

Projekt „Abiks hoolduskoormusega inimestele“

LÕPPARUANNE



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks



Tallinna
Sotsiaal- ja Tervishoiuamet

Projekti number: 2014-2020.2.02.19-0200

Projekti algus ja lõpp: 01.02.2020 - 31.01.2022

Rakendusüksus: Riigi Tugiteenuste Keskus

Meede: 2014-2020.2.2 Tööturul osalemist toetavad hoolekandemeetmed

Taotlusvoor: 2.2.1 ATV3 Eakatele, erivajadustega ja toimetulekuraskustega inimestele ning nende pereliikmetele töölesaamist toetavad hoolekandeteenused - 29.04.2019-29.08.2019

Valdkond, millesse projekt panustab: 2014-2020.2.2.1 Eakatele, erivajadustega ja toimetulekuraskustega inimestele ning nende pereliikmetele töölesaamist toetavad hoolekandeteenused.

Sisukord

Sissejuhatus	4
Kasutatud lühendid	5
Ülevaade omasteholduse olukorrast riigis ja Tallinna linnas.....	6
Projekt “Abiks hoolduskoormusega inimestele” eesmärgid, tegevused ja sihtrühm.....	10
AHI teenuste arendustegevused	13
Teenuste planeerimine ning esmase teenusevajaduse kaardistamine	14
AHI projekti raames testitud teenused	19
Testitud teenuste lühikirjeldused.....	20
Omasteholduse koordinaator-tugiisik	20
Psühholoogiline nõustamine nii individuaal kui paari- või perenõustamisena. Kriisi- ja leinanõustamine	20
Ergonoomika ja abivahendite koolitus	21
Virtuaalne koolitusprogramm omasteholdajatele.....	22
Virtuaalsed vestlusringid omasteholdajatele	23
Tasuta eriarsti või spetsialisti vastuvõetud MinuDoc keskkonnas	24
Isiku- ja koduabiteenuse Caremate 40% soodustus.....	24
Projekti tulemused	25
Teenuste mõju kasutaja vaatest	26
Soovituslikud teenused omasteholdaja toetamiseks projekti “Abiks hoolduskoormusega inimestele” näitel	34
Teenuste asetsemine teenussüsteemis	34
Teenuse kirjeldus: omasteholduse koordinaator-tugiisik.....	36
Teenuse kirjeldus: psühholoogiline, paari- ja perenõustamine, leina- ja kriisinõustamine.....	40
Teenuse kirjeldus: hoolduskoormusega inimesele suunatud koolitusprogramm.....	41
Kokkuvõte	43
Kasutatud allikad.....	45
Lisad	46
Lisa 1. Projektis välja töötatud teenuste korralduslik mudel	46
Lisa 2. Soovituslike teenuste kirjeldused	47
Omasteholduse koordinaator-tugiisiku teenuse kirjeldus.....	47
Psühholoogilise-, pere-, kriisi ja leinanõustamise teenus.....	51
Hoolduskoormusega inimestele suunatud koolitusprogramm.....	54

Sissejuhatus

Kohalikud omavalitsused, sh Tallinna linn, seisavad üha rohkem silmitsi väljakutsega, kuidas sotsiaal - majanduslikult ebasoodsas olukorras ja piiratud ressurssidega hoolduskoormusega inimestele pakkuda vajaduspõhist abi ja kvaliteetseid sotsiaalteenuseid.

Käesoleval ajal puudub üheselt mõistetav määratlus inimeste osas, kes hooldavad oma pereliikmeid või lähedasi. Puuduvad ühtsed alused hoolduskoormusega inimeste toetamiseks, samuti ei ole määratletud kohaliku omavalitsuse ülesanded hoolduskoormusega inimeste toetamisel, samuti hoolduskoormusega inimeste õigused ja kohustused ning nende õiguste kaitse jne. Selle tõttu ei ole selge, millisele riigi või kohaliku omavalitsuse toele ning sotsiaalsetele garantiidele sellel sihtrühmal on õigus ning milline on kohaliku omavalitsuse ja riigi vastutus hoolduskoormusega inimeste toetamisel. Selle tagajärjeks on hoolduskoormuse tõttu toimetulekuraskustes olevate inimeste arv ajas aina kasvav.

Kohalike omavalitsuste ja teiste osapoolte jaoks ei ole ka selge, millist tuge hoolduskoormusega inimestele pakkuda, sest täna ei hinnata Eestis hoolduskoormusega inimeste abivajadust ega ka hoolduskoormuse taset, sh hoolduse korraldamisele või hooldamisele kuluvat aega. See tähendab, et kohalikel omavalitsustel puudub ülevaade, kui palju hoolduskoormusega inimesi elab nende haldusüksuse territooriumil, kui suur on nende hoolduskoormus ja millist abi nad vajavad. Välja ei ole arendatud hoolduskoormusega inimestele suunatud võimestavaid ja toetavaid teenuseid, koolitusi, sobivaid sekkumisprogramme. Sotsiaalhoolekandesüsteem peab pöörama tähelepanu hoolduskoormusega inimeste abistamisele ja toetamisele. Vajalik on teenuste ja koolituste sisuline ning süsteemne välja arendamine nii Tallinna linnas kui üle Eesti.

Seoses hoolduskoormusega inimeste olukorraga Tallinnas, mis on seotud nii teenuste ja teiste toetusmeetmete puudumisega ning mitmete teenuse ja süsteemitasandi probleemidega, otsustas Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet esitada ESF avatud taotlusvooru "Eakatele, erivajadustega ja toimetulekuraskustega inimestele ning nende pereliikmetele töölesaamist toetavad hoolekandeteenused" projekti „Abiks hoolduskoormusega inimestele“, mis viidi ellu perioodil 01.02.2020 - 31.01.2022.

Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) vahenditest rahastatud projekt „Abiks hoolduskoormusega inimesele“ kasvas välja sellele eelnenud ESF vahenditest rahastatud projektist “Koduteenuse kvaliteedihüpe”, mis tõi selgelt välja vajaduse arendada ja pakkuda toetavaid vajaduspõhiseid teenuseid hooldatavate lähedastele.

Projekti “Abiks hoolduskoormusega inimesele” üks oluline eesmärk oli selgitada välja Tallinnas elavate hoolduskoormusega inimeste vajadused, takistused ja probleemid, mis on takistanud nende võimet töötada, suunduda tööturule ja/või osaleda ühiskonnaelus. Projekti teine eesmärk oli koostada ja esitada Tallinna linnale hoolduskoormusega inimesi toetav komponendipõhine teenuste pakett ja soovitatav korralduslik mudel, milles hoolduskoormusega inimestele ja nende hooldusvajadusega lähedastele pakutavad teenused on omavahel kombineeritud. Kolmas eesmärk oli esitada ettepanekud otstarbekate tegevuste ja teenuste arendamiseks ja pakumiseks hoolduskoormusega inimestele Tallinnas ja laiemalt üle Eesti (ühtsetel alustel).

Projekt viidi läbi perioodil 01.02.2020 – 31.01.2022.

Projekti lõpparuanne annab ülevaate teenuste planeerimise ja arendamise protsessist, nende teenuste testimisest ning projekti tulemitest.

Käesoleva lõpparuande on koostanud projektijuht Anni Raie, projekti arendusjuht Christel Punn, projekti eksperdid Örne Liv Valberg ja Ivar Paimre, kaasates spetsialiste Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuametist ning Sotsiaalministeeriumist. Kvantitatiivsed uuringud on teostatud koostöös Tallinna Strateegiakeskuse arengu- ja väliskoostöö osakonna, arengu kavandamise büroo analüütik-sotsioloog Anu Renteliga. Teenusedisaini protsessi viis läbi ja selle tulemid koostas Agnes Pulk (Disainivõti, Adoramus OÜ).

Aruandel on kaks lisa, mis on leitavad dokumendi lõpuosas.

Kasutatud lühendid

AHI - projekt “Abiks hoolduskoormusega inimestele”

OH - hoolduskoormusega inimene või omastehooldaja. OH on igas vanuses inimene, kes hooldab (enamasti tasuta) oma pereliiget või lähedast, kellel on tuvastatud kroonilisest haigusest, erivajadusest või muust pikaajalisest tervise puudujäägist põhjustatud hooldusvajadus, tehes seda väljaspool kutse- või ametlikku tööd. (Riigikantselei, 2017).

KOV - kohalik omavalitsus

LOV - linnaosa valitsus

Ülevaade omastehoolduse olukorrast riigis ja Tallinna linnas

Eestis elab suur hulk hoolduskoormusega inimesi, kes peavad loobuma hoolduskoormuse tõttu oma isiklikust elust ja muudest olulistest tegemistest osaliselt või täielikult.

Sotsiaalministeeriumi tellitud Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringu (2020) andmetel hooldab või abistab 16-aastastest ja vanematest elanikest 22% ehk hinnanguliselt 220 000 - 255 000 mõnda pikaajalise terviseprobleemi või tegevuspiiranguga inimest, kelleks on kõige sagedamini eakas lähedane, kes vajab abi oma kodus toimetulekuks.

Tallinnas oli hooldajatoetuse saajaid 2020. aastal 3224 inimest (Tallinna Strateegiakeskus, 2021). Sellele lisandub veel n-ö mitteametlike hooldajate hulk, keda on Tallinnas erinevatel andmetel hinnanguliselt 6500.

Tänane olukord Eestis ei taga hooldajate ja hooldatavate inimväärikust, samuti tekitab riigile kaudseid kulusid – saamata jääv maksutulu, lisakoormus tervishoiusüsteemile, inimeste toimetuleku rahaline toetamine jne. Abivajadus ühiskonnas kasvab, kuna rahvastik vananeb, ning omaksed ei jaksa seda üha raskemat koormat lõputult kanda. Juba praegu oleme olukorras, kus ülekaalukas toetumine informaaalsele hooldusele ehk omaste tasustamata tööle toob ühiskonnale kaasa märkimisväärsed peidetud kulud, mis väljenduvad omastehooldajate tööturult eemalejäämises ning heaolu languses. (Arenguseire keskus, 2021). Ka Maailmapank viitab oma 2017. aasta uuringus, et suurel hoolduskoormusel on negatiivsed mõjud inimeste tööhõives osalemisele, heaolule ja tervisele. Hoolduskoormuse tõttu mittetöötamine või väiksemas mahus töötamine, tähendab inimese jaoks majanduslikke toimetulekuraskusi ja riigile saamata jäänud maksutulu ning lisakulutusi nende inimeste majandusliku toimetuleku toetamisel (Riigikantselei, 2017).

Olulisim hoolduskoormuse tekkepõhjus on ebapiisav sotsiaalteenuste kättesaadavus. Sotsiaalministeeriumi andmetel osutati 2018. aastal pikaajalise hoolduse teenuseid (nt koduteenus, üldhooldusteenus, isiklik abistaja, tugiisik jne) ja abi saadakse kokku üle 71 000 teenusekohal, kuid tegelik vajadus on hinnanguliselt 118 000 teenusekoha järele. Avaliku sektori raha panustatakse vähe kodus elamist toetavate ja kogukonnateenuste arendamiseks, suurem osa pikaajalise hoolduse eelarvest kulub institutsionaalsele hooldusele. Puudub ööpäevaringsete koduteenuste pakkumine lühiajalise intensiivsema hoolduse või hoolduskoormusega inimestele puhkuse võimaldamiseks. See tähendab omakorda, et madalama sissetuleku ja haridustasemega inimesed, aga ka puuetega inimesed, toetuvad pigem

lähedaste abile, sest neil puudub võimalus kasutada neile sobivaid teenuseid või maksta erasektori sotsiaalteenuste eest.

Lisaks olulisele tegevuspiirangule, seondub suur hoolduskoormus ka mitmete teiste probleemidega, see võib endaga kaasa tuua nii vaimse läbipõlemise kui muud terviseprobleemid – Elanike tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring kinnitas, et suure hoolduskoormusega inimestel esineb keskmisest sagedamini tõsiseid uneprobleeme (34%) või väsimust (35%), samuti probleeme füüsilise või vaimse tervisega. Suure hoolduskoormusega inimeste emotsionaalne enesetunne on keskmiselt halvem ning eluga rahulolu madalam kui elanikkonnas keskmiselt. Suur hoolduskoormus seostub ka majanduslike probleemidega – inimestest, kes hindavad oma hoolduskoormust suureks, peab 59% oma leibkonna rahalist toimetulekut mitterahuldavaks (Sotsiaalministeerium, 2020).



Joonis 1. Omastehooldaja murekohad. Agnes Pulk, Disainivõti

Selleks, et ennetada hoolduskoormusega inimeste vaimse ning füüsilise tervise halvenemist, tuleb prioriteediks seada omastehooldajate toetamine tugiteenuste ning kodus elamist toetavate teenuste pakkumise läbi. Kusjuures teenuste pakkumisel on oluline roll tööealise inimese hoolduskoormuse vähendamisel ning tööturule sisenemise või tööturul jätkamise toetamisel.

Tuleb luua eeldused ja tingimused, et hoolduskoormusega inimesed ei pea oma lähedase hooldamise tõttu loobuma isiklikust elust, sh töölkäimisest, ning ka vajalikud tugiteenused oleksid neile õigeaegselt ja vajalikus mahus kättesaadavad. Oluline on vähendada pereliikmete hoolduskoormust, tagada hoolduskoormusega inimeste töö ja pereelu ühildamise võimalused. Olemasolevad teenused on eelkõige suunatud just hooldatavale. Konkreetsetel omastehooldajatele pakutavad teenused on vähe, need on väheefektiivsed, ega vasta tegelikele vajadustele. Sotsiaalteenuste väljatöötamisel on jäetud tähelepanuta hooldajad, kellest suures osas sõltub tegelik hooldatava toimetulek.



Joonis 2. AHI kliendi probleemi sõnastus kliendi vaates. Agnes Pulk, Disainivõti.

Hoolduskoormusega inimesed soovivad asjatundlikku (sotsiaal)nõustamist, kvaliteetseid asjakohaseid, paindlikke ja konkreetset hooldusolukorda arvestavaid teenuseid. KOV-idel tuleb m.h tagada omastehooldajatele individuaalne lähenemine ning kogemusrühmade ja teenuste kättesaadavus võimalikult kodu lähedal ning riigiga koostöös arendada kvaliteetseid koduhooldus- ja asutushooldusteenuseid. Sageli on vajalikud toetused ja teenused killustatud erinevate toetussüsteemide vahel ja taotlemise protsess keeruline.

Omastehooldajatel on õigus saada pädevat ja õigeaegset teavet vajalike saadaolevate toetuste ja teenuste kohta. Nad vajavad kindlat infoallikat, kus kogu vajalik info on kättesaadav. Nad peavad saama asjakohast ja usaldusväärset teavet kiiresti, lihtsalt ja arusaadavas keeles.



Joonis 3. AHI kliendi probleemi sõnastus ametniku vaates. Agnes Pulk, Disainivõti.

Projekt “Abiks hoolduskoormusega inimestele” eesmärgid, tegevused ja sihtrühm

Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet viis läbi Euroopa Sotsiaalfondi poolt rahastatud projekti “Abiks hoolduskoormusega inimestele” perioodil veebruar 2020 - jaanuar 2022.

Projekti eesmärgid oli:

- töötada välja Tallinnas elavatele hoolduskoormusega inimestele neid toetavad teenused;
- teha OH-le kättesaadavaks asjakohane info nii projekti, kui ka riigi ja omavalitsuse pakutavatest teenustest, toetusest ja muudest abivõimalustest;
- abistada hoolduskoormusega inimese tööturule sisenemist või soodustada tema tööturul püsimist ning suurendada informeeritust riiklikust abist tööturule sisenemiseks või näiteks ümberõppeks.
- arendada oskusi hoolekandeteenustes- ja toetustes paremaks orienteerumiseks;
- pakkuda psühhosotsiaalset toetust;
- toetada sarnaste kogemustega inimestevahelist suhtlust;
- juhendada igapäevase hooldusega seotud tegevustes.

Projekti tegevused:

- Hoolduskoormusega inimeste tugisüsteemi esmase korraldusliku mudeli väljatöötamine Tallinna hoolekandesüsteemis, eesmärgiga tagada hoolduskoormusega inimeste vajadustele vastavate teenusteja abi kättesaadavus Tallinna linnas;
- Hoolduskoormusega inimestele sobiva teenuspaketi loomine (kirjeldatakse teenuseid ja nende integreeritust teenussüsteemis);
- Teenuste pakkumine hoolduskoormusega inimestele (sh kombineerituna nende hooldusvajadusega lähedastele), eesmärgiga testida nii teenuseid kui integreeritud lähenemist, mis võimaldab samaaegselt hoolduskoormusega inimesel siseneda tööturule või säilitada olemasolev töökoht ja tema hooldataval saada vajaduspõhist abi.

Projekti raames arendati ja testiti arendustegevuste käigus nelja erinevat nõustamis-, koolitus- ja tugigrupiteenust, mis võimaldavad hoolduskoormusega inimesel saada vajaduspõhist abi ja nõustamist.

Projekti oodatavad tulemused:

- Välja arendatud nõustamis- ja tugigrupi teenuste toel säilib hoolduskoormusega inimestel võimekus püsida tööturul või pääseda tööturule;
- Paraneb vajaduspõhiste teenuste ja vajaliku info kättesaadavus hoolduskoormusega inimestele;
- Suureneb tööealiste hoolduskoormusega inimeste toimetulek ja tekib tugivõrgustik, mis toetab nende vaimse ja füüsilise tervise säilimist, töö- ja pereelu ühildamist ning erialase kvalifikatsiooni säilimist;

Projekti tulemustele tuginedes tehakse ettepanek Tallinna linnale osutada teenuseid hoolduskoormusega inimestele (sh kombineeritult teenustega, mida osutatakse nende hooldusvajadusega lähedastele Tallinna linna eelarvest).

Sihtrühm

Projektiga said liituda täisealiste isikute hooldajad kelle elukoht on registreeritud Tallinna linnas. Projektis osalejad olid väga erineva profiiliga hoolduskoormusega inimesed. Nende seas oli nii töötavaid, õppivaid kui ka pensionile jäänud omastehooldajaid, kes hooldasid väga erinevate diagnoosidega hooldatavaid (autism, dementsus, Alzheimer, Parkinson, vaimu- ja liitpuue, voodikesksed haiged jne).

Projektis said osaleda omastehooldajad:

- kes on tööealsed (vanuses 15 - 74 eluaastat);
- kelle hooldatav on täisealine (vanuses 18+ eluaastat);
- kes omavad sissekirjutust ning reaalselt elukohta Tallinna linnas;
- kelle hooldatav omab sissekirjutust ja reaalselt elukohta Tallinna linnas;
- kelle hooldatav ei ole ööpäevaringsel asutushooldusel;
- kes räägivad suhtlustasandil eesti ja/või vene keelt;

Projektis said osaleda nii ametlikult hooldajaks määratud kui ka n-ö mitteformaalsed hoolduskoormusega inimesed.

Projekti algseks sihtrühmaks oli 50 Tallinna linna omastehooldajat, kuid lähtuvalt ressursside olemasolust (koordinaatorid olid võimelised töötama rohkemate klientidega), kaasati veelgi enam omastehooldajaid. Projekti lõppedes kujunes testgrupi suuruseks 84 omastehooldajat.

Omastehooldajaid kutsuti projektis osalema televisiooni, Tallinna linnaosa ajalehtede ja sotsiaalmeedia kaudu. Lisaks kaasati omastehooldajate otsingusse linnaosade sotsiaalhoolekande osakonnad, Tallinna haiglate sotsiaaltöötajad, Käo Tugikeskuse, Tallinna Puuetega Inimeste Koja, Eesti Koduabi Seltsi ning Merimetsa Tugikeskuse spetsialistid.

AHI teenuste arendustegevused

Peatükis kirjeldatakse hoolduskoormusega inimestele suunatud komponendipõhise soovitusliku teenuste paketi ja korraldusliku mudeli loomiseks läbi viidud arendustegevuste protsessi.

Sotsiaalteenuste ja teenussüsteemi ümberkorraldamise (sh ümberdisainimise) eesmärk on teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus abivajavate inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist, millega kaasneb kogu teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum organiseeritus. Üheks võimalikuks lähenemiseks on disainimõtlemine (*design thinking*) ja teenusdisaini meetodite kasutamine. Teenuste disainimine ja ümberdisainimine võimaldavad luua uusi inimeste vajadusi arvestavaid ja kasutajasõbralikumaid lahendusi.

Hoolduskoormusega inimeste ja nende hooldatavate spetsiifikat arvestades loodi teenuste ja korraldusliku mudeli väljatöötamiseks sobiv teenusdisaini protsess, mis koosnes neljast etapist: mõistmise etapp, planeerimise etapp, testimise etapp ja rakendamise etapp.

Teenuse hetkeolukorra ja soovitud tulemuse analüüsimiseks ja määratlemiseks on vajalik teenust hinnata kliendi vaatenurgast tema kasutajakogemust hinnates. Levinud on klienditeekonna meetodika kasutamine. Klienditeekond on võimalus keskenduda kliendi kogemusele, jälgides klienti kogu teenuse vältel ning enne ja pärast seda.

Klienditeekonna kaardistus ja analüüs võimaldab teenuse osutajal või arendajal näha, millised teenuse etapid kliendi jaoks toimivad ning milliseid lõigud vajavad parendamist. Klienditeekonna etappide kaardistus võimaldab kliendi ootusi igal ajal analüüsida, mille tulemusel on võimalik leida paremaid võimalusi ootuste täitmiseks ning ka ületamiseks.

AHi teenuste planeerimise etapi eesmärk oli kirjeldada uue teenuse protsessid ja lahendused. Etapi elluviimine toimus läbi ideede genereerimise, varasema kogemuse analüüsi, visualiseerimise ja mudeldamise.

Klienditeekondade analüüs annab sisendi teenuskomponentide tuvastamiseks ja alternatiivsete teenusmodelite genereerimiseks. Uute lahenduste kirjeldamisel lähtutakse lisaks töötubadest, fookusgruppidest ja individuaalintervjuudest saadud sisendile ka eelnevalt läbi viidud uuringu andmetest.

Teenuste testimise eesmärk on uute toetavate teenuste hindamine, testimine ja täiustamine, et saada tagasisidet küsimusele, kui hästi on loodud teenusmodeliga vajadused kaetud ja mida veel parandada ning milline on parim võimalik teenuste korraldus.

Teenuste planeerimine ning esmase teenusevajaduse kaardistamine

Projekti “Abiks hoolduskoormusega inimesele” raames testiti uudseid teenuseid omastehooldajatele. Esimese sammuna oli teenuste planeerimise etapis vajalik välja selgitada hoolduskoormusega inimestele vajalikud teenused ning teenusevajaduse maht.

Projekti raames kutsuti kokku arendusmeeskond, mis koosnes projektijuhist, arendusjuhust, Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti spetsialistidest ning välisekspertidest.

Arendusmeeskond kaardistas varasema omastehooldajate toetamise kogemuse Eestis ja välismaal ning valmistas ette võimalike teenuste kirjeldused, mille vastu võiks omastehooldajatel olla vajadus ning huvi.

OH huvide ja teenusevajaduse välja selgitamiseks viidi testgrupi seas läbi küsitlus eesmärgiga selgitada välja milliseid teenuseid omastehooldajad vajavad, et läbi hoolduskoormuse leevendamise säilitada olemasolev töökoht või siseneda tööturule. Küsitluse koostas ning viis koostöös projektimeeskonnaga läbi Tallinna Linnauuringute Sektor (alates 2021. aastast kuulub osakond Tallinna Strateegiakeskuse alla).

Küsitlusele vastas 58 omastehooldajat. Küsitluse detailsem raport on leitav: <https://uuringud.tallinn.ee/uuring/vaata/2020/Omastehooldajate-kusitlus>.

Küsitlus viidi läbi telefoni ja interneti teel eesti ning vene keeles. Küsitluses tunti huvi mitte ainult selle vastu, milliseid teenuseid omastehooldajad vajavad, vaid selgitati välja ka omastehooldaja profiil, hoolduskoormus, tööl käimise põhilised takistused, omastehooldaja üldine ja majanduslik toimetulek. Küsitluses kirjeldati 14 võimalikku teenust mida projekti raames omastehooldajatele osutada (väljapakutud teenused kujunesid varasema Eesti ja välismaa kogemuse kaardistuse põhjal), seejärel palusime omastehooldajatel hinnata kuivõrd oluliseks nad mingit teenust peavad.

Küsitlusest selgus:

- Keskmine küsitluses osalenud omastehooldaja on 56-aastane naine, kes kombineerib omastehooldust tööl käimisega.
- Hoolduskoormus on paljudel omastehooldajatel väga suur. Kahe-kolmandiku omastehooldajate hooldatavad vajavad ööpäevaringset järelvalvet. Suurem osa

omastehooldajatest saab hooldamisel abi leibkonna liikmetelt, teistelt pereliikmetelt või sugulastelt, aga üks-kolmandik omastehooldajatest peab hooldamisega üksi hakkama saama.

- Omastehooldajatel takistab tööl käimist kõige rohkem suur hoolduskoormus. Omastehooldajad vajavad kõige enam seda, et neil oleks koht, kuhu hooldatav viia (hooldekodu, päevahoiuteenus vms) või et keegi aitaks neil hooldatavat kodus hooldada (tugiisik, isiklik abistaja, hooldaja vms).
- Suur hoolduskoormus mõjutab oluliselt omastehooldajate igapäevaelu. Suure hoolduskoormuse tõttu on omastehooldajatel ootuspäraselt vähem aega endale, sotsiaalsetele kontaktidele ja hobidele. Üle poole omastehooldajatest on tundnud vaimse või füüsilise tervise halvenemist. Pooled küsitluses osalenud omastehooldajatest on viimase 12 kuu jooksul kokku puutunud ka majanduslike probleemidega.
- Projekti teenustest osutusid kõige populaarsemateks personaalne sotsiaaltöötaja nõustamine, infotelefon, füsioteraapia ja kriisinõustamine. Samuti leidsid ligikaudu pooled vastanutest, et neil oleks abi tugiisiku teenusest, virtuaalsest nõustamiskeskonnast ja koolitusest omastehooldajatele vajalikel teemadel.
- Suurema hoolduskoormusega hooldajad peavad teenustel osalemist keeruliseks, kuna neil ei ole oma hooldatavat teenusel osalemise kellegi hoolde jätta.

Küsitluse tulemustega tutvusid nii projektimeeskond kui ka projekti kaasatud eksperdid, kes tegid toetudes uuringu tulemustele ja oma eelnevale pikaajalisele valdkondlikule kogemusele ettepanekud:

- Kuna, küsitluse vastuste uuringu tulemustest selgus ka see, et omasteholdajad ei saa suure hoolduskoormuse tõttu osaleda teenustel väljaspool kodu, siis tuleks pakkuda enamikku projekti vältel pakutavatest teenustest **koduste ja võimalikult personaliseeritud teenustena** (st. teenusepakkuja käib omasteholdaja juures kodus). Kuid jätta ka võimalus (nt väiksema hoolduskoormusega inimestele) tulla teenusele teenusepakkuja asukohta või muusse kokkulepitud kohta.

- Kõiki teenuseid peab pakkuma nii eesti kui ka vene keeles.

- Ühendada sotsiaalnõustamine ja tugiisiku teenus ning määrata igale projektis osalevale omasteholdajale sotsiaaltöö hariduse ning valdkondliku töökogemusega koordinaator-tugiisik.

- Välja töötada omasteholdajate jaoks koolitusprogramm ja luua eraldi omasteholdajate vestlusringid-tugigrupid.

Moodustada projektis osalevatest omasteholdajatest koolitusgrupid. Seejuures grupid komplekteeritakse hooldussituatsioonist lähtuvalt, nõnda tekivad orgaaniliselt ka väikesed tugigrupid, kus on koos sarnaste probleemidega inimesed, kes saavad kogemusi vahetada ja üksteist toetada. Koolitused toetavad läbi isiksuse arengu omasteholdaja tööturule sisenemist või seal püsimist. Koolitusi viia läbi nii auditooriumites (väiksema koormusega omasteholdajatele), vajadusel personaliseeritult koduses keskkonnas (nt ergonoomika koolitus) kui ka interaktiivses e-õppe vormis (suurema koormusega omasteholdajatele).

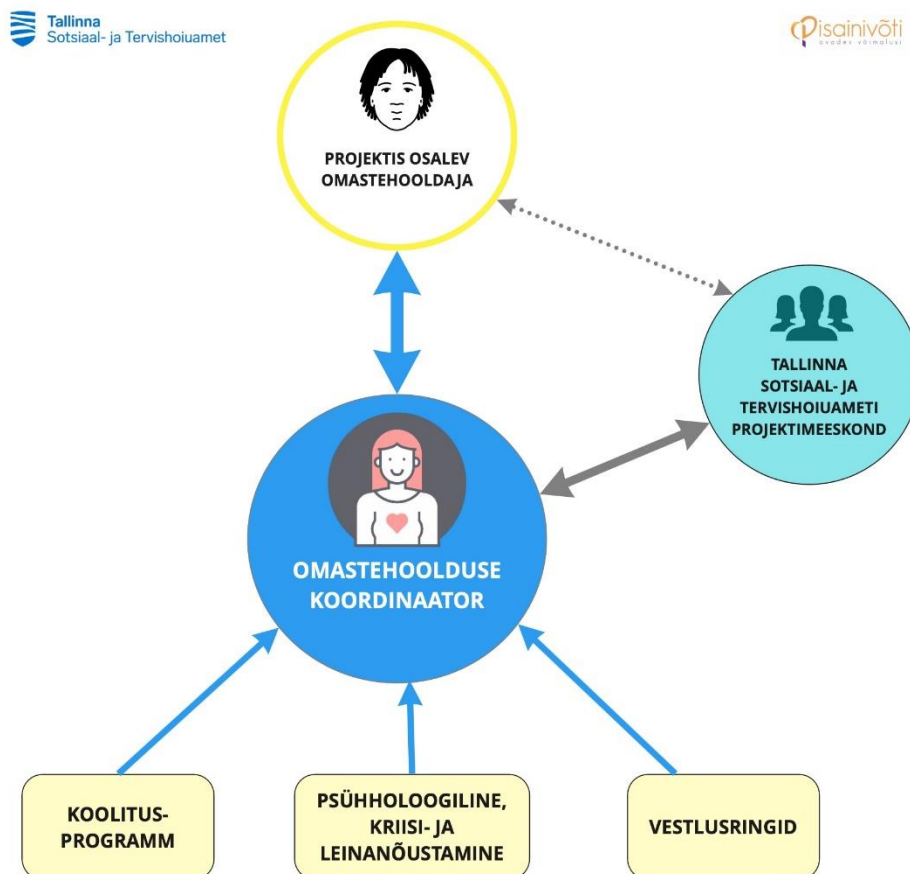
Koolitusteemad peavad katma:

- Puude ja abivajaduse defineerimine, vajalikud abivahendid, mis hõlbustavad omasteholdaja toimetulekut, säästvad hooldusvõtted.
- Psühholoogilised teemad: nt jõustamine, emotsionaalse toe pakkumine, rahustamistehnikad, süütunde vähendamine, konflikti- ja igapäevastes keerulistes situatsioonides toimetulek, ajajuhtimine s.h töö-, pere- ja hoolduselu ühildamine.

- Muud - pilootgrupi poolt väljatoodud eneseabiteemalised koolitused, mis võivad projekti jooksul tõstatuda ning vajadusel erinevate spetsialistide kaasamine, kes jagavad oma pädevuse piires praktilisi juhiseid ja nõuandeid jne.

• Luua baasvalmidus kriisinõustamise teenuse pakkumiseks. Käesoleva projekti pilootgrupis osalejatel on suure tõenäosusega esmane kriis juba läbitud, kuid tuleb arvestada, et uus kriis võib tekkida hooldatava hooldusvajaduse suurenemise, üldhooldusteenusele asumise või surmaga. Samuti ei saa välistada kriisinõustamise vajadust, kui omastehooldaja enda tervislik seisund halveneb või toimuvad muutused sotsiaalmajanduslikus toimetulekus.

Sellest lähtuvalt koostati esmane teenuste pakkumise mudel (vt joonis 4) ning töötati välja teenuste esmane sisu ja korraldus.



JOONIS. AHI algselt planeeritud teenused ja nende korraldus

Joonis 4. AHI algselt planeeritud teenused ja nende korraldus. Agnes Pulk, Disainivõti.

Antud soovitusel planeeriti vahetult enne koroonaviiruse laialdast levikut Eestis. Kui kevadel 2020. aastal hakkasid riigis kehtima ranged piirangud ja keelud füüsiliste kogunemiste, koolituste ja ürituste läbiviimisel, tuli ka AHI projekti raames pakutavad teenused vastavalt tekkinud olukorrale kohendada. Kuna AHI projekti sihtrühm on väga selgelt *Covid19* riskigrupp, siis langes sellega seoses ära väga oodatud personaalsete ja koduste teenuste pakkumine (kodukülastused, koolitused, abivahendite kasutamise õpetus kodustes tingimustes jms). Kuna koroonaviirusest tingitud piirangute kehtivus oli sellel ajal teadmata, otsustati teenuseid pisut kohendada ja osaliselt nende pakkumisega alustamist edasi lükata, lootuses, et edaspidi saab teenuseid pakkuda algselt planeeritud kujul. Paraku kestis Covid19 pandeemia terve projektiperioodi vältel ning personaliseeritud teenuste pakkumise osakaal teenuste seas jäi madalaks. Enamikku teenuseid pakuti kaugnõustamise teel või virtuaalselt.

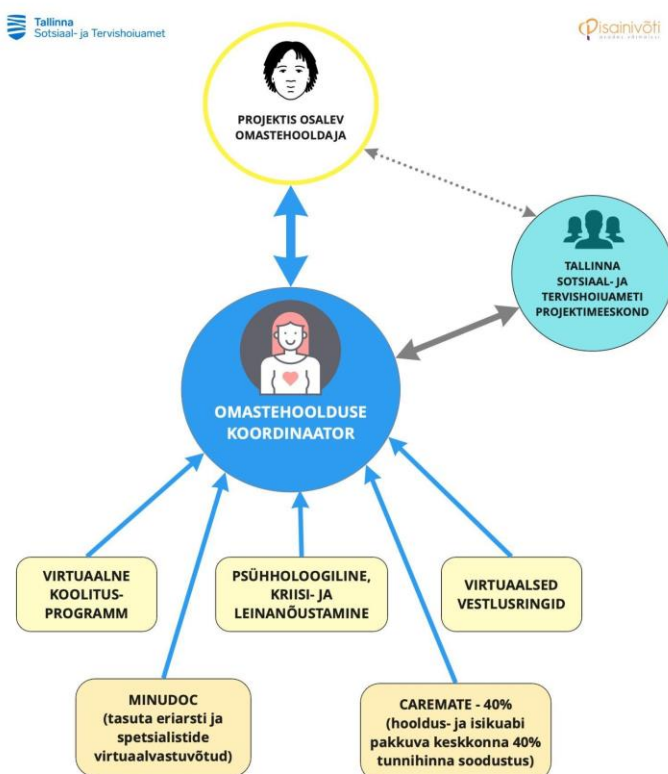
Järgmises peatükis kirjeldatakse projekti raames kaardistatud hoolduskoormusega inimeste kliendikogemusi, uut teenusmudelit ja teenuste testimist.

AHI projekti raames testitud teenused

Käesoleva projekti käigus testiti esmakordselt teenuste pakkumise mudelit omastehoolajatele. Arvestades omastehoolajate hinnangut projekti alguses läbi viidud küsitluses kirjeldatud teenustele, projektimeeskonna ja ekspertide ettepanekuid ning rahastaja nõudeid projektis pakutavatele teenustele, töötati välja järgmised pilootteenused omastehoolajatele:

- Omastehoolduse koordinaator tugiisik
- Psühholoogiline nõustamine nii individuaal, kui paari- või perenõustamisena
- Kriisi- ja leinanõustamine
- Virtuaalsed vestlusringid omastehoolajatele
- Virtuaalne koolitusprogramm omastehoolajatele

Lisaks pakuti AHI projektis osalejatele täiendavate teenustena Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti finantseerimisel tasuta eriarsti või spetsialisti virtuaalvastuvõtte keskkonnas minudoc.ee ning 40% soodustusega isiku- ja koduhooldus teenuseid CareMate keskkonnast.



JOONIS. AHI projektis testitud teenused ja nende korraldus

Joonis 5. AHI projektis testitud teenused ja nende korraldus. Agnes Pulk, Disainivõti

Testitud teenuste lühikirjeldused

Omastehoolduse koordinaator-tugiisik

Projekti peamise teenusena testisime omastehoolduse koordinaator-tugiisik (edaspidi: „KO“) teenust. Projekti sihtgrupi seas läbiviidud uuring näitas, et enim tunnevad OH-d puudust personaliseeritud informatsiooni kättesaadavusest. Infot ja abisaamise võimalusi OH-le pakuvad mitmed erinevad asutused, kuid see on keskselt koordineerimata ja vajaliku info ning sobivate teenuste leidmine on selle tõttu OH-l raskendatud. KO on sotsiaalvaldkonna hariduse ja töökogemusega spetsialist, kes omab laiapõhjalist omastehoolduse valdkonnaga seotud informatsiooni, teab OH teenuste-, toetuste ja abisaamise võimalusi. Igale projektis osalenud omastehooldajale määrati omastehoolduse koordinaator, kes tegeles juhtumiga kogu projektiperioodi vältel ning omas kesksel rolli nii projekti kui ka KOVi/riigi teenuste vahendamisel. KO peamiseks ülesandeks oli kaardistada OH hetkeolukord ning sellest lähtuvalt teha ettepanekuid teenuste, toetuste või muu abi saamiseks. KO aitas OH-l vajalikku infot koondada ning leida võimalusi OH igakülgseks ja personaalseks toetamiseks. KO aitas ka dokumentatsiooni täitmisel, suhtlemisel ametiasutuste ning teenuseosutajatega ning kliendi soovi korral tegi kodukülastusi või käis koos kliendiga spetsialistide vastuvõtul. KO seisis kliendi õiguste eest, toetas ning jõustas klienti abi leidmisel ja kasutamisel, samuti vajadusel tööotsingutel.

Psühholoogiline nõustamine nii individuaal kui paari- või perenõustamisena. Kriisi- ja leinanõustamine

Omastehooldajate seas läbiviidud küsitlusest osutus tähtsuselt kolmandaks teenuseks kriisinõustamine. Küsitluses uurisime omastehooldajatelt ka psühholoogilise ja leinanõustamise kohta. Umbes pooled omastehooldajaid vastasid, et vajaksid psühholoogilist nõustamist. Leinanõustamise teenus oli omastehooldajate jaoks võõras, kuna leiti, et lähedase leinamine on pere siseringi asi. Lisaks arvasid omastehooldajad, et nende hooldatava tervislik seisund on stabiilne ja miski ei viita hooldatava peatsele surmale. Psühholoogilise nõustamise vajaduse eitamine ei pruugi tähendada seda, et omastehooldaja seda ei vaja, vaid võib viidata sellele, et omastehooldaja ei oska psühholoogilise nõustamise vajadust hinnata või on tal selle osas eelarvamused ja väärarusaamad. Seega, projektimeeskond otsustas katsetada

omastehooldajatele psühholoogilise nõustamise teenuse pakkumist ja seda nii individuaalse kui ka paari- või perenõustamisena. Projektimeeskond leidis psühholoogilise nõustamisteenuse pakkuja, kellel on võimekus vajadusel pakkuda omastehooldajatele nii individuaal-, paari- ja perenõustamist, kriisi- ja leinanõustamise teenust.

Koordinaatori ülesanne oli tutvustada klientidele psühholoogilise nõustamise teenuse võimalusi ja vajadusel julgustada teenusele pöörduma. Soovijad said end registreerida psühholoogi vastuvõtule. Igale omastehooldajale või perekonnale oli ette nähtud 5 tundi psühholoogilist nõustamist ühes kalendrikuus. Leinanõustamisteenuse osas otsustati, et kui projekti nimekirjas oleva kliendi hooldatav sureb, ei lõppe omastehooldajale projekti teenuste osutamine, vaid koordinaator on omastehooldajale toeks ja muuhulgas saab vajadusel omastehooldaja suunata leinanõustamisteenusele.

Psühholoogilised nõustamised toimusid eelistatult füüsiliselt teenusepakkuja juures Tallinna südalinnas, kuid vajadusel sai teostada ka kaugnõustamist telefoni või veebirakenduste teel.

Ergonoomika ja abivahendite koolitus

Omastehooldajad pidasid oluliseks ka füsioteraapia teenust ning voodikeskse haige aktiveerimise võtteid ja abivahendite tutvustust. Küsitlusest selgus, et paljud omastehooldajad ei tea, millised on ennastsäästvad hooldusvõtted ja vajavad nende õpetamist. Omastehooldaja toimetulekust sõltub suuresti ka hooldatava elukvaliteet. Selle tõttu peab omastehooldaja mitte ainult teadma millised on ennastsäästvad hooldusvõtted, vaid ka teadma, kuidas leevendada endal olemasolevaid vaevusi ise. Esialgu oli projektimeeskonnal plaan võimaldada füsioterapeudi teenust omastehooldaja juures kodus, kus vastavalt kodustele tingimustele leida parimad hooldusvõtted ja soovitada abivahendeid. Projektimeeskond arvestas asjaoluga, et omastehooldajad pidasid raskeks lahkuda kodust ja osaleda teenustel väljaspool kodu seetõttu, et nad ei saanud jätta hooldatavat järelevalveta. Kuid teenuse väljatöötamise ajal kuulutati välja riigis eriolukord ja kodude külastamine oleks võinud suurendada omastehooldaja, hooldaja kui ka füsioterapeudi ohtu nakatuda Covid19ga. Projektimeeskond otsustas organiseerida omastehooldajatele ergonoomiliste hooldusvõtete ja abivahendi koolitused väikestes gruppides. Koolitused viis läbi Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli füsioteraapia õppeklassis. Koolitused toimusid nii eesti kui ka vene keeles.

Praktilise koolituse käigus tutvustati erinevaid hooldusel vajaminevaid abivahendeid ning juhendati nende kasutamist. Näidati ka erinevaid hooldusvõtteid ning õpiti praktikas nende korrektset sooritamist.

Virtuaalne koolitusprogramm omastehooldajatele

Tuginedes OH küsitluse tulemustele ning projektiekspertide soovitudele töötati välja omastehooldajatele suunatud koolitusprogramm. Koolitusprogrammi väljatöötamisse kaasati ka koordinaator-tugiisikud, kes lähtudes testgrupi vajadustest, tegid ettepanekuid koolitusteamadeks.

Koolitusprogramm koosnes seitsmest erinevast teemaplokist: dementsus, autism, suhtlemine, seksuaalsus, lähisuhtevägivald, juriidika, voodikeskse haige hooldamine. Kõik koolitusplokid olid jagatud kuni kahtunnisteks seminarideks, et omastehooldajatel oleks mugav nendest osa võtta. Iga koolitusploki all toimus olenevalt teema mahukusest 1-10 seminari.

Koolitusprogramm kavandati projekti teise poolde, lootuses Covid19 leviku leevendumisele. Paraku aga ei õnnestunud koolitusi vahetus kontaktis läbi viia ning koolitused toimusid virtuaalselt.

Koolitusprogrammi teemad olid:

- 1) Dementsus: dementsuse vormid, dementsuslaadsed seisundid; dementsuse areng ja sümptomid; ennastsäästev käitumine ja suhtlemine, toimetulek kodus; abi leidmine, teenused ja toetusvõimalused, tänapäeva meditsiini võimalused)
- 2) Autism: autismi olemus, autisti toetavad meetodid, autisti probleemne käitumine, agressiivsus ja enesehävituslik käitumine, autisti tunded, empaatia, ülitundlikkus, võrgustik ja koostöö võrgustikuga, autistiga suhtlemine).
- 3) Suhtlemine, konflikt ja stress: suhtlemisoskused, stressiga toimetulek, konflikt ja selle ennetamine)
- 4) Erivajadustega inimeste seksuaalsus: seksuaalsuse mõiste, müüdid, diskrimineerimine, turvaoskused; puhtus, suguhaigused ja raseduse vältimine; hüperseksuaalsus; eaka ja voodikeskus hooldatava seksuaalsus).

- 5) Lähisuhtevägivald ja selle ennetamine: vägivalda põhjused ja avaldumisvormid; riskitegurid, tunded, käitumine, jõuvarud, agressioon; abi- ja toetusvõimalused, psühholoogiline sekkumine ja ohvriabi; rahunemistehnikad.
- 6) Juriidika: eestkoste, ülalpidamiskohustus ja pärimine, sundravi ja hooldekoduteenused, omasteholdaja õigused tööl ning tasuta õigusnõustamise võimalused.
- 7) Voodikeskse haige hooldamine: keha loomulikud funktsioonid, toitmine, jootmine; hügieenitoimingute põhimõtted; pikaajalise lamamisega seotud komplikatsioonid; lamaja haige aktiveerimine, ergonoomilised võtted.

Virtuaalsed vestlusringid omasteholdajatele

Projektimeeskond, lähtudes omasteholdajate küsitlusest, koordinaatorite tähelepanekutest ja teenusdisaineri läbiviidud töötubadest klientidega, otsustas katsetada uudse teenusena vestlusringide läbiviimist omasteholdajatele. Vestlusringid toimusid virtuaalselt ning lähtusid tugigrupi põhimõttest. Vestlusringide eesmärk oli võimaldada omasteholdajatel sundimatus õhkkonnas, professionaalsel juhendamisel arutleda erinevatel omasteholdajaid puudutavatel teemadel. Ühest küljest võimaldas vestlusring jagada oma seisukohti ja muresi-rõõme teiste omasteholdajatega ja teisest küljest võimaldas omasteholdajatele sotsiaalset suhtlust. Vestlusringi kohtumise teemad olid kindlalt määratletud, kuid ei see ei takistanud omasteholdajatel jagamast või arutlemast muul, nende jaoks aktuaalsetel teemadel. Kuna projekti testgrupis oli väga erinevate muredega omasteholdajaid, siis otsustati ka tugigrupi teemad luua laiapõhjalised, et erinevate hooldussituatsioonidega klientidel oleks huvi nendes osaleda. Ühes grupis oli maksimaalselt viis osalejat, mis tagas tähelepanu kõigile grupiliikmetele. Info uuest teenusest said omasteholdajad koordinaatoritelt kes selgitasid teenuse sisu ja julgustasid teenust proovima.

Vestlusringid toimusid eesti ja vene keeles alljärgnevatel teemadel:

- 1) Eakate vaimne tervis ja toimetulek
- 2) Erivajadusega noor ja toimetulek;
- 3) Hoolduskoormusega inimese elu muutuste juhtimine
- 4) Peresuhete ja sotsiaalse võrgustiku aktiveerimine;
- 5) Minu hoolealuse väärkuse säilitamine;

- 6) Vaimne ja füüsiline väsimus hoolduskoormusega inimesel;
- 7) Kaastundeväsimus ja enesekaastunne
- 8) Vaba teema grupiliikmete valikul.

Tasuta eriarsti või spetsialisti vastuvõtt MinuDoc keskkonnas

MinuDoc.ee keskkond pakub tasuta videokonsultatsioone eriarstide ning spetsialistidega. Vastuvõtt toimuvad kaugnõustamisena virtuaalselt. Lisaks on keskkonnas võimalik konsulteerida ka apteekri ja perearstiga ning vajadusel pikendada retsepti.

Teenuste pakkumise eesmärgiks oli pakkuda omasteholdajatele võimalust kohtuda virtuaalselt tervishoiu spetsialistiga ja testida huvi teenuste vastu ning kaardistada teenuste reaalset kasutamist/mahtu.

Isiku- ja koduabiteenuse Caremate 40% soodustus

CareMate keskkond pakub tasuta isiku- ja koduabiteenuseid. Platvormi kaudu on võimalik tellida hooleandja ning täpsustada tegevused, mida hooleandjalt oodatakse. Hooleandjat on võimalik tellida alates 45 minutist kuni ööpäevaringse teenusena.

Kui algselt oli AHI projektis soov kombineerida teenuseid OH-le ja hooldatavale (nt hooldatava juures viibib hooleandja seni, kuni OH käib psühholoogi juures), siis kahjuks selgus, et antud projektivoorust saime pakkuda ainult nõustamis-, tugigrupi ja koolitusteenuseid. Seega langes ära paralleelne hooldusteenuse pakkumine hooldatavale. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet leidis siiski vahendeid, et toetada projektis osalejaid tasuta hooldusabiteenuse soetamisel. Ühtlasi sooviti testida sihtgrupi huvi erasektori teenuse soodustingimustel kasutamise kohta. Projektimeeskond koostöös CareMate eestvedajatega otsustasid kasutada 40% sooduskoodi võimalust, et testida klientide valmisolekut katta 6 euro suurune omaosalus, läbi mille tekib ka vastutus teenuse tellimise ja kasutamise ees.

Teenuste korralduslik mudel on ära toodud lisas 1.

Projekti tulemused

Projekti koguperiood oli 01.02.2020 - 31.01.2022, millest:

- perioodil veebruar 2020 - juuli 2020: komplekteeriti projekteerimiskond, analüüsiti olemasolevat olukorda, kaardistati varasem kogemus valdkonnas nii Eestis kui välismaal, tehti ettepanekuid projektiteenusteks, koondati sihtrühma kuuluv testgrupp, analüüsiti teenuste sobivust ning valmistati ette teenuste korraldus (kirjeldused, teenusepakkujate hankimine ja teenuste töösse panemise ettevalmistus).
- perioodil august 2020 - jaanuar 2022: teenuste rakendamine, testimine ja jooksvalt korralduse muutmine ning tagasiside kogumine.
- Jaanuar 2022 teenusedisaini lõplikud lahendused ja lõppuuringu läbiviimine ning analüüs.

Teenuseid osutati sel perioodil 84-le OH-le kokku 6587 tundi, millest:

- 6210 tundi koordinaator-tugiisiku teenus
- 164 tundi psühholoogilise nõustamise teenus
- 208 tundi koolitusprogramm
- 5 tundi omasteholdaja vestlusringid

Teenuste osutamisega täitusid ka kõik projekti eesmärgid:

- töötada välja Tallinnas elavatele hoolduskoormusega inimestele neid toetavad teenused;
- teha OH-le kättesaadavaks asjakohane info nii projekti, kui ka riigi ja omavalitsuse pakutavatest teenustest, toetusest ja muudest abivõimalustest. Arendada oskusi hoolekandeteenustes- ja toetustes paremaks orienteerumiseks. Pakkuda psühhosotsiaalset toetust (teenus: koordinaator-tugiisik, psühholoogiline-, leina- ja kriisinõustamine);
- abistada hoolduskoormusega inimese tööturule sisenemist või soodustada tema tööturul püsimist ning suurendada informeeritust riiklikust abist tööturule sisenemiseks või näiteks ümberõppeks (AHI projekti lõppedes tööturul aktiivsed 69 % testgrupist ehk 58 inimest).
- toetada sarnaste kogemustega inimestevahelist suhtlust (teenus: vestlusringid, koolitusprogramm);
- juhendada igapäevase hooldusega seotud tegevustes (teenus: koolitusprogramm + CareMate).

Teenuste mõju kasutaja vaatest

AHI projekti raames osutati teenuseid hoolduskoormusega inimestele nende toimetuleku parendamiseks ja tööturule liikumise või seal püsimise soodustamiseks.

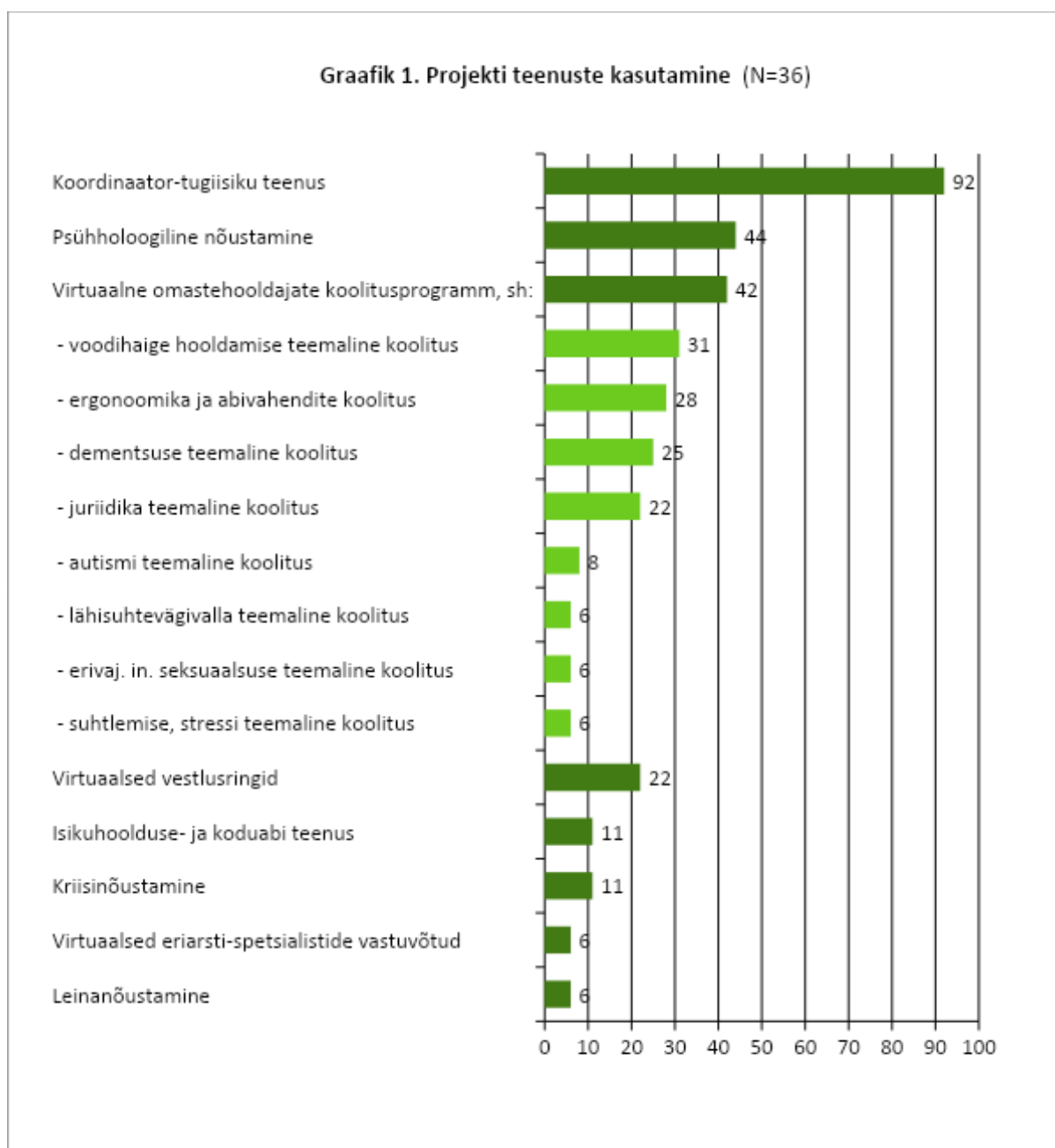
Teenuste osutamisel võeti arvesse kliendi ja tema hooldatava füüsilisi, sotsiaalseid ja emotsionaalseid vajadusi ning läheneti kliendile võimalikult personaalselt. Kliendi muutuvate vajaduste osas toimusid regulaarselt kohtumised koordinaatoritega, kliendil oli võimalik osaleda tagasiside uuringus ning anda ka otsest tagasisidet projektimeeskonnale ning teha ettepanekuid teenuste parendamiseks.

Teenustel oli klienti võimestav iseloom, teenuste osutamise kaudu täienesid kliendi teadmised, vähenesid emotsionaalsed takistused ning säilis inimese iseseisvus oma elu korraldamisel. Paljud kliendid said koostöös koordinaatoriga rakendada teenuseid ja toetuseid, millest nad varem ei teadnud või ei olnud mingil põhjusel neid taotlenud. Kliendi võimestamine säilitas tema töövõime või suurendas tööturule sisenemise motivatsiooni.

Detsembris 2021. aastal viidi osalejate seas läbi tagasiside uuring, mille eesmärk oli saada teada, kui rahule jäid projektis osalejad projekti teenustega ning milliste teenuste pakkumisega hoolduskoormusega inimestele võiks Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet jätkata. Uuringu detailsem raport on leitav: <https://uuringud.tallinn.ee/uuring/vaata/2022/Projekti-Abiks-hoolduskoormusega-inimesele-tagasiside-kusitus>.

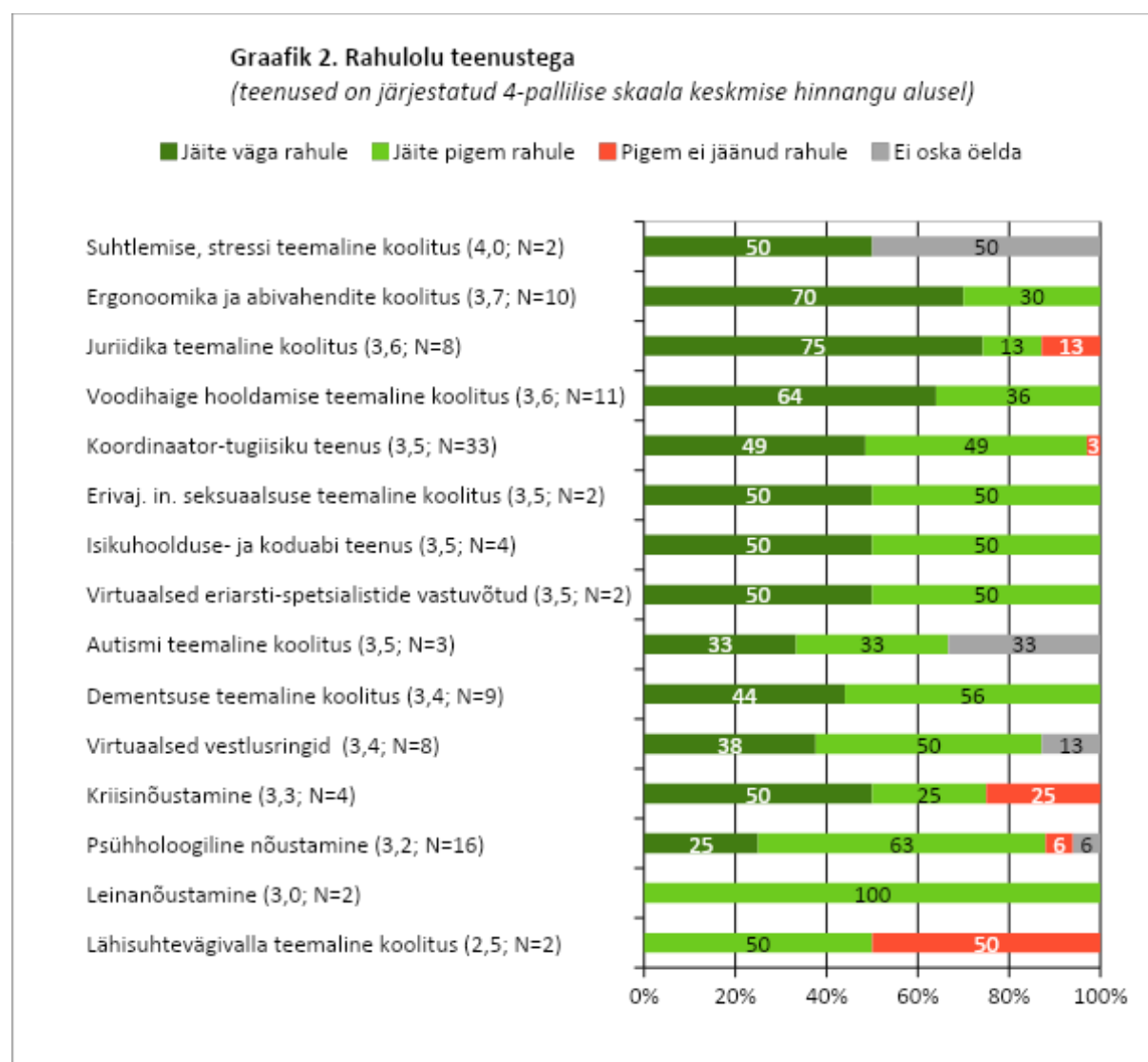
Tagasiside küsitlusest selgus, et enamik projektis osalenud klientidest kasutas omastehoolduse koordinaator-tugiisiku teenust, mis on ootuspärane, sest projektis katsetatud teenusemudeli järgi oli koordinaator kliendi esimene kontaktisik.

Kasutatavuselt teisele kohale jäi psühholoogi nõustamisteenus ning kolmandale omastehooldajatele suunatud koolitusprogramm, millest omakorda olid populaarsemad teemad voodikeskse haige hooldamine, ergonomika ja abivahendid ning dementsus ja juriidika. Täpsem teenuste kasutatavus on toodud graafikul 1.



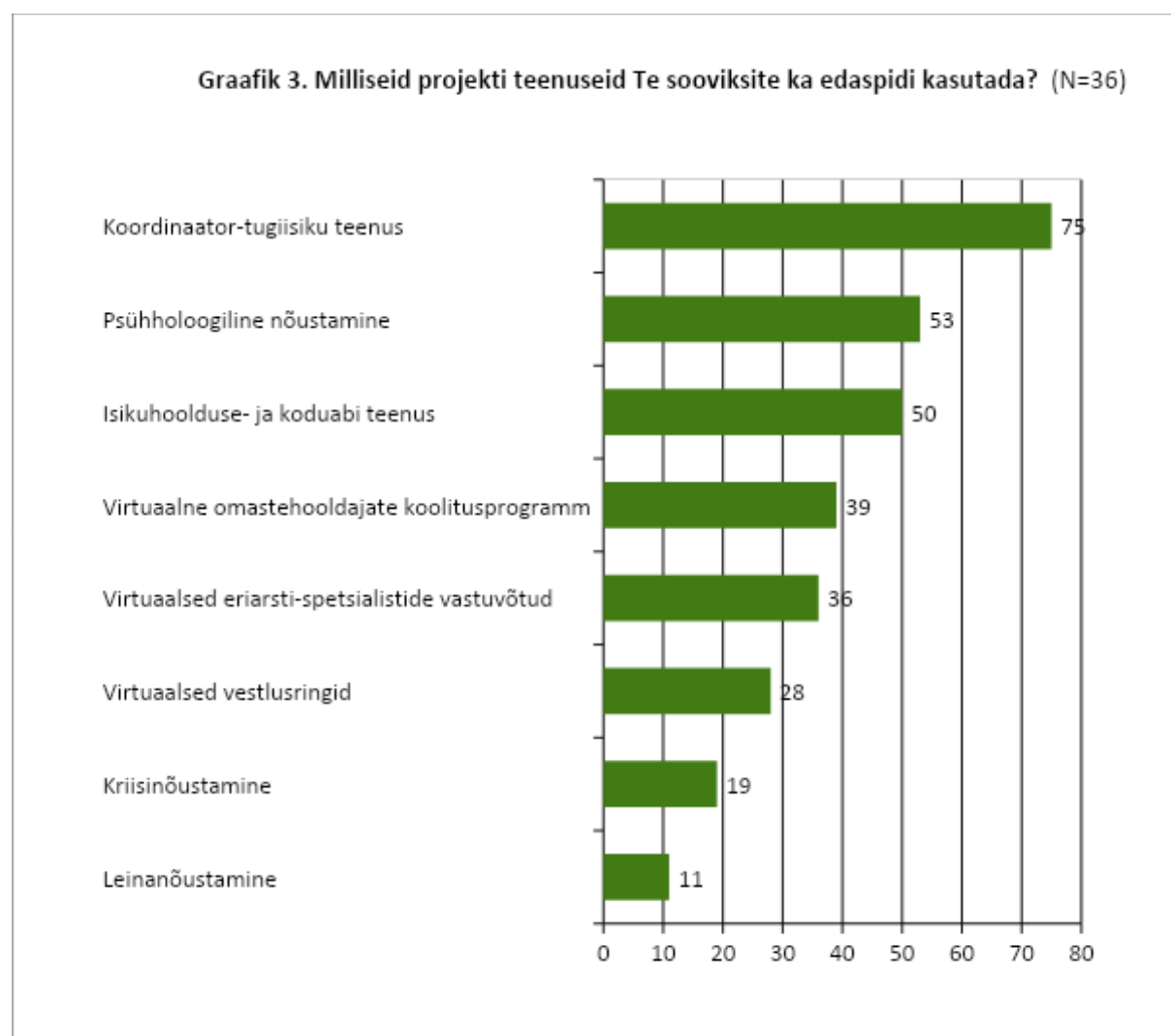
Graafik 1. Projekti teenuste kasutamine

Üldiselt jäid projektis osalejad teenustega kas väga rahule või pigem rahule, vt graafik 2.



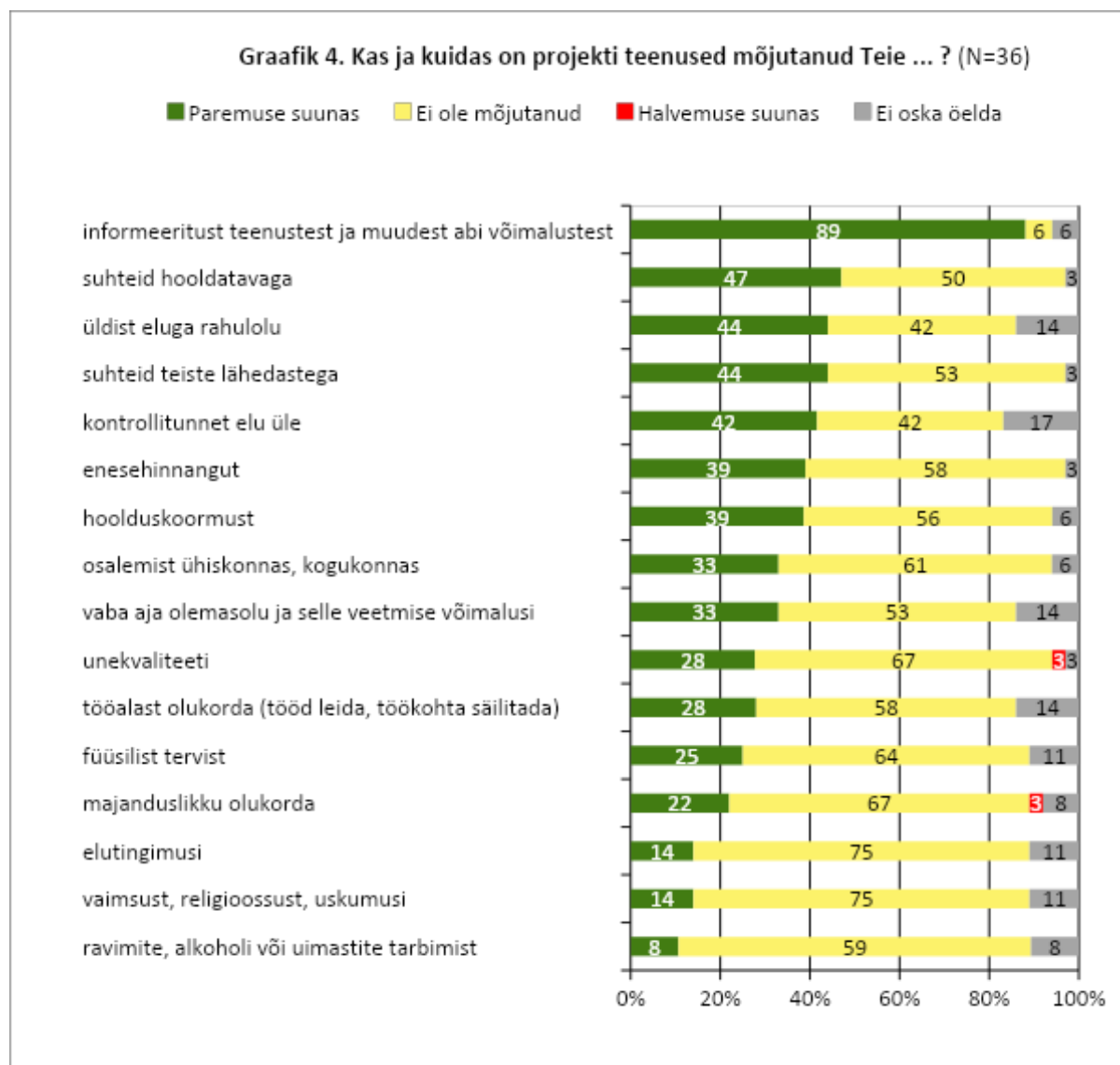
Graafik 2. Klientide rahulolu teenustega

Küsisime projektis osalenud hoolduskoormusega inimestelt, milliseid projekti teenuseid nad sooviksid ka edaspidi kasutada. Kõige populaarsemaks teenuseks osutus koordinaator-tugiisiku teenus, see oli ka projekti kõige enam kasutatud teenus. Vähemalt pooled vastajad sooviksid edaspidi ka psühholoogilist nõustamist ning isikuhoolduse-koduabi teenust CareMate 40% sooduskoodiga. Ülejäänud teenuste vastu on huvi veidi väiksem, vt graafik 3.



Graafik 3. Klientide soov teenuste edaspidiseks kasutamiseks

Uurisime ka, kuidas ja millistes aspektides on klientide igapäevast elu mõjutanud Ahi projektis osalemine. Tulemused on näha graafikul 4.



Graafik 4. Projektis osalemise mõju

Kõige positiivsemalt on projekti teenused mõjutanud informeeritust ja teadlikkust teenustest ja muudest abi võimalustest. Paljudel projektis osalejatel on paranenud suhted hooldatava ja teiste lähedastega, tõusnud enesehinnang ja üldine eluga rahulolu, tekkinud kontrollitunne elu üle, ja vähenenud hoolduskoormus. Negatiivset mõju märgiti väga vähe, ainult üks vastaja märkis, et temal on unekvaliteet halvenenud ning teine respondent kirjutas, et tema majanduslik olukord on halvenenud.

Vastajatel oli võimalus ka oma sõnadega kommenteerida ja täpsustada, kuidas on projekti teenused nende igapäevaelu ja toimetulekut mõjutanud. Mitmed vastajad tõid projekti suure väärtusena välja selle, et tänu projektile tekkis neile inimene, kellelt sai tuge ja abi (koordinaator-tugiisik) ja et ainuüksi teadmine, et selline inimene on olemas, tegi nende elu kergemaks.

- *“Inimene, kes oli mu jaoks alati olemas, ka väljaspool tööaega. Helistas ise, et küsida kuidas mul läheb. Minu siiras tänu talle kõige eest!”*
- *“Koordinaator saatis mulle info koolituse ja teiste projekti teenuste kohta. Suhtled KOVga ja uuris, mida saaks teha, et kohandada elukohta poja vajadustest lähtuvalt. Oli alati kättesaadav. “*
- *“Minuni jõudis väga mitmekülgne informatsioon igasugustest teemadest, mille peale ise polekski tulnud, et see võiks abiks olla.”*
- *“Selline inimene või organisatsioon, kes jagab kogu vajalikku infot, on väga vajalik.”*
- *“Kohe kindlasti oli minu jaoks rohkem, kui "koordinaator". Veel kord südamest tänan, et ta mul ellu sattus, kui olin väga hädas.”*

Mitu vastajat tõi välja enesekindluse tõusu (vähem enesesüüdistamist, kartust midagi valesti teha, suuremat julgust abi küsida).

- *“Tundsin vähemalt moraalset toetust ehk seda, et keegi su murest aru saab”*
- *“Koordinaator-toetaja oli oma ala spetsialist, oskas suunata ja infot jagada. Toetas igati!”*
- *“Sain palju informatsiooni erinevatest võimalustest. Ja põhiline oligi, et mind kuulati ära, sain julgust ja toetust.”*
- *“Suureks abiks oli see, et koordinaator käis koos minuga KOVis, leppis ise ametnikuga kohtumise aja kokku ja pakkus moraalset tuge. Samuti jagas infot erinevate MTÜ poolt pakutavate teenuste ja koolituste kohta ja ootas ka tagasisidet.”*

Projekti väärtusena mainiti ka seda, et tähelepanu pöörati hooldajale, mitte ainult hooldatavale.

- *“Koordinaator aitas ajada asju ametnikega ja suunas ka psühholoogilist abi saama, ise poleks selleni lähiajal jõudnud”*

Paar vastajat tõid välja praktilise abi saamise, näiteks eluruumi kohandamine, töövõimetuspensionini saamist.

- *“Sain erinevat infot, toetust, võimaluse osaleda kursustel. Oletan, et just tänu koordinaatorile sain endale ööpäevaringse hooldaja.”*
- *“Tänu koordinaatorile olen nüüd töövõimetuspensionär, mis on minu materiaalsel toimetulekul oluliselt parandanud ja sellega seoses ka vaimset tervist. Ilma temata ei oleks ma selle pealegi tulnud, et seda taotleda ja kahtlen ka, kas omal algatusel taotlema hakates oleksin seda üldse saanud.”*

Osalejate kommentaarid psühholoogilise nõustamise teenuse kohta:

- *“See on mind tõsiselt aidanud, sest ega lähedase hooldamisega kerkib tegelikult palju laiemaid probleeme esile. Näiteks perekonna käitumine ja mustrid; hooldaja enda eraelu ja karjäär; majanduslik toimetulek ja ühiskonna poolne toetus/toetusetus jne. Mul on siiralt väga kahju, et see projekt lõppeb, sest kui psühholoogiga on saavutatud veel ka väga hea kontakt, on see ääretult suur abi sisemise rahu ja tasakaalu leidmisel, et oma lähedast inimest elus aidata.”*
- *“Psühholoog aitas näha minu probleeme teise nurga alt.”*
- *“Psühholoogiline abi on vajalik, et säilitada vaimne tasakaal”*
- *“Hooldaja jaoks on psühholoogi teenus väga vajalik. Aga võiks olla rohkem psühholooge, et oleks valikut, kui ühega ei klapi.”*
- *“Väga hea oli psühholoogi teenus, mida sain teie projekti kaudu, juba ühest korrast oli palju abi.”*
- *“Psühholoogilist nõustamist saan iga nädal - minul läheb alati kergemaks, kui saan oma mure ära rääkida.”*

Üleüldise probleemina toodi välja, et hoolduskoormuse tõttu ei olnud võimalik kõiki projekti teenuseid kasutada ja tegelikult oleks rohkem abi vaja otseselt just hoolduskoormuse vähendamiseks.

- *“Tööst vaba aeg kulub kõik emaga toimetamisele. Peale tööpäeva teen toidud, viin talle. Panen hommikuks midagi valmis. Me ei ela koos, aga väga lähestikku. Kõik nädalavahetused pean temaga toimetama, väljas käima, seltsiks olema. Sageli kipub ta igasuguseid veidrusi tegema, võtmeid peitma-kaotama, ise süüa ei tee, soojaks ka mitte. Pole ise juba väga pikka aega puhata saanud ja uni on halb.”*
- *“Nägin lühifilmi "Elu on töö on elu", millest sain aru, et linnaosa poolt peaks tööl käiv inimene saama ka igapäevast tuge hooldatavaga suhtlemisel, toidutegemisel võib olla ka jalutamisel. Paraku oli üsna ühene vastus, et sellist teenust pole pakkuda.”*
- *“Soovin koduteenust, et ema juures käiks regulaarselt hooldustöötaja.”*
- *“Vajan emale kõike rohkem regulaarselt hooldusabi”*
- *“Inimest, kes annaks mulle vaba aega ja võtaks mõneks ajaks vastutuse hooldatava eest”*
- *“Vajan võimalust jätta hooldatav 3-5 tunniks kellegi teise hoolde. On päevi, kui on vaja kodust ära käia, aga intervalliteenus ei ole tellitud või on järjekord.”*
- *“Olenevalt lähedase tervisest ja kui tõesti peaks kontoris tagasi minema, siis tunneksin puudu tegevusterapeudist, kes käiks lähedasega juttu vestmas, lauamänge mängima, õues jalutamas (lähedane liigub rulaatori abil). Ise ei jõua ja suuda peale tööpäeva seda kõike pakkuda, käiksin selle asemel trennis ja hoiaks oma füüsisist korras. See oleks lähedasele ka vahelduseks, muidu jääb väga televiisorikeskseks.”*
- *“Ma saan tööl käia, aga tunnen, et kõige suurem abi oleks see kui minu äraolekul käiks keegi, kes aitaks abikaasa riidesse, aitaks teha hügieenitoimingud. Abikaasa treenib kodus, hea oleks kui mõned needki toimingud oleksid minu töölt saabumise ajaks tehtud. Samuti tunnen puudust nn musklist, kes oleks suuteline ratastooliga trepist üles-alla liikuma, et abikaasa saaks käia rehabilitatsiooniteenustel. Need on ju enamasti päeval. Ühesõnaga sooviksin inimest, kes vähendaks minu rolli abikaasa emana.”*

Soovituslikud teenused omastehooldaja toetamiseks projekti “Abiks hoolduskoormusega inimestele” näitel

Tuginedes AHI projekti tulemustele, on soovituslik rakendada omavalitsustes omastehooldajatele esmajärjekorras **omastehoolduse koordinaator-tugiisiku teenust**.

Toetavate teenustena tuleks lisaks pakkuda ka **psühholoogilist nõustamist** individuaal, pere- ja grupiteraapiana, millele lisandub ka leina- ja kriisinõustamine. Samuti on vajalik laiapõhjaline **koolitusprogramm**, mis annab teoreetilised teadmised ja praktilised oskused hoolduskoormuse leevendamiseks.

Teenuste soovituslikud kirjeldused ja korraldus on toodud ära lisas 2 “Soovituslikud teenuste kirjeldused”.

Alljärgnevalt tuuakse ära teenuste korralduslik mudel ja selle asetsemine teenussüsteemis. Korralduslik mudel on koostatud teenusdisaini etappide (mõistmise etapp, planeerimise etapp, testimise etapp ja rakendamise etapp) tulemusel.

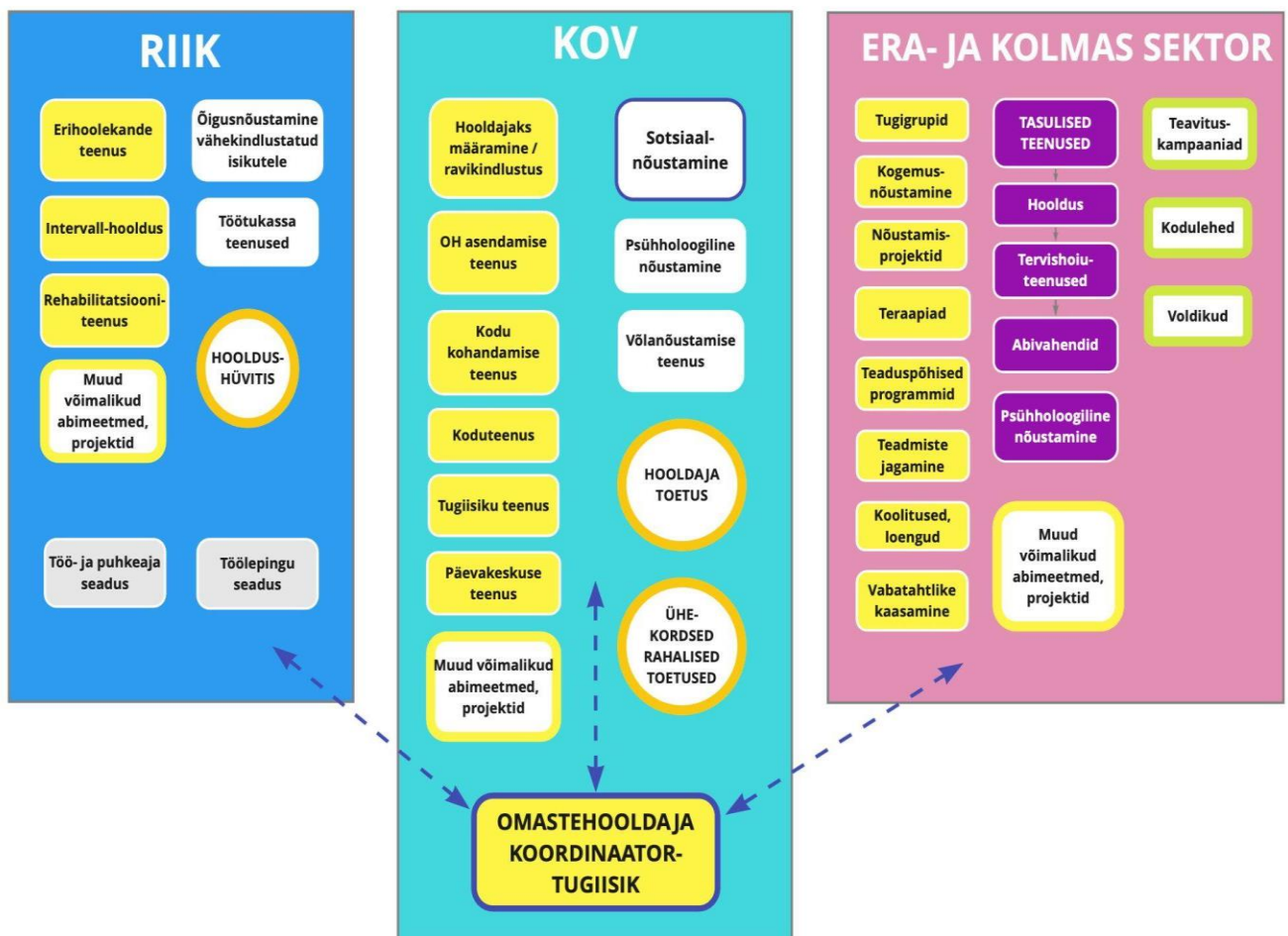
Teenuste asetsemine teenussüsteemis

Omastehooldajate otseseks toetamiseks on käesoleval ajal teenuste valik üsna kasin. Enamus teenuseid on nii-öelda universaalset laadi ehk neid saavad kasutada erinevad sotsiaalhoolekande sihtrühmad, kuid nende teenuste puuduseks on vähene personaliseeritus ja sobivus erinevate sotsiaalhoolekande klientide jaoks on väga erinev. Siiski leiduvad riigi, kohaliku omavalitsuse ja erasektori tasandil mõned, just omastehooldajate jaoks sobivad teenused, näiteks Tallinna linn pakub hoolduskoormusega inimestele omastehoolduse asendusteenust, kus hoolduskoormusega inimesel on võimalus saada lühiajalist vaba aega iseenda jaoks, et nt käia arsti juures, poes või lihtsalt jalutamas. Sel ajal hoolitseb hooldust vajava inimese eest hooldustöötaja. Tegemist on lahendusega, mida võiksid võtta eeskujuks ka teised KOV-d, kuid murekohaks on, et teenus ei ole suurele enamusele Tallinnas elavatele abivajajatest kättesaadav, sest teenusest ei teata ja see ei ole ka mahu poolest piisav. Lisaks ei ole see teenus kõikidele sobiv.

Omastehooldaja esmaseks kontaktiks ja peamiseks pidepunktiks peab jääma kohalik omavalitsus. Kohaliku omavalitsuse või linnaosa valitsuste juurde on soovituslik luua

omastehooldaja koordinaator-tugiisik ametikohad, kes vastutavad omastehooldajatele info jagamise ning abi osutamise eest. Koordinaator-tugiisik jälgib ja abistab KOV poolt teostatud hoolduskoormuse hindamise tulemusel koostatud tegevuskava täitmist ning vahendab omastehooldajale infot riiklikus-, era ning kolmandas sektoris pakutavate sobivate teenuste kohta, samuti vahendab KOV teenuseid, mis on suunatud OH-le.

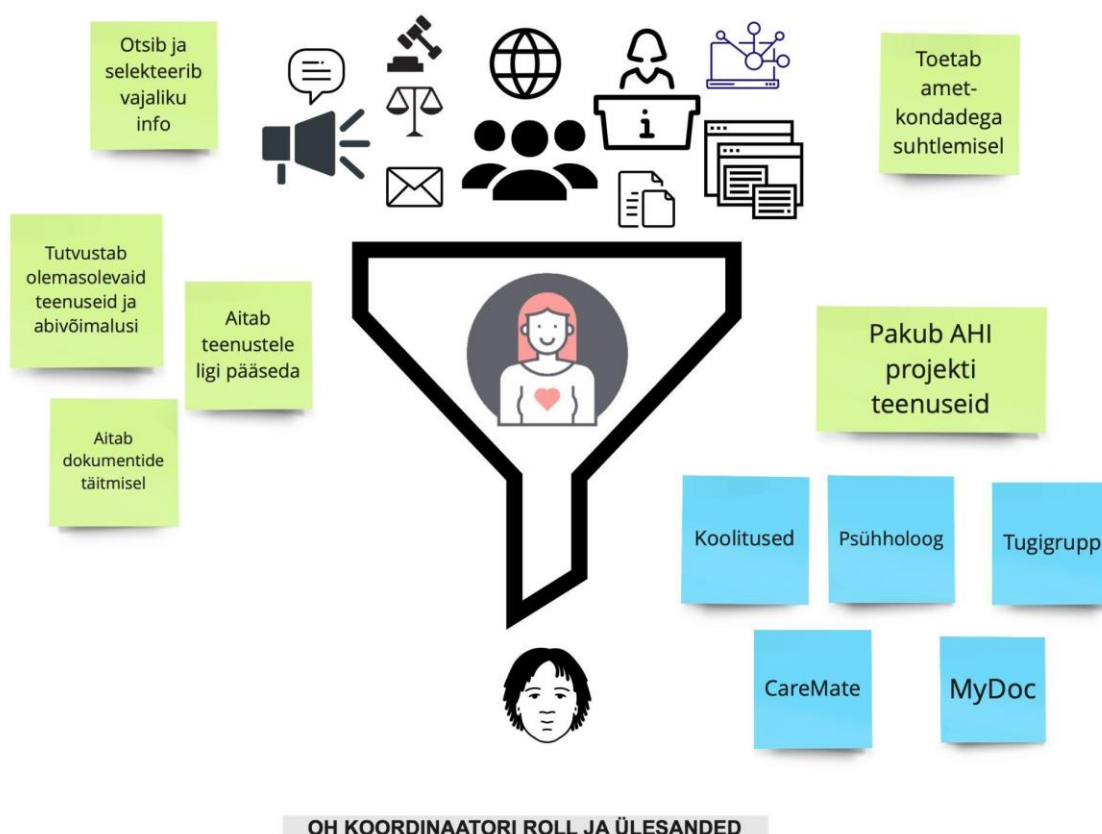
HOOLDUSKOORMUSEGA INIMESTE TEENUSSÜSTEEM



Joonis 6. Teenuste asetsemine teenussüsteemis. Agnes Pulk, Disainivõti

Teenuse kirjeldus: omastehoolduse koordinaator-tugiisik

Omastehoolduse koordinaator-tugiisiku teenuse **eesmärk** on toetada ja jõustada hoolduskoormusega inimest, mille tulemusena paraneb hoolduskoormusega toimetulek ja see omakorda võimaldab kliendil säilitada olemasolev töökoht või naasta tööturule ning tagada hoolduskoormusega inimese füüsiline ja vaimne tervis. Koordinaator-tugiisik täpsustab leibkonna toimetulekut hoolduskoormusega ja sotsiaalmajanduslikku olukorda. Seejärel jälgitakse koostöös kliendiga hoolduskoormuse hindamisel teostatud tegevusplaani täitmist, määratletakse suhtluskord ning alustatakse tegevuste elluviimisega. Koordinaator-tugiisik nõustab klienti abisaamise võimalustest, vajadusel abistab dokumentatsiooni täitmisel ning suhtlemisel erinevate ametiasutustega. Koordinaator-tugiisiku oluliseks rolliks on omastehooldaja jõustamine ja toetamine ning infootsingutel aitamine.



Joonis 7. Omastehoolduse koordinaator-tugiisik roll ja ülesanded. Agnes Pulk, Disainivõti.

Soovituslikud nõuded omastehoolduse koordinaator tugisikule:

- Kõrgharidus sotsiaalvaldkonnas (sotsiaaltöö, eripedagoogika, psühholoogia, pedagoogika vms)
- Töökogemus sotsiaalvaldkonnas vähemalt kaks aastat alates 2016. aastast.
- Teadmised Eestis ja KOVis pakutavatest sotsiaalteenustest ja -toetustest, k.a Töötukassa võimalused.
- Hea suhtlusoskus, iseseisev probleemilahendus ja ajaplaneerimis oskus.
- Soov omastehooldajaid aidata ning olla toeks pikema aja vältel.
- Pole kriminaalkorras karistatud
- Võimalus KOV piires liikuda, sh teha koduviisi.
- Eesti ja vene keele oskus suhtlustasandil.



Joonis 8. LOV sotsiaaltöötajate ootused omastehoolduse koordinaator-tugisikule. Agnes Pulk, Disainivõti.

Teenusest edastab info kliendile LOV/KOV sotsiaaltöötaja, haigla sotsiaaltöötaja, sotsiaalhoolekade teenuse pakkuja, seltsing või mittetulundusühing. Teenuse taotlemiseks pöördub abivajaja teenust korraldava kontaktisiku poole. Kokkuleppel kliendiga võib ka sotsiaaltöötaja edastada info kliendist teenuse kontaktisikule. Kontaktisik vaatab läbi kliendi pöördumise, kontrollib kliendi sobivust teenusele, sõlmib kliendiga teenuse osutamiseks lepingu ning määrab kliendile koordinaator-tugiisiku.

Koordinaator-tugiisik:

- tutvub hoolduskoormuse hindamise tulemitega;
- täpsustab koostöös kliendiga kliendi hetkeolukorra;
- toetab ja abistab hoolduskoormuse hindamisel koostatud tegevuskava täitmisel;
- jälgib tegevuskavas toodud tegevuste õigeaegset elluviimist;
- vajadusel teeb ettepanekuid tegevuskava muutmiseks/täiendamiseks.

Teenuse kontaktisiku ja koordinaatori rollis võib olla ka üks töötaja.

Kontaktisik on sotsiaalvaldkonna hariduse ja töökogemusega spetsialist, kes juhib omastehoolduse koordinaator-tugiisikute tööd, leiab ja vormistab kliente teenusele, tegeleb aruandluse ning ka koordinaatoritele vajalike koosolekute, koolituste, supervisioonide jm vajaliku korraldamisega, tagab teenuse ühtlase kvaliteedi.

Omastehoolduse koordinaator-tugiisik on sotsiaalvaldkonna hariduse ja praktilise töökogemusega spetsialist, kes orineteerub sotsiaalvaldkonna toetustes ja teenustes ning suhtleb ja abistab klienti.

Koordinaatorid või vähemalt kontaktisik võiks olla otseselt KOVi alluvuses, selmet teenust erinevatelt teenusepakkujalt sisse osta. Soovituslik on teenus üles ehitada viisil, et luuakse eraldi omastehoolduse koordinaatorite osakond või talitus, millel on ka juht või kontaktisik, seda just suuremate omavalitsuste puhul, kus on vajalik mitme koordinaator-tugiisiku olemasolu.

Sarnaselt AHI projektis toiminud mudelile on kontaktisik vastutav klientide leidmise, lepingute sõlmimise, aruandluse ning koordinaatorite tööjaotuse haldamise osas. Lisaks korraldab kontaktisik koordinaatoritele vajalikud koolitused, seminarid, koosolekud ja kohtumised ning supervisiooni. Lahendus, kus koordinaatorid töötavad ühe talitusena tagab teenuse ühtlase kvaliteedi ning parema järelvalve võimaluse.

Kvaliteetse, personaliseeritud ja paindliku teenuse osutamise tulemusena on toetatud kliendi üldine ja hoolduskoormusega toimetulek. Suureneb kliendi võimekus jätkata tööturul osalemist ning osaleda sotsiaalsetes ja vabaaja tegevustes. Klient on iseseisvalt toimetulev, suudab tagada endale sissetuleku, valdab abisaamiseks vajalikku infot, teab kust ja kuidas seda küsida. Hooldatavale on tagatud inimväärikas keskkond ja vajalik abi.



Joonis 9. OH tunded teenuse saamise jooksul ja järgselt. Agnes Pulk, Disainivõti

Teenuse kirjeldus: psühholoogiline, paari- ja perenõustamine, leina- ja kriisinõustamine

Teenuse **eesmärk** on toetada läbi vaimse heaolu kliendi üldist ja hoolduskoormusega toimetulekut. Hoolduskoormusega inimeste jaoks on toetavaid teenuseid väga vähe, enamasti hoolduskoormusega inimesi on pidanud aastaid hoolduskoormusega iseseisvalt hakkama saama. Psühholoogilist nõustamist tuleks näha hoolduskoormusest tingitud mõjude suhtes tervikuna, st teenust pakkuda nii individuaal- kui perenõustamisena. Kuna hooldatava olukord võib kiiresti halveneda, tuleb pakkuda ka kriisi- ning leinanõustamist.

Teenuste pakkumisel on võtmetähtsusega kiire kättesaadavus, paindlikkus aja ja koha suhtes (k.a kaugnõustamise võimalus) ning teenuse personaalsus ja vajadusel jätkuvuse võimaldamine läbi kogu hooldustsükli.

KOVil on soovitatav sõlmida nõustamisteenuste pakkumiseks leping kindla teenusepakkujaga, kellel on võimekus operatiivselt pakkuda psühholoogilise individuaalnõustamise, perenõustamise, kriisi- ja leinanõustamise teenust. See tagab kliendile mugavuse - tihti osutavad erinevaid nõustamisliike samad psühholoogid, kellega kliendil on varasem kokkupuude. Samuti hõlbustab ühe teenusepakkuja kasutamine jälgida teenuse osutamise kvaliteeti ning teostada järelvalvet.

Teenust vahendab omastehoolduse koordinaator-tugiisik, kes on teenuse vajaduse esmalt koostöös kliendiga kaardistanud. Teenuse vajadus võib lähtuda ka KOV poolt teostatud hoolduskoormuse hindamisest. Kuna teenus peab olema paindlik ja vajadusel kiiresti kättesaadav võib teenusele suunata ka juhul, kui seda esialgses koordinaator-tugiisiku poolt koostatud tegevuskavas planeeritud ei olnud (eriti oluline kriisinõustamise puhul). Sellisel juhul tuleb koordinaator-tugiisikul tegevusplaan ülevaadata ning viia sisse vastavad muudatused.

Teenuse tulemusel on hoolduskoormusega inimene psühholoogilise pingega hõlpsamini toimetulev - oskab juhtida oma mõtteid ja emotsioone, valdab tehnikaid agressiivsusega toimetulekuks, oskab leevendada stressi ning teab millal ja kuhu pöörduda psühholoogilise abivajaduse tekkimisel.

Teenuse kirjeldus: hoolduskoormusega inimesele suunatud koolitusprogramm

Hoolduskoormusega inimese koolitusprogrammi eesmärk on anda uusi teadmisi ja eelkõige praktilisi oskusi hooldamisega toimetulekuks. Koolituste planeerimisel on oluline just praktiliste ja ka teoreetiliste, igapäevast hooldamist lihtsustavate oskuste õpetamine. Suur vajadus on ergonoomiliste hooldusvõtete ja abivahendite koolituse järel. Tuleb arvestada, et koolitused ei kehtaks terve päev, vaid pigem paar tundi erinevatel päevadel, võimalusel ka õhtusel ajal. Hoolduskoormusega inimestel ei pruugi olla võimalust osaleda koolitusel tööajast või jätta hooldatav terveks päevaks järelevalveta. Samuti võiks olla võimalus valida erinevate kuupäevade vahel, et hoolduskoormusega inimene saaks tunda ennast valikut tehes hooldussituatsioonist lähtuvalt turvaliselt. Praktilised koolitused peaksid toimuma kontaktõppes, teoreetiliste koolituste puhul võib valida ka virtuaalse koolituse läbiviimise. Siiski on esimene eelistus viia koolitusi läbi füüsilises ruumis, see võimaldab paremat oskuste omandamist ning tagab usaldusliku keskkonna koolitaja ja hoolduskoormusega inimese vahel. Hoolduskoormusega inimesed on tihtipeale ise erineval hulgal infot kogunud ja end koolitanud, seega tuleks enne koolituste planeerimist selgitada välja, millistel teemadel nad uusi teadmisi vajavad (koolitusprogrammi soovituslik näidis on leitav lisa 2 "Soovituslikud teenusekirjeldused").

Omastehoolduse koordinaator-tugiisik selgitab välja, milline on hoolduskoormusega inimese koolitusvajadus ja -valmidus. Seejärel edastab koordinaator-tugiisik info teenuse kontaktisikule, kes saab komplekteerida grupid hoolduskoormusega inimestest vastavalt koolitusteemadele. Seejärel saab KOV asuda otsima koolitajaid ja planeerima koolitust. Koolitajate jaoks on vajalik teada koolituse teema, eesmärk ja vajadused, seejärel saavad koolitajad koostada koolitusprogrammi. Kui koolituse kuupäevad on selged, edastab koordinaator-tugiisik info klientidele ja aitab koolitusele registreeruda. Koolituse planeerimisel tuleb arvestada, et paljudel hoolduskoormusega inimestel ei ole võimalik tõrgeteta töötavat arvutit kasutada, seega enne virtuaalse koolituse planeerimist, tuleb välja selgitada, kas kliendid saavad/tahavad osaleda virtuaalsel koolitusel või peab korraldama koolituse vahetus kontaktis.

Soovituslik on koguda kokku rühm teatud koolituse huvilisi ning seejärel pakkuda neile koolitusi gruppis. See soodustab ka suhtlemist sarnaste probleemidega inimeste vahel ning loob võrgustikku ja pakub emotsionaalset tuge.

Koolituste tulemusena on hoolduskoormusega inimene omandanud nii praktilised oskused kui ka teoreetilised teadmised, mis aitavad hoolduskoormusega paremini toime tulla.

Kokkuvõte

Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet viis perioodil 01.02.2020 – 31.01.2022 läbi projekti „Abiks hoolduskoormusega inimesele“. Projekti rahastati Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

Projekti eesmärkideks oli:

- töötada välja Tallinnas elavatele hoolduskoormusega inimestele neid toetavad teenused;
- teha OH-le kättesaadavaks asjakohane info nii projekti, kui ka riigi ja omavalitsuse pakutavatest teenustest, toetusest ja muudest abivõimalustest;
- abistada hoolduskoormusega inimese tööturule sisenemist või soodustada tema tööturul püsimist ning suurendada informeeritust riiklikust abist tööturule sisenemiseks või näiteks ümberõppeks.
- arendada oskusi hoolekandeteenustes- ja toetustes paremaks orienteerumiseks;
- pakkuda psühhosotsiaalset toetust;
- toetada samaste kogemustega inimestevahelist suhtlust;
- juhendada igapäevase hooldusega seotud tegevustes.

Kõik projekti eesmärgid said täidetud:

- Välja arendati kuus teenust, millest kolme osas tehakse Tallinna linnale teenusega jätkamise ettepanek (omastehoolduse koordinaator-tugiisik, omastehooldaja psühholoogiline, leina- ja kriisinõustamine ning omastehooldajatele suunatud laiapõhjaline koolitusprogramm);
- Kokku osutati teenuseid projektiperioodil 6587 tundi;
- Projekti lõppedes olid tööturul aktiivsed 69 % osalejatest (n=84).

Kahjuks ei olnud seoses riikliku eriolukorraga võimalik AHI projekti raames testida teenuseid algselt planeeritud kujul (võimalikult personaliseeritud, kodustes tingimused teenused). Siiski lähtuvalt osalejate tagasisidest on personaalne lähenemine oluline ning teenused, eeskätt koolitusi (ergoomilised töövõtted, abivahendite kasutamine, voodikeskse haige hooldamine) tuleks läbi viia kliendi kodustes tingimustes ning sealsetele võimalustele tuginedes. Iga kliendijuhtum, tema olukord ja võimalused on erinevad ning vajavad personaalset lähenemist. Samuti tuleks katsetada mudelit, mis kaasab paralleelselt teenuse pakkumise nii hooldajale kui

ka tema hooldatavale (nt hooleandja teenus ajaks, mil omastehooldaja viibib ise teenusel, näiteks saab psühholoogilist nõustamist). Hoolduskoormusega inimest tuleb vaadelda ja teenussüsteemis käsitleda koos hooldatavaga. Need kaks osapoolt on teineteisest sõltuvad ja olulisel tasemel seotud, mis ei võimalda osutada teenuseid vaid ühele osapoolele. Läbi AHI projekti oleme toonud senisest enam tähelepanu hoolduskoormusega isikutele ja nende vajadustele. Kindlasti tuleks hooldusituatsioonis jätkata teenuste pakkumist nii hooldatavale, kui ka toetavate ja jõustavate teenuste rakendamist omastehooldajale ja teistele hooldusituatsiooni kaasatud lähedastele (nt läbi paari- või perenõustamise).

Kasutatud allikad

Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020. Turu-uuringud AS. Tellija: Sotsiaalministeerium

URL: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf

Tallinn arvudes 2021. Tallinna Linnavalitsus.

URL: <https://www.tallinn.ee/est/Tallinn-arvudes>

Eesti sotsiaaluuring 2019. Statistikaamet.

URL: <https://www.stat.ee/et/statistika-too/sotsiaaluuring-2019>

Pikaajalise hoolduse tulevik. Arengusuundumused aastani 2035. RAPORT 2021. Arenguseire keskus.

URL: https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2021/11/2021_pikaajalise-hoolduse-tulevik_raport_veeb-1.pdf

Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne, Riigikantselei, 2017.

URL: https://vv.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf

.

Lisad

Lisa 1. Projektis välja töötatud teenuste korralduslik mudel



Lisa 2. Soovituslike teenuste kirjeldused

Omastehoolduse koordinaator-tugiisiku teenuse kirjeldus

Omastehoolduse koordinaator-tugiisiku (edaspidi ka koordinaator-tugiisik) teenuse **eesmärk** on toetada ja jõustada hoolduskoormusega inimest (edaspidi ka klient), mille tulemusena paraneb tema hoolduskoormusega toimetulek ja see omakorda võimaldab säilitada olemasoleva töökoha, naasta tööturule, saada enda jaoks vaba aega jne. Läbi selle säilib või paraneb hoolduskoormusega inimese heaolu, sh füüsiline ja vaimne tervis.

Koordinaator-tugiisik täpsustab hoolduskoormusega isiku emotsionaalset ja sotsiaal-majanduslikku toimetulekut ja võimalikke abimeetmeid, mis on välja toodud kohaliku omavalitsuse poolt toetusvajaduse hindamise järgselt koostatud tegevusplaanis. Seejärel jälgitakse koostöös kliendiga tegevusplaani täitmist, määratletakse suhtluskord ning alustatakse tegevuste elluviimisega, jälgides järjepidevalt abivajaduse muutumist ning korraldades vajadusel vahehindamisi. Vahehindamiste eesmärk on vaadata üle, kas pakutavad teenused vastavad abivajadusele nii sisu kui mahu poolest või oleks vaja teenuseid ümber planeerida, muuta mahtu, korraldada täiendavaid lisateenuseid vms. Koordinaator-tugiisiku oluliseks rolliks on ka kliendi jõustamine ja toetamine ning infootsingutel aitamine. See tähendab kliendi nõustamist erinevate abisaamise võimaluste osas, vajadusel abistamist dokumentatsiooni täitmisel ning suhtlemisel erinevate ametiasutustega.

Omastehoolduse koordinaator-tugiisiku teenus sisaldab hoolduskoormusega inimese vajadustest lähtuva abi korraldamist ja osutamist, sh:

1. Info edastamine abi- ja toetusvõimalustest. Vajalik info on kullustatud ja raskesti leitav. Koordinaator-tugiisik aitab infoväljas orienteeruda, seda koondada ning pakkuda välja vajalikud ja asjakohased teenused. Lisaks märkab koordinaator-tugiisik kliendi heaolu taset, sh vaimse ja füüsilise tervise probleeme ning julgustab teda sellele tähelepanu pöörama ning kliendi nõusolekul abistab vastava spetsialisti leidmisel. Vajadusel teavitab koordinaator-tugiisik ka kliendi elukohajärgset kohaliku omavalitsuse üksust kliendi abivajadusest.
2. Asjaajamine hoolduskoormuse leevendamisega seonduvaga. Koordinaator-tugiisik korraldab vajadusel ja kokkuleppel kliendiga kliendi ja ametiasutuste vahelist suhtlust, toetab teda ametiasutustega suhtlemisel ning abistab vajaliku dokumentatsiooni täitmisel.

3. Hoolduskoormuse leevendamine. Koordinaator-tugiisik kaardistab osalt ka hooldatava olukorra või küsib seda infot kohalikust omavalitsusest. Vajadusel ja võimalusel aitab koordinaator-tugiisik kliendil leida abi hoolduskoormuse leevendamiseks. Näiteks: vajalikud abivahendid, perearsti ja koduõetenus, õendusabihaigla või hooldekodu, koolitused.
4. Tööturualane nõustamine. Läbi vajalike toetavate teenuste leidmise, toetab koordinaator-tugiisik kliendi olemasoleva töökoha säilitamist või tööturule naasmist. Koordinaator-tugiisik julgustab klienti vajadusel pöörduma Töötukassasse ja saama Töötukassa teenuseid.

Teenuse osutamisel on võtmetähtsusega personaliseeritus, paindlikkus ja usaldus. Hoolduskoormusega inimese abivajadus sõltub paljus hoolduskoormuse iseloomust (sh selle tasemest), hooldatavast (sh omavahelistest suhetest, tervises seisundi eripäradest jm), nii hoolduskoormusega inimese kui ka hooldatava vanusest, vaimsest ja füüsilisest tervisest jpm. Kvaliteetse teenuse pakkumiseks peab teenuse osutaja olema valmis paindlikuks tööajaks, olema piisavalt kursis kliendi käekäiguga, tema tegevusplaaniga ning selle täitmisega ja vajadusel ise aktiivselt kliendiga suhet hoidma. Seetõttu on mõistlik, kui kliendile on määratud kindel koordinaator-tugiisik.

Teenuse taotlemine ja osutamine

Teenust osutatakse isikutele, kelle elukohana on rahavastikuregistrisse kantud Tallinna linn. Teenuse kohta edastab info kliendile kohaliku omavalitsuse (linnaosa) sotsiaaltöötaja, haigla sotsiaaltöötaja, sotsiaalhoolekadeteenuse pakkuja, seltsing või mittetulundusühing vm. erateenuse osutaja. Teenuse taotlemiseks suunatakse/pöördub abivajaja teenust korraldava kohaliku omavalitsuse (kontaktisiku) poole. Kui pöörduja ei ole inimene, kes ise teenust vajab, siis tuleb kindlasti kontakteeruda koos abivajajaga, kelle abi soovitakse. Kokkuleppel abivajajaga võib ka teenusele suunaja edastada abivajaja kohta info kohaliku omavalitsusele (kontaktisikule). Kontaktisik registreerib pöördumise ja korraldab abivajaja toetusvajaduse hindamise kohaliku omavalitsuse poolt (vajadusel hinnatakse ka tema hooldatava abivajadust) ning teeb otsuse teenuse saamiseks. Seejärel sõlmib kohalik omavalitsus kliendiga teenuse osutamiseks lepingu ning määrab kliendile koordinaator-tugiisiku.

Koordinaator-tugiisik:

- tutvub hoolduskoormuse hindamise tulemusel koostatud tegevuskavaga;
- täpsustab koostöös kliendiga kliendi hetkeolukorra ja vajalikud sammud tegevuskava täitmiseks;
- toetab ja abistab klienti tegevuskavast lähtuvate tegevuste õigeaegsel elluviimisel;
- vajadusel teeb kohalikule omavalitsusele ettepanekuid tegevuskava muutmiseks/täiendamiseks ja annab infot kliendi olukorra/abivajaduse kohta .

Teenuse koordinaator võib täita ka teenuse kontaktisiku rolli.

Kontaktisik on sotsiaalvaldkonna hariduse ja töökogemusega spetsialist, kes juhib ja koordineerib omastehoolduse koordinaator-tugisiikute tööd, leiab ja vormistab kliente teenusele, tegeleb aruandluse koondamise ja esitamisega ning koordinaatoritele vajalike koosolekute, koolituste, supervisioonide jm vajaliku korraldamisega, panustab teenuse arendustegevustesse jms.

Omastehoolduse koordinaator-tugiisik on sotsiaalvaldkonna hariduse ja praktilise töökogemusega spetsialist, kes orienteerub sotsiaalvaldkonna ja teiste sidusvaldkondade toetustes ja teenustes ning toetab ja abistab klienti tegevuste elluviimisel.

Teenuse osutamise leping sõlmitakse elektrooniliselt või paberkandjal, viimasel juhul säilitatakse seda teenusepakkuja ametiruumides. Leping koostatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb teenuse saajale ja teine teenuse osutajale. Leping on tähtajaline ja sõlmitakse üheks aastaks. Tähtaja saabumisel hindab koordinaator- tugiisik koostöös kliendiga tegevuskavas püstitatud eesmärkide täitmist ja tulemuslikkust ning seejärel otsustatakse lepingu pikendamise või lõpetamise vajalikkus. Koordinaator-tugiisik informeerib otsusest teenuse kontaktisikut, kes lepingu kas pikendab või lõpetab, sõltuvalt koordinaatori ettepanekust. Teenuse saajal on igal ajal võimalik leping koheselt lõpetada, teatades teenuse osutajale kirjalikult oma soovist leping lõpetada. Vajadusel teostatakse ka vahehindamisi tegevuskava muutmiseks või täiendamiseks.

Teenuse osutamise koht ja viisid lepitakse kokku koordinaator-tugiisiku ja kliendi vahel. Teenust on võimalik osutada nii distantsilt (telefonikõned, veebikohtumised), kui ka vahetus kontaktis (kodukülastused, kohtumised väljaspool kodu, ametiasutuste visiidid).

Teenuse lõpetamine

Teenuse osutajal on õigus teenuste osutamise leping koheselt lõpetada alljärgnevatel põhjustel:

- teenuse saaja toimetulek, mis on eelnevalt KOVi poolt taashinnatud, on paranenud määral, mis võimaldab isikul toime tulla ilma koordinaator-tugiisiku teenuseta;
- teenuse saaja asub elama teise kohaliku omavalitsuse haldusterritooriumile;
- teenuse saaja käitumine (agressiivsus, ebaviisakas käitumine, alkoholi või narkootiliste ainete kuritarvitamine vms) teeb teenuse osutamise võimatuks.

Teenuse osutaja teatab teenuse saajale või tema seaduslikule esindajale lepingu lõpetamise kuupäevast kirjalikult (teatamise päevade arv sõltuvalt teenuse osutaja väljakujunenud praktikale) tööpäeva jooksul.

Teenuse oodatav tulem

Kvaliteetse, personaliseeritud ja paindliku teenuse osutamise tulemusel paraneb kliendi üldine ja hoolduskoormusega toimetulek. Klient on võimeline alustama/jätkama tööturul ning tegema sotsiaalseid ja vabaaja tegevusi. Klient on iseseisvalt toimetulev, suudab tagada endale sissetuleku, valdab abisaamiseks vajalikku infot ja teab kust ja kuidas seda küsida. Hooldatavale on tagatud inimväärne keskkond ja vajalik abi.

Psühholoogilise-, pere-, kriisi ja leinanõustamise teenus

Teenuse **eesmärk** on toetada kliendi ja tema lähedaste (pereliikmete) üldist ja hoolduskoormusega toimetulekut läbi vaimse heaolu toetamise ja vaimset tervist kaitsvate tegurite suurendamise, keskendudes nt psühholoogilisele (mõtted, emotsioonid, käitumine) ja laiemale sotsiaalsele (suhted, perekondlik ja kogukondlik võrgustik, sotsiaalsed väärtused) toetusele.

Hoolduskoormusega inimestel ja nende pereliikmetel võib esineda samaaegselt mitmeid erinevaid probleeme ja esineda kriisiolukordi, mille lahendamiseks on keeruline iseseisvalt toime tulla. Samas toetavaid teenuseid napib ja need on killustatud. Märkimisväärne osa hoolduskoormusega inimestest on pidanud aastaid hoolduskoormusega iseseisvalt hakkama saama.

Psühholoogilist nõustamist tuleks näha hoolduskoormusest tingitud mõjude suhtes tervikuna, st teenust on vajalik pakkuda nii individuaal- kui perenõustamisena. Kuna hooldatava olukord võib kiiresti halveneda, tuleb teenuse raames pakkuda täiendavate nõustamiskomponentidena ka kriisi- ning leinanõustamist. Soovituslik on pakkuda kõiki nõustamiskomponente ühe teenusepakkuja juures, kus teenuseosutaja ülesandeks on planeerida ka inimese ja/või tema lähedastest lähtuv teenustepakett ja jälgida selle täitmist, sh teostada vahehindamisi.

Psühholoogilise nõustamise teenus sisaldab inimese ja tema lähedaste vajadustest lähtuvat komponendipõhist abi, ennekõike:

1. Individuaalset nõustamist, mis võimaldab kliendil korrastada oma mõtteid, õppida kontrollima oma tundeid, vähendada stressi, ennetama läbipõlemist ning mis annab jõudu vaimselt hoolduskoormusega toimetulekuks. Võimalus on töötada oma tunnete ja mõtetega professionaali juhendamisel, tagades nii kliendi parema igapäevase toimetuleku hoolduskoormusega. Teenus aitab kaasa kliendi stabiilse psüühilise ja füüsilise seisundi säilimisele.
2. Perenõustamist, mis võimaldab kliendil ja hooldataval kaasata hoolduskoormuse leevendamisse oma tugivõrgustik, tagades nii kliendi, hooldatava kui ka kaasatud perekonna/lähedaste psüühilise ja füüsilise heaolu. Lisaks annab perenõustamine täiendavaid ressursse oma elu juhtimisel.

3. Kriisinõustamist, mille ülesanne on toetada äsja hooldaja staatusesse sattunud klienti, samuti hooldatava tervises seisundi ootamatul halvenemisel või hoolduskoormuse äkilisel muutumisel.

4. Leinanõustamist lähedastele, mis on asjakohane hooldatava või hoolduskoormusega inimese surma korral, seejuures tuleb panna tähele, et leinanõustamisteenust oleks kliendil võimalik saada aasta jooksul alates surmajuhtumist. Leinanõustamine aitab kliendil läbida leinastaadiumid ja leppida lähedase surmaga. Peab arvestama, et hoolduskoormusega inimene võib hooldatava suhtes tunda erinevaid tundeid, sõltuvussuhtest kuni viha ja vihkamiseni välja. Leinanõustaja aitab nende tunnetega toime tulla, et inimene saaks psüühilise koormata jätkata oma elu.

Teenuste pakkumisel on võtmetähtsusega vajaduspõhisus (komponendid, maht), kiire kättesaadavus, paindlikkus aja ja koha suhtes (k.a kaugnõustamise võimalus) ning vajadusel jätkuvuse võimaldamine läbi kogu hooldustsükli.

Teenuse taotlemine ja osutamine

Teenust on õigus saada kliendil, kellel elukoht on registreeritud Tallinna linnas. Teenusevajaduse otsuse teeb kohalik omavalitsus, kes on eelnevalt hinnanud kliendi ja tema lähedase abi- ja toetusvajadust. Teenust vahendab kliendile omastehoolduse koordinaator-tugiisik, kes on teenuse vajaduse esmalt koostöös kliendiga kaardistanud. Kuna teenus peab olema paindlik ja vajadusel kiiresti kättesaadav võib KOV teenusele suunata ka juhul, kui seda esialgses koordinaator-tugiisiku poolt koostatud tegevuskavas ette nähtud ei olnud (eriti oluline kriisinõustamise puhul). Sellisel juhul tuleb koordinaator-tugiisikul tegevusplaan üle vaadata ning viia sisse vastavad muudatused. KOVil on soovitatav sõlmida nõustamisteenuste pakkumiseks leping kindla teenusepakkujaga, kellel on võimekus operatiivselt ja eraldi või komplekselt pakkuda psühholoogilise individuaalnõustamise, perenõustamise, kriisi- ja leinanõustamise teenust. Kui kliendi tegevuskavas on kirjas psühholoogiline- või perenõustamine, tuleks selle teenuse kasutamist alustada ühe kuu jooksul hoolduskoormuga kliendi toetusvajaduse hindamisest või vastavalt tegevuskavas märgitud ajakavale. Kriisinõustamisele tuleks klient suunata 24-48 tunni jooksul, leinanõustamisele 5 tööpäeva jooksul, alates kliendi toetusvajaduse/sooviavalduse fikseerimisest. Kliendi vajadus/soov saada teenust märgitakse koordinaator-tugiisiku poolt tegevuskavasse.

Teenuse lõpetamine

Teenusepakkujal on õigus teenuse osutamine koheselt lõpetada järgmistel tingimustel:

- Teenuse saaja olukord/toimetulek on paranenud määral, mis võimaldab kliendi edasise toimetuleku ilma teenuseta (aluseks toetusvajaduse hindamine ja järelhindamine);
- Teenuse saaja asub elama teise omavalitsuse haldusterritooriumile;
- Teenuse saaja ei ole korduvalt mõjuva põhjuseta ilmunud teenusele või keeldub teenusel osalemast;
- Teenuse saaja käitumine ei vasta hea käitumise tava normidele, klient ilmub teenusele alkoholi- või narkojoobes, on teenuse pakkuja suhtes ebaviisakas, agressiivne jms.

Oodatav tulem

Hoolduskoormusega inimene on hoolduskoormusest tuleneva psühholoogilise pingega iseseisvalt toimetulev - oskab juhtida oma mõtteid ja emotsioone, valdab tehnikaid agressiivsusega toimetulekuks, oskab leevendada stressi ning teab millal ja kuhu pöörduda psühholoogilise abivajaduse tekkimisel.

Hoolduskoormusega inimestele suunatud koolitusprogramm

Hoolduskoormusega inimestele suunatud koolitusprogrammi põhieesmärk on hoolduskoormusega inimese toimetuleku parandamine ja hoolduskoormuse leevendamine. Vajalik on hoolduskoormusega inimesele anda uusi teadmisi ja praktilisi oskusi.

Koolitusprogrammis on oluline osa praktiliste ja ka teoreetiliste, igapäevast hooldamist lihtsustavate oskuste õpetamisel, sest suurel osal hoolduskoormusega inimestel on vajadus ergonoomiliste hooldusvõtete ja abivahendite alaste teadmiste järele. Hoolduskoormusega inimesed on tihtipeale ise erineval hulgal infot kogunud ja end koolitanud, seega tuleks enne koolituste planeerimist selgitada välja, millistel teemadel nad uusi teadmisi vajavad (koolitusprogrammi soovituslik näidis on lisatud antud dokumendi lõppu).

Koolitusprogrammi planeerimisel ja elluviimisel tuleb arvestada, et hoolduskoormusega inimestel ei pruugi olla võimalust osaleda koolitustel tööajast, hooldatava kõrvalt või jätta hooldatav pikaks ajaks järelevalveta. Koolituspäevadel osalemine vajab hoolduskoormusega inimestelt põhjalikku planeerimist. Soovitus on, et koolitused ei kestaks terve päev, vaid pigem paar tundi erinevatel päevadel, võimalusel ka õhtusel ajal ja nädalavahetustel. Samuti võiks hoolduskoormusega inimesel olla võimalus valida erinevate kuupäevade vahel, et tunda ennast valikut tehes hooldussituatsioonist lähtuvalt võimalikult turvaliselt. Praktilised koolitused peaksid toimuma kontaktõppes, teoreetiliste koolituste puhul võib valida ka virtuaalse koolituse läbiviimise, samuti võib kaaluda lindistamist järelkuulamiseks. Siiski on esimene eelistus viia koolitusi läbi füüsilises ruumis, see võimaldab paremat oskuste omandamist ning tagab usaldusliku keskkonna koolitaja ja hoolduskoormusega inimese vahel.

Koolitusprogramm sisaldab hoolduskoormusega inimese vajadustest lähtuvaid teemasid, mis toetavad:

- uute teadmiste ja praktiliste oskuste omandamist hooldamiseks ja hoolduse korraldamiseks;
- uute teadmiste saamist abivõimalustest ja teenustest hooldatavale ning hoolduskoormusega inimesele;
- teadmiste omandamine taustsüsteemist ja teemadest, millega võib hooldussituatsioonis kokku puutuda (nt suhtlemine, stress, seksuaalsus, lähisuhtevägivald hooldussuhtes jms), sh kuidas tulla paremini toime nii ennast kui hooldatavat säästes;

- asjaajamist kust, kuidas ja millisel moel saada abi (nt juriidika ja abivahendite hankimine jms).

Teenuse taotlemine ja teenusele suunamine

Omastehoolduse koordinaator-tugiisik selgitab välja, milline on hoolduskoormusega inimese koolitusvajadus ja -valmidus. Seejärel edastab koordinaator-tugiisik info teenuse kontaktisikule, kes saab komplekteerida grupid hoolduskoormusega inimestest vastavalt koolitusteamadele ja koolitusplaanile. Seejärel saab KOV asuda planeerima koolitust (sh vajadusel sobivate koolitajate leidmine). Kui koolitusprogramm on välja töötatud, siis on vaja hankida sobivad koolitajad. Kui on teada koolitusvajadus ja teemad aga KOV-l puudub koolitusprogramm, siis koolitajate jaoks on vajalik teada koolituse teema, eesmärk ja vajadused, seejärel saavad koolitajad panna kokku koolitusprogrammi. Kui koolituse kuupäevad on selged, edastab koordinaator-tugiisik info klientidele ja aitab koolitusele registreeruda. Koolituse planeerimisel tuleb arvestada, et paljudel hoolduskoormusega inimestel ei ole võimalik tõrgeteta töötavat arvutit kasutada, seega enne virtuaalse koolituse planeerimist, tuleb välja selgitada, kas kliendid saavad/tahavad osaleda virtuaalsel koolitusel või peab korraldama koolituse vahetus kontaktis.

Teenuse lõpetamine

KOVil on õigus teenuse osutamine koheselt lõpetada järgmistel tingimustel:

- Teenusesaaja asub elama teise omavalitsuse haldusterritooriumile;
- Teenusesaaja ei ole vaatamata koolitustele registreerumisest mõjuva põhjuseta koolitusele ilmunud;
- Teenusesaaja käitumine ei vasta hea käitumise tava normidele, klient ilmub teenusele alkoholi- või narkojoobes, on teenuse pakkuja suhtes ebaviisakas, agressiivne jms.

Oodatav tulem

Hoolduskoormusega inimene on omandanud praktilised ja/või teoreetilised teadmised, mis aitavad hoolduskoormusega ja hooldussituatsioonides paremini ja teadlikumalt toime tulla.

Hoolduskoormusega inimestele suunatud laiapõhjalise koolitusprogrammi näidis

I koolitusplakk: suhtlemine

- Kohanemine hooldusolukorraga, ajajuhtimine, toimetulek.
- Hoolduse tsükkel, hooldussuhe, elukaar
- Hooliv suhtlemine, suhtlemise alused, konfliktiolukorrad, positiivne enesekehtestamine.
- Isiksusetüübid ja levinumad isiksusehäired ning nendega toimetulek.

II koolitusplokk: voodikeskse haige hooldamine

- Voodikeskse hooldatava hoolduse alused, probleemide märkamine (nt lamatised), abi küsimine.
- Toitumine, aktiveerimine, voodikeskse haige meeleolu tajumine ja vaimu stimulatsioon.
- Vajalikud hooldusabivahendid ning nende kasutamine.
- Voodihaige tajutav keskkond ja selle optimeerimine (valgus, temperatuur, õhuniiskus, aroomid, kodukeemia jms).

III koolitusplokk: vägivald lähisuhetes

- Vägivalla vormid. Riskid kasutada vägivalda hooldussuhtes. Vägivalla juured ja põhjused.
- Tunded, käitumine, jõuvarud, agressioon. Reaktsioonide mõistmine. Abi leidmine ja toetusvõimalused.

IV koolitusplokk: dementsus ja mäluhäired

- Dementsuse jm mäluhäirete mõiste. Dementsuse vormid. Dementsuselaadsed seisundid. Pöördumatud dementsussündroomid.
- Dementsuse areng.
- Ennastsäästev käitumine. Dementsusega inimese hooldamine kodus.
- Abi leidmine, teenused ja toetusvõimalused. Tänapäeva meditsiini võimalused.

V koolitusplokk: autismispektri häired

- Autismi mõiste. Autismispektri häired. Põhjused ja müüdid, avaldumine.
- Kaasnevad sümptomid, häired ja probleemid.

- Igapäevane toimetulek. Ennastsäästev käitumine.
- Abi leidmine ja toetusvõimalused.

VI koolitusplokk: juriidilised küsimused

- Eestkoste, millal ja kuidas vormistada, õiguslikud tagajärjed.
- Sundravi, millal ja kuidas vormistada, õiguslikud tagajärjed.
- Ülalpidamiskohustus, selle täitmine ja mitte täitmine. Kust saada vajadusel abi.
- Pärandamisega seotud küsimused.
- Omastehooldaja õigused töö, töölepingute liigid ja õiguslikud tagajärjed.
- Tasuta juriidiline abi, kust saab ja millega piirdub.
- Hooldekoduteenuse kasutamine, millal ja kuidas vormistada, abi hooldekodu koha eest maksmisel, KOVi roll, kust saada abi.

VII koolitusplokk: erivajadustega inimeste seksuaalsus

- Seksuaalsuse mõiste, erivajadustega inimeste seksuaalsus, müüdid, erivajadustega inimeste diskrimineerimine seksuaalsuse tõttu.
- Turvaoskused. Inimsuhted. Rasedus ja suguhaiguste vältimine, puhtus, kohane sotsiaalne käitumine.
- Hüperseksuaalsed vaimupuudega ja psüühikahäiretega täisealised inimesed, nende seksuaalharidus, müüdid ja tegelikkus. Reeglite kehtestamine. Erivajadustega inimeste seksuaalsuse aktsepteerimine ja adekvaatne reaktsioon seksuaalkäitumisele.
- Eaka ja voodikeskse hooldatava seksuaalsus. Valehäbi. Füüsilise läheduse vajadus, turvatunde loomine.

VIII koolitusplokk: Ergonoomika ja abivahendite koolitus

- Abivahendid ja nende kasutamise võimalused.
- Ergonoomilised hooldus- ja aktiveerimisvõtted.
- Kuidas taotleda abivahendeid.
- Kust saada vajadusel abi ja nõustamist.