



**Marginaliseerumise riski
vähendamine eakatel:
pensionisüsteem, tervishoiuteenused,
sotsiaalteenused**

Olukorra kirjeldus Eestis 2003.a.

Kai Saks, Kristina Oja, Sirli Kivisaar

Tartu 2004

Väljaandja: TÜ Sisekliinik

Käesoleva väljaande kasutamisel või tsiteerimisel palume viidata allikale.

Kontaktisik:

Kai Saks

L. Puusepa 6 Tartu 50406

tel: 7318627

e-post: Kai.Saks@kliinikum.ee

Väljaanne on koostatud Euroopa 5. raamprojekti
CARMA raames (QLK6-CT-2002-02341).

Selles esitatu on autorite seisukoht, autorid vastutavad andmete õigsuse eest.

EESSÕNA

19. sajandil alguse saanud ja 21. sajandil jätkuvate demograafiliste muutuste tagajärjel toimub Eestis ja ka kogu Euroopas rahvastikuvananemine, mis on väljakutseks nii valitsustele kui ka perekondadele. Selle tendentsiga kaasneb ka mõiste *eakate marginaliseerumine*, mis on Eestis paljudele veel tundmatu, kuid vaatamata mõiste uudsusele pidevalt toimuv tendents. Sisult kõige lähedasemaks eestikeelseks vasteks sellele terminile võiks olla *tõrjutus*. Marginaliseerumist kirjeldatakse kui sotsiaalset protsessi, mille käigus inimene muutub või muudetakse marginaalseks, st vähemtähtsaks või tõrjutuks. Osa inimesi kogeb seda pigem protsessina, mitte täieliku tõrjutusena, kus nad otsekui lülitatakse teatud osast aktiivsest elust välja kuhugi äärealadele. Sotsiaalne tõrjutus on seotud sotsiaalsete normidega, näiteks ühiskonna poolt määratud „normaalse“ elutasemega.

Teatud tingimustel võib marginaliseerumise oht ähvardada meid kõiki, sest see võib olla tingitud paljudest erinevatest faktoritest. Eaga kaasnevad bioloogilised ja füsioloogilised muutused, eelkõige aga vanemas eas sagenevad tervisehäired loovad soodsa pinnase marginaliseerumise tekkeks.

Eesti sotsiaalpoliitika aluseks on inimeste ettevalmistamine toimetulekuks hilisemas elus ning Eesti vanuripoliitika rajaneb rahvusvahelisel põhimõttel „ühiskond kõigile,“ mis tähendab seda, et ühiskond koosneb eri vanuses inimestest, kellel peab olema võimalus osaleda ühiskonnaelus east sõltumatult. Eakate toimetulekut ja aktiivset osalemist ühiselus on võimalik pakutavate teenuste kaudu toetada. Sellest, missugused on eakate enda individuaalsed ressursid ning millised on riigipoolsed toetavad teenused, sõltub eakate ja nende hooldajate elukvaliteet.

Käesolevas kogumikus kirjeldatakse eakate marginaliseerumise riski vähendamisele suunatud kolme põhilise valdkonna – pensionid, tervishoid ja sotsiaalteenused - kättesaadavust ja probleeme Eestis 2003. aastal. Esmalt on toodud ülevaade teenuste kättesaadavusest kehtivate regulatsioonide ja statistikaväljaannete põhjal, sellele järgnevad maakondade sotsiaalala spetsialistide hinnangud olukorrale oma maakonnas. Kogumiku autorid tänavad uurimuses osalenud eksperte, kelle asjalik analüüs oma piirkonna probleemidest ja vajadustest aitas koostada ülevaadet põhilistest probleemidest eakate tervishoius ja hoolekandes.

SISUKORD

Eessõna	3
Sissejuhatus	6
I Eakate marginaliseerumine	7
II Pensionisüsteem, tervishoiu- ja sotsiaalteenused	10
Pensionid	
Vanaduspension	10
Pensionilisad	11
Töövõimetuspension ja hooldajatoetus	11
Toitjakaotuspension	12
Rahvapension	13
Tervishoiuteenused	
Tervishoiureformid Eestis alates 1991. aastast	13
Tervishoiuteenuste finantseerimine	14
Tervishoiuteenuste liigid	15
Üldarstiabi	15
Perearstide töö eakate patsientidega	16
Pereõdede töö eakate patsientidega	16
Eriarstiabi	17
Päevastatsionaar	17
Haiglad	17
Hooldusravi	17
Taastusravi	18
Sotsiaalteenused	
Sotsiaalnõustamine	18
Proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine	19
Koduteenused	19
Eluasemeteenused	20
Hooldamine perekonnas	21
Hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandeesutuses	21
Päevakeskus	21
Tugikodu	22
Varjupaik	22
Üldhooldekodu	22
Sotsiaalse rehabilitatsiooni keskus	22
Erihooldekodu	22
Isikliku abistaja teenus.....	22
Kasutatud infoallikad	23
III Eakatele suunatud hoolekande ja tervishoiuteenused Eesti maakondades – kättesaadavus, probleemid ja nende lahendamise võimalused	
Uurimuse eesmärk	24

Valim	24
Uurimismeetod	24
Andmete kogumine ja analüüs	24
Tulemused	25
Andmete analüüs	27
Põhikategooria I: Tervishoiuteenused	27
Põhikategooria II : Sotsiaalteenused	29
Põhikategooria III : Teenus saamise tingimused	35
Põhikategooria IV: Teadaolevad probleemid	36
Põhikategooria V : Võimalikud lahendused	39
Põhikategooria VI: Perekonna roll eakate hooldamisel	41
Põhikategooria VII : Omavalitsusvälised tugistruktuurid	43
Põhikategooria VIII: Koostöövalmidus	44
Põhikategooria IX: Tulevikunägemus	46
Põhikategooria X : Info kättesaadavus	47
Põhikategooria XI: Tugi perekondadele	48
Kokkuvõte	49
Lõppsõna	51
Lisa. Valik Eesti statistilisi põhinäitajaid	52

SISSEJUHATUS

Käesolev ülevaade koosneb kolmest iseseisvast osast. Esimeses osas antakse lühiülevaade marginaliseerumise olemusest ning eakate marginaliseerumise põhjustest. Teises osas kirjeldatakse Eestis 2003.a. kehtinud pensionisüsteemi ning tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid, antakse ka lühiülevaade nende kujunemisest alates Eesti Vabariigi taasiseseisvumisest. See osa on koostatud infoallikate baasil. Kolmas osa kujutab endast kvalitatiivset uurimust, kus toome välja, millised olid peamised probleemid eakate ravi ja hoolekande korraldamisel ning milliseid lahendusvõimalusi neile probleemidele nähti maakondade sotsiaalala juhtide poolt aastal 2003. Lisas on toodud ära valik põhilistest demograafilistest näitajatest Eestis.

Tõuke antud uurimuse publitseerimiseks saime ühelt poolt kirjandusülevaadet koostades, kui selgus, et puudub ühine allikas, kus käsitletak eakatele pakutavate tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. Teisalt, uurimustöö intervjuude käigus selgus, et sotsiaalosakondade juhtidel on raske orienteeruda võrdselt hästi nii tervishoiu- kui hoolekandevaldkonnas. Ja lõpuks, kuid ehk kõige olulisemaks põhjuseks on soov taas kord rõhutada tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide tiheda ja sujuva koostöö vajadust.

Loodame, et antud kokkuvõte aitab tervishoiu- ja sotsiaalala juhtidel, kuid samuti tervishoiu- ja sotsiaaltöö tudengitel paremini orienteeruda eakatele pakutavate teenuste süsteemis ning on abiks tervishoiu ja hoolekande tõhusama toimimise kujundamisel.

I EAKATE MARGINALISEERUMINE

Marginaliseerumist kirjeldatakse kui sotsiaalset protsessi, mille käigus inimene muutub või muudetakse marginaalseks e. vähemtähtsaks või tõrjutuks. See sõna viitab nii teatud protsessile kui sellest tulenevale olukorrale.

Euroopa Liidu vaatlusandmetel on suurem tõenäosus osutada tõrjutuks mittestandardsetes elamistingimustes elavatel eakatel inimestel, vaimse või füüsilise puudega isikutel, hariduseta noorukitel, madala sissetulekuga perekonnast pärit naistel ning immigrandidel ja rahvusvähemustel. Siia nimekirja võib veel lisada väikese sissetulekuga üksikvanemad, pikaajalised töötud, homoseksuaalid, kodutud, vangid ja nende perekonnad.

Vastavalt M. Kronaueri jaotusele võib välja tuua eakate tõrjutuse erinevad põhjused:

- majanduslik tõrjutus
- sotsiaalne tõrjutus
- kultuuriline tõrjutus
- institutsionaalne tõrjutus
- keskkonnast põhjustatud tõrjutus

Majanduslik tõrjutus.

Siin on olulisel kohal inimese majanduslik olukord, vastavalt millele liigitatakse inimesed erinevatesse klassidesse. Majanduslikku tõrjutust põhjustab normaalseks peetava elustandardi puudumine, tööturult eemalejäämine. Eakate probleemid on tihedalt seotud madala elustandardiga ja inimõiguste mitteametamisega ning nende heaolu sõltub ennekõike nende sotsiaalsest lõimumisest, milles majanduslik kindlustatus seisab esikohal. Inimesed, kellel kas puuduvad või on vähe materiaalseid ressursse, on ühiskonna elust tõrjutud majanduslikel põhjustel, sest nad ei saa elada soovitud viisil (võtta osa poliitilistest, kultuurilistest ja sotsiaalsetest üritustest, omada mobiiltelefoni jne). Alati ei põhjusta vananemine tõrjutust, sest ka eakate sissetulekud erinevad suuresti.

Sotsiaalne tõrjutus

Sotsiaalse tõrjutuse peamiseks ilminguks on sotsiaalsete suhete puudumine. Pensionile jäädes kaob töötaja roll, lapsed on täiskasvanud, nii kaob ka vanemaroll. Ea lisandudes abikaasa, sõbrad, sugulased jäävad haigemaks või surevad, mistõttu sotsiaalne võrgustik pidevalt kahaneb. Lisaks sellele võib põhjus peituda ka eaka enda tervislikus seisundis – mida halvem on inimese tervislik seisund, seda väiksem on tõenäosus, et ta nelja seinu vahelt välja saab ja elust aktiivselt osa võtab. Haiged või puudega inimesed ei ole ühiskonna ellu täielikult lõimunud ning see jätab nad kõrvale nii sotsiaalsetest kui kultuurilistest tegevustest. Tänapäeva avalik elu ei arvesta veel küllaldaselt haigete või puudega inimestega.

Kultuuriline tõrjutus

Kultuuriline tõrjutus tähendab rassilisest /etnilisest erinevusest tingitud tõrjutust. See probleem pole Eestis vaid tulevikuprobleem, sellele on vaja tähelepanu pöörata juba

praegu. Üle kogu Eesti võib kohata eakaid, kes vaatamata juba rohkem kui kümnele Eesti iseseisvusaastale pole omandanud eesti keele oskust. Võib kohata ka lihtsalt ühe rahvuse eelistamist teisele sõltumata keeleoskusest. Olulised on ka eakate inimeste suhtes valitsevad eelarvamused, mis neid samuti sotsiaalsest ja kultuurielust eraldavad.

Institutsionaalne tõrjutus

Institutsionaalne tõrjutus tähendab avalikele institutsioonidele ligipääsu puudumist, mis võib väljenduda võimaluste puudumises üritustel osalemiseks, meelelahutusasutuste külastamise võimaluste vähesuses.

Keskkonnast põhjustatud tõrjutus

Keskkonnast põhjustatud tõrjutus sisaldab endas selgesti eristatavaid ja tajutavaid keskkonna faktoreid, mis aitavad kaasa eakate tõrjutuse kujunemisele. Üheks oluliseks ümbruskonnaga seotud teguriks on kodukoha turvalisus, eakate vajadusi mitteamestav ümbrus. TÜ Sisekliiniku poolt läbi viidud Eesti eakate elukvaliteedi uuring 2003.a. toob eriti teravalt välja eakate jaoks suurimad probleemid: eakate vajadusi mitteamestavad trepikojad, liftide ja istekohtade puudumine nii trepikojas kui tänavatel. Tõrjutus võib olla mõjutatud ka geograafilisest asukohast – kas elatakse maal või linnas. Maal elades võib tekkida probleem vajalike teenuste kättesaamisega ja töö leidmisega.

Eakate marginaliseerumist mõjutavad mitmed tegurid - tegutsemisvõime, ressursid, haridus, tervislik olukord ja isiksus. Perekondlikus plaanis mõjutab eakate olukorda nii perekondlik staatus (abielus või mitte), elukoht ja pere ressursid. Ühiskondlikult mõjutab eaka toimetulekut nii kultuur kui ka vastava riigi heaolusüsteem ning pakutavate teenuste struktuur ja kättesaadavus.

Marginaliseerumine ei ole siiski paratamatus, seda on võimalik ära hoida või vähendada, osutades marginaliseerumise riskiga eakatele vajalikke toetavaid teenuseid.

Kasutatud infoallikad

Blackman, T., Brodhurst, S., Concery, J. (eds.) (2001). Social Care and social Exclusion: A Comparative Study Of Older People`s Care In Europe. Palgrave, Basingstoke.

Egger de Campo, M., Gentile, N., Antomarini, M., Sdogati, C., Predonzan, A., McCormick, W. (August 2002) Methods to Prevent Elderly Social Exclusion. A project within the programme Preparatory Measures Combating and Preventing Exclusion, DG Labour and Social Affairs.

<http://www.cooss.marche.it/mepese/progetto.htm>

Gingrich, L.G. (2003) Social exclusion, a kind of a process? Canadian Social Welfare Policy Conference

<http://www.ccsd.ca/cswp/2003/papers/abstracts/good-gingrich>.

- Kilmurray, A. Beyond the stereotypes. Northern Ireland's First think tank Democratic Dialogue <http://cain.ulst.ac.uk/dd/report2/report2b.htm>
- Kronauer, M. (1997) "Soziale Ausgrenzung" und "Underclass": Über neue Formen der gesellschaftlichen Spaltung. Leviathan, 28-49.
- Kronauer, M. (1998) Exklusion in der Systemtheorie und in der Armutsforschung. (Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung). Zeitschrift für Sozialreform, 755-768, 44.
- Lipietz, A., Saint-Alary, E. Social exclusion in Europe: meanings, figures and EU policies European Commission http://lipietz.net/ALPC/SOC/SOC_1999e.pdf
- Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanson, K., Schneider, G. (2001) Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Tartu: Tartumaa Trükikoda.
- Sharf, T., Phillipson, C., Smith, A.E., Kingston, P. Full Report on research activities and results: Older people in deprived neighbourhoods: social exclusion and quality of life in old age. http://www.regard.ac.uk/research_findings/L480254022/report.pdf
- Soots, A., Saks, K. (2003) Elukvaliteedi määratlus ja seda mõjutavad tegurid Eesti eakatel (käsikirjaline).
- Tiit, E.M., Saks, K. (2002) Tartu Senioriuuring 2002. http://www.tartu.ee/info_index.html

II PENSIONISÜSTEEM, TERVISHOIU- JA SOTSIAALTEENUSED

Pensionid

Riikliku pensioni liigid on vanaduspension, töövõimetuspension, toitjakaotuspension ja rahvapension.

Vanaduspension

Vanaduspension saamise õigus on Eesti alalisel elanikul ja tähtajalise elamisloa alusel Eestis elaval välismaalasel. Õigus vanaduspensionile on isikul, kellel on vähemalt 15 aastat Eestis omandatud pensioniõiguslikku või pensionikindlustusstaaži ja kes oli 2003. aastal vanuses - naised 58 aastat, mehed 63 aastat. Lähiaastatel pikeneb pensioniõiguslik vanus ka naistel 63 aastani.

Eestis on rakendatud kolme samba pensionisüsteem, mis on välja töötatud vastavalt pensionireformi kontseptuaalsetele alustele ja heaks kiidetud Eesti Vabariigi Valitsuse poolt 1997. aasta 3. juunil. Riikliku pensionikindlustuse seadus on Riigikogus vastu võetud 26. juunil 1998, kehtima hakkas 1. aprillil 2000.

I samm (riiklik pensionikindlustus) - I sambaks on reformitud kohustuslik jooksvale finantseerimisele tuginev riiklik pensionikindlustus, mille tulullikaks on sotsiaalmaks ja peamiseks eesmärgiks tagada kõikidele pensionäridele sissetuleku baasosa. Riiklik pensionisüsteem jaotab tulusid ümber (on "solidaarne") nii põlvkondade vahel kui elanikkonna läbilõikes.

Vanaduspension I samm koosneb kolmest osast:

- baasosast (2002. aasta 1. aprillist 444 krooni ehk 28 EUR);
- staažiosakust, mille suurus võrdub pensioniõigusliku staaži aastate arvu ja aastahinde korrutisega;
- kindlustusosakust, mille suurus võrdub pensionikindlustatu aastakoefitsientide summa ja aastahinde korrutisega.

Keskmine vanaduspension 2002 aastal koosneski üksnes I sambast ning oli 1758 krooni (112 EUR). 2002 aastal sai Eestis vanaduspensioniga 298 490 inimest.

II samm (kohustuslik kogumispension) – Kogumispensionide seadus Riigikogus on vastu võetud 12. septembril 2001, jõustunud 2001. aasta 1. oktoobril. Seaduse eesmärk on luua kogumispensionis sissemakseid teinud isikule võimalused täiendavaks sissetulekuks pensionieas lisaks riiklikule pensionikindlustusele. II samm on sissemaksete poolt määratud kogumispension, mille tulullikaks on töövõtjate poolt tehtud kohustuslikud sissemaksud individuaalsetele arvetele. II samba peamine eesmärk on luua täiendavaid sääste pensionieaks. II samba haldamisel on ülesanded jaotatud riigi ja erastruktuuride vahel.

III samm (vabatahtlik kogumispension) – III samm on sissemaksete poolt määratud ja kogumisprintsibiile rajatud era- lisapension, mille tulullikaks on (piiratud

maksusoodustustega) vabatahtlikud sissemaksed ja mille peamine eesmärk on võimaldada täiendavat säästmist.

Pensionilisad

- 1) Vabadussõjast osavõtnule ja tema lesele 100 protsenti rahvapensioni määrast.
- 2) Tuumakatastroofi, tuumakatsetuse, samuti aatomielektrijaama avarii tagajärjel töövõime kaotuse protsendiga vähemalt 40 protsenti püsivalt töövõimetuks tunnistatud isikule 10 protsenti rahvapensioni määrast.
- 3) II maailmasõjast osavõtnule ja Omakaitse liikmele 10 protsenti rahvapensioni määrast.
- 4) Rehabiliteeritud isiku, kes õigusvastaselt represseerituna on viibinud kinnipidamiskohas või asumisel, samuti sõjavangis või II maailmasõja ajal koonduslaagris või getos viibinud isiku töövõimetus pensionile arvutatakse juurde pensionilisa 20 protsenti rahvapensioni määrast.

Isikule, kellel on õigus mitmele käesolevas paragrahvis loetletud pensionilisale, määratakse üks pensionilisa tema valikul.

Vanaduspensioni arvutamise aluseks on rahvapensioni määr, millele liidetakse iga pensioniõigusliku või pensionikindlustusstaaži aasta eest 6,4 protsenti rahvapensioni määrast.

Töövõimetus pension ja hooldajatoetus

Õigus töövõimetus pensionile on vähemalt 16-aastaselt isikul kuni vanaduspensioniniikka jõudmiseni, juhul kui ta on Eesti Vabariigi Valitsuse kehtestatud korras tunnistatud püsivalt töövõimetuks töövõime kaotusega 40-100 protsenti. Invaliidsuse, selle tekke aja ja põhjused tuvastab arstlik tööekspertiisi komisjon (ATEK), kes määrab ka puude sügavuse astme. Puude olemasolu ei sõltu otseselt töövõime kaotuse ulatusest, kuigi on sellega seotud. Puude määramisel on otsustavaks kõrvalise abi või järelevalve vajadus. Puude astmed:

- 1) sügav puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäevaringselt;
- 2) raske puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval;
- 3) keskmine puue on inimese anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, millest tingituna vajab isik regulaarset kõrvalabi või juhendamist vähemalt kord kuus.

Toetust makstakse igakuiselt sügava puudega inimesele 160 protsenti sotsiaaltoetuste määrast (2001 aastal keskmiselt 640 krooni ehk 41 EUR kuus), raske puudega inimesele 105 protsenti (420 krooni ehk 27 EUR kuus) ja keskmise puudega inimesele 50 protsenti (200 krooni ehk 13 EUR kuus).

Eestis oli 2002 aastal Statistikaameti andmetel 47 140 töövõimetus pensioni saajat.

Hooldajatoetust makstakse igakuiselt:

- 1) 3-16-aastast keskmise, raske või sügava puudega last kasvatavale ühele mittetöötavale vanemale;
- 2) raske või sügava puudega 16-18-aastase lapse ühele mittetöötavale vanemale või mittetöötavale võõrasvanemale või mittetöötavale eestkostjale või 18-aastase või vanema raske või sügava puudega inimese mittetöötavale perekonnaseaduse alusel määratud hooldajale või eestkostjale.

Hooldajatoetust makstakse järgmistes suurustes:

- 1) 3-16-aastast keskmise, raske või sügava puudega last kasvatavale ühele mittetöötavale vanemale 75 protsenti sotsiaaltoetuste määrast;
- 2) sügava puudega 16-18-aastase lapse ühele mittetöötavale vanemale või mittetöötavale võõrasvanemale või mittetöötavale eestkostjale või 18-aastase või vanema sügava puudega inimese mittetöötavale perekonnaseaduse alusel määratud hooldajale või eestkostjale 100 protsenti sotsiaaltoetuste määrast;
- 3) raske puudega 16-18-aastase lapse ühele mittetöötavale vanemale või mittetöötavale võõrasvanemale või mittetöötavale eestkostjale või 18-aastase või vanema raske puudega inimese mittetöötavale perekonnaseaduse alusel määratud hooldajale või eestkostjale 60 protsenti sotsiaaltoetuste määrast.

2003. aastal oli hooldajatoetus:

- 1) raske puudega 16 – 18 a. lapse ühele mittetöötavale vanemale või eestkostjale, 18 aastase või vanema raske puudega inimese hooldajale või eestkostjale 240 krooni (15 EUR) kuus
- 2) sügava puudega 16 – 18 a. lapse ühele mittetöötavale vanemale v. eestkostjale, 18 aastase või vanema sügava puudega inimese hooldajale või eestkostjale 400 krooni (26 EUR) kuus

Toitjakaotuspension

Toitjakaotuspension määratakse toitja surma korral tema ülalpidamisel olnud perekonnaliikmele. Lapsele, vanemale või lesele määratakse pension sõltumata sellest, kas nad olid toitja ülalpidamisel või mitte.

Eestis tähtajalise elamisloaga elavale välismaalasele määratakse toitjakaotuspension tähtajalise elamisloa kehtivuse perioodil, kui õigus sellele pensionile tekkis Eestis.

Toitjakaotuspensionile õigust omavaks perekonnaliikmeks on:

- 1) laps, vend, õde või lapselaps, kes on alla 18-aastane (alla 24-aastane gümnaasiumi või kutseõppeasutuse päevases õppevormis õppiv õpilane või ülikooli või rakenduskõrgkooli statsionaarses õppevormis õppiv üliõpilane) või sellest east vanem, kui ta on tunnistanud püsivalt töövõimetuks enne 18-aastaseks (päevases või statsionaarses õppevormis õppija enne 24-aastaseks) saamist. Vennal, õel või lapselapsel on õigus pensionile siis, kui tal ei ole töövõimelisi vanemaid;
- 2) pensionieas või püsivalt töövõimetu vanem või lesk, kelle abielu toitjaga oli kestnud vähemalt viis aastat;

3) lahutatud abikaasa, kui ta jõudis pensioniikka või tunnistati püsivalt töövõimetuks enne abielu lahutamist või enne kolme aasta möödumist abielu lahutamisest, kui abielu oli kestnud vähemalt 25 aastat;

4) üks vanematest, lesk või eestkostja, kes ei tööta ning kasvatab toitja alla 14-aastast last, venda, õde või lapselast oma perekonnas.

Toitjakaotuspensioni said Eestis 2002 aastal 14 017 perekonda. 2002 aastal oli 65 aastaste ja vanemate toitjakaotuspensionide saajaid 1094 inimest. 2002. aastal oli toitjakaotuspensioni keskmiseks suuruseks 1028 krooni (66 EUR).

Rahvapension

Rahvapension määratakse isikule, kellel ei ole õigust vanadus-, töövõimetus- või toitjakaotuspensionile nõutava pensioniõigusliku või pensionikindlustusstaaži puudumise tõttu. Rahvapension sai 2002 aastal Eestis 7 481 inimest.

Rahvapension määratakse:

1) 63-aastaseks saanud isikule, kellel puudub vanaduspensioni saamiseks nõutav pensionistaaž ja kes on elanud Eestis alalise elanikuna või tähtajalise elamisloa alusel vähemalt 5 aastat vahetult enne pensioni taotlemist.

Pensioni suurus on 100% rahvapensioni määrast (2002. a. 867 krooni ehk 55 EUR kuus).

2) Vanaduspensionikka jõudnud isikule, kellele maksti püsiva töövõimetuse alusel rahvapensioni. Pensioni suurus on 100% rahvapensioni määrast (2002. a. 867 krooni ehk 55 EUR kuus).

3) Töövõime püsiva kaotuse korral isikule, kelle töövõime kaotuse protsent on vähemalt 40 ja kellel puudub töövõimetuspensioni saamiseks nõutav pensionistaaž ning ta on elanud Eestis alalise elanikuna või tähtajalise elamisloa alusel vähemalt 1 aasta vahetult enne pensioni taotlemist.

Rahvapensioni suurus püsivalt töövõimetule isikule moodustab töövõime kaotusele vastava protsendi rahvapensioni määrast.

Tervishoiuteenused

Tervishoiureformid Eestis alates 1991. aastast

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

Tervishoiu juhtimine ja planeerimine Eestis on Sotsiaalministeeriumi pädevuses, v.a kaitseväes ja kinnipidamisasutustes. Alates 1. jaanuarist 1992.a kehtiv ravikindlustusseadus käivitas solidaarsuspriinitsiibil toimiva tervishoiu rahastamise, millega on kaetud ligikaudu 95% Eesti elanikest. Kohustusliku ravikindlustuse kaudu tasutakse 80...90% kindlustusega kaetud isikute tervishoiukuludest. Need kaks reformi löid olukorra, kus valdavale enamusele Eesti elanikest on kõik arstiabi teenused rahaliselt võrdselt kättesaadavad ning raviteenuste kasutamise eest tasutakse ühtsete põhimõtete alusel riiklikult tagatud vahenditest.

Vabatahtlik tervisekindlustus on kättesaadav alates 2002.aastast, kuid on siiani väga vähe levinud. Hoopis sagedamini kasutatakse erameditsiini teenuseid, kus patsient tasub kas kogu teenuse eest ise või siis on teenus tasustatud kombineeritult nii haigekassa kui patsiendi poolt.

Tervishoiuteenuste finantseerimine

Haigekassa poolt finantseeritavat arstiabi saavad täies mahus ainult riikliku ravikindlustusega kindlustatud isikud. Nende hulka kuuluvad kõik töötajad, kelle töötasult arvestatakse sotsiaalmaksu, aga ka pensionärid, invaliidid ja töötuna registreeritud isikud ning lapsed. Selline abi sisaldab tervishoiukulusid kindlustatud isikute haiguste ennetamiseks ja raviks, ravimite ja meditsiiniliste vahendite ostmiseks ja ajutise töövõimetuse ning muude tervisekahjustusega seotud hüvitiste maksmist.

Rahalises arvestuses on tervishoiukulutuste osakaal sisemajanduse koguproduktist (SKP) aastakümne jooksul püsinud stabiilselt 6% lähedal. See on veidi vähem kui Euroopa Liidu riikides, kus tervishoiukulud moodustavad 7...9% SKP-st, kuid samas suurusjärgus teiste EL kandidaatriikidega. Seevastu absoluutarvudes on raha hulk tervishoius viimastel aastatel mitmekordselt kasvanud. Ravikindlustuseelarve oli 1993.a. kokku 1,05 miljardit krooni (67 miljonit EUR) ja 2002.a. 4,91 miljardit krooni (314 miljonit EUR). Erasektori osatähtsus tervishoiu jooksvate kulutuste finantseerimisel oli 2001. aastal 22,5%, kohalike omavalitsuste osatähtsus 2,1%.

Raviteenuste vahendid jaotusid 2002.a järgmiselt: 62% raviteenustele, sealhulgas üldarstiabile 8,5% ja 47% eriarstiabile, 16% ravimitele.

Haiglaravi eest tasub ravikindlustatutele Haigekassa. Haiglatel on õigus nõuda haigetelt lisatasu kuni 10 ravilviibimise päeva eest (enamasti 25 krooni päevas s.o. 1,6 EUR). Seda tasu ei saa nõuda intensiivravil ja hooldusravil viibivatelt haigetelt. Ambulatoorse arstiabi korral kehtib täiskasvanutele reeglina väike visiiditasu (5-50 krooni s.o. 0,3-3,5 EUR). Suurimad on elanike rahalised väljaminekud hambaravile ja ravimite ostmisele. Hambaravi eest tuleb patsiendil tasuda enamus hinnast ja apteegist retsepti alusel ravimeid ostes ligikaudu pool kuludest. Eakatele inimestele kompenseeritakse hambaproteeside valmistamise kulud ühel korral kolme aasta jooksul ning nad saavad teatud ravimeid osta suurema soodustusega kui tööelised. Apteegist ostetud ravimite kulutustest moodustasid 2001. a. retseptiravimid 75% ning käsimüügiravimid 25%. Vanemate kui 65-aastaste inimeste raviks kulub 29% raviteenuste rahast ning 42% soodusravimite ostmiseks kasutatud rahast.

Kindlustamata isikute vältimatu arstiabi eest tasutakse riigieelarve vahenditest omavalitsuste kaudu, ülejäänud tervishoiukulude eest tuleb neil endil maksta.

Tervishoiuteenuste liigid

Tervishoiuteenused jagatakse Eestis kehtivate seaduste kohaselt üldarstiabiks ja eriarstiabiks (viimaste hulka kuulub ka hambaarst ehk stomatoloog). Lisaks nendele on erakorralisteks puhkudeks olemas kiirabi.

• Üldarstiabi

Üldarstiabi on ambulatoorne s.o. väljaspool haigla statsionaarset osakonda osutatav tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Perearst annab järjepidevat üldarstiabi, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi kõigile oma nimistus olevaile isikutele. Ägeda haigusega peab haige saama perearsti vastuvõtule samal päeval, kroonilise haigusega lähema kolme päeva jooksul. Perearstid teevad ka koduvisiite ja nõustavad haigeid telefoni teel. Eestis on praegu üle 700 perearsti.

Inimene võib ise valida perearsti, kelle nimistusse ta soovib registreeruda. Perearsti võib vahetada üks kord aastas. Juhul, kui haigekassa kindlustust omav inimene ei ole registreerunud perearsti nimistusse, määratakse talle perearst lähtuvalt piirkondlikust printsiibist.

Perearstipraksise tegevusvormis töötava arsti rahastamine toimub järgmiste komponentidena:

1. baasraha;
2. pearaha;
3. lisatasud;
4. raviteenuste tasud.

1. Baasraha on perearstipraksisele arvestatud kindel summa aastas, mida makstakse igakuiselt. Baasraha on ette nähtud järgmisteks kuludeks: aparatuuri soetamiseks; infotehnoloogia kuludeks (riist- ja tarkvara ning hooldus); auto soetamiseks või rentimiseks; arsti ja temaga koos töötava ühe õendusala töötaja iga-aastaseks koolituseks vähemalt perearsti tööjuhendis fikseeritud mahu. Baasraha suurus 2003.aastal oli 5290 krooni (338 EUR) kuus.

2. Pearaha on sotsiaalministri poolt kinnitatud kindel summa inimese kohta kuus, mille sisse on arvestatud tervist edendav ja haigusi ennetav töö ning millest perearst katab oma praksise tegevuse kulud, õe töötasu ja kõik maksud. Pearaha suurus sõltub nimekirja kantud isiku vanusest ning 2003.aastal oli see 0 kuni 2-aastase kohta 27,55 krooni (1,8 EUR) kuus, 2- kuni 70-aastase kohta 21,05 krooni (1,3 EUR) ja üle 70-aastase kohta 24,60 krooni (1,6 EUR) kuus.

3. Praksise kauguse eest makstav lisatasu on kindel summa kuus, mida makstakse arstile sõltuvalt praksise kaugusest lähimast II või III etapi meditsiinilisi põhiuuringuid tegevast ja erialast konsultatsiooni andvast raviasutusest. 2002. aastal oli lisatasu praksise paiknemisel 20-40 km kaugusel nimetatud raviasutustest 700 krooni (45 EUR) kuus, kaugemal kui 40 km asuvatele praksistele 1400 krooni (90 EUR) kuus.

4. Raviteenuste tasud makstakse kindlustatutele osutatud teenuste eest, mis ei ole arvestatud pearaha sisse.

Perearstide töö eakate patsientidega (*Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000 andmetel*)

Perearsti nimistusse kuulus 2000.aastal keskmiselt 1902 isikut (linnas 2105, maal 1462), kellest 18% olid 65-aastased või vanemad (keskmiselt 351 isikut). Regulaarseid koduviisiite vajab ühe perearsti nimistus keskmiselt 33 eakat. Eakate arstiviisiidid moodustavad 39% kõigist visiitidest, arstide koduviisiidid eakate patsientide juurde 43% kõigist koduviisiitidest (seega umbes 2,5 korda rohkem võrreldes eakate osakaaluga nimistus). Umbes 14% nimekirja kantud eakatest külastab perearsti harvem kui kord aastas või üldse mitte, rohkem kui kümme korda aastas vajab perearsti abi 15% eakatest. Eakate ravimisel noorematega võrreldes oli lisaprobleemidest esikohal suurem ajakulu (76%-l arstidest), raskused koduse põetuse korraldamisel (61%), sotsiaalse toetuse puudumine (59%), raskused haiglasse suunamisel (38%), raskused diagnoosimisel paljude haiguste esinemise tõttu (37%), patsiendi madal motivatsioon (25%), raskused eriarsti konsultatsioonile saatmisel (24%), sagedasemad ravimite kõrvaltoimed (13%). Suhtlemisraskused eakate patsientidega ei olnud üldiselt probleemiks (vaid 4% arstidest nimetasid seda).

Eakate taastusravi teenustest tundsid perearstid kõige suuremat puudust koduse taastusravi osas - vaid 16% perearstide arvates on see teenus kättesaadav. Teised taastusravi teenused (üldhaiglas, taastusravi osakonnas, pikaravihaiglas, sanatooriumis, ambulatoorselt) on umbes poolte perearstide arvates Eesti eakatele kättesaadavad.

Geriaatrilise abi teenuseid (mida Eestis 2003. a. veel ei olnud) pidasid vajalikuks praktiliselt kõik perearstid (99,5%). Statsionaarse geriaatriaosakonna teenuseid kasutaksid 45%, geriaatri konsultatsiooni 42%, geriaatri teenuseid pikaravihaiglas ja hooldekodus 12,5% perearstidest.

Pereõdede töö eakate patsientidega (*Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000 andmetel*)

Pereõde tegeleb vastuvõttudel keskmiselt kolmandiku ajast (33%) eakatega. Regulaarseid koduviisiite teeb õde keskmiselt 15-le eakale patsiendile. Ühes kuus teeb õde keskmiselt 18 koduviisiiti eakate inimeste juurde. Ühele koduviisiidile kulub keskmiselt pool tundi. Voodihaigeid eakaid inimesi on piirkonnas keskmiselt 11.

Õed tegelevad eakate patsientide vastuvõttudel järgmistes valdkondades: ravi- ja põetusprotseduurid 92% pereõdedest, funktsionaalse seisundi hindamine (vererõhk, nägemine, kuulmine jmt.) 90%, tervisealane nõustamine 77%, kergemate haigete iseseisev vastuvõtmine 69%, terviseedendusealane nõustamine 68%, pereliikmete põetus- ja hooldusvõtete õpetamine 67%, põetuse vajaduse hindamine 64%, dokumentide vormistamine 60%, abivahendite kasutamise õpetamine 59%, lihtsamate taastusravi võtete õpetamine 58%, igapäevaeluga toimetuleku hindamine 43%, hoolduse vajaduse hindamine 37%.

Lisaraskustest eakate patsientidega töötamisel võrreldes noorematega nimetasid 77% õdedest suuremat ajakulu, 54% raskusi koduse põetuse korraldamisel, 49% sotsiaalse toetuse puudumist ja nõrka tugivõrgustikku, 13% suhtlemisraskusi ja 10% patsiendi madalat motivatsiooni.

- **Eriarstiabi**

Eriarstiabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad eriarst või hambaarst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Eestis kuulus 2003. a. eriarstide nimistusse 33 eriala. Erialade nimistusse kuulumise sätestab sotsiaalminister. Geriaatria ei kuulunud 2003. a. Eestis arstlike erialade nimistusse, geriaatrilist eriarstiabi teenuseid ei pakutud. Haigekassa poolt finantseeritava eriarsti vastuvõtule saab haige minna perearsti suunamisega, erandina võib otse pöörduda psühhiaatri, günekoloogi, dermatoveneroloogi, silmaarsti, ftisiaatri, stomatoloogi ja traumade puhul traumatoloogi või kirurgi vastuvõtule. Omafinantseerimise korral saab pöörduda eriarstide vastuvõtule ilma perearsti saatekirjata.

Viimasel ajal on järjekorrad eriarstide juurde järsult suurenenud. Näiteks aprillis 2003 oli Tallinnas järjekord günekoloogi juurde 21 päeva, silmaarstile 11 päeva, hambaarstile 26 päeva, kardioloogile 7 päeva.

- **Päevastatsionaar**

Päevastatsionaar on ambulatoorse või statsionaarse ravisutuse juures olev üksus, kus tehakse päevakirurgiat ja raviprotseduure, millele ajal on vajalik patsiendi viibimine ravisutuses 6 kuni 12 tundi. Näiteks hemo- ja peritoneaaldialüüsi patsientidele, kõrva-, nina-, kurguhaiguste, pea-kaelakirurgia, günekoloogia eriala.

Päevastatsionaaride tähtsus tervishoiu jooksvates kulutustes on siiski väike, 2001. a. vaid 1,3% kõigist haiglakuludest.

- **Haiglad**

Haiglad jagatakse Eestis järgmiselt: regionaalne haigla, keskhaigla, erihaigla, üldhaigla ja hooldushaigla.

2001. aastal olid haiglaravil viibinud haigetest 33% üle 65-aastased. Haiglasse pääseb arsti (valdavalt perearsti või kiirabiarsti) suunamisega. Haigla vastuvõtuosakonda võib pöörduda ägeda haigusega haige ka ilma suunamiseta. Keskmise haiglasviibimise aeg oli 2002. aasta esimesel poolaastal 6,6 päeva.

2001. a. moodustasid haiglakulud 30% kogu tervishoiu jooksvatest kuludest.

- **Hooldusravi**

Hooldusravi osutatakse peamiselt hooldushaiglates või hooldusosakondades.

Hooldushaiglasse saab ravile arsti suunamise alusel ning Haigekassa tasub kindlustatutele kuni 60-päevase hoolduse eest, mõnedel juhtudel erandina veel lisaks 60 päeva eest. Pikem viibimine hooldushaiglas on võimalik vabade kohtade olemasolul ning selle eest peab reeglina tasuma klient/kliendi perekond. Ühe päeva hind hooldushaiglas oli 2003. aasta esimesel poolel 233 krooni (15 EUR), teisel poolel 310 krooni (20 EUR). On piirkondi, kus järjekordi hooldusravile pääsemiseks ei ole, kuid näiteks Tartus oli 2003. aastal ooteaeg hooldusravile saamiseks 2-3 nädalat.

Pikaajalise hooldusravi teenusele kulus 2001. a. 2,8% kõigist haiglakuludest ning need moodustasid vaid 0,8% tervishoiu kogukuludest.

Alates 2002. aastast käivitus Eestis koduõenduse teenus. Teenus on tasustatav haigekassa poolt ning teenuse hinnaks 2003. aastal oli 146 krooni (9 EUR). Esialgu on selle teenuse pakkumine alles väga piiratud, sest koduõdede ümberõpe käivitus alles 2002. aastast.

• Taastusravi

Taastusravi osutatakse haiglates, ambulatoorselt ja sanatooriumides. Taastusravi haiglapäeva maksumus oli 2003. a. 286-462 krooni (18-30 EUR), ambulatoorse taastusravi päeva maksumus 154 krooni (10 EUR). Taastusravi teenuste kättesaadavus on üsna piiratud ning sageli peavad kliendid selle eest ise maksma. Kodust taastusravi haigekassa ei tasusta.

Statsionaarse taastusravi kulud moodustasid 2001. a. 3,3% haiglakuludest ja ambulatoorne taastusravi 0,9% kõigist ambulatoorse ravi kuludest ning kokku moodustasid taastusravi kulutused 1,3% tervishoiu kogukuludest.

Sotsiaalteenused

Sotsiaalhoolekande põhimõteteks Eestis on:

- 1) inimõiguste järgimine;
- 2) isiku vastutus enda ja oma perekonnaliikmete toimetuleku eest;
- 3) abi andmise kohustus, kui isiku ja perekonna võimalused toimetulekuks ei ole piisavad;
- 4) isiku ja perekonna toimetuleku soodustamine.

Sotsiaalhoolekande ülesanneteks on isikule või perekonnale abi osutamine toimetulekuraskuste ennetamiseks, kõrvaldamiseks või kergendamiseks ja sotsiaalsete erivajadustega isiku sotsiaalsele turvalisusele, arengule ja ühiskonnas kohanemisele kaasaaitamine.

Sotsiaalteenuseid, sotsiaaltoetusi ja muud abi on õigus saada:

- 1) Eesti alalisel elanikul;
- 2) Eestis seaduslikul alusel elaval välismaalasel;
- 3) Eestis viibival pagulasel.

Vältimatut sotsiaalabi on õigus saada igal Eestis viibival isikul.

Sotsiaalteenus on isiku või perekonna toimetulekut soodustav mitterahaline toetus.

Sotsiaalteenusteks on sotsiaalhoolekande seaduse järgi järgnevad teenused:

• Sotsiaalnõustamine

Sotsiaalnõustamine on isikule vajaliku teabe andmine sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest ning abistamine konkreetsete sotsiaalsete probleemide lahendamisel edaspidise toimetuleku soodustamiseks. Sotsiaalnõustajaks on

selleks tööks eriettevalmistuse saanud hoolekandetöötaja. Vallas või linnas korraldab sotsiaalnõustamist vastav valla- või linnavalitsus.

• **Proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine**

Haiguse, kõrge ea või puude tõttu proteesi, ortopeedilist ja muud abivahendit vajaval isikul on õigus saada vastav abivahend. Soodustingimustel antavate proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite loetelu ning nende saamise tingimused ja korra kehtestab sotsiaalminister. Abivahenditena pakutakse põetus- ja hooldusvahendeid, ortoosid ja proteese, liikumis-, kuulmis-, nägemis- ja meelelahutusabivahendeid (viimast sai 2002 aastal 1 inimene). Võrreldes 2001 aastaga kasvas 2002 aastal põetus- ja hooldusvahendeid, ortoosid ja proteese ning nägemisabivahendeid vajavate isikute arv (vastavalt 860, 420 ja 35 isiku võrra). Liikumis- ja kuulmisabivahendite saajate arv on vähenenud (vastavalt 955 ja 13 isiku võrra). Põhilisteks tehnilise abi saajateks olid 2002 aastal endiselt vanaduspensionieas olevad isikud, kokku 13 537 isikut, e. 62,4 % kõigist abivahendite saajatest. Enamus abivahenditest ei saa klientidele tasuta, vaid soodushinnaga.

• **Koduteenused**

Koduteenused on isikule kodustes tingimustes osutatavad teenused, mis aitavad tal harjumuspärasel keskkonnas toime tulla. Koduteenuseid osutatakse eelkõige nendele lastega perekondadele, puuetega isikutele ja eakatele, kelle toimetulek sõltub kõrvalabist. Koduteenuste loetelu ning nende osutamise tingimused ja korra kehtestavad kohalikud omavalitsusorganid. 2002. aastal osutati koduteenuseid 5 964 abivajajale, kellest 2 927 ehk 49% olid puudega. Koduteenuste tarbijatest moodustasid enamiku naised – 73,8% koduteenuste tarbijate üldarvust. Võrreldes 2001. aastaga on 2002. aastal koduteenuste tarbijate arv suurenenud (411 isiku võrra ehk 7,4%). Eriti on teenuste tarbijate hulgas suurenenud puudega abisaajate osatähtsus (558 isiku võrra ehk 25,1%).

Kõige enam tarbisid koduteenuseid eakad inimesed, vanuses 65-aastat ja rohkem, kes ei tule oma igapäevase eluga enam ilma kõrvalise abita toime. Selles vanuses abisaajaid oli 4699 ehk 78,8% koduteenuste tarbijate üldarvust, kusjuures 65-aastastest ja vanemast elanikkonnast kokku moodustasid nad veidi üle 2,2%.

Koduteenuste taotlemiseks peab klient pöörduma vastava linnaosa sotsiaalabi osakonna poole. Seejärel külastab sotsiaalhoolekande osakonna koduhoolduse spetsialist klienti tema kodus. Seal fikseeritakse kliendi tervislik seisund ja elamistingimused. Koos tehakse kindlaks, milliseid teenuseid klient vajab ja kui sageli hooldustöötaja peaks teda külastama. Hooldustöötaja määramisel arvestatakse kliendi elukohta. Kokkulepped kinnitatakse koduteenuste osutamise lepinguga üheks aastaks. Seejärel korrigeeritakse lepingut vastavalt vajadustele ja soovi korral jätkub koduhooldustöö uue lepingu alusel.

Koduhooldustöötaja külastab klienti keskmiselt 2 - 3 korda nädalas. Tavapäraste tööülesannete hulka kuuluvad mitmed korrashoiuteenused ja toiduga seonduv. Ahjukütte olemasolu korral abistatakse klienti küttematerjalide tупpa toomisega ja kütmisega. Koduteenuse eest maksab reeglina omavalitsus, kuid eakate puhul ainult lastetutele vanuritele. Laste või lapselaste olemasolu korral on omavalitsuse otsustada, kas ja mis tingimustel koduteenust sellele eakale osutatakse.

2002. aastal osutati koduteenuseid Tallinnas kokku 1497 inimesele (2,6% üle 65-aastastest Tallinna elanikest), Tartus 281 inimesele (1,7% üle 65-aastastest Tartu elanikest).

Enim nõutud teenused on:

- 1) toiduainete ja esmaste majapidamistarvete tellimuste vastuvõtmine, kaupade ostmine ja kojutoomine;
- 2) kommunaalmaksete tasumise korraldamine;
- 3) eluaseme korrashoiuteenused, sh. prügiämbri tühjendamine, põrandate pühkimine ja pesemine, tolmu pühkimine;
- 4) ravimite muretsemine;
- 5) vestlus ja teabe edastamine, sh. kliendi ära kuulamine, teabe edastamine ja juriidiline nõustamine;
- 6) abistamine suurpuhastustöödel, sh. akende pesu korraldamine, aknakardinate vahetus.

Lisaks osutatakse valmistoidu kojutoomise teenust. Selle teenuse tarbijaid on hetkel Tallinnas üle 200, Tartus 25, ja klientide arv kasvab pidevalt. Sooja toitu viiakse klientidele koju keskmiselt 3 korda nädalas. Selle teenuse soovijaid on palju rohkem, kui seda on võimalik saada.

• Eluasemeteenused

Kohalikud omavalitsusorganid on kohustatud andma eluruumi isikule või perekonnale, kes ise ei ole suuteline ega võimeline seda endale või oma perekonnale tagama, luues vajaduse korral võimaluse sotsiaalkorterite üürimiseks. Isikuid, kellel on raskusi eluruumis liikumise, endaga toimetuleku või suhtlemisega, abistab valla- või linnavalitsus eluruumi kohandamisel või sobivama eluruumi saamisel. Sotsiaaleluruumi kasutamise seotud eluasemekulud tasub üürnik. Näitena on toodud Eesti kahe suurema linna kehtestatud nõuded eluasemeteenuse saamiseks.

Tartu linnas on eluasemeteenusena võimalik taotleda sotsiaaleluruume Tartu linna elanikel, kes ebapiisavate füüsiliste võimete või psüühiliste erivajaduste tõttu ei ole võimelised tagama endale või oma perekonnale eluruumi kasutamise võimalust või kes oma materiaalse seisundi tõttu ei suuda tagada endale või oma perekonnale eluruumi kasutamise võimalust.

Tallinnas võivad sotsiaaleluruumi taotleda Tallinnas alaliselt üksinda elavad vanurid ja vanuritest paarid, puuetega inimesed, kellel ei ole seadusjärgseid hooldajaid, kes vajavad kõrvalabi, kes elavad omanikule tagastatud elamus, kes elavad varisemisohhtlikuks või väheelamiskõlblikuks muutunud eluruumis, kelle kasutuses olevas eluruumis ei ole võimalik nende hooldamise korraldamine. Samuti võivad eluruumi taotleda Tallinnas alaliselt elavad vähekindlustatud ja probleemsed lastega pered (kriisipered), kes vajavad regulaarselt sotsiaalteenuseid, sealhulgas laste hoolekannet.

Sotsiaaleluruumi võivad taotleda Tallinnas alaliselt mitteelavad isikud, kes on lastekodust või erikoolist tagasi pöördunud, kes enne lastekodusse või erikooli suunamist elasid alaliselt Tallinnas, kinnipidamiskohast vabanenud, kes enne kinnipidamiskohta paigutamist elasid alaliselt Tallinnas.

- **Hooldamine perekonnas**

Hooldamine perekonnas on isiku hooldamine sobivas perekonnas, kelle liikmete hulka ta ei kuulu. Hooldamine perekonnas toimub valla- või linnavalitsuse ja hooldamisele võtja vahel sõlmitud kirjaliku lepingu alusel.

Tartu Linnavalitsuse korraldusega määratava hooldaja kohustused hooldatava ees on:

1. Alates Tartu Linnavalitsuse hooldaja määramise korralduse jõustumisest võtta hooldusele korralduses märgitud hooldatav.
2. Osutada kõrvalabi või juhendamist hooldatavale, kes ei tule iseseisvalt toime söömise, hügieenitoimingute, riietumise, liikumise ja suhtlemisega.
3. Tagada hooldatava ohutus, kui hooldatav oma tegevuse või tegevusetusega võib tekitada kahju iseenda või teiste inimeste elule, tervisele või varale.
4. Teavitada hoolduse üle järelevalvet teostavat asutust (Tartu Linnavalitsuse sotsiaalabi osakond) hooldusega seoses tekkinud probleemidest.
5. Teavitada järelevalvet teostavat asutust hooldusvajaduse lõppemisest, edasise hoolduse võimatuks muutvatest asjaoludest, hooldatava surmast.

- **Hooldamine ja rehabilitatsioon hoolekandeesutuses**

Hoolekandeesutus on päevaselt või ööpäevaselt tegutsev asutus, kus viibivatele isikutele tagatakse nende eale ja seisundile vastav hooldamine, sealhulgas ravimine, põetamine, rehabilitatsioon, kasvatamine ja arendamine. **Päevane hoolekandeesutus** on asutus, kus viibivate isikute päevase hooldamisega toetatakse nende isikute või perekonnaliikmete iseseisvat toimetulekut. **Ööpäevane hoolekandeesutus** on asutus, kus viibivad isikud, kes erivajaduste või sotsiaalse olukorra tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama ning kui nende toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega. Eesti hooldekodude kohamaksumus on erinev, 2003. a. 3500-7000 krooni kuus (225-445 EUR). Kohamaksumus on jaotunud hooldus- ja põetushinnaks. 2001 aastal oli Eestis 97 üldhooldekodu ja 20 erihooldekodu (psüühiliste probleemidega klientidele). Üldhooldekodudes oli kliente 2001 aastal 3356 ja erihooldekodudes 2469. Hoolekandeesutused on riigi või kohaliku omavalitsusüksuse asutused või avalik-õiguslikud või eraõiguslikud juriidilised isikud või nende asutused. Riigi hoolekandeesutusteks võivad olla koolkodud, sotsiaalse rehabilitatsiooni keskused ja erihooldekodud.

Hoolekandeesutuste liigid

Hoolekandeesutused täiskasvanutele on:

Päevakeskus - päevast hooldamist ja huvitegevust osutav asutus.

Pensionäride päevakeskuste tegevus toimub kolmes suunas: huvialategevus, sotsiaalteenuste osutamine ja suuremad ühekordsed üritused. Huviala tegevus on keskustes tasuta või väikese tasu eest. Need on laulu- ja tantsuringid, käsitöö- ja õmblusringid, võimlemine, keeleõpe, vestlusringid, matkamine ja muu taoline. Teenuseid osutatakse päevakeskustes tasuta või soodushinnaga. Erinevates keskustes teenused ja hinnad on erinevad. Keskustes on tasuta raamatute laenutus, ajalehtede ja ajakirjade lugemine, juriidiline ja sotsiaalne nõustamine, asjaajamisteenus, paljudes

kohtades ka õe vastuvõtt ja vererõhu mõõtmine, kontserdid, toimetulekukursused, kasutatud riiete jagamine, infotunnid, enamuses paljundustööd jne. Soodushinnaga on päevakeskuses juuksur, maniküür, massaaž, saun, pesupesemine, toitlustamine jne.

Tugikodu - kodus elavatele puuetega isikutele päevast või perioodilist ööpäevast hooldamist osutav asutus;

Varjupaik - isikutele ajutist ööpäevast abi ja tuge ning kaitset pakkuv asutus;

Üldhooldekodu - vanuritele ja puuetega isikutele elamiseks, hooldamiseks ja rehabilitatsiooniks loodud asutus;

Näide:

Iru Hooldekodu on 385 kohaline üldhooldekodu, millest 35 kohta on mõeldud maksujõulisele kliendile ja 350 kohta on vanuritele, kel puuduvad seadusjärgsed ülalpidajad ja kes ise ei suuda tasuda oma ülalpidamiskulude eest. Hooldekodus on 40-kohaline osakond dementsetele vanuritele.

Hooldekodusse elama asumiseks võtab arvelevõetud isik endale kohustuse tasuda kas osaliselt või täielikult enda ülalpidamiskulud hooldekodus. Selleks tasub ta hooldekodule vähemalt 85% oma igakuisest pensionist või muust sissetulekust, kuid mitte rohkem kui kinnitatud hoolduskulu.

Tasulised kohad on jaotunud täistasulisteks ja linnaosalusega kohtadeks. Klient paigutatakse tasulisse osakonda alaliselt või ajutiselt tema enese (või tema esindaja) sooviavalduse ja suunamiskomisjoni otsuse põhjal.

Päevahoid: Vanemaealisel inimesel on võimalus olla kuni 12 tundi päevas järelvalve all ning soovi korral kasutada hooldekodu poolt pakutavaid teenuseid.

Intervallhooldus: Vanemaealisel inimesel on võimalus olla alates ühest ööpäevast kuni kokkulepitud ajani järelvalve all ning soovi korral ja vajadusel kasutada hooldekodu poolt pakutavaid teenuseid. See teenus on sobilik perekondadele, kes planeerivad puhkust ning kelle vanemaealine sugulane võiks olla perekonna äraoleku ajal lühiajalisel hooldusel/põetusel.

Iru Hooldekodu pakub järgmisi teenuseid: hooldamine, põetamine, meditsiinilise abi osutamine, toitlustamine, huvitegevused, liikumistreening spetsialistide juhendamisel, massaaž, tehnilised abivahendid, nõustamine.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni keskus - erivajadustega isikutele aktiivseks rehabiliteerimiseks loodud asutus;

Erihooldekodu - vaimuhaigetele ja raskete vaimsete puuetega isikutele elamiseks, nende hooldamiseks ja rehabilitatsiooniks loodud asutus.

• **Toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused**

Isikliku abistaja teenus: Isikliku abistaja teenus aitab kaasa isiku aktiivsele ühiskonna elus osalemisele ja toimetulekule igapäevases elus. Isikliku abistaja teenust on Tartu linnas võimalik saada sügava liikumispuudega ja sügava nägemispuudega isikutel. Isiklik abistaja on palgaline töötaja, kes abistab vastavalt lepingule puudega inimest füüsiliselt igapäevastes tegevustes, millega klient puude tõttu iseseisvalt toime ei tule. Isiklik abistaja lähtub oma töös iga konkreetse kliendi erivajadustest ja tööjuhustest.

Isikliku abistaja poolt osutatavad teenused:

- abistamine liikumisel;
- abistamine söömisel;
- abistamine riietumisel;
- abistamine suhtlemisel (raske kõnepuudega kliendi puhul);
- abistamine hügieeniprotseduuride sooritamisel;
- abistamine kirjutamisel ja lugemisel;
- abistamine tööpaiga korrastamisel.

Teenust finantseeritakse linna eelarvest. Kliendi omaosalus on 2 krooni (0,13 EUR) ühe teenustunni eest.

Kasutatud infoallikad

Statistikaameti kodulehekül www.stat.ee

Sotsiaalhoolekandeseadus

Pensioniseadus

Riiklike Elatusrahade seadus

Eesti Puuetega inimeste Koda, Infoleht nr.1, jaanuar 2000

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekül www.ensib.ee

Mari-Liis Jürg (2001) Midagi ei ole meieta . Eakad ja otsuste tegemine Kesk- ja Ida-Euroopas. Eesti kogemus. LGI, Budapest

Malvet, M, Liimal,P, Vaabel, K. Sotsiaalhoolekanne Eestis. Euroopa Liidu Phare projekt SSCC 9 503.001

Riikliku pensioni määramise, ümberarvutamise ja maksmise korra juhend

Eesti rahva tervis 1991-2000. <http://www.arth.ut.ee/ERT2000/est/ptk5.htm#1>

Statistika <http://www.haigekassa.ee/HK/Raviasutusele/statistika.htm>

Sarv, ES, Raiend, T. (Febr. 2003) The provision of social services and the emerging welfare state. An Estonian perspective in the context of transition from Soviet rule. A report for the World Bank by ECON Centre for Economic Analysis, Oslo, Norway.

Saks, K, Tiit, EM, Käärrik, E. (2000) Eesti eakate elanike toimetuleku- ja terviseuuring 2000, Tartu

Eesti vabariigi tervishoiu kogukulud 2001.aastal

<http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium7>

<http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium8>

III EAKATELE SUUNATUD HOOLEKANDE JA TERVISHOIUTEENUSED EESTI MAAKONDADES – kättesaadavus, probleemid ja nende lahendamise võimalused. Kvalitatiivne uurimus

Uurimuse eesmärk

Antud töö eesmärgiks oli uurida, milliseid tervishoiu- ja sotsiaal- ning avahooldusteenuseid Eesti erinevates piirkondades eakatele ning eakaid hooldavatele peredele pakutakse, mis on nende teenuste saamise tingimused, mis on suurimad probleemid teenuste pakkumisel ning milliseid võimalusi nähakse olukorra edasiseks arendamiseks.

Valim

Valimi koostamisel jälgisid autorid printsiipi, et esindatud oleksid maakondade sotsiaalala spetsialistid igast maavalitsusest ja lisaks kahest suuremast linnast (Tallinn, Tartu). Kahe saartel paikneva maakonna vastava ala spetsialistid jäeti käesolevast valimist välja. Vajadusel kaasati ühest maakonnast ka mitu inimest (grupiintervjuud), sest paljudes maavalitsustes on tervishoiu ja sotsiaalhoolekande probleemid erinevate juhtide korraldada. Sihtrühm kujunes vabatahtlikest spetsialistidest, vastavalt maakondade sotsiaalala juhtide ettepanekutele.

Valimisse oli kaasatud 14 eksperti. Ekspertide tööstaažiks oma erialal oli keskmiselt 8,5 aastat.

Uurimismeetod

Antud uurimus viidi läbi kasutades kvalitatiivset uurimismeetodit. Andmete kogumisel kasutati semistruktureeritud intervjuud, mille puhul küsitluskava oli planeeritud teemade ja võtmeküsimuste kaupa. Kava koosnes neljast põhiteemast: sotsiaalabi- ja tervishoiuteenused vastavates maakondades ning tulevikuperspektiivid ja koostöö erinevatel tasanditel. Intervjuu olid planeeritud teemade kaupa, kuid teemade sõnastus ja järgnevus oli vaba.

Andmete kogumine ja analüüs

Uurimus teostati ajavahemikus 01.04.2003 – 30.04.2003, mille jooksul viidi läbi 14 intervjuud, millest 11 olid individuaalsed intervjuud, 2 olid grupiintervjuud ning üks intervjuu oli teostatud kirjalikult. Intervjuud viidi läbi osalejate tööruumis varem kokku lepitud ajal. Autorid said kõikidelt uuritavatelt informeeritud nõusoleku. Enne intervjuu algust tutvustati intervjuueeritavale intervjuu tingimusi: uurimistöö eesmärki, konfidentsiaalsuse printsiipi ja intervjuu kasutamist uurimisprotsessis. Intervjuud kestsid 40 minutist 2 tunnini. Intervjuud salvestati diktofonilindile ning hiljem teostati sõnasõnaline transkriptsioon.

Intervjuud viisid läbi ja kodeerisid Kristina Oja ja Sirli Kivisaar, analüüsimisel osales lisaks intervjuueerijatele Kai Saks.

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

Uurimistöö käigus kogutud materjali käsitleti põhistatud teooriat ja *cross-case* meetodeid järgides.

Tulemused

Põhikategooriad on üles ehitatud deduktiivselt (üldistustest välja toodud). Alakategooriad on tuletatud sarnasusi ja erinevusi andmebaasist välja tuues, so induktiivselt (üksikult üldisele). Andmeid eelpoolkirjeldatud meetodiga analüüsid ilmsid järgmised põhikategooriad ja alakategooriad:

Põhikategooria I: Tervishoiuteenused

- Alakategooriad:
- I 1: Perearstiabi
 - I 2: Haiglaravi
 - I 3: Hooldusravi
 - I 4: Koduõendus
 - I 5: Soodusravimid ja abivahendid
 - I 6: Taastusravi
 - I 7: Eriarstiabi
 - I 8: Eriteenused dementsetele

Põhikategooria II : Sotsiaalteenused

- Alakategooriad:
- II₁ Koduteenus
 - II₂ Nõustamisteenus
 - II₃ Päevakeskused
 - II₄ Hooldekoduteenus
 - II₅ Dementsete hoolekandeteenused
 - II₆ Ajutine hooldus
 - II₇ Sotsiaaleluruumiteenus
 - II₈ Sauna- ja dušiteenus
 - II₉ Pesupesemisteenus
 - II₁₀ Sooja toidu kojutoomise teenus
 - II₁₁ Soodustingimustel söömise võimalus
 - II₁₂ Soodustused abivahenditele
 - II₁₃ Kohandatud eluruumi teenus
 - II₁₄ Varjupaigateenus
 - II₁₅ Transporditeenus

Põhikategooria III : Teenuse saamise tingimused

- Alakategooriad:
- III 1: Kes suunab
 - III 2: Kuidas otsustatakse

Põhikategooria IV: Teadaolevad probleemid

- Alakategooriad:
- IV 1: Transpordi probleem
 - IV 2: Dementsed koos mittedementsete vanuritega
 - IV 3: Teabe ja koolituse probleem hooldajatele
 - IV 4: Raske tervislik seisund (hooldekodu klientidel)

- IV 5: Koostöö puudulikkus
- IV 6: Ootelehed
- IV 7: Kiire rahvastikuvananemine
- IV 8: Hooldekodukoha kõrge maksumus

Põhikategooria V : Võimalikud lahendused

- Alakategooriad:
- V 1: Erinevatest allikatest finantseerimine
 - V 2: Avahooldusteenuste osutamine
 - V 3: Koostöövõrgustiku väljaarendamine

Põhikategooria VI: Perekonna roll eakate hooldamisel

- Alakategooriad:
- VI 1: Laste olemasolu tähtsus teenuse saamisel
 - VI 2: Omaosalus
 - VI 3: Omaosaluse määramise alused

Põhikategooria VII : Omavalitsusvälised tugistruktuurid

- Alakategooriad:
- VII 1: Erasektori roll vähene või puudub
 - VII 2: Vabatahtlike roll
 - VII 3: Perekonna ja sõprade abi

Põhikategooria VIII: Koostöövalmidus

- Alakategooriad:
- VIII 1: Perearsti ja sotsiaaltöötaja koostöö
 - VIII 2: Asutuste vaheline integratsioon
 - VIII 3: Tervishoiu- ja hoolekandeteenuste lahknevus maakondlikul tasandil
 - VIII 4: Sotsiaalnõustamine haiglas
 - VIII 5: Interdistsiplinaarne hindamine
 - VIII 6: Võrgustikutöö

Põhikategooria IX: Tulevikunägemus

- Alakategooriad:
- IX 1: Avahoolekande arendamine
 - IX 2: Reformide elluviimine
 - IX 3: Geriaatiline seisundi hindamine
 - IX 4: Arengukavad

Põhikategooria X : Info kättesaadavus

- Alakategooriad:
- X 1: Valla- ja linnalehed
 - X 2: Teised inimesed
 - X 3: Kohalik omavalitsus, perearstid ja sotsiaalnõustamine
 - X 4: Interneti teel

Põhikategooria XI: Tugi perekondadele

- Alakategooriad:
- XI 1: Ühekordsed toetused
 - XI 2: Ajutise hoolduse võimalus (omaosalusega)
 - XI 3: Koolitus ja info

Andmete analüüs

Põhikategooria I: Tervishoiuteenused

I₁: Perearstiabi

Perearstiabi kättesaadavust eakatele hinnati kõikides maakondades üldiselt heaks. Mitmed intervjuueeritavad tõid siiski esile teenuse kättesaadavuse probleemi valdade äärealadel aga ka koduviitide maksumusega kaasnevaid probleeme ning arstiabi efektiivsuse probleeme. Näiteks arst ei valda eesti keelt või ei saada uuringule.

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

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

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

R: *Eakad --- kurdavad, et arstid ei saada ühele või teisele protseduurile või analüüsile ---.*

I₂: Haiglaravi

Haiglaravi saamise võimalus on olemas kõikides maakondades. Mitmetest ekspertide hinnangutest peegeldub mure haiglaravi püsijäämise ja kvaliteedi pärast maakondlikul tasandil.

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

R: *--- haigla on olnud pikka aega küsimärgi all, milliseks ta jääb, milliseid teenuseid ta pakkuma hakkab, mis siia jääb ja mis siia ei jää. ---et väiksemate muredega, mis ka vanusega kaasas käivad, need hädad ja haigused ja --- ikka maakonna tasandil (abi saaks).*

I₃: Hooldusravi

Hooldusravi osas on maakonniti olukord ebahütlane, mõnes kohas on kohti piisavalt. Enamus vastanutest toob probleemidena välja hooldusravi voodikohtade vähesust ja piiratud ajalimiiti hooldusravil viibimiseks (maksimaalselt 60 päeva). Patsiendid kirjutatakse haiglatest liiga vara koju või ei pääse nad õigel ajal hooldusravi teenusele.

R: *Maakonna põhjaregioonis ja lõunaregioonis on niisugused hooldushaiglad olemas, nii et saab elukoha lähedal olla. Ja muidugi hooldusraviga haakub siis omavalitsuste tegevus, sest hooldusravi --- kui eakal pole omakseid või ta ise ei suuda. --- omavalitsused on sõlminud hooldusvoodite peale lepinguid haiglatega.*

R: *Kuna meil tehti väikehaiglad juba aastaid tagasi hooldekodudeks, siis meil selliseid vabu hooldehaiglad enam põhimõtteliselt ei ole.*

R: *Ei ole piisavalt hooldusravi ja pikaravi voodikohti, haigekassa ei finantseeri pika- ja hooldusravi osutamist piisavas mahus.*

R: --- inimene on seal aktiivravis ---, ja siis järeldravi võimalus on niivõrd väike -- ja siis ta läheb sinna koju, kus kogu see võrgustik ja see meeskond teda peaks ootama --
- Kui ta läheb oma talumajja, siis temaga keegi --- ei võimle --- tema jääbki sinna abituna. --- see vaheetapp enne koju viimist --- peab olema. --- siis ta tuleb juba niivõrd tublina sealt välja, et ta saab hakkama. Praegu ta ei saa.

I 4: Koduõendus

Koduõendusteenus on Eestis väga uus. Koduõendusteenus on olnud pikemat aega (2 aastat) kättesaadav ainult kahes piirkonnas, enamikes regioonides on alles alustatud või alustatakse teenuse pakkumist. Neljas maakonnas küsitletutest ei ole veel alustatud koduõendusteenuste osutamist.

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

R: Alates aprillist 2002 osutab --- linnas koduõendusteenust --- õendusosakond koostöös linnavalitsusega, kes tasub teenuse eest, teenuse saajatele on teenus tasuta. Maavaldades puudub koduõendusteenus.

R: Tahavad seda koduõendust sisse viia, kuna see toimima hakkab, seda ei oska öelda, aga igal juhul plaanid on ja õed on täiesti olemas, kes on nõus seda tegema.

R: Minu teada meil küll sellist asja ei ole.

I 5: Soodusravimid ja abivahendid

Abivahenditest rääkisid vastajad nii tervishoiuteenustega kui hoolekandeteenustega seoses. Ka oma analüüsis käsitleme abivahendite teemat mõlemate teenuste kontekstis. Abivahendite ja ravimite kättesaadavust ja nende kompenseerimist eakatele pidasid vastajad väga oluliseks ning omavalitsuste osalemist selles loomulikuks. Mitmed respondendid tõid siiski välja, et kompenseerimine sõltub palju eelarves olevatest rahadest:

R: Muidugi ravimite ja prillide ja tehniliste abivahendite kompenseerimistel paljud omavalitsused aitavad vanuritel omaosaluse osa kinni maksta.

R: --- abivahendeid, see on --- korraldatud, et abivahendite laenus ja ---, selles osas on meil küll läinud hästi, et üldjuhul kõiki neid abivahendeid, mida eakas inimene vajab, on saadud, meie oleme oma maakonnas selle riigi eelarves eraldatud rahadega niimoodi välja tulnud, --- on olnud mingeid taotlusi elektrilise ratastooli osas, aga --- need on väga kallid.

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

I 6: Taastusravi

Taastusravi teenust peetakse eakatele oluliseks ja võimalusi selle saamiseks peeti mitmetes piirkondades päris heaks. Osades piirkondades tunti muret selle pärast, et taastusravi võimalused on just viimasel ajal kadunud või muutunud tasuliseks.

R: Meil on siin suur tervisekeskus ja kui on rahalisi vahendeid ja võimalusi, siis võimaldatakse selles tervisekeskuses taastusravi protseduure. --- omavalitsus aitab maksta selle teenuse eest. --- päris usinasti nagu kasutavad seda. --- on eraldi ajad just

eakatele inimestele, kes on juba pensionärid, neile on piletid odavamad ja nendega tegeleb ka treener, kes õpetab ja arendab lihaseid --- nad saavad oma organismi hoida tervetena ja --- tõesti on inimesed rahul, niipalju kui tagasisidet on tulnud.

R: --- kolmas haigla on siis see taastusravihaigla, see on nagu omafinantseerimisega ---.

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

I 7: Eriarstiabi

Eriarstiabi on eakatele põhimõtteliselt kõikjal kättesaadav ja paljude vastajate arvates ei ole sellega seoses erilisi probleeme. Probleemidena toodi välja pikki järjekordi eriarsti vastuvõtule. Samuti arvati, et eakatel on probleeme haiglaravile või eriarstile pääsemisega eriti siis, kui sellist teenust ei saa oma piirkonnas.

R: --- eriarstiabiga ei tohiks olla --- probleeme --- maakonna haiglas, samuti on -- lähedal, kust saab siis kõrgemat arstiabi.

R: Kardioloogi juurde on pikk järjekord, kõrvaarsti juurde on pikk järjekord. --- inimesed on talvel rohkem haiged kui suvel, kahtlemata siis on ka haigla järjekorrad ja midagi ei ole teha. Ja kui tervis on nii kehv, --- siis tuleb kiirabiga sisse.

R: Siiski on eakatel pääsemine aktiivravi osakonda raskendatud.

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

I 8: Eriteenused dementsetele

Küsimustele teenuste kohta dementsetele ei nimetanud ükski respondent tervishoiuteenuseid. Dementsetele mõeldud teenustest räägiti üksnes hoolekandeteenuseid silmas pidades ning neid analüüsimise sotsiaalteenuste osas (vt. II₅).

Põhikategooria II : Sotsiaalteenused

II 1 Koduteenus

Koduteenust pakutakse kõigis Eesti maakondades, koduteenusega pole kaetud väiksemad vallad. Koduteenus sisaldab toiduainete ja majapidamistarvetega varustamist, majapidamistöid, hoovitöid, kliendi hooldamist, kommunaalmaksete tasumist, toetuste taotlemist, ühekordsete asjaajamiste korraldamist, abistamist matuste korraldamisel, hoolekandetasutusse suunamisel ja teabe edastamisel, transpordi- ja saateteenust, pereabiteenust. Koduteenuse saajale on pakutav teenus tasuta, finantseeritud omavalitsuse poolt, kui eakal ei ole seadusjärgset ülalpidajat.

R: Põhimõtteliselt on meil kõikides omavalitsustes, kaks omavalitsust välja arvata 12-st, kus ei ole koduhooldust.

R: Maavaldades on kõikjal tööle rakendatud hooldustöötajad. Avahooldus puudub ainult 5-s maavallas ja need on väikesed vallad.

II 2 Nõustamisteenus

Nõustamisteenusena toodi välja kahte liiki teenuseid: sotsiaalnõustamine ja psühholoogiline nõustamine.

II 2.1 Sotsiaalnõustamine

Sotsiaalnõustamise teenust pakutakse enamuses Eesti maakondades. Sotsiaal- ja juriidilist nõustamise teenust pakutakse enamjaolt maakonna keskustes asuvate päevakeskuste juures. Linnades on tööl ka sotsiaalkonsultandid, maavaldades sotsiaalnõunikud, kes vastavat infot valdavad. Sotsiaalnõustamine on eakale tasuta. Nõustamisteenust finantseerib kohalik omavalitsus, ostes teenust ka mittetulundusühingutelt.

R: *Päevakeskuste juures isegi peaaegu kõigis, nendes enamustes on teenustena kirjas ka konsultatsioonid, kas siis sotsiaalnõustamine või juriidiline nõustamine.*

R: *--- seda sotsiaalnõustamist võimaldatakse omavalitsuses kõigile.*

R: *--- tehakse lepingud soodustingimustel juristidega, sest muidu nad ju ei jaksaks seda tasu maksta.*

R: *--- linn ostab MTÜ-delt teenust.*

II 2.2 Psühholoogiline nõustamine

Sellist teenust pakutakse vaid suuremates linnades. Neljateistkümnest intervjueeritavast maakonnast kolmes nõustamisteenus puudub või eksisteerib vaid sotsiaalnõustamine.

Esmaseks nõustajaks on tihtipeale sotsiaalnõustaja, päevakeskuse töötaja. Riskirühma- ja majanduslikes raskustes isikute psühholoogilise nõustamise eest tasub suuremates linnades linnavalitsus. Mujal pakutakse teenusena vaid tasulist nõustamist, mida eakad kasutavad harva.

R: *Seda sotsiaalnõustamist võimaldatakse omavalitsuses kõigile, aga kasvõi psühholoogilist nõustamist, mida on ka paljudel vaja, see on küll üks suur valulaps. ... meil ei ole inimesi. Paljud sotsiaalnõustajad on ennast ise täiendanud ja harinud selles vallas. On olemas päevakeskused, kus käivad rääkimas siis psühholoogid ja siis neile räägitakse haigustest, kuidas nendest üle saada nii psüühiliselt kui ka füüsiliselt.*

R: *Peredele maksab nõustamine 30 krooni. Ainult meie vald on teinud, et perepsühholoogi vastuvõtul valla inimestel maksatakse omavalitsuse poolt kinni.*

R: *On olemas muidugi ka psühholoogiateenistus ja kõik, praegustel andmetel, ma tean, kasutavad eakad seda harva.*

II 3 Päevakeskused

Päevakeskuste olemasolu töid välja oma intervjuus kõikide maakondade esindajad. Päevakeskuste poolt pakutavate teenuste hulgas toodi välja huvitegevust - laulukoorid, tantsuringid, klaasimaal, käsitööringid, kangakudumine, võimlemine, raamatuklubid, lehe lugemise võimalus, interneti kasutamise võimalus, savivoolimine, televiisori kasutamise võimalus; juuksuriteenus, kosmeetik, pediküür, pesupesemisteenus, ravimite toomise võimalus. Päevakeskused on finantseeritud omavalitsuste poolt ja asuvad maakondade suuremates linnades. Päevakeskuste paiknemine vaid suuremates keskustes teeb selle teenuse kättesaadavuse raskeks maakonna väiksemates valdades elavatele inimestele, peamiselt halva transpordiühenduse tõttu (käib ainult üks buss päevas).

R: *Eakatele, kes elavad oma kodus, on 8 sotsiaal- või päevakeskust. Igas linnaosas üks keskus.*

R: *Meil on transport äärmiselt vilets ja kui käib üks buss päevas, siis see teenuse kättesaadavus on ju nullilähedane.*

II 4 Hooldekoduteenus

Hooldekoduteenust pakutakse kõigis Eesti maakondades. Hooldekoduteenuse hinnaks on 3600 – 6000 krooni kuus. Kui eakal puuduvad lähedased, maksab hooldekoduteenuse eest eakas ise oma pensionist 85 %, ülejäänud finantseeritakse omavalitsuse poolt. Laste olemasolu puhul tasuvad teenuse eest nemad. Hooldekomisjoni otsusega on võimalikud erandotsused. On ka variante, kus poeg viib ema hooldekodusse ja annab omavalitsusele tema korteri. Seejärel tasub eakale pakutava teenuse eest linn. Erihooldekodu teenus on seadusega riigi poolt tasustatav. Üldhooldekodusid on nii riiklikus omandivormis, omavalitsuse omandivormis kui ka eraõiguslikke. See on maakonniti erinev. Mõnes maakonnas on hooldekoduteenuse saamisel järjekorrad.

R: *3 600 kuni 4 100 on hetkel, aga on olnud juttu, et suvel tõuseb.*

R: *--- no kuu hind tuleb ikka kuskil ligi 6000.*

R: *Erihooldekodu vaimupuudega inimestele on seadusega riigi poolt tasustatav.*

R: *17 aprilli seisuga hooldekodu koha järjekorras seitse inimest.*

R: *--- sinna esineb siis mõningaid järjekordi teinekord. Need ei ole vast nüüd ka nii pikad, sellepärast et kui tõesti häda käes on, siis on võimalik niisugust erakorralist, inimene suunata siis kuskile mujale erihooldekodusse. Eestis on teisigi.*

II 5 Dementsete hoolekandeteenused

Päevaholdusteenused dementsetele on olemas kolmes piirkonnas. Teenuse hinnaks inimesele päevas 20 – 30 krooni (toidu hind). Omalt poolt peavad inimesel kaasas olema hügieenivahendid – näiteks mähkmed. Dementsete päevahoiu rahastamine toimub linna eelarvest.

Hooldekodude eriosakondasid dementsetele on loodud väga vähe. Samas on mitmetes maakondades plaanis välja hakata töötama vastavaid teenuseid või olemasolevaid laiendada. Paljudes regioonides on eriteenused eakatele siiski puudu.

R: *--- linnas tegutseb mittetulundusühing ---, kus toimub --- vaimupuudega inimestele ja ka psüühiliste haigustega inimestele --- päevane tegevus. Ja seda --- planeeritakse veel laiendada.*

R: *Päevahoidu muud ei ole kui ainult dementsetele. Ja dementsete teenus läks meil tööle käesoleva aasta esimesest jaanuarist ja seal --- meil on 20 kohta. --- ja töötab --- väga hästi. --- Seal maksab kinni kõik --- linn. Välja arvatud 30 krooni päevas toit ja seal saab 3 korda päevas süüa.*

R: *Dementsetele ekstra ei ole. --- kokkuleppel võetakse neid rohkem --- hooldekodusse, aga see on siis juba kliendi ja hooldekodu poolne kokkulepe. --- üldhooldekodud --- seal neid tavaliselt ei võeta, sellepärast, et personalil ei ole eriväljaõpet nende klientide jaoks.*

R: *Kurvemas olukorras ongi dementsed, praegu dementsetele eraldi hooldusasutusi ei ole. Ja nad üldiselt jäetud ... --- omas kodus. Sest üldhooldekodud ei võta dementseid vastu, muidugi oleneb seisundist.*

R: *--- ei ole eakatele. Kuigi see on päevakorras.*

II 6 Ajutine hooldus

Ajutise hoolduse võimalus on olemas enamikes maakondades. Mõnes maakonnas pakutakse ajutist hooldust hooldusraviosakonna näol, sotsiaalkeskuses või mõnes

maakonnas hooldus- ja tervisekeskuste poolt pakutava teenusena. Üks maakond toob teenuse alternatiivvariandina välja võimaluse sõlmida lihtsalt kuuajaline leping hooldekoduga. Ajutise hoolduse hind on keskmiselt 6000 krooni kuus. Ajutise hoolduse eest peab tasuma perekond. Kohati pakutakse erinevaid hinnapakette, sõltuvalt abivajaduse suurusest. Võimalik on omavalitsuse poolne abi.

R: *ajutist hooldust pakuvad maakonna hooldus- ja tervisekeskused, kes pakuvad tasulist ka lühiajaliselt vastavalt kliendi soovile.*

R: *On küll olemas, aga vahel sõltub see niimoodi, näiteks ei ole kohti, neid kohti ei ole eriti palju ja kui nad on ikka täis, siis tuleb varakult teada anda.*

R: *Seda on võimalik teha. Kui inimene teeb lepingu näiteks kuuks ajaks, siis on võimalik teha ükskõik millise hooldekoduga.*

II 7 Sotsiaaleluruumiteenus

Sotsiaaleluruumi teenust pakutakse kõigi maakondade suuremates keskustes, enamjaolt sotsiaalkorterite näol. Kõigis maakondades ei ole need omavalitsuste finantsprobleemide tõttu väga levinud. Eakad moodustavad sotsiaalkorteriteenus kasutajatest väikese protsendi. On üks linn, kus on olemas tänu sõprussidemetele Rootsiga, vanurite maja. Mõnes maakonnas on võimalik saada sotsiaaleluruumiteenust vaid talveperioodiks, et suvel koju tagasi naasta. Kliendiga tehakse leping üheks aastaks. Linna poolne kohustus on leida elamispiinad, teha korteris remont. Üüri ja kommunaalkulud maksab inimene ise. Kui rahaline olukord ei võimalda neid katta, siis on võimalik taotleda toimetulekutoetust.

R: *Linna sotsiaaleluruumi taotlejatest üsna suur osa on eakad, kuid võib siiski öelda, et nad ei moodusta enamust.*

R: *Linn on selleks renoveerinud hoone ja loonud võimaluse sissepääsuks ka puuetega inimestele ratastooliga. Väikestes omavalitsustes on see kindlasti problemaatiline, sest sotsiaaleluruumi on võib-olla vähe ja kes neid suudab renoveerida.*

R: *On need sotsiaalkorterid olemas küll, aga nad on rohkem mõeldud puuetega inimestele ja ma leidsin statistikast üles, et üks eakas on paigutatud sotsiaalkorterisse. Neid on muidugi vähe, kümnekond sotsiaalkorterit....*

II 8 Sauna- ja dušiteenus

Sauna ja dušiteenus on olemas intervjueritud 14-st maakonnast 12-s. Kahes maakonnas soodustingimustel pakutav sauna- ja dušiteenus puudub. Nendes maakonna keskuses on olemas linna saun, mida vajadusel on võimalik külastada, kuid soodustusi seal eakatele ei ole.

Sauna- ja dušiteenust pakuvad mõnes maakonnas päevakeskused, mõnes maakonnas linna saunad ning mõnes vallas ka kohalikud hooldekodud. Sauna- ja dušiteenust finantseerib osaliselt omavalitsus, osaliselt inimene ise. Teenuse hind kliendile on odav, 10-25 krooni. Saunateenus kättesaadavuse eest koduhooldusteenuse klientidele hoolitsevad koduhooldustöötajad.

R: *Nüüd ehitatakse välja ühte duširuumi, kus siis need päevakeskuse kliendid saavad hakata käima minimaalse tasu eest pesemas. Sest päevakeskusel oli just see probleem, et inimesed ise tulevad ja küsivad, et kas siin on kuskil võimalus pesta.*

R: *Mõnes kohas on, mõnes kohas ei ole. Ühes linnas võimalik lausa vannis käia.*

Ühes linnas tehti sotsiaalmaja, kus on sotsiaalkorterid. Ja siis on üks kahetoaline korter tehtud ekstra selle jaoks, kus nad saavad siis pesu pesta ja vannis käia.

II₉ Pesupesemisteenus

Pesupesemise teenus soodustingimustel on olemas kõikides maakondades peale ühe. Kõigis maakondades pakutakse pesupesemisteenust päevakeskuste juures. Inimestelt võetakse teenuse eest sümboolne tasu (tasuta pesemisest kuni 25 kroonini), olenevalt inimese majanduslikust olukorrast. Lisaks omaosalusele on pesupesemine finantseeritud kohalike omavalitsuste poolt. Pesupesemise teenus on väga nõutav teenus, teenuse saamisel on järjekorrad.

R: *Kui ta ulatub 10 kroonini, see on ka kõik, mitte rohkem. Väga palju omavalitsusi ikka märgib, et peaks olema inimese-poolne osalus, olgu see või sümboolne, aga päris tasuta ei ole ikka õige kõike anda. Aga üks ikka nemad ka vaatavad, et kui inimene ikka on väga vilets, siis ei hakka tema käest raha võtma.*

R: *Kui oma pesupulbriga, siis on 12 krooni pesemine, kui tuleb keskuse poolse pesupulbriga, siis on 15 krooni.*

R: *Ma tean konkreetselt, et inimene maksab seal ikka ise ka. Üldiselt need inimesed, eakad, ei taha päris tasuta midagi võtta.*

II₁₀ Sooja toidu kojutoomise teenus

Sooja toidu kojutoomise teenus eksisteerib suuremates maakonna keskustes ja valdades, kus on hooldekodud, kuid sealgi mitte väga laialdaselt. Täielikult puudub teenus kolmes maakonnas. Ühe põhjusena teenuse vähese leviku kohta tuuakse välja transpordi puudumist.

Sooja toidu kohale toomine on klientidele tasuta, toidu maksab kas omavalitsus või klient ise. Toidu maksumus eakale on reeglina 20-25 krooni

R: *Seda pakutakse nüüd kahel moel – üks on siis üks mittetulundusühing, teeb ilma linna kulu ja kirjadeta, meie toetame ainult vedu, see on siis üksikvanuritele ühes linnajaos soe supp. See supp määratakse mingiks teatud perioodiks, kuuks, kaheks ja siis saab jälle keegi teine ja aga seda ei maksa klient absoluutselt. Teine koht on üks päevakeskus, selle toiduveo autojuhi palga maksab muidugi linn kinni. Toidu ostab klient ise.*

R: *Töötavad supiköögid ja koju viiakse toitu ja kohapeal käiakse toidu järel.*

II₁₁ Soodustingimustel söömise võimalus

Soodustingimustel söömise võimalust pakuvad suuremates maakonna keskustes asuvad päevakeskused. Soodustingimustel söömise võimalus eakatele puudub neljas maakonnas. Eakale pakutav soodushinnaga toit on finantseeritud omavalitsuse poolt. Omaosalus soodustingimustel lõuna saamisel algab kümnest kroonist. Lisaks on maakondades ka supiköögid, kust majandusraskustes eakas saab sooja toidu ühe või kahe krooni eest, või sotsiaalosalosakonnast väljastatud talongi alusel täiesti tasuta

R: *Päevakeskuse juures on võimalik käia söömas, on võimalik sooja lõunat saada. Aga selle peab inimene ostma.*

R: *see soodushind on ikka täiesti oluline soodus, pensionäridele päevakeskuse sööklas.*

R: *linna hoolekandekeskuse juures tegutseb supiköök, kus eakad saavad suppi 1 ja 2*

krooni eest, toimetulekuraskuste puhul ka tasuta sotsiaalosakonna poolt väljastatud talongi alusel. Maavaldades puuduvad supiköögid. Toimib rohkem naabriabi.

II₁₂ Soodustused abivahenditele

Abivahendeid rahastab riik ning nende eraldamine käib läbi eraõiguslike ettevõtete. Nendel asutustel on linnades oma abivahendite keskused ja müügipunktid. Abivahendeid on võimalik soodustingimustel saada inimestel, kellel esimese pereliikme kohta sissetulek ei ületa miinimumpalka, 2169 krooni 2003. aastal. Abivahendite soodushinnad on kehtestatud riigi poolt. Kui abivahendi ostmise hind käib eakale ja puudega inimesele üle jõu, siis olenevalt abivahendi maksumusest, aitab kohalik omavalitsus linna eelarvest seda toetada. Toetatakse tehniliste- ja võimaluse korral ka põetus- ning inkontinentsivahendite ostmist. Olenevalt abivahendi hinnast ja kohalikust valla või linna omavalitsusest, kompenseeritakse abivahendi maksumusest inimesele 200 – 1000 krooni või 50% summast. Omaosaluse kompenseerimise otsustab kohaliku omavalitsuse sotsiaalkomisjon. Mõnes vallas viiakse inimestele valla transpordi olemasolul vajaminevad abivahendid koju kätte.

R: *Meil on ka abivahendite väiksed toetused. Muidugi seda raha on kõike vähe, me ei saa kõigile maksimummäärasid välja maksta, aga siiski need on kõik olemas nii abivahenditele, ravimite maksumusest on võimalik tuhat krooni aastas kompenseerida.*

R: *Abivahendeid rahastab riik ja nende abivahendite eraldamine käib siis eraõiguslike ettevõtet kaudu ja nendel firmadel on linnas oma abivahendite keskus olemas. Noh, ratastoole on võimalik siis inimestel soodushinnaga osta või laenutada.*

R: *Prillide ja tehniliste abivahendite kompenseerimisel paljud omavalitsused aitavad vanuritel seda omaosaluse osa kinni maksta. Aga seda ostustavad jälle sotsiaalkomisjonid. Reeglina kompenseeritakse omaosalust kuskil 50% .*

II₁₃ Kohandatud eluruumi teenus

Kohandatud eluruumi teenus teenusena eksisteerib vaid ühes suuremas Eesti linnas. Mujal Eestis on kokku kohandatud puuetega inimestele 5 eluruumi. Lisaks üksikud juhtumid, kui vald on seadnud elamise inimesel nii, et ta saaks seal elada. Peamiselt on kohandatud eluruumideks sotsiaaleluruumid. Teenuse puudumise põhjusena tuuakse välja finantsprobleemid.

R: *Need on suhteliselt üksikud juhud, kus vald on elamist seadnud selliseks, et ta saaks seal elada.*

R: *Puudega inimestele on. No eakatele. Linnal on seitse aastat eelarvest raha eluruumi kohandamiseks. Osakonnajuhatajate nõupidamisel otsustasime, et eakale kohandatakse eluruumi kuni 10 000 krooni ulatuses, on seda võimalik saada. Möödunud aastal olid need piirid väga erinevad, alates 300 kroonist kuni 10 000-ni, kuid ei tee me sõna otseses mõttes remonditöid.*

R: *Linn kohandas kaks eluruumi puuetega inimestele.*

R: *see nõuab ikkagi nii suuri vahendeid, et ükski meie omavalitsus ei suuda oma tulubaasiga seda teha praegu. See on ülejõu käiv.*

II₁₄ Varjupaigateenus

Varjupaigateenuse olemaolu tõi välja üks maakond. Teenuse maksumuseks 150 krooni ööpäev.

R: Seal on võimalik saada varjupaigateenust, see on siis 150 krooni ööpäev.

II₁₅ Transporditeenus

Transporditeenus invataksode näol eksisteerib kolme maakonna keskses. Osaliselt maksab teenuse eest linna omavalitsus. Mõnel pool võimaldatakse inimestele ka transporti haiglasse ja arsti juurde. Probleemiks on teenuse kallidus nii kohalikele omavalitsustele kui ka inimestele endale. Probleemina bussides ja rongides nähakse kõrgeid astmeid, mis raskendab eakatel ühistranspordi kasutamist.

R: --- et kui nüüd transpordiga tuuakse linna mõnikord arsti juurde...sest invatransport selle kõige paremas tähenduses on olemas ainult linnas, teistel puhkudel on siis ühekindne abi, mis ei ole regulaarne ja sõltub ka inimesest, mitte kõiki ei suudeta aidata.

R: Maakonna suureks probleemiks on invataksode rentimine nii puuetega inimestele kui ka vanuritele, see on liiga kallis. --- ja näiteks üritustele kokku saada maakondade erinevatest piirkondadest just selliseid inimesi, kes ühistranspordiga ei saa liikuda, ongi see üheks suureks takistuseks ja tihti need inimesed ei tulegi kodunt välja. Kui on suurüritused olnud.

Lisaks eelpool kirjeldatud teenustele tegutsevad maakondades aktiivselt eakate enda poolt juhitud huviringid ja Pensionäride Ühenduste liikumised Nende peamiseks tegevuseks on eakate vaba aja organiseerimine kultuuri- ja meelelahutuslikku laadi üritustega:

- kohtumised meditsiinala inimestega, riigikogu liikmetega, kohaliku omavalitsuse ametnikega
- tervisespordiüritused: matkad, võimlemine, sportlikud mängud
- ekskursioonid Eestis,
- kontserdid
- isetegevus, taidlus
- käsitööringid

Osades organisatsioonides kasutatakse vabatahtlike abi – lektorite, taidlusjuhtide näol. Valla ühinguid sponsoreerivad vallas asuvad firmad.

Turvatelefoni teenust ei pakuta eakatele mitte üheski maakonnas.

Põhikategooria III : Teenus saamise tingimused

Enamikul juhtudest satub teenuse saaja otsustajate vaatevälja seoses lähedaste või naabrite pöördumisega aga ka sotsiaaltöötaja või perearsti kaudu. Vastavalt teenuse vajadusele suunatakse inimene kas tervishoiu- või sotsiaalteenusele. Tervishoiuteenuseid rahastatakse olenemata laste või lastelaste olemasolust. Sotsiaalteenusele saamine ja selle eest maksmine sõltub laste olemasolust. Nende suutmatusel teenuse eest tasuda, võtab hooldamise kohustuse üle omavalitsus.

III₁: Kes suunab

Tervishoiuteenusele suunab arst, sageli koostöös sotsiaaltöötajaga. Sotsiaalteenuse saamiseks suunab sotsiaaltöötaja. Esmapöördujaks on sageli kas inimene ise või tema lähedased, naabrid.

R: (Hooldusravile) *Linnaarst --- linna regioonis omab teatavaid registreid ja järjekordi ja on suuteline seal ka korrektiivse tegema, näiteks on hooldusravisse järjekord ja kellelgi läheb olukord hullemaks, siis ta nagu tõstetakse ettepoole.*

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

R: *--- aktiivravahaigla võtab kontakti hooldusravahaiglaga. --- haigla vabade kohtade olemasolul.*

R: *Kas pöördud ise või esindaja või naaber võib teada anda, et inimene võibolla abi vajab. Kui ta on üksikvanur, siis tullakse koju vaatama.*

III₂: Kuidas otsustatakse

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

R: *Üritatakse siiski välja selgitada, kui on lapsi ja lapselapsi, kes on võimelised nii majanduslikult kui tervislikult kui muudpidi, siis meie üldiselt ikkagi ei osuta seda teenust. Ikkagi ainult nendele, kellel ei ole lapsi või kelle lapsed mingil põhjusel ei ole võimelised.*

R: *Esimeseks kriteeriumiks on, et eakas on linna/valla elanike registris ning teiseks see, et on reaalne vajadus hoolduse ja kõrvalabi järgi.*

R: *On spetsialist, kes käib kodus ära, tutvub olukorraga, aga lepingu sõlmib siis osakonnajuhataja, linnaosa sotsiaalhoolekande osakonnaga.*

R: *Seda (sotsiaaleluruumi teenust) saab inimene, kellel on sissetuleku tase teatav piir, mis meil on määratud reeglitega. Ja kui vanur jääb sellest piirist alla, siis on ta vanur või tööealine või kes iganes sotsiaalselt seisundilt, siis on ta õigustatud seda eluruumi saama.*

Põhikategooria IV: Teadaolevad probleemid

IV₁: Transpordi probleem

Teenuste kättesaadavuse teeb raskeks eelkõige transpordi probleem, mis puudutab rohkem valdade äärealadel elavaid inimesi, aga ka suurlinnades liikumist. Transpordi probleem on mõlemasuunaline - nii kodust teenuse juurde pääsemiseks kui ka teenuse kliendi juurde viimise seisukohast. Üldiselt hinnati transpordiprobleeme ühtedeks valusamateks probleemideks .

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

R: *--- on suurlinn, ja see eakas inimene, kellel on liikumine suhteliselt raskendatud, ta peab seal kasutama veel ühiskondlikku transporti, kuskil võibolla veel isegi päris tükk maad jala minema, mitusada meetrit.*

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

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

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

IV 2: Dementsed koos mittedementsete vanuritega

Probleemiks on see, et tavaliste eakate ja sügavalt dementsete eakate hoolduseks on samad osakonnad ja asutused. Dementsetele eakatele pakutavatest teenustest on enamikes piirkondades puudus.

R: *Sest tegelikult ei ole see normaalne, et tavaline vana inimene, kes tahab rahu ja vaikust, oma vanaduspõlve veeta, ta ei taha olla kõrvuti nendega, kes tekitavad talle uusi probleeme ja stressi.*

R: *Need üldtüüpi hooldekodud on hädas, kui --- inimene dementseks jääb või dementsena sinna tuuakse, siis selle inimesega on probleeme. Dementseid ei ole nii palju, et igas hooldekodus peaks olema eriosakond, neid peaks --- mõnes hooldekodus... .*

IV 3: Teabe ja koolituse probleem hooldajatele

Hooldajateks on sageli pereliikmed või sõbrad, kes ei oma selleks mingit ettevalmistust. Viimasel ajal on küll alustatud ka projektidega hooldajate (nii formaalsete kui mitteformaalsete) koolitamiseks, samuti on saadaval mitmeid trükitud teabematerjale. Puud jääb ka info levikust vajalike sihtrühmadeni.

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

R: *Põhimõtteliselt nad saaksid nõustamist, see võimalus on olemas, aga palju kasutatakse, --- saime need raamatud, hoolduse käsiraamatud, ---, et inimesed saaksid võtta, kellel vajadust on.*

IV 4: Raske tervislik seisund (hooldekodu klientidel)

Seda alakategooriat iseloomustavad ekspertide kirjeldused personali kvalifikatsiooniprobleemide ja arstiabi võimaluste kohta, kuna hooldekodudes on raskelt haigeid kliente. Hooldekodudes töötab velskreid, üldõdesid, põetajaid, hooldustöötajaid ja vajadusel saab välja kutsuda perearsti. Lähtuvalt patsientide kontingendist, keda hooldekodudesse viimastel aastatel paigutatakse tõid eksperdid siiski välja probleemi, et on tekkinud suur vajadus pakkuda hooldekodudes ka arstiabi/õendusabi teenuseid. Osade ekspertide arvates ei ole hooldekodus hooldusravi teenuste osutamine siiski probleem.

R: Maavaldade hooldekodudes on palju vanureid, kes võiksid hooldekodu asemel olla hooldusraviosakonnas või õenduskeskustes.

R: Mõnes hooldekodus on tööl õde, mõnes ei ole. Kus ei ole, kutsutakse perearsti ja ka seal, kus on see õde olemas, siis õde konsulteerib haiget ja kui tal on midagi tõsisemat, siis alati kutsutakse perearsti.

R: No kuna meil on nagu perearstid olemas, siis igas omavalitsuses, seesama hooldekodu on teinud teatud lepingu, mille alusel perearst teatud päevadel, näiteks --- 2 korda nädalas on majas olemas kindlatel kellaaegadel. Ja alati on võimalus arsti välja kutsuda, aga muidu hooldekodus on olemas oma meditsiinipersonal, on velskrid, õed. Ja hooldekodu ise organiseerib, kui on vaja mõnda inimest tuua haiglasse uuringutele.

IV 5: Koostöö puudulikkus

Koostöö puudulikkust kurdetakse mõlemapoolselt, nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuste pakkumise poolelt. Rõhutatakse nende kahe süsteemis eraldatust üksteisest, eriti finantseerimises, kuigi sageli vajab üks klient abi mõlemast süsteemist.

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

R: --- ei ole ju erilist koostööd nagu sotsiaaliga. --- tuleb haiglast, siis pole abi kuskilt võtta, et on selliseid juhtumeid, et haiglast tulles on vaja järelvalvet ... koduõendust. Sotsiaaltöötaja üksi võibolla ei jõua vedada, tal on töökoormus niigi liiga suur.

R: Puudub ühtne süsteem.

IV 6: Ootelehed

Erinevatest intervjuude protokollidest tuleb välja ootelehtede olemasolu mitmetes piirkondades, erinevatele teenustele. Eelkõige peegeldub ekspertide vastustest mure võimaluste pärast õigeaegselt hooldusravile pääseda. Veel toovad eksperdid välja ka ootelehtede olemasolu hooldekodusse pääsemiseks, mis mõningates piirkondades on suuremaks probleemiks. Järjekordade probleem on terav ka eriarstide konsultatsioonile või operatsioonile saamisega.

R: Hooldushaiglatesse on mitmekuune järjekord.

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

R: Koduõendusele järjekord puudub, hooldusravil umbes 1 kuu, aga mitte igas haiglas.

R: On ja ei ole ka (ootelehti hooldekodusse). Oleneb ju sellest, kas eelnevad inimesed hooldekodus eest surevad... Aga kui ka tuleb olla järjekorras, siis inimesed suudavad selle järjekorra ära oodata, see pole nii pikk aeg.

R: Üldiselt on ikka nii, et kui on vajadus, siis saavad (koha hooldekodusse). Järjekorda ma ei ole kuulnud.

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

IV 7: Kiire rahvastikuvananemine

Respondendid toovad välja, et probleemidega, mis seoses rahvastiku vananemisega esile kerkivad, tuleb hakata kohe tegelema. Näiteks laiendada-tugevdada avahooldusteenuseid. Samuti on eksperdid maininud probleemi seoses tulumaksu mittelaekumisega, kuna siis ei ole rahalist katet eakate ülalpidamiseks ja pensionide maksmiseks.

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

R: *Põhiprobleem on ---, et tulumaksu ei laeku. Ehk vanurite ülevõlpsidamiseks ja pensionite rahastamiseks ei ole enam allikaid. Kui on väga palju vanurite protsent rahvaarvust. See tekitab ju praktiliselt vaesust ja see on ju kõige ekstreemsem ja halvem.*

IV 8: Hooldekodukoha kõrge maksumus

Hooldekodukoha kuumaksumus on väga kõrge, seepärast kaalutakse igat juhtumit enne otsuse langetamist põhjalikult ja ka lükatakse otsustamist viimase võimaluseni edasi, otsides teisi lahendusi, mõnikord paradoksaalselt koguni kallimaid, kui need on rahastatud teisest allikast (tervishoiuteenused näiteks).

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

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

R: *--- kliendid on põhimõtteliselt perekonnale tohutult koormaks. Ja seal on ju need haiguse probleemid ja dementsuse probleemid tulevad ju väga paljudel juhtudel ka juurde ja perekondadel käib see --- ikka üle jõu.*

Põhikategooria V : Võimalikud lahendused

V 1: Erinevatest allikatest finantseerimine

Enamik eksperte tõi välja, et erinevad hooldusraviteenused võiksid olla rahastatud kahest või isegi kolmest allikast – haigekassa, omavalitsused, klient või tema perekond - sest probleemid ei ole vaid sotsiaalsed, omavalitsuste rahalised võimalused on piiratud ja ka perekonna roll ei saa väga suureks jääda.

R: *Kindlasti peaks olema kõikide raha eest, nagu näiteks hooldusravi konkreetselt raviosa on haigekassakulud aga need hotellikulud oleksid omaste või ... ja ma ei tea, kes need palgad siis ... Kindlasti peaks olema, sest neid hotellikulusid ei peaks küll haigekassa finantseerima.*

R: *See erinevast allikast finantseerimine --- oleks nagu oluline, et Haigekassa, omavalitsus ja lapsed... .*

R: *Ma arvan, et pigem jääb siis nii, et Haigekassa ja omavalitsused, hea kui see klient saab maksta mingi osa oma ravimite eest, vanad inimesed kasutavad väga palju ravimeid ja raha läheb palju sinna peale.*

V₂: Avahooldusteenuste osutamine

Võtmeküsimuseks respondentide väidete põhjal on koduhoolduse arendamine, et kohandada maakodusid eakate jaoks sobivamaks, et inimesed saaksid võimalikult kauaks oma koju elama jääda. Samuti pakutavaid teenuseid peaks olema rohkem, näiteks koduõendusteenuse arendamist peavad palju eksperdid oluliseks, sest koduõendus aitab natuke "siluda" seda hoolekande ja tervishoiu vahelist vähest koordineeritust. Oleks vaja arendada avahooldusteenuseid, kuna kodus hooldamine on kõige odavam. Samas on ka eakatele tähtis selliste teenuste olemasolu ja osutamine, sest nii on võimalus jääda oma koju elama.

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

R: *Vana tahab ikka kodus olla ja kui pere on raskes olukorras, siis sobiks see (päevahooldusteenused) ilmselt rohkem kui ta saaks seal olla natukese ---. Kui valida, hooldekodu või ---, siis ilmselt enamuse valiks selle võimaluse.*

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

R: *See koduõendus natuke silub seda hoolekande ja tervishoiu omavahel*

R: *--- oleks selline koduhooldus, et oleks töötaja, kes abistaks vanainimest kodus ja muidugi, ütleme sellist kodukohandamist ---, ta ei peaks rassima mingite puudega või et see maakodu oleks kohandatud, --- tema vajadustele vastavalt. ---, et oleks tugiisik, --- kes vähemalt korra päevas käiks läbi.*

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

V₃: Koostöövõrgustiku väljaarendamine

Sotsiaalhooldusvõrgustiku väljaarendamine oleks suureks ressursiks.

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

R: *Koostöövõrgustiku välja arendamine. Tervishoid pluss hoolekanne pluss omavalitsused.*

Experdid toovad välja oma kirjeldustes veel erinevaid võimalusi praeguse olukorra parandamiseks. Näiteks on mitmete arvates oluline aidata kaasa eakate aktiivsetena püsimisele, parandada eakate ja nende pereliikmete koolitamise ja informatsiooni saamise võimalusi, võimaldada eakatel inimestel töötada, kui nad seda soovivad ja on selleks võimelised.

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

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

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

R: *--- on võetud hooldustöötajad, vabatahtlikud sinna palgale, aga neil ei ole oskusi, kogemusi ja praktikabaasi. --- Et sellest ei piisa, kui me kutsume nad siia saali ja räägime. Inimene vajab ise just seda läbitegemist.*

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

Põhikategooria VI: Perekonna roll eakate hooldamisel

VI₁: Laste olemasolu tähtsus teenuse saamisel

Üldine hoiak oli ühine selles, et lapsed peaksid hoolitsema oma võimaluste piires oma vanemate eest, kuid arvamused omafinantseerimise suurusest sõltuvalt laste olemasolust, erinesid kardinaalselt.

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

R: *--- need juhud on jälle kõik erinevad. Kui patsient ütleb, mul lastega absoluutselt suhe puudub ja mingitel juhtudel on see ka õige, no siis sealt seda toetust ka ei tule.*

R: *Muidugi nad (sotsiaaltöötajad) ikka vaatavad, kui on lapsed olemas, siis tuleb ikkagi pöörduda laste poole, et lapsed aitaksid.*

R: *Minu aus arvamus on, et ei peaks (lapsed üksi kandma oma vanemate hoolduskulusid). Sest minu arust on see kohutavalt ebaõiglane. Kui inimesel on olemas lapsed, kelle on ta üles kasvatanud kogu oma jõu ja rahaga, pisut ikkagi andnud nende elluaitamiseni ja võibolla hiljemgi veel, aga need inimesed, kes on kogu elu elanud ikkagi iseenda heaks ainult ja nüüd ka vald hoolitseb nende eest. Minu arust on see kohutavalt ebaõiglane. Ma ei tea, miks on niimoodi tehtud, kuidas --- oleks humaansem olnud.*

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

VI₂: Omaosalus

Omaosalust peetakse üldiselt vajalikuks, et kliendid ei nõuaks mittevajalikke teenuseid. Probleemina tuuakse omaosaluse tasumisel seda, omaosaluse rakendumine laieneb pidevalt ning määrad tõusevad nii et eakatel võib tekkida raskusi ka väikese omaosaluse tasumisel. Sageli on ka kliendi lapsed töötud või toimetuleku taotlejad, sellisel juhul toimub tasumisel kombineeritud variandi leidmine (üks osa perekonnalt, teine omavalitsuselt).

R: *Kõik need abivahendid, mida riik nüüd kompenseerib osaliselt, alati on sisse kirjutatud selle kliendi oma protsent, on ta 10% või mõnikord rohkem. Ja kui see ei ole perekonnale jõukohane tasuda, siis pöörduv ta häda palves kohaliku omavalitsuse poole ja on näiteid küll, et päris hästi kompenseeritakse see kliendi osalus.*

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

R: *Jaa, voodipäeva tasu on --- praktiliselt esimesena kehtestatud meie regioonis, nii et nad on tegelikult nagu jaotanud maakonna tsoonideks, inimesed lähvad omale lähemasse kanti.*

R: *Ja, kindlasti, ikka (on omaosalus). Seal on ka kehtestatud minu teada see vooditasu 25 krooni päev. Tasuline teenus on ka kõrval olemas --- jah .*

VI₃: Omaosaluse määramise alused

Intervjueeritavate vastustest selgub, et kui lapsi konkreetses omavalitsuses ei ela, siis inimene sellepärast teenusest ilma ei jää. Aga kui lapsed on omavalitsuses, siis otsustatakse seda igal konkreetsel juhul eraldi, sest kui laps on töötu ja tal on omal lapsed, siis ei ole reaalne, et tal oleks raha. Kui ta on näiteks toimetulekutoetuse saaja, et ta peaks hakkama veel maksma. Need summad lähevad selle omavalitsuse rahast. Sellepärast enamikes regioonides vaadatakse kõik üksikjuhtumid eraldi läbi ja see sõltub kokkuleppest. Kui võtame pereseaduse, siis pereseaduse järgi peavad lapsed olema hooldajad. Aga kui omakseid ei ole, siis omavalitsused maksavad.

Kõik küsimused, mis siis sotsiaalvaldkonda laekuvad, kõikvõimalikud avaldused toetuste saamiseks ja hooldekodud, rahalised toetused või mingite abivahendite toetused, need otsustab sotsiaalkomisjon.

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

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

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

Põhikategooria VII : Omavalitsusvälised tugistruktuurid

VII 1: Erasektori roll vähene või puudub

Eraettevõtjaid on hoolekandes ja hooldusravis peaaegu ei ole. Probleemiks on see, et maksujõulisi kliente on väga vähe. Nii mõnedki ettevõtjad on alustanud tegevust, kuid sellest peagi loobunud. Paljud intervjuueeritavad mainisid, et ilmselt osutatakse neid teenuseid niiõelda mustalt ehk makstakse hooldajale raha lihtsalt kätte. Samas konkreetseid andmeid ei osatud tuua.

R: Elementaarse vajaduse --- koduhooldamise --- teenuse järgi --- linn suudab katta oma klientidele, siin ei ole väga suuri järjekordi. --- ei suutnud seda firmat --- käivitada, sest ta ei suutnud leida neid kliente, kes täiendavalt maksaksid --- see hind ei saa ju eriti madal ka olla, kulud on ju vähemasti algaastatel suured.

R: --- hästi mitu aastat tagasi, --- üks era --- hakkas koduhooldusteenust tegema. --- Ja see teenus kadus turult, sest ta ei leidnud kliente. Ja kindlasti muidugi kliendid olid ja ma arvan, et neid otsitigi sugulaste kaudu või --- see oli väga väike periood, kui ta üldse turul oli.

R: Ilmselt süsteem on ikkagi nii, et kui nad luuakse (põetusteenus erasektoris), siis eeldusel, et keegi on tal kindel lepingupartner, kes siis tasub selle töö eest. Sest et muidu ei tuleks ta toime, tema töötajad ei tuleks toime.

R: See (teenuste pakkujate must turg) eksisteerib kindlasti ja seda saab leida ajalehe kaudu. Kes soovib omale koduhooldajat, kes kuulutab, kes otsib nende kontorite kaudu, kes ka mingit teenuseid teevad.

R: Mul on --- paar aadressi --- ja ma olen mitmel korral saanud tema aadressi anda. Aga lehekuulutusi olen vahel lugenu, --- "pakun tööd", et toimub, niisugune turg on, aga ta ei ole pidev.

VII 2: Vabatahtlike roll

On üksikuid ühendusi, kes pakuvad tuge eakatele, samuti üksikuid sotsiaaltöö üliõpilasi, kes soovivad sel alal tegutseda. Üldiselt pole Eestis vabatahtlik töö, eriti eakate hoolekandes, veel hoogu sisse saanud. Hoopis parem on olukord sellel alal laste hoolekandes.

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

R: Siis on olnud vahel ka nõus seda tööd tegema mõned sotsiaalteenuskonna tudengid.

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

VII 3: Perekonna ja sõprade abi

Enamus eakaid, kes ei tule oma eluga iseseisvalt toime, saavad esmast abi pereliikmetelt või naabritelt, sõpradelt. Mittetöötavaid mitteformaalseid hooldajaid on võimalik ka ametlikeks hooldajateks kinnitada ja saada selle eest väikest tasu.

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

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

R: *Tavaliselt otsitakse inimene ise, keda usaldatakse ja tuntakse ja siis pöördutakse linna või valla poole, et see inimene siis omale hooldajaks kinnitada*

Põhikategooria VIII: Koostöövalmidus

VIII 1: Perearsti ja sotsiaaltöötaja koostöö

Kõik intervjueeritavad arvasid, et koostöö perearsti ja sotsiaaltöötaja vahel peab olema tihe ja sisuline. Selle koostöö praeguse seisu kohta anti väga erinevaid hinnanguid.

R: *Vähemalt ma eeldan --- et nad seda koostööd teeksid, sotsiaaltöötaja ja kohalik perearst.*

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

R: *Koostöö perearstide ja sotsiaaltöötajate vahel ikka täiesti toimib. Kui tekib vajadus, siis praktiliselt kohe võetakse ühendust ja vaadatakse. Kui on arstide poolt mingi info, siis on nii lähestikku perearstid ja sotsiaaltöötajad, et info liigub küll väga kiiresti --- .*

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

R: *--- koostöö on meil küll väga hea, probleeme ei ole üldse olnud.*

R: *Koostöö toimub stiihiliselt. --- kuid töö saab vajadusel tehtud.*

VIII 2: Asutuste vaheline integratsioon

Erinevate asutuste, kas tervishoiu- ja hoolekandetasutuste koostööd peetakse väga oluliseks, kuid hinnangud selle praegusele toimimisele ei ole eriti head.

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

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

VIII 3: Tervishoiu- ja hoolekandeteenuste lahknevus maakondlikul tasandil

Probleemiks peetakse seda, et juba ministeeriumi tasandil on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemid eraldatud, mis tingib sellise suuna jätkumise ka maakondades ja omavalitsustes.

R: Aga see lahknevus tuleb juba ikkagi maakondlikul tasandil, sest meie ministeerium, kes meile ülesandeid annab --- hoiab lahus tervishoiu poole ja siis sotsiaalhoolekande osakonna. Meie osakonnas on ka need asjad päris lahus hoitud, et ma ei tea, kas seda tingis siis vajadus, me saame ilmselt oma ülesannete täitmisega hakkama ilma oma meditsiinikolleegide abi kasutamata.

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

R: Sellega on üle Eesti natukene problemaatiline, et see on juba kuidagi pealinnast sisse kodeeritud, et see koostöö ei ole kõige sujuvam. --- see hakkab juba ministeeriumist, kahe selle poole, sotsiaali ja tervishoiu omavaheline, see koostöö ei ole just alati mitte kõige helgem ja mitte kõige tihedam ja kõige konstruktiivsem ja nii kandub ta võibolla ka maakondadesse. Et võibolla mida väiksem omavalitsus, siis on see koostöö kindlasti ka parem ---. Aga ma ei ütle, et see halb on, aga see võiks olla parem.

VIII 4: Sotsiaalnõustamine haiglas

Sotsiaaltöötajate töötamine tervishoiusüsteemis on siiani siiski pigem erand kui reegel. Suuremates haiglates (eriti hooldushaiglates) on sotsiaaltöötajad olemas. Probleemiks on sageli, et sotsiaaltöötajalt ei oodata mitte niivõrd erialast nõustamist vaid kaasaitamist eaka patsiendi kiireks väljasaamiseks haiglast. Haiglatöötajatel on võimalik kontakti võtta ka patsiendi elukohajärgse sotsiaaltöötajaga ja paluda temalt abi.

R: Haiglates on sotsiaaltöötajad – nii hooldushaiglas kui ka teistes haiglates on sotsiaaltöötaja olemas. --- arstid suruvad talle peale, et tahavad selle eaka inimese välja sealt pressida.

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

R: Haiglates ja hooldushaiglates pole --- sotsiaaltöötajaid tööl. Nõustamist saab kodus kohalikust sotsiaalabi osakonnast.

R: --- ma ei väsi kordamast, et --- on rohkem sotsiaaltöötajaid vaja. Sest see üks inimene selle tohutu haiglakompleksi peale --- no see ei ole normaalne absoluutselt.

VIII 5: Interdistsiplinaarne hindamine

Interdistsiplinaarne koostöö on käiku läinud rehabilitatsioonikavade tegemisel, muudes valdkondades toimub see stiihiliselt ja ilma ühtse metoodikata.

R: Nüüd nendes meeskondades (rehabilitatsioonimeeskondades) on minister sisse kirjutanud, peab olema sotsiaaltöötaja kaasatud, --- selles mõttes sotsiaalministeerium kohe sunnib seda koostööd tegema meditsiini ja sotsiaaltöö vahel.

R: On olemas rehabilitatsiooni meeskonnad ---. Sinna satub ka dementseid eakaid, kuid need tavaliselt lükitakse välja, --- ei saadeta erihooldekodudesse.

VIII 6: Võrgustikutöö

Ekspertid tõid välja, et puudub korralik spetsialistidevaheline koostöövõrgustik, ei ole ühiseid andmebaase, nende kasutamine ei ole reguleeritud.

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

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

Põhikategooria IX: Tulevikunägemus

IX 1: Avahoolekande arendamine

Peetakse vajalikuks, et abi vajav inimene saaks jääda elama oma koju nii kaua, kui vähegi võimalik. Nimetatud teemat käsitlesime pikemalt punkti V₂ juures.

IX 2: Reformide elluviimine

Käimasolevatesse reformidesse hooldusravi ja hoolekande süsteemis suhtuti üldiselt positiivselt, kuigi ettevaatlikult. Muudatusi eakate hoolduses peetakse vajalikuks ja mõeldavaks.

R: *Reformid on muidugi vajalikud, sest muidu tuleb lihtsalt haiglaid sulgeda.*

R: *See on hea, see on vajalik, eriti mis on see õendus-põetuse pool. Ma arvan, et see on väga hea, see on jälle samm edasi ja see on väga inimlik ja vajalik.*

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

IX 3: Geriaatriline seisundi hindamine

Kõik uuringus osalejad kinnitasid seisundi igakülgse geriaatrilise hindamise vajadust hooldust vajavate inimeste edasise ravi/hoolduse planeerimisel. Sellise teenuse osutamisest mujal maailmas oldi teadlikud, samuti tõi mõni vastaja välja edasiste hoolduskulude võimalikku kokkuhoidu.

R: *--- see oleks vajalik. Aga see on jälle see meeskonnatöö ja need eraldi niisugune, --- mujal maailmas see toimib. No loomulikult, ega halb asi ei leviks ja seda ei toodaks meile sisse. Nii, et vaieldamatult oleks see kindlasti vajalik ka.*

R: *Peab väga oluliseks (klientide seisundi igakülgse hindamise teenuse käivitamist).*

R: *Eks see (geriaatriline seisundi hindamine) ole ka paras raha kokkuhoiu allikas, kui me täpselt teame, mida me osutame. --- me osutame kõikidele võrdseid teenuseid, siis võib see pisut kallimaks minna kui tegelikult vaja oleks. --- Ma muidugi eeldan väga*

optimistlikult, et see peaks meile teatava efekti andma, et iga inimene on niivõrd konkreetne oma haigustes, eluloos, perekonnas, et ta vajab ikka konkreetset lähenemist.

R: *Seda tegelikult tuleb teha. --- kui inimene tuleb haiglasse sisse, siis tema seisund on selline ja mingi teatava aja tagant hinnatakse seda seisundit ümber. Minu teada seda haiglas veel ei tehta. Ja ma ei oska seda kommenteerida, kas haiglas on seda suunda või mitte. Aga selle sotsiaalpoole pealt, nende inimestega, kes päevakeskuses käivad, nendega on seda juba alustatud .*

IX 4: Arengukavad

Arengukavad tervishoius ja hoolekandes on paljudes maakondades tegemisel või ka äsja valminud. Siiski ei olda nendes sisalduvaga hästi kursis, samuti kardetakse, et eakad inimesed lükatakse nendest kavadest ikkagi kõrvale. On ka vastajaid, kes on arengukavadega kursis ja nendega rahul ning näevad just eakate hoolekandes olulisi arenguvõimalusi.

R: *November 2003 peab olema valmis --- maakonna hooldusravi arengukava.*

R: *Vajalik on ta (arengukava) kindlasti. Ainult, kui --- arengukava üks kokkukirjutaja ise niisuguse hooldusasutuse juhataja --- on keeruline teha, tekivad subjektiivsed momendid.*

R: *Me planeerime, ---. Ta (arengukava) on meil tegelikult olemas.*

R: *Meie linna arengukava --- siis vastavalt sotsiaal- ja tervishoiu arengukavad. --vanurite valdkonnas on hooldus kõige --- prioriteet, et ennekõike ikkagi inimene saaks niikaua kui vähegi võimalik elada omas kodus. Esiteks inimene soovib seda, see on talle kõige parem ja teiseks on see linnale ka tunduvalt odavam.*

R: *Niisugused vanad tavalised inimesed ei olegi riigi esmane huvi (arengukavas), vaid on tegemist kohaliku omavalitsuse arengukavade osadega, kuivõrd-niivõrd nad seal on üldse olemas. Maakonna tasemel ei ole olemas eakate tänast seisu ja homset nägemust kajastavat dokumenti, mis on olemas ilmselt suurematel ja tugevamatel omavalitsustel.*

R: *Keskendutakse --- haigla reformimisele ja avahooldusele ümberorienteerumisele. Tegelikult on see arengukava (maakondlik) veel väga algstaadiumis, sest igal omavalitsusel kästi kirjutada oma nägemus oma valla arenguplaanidest, aga kõik need pole veel laekunud ja*

Põhikategooria X : Info kättesaadavus

Info eakatele suunatud teenustest saadakse põhiliselt kohaliku ajalehe, kohaliku omavalitsuse kodulehekülje, interneti, perearstide ja sotsiaaltöötajate nõustamise kaudu. Palju infot saadakse ka teistelt inimestelt. Samuti saadakse infot infolehtedest, teabepäevadelt, ka meediast ja internetist. Infolevik jätab siiski kokkuvõttes soovida. Kuigi info levitamist peetakse oluliseks ja sellega ka tegeletakse, on probleemiks sageli info jõudmine õige sihtgrupini.

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

X₁: Valla- ja linnalehed

Piirkonnad, kus levitatakse (tasuta) linna- või vallalehte, on infolevikuga üldiselt rahul. Seal, kus oma lehte ei ole, on info levitamine ajalehe kaudu raske, sest ajalehti on palju ja need on suhteliselt kallid.

R: *Vallaleht ja --- see jõuab iga inimese kodusse, tasuta --- .*

R: *Enamustel on vallalehed, tasuta, pannakse postkasti. Täiesti erinev on see omavalitsuseti. --- nendes on --- eelseisev info, et kes tuleb, mis üritus on, kuidas on transport, samas on kirjas teinekord mingist seadusest.*

X₂: Teised inimesed

R: *Mõni aeg tagasi, kui meil olid ajalehede kandjateks postiljonid külavahel, peab tunnistama, et ka nemad olid sellise info kandjateks ja oli näiteid, kus see postiljon oli poole kohaga nagu sotsiaalhooldustöötaja. Kui ta niikuinii seal küla vahel käis, siis ta ka viis leiva või tõi rohud.--- Muidugi ta (info) liigub nende kogunemiskohtades, mis on kauplused, võibolla ka teatud määral bussijaamad ja inimesed ise.*

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

X₃: Kohalik omavalitsus, perearstid ja sotsiaalnõustamine

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

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

X₄: Interneti teel

R: *Meil on praegu jälle käima lükatud --- maakonna kodulehekül, seal on meeletu infopagas, kellel vähegi võimalus on... .*

Põhikategooria XI: Tugi perekondadele

Järjest rohkem hakatakse mõtlema sellest, et eakat hooldav pere vajab toetust. Reaalseid abistamise võimalusi on siiski veel vähe.

XI₁: Ühekordsed toetused

R: *Pakutakse transporditeenust haiglasse ja koju. Siis on dokumentide vormistamine ja suhtlemine, nii pensionäridele ja puudega inimestele. Kellel probleeme tekib, nendel aidatakse dokumendid ja juristi nõu --- .*

R: *--- jagatakse sotsiaalosakonnas isiklikke abivahendi kaarte, et põetuseks vajalikke tarvikuid saaks soodushinnaga --- raske ja sügava puudega nägemis- ja liikumispuudega inimesed saavad kasutada invataksot soodushinnaga (1.50 km, linn*

maksab 8.50 km), ravimite eest tasumiseks saavad toimetulekupiiril elavad pered taotleda ühekordset lisatoetust.

R: Mis on riiklikult ette nähtud, need toetused ja asjad, sellepärast, et omavalitsustel ei ole sellist raha, millega hakata selliseid teenuseid....

XI₂: Ajutise hoolduse võimalus (omaosalusega)

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

R: Intervall-hooldust osutab meil --- hooldekodu. --- see on ainult tasuline. --- meil on seal 25 tasulist kohta ja sellest on 15 linna osalusega, osaliselt linn maksab, aga 10 kohta on täismaksumusega, ja tavaliselt intervall-hooldust me võtame ainult täismaksumusega. Ja vabu kohti seal --- ei olnud ühtegi vaba kohta. Suvel on see eriti nõutud --- teenus.

R: Osutatakse ka rahalist teenust (hooldusraviteenust) kui inimene ise seda ostab. --- inimene ise võib osta seda määramata ajaks.

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

R: Ei ole, kuulnud ma küll ei ole tugiteenustest, perekonnaseaduse järgi peab laps lihtsalt oma vanemate eest hoolitsema, sellele ikkagi rõhutakse .

XI₃: Koolitus ja info

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

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

R: Haiglas toimub abivahendite alane nõustamine.

Kokkuvõte

Maakondade sotsiaalala juhtide hinnangul on arstiabi eakatele üldjuhul kättesaadav. Probleemid, mis välja toodi – näiteks koduvisiitide vähesus ja kallidus, keeleprobleemid, väikeste haiglate sulgemine, pikad järjekorrad eriarstide vastuvõtule – on pigem üldised kui eakatele spetsiifilised. Eakate taastusravi peeti väga oluliseks, samas kättesaadavust kehvaks ning järjest halvenevaks. Omafinantseerimise korral ei suuda eakad taastusravi teenuseid osta. Hooldusravi võimalused on Eestis väga ebaühtlased. Siiski soovitakse enamuses piirkondades luua juurde uusi hooldusravikohti ning pikendada hooldusravi viibimise võimalust. Koduõenduse arengut soositakse kõikjal ning selles nähakse perspektiivi vähendada eakate inimeste haiglaravi ning asutushoolduse vajadust.

Üksmeelel oldi ka selles, et abivahendeid ja ravimeid peavad omavalitsused vajaduse ja võimaluse piires kompenseerima, samas peaks säilima siiski omaosaluse määr.

Koduteenuseid, sotsiaalnõustamist ja päevakeskuse teenuseid pakutakse kõigis Eesti maakondades, probleeme selle korraldamisega on vaid üksikutes väikestes valdades. Eakate päevakeskuste baasil pakutakse mitmesuguseid teenuseid – huvitegevused, kosmeetikateenused, pesemise ja pesupesemise teenused, soodushindadega toitlustamine, sooja toidu kojuviimine ja palju muud. Seevastu psühholoogilise nõustamise teenus enamuses maakondades kas puudub või on kättesaadav vaid kliendi omafinantseerimisega. Kõrge hinna tõttu ei saa eakad seda reeglina kasutada. Hooldekodukohtade vajadus on piirkonniti erinev. On neid, kus on küllalt pikad ooteajad, kuid siis otsitakse vajadusel kohti teistest lähedalasuvatest asutustest. Paraku püütakse esimese võimalusena suunata eakas inimene hooldusravile, kuigi sellist vajadust alati ei ole. Omavalitsuste huvides on kasutada maksimaalselt ära haigekassa rahasid eakate hooldamiseks. Hooldekodu koha maksumus on perekondade sissetulekuid arvestades väga suur. Samas, hooldekodudes on selliseid kliente, kes vajaksid just hooldusravi, kuid hooldusravi piiratud ajalimiit sunnib neid hooldekodusse suunama. Ajutise asutushoolduse võimalused on küll mitmel pool olemas, kuid üldjuhul on need täismahus omaosalusega ning seetõttu paljudele peredele majanduslikult ülejõu käivad.

Nii hooldusravis kui hooldekodudes on probleemiks dementsete hooldamine koos mittedementsetega. Seda ei peeta õigeks ning lahenduseks pakutakse dementsete osakondade rajamist. Dementsete päevahooldust peetakse perspektiivseks ja arendamist väärivaks.

Sotsiaaleluruumi teenus on kõikide maakondade suuremates keskustes, kuid eakad moodustavad nende kasutajatest vaid väikese osa. Eluaseme kohandamine puudega inimestele on pigem erandlik kui vajadusest lähtuv teenus Eestis, põhjuseks teenuse kõrge hind.

Tervishoiusüsteemis on teenuse saamise tingimused ühtlaselt reguleeritud, samuti omaosaluse suurus. Laste omamine ei ole nende teenuste saamise otsustamisel kallutavaks teguriks ning ei suurenda omaosalust. Sotsiaalteenuste saamine sõltub aga suuresti laste või lastelaste omamisest, paljusid teenuseid on sellisel juhul võimalik saada ainult täieliku omaosaluse puhul. Puudub ühtne meetodika teenuse vajaduse hindamiseks, kuid vajadust selle järele tunnetatakse selgelt. Perekonna rolli eakate eest hoolitsemisel peetakse oluliseks, kui rõhutatakse, et peresid on vaja aidata. Selle abi all mõeldakse nii rahalisi vahendeid kui ka mitmesuguste teenuste ning info kättesaadavuse parandamist, samuti pereliikmete õpetamist ja nõustamist praktilise hooldamise alal.

Probleemidest eakate tervishoiu- ja hoolekande korraldamisel maakonna tasandil on kesksel kohal koostööprobleemid eri spetsialistide, asutuste ja süsteemide vahel, ühtse andmebaasi puudumine, võrgustikutöö nõrkus. Lahendusena nähakse tervishoiu- ja hoolekande süsteemide integreerimist alates sotsiaalministeeriumist, sest lõhe kahe süsteemi vahel saab alguse juba sealt. Integratsioon peaks tähendama nii ühiseid andmebaase, ühiseid hindamismeeskondi, võrgustikutöö ja infovahetuse parandamist kui ka teenuste erinevatest allikatest koosfinantseerimist ning ühist arengukava.

Lõppsõna

Eesti on üks kiiremini vananeva elanikkonnaga riike Euroopas. Rahvastikuvananemist peavad demograafid tsivilisatsiooni progressi väljenduseks. Samas, paratamatu ja pöördumatu rahvastikuvananemine on tõstnud päevakorrale vajaduse suunata ühiskonnakorraldust nii, et see protsess ei kujuneks arengut pärssivaks teguriks. Seni kasutamata arenguerssursiks on eakate inimeste aktiivne osalemine ühiselus. Eakate marginaliseerumine ei too kahju mitte ainult neile endile, vaid vähendab kogu ühiskonna potentsiaali. Kuna marginaliseerumine võib olla tingitud väga erinevatest põhjustest, tuleb selle riski vähendamiseks vaadelda eakaid mõjutavat ühiskonnakorraldust tervikuna.

Eesti vanuripoliitika senine käsitlus keskendub põhiosas vanaduspensionide ja eakate aktiveerimise teemaatikale. Reformid vanaduspensionide süsteemis, mis on toimunud viimase aastakümne jooksul, mõjutavad siiski oluliselt rohkem tänaseid kesk- ja nooremaealisi kui juba pensionil olevaid inimesi. Paljude tänaste pensionäride probleemiks pole mitte niivõrd igakuise sissetuleku vähesus, kuivõrd erakorraliseks vajaduseks vajamineva reservi puudumine. Nende vajaduste hulgas on eakatel esiplaanil tervise ja toimetulekuga seotud probleemid.

Teenuseid, mis on suunatud eakate marginaliseerumise vältimisele, osutavad kaks suhteliselt eraldiseisvat süsteemi – tervishoid ja hoolekanne. Selline teenuste eraldatus kahe süsteemi vahel on oluliseks takistuseks eakate hoolduse korraldamisel. Parem koostöö tervishoiu ja hoolekandesüsteemide vahel, võrgustikutöö tõhustamine ning ühiste andmebaaside kasutamine on võtmeküsimused eakate toimetuleku ja elukvaliteedi parandamisel.

Kokkuvõtteks võib öelda, et eakate marginaliseerumise vältimiseks on tarvis täpsemalt määratleda eakate vajadused, pakkuda neile rohkem ja erinevaid teenuseid, muuta teenuste eest tasumine paindlikumaks ning oluliselt parandada koostööd tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide vahel. Lisaks sellele on vaja tõhusamalt toetada vanureid hooldavaid peresid.

LISA. VALIK EESTI STATISTILISI PÕHINÄITAJAD

(Eesti Statistikaamet, Katus K jt. Rahvastikuvananemine Eestis, Tallinn, 1999)

Rahvaarv (1.jaan. 2003): 1 356 045

Soolised proportsioonid rahvastikus (1.jaan. 2003): naised 54%, mehed 46%

65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal rahvastikus (1. jaan. 2003): 15,9%

65-aastaste ja vanemate inimeste osakaalu prognoos aastaks 2030: 19-20%

85-aastaste ja vanemate inimeste osakaal rahvastikus (1.jaan. 2003): 1,2%

Oodatav eluiga (2002) : naised 77,0 a., mehed 65,1 a., kokku 71,1 a.

Keskmine brutopalk kuus (2002): 6110 krooni (390 EUR)

Keskmine vanaduspension (2002): 1758 krooni (112 EUR)

Elussünde (2002): 13001

Elussünde 1000 15-49 a. naise kohta aastas (2002): 38,0

Registreeritud surmajuhte (2002): 18 355

Loomulik iive (2002): -5354