuid alates 2010. aasta suvest on mul olnud kontakte omastehooldajate ja nende hooldatavatega märkimisväärselt vähem, kui varem. Pereliikmete hooldamise puhul maksab KOV hetkel hooldajatoetust ainult neile omastehooldajatele, kes on määratud kohtu kaudu oma pereliikme eestkostjaks.

Sageli pöörduvad minu poole pereliikmed, kes soovivad erinevaid teenuseid (koduteenust, hoolekandeesutusse paigutamist, õendusabiteenusele suunamist, invatranspordi teenust, sooja toidu koju toomist jm. teenuseid). Minu poole on sageli pööratud ka erinevate abivahendite taotlemise teemal.

13. Uuringud näitavad, et erinevate hoolduse gruppide võrdlemisel (omastehooldus, koduhooldus, institutsionaalne hooldus, õendushooldusteenused) on kõige rohkem kaebusi nii füüsilise (näiteks valu tundmine) kui vaimse (stress) kohta omastehooldusel inimeste poolt. Kuidas Te sellist tulemust kommenteerite/seletate?

Ka minu kliendid (omastehooldajad) on kurnud, et pikaajaline lähedase isiku hooldamine on mõjunud nende nii vaimsele kui füüsilisele tervisele. Füüsilisele tervisele on mõju avaldanud see, kui lähedast tuleb pidevalt tõsta. Stressi tekitab hooldajatele see, et nad on sunnitud hooldamise kõrvalt tööl käima ja pidevalt kombineerima/leidma erinevaid võimalusi tööl käimisel kõrvalt lähedase hooldamiseks. Kui hooldaja on sunnitud oma lähedase hooldamise tõttu koju jääma (hoolduskoormuse suurenemise tõttu), siis tekitab omakorda stressi rahapuudus. Hooldajad kurdavad sageli seda, et nende uni on lähedase hooldamise tõttu häiritud ning hooldajatel ei ole võimalust puhata ja osa saada erinevatest meelelahustustest või tegeleda hobidega. Hooldajatel on hooldamise tõttu jäänud vähemaks kontaktid ja suhtlus teiste pereliikmete, sugulaste ja tuttavatega.

14. Kas Te saate võrrelda omavahel professionaalse (KOV korraldatud) hooldusteenuse ja omastehoolduse kliente. Kui paljud viimastest saaksid (juhul kui ei neil ei oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast KOV-s kehtivate reeglite (hooldusvajaduse hindamine) järgi koduhooldusteenust?. Sama küsimus 24 tunnise hoolduse kohta. Kui paljud saaksid (juhul kui ei i oleks hooldajat) oma hooldusvajaduse vaatenurgast hooldekodu kohta?

Omastehoolduse klientidest on võimalik saada koduteenuse neil isikutel, kes ei ole voodihaiged. Ressursside vähesuse tõttu ei ole koduteenust võimalik osutada klientidele, kes vajavad ööpäevaringset abi. Õnneks tegutseb Pärnu linnas osatühing, mis osutab abi kodus ka klientidele, kes vajavad ööpäevaringset hooldust. Ööpäevaringse hooldusvajadusega klientidel on võimalus kõikidel taotleda kohta hoolekandasutuses. Probleemiks on aga see, et järjekorrad hoolekandeesutustesse on küllaltki pikad.

15. SM uuringu kohaselt ei tule 1/3 hooldajatest oma ülesannetega toime ja vajavad hooldamisel lisaabi (lisateenuseid tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise, päevakeskuse, ööpäevase (intervall) hoolduse või õendushoolduse teenuse pakkuja poolt). Kas Teie kogemus kinnitab sellise lisaabi vajadust? Kui jah, siis mis on kõige lihtsam viis, kuidas omastehooldajaid abistada ja lahendus mida saaks kiiresti kasutusele võtta?

Ka minu kogemus kinnitab seda, et paljud hooldajad vajavad lisaabi. Üheks võimaluseks on koduteenus, mida me oma praktikas ka palju kasutame. Kuid nagu ma ka eelnevalt kirjeldasin, siis ööpäevaringset abi vajavaid kliente ei ole meil võimalik Pärnu koduteenusele suunata.

Vesteldes omastehooldajatega oleks neile suureks abiks asendushooldaja. Näiteks oleks hädasti vaja asendushooldaja abi, kui hooldaja käib tööl, kuid tal on vaja tööga seoses komanderingusse minna.

Paljud omastehooldajad on rääkinud, et neil puudub aeg puhkuseks, puudub aeg iseenda jaoks, ülejäänud pereliikmete jaoks ning puudub võimalus ka enda „akude laadimiseks“. Hooldajate jaoks on probleemiks see, et õendusabiteenusele saamiseks (mis annab hooldajatele võimaluse puhata) on pikad järjekorrad ning õendusabiteenusel viibimine on limiteeritud.

16. Fakt on see, et avalik sektor ei paku kõigile ja kõikjal piisavalt professionaalseid hooldusteenuseid. Omastehooldajate peamine võimalus oma tööd kergendada/paremat teenust pakkuda on erahoolekande kaudu (Tartus OÜ Hooldaja ja Koduhooldus, teiste KOVde teenusepakkujaid ei tea). Milline on Teie hinnangul osaühingute võimekus (silmas pidades kasvõi tööturu pingelist seisut sotsiaalhoolduse vaatenurgast) oma teenuse mahtu suurendada ja klientide võimekus tasuda optimaalse hoolduse mahu eest turuhinda?

Ka meil on Pärnu linnas osaühing, mis osutab abi erahoolekande kaudu abivajajatele kodus. Mina olen mitmeid kordi soovitanud pöörduda antud osaühingu poole, kuna see katab tühimiku, mida koduteenus ei kata, abistades ka voodihaigeid. Need kliendid, kes on pöördunud osaühingu poole, on olnud osaühingu teenustega rahul. Mul puudub info, kas antud osaühingul on hetkel võimatus rohkem kliente teenindada. Samas on antud erahoolekandelise osaühingu hinnad kõrgemad kui seda on sotsiaalkeskusel, kes pakub koduteenust. Kõrge hinna tõttu ei ole mitmed minu kliendid soovinud pöörduda osaühingu poole ning on püüdnud leida ise sobivaid võimalusi hoolduse korraldamiseks.

17. Kas KOV-l on võimalik parandada-arendada olemasolevat formaalset teenustekorraldust, saada mastaabiefekti vms, lülitades teatud üksikteenuste saajate ringi lisaks tänastele klientidele suuremas mahus omastehooldusel olevaid isikuid (toidu koju toomine nn toit ratastel, pesupesemine vms)? KOV tegi otsuse suurendada koduteenuse hindasid alates jaanuarist 2018, mis võimaldaks tagada abi suuremas mahus kui seda on seni osutatud. Esialgu tekitas hinnatõus paljudes klientides pahameelt, kuna enamus kliente tasub koduteenuse eest ise. Kuid on ka neid kliente, kelle teenuse eest tasuvad lähedased ja neid hinnatõus nii ei puuduta. Sooja toidu koju toomise teenust osutab hetkel mittetulundusühing, kellega on sotsiaalosalakonnal pikaajaline ja positiivne koostöö kogemus.

18. Paljudes riikides on olemas püsivad tugisüsteemid omastehooldajate toetuseks? Kuidas Te hindate Eesti vastava tugisüsteemi võimekust (MTÜ Eesti Omastehooldus, omastehoolduse kabinet Viljandis jms) ja sellest tulenevalt meie omastehooldajate võimalusi saada neilt vajaduse korral tuge (hooldamise alane erialane nõustamine ja koolitamine, juriidiline nõustamine enda õiguste kohta)

Olen teadlik, et Eestis on olemas tugisüsteemis omastehooldajate toetuseks ja minu arvates on see igati positiivne, et need tugisüsteemid on olemas ja kindlasti on erinevad tugisüsteemid abiks paljudele omastehooldajatele. Need kliendid, kellega mina olen suhelnud, neil puudub isiklik kogemus omastehooldajatele mõeldud tugisüsteemidega suhtlemisel. Vesteldes omastehooldajatega kulub paljudel hooldajatel energia ja jõud juba igapäevamurede lahendamisele, mistõttu ei jätku neil ei aega ega ka energiat omastehooldajate tugisüsteemidega suhtlemiseks.

19. Mitmel pool viimasel kümnendil läbi viidud projektid on andnud kogemuse, milliste meetoditega on võimalik tööealisi omastehooldajad tuua tagasi tööturule (VTHK projekt Hooldustugi ja PEHIT Tartus, MTÜ Omastehooldus poolt ESF projekt Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed raames mujal Eestis tehtud projektid). Kas Teil on ülevaade saadud tulemustest ja kas neid projektides katsetatud meetodeid võimalik kasutada igapäevases sotsiaaltöös?

Mul puudub informatsioon ja ülevaade eelnimetatud projektidest ning nende võimalustest kasutada projektides katsetatud meetodeid igapäevaselt sotsiaaltöös.

20. ESF vastava meetme (rahastuse) abil on võimalik aastaks 2020 tööturule viia ca 1-1,2 tuhat omastehooldajat. Tallinnas siis ca 400, Tartus 100, Pärnus 50 jne. Kui te olete eelneva arvutusega päri, siis milliseid pingutust/tegevusi oleks sellise tulemuse saavutamiseks omavalitsuse sotsiaaltöötajatel vaja teha?

Selleks, et aastaks 2020 oleks võimalik omastehooldajad viia tööturule tuleks viia läbi minu arvates põhjalik uuring, kui palju on neid isikuid, kes oleks tegelikult valmis ja ka suutelised asuma tööturule.

Veel oleks vaja selgitada välja, milliseid teenuseid vajavad isikud, kelle hooldajad asuksid tööturule ja kas abivajajad on nõus väljastpoolt pereringi osutatava abiga.

21. Eaka inimese hooldus on objektiivselt tähtajaline protsess ja seetõttu on ka omastehooldajate liikumine trajektooril töötamine->hooldamine->töötamine pidev protsess. Ühtede jaoks on sellise tsükli läbitemine lihtsam ja teiste jaoks keerulisem. Kas teil on kujunenud arvamus, kelle jaoks on see tsükkel keerulisem (võib-olla sõltuv hooldaja vanusest, haridusest, rahvusest, hoolduse kestvusest, tema (hooldusest mõjutatud) tervisest vms). Kui tegu on tööturule naasmise mõttes riskigrupi kuuluva isikuga, siis kas pole mõttekam vältida tema tööturult väljalangemist ja pakkuda hooldajatoetuse asemel formaalse hoolduse võimalusi?

Tööturult juba välja langedes on keeruline naasta neil, kelle vanus on üle keskea, kellel on vähene haridustase või kellel puudub eriharidus, kes ei räägi riigikeelt ning kelle pikaajaline pereliikme hooldamine on muutnud tervisliku seisundit niivõrd, et tal on raske naasta tööturule.

Olen päri mõttega, et hooldajate tööturult väljalangemise vältimiseks võiks pigem pakkuda hooldajatoetuse asemel abivajajatele formaalset hoolduse võimalust.

22. Millised oleksid teie kogemusi kokku võttes siis kõige üldisemad juriidilis-majanduslikud sammud, mis aitaksid kaasa omastehooldajate tööturule minekule (näiteks muudatused Sotsiaalhoolekande seaduses, Perekonnaseaduses, Sotsiaalmaksu seaduses vms)?

Jätan selle küsimuse vahele.

23. Hooldajatoetuse määramiseks kasutatav hindamisinstrument on kõige pikema aja jooksul Eestis kasutatud instrument. S.t. tema tugevused ja nõrkused on kõige paremini teada. Kas teie KOV-s kasutatavat instrumenti on viimastel aastatel muudetud. Kas see on nüüd optimaalne, või vajaks mõnes osas kas lühendamist või lihtsustamist või vastupidi mõnes osas laiendamist või täpsustamist?

Kuna esialgne hindamisinstrument oli liiga pikk ning selles oli mitmeid korduvaid küsimusi, siis oleme muutnud hindamisinstrumenti kahel korral. Tänapäevaks oleme välja töötanud hindamisinstrumendi, millega on meil endil lihtsam töötada ning mis on universaalne, s.t. et seda on võimalik kasutada erinevate sotsiaalteenuste hindamiseks.

24. Lõpuks küsimus avaliku sektori (nii riigi kui KOV) korraldatavate sotsiaalteenuste kohta üldiselt. Millise sotsiaalteenuse saamine/sotsiaalprobleemi lahendamine on abivajajate jaoks Teie regioonis



kõige keerulisem teenusepakkujate puudumise, rahastamise probleemide, bürookraatlike piirangute vms tõtt?. Kuidas Te hindate tänapäevaste sotsiaalhoolekande teenuste (näiteks e-teenuste seisu). Kas Te loetleksite toiminguid, mida omastehoolduse kliendid saavad teha interneti või mobiili vahendusel?

Omastehooldajad vajaksid omavalitsuse poolt rohkem kodust abi, mis võimaldaks hooldajatel rohkem keskenduda tööl käimisele. Nagu ma ka eelnevalt märkisin on suureks probleemiks see, et koduteenust ei osutata üldjuhul neile isikutele, kes vajavad ööpäevaringset hooldust. Seda aga oleks hädasti vaja, et hooldaja saaks tööl käia ning abivajajat ei oleks vaja paigutada hoolekandeesutusse. Üheks suureks probleemiks on ka see, et omastehooldajatel on suur koormus ja stress, mis paratamatult mõjub halvasti hooldajate tervisele. Siinkohal oleks üheks puhkuse võimaluseks hooldajale see, kui ta saaks oma lähedase vajadusel paigutada õendusabiteenusele või oleks võimalus suunata pere juurde asendushooldaja. Õendusabiteenusele saajate arv on aga hetkel piiratud, aeg õendusabiteenusel viibimiseks on piiratud ja samas ootavad inimesed pikalt järjekorras selleks, et pääseda õendusabiteenusele.

Minu arvates on tänapäevaste sotsiaalhoolekande e-teenuste seis hea. Kohaliku omavalitsuse poolt pakutavate sotsiaalteenuste taotlused (ööpäevaringse hooldusteenuse taotlus, hooldajatoetuse taotlus, isikliku abistaja teenuse taotlus, eluruumi kohandamise toetuse taotlus, ühekordse toetuse taotlus, tugiisikuteenuse taotlus) on võimalik esitada interneti teel.

25. Tulles intervjuule olid Teil kindlasti mõned teemaga seotud mõtted ja seisukohad, mida eelnevad küsimused ei puudutanud. Kas Te tahaksite neid lõpuks välja öelda?

Selleks, et välja selgitada, millist abi vajavad omastehooldajad kõige enam ning kas nad on valmis asuma tööturule, oleks vajalik küsitleda omastehooldajaid.

Kuigi ..... on mitmeid sotsiaalteenuseid, mis on klientidele suureks abiks, siis samas on veel arenguruumi, et tagada omastehooldajatele sobivad teenused, mis hetkel puuduvad. Olgu selleks siis koduteenus voodihaigetele, päevahoid, asendushooldaja, intervallhooldus või kogemusnõustaja.