

TARTU ÜLIKOOL
SOTSIAAL- JA HARIDUSTEADUSKOND
SOTSIOLOOGIA JA SOTSIAALPOLIITIKA INSTITUUT

Maarika Tisler

HAPRA EAKA HAIGLAST VÄLJAKIRJUTAMINE:
TERVISHOIUSOTSIAALTÖÖTAJATE POOLT TAJUTUD EETILISED
KONFLIKTID EDASPIDISTE RAVI- JA HOOLDUSOTSUSTE TEGEMISEL

Magistritöö

Juhendaja: MSW Marju Selg
Kaasjuhendaja: MSW Dagmar Narusson
Juhendajate allkirjad:

Registreeritud:
Allkiri:

Tartu 2010

SUMMARY

The topic of the current Master thesis is about discharging the elderly people from hospital. In the first part of the literature overview I have covered the content of geriatric hospital social work and the influence of the context to the social worker's intervention. The second part is dedicated to the hospital social work ethics. The third part covers the process of the discharge of the frail elder. The aim of the empirical part was to study ethical conflicts in the process of discharge of frail elders, constructed by social workers in their narratives.

8 narrative interviews were conducted with hospital social workers as part of the current work during March, 2010, followed by word-by-word transcription of the empirical material. The analysis of the narratives is based on the scheme of narrative analysis of Fraser (2004): the first, second and seventh phases have been covered. In addition, the analysis was conducted thematically.

The sample included social workers of the acute care hospitals, who are involved in discharging frail elders in everyday basis.

The main results are summarized below; the ethical complications were encountered in relation to:

- managing the continuity treatment and care of the patient, at the time when close relatives positioned their own interests higher than the elder's, where unwillingness to take care of the frail elder and desire of the material wealth (such as an apartment or pension/allowance) were combined;
- conflicts between the relatives and hospital in relation to the discharge decisions and destination; disputes about the discharge decisions from the department or hospital or the nature of intervention; unrealistic expectations about recovery of the frail elder;
- situations where the relatives wished to care about the frail elder, but were restricted by different factors, such as inadequate knowledge, limited skills and insufficient material resources;
- situations where health care and care system assumed unrealistic responsibilities to the relatives, responsibilities that they were not able to fulfill, where the system did not assess if the obligations would be met;

- in addition, the social workers' complexities of achieving cooperation with the relatives of the frail elders.

The ethical complications were mostly caused by factors of the formal and informal levels of the discharge process, including conflicts of different values, dilemmas of the destination of the discharge from the hospital, questions about the medical care and expectations of different parties. Conflicts of value were present in the narratives of the social workers, when the well-being, self respect, justice and right to receive tailored help of frail elder was not considered.

The importance of the thesis, to me personally, is that I could this way contribute to the development of Estonian hospital social work, presenting my own narrative about the topic.

Keywords: hospital social work, discharge planning, frail elder, ethics, narrative, narrative ethics

SISUKORD	
SISSEJUHATUS	5
I. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	7
1.1 Tervishoiusotsiaaltöö raviasutuses ja selle toimumiskontekst	7
1.1.1 Geriaatiline tervishoiusotsiaaltöö	7
1.1.2 Sotsiaaltöö kui protsess	10
1.1.3 Haiglakonteksti ja valitsevate diskursuste mõju tervishoiusotsiaaltööle	11
1.2 Eetika tervishoiusotsiaaltöös	13
1.2.1 Eetikateooriad	13
1.2.2 Sotsiaaltöö eetika	16
1.2.3 Eetilise otsuse tegemine	17
1.2.4 Eetilised konfliktid tervishoiusotsiaaltöös	19
1.2.5 Eetilised konfliktid habraste eakatega töötamisel	20
1.3 Hapra eaka haiglast väljakirjutamine	23
1.3.1 Haprus	23
1.3.2 Haiglast väljakirjutamise protsess ja tervishoiusotsiaaltöötaja roll selles	27
II. UURIMUSE METOODIKA	32
2.1 Uurimuse taust ja probleemiseade	32
2.1.1 Uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused	33
2.2 Empiirilise materjali kogumise meetod	34
2.2.1 Intervjuude ettevalmistus ja kulg	34
2.3 Empiirilise materjali analüüsimeetod	41
2.3.1 Materjali ettevalmistus analüüsiks	42
III. UURIMUSTULEMUSTE ANALÜÜS	45
3.1. Eetilised raskused, mis kujunevad seoses lähivõrgustikuga	45
3.1.1 Lood, milles hapra eaka lähedased seavad oma huvid abivajaja huvidest kõrgemale	46
3.1.2 Lood hapra eaka lähedaste konfliktsetest suhetest haiglaga	58
3.1.3 Lood, milles hapra eaka lähedased soovivad, kuid ei saa tema eest hoolitseda	62
3.1.4 Lood, milles tervishoiu- ja hoolekandesüsteem paneb hapra eaka lähedastele ebarealistlikke kohustusi	66
IV. ARUTELU	70
KOKKUVÕTE	74
KASUTATUD KIRJANDUS	76

SISSEJUHATUS

Olen töötanud sotsiaaltöötajana haiglas 8 aastat. Nende aastate jooksul on tulnud palju tegeleda habraste¹ eakate haiglast väljakirjutamise ja otsuste langetamisega seoses edasise ravi- ja hooldusküsimustega. Haiglas kujunevad eakatega seotud küsimused sageli mitmikprobleemideks, mis sisaldavad nii meditsiinilisi, psühholoogilisi kui ka sotsiaalseid aspekte. Olukorda raskendab eakate piiratud valmisolek oma elukorralduses muutusi teha ning toimetulekuvõime üle hindamine haigusteadvuse häirimise tõttu.

Juhtumid, kus sotsiaaltöötajatel tuleb ühelt poolt arvestada eakate ja nende lähedaste soovidega ja teiselt poolt haiglast väljakirjutamise vajadusega,² põhjustavad eetilisi väljakutseid. Eetilised konfliktid võivad haiglas kujuneda vajadusest arvestada ühtaegu patsiendi huvisid ja otsustusõigust, vajadustekeskset lähenemist ja süsteemi piiratud võimalusi. Neid situatsioone mõjutavad ka erinevate osapoolte (patsient ja tema lähedased, raviastutuse juhtkond, meditsiinipersonal, kohalik omavalitsus, tugiteenuste osutajad) vastukäivad huvid, nõuded ja ootused.

Raskete juhtumite korral tekib tervishoiusotsiaaltöötajal mitmeid küsimusi. Kõigepealt tuleb otsustada, kuidas tegutseda, ja hiljem hinnata, kas valitud tegutsemisviisiga saavutati parim võimalik patsiendi huvide kaitse. Kas pidada ennast pigem patsiendi tugiisikuks või hoopis tervishoiuasutuse esindajaks, kel on võim ja kel lasub kohustus patsient kiiresti ja võimalikult väheste komplikatsioonidega välja kirjutada? Kas võtta eakaga tegelemisel pigem paternalistlik positsioon või jääda süsteemi survele vaatamata autonoomia põhimõtete juurde?

Eestis ei ole varem uuritud habraste eakate haiglast väljakirjutamisel tekkivaid eetilisi konflikte ja raskusi, mistõttu on teema käsitlemine suur väljakutse. Kahjuks ei ole kättesaadav ka haiglakonteksti keskne sotsiaaltöö eetika-alane eestikeelne kirjandus ning puuduvad Eesti oludesse sobivad juhendid, kuidas paremini ja professionaalsemalt toime tulla.

¹ Haprad eakad on vanemaealised inimesed, kelle üldine jõudlus on alanenud, kel esineb ebatavaliselt suur vastuvõtlikkus haigustele ja muule jõuetusele (Online Medical Dictionary, 2010). Tutvustan hapruse sündroomi pikemalt kirjanduse ülevaate 1.3.1 osas, kuna hapruse mõiste ei ole juurdunud veel eakatega tegelevate erialade keeles.

² Majanduslikust survest tingitud vajadus lühendada haiglas viibimise perioodi ja seega ka haiglaajärjekorrasid nõuab kaasaja tervishoiusüsteemilt uusi lähenemisviise, millest üks on haiglasotsiaaltöötaja poolt koordineeritav haiglast väljakirjutamise protsess.

Eelnevast tulenevalt on käesoleva töö eesmärk uurida sotsiaaltöötajate jutustatud lugusid hapra eaka haiglast väljakirjutamise protsessis, milles kajastub nende tajutud kogemus eetilistest konfliktidest, raskustest edaspidise ravi ja hooldusküsimustega tegelemisel. Narratiivuuringu kasuks tegin otsuse seepärast, et antud lähenemine ei suru uurijat eelnevalt olemasolevatesse teoreetilistesse raamidesse ja võimaldab teemat avaramalt käsitleda, leida uusi ideid, tähendusi.

Uurimuse respondentideks olid haiglates geriaatriliste patsientidega tegelevad tervishoiusotsiaaltöötajad. Viisin läbi 8 narratiivintervjuud, andes respondentidele võimaluse kirjeldada vabalt oma professionaalset tegevust, keskendudes eetiliselt rasketele lugudele. Andmete analüüsil sain ideid Fraseri (2004) narratiivanalüüsi skeemist ja rakendasin temaatilist lähenemist.

Magistritöö on jaotatud neljaks osaks. Esimeses osas kirjeldan tervishoiusotsiaaltööd ja selle toimumiskonteksti, tervishoiusotsiaaltöö eetikakäsitlusi, hapra eaka haiglast väljakirjutamise protsessi. Teises osas esitan töö uurimuse probleemiseade, kirjeldan empiirilise materjali kogumis- ja analüüsimeetodit, valimit ning uurimuse käiku. Kolmandas osas analüüsin uurimistulemusi. Magistritöö lõpeb arutelu ja kokkuvõttega.

Töö alguses soovin ka selgitada, et kasutan magistritöös patsiendi ja kliendi mõistet sünonüümidena, sest minu arvates täiendavad nad üksteist ja ühe eelistamisel teisele jääks osa tervishoiusotsiaaltöö kliendi/patsiendi eripärast nägemata.

Avaldan tänu abi eest oma juhendajatele Dagmar Narussonile ja Marju Seljale, abilistele Kristina Ojale, Katrin Raamatule, Margit Venesaarele, Merle Pahkile, Kai Saksale, Helina Survole ning kõigile uuringus osalejatele. Eriline tänu minu südames kuulub mu lastele Pille-Riinule ja Kaurile ning elukaaslasele Kaidole ja vanematele Milvile ja Kaljule.

I. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1 Tervishoiusotsiaaltöö raviasutuses ja selle toimumiskontekst

Käesolevas töö osas tutvustan sotsiaaltöö professiooni kaasaegse olemuse mõistet, spetsiifilisemalt raviasutuses tehtavat tervishoiusotsiaaltööd protsessina ja selle geriaatrilist suunda. Lisaks käsitlen tervishoiusotsiaaltöö toimumiskonteksti ja seal domineerivaid diskursusi. Antud osa on kirjutatud eesmärgiga tutvustada tervishoiusotsiaaltöö eripära.

1.1.1 Geriaatriline tervishoiusotsiaaltöö

Kõigepealt peatun kaasaegsel sotsiaaltöö mõistel, millele võib toetuda ka tervishoiusotsiaaltöö analüüsimisel. 2001. aastal kinnitati uus sotsiaaltöö definitsioon: „Sotsiaaltöö profession soodustab sotsiaalseid muutusi, probleemide lahendamist inimsuhetes ning inimeste võimustamist ja vabastamist, suurendamaks nende heaolu. Toetudes käitumis- ja sotsiaalsete süsteemide teooriatele, sekkub sotsiaaltöö seal, kus toimub inimese ja teda ümbritseva keskkonna interaktsioon. Sotsiaaltöö järgib kindlalt inimõiguste ja sotsiaalse õigluse põhimõtteid.“ (Hare 2004, 2007)³

Sotsiaaltöö raviasutuses on üks tervishoiusotsiaaltöö harudest, mis täidab olulisi eesmärke patsiendi heaolu saavutamise kui ka tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt. Patsiendi heaolust lähtuvalt on raviasutuse sotsiaaltöö peamiseks eesmärgiks üksikinimeste, perede psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele kaasaaitamine. Tervishoiuorganisatsioon on huvitatud sotsiaaltöötajate kaasamisest, sest sotsiaaltööle omane inimese probleemide laiem käsitus hõlmab meditsiiniliste küsimuste kõrval ka psühhosotsiaalseid, sotsiaalmajanduslikke ja muid aspekte ning selline lähenemine soodustab inimese jõudmist sobilikuma, vajadustest lähtuva abi juurde, parandades ka raviteenustega rahulolu. Sotsiaaltöötajate väärtus seisnebki paindlikus tegelemises sotsiaalsete, psühholoogiliste, majanduslike tegurite ning haiguse ja tervise vaheliste seostega. (Narusson, 2003) Geriaatriline tervishoiusotsiaaltöö on raviasutuses tehtava sotsiaaltöö alaharuks.

³ Tõlkinud originaalist Marju Selg.

Geriaatrilise profiiliga sotsiaaltöötaja fookuses on eaka biopsühhosotsiaalne heaolu (Geriwork, 2008), mis on suunaga eaka väärkuse, otsustusvõime, personaalse rahulolu, elukvaliteedi, funktsioneerimisvõime paranemisele ning vähimate piirangutega elukeskkonna kindlustamisele (Mellor ja Lindeman, 1998).

Geriaatrilise sotsiaaltöö maht suureneb haiglates seoses eakate osakaalu kasvuga ning eakad on sihtrühm, kellega tegelemine nõuab üha enam laiaulatuslikke sekkumisi. Geriaatriline sotsiaaltöö keskendub toimetulekuprobleemide ennetamisele ja/või vähendamisele vanemas elueas, kui ka eakatele mõeldud teenuste kättesaadavuse parandamisele geriaatria valdkonnas.

Geriaatria valdkonnas töötamine nõuab sotsiaaltöötajalt lisaks heale erialasele baasharidusele eriettevalmistust. Seal töötav spetsialist peab omama teadmisi eakaid puudutavate terviseküsimuste, nagu vananemise füsioloogia, geriaatrilised sündroomid – multihaigestumus, haprus, puudelisus ja vananemise kui fenomeni kohta. Tuleb olla kursis teemadega nagu lein ja kaotus, uskumused, väärkohtlemine, keskkondlikud eripärad, sotsiaalsete suhete ja elu üle kontrolli saavutamise oskused, elulõpu juhised/teadev nõusolek ja preventiivne gerontoloogia. Vaja on teadmisi juriidilistest teemadest, eetikast, erinevatest sotsiaalkaitsemeetmetest (sotsiaalkindlustus, sotsiaalhoolekanne jm). (Mellor ja Lindeman, 1998; ETSA, 2003; Õendushoolduse osutamise nõuded, 2007; Warshaw jt, 2008; Whathappensnow, 2010).

Erinevad biopsühhosotsiaalsed tegurid, millele geriaatrilise patsiendiga tegelemisel tähelepanu pöörata, on psühholoogilised, sotsiaalsed, kultuurilised, keskkondlikud ja spirituaalsed (West jt, 1998). Psühholoogilisteks teguriteks on patsiendi meeleolu, tunded, maailmavaade, suhtumine, iseloomuomadused, kognitiivne funktsioneerimine, enesehinnang. Sotsiaalsete teguritena nähakse inimese sotsiaalseid rolle, tugivõrgustiku toetust, hariduslikku ja majanduslikku staatust. Kultuurilisteks teguriteks on väärtused, üldised käitumisreeglid, „haige rolli” definitsioon, uskumused haiguse põhjuste kohta ning väljakirjutatud ravi suhtes, kommunikatsioonimustrid viitega erinevale keele ja kõnekasutusele (mitmekeelsus). Keskkondlikud tegurid on elamistingimused, kodune ümbrus fookusega turvalisusele, riskide maandamisele ning funktsionaalse sõltumatuse säilitamisele. Spirituaalsete mõjutegurite hulka kuuluvad elamisreeglid, uskumuste süsteem, aktsepteeritavad ravimismeetodid, dieet, rollide ja vastutuse tõlgendused. (*ibid*)

Geriaatrilise sotsiaaltöö eesmärgiks on aidata parandada kliendi emotsionaalset heaolu ja iseseisvust sotsiaalse toetussüsteemi abiga ja soodustada vanemate inimeste ja nende kogukondade kooskõla, aidata eakaid kliente ja nende perekondi teenuste ja muude ressursside kasutamisel, hinnata teenuste vastavust eakate vajadustega (Kiis, 2001). Gerontoloogilise sotsiaaltöö sekkumiste suurim väärtus seisneb tegelemises eaka inimese enda toimetuleku ja probleemilahendamisoskustega.

Eestis on tervishoiuteenuste loetellu liidetud kolm teenust, mille osutamisele on esitatud nõue tervishoiusotsiaaltöötaja kaasamiseks tervishoiuteenuse osutamise protsessi. See saavutus on tähtis, kuna Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumile ja Eesti Haigekassale on raske põhjendada tervishoiusotsiaaltöö lisamist tervishoiuteenuste hulka. Eesti tervishoiusotsiaaltöötajad on koondunud organisatsiooni nimega Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (ETSA) ja püüdnud tervishoiusotsiaaltöö lülitamist erinevate tervishoiuteenuste kirjeldustesse kiirendada, kuid seni suuremate tulemusteta.

Nendeks tervishoiuteenuste loetellu liidetud kolmeks teenuseks on statsionaarne pediaatria teenus, ambulatoorne geriaatrilise hindamise teenus ning statsionaarne õendushooldusteenus.

Esimene geriaatria valdkonda kuuluv teenus on geriaatrilise seisundi hindamine alates 2004. aastast. Geriaatriline hindamine on kliendi seisundi igakülgne hindamine, kus arvestatakse nii meditsiiniliste, funktsionaalsete, psühholoogiliste, sotsiaalsete, rahaliste, juriidiliste ja muude aspektidega, kasutades selleks Inter-RAI (*International Resident Assessment Instrument*) hindamisinstrumente (Saks, 2003). Geriaatriline mitmekülgne hinnang on paljude haigustega patsiendi või geriaatrilise patsiendi tervisliku, funktsionaalse ja sotsiaalse seisundi hindamine interdistsiplinaarse meeskonna poolt, mille koosseisus on geriaatrilise süvakoolitusega spetsialistid: arst-geriaater, (geriaatria)õde, sotsiaaltöötaja, vajadusel ka tegevusterapeut, liikumisterapeut ja teised spetsialistid. Eesmärgiks on kõigi ravitavate/parandatavate seisundite diagnoosimine, teenuste vajaduse määratlemine, individuaalse tegevuskava koostamine, vajadusel ka teenusteni suunamine (Õendushoolduse osutamise nõuded, 2007). Hindamiskokkuvõte sisaldab kliendi probleemide kirjeldusi nii arsti, õe kui sotsiaaltöötaja poolt - ühist kokkuvõtet kliendi peamistest probleemidest, olemasolevatest ressurssidest ja teadaolevate sekkumiste piirangute kirjeldustest, edasise tegevuse eesmärkidest, tegevusplaanist ning järgmise hindamise vajadusest (Saks, 2003).

Teine teenus on statsionaarne õendushooldus, mille osutamiseks on välja töötatud 2007. aastal haigekassa poolt kinnitatud dokument nimega „Õendushoolduse osutamise nõuded”. Selles dokumendis on teenuse standardina kirjas, et personali miinimumloendisse kuulub ka tervishoiusotsiaaltöötaja, kes peab olema kõrgharidusega ning läbinud vajaliku täiendkoolituse geriaatria alal. Dokumendis on olemas ka geriaatrilise tervishoiusotsiaaltöötaja tegevuskirjeldus.

Käesoleval ajal tegelevad Eesti Geriaatria ja Gerontoloogia Assotsiatsioon (EGGA), Hooldusravi Osutajate Ühendus (HOÜ) ja Eesti Geriaatrite Selts ning ka tervishoiusotsiaaltöötajad (ETSA esindajad) hospiitteenuse tervishoiuteenuste loetellu lisamise taotluse koostamisega. Hospitteenuse taotluse juurde on planeeritud lisada ka sotsiaaltöölase sekkumise sisu ja otstarve.

1.1.2 Sotsiaaltöö kui protsess

Käesolevas peatükis käsitlem lühidalt sotsiaaltöö protsessilist iseloomu. See on vajalik, kuna magistr töö teema ja sellekohane erialane kirjandus käsitlevad haiglast väljakirjutamist kui ühte sotsiaaltöö protsessi ja uurimuslik osa keskendub hapra eaka haiglast väljakirjutamise protsessis esinevatele eetilistele konfliktidele sotsiaaltöötajate poolt kirjeldatud lugudes.

Protsess üldises tähenduses on millegi tegemisele või saavutamisele suunatud toimingute jada koos neid toiminguid mõjutavate teguritega. Protsessi idee on mõista inimestega töötamist tervikuna, mitte üksikute tegevustena, tuua esile olukordade keerulisus, võimaldada seostada teooriat praktikaga ja vastupidi (Payne, 2005). Tervishoiusotsiaaltöö protsessis on sekkumise keskmeks interaktsioon abivajajaga ning püüdlus, et erinevate probleemide korral jõuaks abi ja toetus inimeseni. Protsessid leiavad aset kontekstis, mida mõjutavad nii institutsioonist kui muudest süsteemidest tulevad piirangud.

Selles protsessis mängib olulist rolli toimumiskoht, antud juhul haigla, kus põimuvad omavahel patsiendi taust, haigla kontekst ja sotsiaaltöötaja sekkumised. Hea sotsiaaltööprotsess võtab arvesse võimalikult erinevaid tegureid ja seal osalejaid, kelleks on antud juhul patsient, pere/lähedased, haigla sotsiaaltöötaja, meedikud, erinevad institutsioonid (haigla, koduõenduskeskus, KOV sotsiaalabiosakond, hooldekodu, jm). Tervishoiu sotsiaaltöö protsessi rõhuasetus seisneb koostööl ja omavahelisel vastastikusel mõjutamisel. Tervishoiu sotsiaaltööprotsess ühendab seal osalevad osapooled, toimingud ja neid mõjutavad tegurid.

Haiglas hõlmab sotsiaaltöö protsess parima praktika sekkumistavasid, milleks on hindamise läbiviimine, sekkumisplaani koostamine, sekkumise elluviimine erinevate tegevuste kaudu (nõustamine, informeerimine, teenuse korraldamine, konsulteerimine, ressursside suunamine inimeseni, jm), sekkumise järelhindamine ja analüüs. (Narusson, 2003)

ETSA (2003) nägemuse kohaselt on tervishoiusotsiaaltöö protsess, milles sotsiaaltöötajad hindavad patsiendi/kliendi psühhosotsiaalseid vajadusi ja ressursse, pakuvad patsiendile/kliendile ja tema perekonnale psühhosotsiaalset nõustamist, informeerivad juhtumiga seotud osapooli sotsiaalteenustest/toetustest ja ühiskonna ressurssidest. Sotsiaaltöötajad tegelevad ka olemasolevate ressursside ja lisaressursside otsimise ning koordineerimisega, pakuvad kriisiabi. Juhtumi iseärasustest tingituna kaasavad erinevaid spetsialiste. Sotsiaaltöötajad leiavad kliendiga koostöös üles vajalikud teenused ning korraldatavad nende kättesaadavuse, juhul kui haige ei saa seda ise teha. Tervishoiusotsiaaltöö protsessis on tähtis, et sotsiaaltöötaja tegeleb ka oma töö hindamise läbiviimise ning uurimustes osalemisega. (*ibid*)

1.1.3 Haiglakonteksti ja valitsevate diskursuste mõju tervishoiusotsiaaltööle

Tervishoiusotsiaaltöö sekkumise iseloomu mõjutab haigla eripärane keskkond. Haigla konteksti eripärad tulenevad erinevatest valitsevatest filosoofiatest, ideedest. Need eripärad määravad ära, milliseid toimimisviise ja ülesandeid peetakse antud kontekstis ratsionaalseteks ja aktsepteerituteks (Healy, 2005). Nende eripärade hulgas on haigla sotsiaaltöötajal praktilises igapäevatoos kõige sagedamad kokkupuuted seisukohaga, et haiglas tuleb eelkõige tegeleda meditsiiniliste küsimustega, sotsiaalsed küsimused ja keskkonnast tulevad mõjud on teisejärgulised. Kontekst, kus on fookus meditsiinilistel probleemidel, mitte inimese tervikkäsitlusel, nõuab sotsiaaltöötaja suutlikkust kohanduda, aga ka võimet olukorda analüüsida (Raamat, 2007). Sotsiaaltöötaja ei tohi kaotada oma erialaidentiteeti ega loobuda patsientide huvide ja oma eriala professionaalse vaatenurga esindamisest ning vajadusel ei tohi karta vastanduda organisatsioonis kehtestatud reeglitele ja tavapärastele toimimisviisidele.

Iga sotsiaaltöötaja töötab erinevate diskursuste mõjuväljas (Healy 2005). Diskursustena käsitletakse keelekasutusviiside kogumeid, mis vormivad meie mõtteid, meie tegevust, meie identiteeti. Diskursused mõjutavad seda, kuidas määratletakse inimese vajadusi ja kujundatakse sekkumisviise. Haigla sotsiaaltöötajate töökontekst tervishoiuasutuses on mõjutatud põhiliselt

kolme väga võimsa diskursuse poolt, need on biomeditsiiniline, majanduse ja õiguse diskursus.

Haigla sotsiaaltöös domineerib loomulikult biomeditsiiniline diskursus, mis väljendub objektiivsust, ratsionaalsust, lineaarset arengut ja individualismi rõhutavate ideede mõjus (Healy, 2005). See diskursus tõkestab teiste, näiteks sotsiaaltöö diskursuse esiletulekut. Siin võib näiteks tuua meditsiinis valitseva seisukoha, et kõik ravitöö tulemused, mis on objektiivselt mõõdetavad, on suurema väärtusega kui mittemõõdetavad tulemused, nagu patsiendi tunded, mõtted, tema arvamus oma seisundi ja haiguskogemusega toimetuleku kohta.

Tervishoiusüsteemis mängib teenuste osutamisel suurt rolli ka neoklassikaline majandusdiskursus, mis peab oluliseks saada võimalikult vähete ressursside rakendamisega võimalikult suur kasu. Käesolevas majandusdiskursuses on kesksel kohal vabaturumajandus, kus konkurents määrab kvaliteedi ja hinna suhte. Antud juhul püütakse konkurentsi abiga luua majanduslikus mõttes optimaalseim teenustevõrk, mis võib tuua tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes kaasa olukorra, kus paljudel inimestel võivad jääda teenused saamata rahaliste vahendite puudumise tõttu. (Healy, 2005)

Kuna Eesti on antud mõtteviisi mõjuväljas, on haiglate fookus suunatud kasumlikkusele - haigla täituvus ja normvoodipäevadest kinnipidamine on see, millega mõõdetakse haigla töö edukust. Haiglates ei analüüsita, kui palju on patsiente, kes satuvad kallist ja edukast ravist hoolimata uuesti haiglasse, sest nad ei suuda pärast kodustes oludes toime tulla kas füüsilistel, psühhosotsiaalsetel või majanduslikel põhjustel. Süsteem ei tunne selle vastu huvi, mis patsienti ees ootab, kas ta on suuteline järgima arsti juhiseid, hankima ja võtma ravimeid, õigesti toituma, kas tal on kodu jne. (Raamat, 2007). Majandusdiskursuse näitena võib tuua ka olukorra, mil tegeletakse pidevalt tervishoiuteenuste optimeerimise küsimustega, sealhulgas voodipäevaarvude kalkuleerimisega.

Haiglakontekstis on suur mõju ka juriidilisel diskursusel, mis väärtustab tegevuse raamistikuna seadusi. See diskursus hoiab üleval uskumust, et see ongi objektiivne lähenemine, mida võib usaldada. Seadused ja organisatsioonis kehtestatud reeglid vormivad rolle ja kohustusi ning sekkumisülesandeid ning eeldavad praktikult seaduskuulekust oma tegevuste läbiviimisel. (Healy, 2005)

Kokkuvõtteks võib öelda, et haigla sotsiaaltöötaja on raviasutuses erinevate diskursuste

mõjuväljas ning sekkumise iseloom kujuneb erinevate diskursuste koosmõjus, kus ühed diskursused domineerivad teiste üle, kujundades nii tervishoiusotsiaaltöötaja sekkumise otstarbe ja iseloomu.

1.2 Eetika tervishoiusotsiaaltöös

Käesolev töö osa keskendub eetikateemale. Tervishoiusotsiaaltöö eetika on põimunud meditsiinieetikaga, kuid põhiroll on ikka sotsiaaltööeetikal ja väärtustel. Erinevate eetikateooriatega kursisolek on oluline, andes ülevaate muutustest, suundumustest eetikaküsimustes ja sellest, kuidas teooriaarengute jada on muutnud eetilistele küsimustele lähenemist. Käsitlen selles osas ka eetilise otsuse tegemise juhiseid, tutvustan erinevaid tervishoiusotsiaaltöös esinevaid ja spetsiifilisemalt habraste eakatega tegelemisel kujunevaid eetilisi konflikte.

1.2.1 Eetikateooriad

Eetikateooriaid on palju ja erinevaid ning valiku tegemine nende seast on raske. Sellele juhivad tähelepanu ka Beauchamp ja Childress (2001) ning Larkin (2007), kirjutades, et teooriad on omavahelises konvergenstis ja erinevad seisukohad võivad toetada sarnaseid printsiipe, väärtusi, vastutust, õigusi ja kohustusi. Kõigil teooriatel on oma nõrkused ja tugevused. Tervishoiusotsiaaltöö eetilises praktikas on rolli mänginud kõige enam kohustuse ja utilitaarne eetika, hiljem vooruse-eetika ja hoole-eetika ning praegusel hetkel viimase arenguna postmodernistlik eetika (Beauchamp ja Childress, 2001; Sparks, 2006; Banks, 2007).

Kanti formalism – kohustuste eetika (deontoloogiline teooria) omistab sisemise väärtuse tegevusele endale või reeglile ja ei hooli tagajärgedest ning vihjab, et moraalselt õige ei ole alati parim hea. Kant rõhub oma lähenemises autonoomsele heale taatele ja ütleb, et inimesed ongi eesmärk iseenestes ja neid ei saa vahenditena kasutada (Frankena, 1973; Larkin, 2007), kuna see kitsendaks nende vabadust. Tähtis on oma südametunnistuse (ehk kategoorilise imperatiivi) kohustuslik jälgimine (Hallap jt, 2008). Kategoorilisest imperatiivist tulenevad printsiibid ja reeglid on järgnevad: teise isiku autonoomia respektseerimine, teise isiku mittekahjustamine, teisele heategemine, õiglus, tänulikkus, tehtud kahju hüvitamine, tõe rääkimine jm (Larkin, 2007).

Utilitaarne teooria on teleoloogiline eetika teooria, mis on kujundatud peamiselt J. Benthami ja J. S. Milli poolt, kelle järgi saab otsust pidada siis eetiliseks, kui see juhib parima heani võimalikult palju inimesi. Teooria keskmeks on üks printsiip ehk kasumlikkuse printsiip ja rõhuasetus on tagajärgedel (Larkin, 2007). Utilitaarse eetika kasumlikkuse printsiipi rakendatakse valdavalt rahastamisotsuste tegemisel ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse küsimuste lahendamisel (Davis jt, 2010) ning see printsiip väljendub eespool käsitletud majandusdiskursuses.

Vooruseetika on teooria, mille järgi on eetilise hinnangu aluseks teo tegija iseloom (Buinevitš, 2004). Moraalses mõttes ei pea me hindama tegu või selle tulemust, nagu teevad deontoloogid või teleoloogid, vaid inimese õigeid kalduvusi, motiveid ning emotsioone, st kalduvust toimida õigesti. Vooruseetika on printsiibivaba teooria ja tema väärtus seisneb selles, et vooruse üle mõtisklemine võib realiseeruda teistega suhetes olemise ajal paremini arendatud professionaalses iseendas (Sparks, 2006). Moraalne käitumine sõltub sellest, millised me oleme moraalsete toimijatenä, olles mõjutatud nii professionaalsest kui ka personaalsest käitumisest. Voorused on soovitava moraalsete karakteri elemendid ja viitavad erilisele iseloomule või õpitud olemise harjumusele nagu puutumatus, usaldusväärsus, austus, ausus ja lahkus, hoolitsus, soojus, kaastundlikkus, alandlikkus, märkamine jm. Nad väljenduvad meie käitumise kaudu ning võimaldavad praktikul eetiliste kohustuste täitmist tõepärasuse või indiviidi respektseerimise jm kaudu (Davis jt, 2010). Voorused on ühenduses kultuuri ja rollidega ja sõltuvad palju meie mõtlemisest ning arusaamast, millised on head omadused, millest juhinduda (Banks, 2006), mille tõttu tegeletakse sageli ka nn vooruskataloogide koostamisega (Buinevitš, 2004). Vooruseetika seostub tänapäeva sotsiaaltöös rakendatava refleksiivsuse põhimõttega, mis tähendab oma tööprotsessi, selle kontekstide ja iseendas toimuva pidevat tundlikku analüüsi (Fook ja Gardner, 2007)⁴.

Hoolivuse eetikast on kirjutatud alates 1980-ndatest valdavalt feminismi- ja õenduseetikast puudutavates allikates (Davis jt, 2010). Meel (2010), tuginedes Gilligani feminiinse (naiseliku) eetika kirjeldusele, tõdeb, et tüüpiliste maskuliinsete karakteristikute asemel (nagu õiglus, õigused, sõltumatus jne) peaks eetiliste otsuste tegemisel rohkem keskenduma naiselikele, pehmetele karakteristikutele nagu hoolivus, hoolitsus, kaastunne (empaatia), heategevus (filantroopia) jms. Hoolivuse eetikas pole eetiliseks raskuskeskmeks enam indiviidi

⁴ Fook ja Gardner (2007) Practising Critical Reflection. A Resource Handbook. McGraw-Hill: Open University Press.

universaalsed õigused, vaid pigem universaalne vastutustunne maailma suhtes. Moraalseks dilemmaks on see, kuidas elada moraalset elu, millesse kuuluvad kohustused enese, perekonna ja üldse inimeste ees. Hoolimise eesmärk on hoolivus ise. Hoole eetika tähendab peale muu ka eetiliste otsuste tunduvalt suuremat paindlikkust. See tähendab, et konkreetne üksikjuht jääb alati veidi esiplaanile üldiste printsiipide ees (Krull, 1999). Kokkuvõtvalt võib öelda, et hoolivuse eetika põhiväärtuseks on hoolimine, seotus, suhted, koostöö ja kommunikatsioon (Farley, 1993; Banks, 2006).

Viimased trendid eetika ja sotsiaaltöö kirjanduses räägivad postmodernsest lähenemisest eetikale, mis viitab mitmekesisusele, narratiivile ja konstruktsionismile (Banks, 2006). Postmodernne lähenemine hõlgab nn põhiteooriad, mis on kujundatud eesmärgiga saada universaalseid vastuseid või ettekirjutusi tegutsemisele, mille kohta on osad autorid isegi väitnud, et see on eetika lõpp-punkt. Ent teine koolkond teadlasi näevad seda „näost-näku” kohtumisena ja peavad seda eetika alguspunktiks. Postmodernistlikus lähenemises on rõhuasetus nn lokaalses tähenduses olulistel teooriatel, mis töötavad spetsiifilistel aladel või olukordades (*ibid*). Konstruktsionistliku lähenemise kohaselt ei ole olemas nn objektiivset reaalsust, mis eksisteeriks sõltumata inimesest kui subjektist, vaid ollakse arvamusel, et reaalsus luuakse inimeste poolt diskursuste kaudu. Seetõttu on professionaalne eetika teinud nihke tegeliku praktika uurimise suunas, keskendudes inimeste endaesitlustele institutsionaalsetele võrgustikele, professionaalsele kultuurile ja normidele, uurides sealjuures omavahelisi vastasmõjusid (Banks, 2006).

Wilks (2005) kirjutab, et narratiivikeskne lähenemine eetikale on võimas vastukaal traditsioonilisele printsiibikesksusele, mis peab tähtsaks lähtumist mõnedest kindlastest väärtuselistest põhimõtetest. Antud uus suund meditsiinieetikas tunneb suurt huvi narratiivi ja lugude jutustamise vastu, et tuua professionaalsesse eetikasse laiahaardelisemaid arutlusi. Narratiiv ehk lugu on konstrueeritud osadest, kus sündmused esitatakse üksteisega seotud episoodide reana. Lood algavad ning lõpevad kuskil ning seoseid ei esitata juhuslikult, vaid episoodid seostuvad üksteisega tähenduslikul ja põhjuslikul viisil. Narratiivse eetika on kohaselt on meie moraalsed teadmised narratiivide kaudu kujundatud, eetiline tegevus on lokaalse iseloomuga, kultuuri- ja sotsiaalse konteksti keskne. Narratiivne teadmine keskendub üksikjuhtumile ja on alati subjektiivne. Selle eesmärk on moodustada võimalikult selge ja usaldusväärne pilt ühe kindla subjekti olukorrast. Et seda saavutada, kuulatakse subjekti, astutakse temaga dialoogi (Karjalainen ja Kotkavirta, 2002).

Kui hoolivuse eetika varustab meid analüüsiga, mis ulatub eetiliste printsiipide abstraktsioonidest kaugemale ja baseerub identiteedil, siis narratiiveetika võimaldab meil edasi minna identiteedi käsitluse juurest veel kaugemale, keskendudes narratiividele. See tähendab eetika ja praktika ühendamist ja näitab, kuidas me saame tänu narratiivsele lähenemisele vastata juhtumist/juhtumitest tulenevatele eetilistele küsimustele, kus eetilise kaalutluse keskmeks on narratiivi elemendid. Lõpetan selle alaosa Wilksi (2005) arvamusel, et inimese tegevused saavad moraalse tähenduse narratiivsetes konstruktsioonides. (Wilks, 2005)

1.2.2 Sotsiaaltöö eetika

Sotsiaaltööle on omased selgelt väljendunud väärtuspõhimõtted, mille täpse sõnastamisega paistavad nad teiste abistamiselukutsete hulgas silma (Tiko ja Pints, 1997). Väärtuspõhimõtted on ja jäävad meid ümbritsema hoolimata keskkonnast, kus me töötame, ja sellest, missuguse eetikateooria oma töös lähtealuseks võtame. Sotsiaaltöötajate tegevused on mõjutatud nende personaalsetest väärtustest ja erialaväärtustest, mis pärinevad eetikakoodeksist. Eetikakoodeks on dokument, mis sisaldab infot sotsiaaltöö missiooni kohta läbi erinevate teemade, milleks on inimõigused, üldine ja igapäevane heaolu, sotsiaalne õiglus ja sekkumine seal, kus indiviid on interaktsioonis keskkonnaga (Heidmets, 2007). Eetikakoodeksid annavad edasi sotsiaaltöö ideaalkuvandi, selle, mille poole praktikud püüdlema peaksid. Ühtlasi on sotsiaaltöö eetikakoodeks professioni väärtuste tutvustaja koostööpartneritele ja avalikkusele.

Sotsiaaltöötajal tuleb oma igapäevatoos juhendada paljudest erinevatest väärtustest, esitan siinkohal neist põhilisemad. Valik tuleneb magistratöö teemast. Esimene nende seast on inimväärikuse puutumatus st iga inimene on väärtuslik ja tal on õigus väärikale kohtlemisele. Teine oluline väärtus seisneb inimese iseseisvuse ja kontrolli omamises oma elu üle, st inimesel on õigus vabadeks valikuteks, eeldusel, et ta ei riiva teiste inimeste õigusi. Kolmas väärtus on see, et sotsiaaltöötaja toetab inimese õigust olla ühiskonna täisväärtuslik liige, hoolitsedes inimese õiguste realiseerumise eest, tegutsedes tema huvide eest seisjana, edendades iseseisvat toimetulemist. Neljandaks on enesemääramisõigus, kus sotsiaaltöötaja teeb koostööd kliendiga, mitte üle tema, laiendab valikuvõimalusi, aitab leida kompromisse vastuolus olevate huvide vahel, aitab otsuseid ellu viia. Viies väärtus on see, et sotsiaaltöötaja toimib taktitundeliselt ning austab kliendisuhete usalduslikkust. (Tiko ja Pints, 1997)

Haiglas toovad sotsiaaltöötajad seelses töös osalemisega kaasa unikaalse lähenemise patsiendi ja nende lähedastega tegelemisse ning nende vajaduste käsitlemisse. See erilisus väljendub sotsiaaltöö sekkumiste ülesehitamises sotsiaaltöö väärtustele. Kohati on sotsiaaltöötaja praktilises töös ja tegelikes haiglast väljakirjutamise situatsioonides üksi mõnede väärtuste järgimisel ja kaitsmisel, kuid sel juhul saab eetikakoodeksit praktika toetuspunktiks pidada.

1.2.3 Eetilise otsuse tegemine

Eetilise otsuse tegemise protsess sõltub suurel määral praktiku võimest mõista, kas tegemist on eetilise küsimusega või mitte. Võistlevate väärtuste, printsiipide ja kohustuste adumine aitab eraldada eetilised komponendid mitte-eetilistest (Reamer, 1990). Olukorra eetiliste komponentide määratlemine vähendab suundumust, et sotsiaaltöötajad näevad eetilisi küsimusi ainult praktiliste probleemidena (Joseph, 1989), mille tulemuseks on valede sekkumisviiside rakendamine ja eetilise kaalutluse eiramine.

Lisaks on vaja, et sotsiaaltöötajad on eneseteadlikud, sõltumatud oma tegevustes ning tegelevad oma töös pidevalt kriitilise refleksiooniga. Refleksioon on enda praktika uurimise ja kujundamise meetod, sisaldades oskust olla peegeldav, tegeleda pidevalt oma praktika uurimise ja kogemuste analüüsimisega, võimaldades arendada nii iseenda kompetentsust (Fook 2002⁵, Fook ja Gardner 2007, vt ka Selg, 2008).

Eetilise otsuse tegemine koosneb etappidest. Esimesel etapil teadvustatakse endale, et praktika situatsioonis esinevad võistlevad väärtused, kohustused või printsiibid, mida saab defineerida konfliktina. Kui selgub, et esineb eetiline konflikt, siis on teises etapis oluline mõista/teada praktikute poolt kasutatavaid enamlevinud aluspõhimõtteid eetilise küsimuse sisu adumisel/mõistmisel. Kolmas etapp eetilise konfliktiga tegelemisel on otsuse tegemise lahendusprotsess ja selle valik, et hõlbustada eetilise tulemuse saavutamist. (Reamer, 1990; Boland, 2006)

Lahendusprotsessid võivad järgida erinevaid lähenemisviise. Optimaalseks lähenemiseks peetakse seda, kui lahenduse otsimine on rajatud eetilistele faktidele, olemasolevatele

⁵ Fook, J., (2002). *Social Work Critical Theory and Practice*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

lahendusalternatiividele, eetiliste teooriate ja printsiipide arvestamisele, tagajärgede kaalumisele ning positiivse ja negatiivse tulemuse esile toomisele (Reamer, 1990; Boland, 2006). Seega eetilise otsuse tegemise protsess koosneb olukorra hindamisest, loogilise situatsioonianalüüsi rakendamisest ja vastu võetud otsusest lähtuvalt tegutsemisest. Protsessi lõpus on vajalik läbi viia lõpptulemuse hindamine.

Sotsiaaltöötajad võivad rakendada eetilise otsuse tegemisel erinevaid stiile. Üheks otsuse tegemise stiiliks on subjektiivne otsustamine, kus eetilise analüüsi käigus tuginetakse praktiku enda väärtustele ja ei tegeleta fundamentaalsete moraaliteemade kaalumisega (Foster jt, 1993). Teiseks stiiliks on reeglitele, seadustest tulenevatele kohustustele või asutuse poliitikale toetumine, mil eetilist analüüsi tehakse nendele tuginedes ja lahendusteni jõutakse tehniliste oskuste, mitte argumenteeritud eetilise kaalutluse kaudu (Joseph, 1991).

Enamasti lahendavad sotsiaaltöötajad eetilisi konflikte pigem tuginedes enda väljakujunenud eetilisele stiilile või toetudes asutuse poliitika, reeglite või õiguslike kohustuste külge. Seetõttu on mitmed sotsiaaltöö uurijad pakkunud välja erinevaid lähenemisviise otsustusmudelite näol, et selgitada, mida tähendab eetiliselt kaalutletud otsuse tegemine (Blumenfield ja Lowe, 1987; Reamer, 1990; Loewenberg ja Dolgoff, 1996; Mattison, 2000).

Tutvustan siinkohal üht eetilise otsuse tegemise mudelit, st Davise jt (2010) poolt koostatud soovituslikku tegevuste loetelu:

- 1) Viige ennast olukorraga kurssi: mis sündmused on toimunud.
- 2) Uurige välja olulised patsiendi puuduvad faktid: tutvuge patsiendi meditsiinilise ja sotsiaalse anamneesiga, hinnake patsiendi kognitiivset võimekust igapäevaste otsuste tegemisel, tutvuge patsiendi juhistega edaspidise ravi ja elulõpu kohta - kas on teadev nõusolek elustamiseks või mitte, kas on teadev nõusolek elushoidmiseks või mitte, kas soovib hospitaliseerimist. Millised on soovid organdoonorluse, lahangusoovi, toitmis-, ravimite andmise ja muude piirangute osas.
- 3) Koostage nimekiri isikutest või asutustest, kes on olukorraga ja edaspidiste otsustega seotud.
- 4) Määrake moraalselt olulise tähendusega õiguslikud aspektid.
- 5) Sõnastage erinevate osapoolte eetiliste väärtuste ja printsiipide omavaheline konflikt.
- 6) Leidke tegevuse keskmes olevad võimalikud lahendused, nende eesmärk ning tagajärjed seoses patsiendi heaoluga.

- 7) Tuvastage praktilised piirangud, mis tulenevad seadusest, organisatsioonireeglitest, asutuse poliitikast ja majanduslikest piirangutest, leidke üles toetavad ressursid.
- 8) Andke patsiendile tegevussoovitusi, mille kohta on teada, et need toetavad teda eetilises plaanis. Selgitage patsiendile, millised on lahenduse positiivsed ja negatiivsed tagajärjed.
- 9) Tegutsege, kui olete otsustaja rollis ja otsuse täidesaatja rollis.
- 10) Vaadake üle ja hinnake situatsiooni pärast tegevuse täidesaatmist, otsustamaks, mida õppisite, et järgmistes sarnastes patsiendi hoolduse ja ravi korraldamise olukordades paremini toime tulla. Mõelge, mida saab paremaks muuta kogu teenuse osutamist silmas pidades.

Kokkuvõtteks võib öelda, et konfliktiga silmitsi olles on vajalik mõelda ja endalt üle küsida, millised on tervishoiu sotsiaaltöötaja kohustused eetilise kaalutluse situatsioonis, mida tähendab eetiline suhe hapra eaka ja sotsiaaltöötaja vahel, mida tähendab spetsialisti vooruslikkus tundlikus olukorras ning mis on just selle situatsiooni jaoks parim sekkumine?

1.2.4 Eetilised konfliktid tervishoiusotsiaaltöös

Olulised tehnoloogilised arengud meditsiinis, kiirelt korraldatud teenuse osutamise esile kerkimine, kasvavate tervishoiukulude katmise küsimused ning arenenud infosüsteemid on kaasa toonud suurenenud sageduse ja kompleksusega eetilised konfliktid kõikidele tervishoiuspetsialistidele, kaasa arvatud tervishoiusotsiaaltöötajatele (Blumenfield ja Lowe, 1987; Boland, 2006). Loewenberg ja Dolgoff (1996) ja Kadushin ja Egan (2001) kirjutavad, et eetiline konflikt ilmneb siis, kui sotsiaaltöötajad peavad tegema valiku kahe vasturääkiva eetilise printsiibi või tegevusjuhendi vahel või kui kõik võimalikud valikud viivad soovimatu tulemuseni ühe või mitme inimese jaoks. Sotsiaaltöötajad võivad haiglas seista silmitsi eetilise konfliktiga ka siis, kui piiratakse patsientide valikuid edaspidise ravi- ja hooldusteenuste saamisel (Wilks, 2005).

Sotsiaaltöötajad on ise arvanud ka, et hoolduse ja ravi ära korraldamise nõue ning kiire tegutsemine teenuse osutamise käigus toob kaasa eetilised probleemid, mis on seotud ravi- ja hoolduse korralduses tehtavate kompromisside ja sotsiaaltöö väärtuste võimaliku eiramisega (Reamer, 1997). Eetilised konfliktid tekivad sotsiaaltöötajal veel seoses haiglas viibimise päevade lühendamise, mitteadekvaatsete väljakirjutamise plaanide ja haiglast väljakirjutamise viivituste tõttu (Cummings ja Cockerham, 1997; Boland, 2006).

Need eelpool nimetatud arengud sunnivad sotsiaaltöötajaid küsima, millistele kriteeriumitele tugineda otsustuste tegemise protsessis (Blumenfield ja Lowe, 1987; Boland, 2006), milliseid professionaalseid väärtusi ja eetilisi printsiipe rakendada, kuidas käituda siis, kui professionaalsed kohustused on konfliktis iseenda väärtushinnangutega. Endalt küsitakse ka, kas suudetakse anda abi olukorras, kui patsient on teinud midagi ebamoraalset või kui patsient on ebameeldiv. Kas rääkida patsiendile tõtt teades, et see teda kahjustab, või jätta mõned asjad enda teada, olles teadlik patsiendi enesemääramise- ja informatsiooni saamise õigustest jms (Davis jt, 2010).

Kuna eetilised teemad esitavad jätkuvalt tervishoiu sotsiaaltöötajatele professionaalseid väljakutseid, siis on hädavajalik uurida ja selgitada eetiliste konfliktide sisu, eetilise lahendusvaliku leidmise protsesse, mida praktikud rakendavad (Boland, 2006). Siinkohal saavad raviasutuse sotsiaaltöötajad ise suure töö ära teha ja anda panuse eriala arendamisse.

1.2.5 Eetilised konfliktid habraste eakatega töötamisel

Habraste eakatega tegelemisel esinevad haiglas väga erinevad konfliktid, mis kujunevad habraste eakate haiglast väljakirjutamisel enamasti personaalse valiku ja ravi- ja hooldussüsteemi piiratud võimaluste pinnalt.

Need konfliktid võivad tekkida eetiliste väärtuste tasandil, mis tähendab printsiipide omavahelist põrkumist, või rollide tasandil, kui patsiendile, lähedastele, personalile ja haiglale on rollide omistamine häiritud või juhul, kui väheste võimaluste hulgast on kohustus leida parim lahendus. Probleemid kujunevad ka siis, kui on vaja kaaluda sekkumisriske ja sekkumisest saadavat tulu või langetada otsuseid, mil patsient ei saa sellest ise osa võtta. (Cummings ja Cokerham, 1997)

Proctor ja Morrow-Howelli (1993) on uuringu põhjal käsitlenud haiglast väljakirjutamisel sotsiaaltöötajate poolt nimetatud eetiliste väärtuste konfliktina olukordi, milles on vastuolus patsiendi iseotsustamisõigus ja tema enda parimad huvid, organisatsiooni ja patsiendi huvid ning kolleegide ja patsiendi huvid. Väljakirjutamisel väljenduvad konfliktid ka erimeelsustes haiglaajärgse sihtkoha osas. Raviküsimusega seonduvad konfliktid seisnevad erimeelsustes ravi rakendamisel, patsiendi haiglas viibimise pikkuse ja väljakirjutamiseks valmisoleku osas. Eetiline konflikt võib kujuneda ka siis, kui tekivad eriarvamused huvitatud osapoolte vahel, kelleks on patsient vs arst, üks patsiendi pereliige vs teine pereliige, sotsiaaltöötaja vs arst,

sotsiaaltöötaja vs muu personal, sotsiaaltöötaja vs lähedased ning sotsiaaltöötaja vs patsient ja muud osapooled.

Patsiendist sõltuvad tegurid eetiliste konfliktide kujunemisel on füüsiline funktsioneerimine, vaimne seisund ja materiaalne kindlustatus. Raskusi on enam nende habraste eakatega, kes on kõrvalabist sõltuvad, kelle kognitiivne võimekus on alanenud ning materiaalsed võimalused piiratud. Suurenenud kõrvalabi vajadus nõuab enam abi ning panustamist ja seetõttu kallimate teenuste osutamist. Kognitiivse võimekuse alanemine tekitab raskusi patsiendi kognitiivsete võimete hindamisel, tuues kaasa erinevad nägemused sekkumistegevuste osas (Cummings ja Cokerham, 1997) või patsiendi segaduses olemise tulevikuplaanide korraldamisel ning ebaselge situatsiooni konteksti mõistmise. Materiaalsed piirangud vähendavad valikuvõimalusi edaspidise hoolduse ja ravi korraldamise vallas.

Alljärgnevalt esitan mõned näited selle kohta, missuguseid konflikte haiglates habraste eakatega tegelemisel esineb, tuginedes Chadwick ja Russell (1989) artiklile ja enda kogemustele.

Chadwick ja Russell (1989) on kirjutanud oma artiklis habraste eakatega tegelemise kahest võtmedilemmast. Esimene dilemma on seotud olukorraga, kus eakad, kes väljakirjutamisel hoolimata sellest, et nad ei ole suutelised enam toime tulema (professionaalide arvamus), soovivad kindlasti koju minna ning seavad ennast nii riskiolukorda. Antud situatsioonis võib näha autonoomia printsiipi kahemõttelisust – see võib teatud ideoloogiliste trendide kontekstis tähendada habrastele eakatele riikliku abi pakkumisest loobumist isikuvabaduse ja enesemääramise sildi all. Esimese dilemma puhul kerkib esile autonoomia ja paternalismi vahekorra kaalumine. Teine dilemma on seotud küsimusega, kuhu peaksid minema nn osaliselt haiged ja osaliselt terved eakad ja kust leida neile sobilik asutushooldusteenus. See on olukord, kus haigla poolt öeldakse, et patsient on liiga terve, et haiglas edasi viibida, ja hoolekandetasutus väidab, et patsient on liiga haige, et sinna teenusele tulla. Sel juhul tõusetub meditsiini ja sotsiaalvaldkonna vastutuse ning piirialaste küsimuste keerukus. Ka teisel juhul on tegemist poliitilise ideoloogia mõjuga ning piiratud ressursside tõttu hapra eaka tervise, haiguse, hooldusevajaduse mõistetega manipuleerimisega. (*ibid*)

Eetilise konflikti näidetena saab esitada ka juhtumeid, mil patsiendi esindajad või lähedased ei täida patsiendi ees võetud või neile omistatud kohustusi: jätavad näiteks õendushooldushaiglasse spetsiifilised ja kallid ravimid toomata (mille tellimise õigus õendushooldushaiglal puudub), ei

muretse kojumineku eel hooldus- ja abivahendeid ning ravimeid valmis, ei tule patsiendile haiglasse järele, jätavad patsiendi kodust ilma tema haiglas viibimise ajal, viivad patsiendi talle tõtt tunnistamata haiglast otse hooldusasutusse jms. Selles situatsioonis kerkib küsimus, kuidas tagada, et lähedased oma rolli täidaksid ja patsiendi huvid ei saaks kahjustatud. Nendel juhtudel tekib ka küsimus, kes peab sellistes olukordades vastutust võtma.

Igapäevatoös esineb sageli ka situatsioone, mil lähedased küsivad haiglas viibimise pikendust, kus nad ei mõista, et institutsionaalne hooldus või haiglas viibimise pikendamine toovad kaasa potentsiaalsed ohud. Nendeks ohtudeks võivad olla kas reaalsuse taju või eneseteenindusoskuste kadumine, haiglainfektsioonidesse nakatumine jm. Sellistel juhtudel on sageli konfliktis haige ja lähedaste soovid, kus haige soovib koju, lähedased aga mitte.

Keerulise situatsiooni näiteks on ka olukorrad, mil pereliikmed ei ole rahul patsiendile osutatava teenusega ja vaidlustavad haiglast väljamineku või raviotsused. Näiteks nõuavad viimases staadiumis vähihaigele erinevate ravimeetmete rakendamist, milleks on liiga intensiivne füsioteraapia või tilga üles panemine, mis halvendavad tavaliselt patsiendi olukorda veelgi (näiteks patsiendi seisma võtmine või kõndima viimine, kui eakal puudub tegevuse sooritamise võimekus). Oma kogemustele tuginedes väidan, et sageli on nn erilise hoolsuse ja raviotsuste vaidlustamise põhjuseks see, et lähedased ei ole valmis vastutust võtma ja hapra eaka edaspidise ravi- ja hoolduseküsimustega tegelema, sest puuduvad teadmised, info ja toetavad teenused hooldajatele. Sel juhul tekib spetsialistidel sageli küsimus, kelle huvides tegutsetakse, kas patsiendi vajaduste või hoopis tema lähedaste rahulolu nimel.

Haiglast väljakirjutamisel tekib eetiline konflikt on ka siis, kui haige on dementne ja liigub ringi ning kahjustab pidevalt ennast või teisi. Sel juhul on küsimuseks, kas anda niipalju rahusteid, et patsient on pigem voodis, et lähedased temaga kodus hakkama saaksid, või jätta see tegemata, kuna rahustite mõju toob endaga kaasa inimese voodirežiimi ja suurema füüsilise koormuse hooldamisel.

Esineb ka olukordi, kus patsiendid ei võta kuulda ravijuhiseid ega piiranguid ja tegutsevad või käituvad nii, nagu nad on harjunud varem tegema. Sellistel juhtudel lõpeb ravijuhiste, soovitude eiramine korduvhospitaliseerimiste, uute sekkumiste, lisainvesteeringute tegemise vajadusega.

Eetiline praktika eeldab, et sotsiaaltöötaja peab alati seadma esikohale patsiendi huvid, austama privaatsust, tagama konfidentsiaalsuse, olema kaastundlik ja empaatiline ning siiras ja aus. Põhiprintsiibid, millele tugineda habraste eakatega tegelemisel on autonoomia ja enesemääramise õigus, heategemise-, mittekahjustamise- ja õigluse printsiip ning inimese austamine tervikuna (Boland, 2006; Soosaar, 2009; Davis jt, 2010).

Kokkuvõtteks võib nentida, et hapra eaka ja ka haigla sotsiaaltöötaja jaoks ei ole haiglast väljakirjutamisega seonduvad küsimused ning eetilised teemad lihtsad, kuna vanemaealistel inimestel tuleb sageli just haiglas viibimise ajal teha elukorraldust muutvaid otsuseid ja need otsustused on mitme tahuga hõlmates enda alla nii meditsiinilised, sotsiaalsed, psühholoogilised tegurid kui ka eetilised kaalutlused.

1.3 Hapra eaka haiglast väljakirjutamine

Käesolevas osas tutvustan hapruse sündroomi, et tunda ja mõista paremini habraste eakate vajadusi. Hapruse määratlus on tähtis ka seetõttu, et oma magistritöö uurimuses käsitlen just habraste eakate haiglast väljakirjutamisel tekkivaid eetilisi konflikte. Käsitus on tähtis ka seetõttu, et selle teema kohta on vähe eesti keelset kirjandust. Lisaks tutvustan haiglast väljakirjutamise olemust, käsitlen seda kui tervishoiusotsiaaltöö üht protsessi ning sotsiaaltöötaja rolli selles.

1.3.1 Haprus

Magistritöö kirjanduse läbitöötamise ja kirjutamise alguse perioodil tekkis mul küsimus, kuidas tõlkida terminit *frailty*? Uurisin interneti eestikeelsest keskkonnast, milliseid termini vasteid on varasemalt kasutatud, kuid olulist infot ma ei leidnud. Seejärel pöördusin SA TÜ Kliinikumis ja Tartu Ülikoolis töötava ning Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni esimehe dr. Kai Saksa poole, kes ütles, et *frailty* tõlke vasteteks sobivad nii „põdurus“ kui „haprus“. Uurisin ka Tallinna Ülikooli õppejõu, Põhja-Eesti regionaalhaigla ja SA EELK Diakooniahaigla sotsiaaltöötaja Katrin Raamatu käest, kumb tõlkevaste on sobilikum. Katrin Raamat seostas termini *frailty* sõnaga *fragile*-ga, mille tähendus on eesti keeles „habras“ või „õrn“ ja arvas, et haprus on sobilikum vaste. Oxfordi sõnastik defineerib haprust habras olemise seisundina (*Compact Oxford English Dictionary*, 2010). Konsulterisin ka Tartu Ülikooli õppejõu Marju

Seljaga ning temagi andis soovitus kasutada pigem mõistet „haprus“, sest erinevalt „põdurusest“ puudub sellel negatiivne kõrvaltähendus.

Hapruse mõistet vanemaealiste täiskasvanute puhul kasutati enne 1980ndaid väga harva (Hogan jt 2003). Inglise keelses kirjanduses olid hapra eaka kirjeldamisel kasutusel selliseid termineid nagu krooniliselt haige, kurnatud, puudega, füüsiliselt nõrk või kõrvalabist sõltuv jms, st patsientidel, spetsialistidel, lähedastel oli vajalik intuiitiivselt mõista, mida silmas peetakse, sest konkreetne termin puudus. Hapruse termini ulatuslikum kasutamine sai teadusajakirjades hoogu 1990ndate teisel poolel ja on olnud jätkuvalt laialdaselt rakenduses käesoleva ajani.

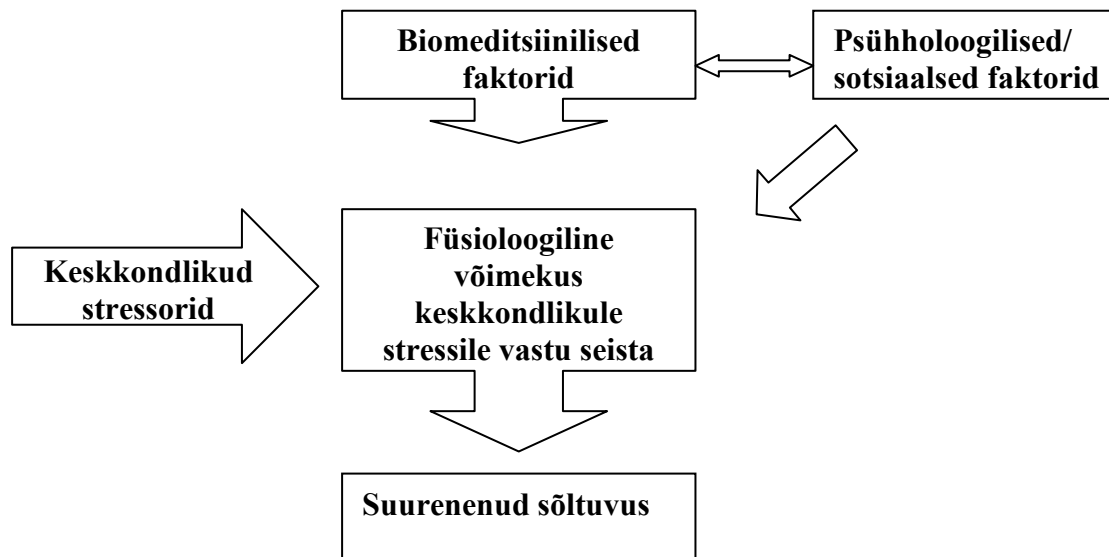
Hoolimata laialdasest termini rakendusest ei ole siiani jõutud üksmeelele, mis on hea ja sobilik hapruse definitsioon, millist meetodikat kasutada hapruse mõõtmisvahendina, kus asub piir normaalse ja patoloogilise vananemise vahel, missugused on hapruse kujunemismehhanismid, mis hetkest haprus kujunema hakkab, millal on eakas habras, missugune on hapruse ja krooniliste haiguste vaheline suhe, kas tegemist on sündroomiga, kas see on üldse vajalik kontseptsioon jms (Fried jt, 2001; Hogan jt, 2003; Markle-Reid, 2003; Stephenson jt, 2003; Young, 2003; Woo jt, 2005; Bergman jt, 2007; Lally ja Crome, 2007; Chan, 2008).

Kuigi epidemioloogiliselt on raske ilma kindla definitsioonita öelda täpseid arve, kui palju on hapraid isikuid eakate populatsioonis, on erinevatele uurimustele tuginedes välja toodud järgnevad näitajad. *Helpguide* organisatsiooni (2010) kodulehekülje andmetel moodustavad haprad eakad umbes 5-7% üle 65-aastaste populatsioonist. Lally ja Crome (2007) andmete kohaselt on erinevatest uurimustest selgunud, et hapraid eakaid võib olla üle 65-aastaste hulgas vahemikus 7-32%.

Eesti kohta võib üldise taustana esile tuua selle, et 65-aastaseid ja vanemaid inimesi on praegu kokku veidi enam kui 17,11 % kogurahvastikust. Vahemikus 80 - 84 aastaseid inimesi on 32 747 ja üle 85-aastaseid inimesi umbes 19 457. Terviseprobleemidega üle 65-aastaste ja vanemate eakate tervis on halb või väga halb umbes 41,6 %-l kogu vanusegrupist, tervisest tingitud igapäevategevuste piiratus esineb suure määraga umbes 31,2%-l eakatest ja mõningase piiratusega umbes 43,2%-l. Pikaajaline haigus esineb üle 65-aastaste ja vanemate eakate seas umbes 79,3%-l (2008. aasta andmed, Statistikaamet, 2009), mis kinnitab, et habraсте eakate teema puudutab eelpoololevate arvude taustal mingil moel meidki.

Hapruse põhjustajateks peetakse geneetilisi häireid, haigusi ja vigastusi, elustiili ning vananemist üheskoos (Bortz, 2002). Rady ja Johnson (2004) on näitena eakate tervisprobleemidest enam maininud degeneratiivseid aju-, tserebraalvaskulaarseid haigusi, südamehaigusi, kroonilisi kopsuhaigusi, diabeeti, sidekoehaigusi, toitumishäireid, mis võivad olla hapruse vallandumise mehhanismideks.

Alljärgnevalt kirjeldab Lally ja Crome (2007) joonis 1, kuidas stressoreid sisaldav keskkond võib vallandada hapruse seisundi kujunemise, kus on soodustavate teguritena omavahel kombineerunud biomeditsiinilised (nõrkus, kaalulangus, viirusinfektsioon, tüsedus jm) ning sotsiaalmajanduslikud (sissetulek, staatus jm), elustiili (kehaline aktiivsus, söömisharjumused jm) ja sotsiaalse toetuse (lähedaste toetus jm) faktorid:



Joonis 1. Võimalikud mehhanismid, mis vähendavad füsioloogilist võimet stressile vastu seista, põhjustades haprust (Lally ja Crome, 2007).

Chan (2008) kirjutab, et algselt defineeriti haprust kliinilises kontekstis iseseisvaks geriaatriliseks sündroomiks, mis väljendub multisüsteemses füsioloogilise võimekuse languses. Hapruse seisunditeks pidas ta soovimatut kaalulangust, kurnatust, nõrkust, madalat energiataset, aeglust, mis on omakorda tingitud molekulaarsetest, rakulistest ja vananeva keha füsioloogilistest muutustest, haarates lihas-, luustiku-, tsirkulatsiooni-, hormonaalse- ja immuunsüsteemi.

Saltvedt jt (2007) on käsitlenud haprust kriteeriumite järgi, milleks on krooniline haigus, ühe igapäeva tegevuse (ADL – söömine – joomine, hügieenitoimingud, riietumine, tualetis käimine, liikumine, enesehügieen jm) sooritamise akuutne halvenemine, kerge/mõõdukas dementsus, segasusseisundid, depressioon, tasakaaluhäired/peapööritus, kukkumised, halvenenud liikuvus, inkontinents (põie- või soolepidamatus), alatoitumine, paljude rohtude koos manustamine, nägemise või kuulmise halvenemine.

Hilisematesse hapruse sündroomi käsitlustesse on lülitatud lisaks füsioloogilistele teguritele ka keskkondlikud, psühholoogilised, sotsiaalsed mõjutegurid, mis on omavahelises vastasmõjus, viidates interaktsioonile indiviidi personaalse eripäraga (Markle-Reid ja Browne, 2003). Woo jt (2005) on erinevatele uurimustele tuginedes kirjutanud, et hapruse kontseptsioon hõlmab sotsiaalmajanduslikke, elustiili- ning sotsiaalse tugivõrgustiku tegureid. Sotsiaalmajanduslike tegurite all käsitletakse haridust, sissetulekuid, kulutusi. Elustiili faktoriteks peetakse kehalist aktiivsust, kahjulikke- ja toitumisharjumusi. Sotsiaalse tugivõrgustiku all mõeldakse laste, õdedevendade, lapselaste, muude sugulaste olemasolu ja kontakte nendega ning kontakte naabrite, kogukonnaga. Young (2003) kirjutab, et haprus hõlmab enda alla ka psühholoogilised aspektid, seltskondliku suhtlemise ja üleüldise heaolu rahuldamiseks pideva kõrvalabi vajaduse. Sotsiaalsete probleemidena nähakse lähedaste toetuse puudumist, elutingimuste probleeme, majanduslikke toimetulekuraskusi, pikaks veninud voodirežiimi, isolatsiooni, üksildust, võimaluse puudumist teha seda, mida habras eakas ise soovib (Saltvedt, jt 2007).

Kaufmani (1994) käsitluse kohaselt on haprus elukogemuste põhjal sotsiaalselt konstrueeritud. Haprus peegeldab sotsiaalset vaadet vananemisele, mis on justkui lahing sõltuvuse ja sõltumatuse vahel. Keskkonnas, kus haprus kujuneb, on osalejateks perekond, tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem ning ühiskond. Hapruse kujunemist käsitletakse eakate, nende hooldajate ning erinevate teenusepakkujate vahelise interaktsioonina. Haprus on omadus ja dünaamilise iseloomuga kohandumise protsess, mil hapruse raskusaste on pidevas muutumises. Sotsiaalkonstruksionistlik lähenemine lisab hapruse mõistmisele juurde väärtusliku arusaama, et inimeste subjektiivsed arusaamad ja kogemused on tähtsamad kui objektiivsed terviseseisundi hindamise tulemused. (Markle-Reid ja Browne, 2003)

Hoolimata sellest, et sotsiaalkonstruksionistlik lähenemine viitab sellele, et tervisenäitajate hindamisel peaks arvestama inimeste subjektiivset taju primaarsena, tegeletakse

igapäevapraktikas nn objektiivse analüüsiga, kuidas haprusest tingitud puudujäägid võivad mõjutada suremust, aktiivravi ja pika-ajalise ravi ning sotsiaalhoolekandemeetmete kasutamist.

Sellise olukorra lahendamiseks on väljatöötatud hapruse indeksi meetod, mis hõlmab enda alla füüsilise tervise näitajad, objektiivse haiguskoormatuse, ravimite kasutamise, kognitiivse funktsioneerimise, liikumisraskused, kõrvalabist sõltuvuse, enesehinnangu, meeleolu, toitumise, kehamassindeksi, vererõhunäitajad, elustiili faktorid ning kehalise võimekuse näitajad. Hapruse indeks arvutatakse inimesel esinevate defitsiitide/vaeguste skoorina (30-40 või 62 muutuja hindamine), mil iga muutujat hinnatakse erinevatel skaaladel (näiteks 0-1, 0-2 või 0-4, jm). (Rockwood jt, 2002).

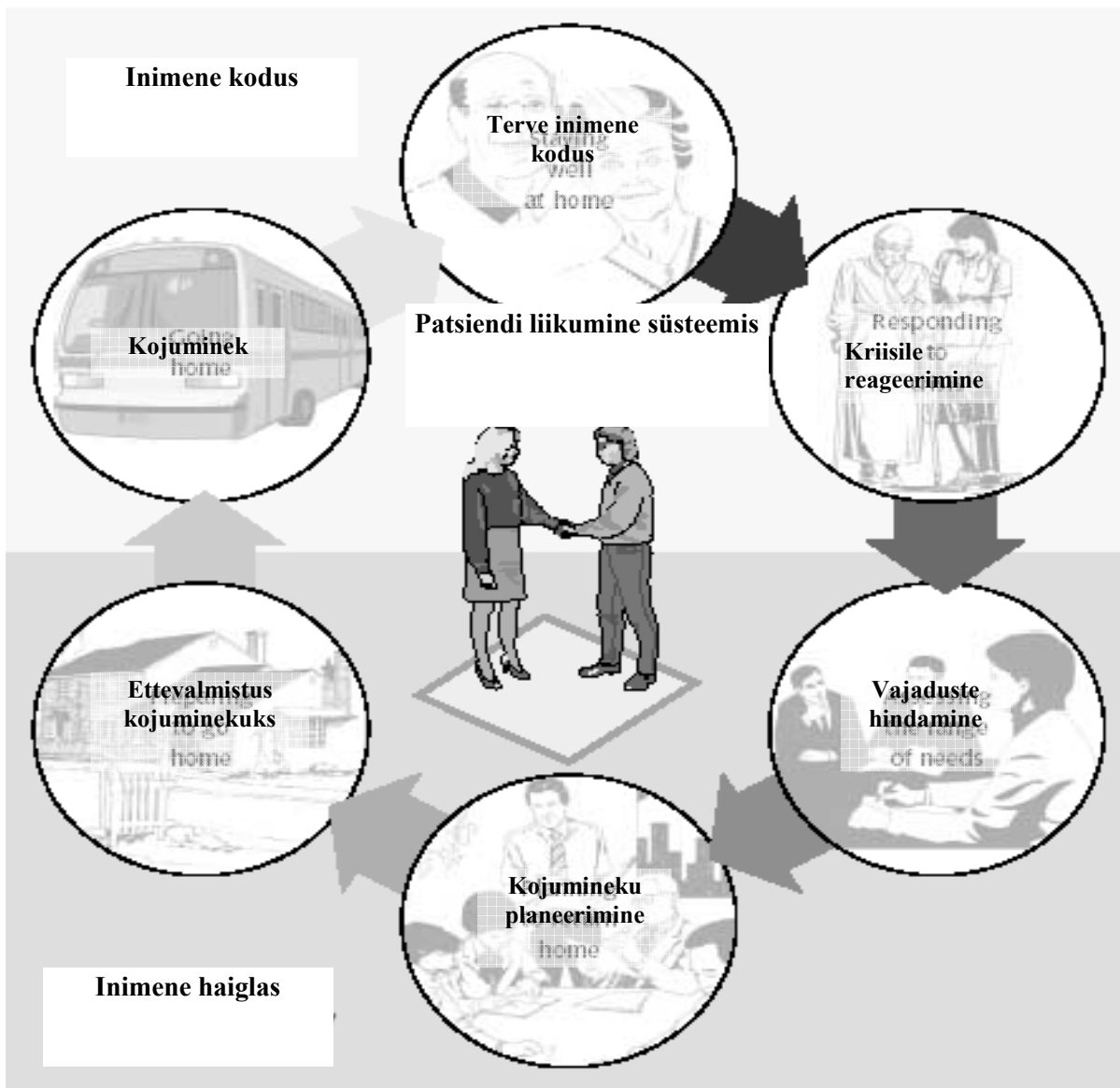
Välja on töötatud ka geriaatrilise hindamise meetod, mille üheks eesmärgiks on teenuste vajaduste tõenduspõhine planeerimine. Selle kõrval on eesmärgiks ka eakate elukvaliteedi parandamine, kus hindamise käigus pööratakse tähelepanu eaka emotsionaalsele seisundile ja psühhosotsiaalsele toimetulekule ning vajadusele saada erinevaid sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid ning hindamistulemustele toetudes tegeletakse vajalike lahenduste leidmisega (Saks, 2003).

Küsimusi ning erinevaid ja vastakaid seisukohti on seoses hapruse mõistega palju, kuid samal ajal kasvab pidevalt hapruse kontseptsiooni kasutamine igapäevapraktikas nii meditsiinis kui hoolekandes, aga ka uurimuste läbiviimisel. See kasv on minu arvates põhjendatud ja tervitatav, kuna teadmised hapruse sündroomi kohta ja erinevate uurimuste läbiviimised võimaldavad kirjeldada ja anda parema ülevaate habraste eakate spetsiifilistest, erilistest vajadustest, hoolimata erinevatest fenomenide käsitlemise taustteooriatest. Hapruse kontseptsiooni kasutus on oluline ka tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkonnas ennetustegevuste ja erinevate meetmete planeerimisel, et tulla toime piiratud ressursside tingimustes.

1.3.2 Haiglast väljakirjutamise protsess ja tervishoiusotsiaaltöötaja roll selles

Toimivat haiglast väljakirjutamise planeerimist illustreerib allolev joonis 2, kus on nähtav süsteemi organiseerumine inimese ümber, mis toetab teda haigestumise korral. Mil ta satub haiglasse, mil tervisliku seisundi stabiliseerumise järel tegeletakse vajaduste hindamisega personaalsete eesmärkide saavutamiseks edaspidise ravi ja hoolduse korraldamisel, mil koostatakse üheskoos sekkumisplaan ning tehakse ettevalmistusi kojuminekuks, kus on tegevus

suunatud haiglast väljapoole ja koostööd tehakse sotsiaalhoolekandesüsteemiga. (Department of Health of the United Kingdom, 2003):



Joonis 2. Süsteemi organiseerumine inimese ümber, mis toetab teda haigestumise korral (Department of Health of the United Kingdom, 2003).

Erinevate uurimuste tulemused näitavad, et mida suurem on patsiendi kaasamine haiglast väljakirjutamise planeerimisse ja edaspidise hoolduse kujundamisse, seda enam on patsiendid haiglast väljakirjutamiseks valmis. Ilma väljakirjutamise planeerimise toetavate tegevusteta võib

kasvada patsientide ärevus, esineda suurem tõenäosus toimetulekuraskuste ja korduvate haigestumiste tekkimiseks haiglast lahkumise järel (Salter, 2002). Haiglast väljakirjutamise planeerimisel peaks olema klient/patsient aktiivne partner ja sekkumisprotsessi eesmärgiks tema psühhoemotsionaalse seisundi taastumine.

Ent haiglast väljakirjutamise protsessis võivad esineda ka tagasilöögid ja negatiivsed ilmingud. Ebaedukas haiglast väljakirjutamine on olnud uurimisaineks üle 30 aasta paljudes riikides. Olulisemad probleemid valdkonnad on nii meedikute kui ka pereliikmete ja muude abiliste teadmatus olemasolevatest ravi- ja hooldusteenustest, teenuste piiratud maht või teenuste kvaliteedi probleemid, samuti dialoogi ja koostöö puudumine patsientide ja nende hooldajate vahel võimaliku hoolduse küsimustes (Procter jt, 2001; Victor jt, 2001; Jushinski, 2005).

Procteri jt (2001) ja Pearsoni jt (2004) järgi on väljakirjutamine ebaedukas, kui sellele järgneb planeerimata tagasipöördumine haiglasse järgneva kuue nädala jooksul või kui haiglast väljakirjutamist lükatakse edasi. Rehospitaliseerimise vajadust tingivate teguritena nähakse piiratud voodipäevadest tulevat survet, vähest koostööd haigla ja esmatasandi meditsiinasutuste vahel, väljakirjutamise ettevalmistamise puudulikkust, patsientide väheseid oskusi enesehooldusega toimetulemisel ning koduste abiteenuste vähesust või puudumist (Closs jt, 1993; Tierney jt, 1993; Pearson jt, 2004; Jushinski, 2005). Ebaedukas haiglast väljakirjutamine võib tuleneda ka protsessi läbimõtlemita korraldusest (Jushinski, 2005). Ebaedukat väljakirjutamist võivad ette ennustada patsiendi varasem kauane kontakt sotsiaalteenustega, näiteks kuue nädala jooksul enne hospitaliseerimist, halvad elutingimused, vanus üle 65 eluaasta ja elukoht – näiteks keskusest kaugel elamine (Corbin jt, 1998; Jushinski, 2005).

Tänapäeval on haiglast väljakirjutamise planeerimine oma olemuselt agressiivse iseloomuga, kuna seda mõjutavad tervishoiupoliitika poolt kujundatud reeglid (Brown, 2010). Väljakirjutamise agressiivne iseloom on tingitud olukorrast, kus nõudlus ületab pakkumise, suurendades vajadust planeerimise, ressursside tähtsuse järgi jaotamise, normeerimise, ravile saamise järjekordade jms järele. Haiglad peavad suurendama oma läbilaskevõimet, et rahuldada järjest kasvavat nõudlust ja tulla toime vähemate ressurssidega. Kasvava nõudluse olukorras rõhutakse voodipäevade arvu kahanemisele, ehitades haiglate juurde päevateenuste osakondi, kust suunatakse patsiendid järjest kiiremini koju või aktiivosakondadest madalama maksumusega tervishoiuteenusetele, dikteerides patsiendile ette olukorra, kus ta saab teenust piiratud perioodi jooksul (*ibid*). Iseäranis halb on see, kui tehakse otsuseid kiirustades ning patsiendid tajuvad seda

protsessi voodikoha vabastamise vajaduse, nende hülgamisena ning nende tegelikud probleemid jäävad lahendamata (Victor jt, 1993). Kiire läbilaskvus toob kaasa planeerimata tagasipöördumised haiglasse ja kokkuvõttes kulutab tervishoiusüsteem rohkem ning piiratud ressursid saavad veelgi enam väärkasutatud (ETSA, 2003).

Nüüd tutvustan tervishoiusotsiaaltöötaja sekkumise iseloomu patsiendi haiglast väljakirjutamisel. Arenenud riikides on raviasutuse sotsiaaltöötajast kujunenud haiglast väljakirjutamist koordineeriv spetsialist. Sotsiaaltöötajad korraldavad patsiendi, perekonna ja multidistsiplinaarse meeskonna koostööd, tegeledes ravi järjepidevuse, patsiendi enesehoolduse, omastehoolduse, avahoolduse või institutsionaalse hoolekande küsimustega (Kadushin ja Kulys, 1993; Pichitpornchai jt, 1999, Auslander jt, 2008). Erinevate osalejate – patsiendi, tema lähedaste, meditsiinipersonali, asutuse juhtkonna ja patsiendi kogukonna vajadused ja nõudmised tuleb haiglast väljakirjutamisel kooskõlastada ühtses plaanis, mis tagab patsiendi hea paranemise ja eduka haiglast väljamineku ning koduses keskkonnas hakkamasaamise (Cummings ja Cokerham, 1997).

Inimese jõudmine haigla sotsiaaltöötaja juurde sõltub haiglast väljakirjutamise korraldamisel raviarsti võimest kuulata oma patsienti ja ära tunda meditsiinivaldkonnast väljaspool olevaid probleeme. Olulist rolli omab arstide ja õdede võime teha koostööd meditsiini siduserialade esindajatega ja aktsepteerida seda ressursina ravi takistavate probleemidele lahenduste leidmisele kaasaaitamisel. Sotsiaaltöötajaga kontakti saamine sõltub ka patsientide ja nende lähedaste võimest otsida abi. Inimesega tegelema hakkamine sõltub lisaks ka sotsiaaltöötaja ressursist ja töökoormusest. (Raamat, 2007)

Haiglast väljakirjutamise planeerimisel otseselt patsienti toetavad tegevused on (Kadushin ja Kulys, 1993; ADPCO, 1997): hindamine, sotsiaalnõustamine, väljakirjutamisega seonduvate dokumentide koostamine, erinevate väljakirjutamisega seonduvate tegevuste koordineerimine (patsiendi arutelud, koosolekud, peredega kohtumine) ja selle tagamine, et vajalikud teenused jõuavad inimeseni (näiteks see, et patsient saab kohe hooldekodusse minna haiglast väljamineku järgselt).

Haiglast väljakirjutamise korraldamisel on eesmärgiks sotsiaaltöö sekkumist vajavate patsientide õigeaegne äratundmine, nende vajadustega kooskõlas olevate teenuste ja muude meetmete leidmine, haiglast väljakirjutamise protsessi toimimise tundmaõppimine, patsientide

psühhosotsiaalsete vajaduste ning vajalike teenuste tutvustamine haigla juhtkonnale, kogukonnale, kohalikule omavalitsusele, riigile (Dhooper, 1997; Narusson jt, 2002).

Eestis on korraldamata süsteemi organiseerumine inimese ümber, mis toetaks teda haigestumisel. Haiglast väljakirjutamisel jäävad vaatevälja pigem need haiged, kes oma probleemidega enim silma paistavad ja vähem saavad tähelepanu need haiged, kes seda võib-olla rohkem vajavad.

Ent teiste maade erinevate autorite artiklite põhjal võib siiski kokkuvõtvalt öelda, et meditsiini piiratud võimaluste juures on haiglast väljakirjutamise korraldamisel oluline roll patsiendikeskse tervisehoiuteenuse kujundamisel, tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi koostöö arendamisel, raviteenuse osutaja ja patsiendi probleemide, vajaduste laiemal mõistmisel, toetavate teenuste arendamisel ja ressursside võimalikult otstarbekal kasutamisel. Haiglast väljakirjutamise protsessi toetavate tegevuste kaudu vähenevad inimeste tervisliku seisundi erinevused, inimestel tekivad võrdsemad võimalused saavutada võimalikult täiel määral oma tervisepotentsiaali ja realiseerub parim tulemus piiratud võimalustega keskkonnas, seda iseäranis habraste eakate puhul.

II. METOODIKA

2.1 Uurimuse taust ja probleemiseade

Haigla kontekstis kerkivad päevakorda eaka erinevad elukorralduslikud probleemid, mis kujunevad sageli mitmikprobleemideks. Eakad on haavatavad ja enese õiguste eest seismisel nõrgad ning omavad vähe jõudu oma eemärkide läbisurumiseks tervisest tulenevate piirangute tõttu. Hapra eaka mitmikprobleemidega tegelemine toob paratamatult tervishoiuteenuse osutajale kaasa palju kohustusi: leida lahendusi, võtta vastu otsuseid väljakirjutamise protsessis ning korraldada edaspidise ravi- ja hoolduse küsimusi. Kuid otsuste vastuvõtmine ei ole kerge, kuna need puudutavad mitmete osapoolte huve lisaks patsiendi enda huvidele. Otsuste tegemise keerukus toob kaasa eetilised raskused, väärtuste kokkupõrked ja eetilise kaalutluse vajalikkuse.

Haigla sotsiaaltöötajad puutuvad oma igapäevatoos sageli kokku eetiliste raskustega. Eetiliselt keerulistes situatsioonides esitavad sotsiaaltöötajad tõenäoliselt endale järgmisi küsimusi: kuidas tegutseda ja kas valitud tegutsemisviisiga saavutati parim hapra patsiendi huvide kaitse ning kas vastuvõetud otsused olid õiged või mitte, st tegeletakse eetiliste otsuste ning sealjuures eetiliste valikute kaalumise? Lisaks tekivad küsimused, millistele põhiväärtustele tugineda oma töös, kelle huve esikohale seada jms. Kuidas tasakaalustada individuaalset ja avalikku vastutust? Mis ulatuses on eetiline ühe inimese vajadusi rahuldada, kui selle all võivad kannatada teised?

Lähtudes eelnevast soovisin uurida tervishoiusotsiaaltöötajate nägemust eetilistest konfliktidest habraste eakate haiglast väljakirjutamisel edaspidiste ravi- ja hooldusküsimuste lahendamisel. Mul endal on palju kogemusi antud teemal, kuid ma olen vähe kursis sellega, kuidas teised haiglate sotsiaaltöötajad neid küsimusi oma haigla ja oma töökeskkonna kontekstis käsitlevad. Sotsiaaltöötajate vaatenurk on oluline, kuna sotsiaaltöötaja nägemust ja pinget hapra eakaga tegelemisel ei adu mitte keegi teine sellisel viisil, nagu nad ise. Hapra patsiendiga tegelemise puhul on tähtis ka tervishoius ja sotsiaalhoolekandes esinevate keeruliste valikute ja piiratud võimaluste nähtavamaks muutmine.

Seejärel hakkasin mõtlema, millele tugineda ja missugust lähenemist kasutada uurimuse läbiviimisel. Narratiivset lähenemist soovitas juhendaja Marju Selg. Tutvusin ka Wilksi (2005) artikliga, mis räägib narratiivsest eetikast sotsiaaltöös ja sellest, et narratiivid aitavad heita sügavamalt pilku ja tuua uusi perspektiive eetikaalastesse teadmistesse. Seda kinnitavad ka

Karjalainen ja Kotkavirta (2002), kes tõdeavad, et tervishoius saab juba rääkida narratiivsest lähenemisest, tänu millele on varasem üsna ühekülgne keskendumine eetilistele põhimõtetele ehk printsiibikesksus saanud oma kõrvale mitmekülgsemad arutlused patsiendiga tegelemisest. Narratiiv võib olla kas isikukeskne jutustus või siis ühine ja avalik lugu, millega loodud terviklikkus on sageli eriline sellepärast, et teema arendusse põimitakse objektiivsed juhtumid ja nendega seonduvad subjektiivsed kogemused. Narratiivil ongi imepärane võime objektiivset ja subjektiivset kokku liita – moodustada neist ajalisi tähtsaid tervikuid, millest saavad aru ka kõrvalised isikud. (*ibid*)

Lugesin ka Riessmani ja Quinney (2005) artiklit, kus kirjutatakse, et uurimuslikus kontekstis mõistetakse narratiivina lugu, mida iseloomustab teatud järgnevusmuster ja põhjuste-tagajärgede seostamine soovitava lõpptulemuse nimel: narratiivi sündmused on valitud, korrastatud ja esitatud tähendusrikastena konkreetset kuulajaskonda silmas pidades. Inimesed jutustavad narratiive, et näida kuulajale usutavana, mõjutada, veenda teda oma seisukohtade õigsuses või vastupidi – näidata ennast võimetu ja/või õnnetuna. Lugudesse on kaasatud erinevad esindatud ja identiteedid. Narratiivid on mõjutatud kultuurilisest kontekstist. Lugude kaudu antakse edasi moraalseid tõekspidamisi. (Riessman ja Quinney, 2005; vt ka Linno ja Selg 2009). Nii kulges minu tee narratiivini.

2.1.1 Uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused

Põhjendasin oma töö teemavalikut eelnevas osas. Sellest tulenevalt sõnastasin uurimuse eesmärgiks analüüsida, kuidas konstrueeritakse hapra eaka haiglast väljakirjutamisel esinevaid eetilisi konflikte ja raskusi sotsiaaltöötajate professionaalsetes narratiivides.

Eesmärgist tulenevalt on uurimisküsimused alljärgnevad:

- Kuidas sotsiaaltöötajad kirjeldavad juhtumeid, kus on olnud eetiliselt raske võtta vastu otsuseid hapra patsiendi haiglast väljakirjutamisel?
- Kuidas sotsiaaltöötajad kirjeldavad eetilisi konflikte?
- Kuidas sotsiaaltöötajad kirjeldavad võimalikult head praktikat olemasolevas tervishoiu taustsüsteemis erinevate piirangute raames?

2.2 Empiirilise materjali kogumise meetod

Oma töös kasutasin andmete kogumisel narratiivintervjuud. Narratiivintervjuu oluline erinevus muud tüüpi intervjuudest on see, et intervjuueeritaval palutakse jutustada lugu algusest lõpuni ilma eelneva ettevalmistuseta teemal, mis pakub huvi mõlemale poolele (Riessman, 2008). Jutustaja esitab narratiivis mõtestatult oma kogemuste maailma (Linno ja Selg, 2009).

Narratiivintervjuu jooksul jõutakse loo vaba jutustamise käigus oluliste sündmuste ja teemadeni, mis küsimustele vastamise käigus võivad mitte välja tulla ning lool on oma kulg, see sisaldab vajalikku struktuuri (Riessman, 2008). Narratiivse intervjuueerimise eesmärk on luua pigem detailseid seletusi kui põgusaid vastuseid või seisukohavõtte ja intervjuul on oma faasid, sissejuhatus, suuna kätte näitamine, probleemsituatsiooni jutustamine, tagasivaade, lahendus ning lõpumõtisklus (*ibid*).

Narratiivide jutustamisel on ka terapeutiline funktsioon, mil rasketest asjadest rääkimine aitab toimunud selgusele jõuda, oma emotsioone korrastada, teistega suhestuda (Riessman, 2008). Juba magistritöö teema valimisel oli mul soov pakkuda sotsiaaltöötajatele võimalust rääkida eetiliselt rasketest lugudest nende töös, tunnustada neid ja avaldada oma toetust nende ärakuulamise kaudu. See soov kujunes teadmises, et nad ei saa oma töökeskkonnas piisavalt toetust, neil puuduvad sageli ka ventileerimise võimalused, mistõttu sobis narratiivintervjuu andmete saamiseks hästi. Minu magistritöö, milles analüüsin kuulnud lugusid, on toetusavaldus kolleegidele.

2.2.1 Intervjuude ettevalmistus ja kulg

Intervjuu aegu kokku leppides ütlesin intervjuueeritavatele ainult, et uurin eakate haiglast väljakirjutamisel kujunevaid eetilisi raskusi. Intervjuude kokkulepped sõlmisin varem telefoni teel loodud isikliku kontakti kaudu.

Uurija rollis olles mõistsin, et inimesed, kes viivad igapäevatööna uurimusi läbi, on päris keerulises olukorras kokkulepete sõlmimisel. Nimelt pidin helistamiste ajal pidevalt kaaluma, kas nüüd on sotsiaaltöötaja teine kõne lõppenud, kas nüüd on sobilik uuesti tagasi helistada ja oma uurimusest rääkida, olles kahevahel kui palju oma eesmärki läbi suruda jms. Kokkulepete sõlmimise ajal oli vaja ka enamikele respondentidele öelda, kui kaua intervjuueerimine aega

võtab. Pidin andma neile ajalise piiri, kuigi tegelikkuses seadsid nad ise selle piiri, et pikemalt kui üks tund ei ole neil võimalik intervjuud anda. See küll mõnel juhul nii ei läinud ja intervjuu sai kenasti ajapiiranguteta kulgeda.

Intervjuude saamiseks pöördusin 9 inimese poole. Kõik haiglate sotsiaaltöötajad olid nõus lahkelt intervjuusid andma, kuid tuli ette ka takistusi. Mõnel juhul valmistas sotsiaaltöötajatele raskusi intervjuu aja leidmine. Märkimisväärsed olid olukorrad, mil mõnele sotsiaaltöötajale helistamise ajal olid nad hõivatud veel ka teise telefoniga, mis viitab sotsiaaltöötajate päevakava tihedusele ja pidevale hõivatusele.

Üks haigla sotsiaaltöötaja, kellega soovisin intervjuud teha, oli läinud sünnituspuhkusele ja sünnitustähtaeg oli kohe käes, seetõttu loobusin mõttest temaga intervjuud teha. Tema asendajaga arutasime, et kuna ta on alles asunud haiglas juhtumeid korraldama, pole tal võibolla veel piisavalt kogemusi ning otsustasime üheskoos seejärel intervjuud temaga mitte läbi viia. Ühe intervjuu kokkulepitud aja pidin paar päeva edasi lükkama respondendi viirushaiguse tõttu ja hirmu tõttu ise haigust saada ja teise intervjuu pidin edasi lükkama „masupäevade” tõttu - st haiglas peab võtma kaks päeva palgata puhkust iga kuu.

Osad respondendid avaldasid ka soovi intervjuuks ettevalmistusi teha, kuid rahustasin nad eos maha ja selgitasin, et see ei ole vajalik ning nad saavad kindlasti hakkama ilma eelneva ettevalmistuseta. Kuna kokkulepete sõlmimise ja intervjuude vahele jäi päris pikk aeg, nägin, et enamikel sotsiaaltöötajatel oli meeles vaid see, et soovisin nendega intervjuud teha eetika teemal.

Intervjuud viisin läbi ajavahemikul 23. märtsist 26. märtsini 2010. Kokku toimus 8 intervjuud. Intervjuud salvestasin diktofoniga. Intervjuude keskmine pikkus oli 45 minutit. Kõige lühem intervjuu oli 40 minutit ja kõige pikem 1 tund ja 45 minutit. 6 intervjuu eel esines ka pisut hirmu, kuidas mul õnnestub intervjuu läbi viia, mida suutsin enda arvates varjata. Suurem mure kujunes seoses diktofoniga, kuna ma ei teadnud, kas ta on ikka usaldusväärne ning töötab korrektselt. Osa intervjuusid võisid saada mõjutatud minu ärevatest pilkudest diktofonile, kuid tundus, et uuritavad ei lasknud ennast sellest häirida, sest nad olid huvitatud oma lugude rääkimisest.

Enne intervjuud tutvustasin vastajatele narratiivintervjuu põhimõtet. Rõhutasin, et see pole traditsiooniline intervjuu, kus ma esitan küsimusi ja saan vastuseid, vaid uurija soov on vahele

segamata kuulata nende lugusid haiglaste eakate väljakirjutamisest ja eetilistest kaalutlustest/raskusest just nii, nagu nad neid jutustavad.

Intervjuude alguses kinnitasin vastajatele, et järgin konfidentsiaalsuse nõudeid ning ei nemad ise ega kliendid pole valmis tekstis äratuntavad. Ükski sotsiaaltöötaja ei öelnud ka, et peaksin küsima kelleltki lisaluba intervjuude läbiviimiseks. Ühe haigla juhid andsid mõista, et nad on huvitatud minu töö lugemisest, kui see valmis saab.

Selleks, et sujuvalt oma lähteülesandeni jõuda, küsisin vastajatelt intervjuu alguses taustinfot nende hariduse, töökogemuse ja treenituse kohta eetika vallas. Seejärel andsin vastajatele lähteülesande, üritasin seda teha võimalikult täpse ja laiana, et jutustaja räägiks seda kuulates vastava loo.

Lähteülesande sõnastasin enda uurimuse jaoks järgmiselt:

„Räägi palun eetilistest kaalutlustest/raskustest multiprobleemidega eakate haiglast väljakirjutamisel nende ravi- ja hooldusküsimuste lahendamisel... Palun jutusta mulle mõni lugu algusest peale: kuidas Sa patsiendiga kontakti said, mis oli probleemiks antud juhtumi puhul, et Sinu poole pöörduiti, milline oli patsiendi osalus, kuidas käitusid juhtumis teised osalejad (lähedased või sugulased, kolleegid st meedikud, sotsiaalvõrgustiku partnerid), milliseid eetilisi raskusi, väärtuste kokkupõrkeid Sa tunnetasid selle patsiendiga tegelemisel, kuidas kujunes juhtumi lahendus, kuidas analüüsisid tagantjärele antud juhtumi kulgu“.

Intervjuude õhkkond oli soe ning toetav mõlemapoolselt kõigi intervjuude ajal. Ja huvitavaks avastuseks oli see, et kõik intervjuueeritavad olid minuga suhtlemisel enne ja pärast intervjuud hoolitsevad, kuidas mina kui uurija saan oma asjad aetud, kuidas ma saan hiljem koju sõidetud jne. Selline emalik hoolitsus, ette mõtlemine, planeerimine, väljendus nende suhtluses pidevalt, mis kujundas arvamuse, et haigla sotsiaaltöö tegemisel ehk peabki sotsiaaltöötaja selline olema või oli see tingitud omavahelisest toetusest, mis kõigi raviasutuste sotsiaaltöötajate vahel on alati olemas olnud, kuna tervishoiusotsiaaltöötajaid on nii vähe.

Rahuoja (2009) kirjutab, et tema poolt uuritavad sotsiaaltöötajad soovisid intervjuude ajal, et neile esitataks küsimusi. Sama kogemuse sain ka mina, sest lugude rääkimise ajal pöördusid respondendid vahel abiotsivalt minu poole ja palusid küsimusi esitada. Küsimusi ma enamasti ei esitanud ja sain kogemuse, et kui on kannatust ära oodata ja anda jutustajale pisut puhkust, siis

tuleb järgmine lugu nagu iseenesest, kuigi võib-olla oli vastaja just äsja pool minutit või minut tagasi öelnud, et ta ei oska enam midagi rääkida. Endamisi mõtlen, et iga uurija peaks arvestama kogu intervjuu vältel, et kui vastaja on ühe loo lõpetanud, siis on ta pisut väsinud ja vajab aega mõtete kogumiseks ning see paus võimaldabki huvitavate mõttekonstruktsioonide esile tuleku järgmisesse lukku. Avastasin veel seda, et jutustaja avaneb just siis kõige enam, kui intervjuu hakkab jõudma lõpufaasi.

Ent ilmnes ka see, et intervjuueeritavad olid intervjuu alguses ärevamad ja soovisid minu käest heakskiitu, kas nad ikka räägivad õigest asjast või mitte. Püüdsin seepärast neid omakorda toetada ning luua turvalisemat õhkkonda. Oma toetust uuritavatele väljendasin „mhmh“-ga ja mõnel üksikul juhul esitasin konkreetse loo lõpus mõne täpsustava küsimuse. Intervjuude jooksul ärevus peagi kadus, paranes rääkimise kindlus ning osad vastajad unustasid ära, et ruumis on diktofon ja asjaolu, et nende juttu salvestatakse. Jutustajate esialgne ärevus võis peegeldada teema keerukust, kuigi lugusid, mis neil teemaga seostus, oli palju.

Ootamatu oli intervjuude alguses ka see, et vastajatel tekkisid raskused konkreetsete kliendilugude meeldetuletamisega. Kuid selle fenomeni seletasid jutustajad ise lahti. Nimelt on juhtumite hulk, mida nad peavad korruga haldama, tohutult suur. Töö on nii intensiivne, et mälu blokeerib vanad juhtumid, et saaks võtta asemele uued. Vastajate arvamus oli ka see, et kui liiga palju lugusid endasse koguda ja neid detailselt meeles pidada, siis ei ole nad suutelised pikaajaliselt oma tööd edasi tegema.

Esimene intervjuu oli minu jaoks prooviintervjuu, kus ma testisin, kas mu uurimuse lähteülesanne töötab ning kas minu püstitatud eesmärged on narratiivintervjuuga võimalik saavutada. Esimene intervjuu sujus hästi, eriti kui silmas pidada, et selle intervjuueeritava emakeel ei olnud eesti keel. Rahustasin ennast mõttega, et kui tema suutis aru saada minu lähteülesandest, siis saavad ka teised sotsiaaltöötajad läbiviidava intervjuu eesmärgist aru.

Esimese sotsiaaltöötajaga laabus intervjuu plaanipäraselt, kokku lepitud ajal. Intervjuu toimus respondendi isiklikus kabinetis. Intervjuueeritav omas sotsiaaltöö erialal rakenduskõrgharidust, oli haiglas töötanud üle kahe aasta ja eelnevalt töötanud neljas erinevas kohas. Oma tööd teeb ta hetkel aktiivravahaiglas, mitmes majas asuvates erinevates osakondades, kus viibivad täiskasvanud patsiendid. Sotsiaaltöötaja rääkis, et ta on läbinud erinevaid kursusi, kus on puudutatud eetika teemasid ning tema unistuseks on omandada ka psühholoogi kutse.

Sotsiaaltöötaja kuulub ETSA ühendusse, kuid ei ole taotlenud sotsiaaltöötaja kutsetunnistust kutsekojast. Oma tööd kirjeldas ta nii, et haiglas peab sotsiaaltöötaja olema nagu arst, IT spetsialist, jurist, uurija ja veel kõik muu. Ta tunnistas, et tal pole kuskil nii raske olnud kui haiglas, sest haiglas ei ole võimalik ust kinni panna ja öelda, et mul on tööpäev läbi.

Teise sotsiaaltöötajaga toimus intervjuu keskpäeval tema kabinetis, mida ta kellegagi ei jaga. Kui ma tema töökohale jõudsin, pidin ootama, kuni pakilised tööasjad said tehtud ja mitmetele telefonikõnedele vastatud. Intervjuu järel oli sotsiaaltöötaja tööandja pisut häiritud, et minuga vestlemine töö tegemise aega röövis. Ent tööandja oli ikkagi mõistev ja rääkis tööaja röövimisest naljaga pooleks. Sotsiaaltöötaja suutis olla ise rahulik selle juures ja väärts tunnustust olukorraga toimetulemise eest. Teine intervjuueeritav on magistrikraadiga. Tema ettevalmistus tervishoiu sotsiaaltöö ja eetika-alaselt on põhjalik. Oma töös tegeleb ta täiskasvanutega. Ta kuulub ETSA ühendusse. Ta ei ole taotlenud sotsiaaltöötaja kutsetunnistust kutsekojast, põhjendades seda vajaduse puudumisega ning sellega, et kutsekojas puuduvad inimesed, kes suudaksid hinnata tervishoiusotsiaaltöö alast pädevust. Tema seisukoht oli, et reeglina töötavad meditsiinis eetilised inimesed, kes püüavad piiratud võimaluste (ressursside) juures anda endast parimat.

Kolmanda intervjuu viisin läbi pealelõunasel ajal. Jäin sotsiaaltöötajaga kohtumisele hiljaks, tunnistasin oma süüd ja vabandasin ning siis sujus edaspidine suhtlus meie vahel lodusalt. Ka tema tegemised vajasisid lõpetamist ning seejärel sai kabinetis intervjuu segamatult läbi viia. Oma kabinetti jagab intervjuueeritav teise haigla sotsiaaltöötajaga, kuid tema oli sel päeval puhkusel. Antud sotsiaaltöötaja töötab aktiivravihaiglas, teenindades täiskasvanute erinevaid osakondi. Ta on bakalaureuse kraadiga, olles alustanud haigla sotsiaaltöötajana töötamist kaua aega tagasi. Tema teadmised eetika vallas on head, kuid samas mainis ta, et eetikateemadega on ta kursis mingis ulatuses ja mingil tasemel. Ta kuulub ETSA-sse, kutsetunnistust pole taotlenud, kuna pole seda vajalikuks pidanud. Kolmas vastaja soovib minna edasi õppima, kuid see seisab raha taga, sest õppimine on kallis.

Neljas intervjuu toimus planeeritult hommikul ajal sotsiaaltöötajaga, kes töötab aktiivravihaiglas erinevates täiskasvanute osakondades ja on magistrikraadiga. Temaga viisime intervjuu läbi patsientide söögitoas, avatud ruumis, kuhu kostusid koridori hääled, mis ei olnud samas nii häirivad, et oleksid mõjutanud intervjuu kulgu või lindistamise helikvaliteeti. Intervjuueeritav töötab haiglas juba neljandat aastat ning on enne seda töötanud ka mujal. Ta kuulub ETSA-sse, ei oma kutsetunnistust. Neljas intervjuueeritav osaleb pidevalt koolitustel ning

on seisukohal, et oma pädevuse hoidmiseks ja tõstmiseks on vaja eetikaalaseid teadmisi pidevalt täiendada või värskendada.

Järgmine, viies intervjuueritav on omandanud rakendusliku kõrghariduse, töötanud haiglas 6 aastat. Tema teenindab aktiivravis enamasti täiskasvanute osakondi ning õendushoolduse osakonda, tegeleb geriaatriliste hindamiste läbiviimisega. Intervjuu leidis temaga aset keskpäeval. Intervjuueritav jagab kabinetti kolleegiga, mistõttu kujunes intervjuerimise ajal keeruline olukord, kus ruumis viibis korraga kolm inimest, ent kõik suutsid situatsiooniga kohaneda. Antud sotsiaaltöötaja kuulub ETSA-sse, ei ole kutsetunnistust taotlenud. Vastaja sõnul ei ole kursustel ja koolis eriti süvitsi eetikateemat käsitletud, seda on tehtud, kuid põgusalt.

Kuues intervjuueritav oli vastajate hulgas kõige lühema töökogemusega (2 aastat), omandanud on ta rakenduskõrghariduse ja õpib edasi magistrantuuris. Tema teenindab aktiivravihaigla osakondi ja teeb tööd vahel ka õendushoolduse osakonnas ning mõnikord osaleb geriaatrilise hindamise töös. Ta jagas ruumi kolleegiga, kuid tal ei esinenud seetõttu raskusi intervjuu ajal ja tema kolleeg ei viibinud enamiku ajast ruumis. Intervjuu toimus pealelõunasel ajal. Sotsiaaltöötaja on läbinud koolitusi, kus on eetikateemat piisavalt käsitletud ja seda tehti tema hinnangul vajalikus mahus ka õpingute ajal. Ta ei kuulu ETSA-sse, põhjendades seda sellega, et tal on aega vähe. Kutsetunnistust ei ole ta taotlenud.

Seitsmes intervjuueritav töötab alates 2004. aastast aktiivravihaiglas haiglasotsiaaltöötajana ja teenindab täiskasvanud patsiente. Enne seda on ta töötanud kahes erinevas valdkonnas sotsiaaltöötajana. Tema intervjuu kestis kõige kauem, hommikul ajal. Intervjuu viisime läbi kabinettis, mida ta jagab muidu kolleegiga, kuid kolleeg ei viibinud sel hetkel seal. Intervjueritaval on bakalaureusekraad, kuulub ta ETSA-sse, EGGA-sse, ESTA-sse ning muudesse ühendustesse, kutsetunnistuse saamist pole taotlenud. Eetikateemat on tema sõnul käsitletud erinevatel kursustel, kus ta on käinud ennast täiendamas. Sotsiaaltöötaja avaldas arvamust, et eetilised süstitakse inimesele juba lapsepõlves sisse erinevate väärtushinnangute ja kasvatuse kaudu.

Kaheksanda intervjuu viisin läbi sotsiaaltöötajaga, kes on omandanud rakenduskõrghariduse, töötanud haiglas sotsiaaltöötajana viis aastat, tegeleb täiskasvanud klientidega ja teostab geriaatrilist hindamist. Tal on isiklik kabinet, kus me viibisime intervjuu läbiviimise ajal kahekesi, oli keskpäevane aeg. Vahepeal pidime intervjuu katkestama, kuna vastuvõtule tuli ühe

patsiendi lähedane. Eetikateemat on sotsiaaltöötaja sõnul õpingute ajal ja erinevatel kursustel piisavalt käsitletud. ETSA-sse ta ei kuulu, kuna vahemaad on suured, organisatsiooni ürituste toimumiskohad kaugel, töö juurest äraminek on äärmiselt raske. Samas oli tal organisatsiooniga liitumise soov olemas. Kutsetunnistust ei ole intervjueeritav taotlenud. Sotsiaaltöötaja avaldas seisukoha, et inimesed, kel on olemas sisemine eetika, suudavad töötada meditsiini valdkonnas, aga kui seda pole, siis ei valita ka sellist eriala või keskkonda töö tegemiseks.

Panin tähele veel seda, et intervjuude sisu ja kulg ei sõltunud läbiviimise kellaajast ja mulle tundus, et sotsiaaltöötajad olid kogu aeg vormis ja „alati valmis” olekus, olles treenitud tegutsema kiiresti ning operatiivselt. Selline „alati valmis” olemuslik joon avaldus kõigi intervjueeritavate puhul. Intervjuude segajateks olid telefonikõned, patsiendi lähedase vastuvõtule tulek, koridori hääled, kontoritooliga edasi-tagasi liikumine. Ent intervjueeritavad ega ka mina uurijana ei lasknud ennast segajatest häirida, sest me viibisime harjumuspärasel haiglateskkonnas.

Üheks tugevaks emotsiooniks, mida ma uurijana kogesin, oli kurbus, mis oli tingitud lugude traagilisest sisust. Iseäranis kui tegu oli juhtumitega, kus habras eakas sattus raskes seisundis haiglasse hulgilamatistega ja hooldamata olukorras, sest ta ei saanud kodus ravimeid, süüa või juua, oli pesemata. Või siis, kui eakas pidi kannatama oma elu lõpus väga palju. Need lood kurnasid, tõid kaasa pingeid intervjuude järel ning rõhusid päris pikalt hiljem ja rõhuvad veel praegugi. Lisaks jäid emotsionaalselt rõhuma juhtumid, mil eaka kergeusklikkust, soovi saada tähelepanu ning hoolt, kasutati ära omakasupüüdlikel eesmärkidel. Kurvaks tegi intervjuude tegemise ajal avastus, et süsteem, kus habras eakas liigub, on liiga jäik ning eaka vajaduste katmises alles algelises seisus, peamiselt erinevate ressursside vähesuse tõttu. Endamisi mõtlesin, et ühiskond peaks olema juba arenenum ning suutma garanteerida, et inimesed ei peaks nii jubedaid kannatusi oma elu lõpufaasis läbi elama.

Kuna viisin intervjuud läbi liiga lühikese ajaperioodi vältel, tõi see kaasa tundmuse, et kogu protsess on liiga intensiivne ja ma ei jõudnud iga intervjuusid korralikult enese jaoks läbi mõelda.

Lõppkokkuvõttes olin üllatunud, et sain intervjueerimise käigus nii rohkelt infot ja palju lugusid, sest olin eelnevalt kartnud, et kui ma konkreetsete küsimustega intervjueeritavate poole ei pöördu, siis ei hakka ka mu uurimus tööle. Ent kogesin vastupidist, võisin kogutud materjaliga

rahule jääda ning lood olid ülihuvitavad. Enne järgmisi analüüsifaase olin küsimuse ees, kuidas lugusid nii esitada, et iga loo terviklikkus lugude analüüsimisel kaduma ei läheks.

2.3 Empiirilise materjali analüüsimeetod

Narratiivi analüüsimisel on loo tähenduse ja tähtsuse mõistmisel vajalik arusaam sellest, kuidas on lugu ühenduses oma kultuurilise konteksti ning täpse narratiivstrateegia ja keelelise praktikaga. Narratiivintervjuu tõlgendamisel on tähtis jälgida, kuidas asju öeldakse: kõvasti ja rõhutatult või tasakesi, peaaegu arusaadamatult, julgelt või tagasihoidlikult, nutuselt või lõbusalt, olulised on ka pausid kõne sees ning mitteverbaalne olek ja käitumine: kõhatused, toksimised, kõvad hingetõmbed (Riessman, 2008).

Narratiivide analüüsimisel sain ideid Fraseri (2004) juhustest:

- 1) Lugude kuulamine ja sügavam mõistmine: mille käigus pööratakse erilist tähelepanu emotsioonidele ja kehakeelele nii intervjuu ajal kui peale seda. See on oluline, kuna need annavad tihti meile vihjeid tähenduste kohta.
- 2) Materjali transkribeerimine: transkriptsioonid annavad täpsema salvestuse intervjuust, kui mälu üksi. Samuti on need vajalikud kui lugusid rida-realt analüüsida. Transkribeerimist peetakse üheks tõlgendamise ja analüüsimise vormiks.
- 3) Transkriptsioonide tõlgendamine: selles faasis märgitakse üles täpsustusi, määratakse lugude tüüpe ja suundasid, otsitakse vasturääkivusi. Faasi käigus toimub ka lugude „lahti lammutamine“ – pikad jutud eraldatakse spetsiifilisteks narratiivi lõikudeks. Üks võimalus on jagada jutt välja tulnud süžee järgi hulkadeks ja stseenideks. Selles faasis nummerdavad ja/või pealkirjastavad mõned uurijad lammutatud lood.
- 4) Võrdlev süvenemine erinevatesse kogemuste valdkondadesse: neljandas faasis uuritakse inimeste ja nende keskkonna erinevate dimensioonide vahelisi kokkupuuteid.
- 5) Personaalse ja poliitilise ühendamine: selles faasis pööratakse tähelepanu populaarsetele diskursuse viidetele, mis annavad võimalusi konstrueerida tähendusi. Loo rääkimise viis määrab selle, kuidas seda tõlgendatakse.
- 6) Osalejate seas sarnasuste ja erisuste otsimine: kuuendas faasis otsitakse osalejate vahel erisusi ja sarnasusi. Seda tehakse erinevate rääkijate sisu, stiili ja tooni analüüsimisel või süžeede, sündmuste ja teemade klassifitseerimisel. Erisuste ja sarnasuste leidmine on analüüsi faasidest kõige temaatilisem.

- 7) Akadeemiliste narratiivide kirjutamine isiklikest lugudest – narratiiv on alati konstrueerimise käigus, mis ei ole kunagi lõpuni viidud st uurija võib kontrollida jätkuvalt, kuidas on analüüs kooskõlas ja vastavuses räägitud lugudega.

Fraser (2004) on ka öelnud, et need faasid on pigem juhendmaterjal, mis peaks andma uurijale kätte avastusliku suuna ja ei tohi uurijat jäika linearsesse haardesse suruda. Erinevate faaside analüüsimisse süvenemine sõltus minu kui uurija teadmistest, oskustest ja tähelepanuvõimest ning energiast. Seetõttu on vajalik suhtuda analüüsi tulemustesse kui subjektiivse nägemuse esitusse, mille alusmaterjaliks on uurija emotsionaalse seotuse ulatus, kui ka uute tähenduste otsimise viis. Kuna olen uuritava valdkonnaga otseselt seotud, siis peab arvestama, et analüüs on sellest mõjutatud.

Narratiivide analüüsimisel keskendusin temaatilisele analüüsile, sest olen algaja uurija ja tegelesin narratiivide analüüsiga esimest korda. Riessman (2008) kinnitab, et algajaid uurijaid meelitab temaatiline analüüs, kuna see on selgemalt tabatavam.

2.3.1 Materjali ettevalmistamine analüüsiks

Transkribeerimise oskused olen omandanud 2004. aasta kevadel, kui tegelesin bakalaureusetöö uurimuse läbiviimisega. Sarnaselt Rahuojaga (2009) ei olnud ka mul ettekujutust, kui mahukas töö võib olla narratiivintervjuude salvestuste transkribeerimine. Mind üllatas narratiivintervjuude salvestuste transkribeerimise töömahukus. Kõik kaheksa läbiviidud intervjuud transkribeerisin ise, kuigi alguses kavatsesin endale kedagi appi paluda.

See, et ma tegelesin ise lugude transkribeerimisega, on tagantjärele hinnates tark otsus, sest nii lõin uue kontakti kogutud materjaliga. Ent see tõi kaasa ka suure väsimuse ning emotsionaalse kurnatuse. Pidin nädal aega peale transkribeerimise lõpetamist jõudu koguma, et oma magistrیتööga uuesti tegelema hakata.

Transkribeeritud materjali sai kokku 62 lehekülge. Transkribeerimise ajal häirisid mind parasiitsõnad, sest need olid vastajate keelekasutuses küllalt sagedased. Nende kõrvalejätmine ei olnud samas võimalik, kuna parasiitsõnad võivad anda vastaja lugudesse rõhuasetusi, mille märkimine on lugude tähenduste uurimisel oluline. Sagedasemad intervjuudes esinenud

parasiitsõnad „onju“, „tead küll“, „eks ole“, „eksju“ jms näitavad, et jutustaja eeldab kuulajalt sarnaseid kogemusi, mõistmist ja kaasamõtlemit.

Mõtlesin endamisi ka seda, kui detailiderohke peaks olema iga transkriptsioon. Tegin endale selgeks, et püüan üles tähendada kõik pausid, köhatused, naeru, intervjuu katkestused, telefoni helinad jms. Ent siiski keskendusin pigem sellele, mida räägiti, mitte sellele, kuidas räägiti ja millised olid keskkonna tausthelid. Hiljem kuulasin kõik salvestused üle, tegin parandusi. Lisasin juurde mahakirjutusele oma märkused ja mõtted seoses erinevate lugudega.

Ühe intervjuu transkribeerimise käigus avastasin, et helisalvestis oli halva kvaliteediga. Nimelt liikus üks intervjuueeritav ratastega kontoritoolis ja salvestatud jutt sai liiga vaikne, et ma sellest täpselt aru saaksin ning mõned laused jäid seetõttu tekstis kaduma. Et olukorda leevendada püüdsin mälu ja intervjuu järgselt tehtud kirjalike ülestähenduste abil puuduvaid löike taastada. Lugesin antud intervjuud korduvalt üle ja tegin otsuse, et ei jäta materjali analüüsist välja, kuna see kadu ei olnud nii suuremahuline.

Transkriptsioone ma intervjuueeritavatele tagasi üle lugemiseks ei saatnud, kuna me ei olnud sõlminud eelnevalt sellist kokkulepet ja keegi intervjuueeritavatest ei avaldanud ka vastavasisulist soovi.

Vastajad tähistasin tähtedega A-st H-ni. Iga narratiiv sai endale numברי, alustades ühest, et kindlustada teadmist, kellele milline lugu kuulub. Kokku oli narratiivi tunnustega lugusid 156. Lugude valimisel seadsin kriteeriumiks selle terviklikkuse, teemaga vastavuse. Lugude tsitaadid esitan 12-punktises kursiivkirjas. Tsitaadi ette lisasin sulgudesse respondendi tähe, kelle intervjuust tekstikatke pärineb ja numברי, et oleks mõistetav mitmenda jutustaja poolse looga on tegemist.

Antud faasis tegelesin ka lugude korrastamisega, jättes välja teemavälise jutu ja kordamised. Seejärel koostas Rahuojast (2009) eeskujul võttes Excelis lugudest tabeli. Tabeli koostamise juures tegin oma uurimusest tulenevad vajalikud muudatused. Minu tabel koosnes kaheksast tulpast, kuhu sisestasin esimesse tulpa tähe ja loo numברי, teise tulpa kliendi lühikirjelduse, märksõnad, kolmandasse tulpa eetilise raskuse kirjelduse, neljandasse tulpa loo konflikti, viiendasse tulpa sotsiaaltöötaja poolt väljapakutud eetilise lahenduse, kuuendasse tulpa

kokkupõrkuvad väärtused, mida järgitakse, seitsmendasse tulpa interpersonaalsed tegurid, kaheksandasse tulpa struktureeritud tegurid.

Kui alustasin tabeli koostamist, sisestasin sinna loo kohta märksõnu, kuid edaspidi leidsin, et mulle on analüüsi juures kasulikum kui tabelisse on sisestatud suur hulk loo sisust, sest see võimaldas saada paremini ülevaadet lugude tüüpidest. Seejärel viisin omavahel kokku sarnased lood. Selles faasis said lood ka endale pealkirjad.

Lood olid alljärgnevad:

- Esiteks lood, milles eetiliste raskuste kujunemist mõjutasid lähedastest või huvitatud osapooltest sõltuvad tegurid ja läbivateks teemadeks olid lähedasepoolse hoole puudumine, lähedaste vähene suutlikkus piiratud võimaluste tõttu hooldust tagada, lähedaste või muude isikute huvi saada pärandit, aga mitte täita hoolduskohustust ning sugulastepoolne osakonnast või haiglast väljakirjutamise otsuste, sekkumise iseloomu vaidlustamised ning ebareaalsete ootuste esitamised medikutele jm.
- Teiseks lood, milles eetilise raskuse kujunemist mõjutasid patsiendist endast sõltuvad tegurid, nagu füüsiline funktsioneerimine, vaimne seisund ja materiaalne kindlustatus ning läbivateks teemadeks oli eaka piiratud suutlikkus orienteeruda edaspidise ravi ja hoolduse korraldamises, eaka soovidega mitteametamine ja materiaalsete ressursside vähesus edaspidise ravi- ja hooldusteenuste saamise eeldusena.
- Kolmandas grupis on lood, milles eetilised raskused tekkisid süsteemist tulenevate tegurite tõttu. Neis lugudes olid osapoolteks haigla ja kohalikud omavalitsused institutsioonina ning mõju avaldas ka tervishoiu-, hoolekandesüsteemide toimimise eripära. Läbivateks teemadeks haigla huvidest ja kohalike omavalitsuste piiratud ressurssidest tingitud erimeelsused. Samuti eetilised raskused, mida põhjustas vähene süvenemine sekkumisel ning tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemi poolt kehtestatud jäiga mudeli järgimine.

Kuna kogutud materjali hulk on väga suur, otsustasin teha temaatilise valiku ja keskendusin nende narratiivide analüüsile, mis käsitlevad patsiendi lähedastega seotud raskusi. Selle otsuse tegemisel sain tuge ja nõu oma juhendajatelt.

III. ANALÜÜS

3.1. Eetilised raskused, mis kujunevad seoses lähivõrgustikuga

Eetilisi raskusi konstrueeritakse sotsiaaltöötajate narratiivides erinevate teemade kaudu. Väga paljud tervishoiusotsiaaltöötajate poolt jutustatud narratiivid puudutasid eetilisi probleeme, mis kujunesid seoses haiglas viibiva hapra eaka lähedastega. Eetelistest raskustest räägiti seoses patsiendi edaspidise ravi- ja hooldusküsimuste korraldamisega, mil lähedased seadsid enda huvid abivajava eaka huvidest kõrgemale, mil tekkisid konfliktid lähedaste ja haigla raviotsuste ja väljakirjutamise sihtkoha osas, mil tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem esitas eaka lähedastele ebareaalset kohustusi, millega nad toime ei tule. Lisaks tulid lugedes esile sotsiaaltöötajate endi raskused eaka lähedastega koostöö saavutamisel. Lugedes kirjeldatud protsessides olid osalejateks erinevate vajaduste, huvide, ootuste, arusaamade, kohustuste, väärtuste, teadmiste ning võimaluste toimijad: patsient, lähedased, meditsiini personal, kohalikud omavalitsused, erinevate teenuste osutajad ja raviasutuse sotsiaaltöötaja.

Haigla sotsiaaltöötaja ülesanne ja eesmärk ning moraalne kohustus on tegeleda sellega, et iga juhtumi korral saavad eelkõige kaitstud patsiendi huvid, ta peab olema patsiendi huvide eest seisja rollis. See väljendub inimese iseseisvuse ja oma elu juhtimise toetamises, õiguse tagamises olla täisväärtuslik kaasarääkija haiglast väljakirjutamisel. Tuleb edendada patsiendi iseseisvat toimetulemist, arvestada tema soove, laiendada valikuid ning aidata otsuseid ellu viia. Kõik see toimub kontekstis, kus hapra eaka haiglast väljakirjutamist mõjutavad erinevad asutuse töökorralduslikud reeglid, väljakirjutamisreeglid, tervishoiu- ja sotsiaalhoolekannet reguleerivad seadused, patsiendile endale ja lähedastele omistatud rollid, kohustused, patsiendi poolt eelnevalt elatud elu, tema tervislik seisund, materiaalsed võimalused jm. Selles keerulises olukorras on vaja hoolitseda, et erinevate osapoolte ja võrgustikuliikmete vahel leitakse parim võimalik üksmeel etteantud võimaluste piires.

Nagu eespool mainitud, otsustasin sellest laialdasest teemaderingist keskenduda patsiendi lähedastega seotud asjaolude, suhete ja eetilistele konfliktidele. Valisin analüüsimiseks kõige iseloomulikumad lood. Teemadele pühendatud narratiive analüüsidest toon välja kirjeldatud olukorra iseärasused, millised tegelased loos osalevad ja mida nad teevad, nende ootused, vajadused, võimalused jne. Uurin ka sotsiaaltöötaja enesesitlust ja tema töö sisu kirjeldusi. Eriti huvitas mind, kuidas sotsiaaltöötaja kirjeldab oma eetilisi kõhklusid ja üleelamisi ning milliseid

hinnanguid ta oma lugudes kirjeldatud sündmustele ja tegelastele annab. Lood jaotasin analüüsis üldistatud lugudeks, st ühesuguste lugude süžeealisteks kokkuvõteteks, ja lugudeks, kus olid nimetatud konkreetsed tegelased, kus oli olemas konkreetne algus, lõpp, toimumiskoht, Viimastele lisan ette tähise – **lugu patsiendist**.

3.1.1 Lood, milles hapra eaka lähedased seavad oma huvid abivajaja huvidest kõrgemale

Selles osas esitan sotsiaaltöötajate poolt esitatud lood, kus põimuvad kaks teemat: soovimatus hoolitseda eaka lähedase eest ja soov saada materiaalset kasu.

Lood hoole puudumisest

Alljärgnevalt esitan sotsiaaltöötaja arutluse raskuste kujunemisest siis, kui suguvõsa ei tee koostööd ega hooli haigest.

(A 4) Ja mis samuti raske on, ee, mina kui sotsiaaltöötaja, ma pean, kui minuga ei tee koostööd näiteks suguvõsa. See on hästi jube olukord, kus tuuakse inimest haiglasse ja siis on sugulastel nn selline arusaam, et kui ta on haiglas, siis ei ole enam meie probleem ja kuna ta on nii haige, koju ka teda ei võta. No vot, et siis tekib nagu see koht, et kuhu inimest panna ja siis tulevad need seadused eks ole, kuna tal on lapsed eks ole, siis lapsed peavad maksma ja noh nii edasi... Kõik need muud asjad. Ääretult raske on...

Lugu kõneleb sellest, et sotsiaaltöötajal on äärmiselt raske aktsepteerida olukordi, mil sugulased toovad patsiendi haiglasse ja jätavad ta sinna. Sotsiaaltöötaja ei jaga arusaama, et siis peab hakkama haigla tegelema patsiendi edaspidise elukorralduse küsimustega. Selles loos annavad lähedased vastutuse justkui haiglale üle ja ise seda enam võtta ei soovi ning ei hooli oma abivajavast pereliikmest. Kuna haiglas viibimise aeg on piiratud, siis kerkib üles küsimus, kuhu haiget edasi saata, kuidas korraldada edaspidist hooldust. Sotsiaaltöötaja viitab ka perekonnaseadusele, kus on reguleeritud vanemate, laste, lapselaste kohustused üksteise suhtes, tuues näiteks olukorra, et kui inimene vajab mõnda teenust, mille eest on vaja maksta, siis on lastel kohustus seda teha.

Lugu patsiendist. Alljärgnev lugu algab sissejuhatusega, mis tutvustab olukorda ja tegelasi. Selle loo toimumiskoht on erakorralise meditsiini osakond, kuhu on toodud 80-85 aastane meesterahvas. Loos olid osalejateks eakas mees, sotsiaaltöötaja, arst, mehe elukaaslane ja mehe elukaaslase lapselaps.

(A 5) Üks [lugu] oli selline, kus toodi inimest EMO-sse ja mina, tähendab, kuna ma olen mitme maja peal, siis mind ei olnud seal kui vajadus oli ja mulle helistati kuskil poole päeva peal, et miks sotsiaaltöötaja ei tule ja sotsiaaltöötaja ei tegele. Ma ei saanudki midagi teha ju... See tähendab et öösel toodi patsient, kes ei liigu, lihtsalt lamaja ja oli suhteliselt õnnetus olukorras, aga [MOBIIL, kuid jutustaja ei vasta] ja siis tuleb välja, et ta on kunagi varem meie juures olnud, aga mitte ühtegi telefoninumbrit ei ole. Siis aa oli üks telefoninumber ja see oli elukaaslase lapselaps, arst helistas, elukaaslase meesterahvas sõimas näo täis, viskas toru ära ja ütles telefonis, et ei kavatse midagi teha...

Loo alguses väljendub sotsiaaltöötaja pahameel, mis tabas teda seoses sellega, et ta peab suutma leida lahendusi ka siis, kui teda pole kohal. Sotsiaaltöötaja oli häiritud ka sellest, et lähedane oli öelnud arstile, et ta ei kavatse midagi teha. Sotsiaaltöötaja küsis ka lisainfot KOV-st pere kohta. Eakas mees oli elanud koos elukaaslase ja lapselapsega, kes ei soovinud patsienti enam koju võtta, just siis, kui ta oli haigeks jäänud. Selle mehe kohta öeldi, et ta on täiesti võõras inimene 25-aastase omavahelise kooselu järel.

(A 5) See onu elas ütleme nii, et oma elukaaslasega, nad olid juba vanemad inimesed ja selle elukaaslase lapselaps elasid nendega koos või siis hooldas mõlemat aga nüüd onu läks, nn tervis läks halvemaks üks ole ja toodi ta haiglasse. Ja kõik, koju ei võta. Ja siis öeldakse, kui ma lõppude lõpuks sain läbi KOV teise telefoninumbri, sain natuke infot KOV poolt ja siis mulle öeldakse, et ta on täitsa võõras inimene. 25 või palju ta aastaid koos olid elanud ja nüüd oli täiesti võõras inimene.

Sotsiaaltöötaja emotsioon oli selles loos seotud kurbustundega. Sotsiaaltöötaja rääkis ka edasisest lahendusest. Kuna eakas mees vajab edaspidist hooldust, saadeti ta edasi hooldushaiglasse, kus on omaosalustasu. See tõi esile järgmised küsimused, kust ja kuidas leida raha omaosaluse tasumiseks, kuidas pensionit kätte saada.

(A 5) Ja siis oli nagu äärmiselt kurb, kuna talle oli vaja hooldust, me saatsime ta ... haiglasse. Hooldushaiglasse, aga seal on vaja maksta omaosalust ja kui sul sularaha ei ole, rääkimata sellest, et ta oli sellises seisundis, et voodihaige patsient reaalne ja tal oli noh, me ei teadnud, kuidas ta saab pensionit, kas postkontorist või arve pealt.

Sotsiaaltöötaja püstitas siinkohal küsimuse, et kui eakas mees on suunatud hooldushaiglasse, siis on see ajutine teenus, nentides, et ka edaspidine elukorraldus vajab lahendamist, ja rääkis sellest, et ravimeeskond ei teadnud, kas ja kuidas hakatakse edaspidise hooldusasutusteenuse eest maksma hooldushaiglas viibimise järel. Sotsiaaltöötaja kasutas lõpumõtiskluses me ja mina vormi segamini, omistades patsiendi probleemidele lahenduste leidmisel rolli nii endale kui

kellelegi teisele, st ravimeeskonnale. Lugu lõppes eaka mehe jaoks sellega, et KOV võttis kohustused üle ja patsient sai minna hooldekodusse.

(A 5) Ja vot selliste patsientide puhul on äärmiselt, ma võin ju ta hooldushaiglasse saata üks ole, aga kes ta hooldusega edasi tegeleb, kas ta läheb koju või kus iganes läheb, aga see on vajalik maksta ja me ei teadnud, kes ja kuidas maksab? See on nagu kõige raskem olukord praegu. No õnneks selline olukord lahenes lõppude lõpuks, ta läks haiglasse ja sai makstud arve, kus ta läks ja pärast seda läks ta edasi hooldekodusse KOV abiga. Pärast kui selle onu elukaaslase lapselapsele ka helistasin, siis elukaaslase lapselaps ütles, et te olete eksinud numbriga, et see ei ole üldse...

Selle loo puhul on märgatav, kuidas juhtum sotsiaaltöötajat pahandab, kui patsiendi vajadusi ei arvesta tema enda pereliikmed. Sugulased tegid otsuseid patsiendi edaspidise elukorralduse osas ilma patsiendilt midagi küsimata ja arvestamata eaka õigust oma suhetes asju ise määrata. Sotsiaaltöötaja nägi eetilise valikuna seda, et patsiendil on võimalus saada edaspidist hooldust hooldushaiglas ja hooldusasutuses.

Lugu patsiendist. Järgmine patsiendi lugu räägib perekonnast - pojast ja tema haigest emast. Emal olid haigekassa poolt pakutud võimalused kõik ära kasutatud, aga poeg ei tulnud haiglast väljakirjutamise päeval talle järele. Emale ravikindlustuse saamiseks oli kasutatud valenime ja -dokumente. Lugu leidis aset jõululaupäeval tööpäeva lõpus, ema kojuviimise päeval, mil ema soovis väga koju. Loos olid osalejateks haigla autojuht, sotsiaaltöötaja, ema ja poeg.

(C 3)... Järgmine juhtum on mul ühest perekonnast, ühest pojast, ee kelle emal oli nagu haigekassa poolt pakutud võimalused ära kasutanud ja lisaks kasutati valenime, ravikindlustuse saamiseks ja valedokumente sellel vanainimesel, ja siis tuli jõululaupäev ja see ema oleks kõrvalise abiga, noh perekonna toel kodus hakkama saanud, soovis väga koju minna. Ja poeg lülitas oma telefoni välja või ei võtnud vastu ja siis me otsisime ja ikka üritasime helistada ja siis oli juba tööpäevalõpp, jõululaupäev ja meil oli haiglas haigla autojuht.

Sotsiaaltöötaja räägib erinevate sekkumistegevuste sooritamisest meie-vormis, kirjeldades, et nad (sotsiaaltöötaja ja ravimeeskond) püüdsid saada ühendust patsiendi pojaga, kuid ei saanud teda kätte. Seejärel otsustasid haigla sotsiaaltöötaja ja haigla autojuht patsiendi, st ema ise koju viia.

(C3) Me võtsime patsiendi kaasa ja me läksime koju, kõik kardinad olid ees ja meid ei lastud sisse, kui seal kedagi kodus ka oli. Vahel oli poeg käinud haiglas ja see autojuht lihtsalt teadis selle mehe autot, nii et natuke aega hiljem, see oli korralik eramaja, ee tuli see, nägime kuidas poeg sõitis majast mööda nähes haigla autot oma maja ees... ja siis see ema, kes ootas kohtumist oma pojaga nii väga ja laulis seetõttu kogu aega valgetest

roosidest, ta laulis vahetpidamata. Siis kiirabiautojuht oli nii šokeeritud sellest, et ta tõmbas põiki sellele džiiibile ette (irooniline naer), küljega ette ja läks selle poja juurde, võttis tal rinnust kinni, tõmbas ta autost välja ja ütles, sa oled mees või ei ole mees.... Ja tõi selle mehe ema juurde ja ema muidugi rõõmustas, kui poeg tuli. Ta ei näinudki seda nii kaugele, seda, kuidas see poja tulemine oli...

Seda omakohtuga õigluse jaluleseadmise episoodi kirjeldades andis sotsiaaltöötaja ühelt poolt hinnangu poja käitumisele ja teiselt poolt väljendus seal sotsiaaltöötaja enda abitus ja võimu puudumine sellelaadseid olukordi otsustavalt lahendada. Sotsiaaltöötaja annab teise inimese – autojuhi – tegevust kirjeldades mõista, et ainus mõjus sekkumine oli füüsiline sekkumine, mis oli temale kui sotsiaaltöötajale paraku kättesaamatu. Hinnangut võimendab sotsiaaltöötaja sarkastiline naer.

Patsient ehk ema ei saanud tol momendil toimuvast aru, olles õnnelik, laulis kogu aeg, ootas autos. Lugu lõpeb sotsiaaltöötaja tõdemusega, et ema ei saanudki aru, kuidas see kohtumine pojaga võimalikuks sai. Eetilise lahendusena nägi sotsiaaltöötaja seda, et ema jõudis koju ja emale jäi teadmine, et poeg temast hoolib.

Lugu patsiendist. Järgmine lugu räägib kodust ilma jäämisest haiglas viibimise ajal ja 70-aastasest mehest, keda haigla sotsiaaltöötaja määratles enneaegu vananenud keskealiseks. Loos olid osalejateks mees, mehe surnud naise tütar, sotsiaaltöötaja, naabrid.

(G 1) Noh ega kõik ei olegi ainult eakad.. palju on selliseid keskealisi, kes on juba noh niiviisi vananenud lausa, et inimene on juba vana ja noh kui haigus tuleb siis ta muutub täielikult abituks. Et mul oli siin kuskil üks 70-aastates mees, suur tugev mees, pealtnäha paistis siuke elujõuline olevat alles.

Sotsiaaltöötaja jutustas, et sellel mehel tekkisid alkoholiprobleemid naise surma järel, sest mees ei tulnud leinaga toime. Alkoholiprobleemide tõttu muutusid suhted surnud naise lastega keeruliseks, mehe tervis halvenes ja ta sattus haiglasse. Mees oli eelnevalt elanud naisega koos pikalt, oli andnud kõik oma säästud perele ja toetanud surnud naise tütar kui poega.

(G 1) Lugu sai alguse mitte kaua aega tagasi. Aga värises üleni, tegelikult oli tal psüühika nii paigast ära, ja probleem oli selles, et naine suri hiljuti. Eks siis tekkisid seal alkoholiprobleemid, eks siis mees mõtles oma seda valu ja kurbust ja kõike nagu alkoholisse uputada, seoses sellega tekkis ee kohe probleem naise lastega. Mehel endal lapsi ei olnud, ee siis oli niiviisi mees oli elanud üle 20 aasta selle naisega, oli oma korteri, oli siin vist kaks korterit ja üks maja. Oli kõik ära realiseerinud ja kõik oli

läinud ühiskatlasse, aga see korter, kus nad elasid, ei olnud absoluutselt, mehel ei olnud sissekirjutustki olemas.

Mehe haiglas viibimise ajal andis surnud naise tütar mehele teada, et ta ei lase teda koju tagasi. Sotsiaaltöötaja iseloomustas loo jutustamise ajal meest heasüdamlikuna, omistades patsiendile ohvri rolli. Sotsiaaltöötaja viis looga tegelemise ajal ennast järjest enam asjadega kurssi ning tundis süütunnet, et ei suutnud kohe juhtunust ülevaadet saada. Sotsiaaltöötaja sai peagi naabrite käest info, et mehe asjad on vahepeal korterist tänavale tõstetud. Seejärel võttis sotsiaaltöötaja mehe käest surnud naise tütre telefoninumbri ja selgitas tütrele mehe õigusi. Mees ise ei olnud nõus kohtusse minema ega surnud naise perega vaidlema. Sotsiaaltöötaja saavutas tütreaga kokkuleppe, et mees saab oma asjad kätte. Sotsiaaltöötaja tõstatas selle juures küsimuse, kas siin saabki seda lahenduseks pidada, aga ta lohutas ennast teadmiselega, et mees ise jäi selles olukorras rahule. Sotsiaaltöötaja rääkis oma sekkumistegevustest mina vormis.

Loo lõpp räägib sotsiaaltöötaja enda pingetest ja siseheitlustest selle patsiendi muredega tegelemisel, mil ta vahel ei teadnud, mida teha ja kuidas edasi tegutseda, ei teadnud, mis on patsiendile hea. Sotsiaaltöötajal oli soov kaitsta mehe huve, teda rahustada, otsida lahendusi. Sotsiaaltöötaja tunnistas, et vahel valdas teda jõuetus või tahtmine teha enam, kui oli võimalik. Sotsiaaltöötajal tekkis ka soov halvasti öelda või kuidagi samaga vastata sellele surnud naise tütrele, kuid ta distsiplineeris ennast, ei ületanud lubatud piire. Lugu lõpeb mõtisklusega selle üle, kui raske on sotsiaaltöötajal selliseid lugusid lahendada ja nende lugudega emotsionaalselt toime tulla, jääda professionaalseks.

(G 1) Ja siis ee noh vaata takkajärgi on nii raske tegelikult, seal oli niiviisi, et kõik seda lugu kuuldes satud ise ju lausa niiviisi, et sa nagu ei oskagi kuskilt edasi minna. Et sa seisad ühe koha peal paigal ja pead tükk aega mõtlema kohe, millega alustada, kuidas, kuidas nüüd seda selle inimese kõige, sellele inimesele kõige parem oleks. Et ta ei närvitseks liigselt, et ta, sa ei saa talle lubadusi otseselt anda, et ma nüüd mingisuguse asja teen ära... Aga aga noh tähendab sa pead ta kuidagi maha ka rahustama ka, et noh saab haiglas olles nagu rahulik olla. Ja- ja noh mmm mis seal on, seal on täitsa inimlik, siuke täitsa jõuetuse tunne tekib, sa ei saa midagi sellele inimesele, kes noh ju lausa väevõimuga tõstab teise asjad välja. Olgu mis on, ta on ju samas nautinud neid hüvesid, ju selle poolt loodud hüvesid ju samamoodi. Ja ta lihtsalt külmavereliselt tõstab tõstab tema asju ära ja ja noh tähendab, vahel tekib ise endal selline tunne, et tahaks jälle halvasti öelda. Aga noh samas see ei ole jälle eetilise, et ma kellelegi halvasti ütlen, ma pean lihtsalt konstateerima, vot et sellel mehel on niisugused õigused, tal on õigus kohtusse anda, muidugi mis seda naist väga ära kohutas. Ja ja ja mehele siis samamoodi räägid, mis tema õigused on, et ee et kuidas ta saab ennast kaitsta. Aga noh see juhus laheneb tegelikult imelihtsalt selles suhtes, et LV –st sai talle lihtsalt pind, mees sai oma asjad kätte niipalju kui ta sealt sai endale sinna pinna peale viia hiljem ja

praegust ee on ta väga tänulik. Isegi, mis on ime, et ta helistas mulle ja tänas, et noh tähendab, niisugust asja juhtub väga harva, et kui keegi helistab ja tänab, et sa oled tema õiguste eest seisnud, või sa oled tegelikult teda kuidagi aidanud. Et noh tegelikult see nagu innustab edasi tööd tegema...

Loo lahenduseks oli, et sotsiaaltöötaja aitas KOV kaasabil leida mehele sotsiaalmajutuskoha, kuhu ta sai oma asjad viia. Mees avaldas tänu, millest sai sotsiaaltöötaja innustust oma töö edasi tegemiseks. See lugu räägib inimese tunnetega mitteamvestamisest, tema enesemääramisõiguse riivamisest, tema huvide kahjustamisest, kolmekordsest kaotusest elus, kus mees on kaotanud naise, suhted naise lastega, kodu. Sotsiaaltöötaja nägi antud juhul eetilise lahendusena mehe õiguste eest seismist, tema asjade kättesaamise korraldamist, mehele uue elukoha saamist, psühholoogilise toetuse pakkumist.

Need kolm lugu rääkisid lähedaste inimeste vähesest hoolivusest, purunenud suhetest ning vastutusest keeldumisest. Sotsiaaltöötajate jaoks olid need lood eetiliselt rasked, kuna nad nägid, kuidas inimese huve ei võeta arvesse. Sotsiaaltöötajate sees tekkisid erinevad heitlused sellel tasandil, kuidas erinevad erialaväärtused võivad saada mõjutatud ning minna vastuollu reaalses elusituatsioonides erinevate osapoolte huvidega.

Analüüsitud juhtumite puhul seisnes väärtuste konflikt selles, et inimesel peaks olema õigus omada kontrolli oma elu üle, viibida individuaalsust ja enesemääramisõigust arvestavas turvalises keskkonnas, saada pere käest abi, kui nad on hädas ja ei ole suutelised enam iseenda eest hoolt kandma. Nendes juhtumites võtsid lähedased endale õiguse otsustada inimese üle, kes nende silmis oli muutunud väärtusetuks. Nad eirasid ühiskonnas kehtivaid kirjutatud ja kirjutamata reegleid pereliikmete toetamise kohta. Juhtumid räägivad ka peresisest kohustuste ja õiguste vahekorra mõistmisest üldiselt. Sotsiaaltöötaja ei saa olukorda radikaalselt mõjutada, kuid tema jaoks on sel juhul eetiline lahendus pakkuda eakale emotsionaalset toetust, selgitada lähedastele patsiendi vajadusi, olla empaatiline, kuulata eakas ära, otsida õigusabi, tagada transport koju, tagada haprale eakale ravil viibimise võimalus madalama etapi raviasutuses. Või hooldusküsimuse lahendamise korral paluda KOV-lt abi, et KOV võtab vastutuse üle turvalise keskkonna tagamiseks. Sotsiaaltöötajad soovisid jätta eakatele alles teadmise, et neist ikka hoolitakse. Lisaks tuleb sotsiaaltöötajal toime tulla ka iseenda sisemiste pingetega, mida põhjustab oluliste väärtuste jalge alla tallamise kogemine.

Lood soovist saada materiaalselt kasu

Järgmisena esitan sotsiaaltöötajate jutustusi sellest, kus nad räägivad lähedaste, hapra eakaga kokkupuutuvate inimeste soovist saada materiaalselt kasu, antud juhul vara.

Sotsiaaltöötajad räägivad, et varaga seotud küsimused on nende arvates alati keerulised. Nad juhivad tähelepanu ka sellele, et varade pärimisel ei laiene pärijale seaduslikku kohustust tagada hooldust, kui varaandja seda vajab. Sotsiaaltöötajate arvates on see ebamoraalne, kui eakalt võetakse vara, kuid ise ei anta vastu midagi. Sotsiaaltöötajad leiavad, et kui inimene on kellelegi vara ära kinkinud, siis peavad pärijad võtma ka vastutuse inimese haiglaajärgse elukorralduse tagamisel. Nad jutustavad lugudes kurbustundega südames, et lähedased nii teevad ja väljendavad ka oma pahameelt pärijate peale. Sotsiaaltöötajad esitavad endale küsimuse, kuidas suunata pärijat vastutust võtma, kui varaandja hooldus vajab korraldamist. Nad tunnistavad, et see ei ole kerge, kuna ka seadus ei toeta neid sealjuures.

(C 7) See pärimise teema on väga kurb, et pärijatele ei laiene kohustusi või nad reeglina mitte nüüd päris reeglina, aga sageli nad üritavad varjata neid kohustusi. Eriti kui on tegu neurokirurgias patsientidega, kelle toimetulekuvõime on alanenud ja kelle puhul on vaja hooldada, kes ise ei tarvitse mäletada kõiki oma kontakte, siis varjatakse neid kontakte. Siin ei ole väljakujunenud selliseid kohustusi, kohustusi ja vastutust selle inimese ees, kes voodisse on jäänud.

(E 7) Mm veel on nagu varaga seotud küsimused, on ka alati keerulised, et ee kui eakas oma mm kinnisvara kinkinud ee kas siis kaugelt sugulasele, või noh üksik. Üksikud eakad reeglina ee siis kaugelt sugulasele või tuttavale ja kui tuleb kätte see siis aeg, et on vaja nagu edasist hooldust korraldada või siis tasuta edasise hoolduse eest ee. Siis need sugulased, kellele vara on kingitud, tihtipeale ütlevad, et et või noh ei taha vastutada, ei taha mingisugust kohustust võtta selle eest. Tegelikult ei saa noh ka neid selleks sundida kuidagi, ei ole seaduslikku alust. Et ee siis ongi et, kuidas ma mõjutan neid või panen neid mõtlema, et teil ikkagi on mingi kohustus selle vanainimese edasise elukorralduse eest muretsemisel. Et ee on vahest mõjutamine kannab vilja, aga on ka juhtumeid, kus ikkagi öeldakse, et ee et ee, et mina ei palunud tal oma maja mulle kinkida ja mul ei ole lihtsalt võimalik ee edasi tema hoolduse eest tasuta või teda hooldada. Et ... ja siis ongi siuke keeruline...

Üks sotsiaaltöötaja rääkis ka ühe aastate taguse loo, Eesti taasiseseivumise järgest ajast, kus elamispindade erastamise ajal olid eakad väga kergesti mõjutatavad lühiajalisest tähelepanust ja et neid suunati kimbu banaanidega korterit kinkima. Sotsiaaltöötaja rääkis, et ta ei saanud nendesse tehingutesse otseselt sekkuda, kuna süsteem ei olnud tema selja taga veel välja arendatud ja KOV-st võis hoopis tulla surve, et andku korter ära. Ta tunnistab, et seda oli raske pealt vaadata. Lisaks oli sotsiaaltöötaja arvates väga raske ära võtta vanainimeselt seda rõõmu, et

keegi talle ometigi pensionile jäämise järel tähelepanu pöörab. Need olid tema jaoks valusad momendid, mil kontekst (arenguetapp), kus ollakse, kirjutab ette oma mängureeglid.

(C 1) Ma ei saa nagu konkreetset juhtumit tuua, aga üks asi oli see kui oli elamispindade erastamise aeg või siis nõnda nimetatud kollaste kaartide, töötatud aastate kinkimise aega, siis ma nägin seda, kuivõrd lihtne on mõjutada eakat patsienti, kellel on tähelepanu puudus olnud, võib-olla pensionile jäämisest saadik ee ja kuidas oli võimalik mõjutada kimbu banaanidega et näiteks sugulasele või võõrale inimesele kinkida oma korter. mm sellesse sekkuda otseselt ei saanud, ma nagu enda jaoks tundsin seda, et ma näen kuidas inimesed kaotavad lihtsalt lihtsameelsusest oma elukoha, kodu ja kindlasti on see tähelepanu väga lühiajaline. Aga võtta ära inimeselt seda rõõmu, et keegi talle ometigi tähelepanu pöörab, et see on raske. Ja ei olnud ka mingeid toetavaid mehhanisme, see süsteem ei olnud veel välja kujunenud, KOV oli selles valdkonnas veel nii nõrk või ei olnud üleüldse olemas, või pigem aitas kaasa sellele kellelegi, kes tuli ja aitas korrastada selle, et ahah kinkis ära korteri, siis on see asi kaelast ära. Et noh nagu sellised valusad momendid on, need on sellised, mis lihtsalt tulevad ühel hetkel meelde seoses sellega.

Lugu patsiendist. See lugu räägib alkohoolikust mehest, kelle maja oli mahapõlenud, kes oli sattunud haiglasse, kus siis selgus, et tal puudub elukoht, kuhu edaspidi minna. Loos osalevad tegelastena alkohoolikust mees, mehe pojad, haigla sotsiaaltöötaja, kahe KOV sotsiaaltöötajad.

(E 6) Näiteks üks näide konkreetne oligi, oli üks vene mees meil ee, kes on alkohoolik, ee viimase viie aastaga ennast põhja joonud, ee kõik oma kinnisvara maha müüinud. Osaliselt on siis ka, tal on ka kaks poega... Pojad siis osaliselt ka selle raha väidetavalt siis ära talt võtnud...

Kui oli selgunud, et mehel ei ole kuskile minna, siis püüdis sotsiaaltöötaja võtta ühendust poegadega, kellest üks elas välismaal. Teine poeg elas Eestis. Kui sotsiaaltöötaja Eestis elava pojaga suhtles, ütles poeg talle, et ta ei soovi oma isast midagi kuulda ja keeldus oma isa abistamast. Sotsiaaltöötaja püüdis korduvalt pojaga veel rääkida, kuid ühest hetkest ei võtnud poeg enam telefoni vastu. Seejärel võttis sotsiaaltöötaja ühendust selle KOV sotsiaaltöötajaga, kus mees reaalselt elas, aga sai järgmise reaktsiooni osaliseks.

(E 6) Ee võtsin ühendust KOV-ga ja esimene reaktsioon oli siis ka, et kuna ta ei ole meie piirkonna inimene, ta on sissekirjutatud linna, siis ee pöörduge sinna. Et et noh nagu meid see ei puuduta, see ei ole nagu meie probleem...

Seejärel püüdis sotsiaaltöötaja lahendada erinevate KOV tasandil patsiendi elukohaprobleemi, mille käigus kujunesid vastuolud linna ja valla sotsiaaltöötajate vahel, sest keegi ei soovinud

vastutada. Lõpuks said elukohaküsimused lahendatud ja mees läks tagasi valda, kust anti talle sotsiaaleluruum.

(E 6) Ja saime üheskoos asjad sinnamaani, et ta läks ee sinna ... valda tagasi ja sealt siis juba sai endale sotsiaalpinna... Et selliste juhtumite puhul ongi kõige raskem või ongi, et mitte keegi ei ole huvitatud, ee mitte keegi ei taha vastutada, kõik viskavad ühest ainult nagu ühest aiast teise seda juhtumit, nagu palli. See on nagu siuksed... eetilisel rasked juhtumid.

Selles loos käsitles sotsiaaltöötaja meest oma poegade ohvrina, kuna nad oli temalt raha ära võtnud ja kui isa abi vajas, ei osutanud abi. Sotsiaaltöötaja jaoks seisnes eetiline raskus selles, et keegi ei soovinud võtta vastutust, pidades seda palli viskamiseks ühest aiast teise. Eetilise lahendusena nägi sotsiaaltöötaja olukorda, mil mees saab endale elukoha, kuhu edaspidi minna. Mehele elukoha saamise ninel suhtles sotsiaaltöötaja korduvalt KOV-ga, saavutades selle, et mehe elukohavald, kust patsient oli tulnud, eraldas mehele eluruumi.

Lugu patsiendist. Lugu räägib 90-aastasest mäluhäiretega naisterahvast, kes oli üksik, kes oli pärandanud oma kõigimugavustega korteri naabrile. Loos olid osalejateks patsient, naaber, sotsiaaltöötaja. Lugu seisnes selles, et ühel hetkel vajas patsient rohkem hooldust ja sotsiaaltöötaja hindas, et ta ei ole suuteline enam ise hakkama saama ning oli vaja selgeks teha, et naaber peab ka selles olukorras, kus haige vajab rohkem abi, jätkuva hooldusega tegelema.

(F 1) Et oli üks 90- aastane naispatsient, nüüd aasta lõpus ja tema on täiesti üksik, niimoodi et tal ei ole abikaasat ega lapsi ei ole ka kunagi olnud ja elab täiesti kõigi mugavustega väikses sellises viiendal korrusel /.../ Ja sellega oligi selline lugu, et ma avastasin, et tema juures on käinud üks naaber, kes on ise ka pensionär, aga noh selline töövõimeline selles suhtes, et ta käis lasteaias tööl, ja et on see naaber. Ja nüüd sellel 90-aastasel eakal oli mäluhäireid natukene ja kohati ei olnud kindel, mis on tõde ja mis ei ole. Et, et sain ka selle naabriga kokku ja selgus pikapeale selline asi, et see korter on tehtud ikkagi sellesama kinkelepinguga naabrile, kes ei ole talle mitte kuskilt otsast sugulane, vaid on lihtsalt naaber, kes on teda viimased 10 aastat käinudki kaks korda päevas, niimoodi, et hommikul ja õhtul tegi söögid, aga eakas inimene sai ikkagi ise tualetti ja sellised asjad ise ära, aga väljas ei käinud enam üldse.

Sotsiaaltöötaja jutustas, kuidas ta avastas, et eakal on olemas naaber, kes oli saanud endale pärandusena patsiendi korteri. Naaber oli juba 10 aastat eakat aidanud, kuid nüüd oli hooldusvajaduse maht kasvanud ja uus olukord. Sotsiaaltöötaja rääkis nendest raskustest, mis tal kujunesid naabrile selgitamisel, et tema moraalne kohustus on tagada haigele vajalik hooldus. Sotsiaaltöötaja sõnul kulus selleks palju aega. Naaber pöördus ka juristide poole, et saada teada,

millised on tema õigused ning kohustused. Naaber oli ise sealjuures edasise hoolduse korraldamise suhtes negatiivne, väites, et ta käib tööl ja ei saa hooldust teostada. Lugu lõppes sellega, et sotsiaaltöötaja jõudis naabriga kokkuleppele, et naaber hakkab hooldust tagama.

(F 1)... kokkulepe jäi naabriga meil niimoodi, et ta siis ikkagi võtab selle kohustuse. Et mis iganes, kas ta siis tuleb koju. Et siis ta võtab ennast töölt lahti, hakkab talle hooldajaks või siis teine variant kui ta läheb hooldekodusse siis mingi osa aitab tal siis maksta mis jääb pensionist puudu.

Lugu oli sotsiaaltöötajale raske, kuna ta soovis olla hoolduskohustuse selgitamisel taktitundeline ja seda kuni lõpuni, sest kogu selgitustöö võttis pikalt aega ja nõudis sotsiaaltöötajalt kannatlikkust. Eetilise lahendusena käsitles sotsiaaltöötaja seda, et hooldus saab korraldatud.

Nendes lugudes, kus sotsiaaltöötajad jutustavad pärandi saamisest, on konfliktis eaka patsiendi ja pärandisaaja huvid. Pärandisaaja soovib ainult hüve ning ei soovi pärandi saamisel võtta vastutust varaandja suhtes ja täita kohustusi. Sotsiaaltöötaja tegeleb antud juhul pärandisaajale selgitamisega, et tal on moraalne kohustus seoses eaka pärandi saamisega tagada inimesele edaspidi elamisväärne asutushooldusel või mujal.

Sotsiaaltöötajate jaoks kerkib sel juhul esile küsimus, kuidas tagada eaka huvide kaitse, et nad ei jääks oma kodust ilma? Eetiline valik on nende sõnul siis see, et eakas saab tema õigustest informeeritud. Ent see tõstatab omakorda küsimuse, kuhu tõmmata piire ja kas sekkuda pärandisaamise protsessi. Kui pärandiprotsessi ei ole võimalik tagasi pöörata, on sotsiaaltöötaja hinnangul eetiline tagada vähemalt järjepidev ravi ning hooldus ning psühholoogiline toetus patsiendile.

Materiaalse kasu saamisest räägivad ka need lood, kus pere on harjunud kasutama eaka sissetulekut ja seetõttu ei saa eakas haiglas (õendushooldusel, taastusravis või järelravis) oma ravi jätkata, kui ta seda vajab või ei saa teisi teenuseid, mida ta haiglast väljamineku järgselt vajab.

Üks sotsiaaltöötaja jutustas loo sellest, et sondiga toidetav haige võetakse koju, kuna pole raha, et maksta õendushooldusteenuse eest. Sotsiaaltöötaja nimetas nendel juhtudel probleemiks seda, et lähedased ei oska korrektselt sondiga toitmist läbi viia. Ta viitas ka sellele, et kuigi habrastel

eakatel on olemas pension, mille eest nad peaks saama õendushooldusteenuse eest tasuta, kasutatakse seda muul otstarbel.

(A 24) Nii et samuti on ka see, et sellised, et vanurile on vaja õendushooldust ja inimesed lihtsalt, et saab räägitud, et on sellised ja sellised kohad, ja hakkad rääkima, et on vaja maksta, ütlevad, ei ole vaja, võtame koju. See on hästi kurb, kui näiteks sondiga toidetav või midagi seesugust, inimesed ei oska seda kodus teha, aga kõik seisab raha taga...

Teine sotsiaaltöötaja oli kuulnud viimasel ajal ütlust, et patsient peab koju minema, kuna noored vajavad toetust ja eakas ei saa minna seetõttu õendushooldusteenusele.

(C 12) Viimasel aastal olen kuulnud ütlust, ma pean koju minema, sest, et see pension on toetuseks noortele, et nemad hakkama saaksid. Ma ei saa minna õendushoolduse osakonda seepärast.

Kolmas sotsiaaltöötaja jutustas, et sugulased ei saa võimaldada patsiendile transporti, kuna pensionärid peavad töötuid pereliikmeid üleval ja transpordile minev raha on pere jaoks liiga suur väljaminek.

(D 9) Ja praegu hetkel on ka selline asi, et osa eakaid, kes on pensionärid, siis nad peavad ka tihti töötuid pereliikmeid oma pensionist üleval, nii et ühesõnaga see on perele väga arvestatav väljaminek see transpordiküsimus, kui on vaja kellegi ee vanem haiglast transportida koju.

Lugu patsiendist. Kolmas lugu räägib emast, kes vajab aktiivravis viibimise järgselt raamitransporti ja järelravi. Loos olid osalejateks ema, tema poeg, poja vabaabieliu kaasa, arst ja sotsiaaltöötaja ning muu meditsiinipersonal.

(G 20) Paljud vanainimesed võetakse sellepärast koju, et saadakse see pension kätte. Et nad ei taha, et pension kuskile mujale läheb, aa siin oli hiljuti üks proua, tal oli poeg, kellel oli vabaabieliu kaasa, alguses nad ei tahtnud sugugi, et ema koju tuleb. Ja aa see ei olegi nii värskelugu tegelikult.

Sotsiaaltöötaja jutustas, et poeg ei soovinud järelravisse mineku eest tasuta ega ka ema koju võtta, andes poja käitumisele järgneva hinnangu, „kas siis tõesti pensionist ei piisa ema transportimiseks“. Poeg soovis ema panna poollamavas asendis tavaautosse, kuigi ema vajab raamiautot. Ema oli ise sealjuures poega toetaval seisukohal, väites, et raha, mis tuleb tasuta on

suur. Sotsiaaltöötaja arutas siis koos teiste meedikutega, et haige on suurt kasvu ja tavaautosse ei mahu. Järeldravis oli vaja tasuda ka voodipäevatasu, 250 krooni. Lõpus lahenes lugu nii, et arst ja kogu ravimeeskond tegid selgeks, et ema vajab ikka haiglaravi jätkamist ja raamiautot järeldravile minekul.

(G 20)... nad ei julgenud siis meile ära öelda, see oli nagu patsiendi kaitsmine siiski oma sugulaste eest. Noh tekivad sellised, aga on see on meeskonnatöö, seal ei tee üksi mitte midagi, seal peab olema arst ka sinuga koos, samaväärselt rääkima seda asja, et on vaja ikkagi ja samas ema ju ise tahtis minna. Noh, aga ta aktsepteeris ka poja otsust, et jah raha on ikkagi suur raha, kui poeg ei saa maksta. Kui poeg ei saa maksta, tähendab siis see pension oli juba nagooni poja kätte läinud. Nii et see ema ei saanud seda pensionit endale, kui hakkad niiviisi takkajärgi mõtlema, kuidas see raha jaotus seal peres oli. Noh ema ei tulnud haiglasse nii, et ta oleks täielikult hooldamata olnud, tavaline vanainimene nagu ikka.

Sotsiaaltöötaja kirjeldas parima lõpplahendina seda, kus lähedased ei julgenud ravimeeskonnale vastu hakata, pidades seda patsiendi kaitsmiseks oma lähedaste eest. Eetiline lahendus seisnes selles, et ema sai jätkata oma ravi ning sõitis järgmisesse raviasutusse raamiautoga. Sotsiaaltöötaja sõnul on sellelaadsetes olukordades üksi raske midagi ära teha, vajalik on kogu meeskonna toetus.

Konflikt seisneb siin selles, et eakale on antud õigus saada vajadustest lähtuvat meditsiinilist, muud vajalikku abi, kui tema tervislik seisund seda nõuab, kui ta ise toime ei tule. Ent mõnedel juhtudel võib jääda see õigus realiseerimata.

Siin kerkis minul uurijana küsimus, kas see ei ole ressursside ebaetiline kulutamine, kui haiglasse tuleku korraldus on süsteemi poolt ette nähtud (kiirabiga haiglasse viimine), aga haiglast väljamineku ja ravi jätkamise või vajalike hoolekandeteenuste saamise võimalused on osadele eakatele kättesaamatud? Minu hinnangul puudub sel juhul abi osutamisel mõte, kui sekkumine ei ole järjepidev.

Lisaks avaldub konflikt ka selles, et muudes struktuurides, elu valdkondades, ei toimi asjad nii nagu peavad, kuna eakas peab enda pensioniga üleval pidama täisealisi lapsi enda huvide arvelt.

Sotsiaaltöötajad näevad antud juhtudel eetilise lahendusena seda, et inimese õigused saavad realiseeritud ja sekkumine haiglast väljakirjutamise järgselt on tema vajadustega kooskõlas. Kuid

vahel ei leia ka haigla sotsiaaltöötajad võimalusi protsessi nii sekkuda, et tulemus oleks patsiendi huve järgiv. Seetõttu kaasavad sotsiaaltöötajad vahel ka isiklike vahendeid, et vajalikku abi tagada ning on hädas piiride määramisega lahenduste ja ressursside leidmisel, mis viitab sellele, et süsteemne lähenemine väljakirjutamise küsimuste osas on korraldamata.

3.1.2 Lood hapra eaka lähedaste konfliktsetest suhetest haiglaga

Selles osas esitan sotsiaaltöötajate poolt räägitud lood, kus põimuvad kaks teemat: sugulased vaidlustavad osakonnast või haiglast väljakirjutamise otsused, sekkumise iseloomu või esitavad ebareaalset ootusi medikutele ja sotsiaaltöötajatele.

Lood osakonnast või haiglast väljakirjutamise otsuste, sekkumise iseloomu vaidlustamisest

Alljärgnevad lood räägivad raskuste kujunemisest siis, kui suguvõsa vaidlustab meditsiinipersonali otsused ja soovivad, et patsient viibib talle mittesobival teenusel.

Selles loos räägib sotsiaaltöötaja, kuidas inimene vajab hooldusteenust, kuid pere ei suuda seda otsust omaks võtta ja vaidlustavad ekspertide arvamuse. Lähedased on seisukohal, et kui patsient tõstab kätt, siis on tema seisundis positiivne muutus ja ta vajab aktiivset taastusravi. Kuid erinevad spetsialistid näevad, et reaalsus on teine ja mingeid muutusi viimase kolme nädala jooksul ei ole esinenud. Sotsiaaltöötaja nendib, et seda juhtub sageli, mil lamaja patsient on taastusravis, kuna sugulased seda soovivad. Ent sotsiaaltöötaja arvates on see ressursside mitte kõige otstarbekam kasutamine ja mitte säästlik viis. Antud loos räägib sotsiaaltöötaja meie vormis, pidades ennast meeskonnaliikmeks.

(A 12) Vahest on niimoodi, kus inimene on sellises seisus, kus täiesti on meil taastusravi osakond, kui ei saa aidata ja ei taastu enam, ta on lamaja inimene ja kõik. Tema eest peab hoolitsema kodus või pannakse hooldusasutusse. Ja siin on nüüd tütreid ja lapsed ja lapsed, lapselapsed absoluutselt ei võta vastu seda infot. Ma nägin, et ta on täna parem, et täna ta tõstis kätt ja siis kui ma talle räägin, siis ta noogutab, et saab aru. Aga kui meil kõik spetsialistid, logopeedid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid ütlevad ühest suust, no ei ole mitte mingisugust viimase kolme nädala jooksul, mitte mingisugust tulemust ja on olnud selliseid, kellele ei ole olnud võimalik seda selgeks teha ja siis see vanur lihtsalt lamab siin taastusravi osakonnas, kuigi selle asemel ta võiks näiteks olla kuskil hoolduses ja võiks mõelda täiesti hooldekodu peale.

Järgmine lugu räägib sellest, kuidas pereliikmete arvamused lähevad lahku meedikute omast, kus lähedased kasutavad oma positsiooni, et jätkata pereliikmele hoolduse osutamist intensiivravipalatis, kus sotsiaaltöötaja tõdeb, et nii paraku tehaksegi. Sotsiaaltöötaja on aga arvamusel, et see on ebaõiglane, sest kõik inimesed peaksid olema võrdsed. Sotsiaaltöötaja sõnul on ebamoraalne kui keegi teine jääb seetõttu intensiivraviteenusest ilma. Tema jaoks on see valus ning ta ei mõista, miks osutatakse nendele inimestele vähem tähelepanu, kellel ei ole sugulasi.

(C 17) Ee siis on olnud ka arusaamatu, kahjuks on olnud, et ütleme perekonnaliikmed on mõjuvõimsal positsioonil olnud, ütleme väga kõrgel positsioonil, aga eaka pereliikme puhul kasutades oma mõjuvõimu tegutsevad nad selles suunas, et konkreetse patsiendi puhul nähakse hoolduse vajalikkust personali poolt, aga et pere poolt nähakse, et hooldus peab jätkuma ka intensiivravi palatis. Siis paraku ongi nii tehtud, aga see tähendab seda, et see on kellegi teise patsiendi arvelt, kes ei saa seetõttu tervishoiuteenust. On nagu antud ühed võimalused, solidaarsusprintsipi alusel, siis mul on kuidagi valus vaadata seda et, noh kedagi, kellel on kõik lähedased surnud ja seetõttu osutatakse neile vähem tähelepanu ja teisele rohkem, kelle lähedased on mõjuvõimsal positsioonil (telefon).

Lugu patsiendist. Selles loos on osalejateks eakas, tema arstist tütar mujalt maakonnast, sotsiaaltöötaja ja raviarst. Tütar vaidlustab siin arstide otsused, nõudes oma emale taastusravi. Sotsiaaltöötaja räägib, kuidas ta suunas tütre telefonikõned arstile, kuna tema ei saa olla määraja, mis teenust patsient vajab, kas taastusravi, hooldusravi või järelravi. Sotsiaaltöötaja rääkis ka sellest, kuidas tütar teda ei kuulanud, kuidas tütar rõhutas kogu aeg, et tema on arst ja tema teab, mida ema vajab.

(F 11) Jah siin üks juhtum oli selline, et ühe eaka inimese tütar oli ise arst, kuskilt mujalt maakonnast ja temaga me telefoni teel, tema kindlasti nõudis seal taastusravi ja noh sellega tekkis natuke, et kuna sealt neuroloogiast öeldi, et ikkagi läheb otse hooldusravisse, siis tema ikkagi nõudis taastusravi ja noh sellised asjad Ja siis selliste asjade puhul on ikkagi see, et ma palun ikkagi otse raviarstiga rääkida, sellepärast, et mina esiteks ei saagi ju määrata, kas ta nüüd läheb järelravisse, või hooldusravisse või taastusravisse, kuigi ma enam vähem umbes saan aru, et taastusravi on ju ikkagi hoopis midagi muud, aga seda ma ka üritasin talle seletada, aga tema rõhus sellele, et tema on ise arst, tema on ise arst. Ja siis ma ütlesingi, et palu helistage raviarstile, rääkige temaga...

Lugu lõppes sellega, et tütar vestles raviarstiga, mille järgselt tuli ka raviarstil nõutult õlgu kehitada tütre nõudmiste suhtes.

(F 11) ja raviarstiga ma pärast rääkisin ja tema oli ka natukene nagu nõutu, et tütar nõuab ja nõuab ja nõuab, et selline asi oli näiteks..

Kõik eelnevad lood räägivad sellest, kuidas lähedased ei oska hinnata või ei mõista haigestunud eaka seisundist tulenevaid iseärasusi ning vajadusi. Lood on rasked, kuna antud juhul seatakse kahtluse alla spetsialistide pädevus. Sotsiaaltöötajaid häirib teadmine, et osadel inimestel on parem juurdepääs teenustele kui teistel või see, et ressursse kasutatakse ebaotstarbekal viisil, kui neid on niigi vähe. Eetilise lahendusena näeb sotsiaaltöötaja seda, et sekkumine on ülesehitatud vajadustekeskselt, patsiendi võimeid arvestavana.

Lood ebareaalsete ootuste esitamisest

Sotsiaaltöötaja jutustab käesolevas loos, kuidas eakate lähedastel esinevad uskumused, et haiglas tehakse eakas terveks, arstid on kõikvõimsad. Sotsiaaltöötaja räägib ka olukordadest, mil ta teatab sugulastele, et patsient vajab hooldusravi, aga lähedased soovivad taastusravi. Sellistes oludes on spetsialistid raskustes lähedastele haige vajaduste selgitamisel. Sotsiaaltöötaja rõhutab siin ka meeskonnatöö olulisust ja seda, et kõik meeskonnaliikmed peaksid tegema ühes suunas tööd, et eakani jõuaks kõige sobilikum abi. Sotsiaaltöötaja väidab ka, et neid juhtumeid on palju, kus on vaja teha selgitustööd ning vaigistada lähedaste ebareaalset ootusi inimese paranemise osas, mille kohaselt peaks eakas hakkama jälle üksi elama ning saama selles keskkonnas, kust ta enne elas, jälle iseseisvalt hakkama.

(G 5) Aa siis oli oh üks eakaga seoses, ee noh nad on kõik kuskil niimoodi kas lähenemas pensionile või siis on päris vanad, ja noh vaata siis need inimeste uskumused, et eakaga siis lapsed usuvad, et ee eakas tehakse terveks, arstid on kõikvõimsad, et teevad terveks. Nii sotsiaaltöötaja ütleb, et ta ei ole nagu taastusravi, nagu ei vaja, nagu vajaks hoopis hooldusravi. Ee seda ei taheta, tahetakse taastusravisse, no arst nüüd räägib samamoodi. Et no see on nisuke meeskonnatöö, et noh kõik räägivad. Neuroloogias on veel eriti hea, et seal on füsioterapeudid ka, kes siis nagu tulevad sinna meeskonda ja tõesti me selgitame nendele omastele niipalju kui me suudame selgitada, sest et neid juhtumeid on palju, kõigiga ei suudagi, mõnesid omakseid ei näegi üldse. Aga noh reeglina suudame ära selgitada, mis ja kui palju ja mida oleks vaja. Aga jah need uskumused, et meditsiin on kõikvõimas, meditsiin teeb terveks, sotsiaaltöötaja otsib teenused peale ja mm noh inimene hakkab ee elama ja saab hakkama samamoodi üksinda, 90 – aastased peale selle, samas kui ei ole enam mõni 60 -aastanegi võimeline üksinda hakkama saama. On ka nooremaid.

Järgmine lugu räägib sotsiaaltöötaja tõdemusest, et vahel ei arvesta sugulased eaka piiratud suutlikkust ja vähenenud füsioloogilisi reserve, kuid selleks, et lähedasel oleks hea ja ka patsiendil oleks selles olukorras võimalikult hea, võib lähedasele mõnikord vastu tulla. See lugu on emast ja tütrest, kuid ka sotsiaaltöötaja ja ravipersonali leplikust loomusest.

(B 14) Eks me püüame siis nii tegutseda, et nii patsiendil on hea, kui tütrele on hea. Me paneme memme patjade najale istuma, kuigi ta seda ei suuda, aga vähemalt senikauaks, kui tütar seal on, nii et patsiendil oleks võimalikult hea ja tütar jääb rahule selles olukorras.

Lugu patsiendist. Selles loos on osalisteks eakas isa ja tütar, sotsiaaltöötaja, osakonnajuhataja, kogu personal. Tütar elab ise Soomes, kuid tütar ei ole rahul hoolduse korraldusega, tütar ootab sotsiaaltöötaja sõnul ime isa paranemisel.

(H 8) Ja seal oli tegelikult, selle mehe tütar elab Soomes... aga noh mehega ei oleks mingit probleemi, nihuke rahulik, vahepeal on segasusseisundit, noh et alguses siis kui ta nagu tuli, siis ta noh ei olnud veel nii sügavalt dementne, nagu ta praegu on, siis ta sai veel midagi aru ütlemine. ... aga jällegi, mis tegi olukorra raskeks, oli seesama tütar.

Sotsiaaltöötaja sõnul kontrollis tütar pidevalt, mida tema isaga tehakse, soovis kogu dokumentatsiooni täiskirjeldusi, soovis teada, kui palju isa söi, kui palju päevas jõi jm. Tütar leidis aegajalt ikka, et isa ei hooldata hästi. Tütar soovis ka, et teda informeeritakse põhjalikult, millised on süsteemi võimalused, miks need on ammendunud jne. Sotsiaaltöötaja arvates oli tütrele ettekujutus, et kui ta teostab sellist kontrolli, saab tema isa parema ravi osaliseks ja kiiremini terveks.

(H 8) Et meeletu kontroll, mida tema siis üritas sealt kauguste tagant meile korda saata ühesõnaga, et kõik seda hoolduskirjeldust saadeti talle kõik õendusplaanid absoluutselt täis kirjeldusega, see teda ei rahuldanud lõpuks. Leidis jällegi, et tema isa ei hooldata piisavalt ja isa on näljas, siis hakati, tehti absoluutselt söögigraafikud, kõik edastati talle kui palju ta sööb, kui palju ta joob. Ja ja et kõik see menüü praktiliselt ja selle poole pealt noh ta ei ole näljas, noh et kui ta ei taha süüa, siis ta ei taha süüa ja selles suhtes, et no me ei sunni teda sel juhul sööma, aga et jälgitud on, et ta selle normi kätte saab, nii nagu ette nähtud on, ja kõik see pandi kirja ja saadeti ja ja mingiks ajaks rahunes siis maha jällegi. Aga noh mõne aja pärast muidugi leidis jällegi ühesõnaga, et temale ei edastata kas piisavalt infot või piisavalt täpselt infot, kuidas isal läheb ikkagi. Et tema vajab absoluutselt igapäevaselt ikkagi, kuidas tema isal läheb. Siis pidasime ikka mingil perioodil väga tihedalt seda kirjavahetust, mingil hetkel, aga päris alguses pidi talle väga põhjalikult selgitama seda haigla süsteemi, et miks ja kuidas, isa on siin ja ühesõnaga, milliseid teenuseid meil siis pakutakse üldse sotsiaalhoolekande süsteemis eakale inimesele, et meie süsteemi võimalus on selline ja selline, me oleme nagu pakkunud selle maksimumi, et noh meil ei ole enam pakkuda midagi meie süsteemis. Siis ta leidis ikkagi, et noh töötajad ei ole pädevad. Et kui palju nendel siis ikkagi haridust on umbes, et tema isaga nad ei oska käituda võib-olla. Et nad nagu ootavad mingit imet, miks te ei tee teda terveks, ta ju enne oli normaalne, ta sai ju kodus hakkama, miks te ei tee midagi.

Sotsiaaltöötaja esitas lugu väga emotsionaalselt ja oli mõistetav, et tütar oli personali kõvasti väsitanud ja ka pahandanud, kuna nende pädevus, kogu abi osutamise viis oli kahtluse alla seatud ning tütre poolt tuli palju süüdistusi. Kuigi sotsiaaltöötaja peab seda õigeks, et lähedast on vaja informeerida, ei peaks see olema nii põhjalik. Sotsiaaltöötaja esitas selle loo jutustamise ajal endale pidevalt küsimusi, kas mõista seda lähedast hukka või püüda teda hoopis mõista, sest ta ei ole piisavalt pädev, et aru saada, milliseks muutub inimene siis, kui ta on dementne. Ja samas õigustas ta enda ja haigla personali tegevusi ja selgitas, et inimesed annavad ju endast kõik, et nende lähedane saab hooldatud.

See lugu rääkis ka sellest, kuidas lähedasega oli väga raske ühist keelt leida. Sotsiaaltöötaja nentis oma lõpumõtiskluses, et neil on neid lähedasi palju, kes ei mõista, et eakas ei pruugigi paraneda, et ta ei lähe koju, et ta ei toimetata nii nagu enne. Sotsiaaltöötaja arvates nõuab kõrgendatud ootuste ja rahulolematusega keskkonnas töötamine tõsist pingutust ja oskust jääda süüdistuste esitamise puhul rahulikuks.

Nende lugude põhjal on näha, kuidas lähedane võib kanaliseerida oma süütunde või abituse abistajatele, meedikutele, mis väljendub sekkumise kulu ja sisu mitte aktsepteerimises. Antud lugudes on omavahel konfliktis eaka patsiendi huvid (õigus saada vajadustest lähtuvat abi) ja lähedaste huvid, mida iseloomustab see, et lähedased ei arvesta eaka arvamuse või füsioloogiliste reservidega, lootes, et nii saab hoolduse korraldamise probleemidele lahenduste leidmist ja vastutuse võtmist edasi lükata.

Lood rääkisid ka sellest, kuidas lähedased ei oska hinnata või mõista haigestunud eaka seisundist tulenevaid iseärasusi ning vajadusi. Nende olukordade puhul kujunesid küsimused, kes on klient ja kelle huvides tegutseda? Sotsiaaltöötajate jaoks on sel juhul eetiline lahendus informeerida lähedast ja selgitada hapra eaka huve ning rääkida tema vajadustest, sekkuda vajadusi arvestavalt probleemide lahendamisse.

3.1.3 Lood, milles hapra eaka lähedased soovivad, kuid ei saa tema eest hoolitseda

Need lood räägivad eaka lähedase hoolest, kuid ka sellest, et neil on raske vajalikku hooldust korraldada ja ka nemad ei tea, kuidas seda kõige otstarbekamalt teha.

Esimeses loos jutustab sotsiaaltöötaja, kuidas lapsed on välismaal või tööga nii hõivatud, et pole võimalusi eaka edaspidise hoolduse korraldamiseks. Sotsiaaltöötaja kirjeldab loos eakate tervisprobleeme ja õnnetusjuhtumeid, mille põhjuseks on kodus aset leidnud kukkumised. Need eakad on tema sõnul varem üksi elanud ja hakkama saanud, kuid luumurru järgselt enam ei saa. Ja eakate lapsed elavad välismaal, kust on väga raske kauge vahemaa tõttu vajalikku abi ja hooldust korraldama tulla. Siis seisab sotsiaaltöötaja küsimuse ees, kuidas seda saavutada, et keegi võtab vastutust ja hakkab tegelema hooldusküsimustega tegelema.

(D 3) Põhiliselt minu teenindavates valdkondades on väga palju vanemaid inimesi, eakaid just ja nendega on väga tihti, ka väga palju probleeme tekib, seoses sellega, et näiteks osakonnas, kus ma ka sotsiaaltöötajana töötan, seal on õnnetusjuhtumid vanuritega juhtunud ja kes on nagu varem iseendaga toimetulevad olnud, tihti elavad üksinda, lapsed on eemal, on iseendaga hakkama saanud ja siis on kodus kukkunud. Ja siis on muidugi osakonda sattunud luumurdudega ja siis tekibki küsimus selles, et probleem tekib selles, mis temaga edasi saab, sest on väga palju juhtumeid, kus on lapsed oma elus, on suur liikumine välismaale, paljudel on lapsed, elavad teistes riikides ja siis on probleemiks leida õige lahendusvariant, mis edasi teha, et tagada pärast haiglas viibimist kliendi parem toimetulek.

Lugu patsiendist. Loos räägitakse keerulise elusaatusega naisest, kes oli elanud suure osa oma elust Venemaal. Loos olid tegelasteks naine (tädi), tema õepoeg ja haigla sotsiaaltöötaja.

(B 4) Et kui näiteks, see oli üsna hiljutine, oli tegemist üksiku inimesega, kellel on selline keeruline elusaatus, kellel pere ei ole ja ta on elanud terve oma elu Venemaal, ja ta siis kui ta jäi viletsamaks, siis ta tuli Eestisse elama oma õe juurde, kellel on poeg ja elasid siis kaks õde koos. Õepoeg hoolitses oma ema eest ja oma tädi eest ja nad said väga hästi hakkama ja tegelikult kuulus korter õepojale ja nii kaua kui ta hakkama sai, oli kõik väga kena, sest et tegelikult see õepoeg väga hoolib temast. Aga ühe päeval, siis see suhteliselt noor mees seisis valiku ees, et tuleb hakata tõsiselt hooldama siis ööpäevaringselt oma tädi, kes ei saanud enam liikuda, kes ei saanud enam omadega toime ja vajab selgelt hooldust.

Sotsiaaltöötaja jutustab selles loos õepojast, kes peab hakkama tegelema tädi edaspidise hoolduse korraldamisega. Tädi vajab kohta, kuhu haiglaravi järel minna Sotsiaaltöötaja on siin loos toetaja rollis. Õepoeg aktiivne tegutseja. Õepoeg esitas endale küsimusi, mis on tädi jaoks hea, kas ta tohib teha otsuseid üle tädi, kas ta saab unarusse jätta enda kohustused ja teha valiku tädi kasuks, kas tuleb teha valik, mil tädi huvid saavad kahjustatud. Loos räägib sotsiaaltöötaja ka sellest, et Eestis puudub põetusteenus. Ja siis kui seda põetust kodus osutatakse, maksab see niipalju olles lähedastele ülejõu käiv kohustus.

(B 4) Õepoeg oli tõsiselt mures, et kuna ta on nii nagu meie ühiskond on tihtipeale, noorel inimesel on ka laenu peal, üks ole ja tema see laenu haldamine oli väga täpselt piiride peal, niimoodi, et ta oli endal kõik välja kalkuleerinud, see pidi toimima niikaua, kui tal on tööd, aga see ei kannata välja ühtegi lisakulu üks ole. Et sellisel juhul tekivad tal endal väga suured raskused, kui peab tädi eest tasuma.

Sotsiaaltöötaja iseloomustab siin tänapäeva noori sellistena, kellel on laenu peal ja viitab, et laenu haldamine on keeruline. Sotsiaaltöötaja räägib, kuidas õepojal oli kõik eelnevalt nii kalkuleeritud, et ta ei saanud endale uusi lisakohustusi võtta tädi hooldusrahade tasumise näol. Koos (sotsiaaltöötaja ja õepoeg) pöörduti KOV, et saada toetust, kuid seal saadud raha oli väike ja võimaldas tädil minna ainult oma kodulinnast kaugele. Seejärel mõtlesid sotsiaaltöötaja ja õepoeg, kas sellest on abi, kui korter välja üürida. Ka see ei olnud lahendus, kuna korter vajab remonti ning remondi tegemine eeldas, et tädi asjadega tuli midagi ette võtta ja õepoeg ei soovinud seda teha tädi selja taga.

(B 4) Õepoeg oli tõesti sellise tõsise valiku ees, ja siis me istusime ja arutasime, et see korter ju jääb, aga see korter, et seda näiteks üürile anda vajab ju tõsist remonti, siis tähendab see seda, et tädi elu seal korteris tuleb sisuliselt ära lõpetada. Tema kodu ja tema asjad, need tuleb ju kõik kuskile, see kõik ju lõpeb ju üks ole. Et kas see on omakorda eetiline, et kas seda nagu tohib teha inimese selja taga ja.. Tegelikult tädi ise loodab, et ta saab tagasi koju, aga tõenäoliselt ikkagi mitte. Ja need mõtted, mis selle mehe peas käisid, olid ikka sellised just nimelt eetilise kaalutlusest lähtuvad, et tal oli ühtpidi väga tähtis tädi heaolu, teistpidi ta pidi mõtlema ka ise sellele, et ise toime tulla. Need toimetulekuviisid, mis ta nagu leidis, need valikud, üks ole, et kas ta tohib teha nagu valikuid tädi eest või üle tädi. Eks ole...

Lugu lõppes sellega, et õepoeg võttis endale juurde rahalise kohustuse ja võimaldas tädil viibida samas linnas, kus ta ise asus. Sotsiaaltöötaja tundis sarnast mure naise edaspidise elukorralduse küsimuste osas nagu õepoeg ja soovis aidata leida häid lahendusi nii naise kui õepoja jaoks.

Lugu patsiendist. Selles loos jutustab sotsiaaltöötaja onkoloogilisest haigest, kelle lähedastel sai raha otsa ja patsient pidi seetõttu taluma suuri kannatusi. Loos on osalejateks onkoloogilise haigusega naine, tema pojad, KOV, haigla sotsiaaltöötaja, hooldekodu.

(D 15) Ee mul oli konkreetne juhus selline, et onkoloogiline haige läks hooldushaiglasse, seal hooldekodusse, 250 krooni ööpäev, esialgu perekond suutis seda maksta, aga hiljem nad enam ei suutnud seda maksta, käisid küsimas omavalitsusest abi. Omavalitsus ütles, et neil ei ole neid võimalusi hüvitamiseks, ee siis muidugi siis see hooldekodu saatis patsiendi koju tagasi.

Sotsiaaltöötaja räägib loos sellest, kuidas alguses sai eakas naine vajalikku abi õendushooldusel, seejärel asutushooldusel viibimise ajal. Kui patsiendi pojad jäid töötuks, ei jätkunud neil enam raha ema hooldekodukulude maksmiseks. Pojad püüdsid küll olukorrale lahendust leida ja pöördusid KOV poole, kuid KOV keeldus abist ja pojad pidid ema enda juurde koju võtma. Hooldekodu saatis vähihaige naise koju tagasi. Kodus ei saanud pojad ema hoolduse korraldamisega hakkama ning emal tekkisid lamatised, ta suri halbades tingimustes.

(D 15) See patsient oli kodus väga halvas seisukorras ja praktiliselt tema selline, noh tema haigus kulmineerus ja ee ja probleem sai üsna sellise kiire lõpu.

Sotsiaaltöötaja väidab selles loos, et viimasel ajal esineb sageli olukordi, kus inimesed suunatakse asutushoolduselt koju, kuna peredel ei ole raha ja KOV ei saa ka neid oma rahaliste raskuste tõttu toetada. Sotsiaaltöötaja tõdes, et pojad ei olnud suutelised hoolt tagama ja ta oli seisukohal, et mõned inimesed seda ei suudagi.

(D 15) Ja neid viimasel ajal on selliseid probleeme väga palju, osadel, kellel ei ole lähedasi, nendel omavalitsused hüvitavad, aga KOV on ka rahalistes raskustes, jäetakse maksmata ja inimesed suunatakse, lähevad koju, lihtsalt surema. Nad ei saa enam abi ja see on väga kurb, sellepärast, et ikkagi peaks olema inimestel mm ee inimväärne elu viimane lõpp. See inimene, kes läks koju, see oli, hiljem oli tagasiside hooldekodust, tal olid lamatised, ta oli ühesõnaga väga halvas seisundis ja nad ei suutnud hoolitseda ja mõned lapsed lihtsalt ei ole võimelisedki seda tegema...

Selle loo lõpus võtab sotsiaaltöötaja kokku loo traagilise sisu ja kasutab väljendit, et inimesed saadetakse lihtsalt koju surema. Sotsiaaltöötaja jaoks on see raske tõdemus ja ta ütleb, et ükski inimene ei vääri selliseid kannatusi, elu lõpp peaks olema inimväärne.

Antud lugudes oli konfliktis eaka huvide, õiguste tagamise kohustus ja lähedaste huvid, õigused. Probleem seisneb selles, et seaduses on määratletud laste kohustus tagada abi, ent sealjuures ei ole arvestatud, kas lähedasel on võimalusi või oskusi selleks, või kas tal on juba eelnevalt mitmeid kohustusi, mille kõrvale uued kohustused ei mahu. Uue kohustuse võtmisel võib hoolduskohutuse kandjal toimetulek saada nii häiritud, et ta ei ole enam ise suuteline hakkama saama ja siis kujuneb küsimus, kuhu kaaluks asetada, sest inimesel on eelkõige kohustus tagada iseenda toimetulek.

Lood räägivad ka sellest, kuidas lähedased kaaluvad hapra eaka hoolduse korraldamise eetilist poolt, mõeldes sellele, mis võib haprale eakale parem olla, kuigi ka nemad ei tea, milline valik on

eetiline, missugune mitte. Lahendamata on ka küsimused, kuidas saavad tagada välismaal viibivad lapsed vanemate hooldust, kui vahemaa on suur ning tööga hõivatus ei võimalda Eestisse hooldust korraldama tulla. Sel juhul kerkib üles küsimus, kes peaks sel juhul vastutust kandma?

3.1.4 Lood, milles tervishoiu- ja hoolekandesüsteem paneb hapra eaka lähedastele ebarealistlikke kohustusi

Need lood räägivad situatsioonidest, mil lähedased peavad väga lühikese ajaga suutma kohaneda oma eakast pereliikme haigestumisega või sellest, mil süsteem eeldab, et eakate lapsed saavad hakkama oma lähedasest eaka hooldamisega ka sel juhul, kui nende jõuvarud on otsas. Või sellest, kuidas süsteem ootab pojalt, kes on alkohoolik ja meesterahvas, et ta suudab teostada ema hoolduse korraldamist.

Esimene sotsiaaltöötaja räägib, et lähedased ei ole suutelised lühikese ajaga kriisiseisundis kohanema ja omaks võtma teadmist, et eakas on jäänud voodikeskseks ja ei saa enam iseseisvalt hakkama. Sotsiaaltöötaja loob siin seose suure hoobi väljendiga ja selgitab, et kõige raskemas seisus on just neuroloogiliste haigustega eakate lähedased, kus eelmisel päeval oli inimene alles terve ja järgmisel päeval juba voodihaige. Sotsiaaltöötaja rõhutab ka, et sellistes olukordades on lähedastel raske ümber orienteeruda ning nad vajavad olulisel määral juhendamist. Sotsiaaltöötaja sõnul tuleb siis olla nendega hästi õrn.

(F 10)... ja tavaliselt neuroloogias on see tulnud suhteliselt suure hoobina, sest seal on ajuinfarkt, mis on sellised, et ühel hetkel on inimene toimetulev ja järgmisel päeval on ta täiesti voodihaige, et seal on ka see koht, et need omaksed on tavaliselt suures šokis veel ja siis on juba hakata vaja korraldama seda edasist hooldust. Et siis nad ei suuda päris kõike informatsiooni endasse talletada ja helistavad mitu korda tagasi, et kuidas see täpselt ikkagi oli ja kuhu ma pean minema ja mis ma pean tegema, et siis peab ka olema hästi selline.... õrn.

Sotsiaaltöötaja kinnitab loost rääkimisega, et sel juhul on tegemist mitterealistliku ootusega, kus nõutakse laste kiiret kohanemist ema või isa haigusega kriisi alguses. Süsteem seab lähedase olukorda, kus antakse aega elukorralduse muutmiseks vähem, kui need elu ümberkorraldamised ise aega võtavad. Süsteemi piirangute tõttu saab haige viibida aktiivravil kuni 10 päeva, mil keskmine päevade arv on 5 päeva.

Lugu patsiendist. Selles loos on osalisteks eakas naine, alkohoolikust poeg ja haigla sotsiaaltöötaja. Eakas naine oli haiglasse sattudes hooldamata.

(A 17) Ja üks memm, mul oli just jaanuarikuus, hästi jube pilt oli, et siseosakonnas oli. Ta oli alt poolt põhimõtteliselt nii mädanenud, kui üldse saab olla, ja ta elas oma pojaga koos, kes oli kaugelt näha alkohoolik, aga et ta ikkagi nagu hoolib.

Lugu algas jaanuarikuus, mil haiglasse oli sattunud naisterahvas. Sotsiaaltöötaja nendib siin enne loo sisu kirjeldamist, et tegemist oli tema jaoks väga raske juhtumiga. Patsient oli kodust tulles hulgilamatistega, mida sotsiaaltöötaja nimetas ära mädanemiseks. Eakas naine oli elanud koos pojaga, kes oli sotsiaaltöötaja sõnul juba kaugelt näha alkohoolik. Vestluses patsiendiga sai sotsiaaltöötaja teada, et eakas naine oli kodus kogu aeg lamanud, vahel harva käis poti peal, kuid siis tegi jälle kõik enda alla ja seda, et naine ise ei soovinud, et poeg teda abistaks. Sotsiaaltöötaja kirjeldab selles loos, kuidas naine karjus mähkmete vahetamise ajal, sest tal oli nii valus lamatiste tõttu. Sotsiaaltöötaja vestles ka pojaga ja siis oli poeg öelnud, et ta andis vahel emale süüa Seejärel jättis sotsiaaltöötaja pojast rääkimise katki... Jõudis tagasi oma emotsiooni juurde...

(A 17) Et pärast seda, kui siukest asja näed, siis mõtled, et kuidas tahad üldse siin edasi töötada. See on jube pilt tõesti.

Selles loos tuleb esile kaks probleemi, nimelt see, et alkohoolikust poeg peab hooldust teostama, kuid ei võta vastutust ja teine on see, mil pojale on antud kohustus hooldada ema, teostada intiimseid hooldustoiminguid, arvestamata, et see on nii emale kui pojale vastuvõetamatu.

Lugu patsiendist. Lugu räägib sellest, kuidas eakat naist hooldas tema tütar, kes oli ka ise pensionär ja kuidas tütar oli sellest hooldamisest ära kurnatud. Loos olid osalejateks eakas naine, tema tütar, sotsiaaltöötaja.

(H 16) Aga nii et ühesõnaga ka jällegi eakas naine, oli ta psühhiaatrias sees, ühesõnaga elas ta koos oma tütreaga, ja tütar oli ka juba pensionär ikkagi. Ja selles suhtes raske juhtum, et ikkagi ainuke tütar ja kui sa hooldad seda suhteliselt psüühiliselt ebastabiilset seisundis ema, siis see põletab sind päevast päeva ikka niivõrd läbi ja samamoodi tütar ei saa mitte kuskilt selles mõttes abi, et tema saaks puhata.

Sotsiaaltöötaja oli seda lugu rääkides emotsionaalne. Tütar ja tema psüühiliselt eakas ema olid elanud aastaid koos. Tütar oli eaka ainuke laps. Ema suhtumine oma tütresse oli halvustav, tütar

pidi kuulama pidevalt etteheiteid, ei saanud öösiti magada. Tütar oli rääkinud sotsiaaltöötajale, et tal on närvid püsti ja ta ei suuda enam, et nüüd on ta ka ise juba rahusteid tarvitama hakanud. Sotsiaaltöötaja avaldas arvamust, et ebastabiilses seisundis ema hooldamine kurnab inimest ja põletab läbi. Sotsiaaltöötaja nentis, et tütar ei olnud saanud piisavalt abi ning toetust, ja see abi, mida riik omastehooldajatele võimaldab, on liiga väike. Samuti tõstatas sotsiaaltöötaja järgmise küsimuse, kuidas saab tütar jääda sellises olukorras inimeseks. Eakas oli viibinud vahel ka haiglas, kuid sotsiaaltöötaja sõnul on see aeg liiga piiratud, et tütar ennast välja saaks puhata. Sotsiaaltöötaja jõuab siin arutluseni, et kas see on siis lihtsam variant, kui pärast jääb see tütar ka ise nii haigeks pinge tõttu, et riik peab hakkama hooldama kahte inimest. Sotsiaaltöötaja arvates oleks hea variant see, kui tütar saab saata oma ema ajutisele hooldusele, et vahel ise puhata ja säilitada oma stabiilsus ning saada seejärel jälle ema hooldamisega hakkama.

(H 16) Ütleme, et need lähedased, kes üksinda peavad ikkagi hakkama saama inimesega, kes praktiliselt ööpäevaringselt vajab seda hooldust, järelevalvet, pärast on meil selle ühe hooldatava asemel tegelikult võib-olla juba terve peretäis inimesi, kes ei tule oma eluga toime. Et selles suhtes seda abi, üldse perele, kes hooldavad oma lähedasi, et noh see on nii nareuväärselt väike, ütleme see kasvõi see hooldaja tasugi, mis on. Noh selle eest ei saa ei transporti ega midagi. Et mingisugust asja see ei kompenseeri sulle ära, kui sul on vaja käia selle haige inimesega kuskil kaugemal näiteks teises linnas arsti juures, et mis see kõik maksab, et mida iganes. Et noh sinult ei ole võtta enam kuskilt midagi, sa oled kõik oma maksimumi juba sellele hooldatavale juba andnud.

Sotsiaaltöötaja jõuab oma jutustusega sinnamaale, et ta peab praegu makstavat hooldajatoetust liiga väikeseks, et selle raha eest ei saa tema sõnul haigele isegi transporti korraldada. Loost rääkimisest lõpetamisel tõdeb ta, et selliste juhtumite puhul on lähedaste ressursid igas mõttes ammendunud, lähedane on juba oma maksimumi hooldatavale andnud.

Eelnevad lood käsitlevad seda, kuidas sotsiaal- ja tervishoiusüsteem esitavad hoolduskohustuse kandjatele ebarealistlikke ootusi: mil lähedased peavad oma ema või isa haigusega kiiresti kohanema, kus alkohoolikust poeg on jäetud üksi ema hooldust teostama, kus pole arvestatud, et vastassoost inimesel võib olla ebamugav hooldustoimingut sooritada ja sellest, kuidas omastehooldaja rolli ei suudeta lõputult kanda.

Sotsiaaltöötajate lugedes esinev südamevalu näitab, kuidas nad on mures eakate pärast, kes peavad suutma halvast hooldusest tingitud kannatustega toime tulla, kui ka lähedaste pärast, kes peavad suutma hakkama saada selliste ülesannetega, mis ei ole realistlikud. Sotsiaaltöötajate

jaoks kerkisid sel juhul eetilised konfliktid seoses hapra eaka ja tema lähedaste huvide mitteamvestamisega ja sellega seoses, et nad ei saa ka neid olukordi lahendada ja patsiente ja lähedasi piiratud võimaluste tõttu aidata. Eetiliseks valikuks pidasid nad antud juhtudel seda, kui nad kuulavad patsienti, kuulavad lähedasi, on kannatlikud nendega, pakuvad emotsionaalset tuge, on empaatilised.

IV. ARUTELU

Institutsioonilises kontekstis on osapoolte kohustused ja õigused fikseeritud seadustes ja juhendites, kuid formaalsed reeglid ei suuda kunagi hõlmata kõiki olukordi ja igas olukorras ei ole neid võimalik täpselt järgida (Healy, 2005). Inimsuhted ning inimeste ja institutsioonide vahelised suhted on paratamatult keerulisemad ja mitmekülgsemad, kui seda suudab formaalselt käsitleda ükski seadus. Seetõttu tuleb sotsiaaltöös palju olukordi lahendada juhtumikeskselt. Keerulistes olukordades lähtub professionaalne sotsiaaltöötaja oma ametialasest vastutusest, üldistest humanistlikest põhimõtetest, sotsiaaltöö kutse-eeskannast, oma teadmistest ja kogemustest ning oma isiklikest eetilistest põhimõtetest.

Kui patsient on abitus seisundis haiglas, siis on tervishoiusotsiaaltöötajal (mis on ka seadustesse sisse kirjutatud) ootus, et pere ja lähedased, hooldajad on haiglast väljakirjutamise ja edasise elukorralduse kujundamisel esmasel koostööpartnerid, nad on sillaks patsiendi ja haiglavälise elu vahel. Perekond on meie kultuuris väärtus, mille kaudu me näeme lähedasi suhteid, üksteisest hoolimist, üksteise toetamist, tunnete ja vajadustega arvestamist, üksteisest sõltumist, nõrkusi, üksteise eest hoolitsemist, kohustusi ja vastutust.

Nendest ootustest ja taustast tulenevalt kujunesid sotsiaaltöötajate jaoks emotsionaalselt kõige keerulisemaks ja raskesti talutavaks olukorrad, mil lähisugulased käitusid erinevates lugudes hoolimatult oma ema, isa või sugulase suhtes.

Nende juhtumite puhul seisnes väärtuste konflikt selles, et riivati hapra eaka õigust kontrollida oma elu, viibida individuaalsust ja enesemääramisõigust arvestavas turvalises keskkonnas, saada pere käest abi, kui ta on hädas ja ei ole suuteline iseenda eest hoolt kandma. Käeolevates lugudes võtsid lähedased sageli kontrolli enda kätte, ning tegutsesid jõupositsioonilt arvestamata sugulaste moraalset kohustust olla hooliv oma lähedase suhtes tagada vajalik toetus, kui ta on haige.

Osades lugudes jäid lähedastepoolsed kohustused täitmata ja lähedased loobusid vastutusest. Need lood rääkisid pereväärtustest, kohustuste ja õiguste vahekorrast üksteise suhtes, sellest, et kooselatud õnnelikud aastad ei pruugi tagada inimesele seda, et kui inimene haigeks jääb, tulevad talle lähedased appi või sellest, kuidas habras eakas ei märka või taha märgata pereliikme ebaeetilist käitumist enda suhtes. Sellised olukorrad põhjustasid kannatusi patsiendile ja sundisid

sotsiaaltöötajaid vahel väljuma formaalsete reeglite ja professionaalsete teadmiste raamistikust kas siis tegelikkuses või ainult mõtetes.

Näitena sobib tuua ühe sotsiaaltöötaja kirjelduse olukordadest, kus ta on vahel emotsionaalne ja tal tekib jõuetuse tunne, sest ei olegi võimalik lahendust inimese probleemidele leida, st tal tekib soov võtta eakas enda juurde koju või suunata hooldekodusse ja hakata teenuse eest ise maksma. Osad sotsiaaltöötajad rääkisid sellest, kus nad astuvad üle piiridest. Nende olukordade näideteks on situatsioonid, kus sotsiaaltöötaja on isiklike ressursse rakendanud haige koju transportimisel või kutsunud oma pereliikme mõne keerulise olukorra lahendamise juurde appi. Sotsiaaltöötajad põhjendasid seda kõike arusaamaga, et nii lihtsalt ei saa, et inimene läheb haiglast tänavale, tema vajadused jäävad vajaliku abiga katmata.

Eetilised raskused kujunesid ka olukordades, kus sotsiaaltöötajal tuli teha otsuseid üle eaka või nende lähedaste, kus eakas ise ei olnud suuteline enam oma haigusteadvuse häirimise tõttu adekvaatselt olukorda analüüsima või lähedased ei võtnud vastutust ja ei olnud teadlikud sellest, mis on eaka jaoks hea. Sellistes olukordades kerkivad üles küsimused, kuhu piire tõmmata, kui kaugele minna, kas sotsiaaltöötaja ikka teab, mis on hea praktika sellistel juhtudel?

Teine osa materjalist rääkis sellest, kuidas lähedased soovivad olla osalejad hapra eaka edasise elukorralduse küsimustes, kuid edaspidine abistamine on mõjutatud nende enda oskustest ja teadmistest või sellest, et ka nemad ei tea, mis on eetiline valik. Lisaks räägivad need lood sellest, kus tervishoiu- ja hoolekandesüsteem seab hapra eaka lähedastele ebarealistlikke ootusi, kus neil tegelikult puuduvad võimalused ja ressursid hoolduse teostamist nõudvate olukordade lahendamiseks.

Selle kõige juures on kindel ka see, et patsiendi vajadusi ei saa rahuldada võrgustiku ootusi ja võimalusi eirates ning raske võib olla otsustada, kelle argumendid ja tõlgendused on kaalukamad ning millised otsused on siiski patsiendi huvides nii lühemat kui pikemat edasist elukorraldust silmas pidades.

Sotsiaaltöötajate poolsele eetiliste lahenduste valikule on ühest fookust antud intervjuude materjali puhul raske määratleda, kuna iga juhtum, millest sotsiaaltöötajad rääkisid, vajab oma eripärast tingitud lahendust ning peegeldasid seda, kuidas vahel tuleb ette, kus nad on lahenduste otsimisel sattunud vastuolusse oma isiklike väärtushinnangutega. Eetilise lahenduse või valikuna

kirjeldasid nad püüdlust kaaluda patsiendi soovide ja vajaduste vahekorda. Eaka tahe on nende jaoks oluline alusväärtus erinevate otsuste tegemisel.

Eetiliseks valikuks pidasid sotsiaaltöötajad haiglast väljamineku järel raviteenuse korraldamist järgmise etapi ravi-asutuses või ambulatoorselt (koduõendusteenus), koostöö tegemist KOV-ga hooldusküsimuste lahendamisel, ressursside leidmist, eakale emotsionaalse toe pakkumist, pereliikmete nõustamist, patsiendi toetamist ja nende valmisoleku arendamist riskivabamate otsusteni jõudmisel. Sotsiaaltöötajate sekkumise põhieesmärgiks oli alati ka see, et vähemalt inimese baasilised vajadused saavad täidetud, kui muud ei ole võimalik lühikese ajaga saavutada.

Sotsiaaltöötajad väljendasid oma lugude kaudu ka seisukohta, et väljakirjutamise protsessis ei tohiks esineda valiku ja sunduse vahelise tasakaalu rikkumist ning nentisid, et kahjuks on nad oma töös oluliselt mõjutatud organisatsioonilistest mõjudest ning pingetest, mis tulenevad efektiivsuse ja bürokraatia nõuetest. Sotsiaaltöötajate lugude baasil kerkis üles ka küsimus, kui eetiline on haiglast välja kirjutada patsienti, kellel puudub võimalus järjepidevaks raviks ja hoolduseks.

Sotsiaaltöötajate lood peegeldasid ka nende kohatist süütunnet, kus nad ei saanud leida inimese vajadustest lähtuvaid lahendusi, või kui ajaressursside tõttu ei olnud võimalik inimese probleemidesse süveneda nii nagu tegelikkuses nende nägemuse järgi peaks hea praktika toimima. Või kui nad pörkusid mõne eetilise väärtuse vastu, näiteks toetades organisatsiooni huve, olles samal ajal vastuolus patsiendi enesemääramisõigusega.

Tulemusi analüüsid otsisin küll vastuseid uurimisküsimustele, kuid seejuures jõudsin järgmiste minu jaoks väga olulise tähendusega mõteteni. Mõistsin, et

- habraste eakate või lähedaste hääl on alaesindatud väljakirjutamise korraldamisel,
- institutsioonid omavad suurt võimu, ei kaalutle asju eetiliselt, jättes sageli kõrvale hapra eaka ja lähedaste enesemääramisõiguse ning ei sekku empaatiliselt ja tundlikult väljakirjutamise situatsiooni,
- süsteem ei võta arvesse nüansse, mis iga juhtumi taga on, süsteem ei toeta personaalseid valikuid,
- süsteemi reeglistamise käigus ei ole mõeldud, kas hoolduse korraldamise eest vastutav lähedane on selleks suuteline ja suudab lisakohustusi kanda,

- kui keegi ei võta vastutust tekitab selline olukord kahju nii haprale eakale, lähedastele, kogu süsteemile.

Tajusin sotsiaaltöötajate lugudes veel seda, et pidev taustsüsteemi poolne surve tegeleb hapra patsiendi inimväärikuse väljatõrjumisega ja sotsiaaltöötaja püüab selles tundlikus situatsioonis seda leevendada. Lisaks näitasid narratiivides käsitletud juhtumid, et haprad eakad vajavad oma erivajaduste tõttu erakordset tuge ja nad on liiga nõrgad või jõuetud, et oma õiguste ja huvide eest seista.

Uurimusest saadud tulemused suunasid mind mõtlema sellele, kuidas kaasa aidata habraste eakate haiglast väljakirjutamise eetilisele korraldamisele. Praegu on haiglate sotsiaaltöötajad üksi oma tunnetega eetiliselt raskete juhtumitega tegelemisel. Ent eetiline hea praktika eeldab, et sekkumismudelid on ühiselt läbi räägitud, arutatud ning oma töös on võimalik tugineda sobivatele juhistele (Wilks, 2005; Banks, 2006). Seetõttu oleks vajalik koostada soovituslik juhend hapra eaka haiglast väljakirjutamise korraldamiseks, mis aitaks raviasutuse sotsiaaltöötajatel paremini ja professionaalsemalt tegutseda eetiliselt keerulistes olukordades.

Selle uurimuse läbiviimise tulemusena on võimalik välja tuua asjaolud, mis võivad muuta juhtumi eetiliselt raskeks ja kuidas sotsiaaltöötajad neil juhtudel lahendusi leiavad. Arvan, et see on sotsiaaltöö praktika jaoks oluline teadmine ning samm edasi ka minu kui praktiku arengus.

KOKKUVÕTE

Magistritöö on kirjutatud habraste eakate haiglast väljakirjutamise teemal. Magistritöö kirjanduse ülevaate esimeses osas käsitlesin geriaatrilise tervishoiusotsiaaltöö sisu ja konteksti mõju sotsiaaltöötajate sekkumisele. Teine osa oli pühendatud tervishoiusotsiaaltöö eetikale, kolmas osa hapra eaka haiglast väljakirjutamise protsessile. Magistritöö empiirilise osa eesmärgiks oli uurida sotsiaaltöötajate poolt jutustatud eetilistelt raskeid lugusid hapra eaka haiglast väljakirjutamise protsessis.

Töö raames viidi tervishoiusotsiaaltöötajatega läbi 8 narratiivintervjuud 2010. aasta märtsis, millele järgnes empiirilise materjali sõnasõnaline transkribeerimine. Narratiivide analüüsimisel tuginesin Fraseri (2004) narratiivanalüüsi skeemile, mil süvenesin esimese, teise ja seitsmenda faasi käsitluse, lisaks lähenesin narratiivide analüüsimisele temaatiliselt.

Valimisse olid kaasatud aktiivravahaiglates töötavad sotsiaaltöötajad, kes puutuvad oma igapäevatoos kokku habraste eakate haiglast väljakirjutamisega.

Põhitulemused võib kokku võtta alljärgnevalt, kus eetilistest raskusest räägiti seoses alljärgnevaga:

- Patsiendi edaspidise ravi- ja hooldusküsimuste korraldamisega, mil lähedased seadsid enda huvid abivajava eaka huvidest kõrgemale, kus põimusid omavahel soovimatus habrast eakat hooldada ja lähedaste soov saada materiaalselt kasu näiteks korteri, pensioni saamise näol.
- Kus tekkisid konfliktid lähedaste ja haigla raviotsuste ja väljakirjutamise sihtkoha osas, kus jutustati osakonnast või haiglast väljakirjutamise otsuste, sekkumise iseloomu vaidlustamisest ja ebareaalsetest ootustest seoses hapra eaka paranemisega.
- Kus hapra eaka lähedased soovisid eaka eest hoolitseda, kuid olid sealjuures erinevate piiravate tegurite poolt mõjutatud, milleks olid nende puudulikud teadmised, vähesed oskused, piiratud materiaalsed ressursid.
- Kus tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem esitas eaka lähedastele ebarealseid kohustusi, millega nad ei suutnud toime tulla, kus süsteem jättis kaalumata, kas lähedased suudavad lõpuni neid kohustusi ka täita, mis neile antud on.

- Kus tulid esile sotsiaaltöötajate endi raskused habraste eakate lähedastega koostöö saavutamisel.

Eetiliste raskuste kujunemine oli tingitud haiglast väljakirjutamisel enamasti mitteformaalse ja formaalse tasandi ning väljakirjutamise protsessi enda poolt põhjustatud teguritest. See hõlmas väärtuskonflikte, haiglast väljakirjutamise sihtkoha dilemmasid, meditsiinilise hoolduse küsimusi ja erinevate huvitatud osapoolte vastukäivaid ootusi. Haigla sotsiaaltöötajate poolt esitatud narratiivides esinesid väärtuskonfliktid siis, kui ei arvestatud hapra eaka heaolu, enesemääramisõiguse, õigluse ja õigusega saada vajadustel põhinevat abi.

Minule isiklikult oli oluline tööd kirjutada ka seepärast, et sain nii anda väikese panuse Eesti tervishoiusotsiaaltöö arendamisse, pakkudes välja oma narratiivi antud teema kohta.

KASUTATUD KIRJANDUS

ADPCO The Association of Discharge Planning Coordinators of Ontario (2003) Hospital Discharge Planning: A Balancing Act, May 1997.

Auslander, G., K., Soskolne, V., Stanger, V., Ben-Shahar, I., Kaplan, G., (2008) Discharge Planning in Acute Care Hospitals in Israel: Services Planned and Levels of Implementation and Adequacy. *Health & Social Work*, vol 33, 3, lk 178-188.

Banks, S., (2006) Ethics and Values in Social Work. New York: Palgraved Macmillan.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F., (2001) Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.

Bergman H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D.B., Hummel, S., Karunanathan, S., Wolfson, C., (2007) Frailty: an Emerging Research and Clinical Paradigm - Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol 62, 7, lk 731-737.

Blumenfield, S., ja Lowe, J., (1987) A Template for Analyzing Ethical Dilemmas in Discharge planning. *Health and Social Work*, vol 12, 1, lk 47-56.

Boland, K., (2006) Ethical Decision-Making Among Hospital Social Workers. *Journal of Social Work Values and Ethics*, vol 3, 1.

Bortz, W.M., (2002) A Conceptual Framework of Frailty: A Review. *Journal of Gerontology*, vol 57A, 5, lk M283-288.

Brown, A., (2010) The Ethics of Aggressive Discharge Planning. [Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics](#), 19, lk 75-85.

Buinevičs, A., (2004) Tuntuimate eetikateooriate ülevaade. www.tlu.ee/files/arts/6385/Keskke8763f258bd4a81cc9ada9f1c867f96e/3.03.10/.

Chadwick, R., ja Russell, J., (1989) Hospital Discharge of Frail Elderly People: Social and Ethical Considerations in the Discharge Decision-making Process. *Aging and Society*, lk 277-295.

Chan, F.H.W., (2008) Frailty in Older People. *Medical Bulletin*, vol 13, 9, lk 7-9.

Closs, S.J., Tierney, A.J., (1993) The Complexities of Using Structure, Process and Outcome Framework: the Case of an Evaluation of Discharge Planning for Elderly Patients. *Journal of Advanced Nursing*, vol 18, 8, 1279-1287.

Compact Oxford English Dictionary (2010), http://www.askoxford.com/concise_oed/frailty?view=uk/1.05.2010/.

Corbin J., Strauss, A., (1998) Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London: Sage, 271.

- Cummings, S.M., Cockerham, C., (1997)** Ethical Dilemmas in Discharge Planning for Patients with Alzheimer`s disease. *Health & Social Work*, vol 22, 2, lk 101-108.
- Davis, A.J., Fowler, M.D., Aroskar, M.A., (2010)** Ethical Dilemmas and Nursing Practice. Pearson Education, Inc., Prentice Hall.
- Department of Health of the United Kingdom, (2003)** Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. London.
- Dhooper, S.S., (1997)** Social Work in Health Care in the 21st Century. Thousand Oaks, CA Sage Publications.
- Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA), Hooldusravi Osutajate Ühendus (HOÜ), Eesti Õdede Liit (EÕL) ja Eesti Haigekassa (EH) (2007)** Õendushoolduse osutamise nõuded.
www.haigekassa.ee/files/est_raviasutusele.../tegevusjuh.doc /1.01.10/.
- ETSA Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (2003)** Infoleht.
<http://health.groups.yahoo.com/group/healthcaresocialworkers> /27.08.03/.
- Farley, M., (1993)** Feminism and Universal Morality. Prospects for Common Morality, Chichester, Princeton University Press, lk 170-190.
- Frankena, W.K., (1973)** *Ethics*. 2-th ed.
- Fraser, H., (2004)** Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line, *Qualitative Social Work*, vol 3, 2, lk 179-201.
- Fook, J., Gardner, F., (2007)** Practising Critical Reflection. A Resource Handbook. McGraw-Hill: Open University Press.
- Fook, J., (2002)** Social Work Critical Theory and Practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Foster, L., Sharp, J., Scesny, A., McLellan, L., Cotman, K., (1993)** Bioethics: Social Work`s Response and Training needs. *Social Work in Health Care*, 19, 1, lk 15-39.
- Fried, L.P, Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, K., McBurnie M.A., (2001)** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, vol 56, 3, lk M146-56.
- Geriwork kodulehekülg (2008)** The Definition of Geriatric Social Work. *Social Work and Geriatrics*. <http://www.geriwork.com/category/social-work-and-geriatrics/> /28.02.10/.
- Hallap, T., Keerus, K., Lõuki, K., Sutrop, M., (2008)** Kohustuse eetika. Eetika mõisted.
http://wiki.zzz.ee/index.php/Eetika_m%C3%B5isted /2.03.10/.

- Hare, I., (2004)** Defining Social Work for the 21st century. The International Federation of Social Workers, revised definition of social work. *International Social Work*, vol 47, 3, lk 407-424.
- Healy, K., (2005)** *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. Basingstock, New York: Palgrave Macmillan.
- Heidmets, L., (2007)** Rõhuasetused sotsiaaltöötajate eetikakoodeksites: Eesti „Sotsiaalala töötaja eetikakoodeks“ võrdluses teiste maade koodeksitega. Sotsiaaltöö-teemaliste üliõpilasuuringuste kogumik, Tartu Ülikooli Kirjastus, Tartu.
- Helpguide, (2010)** Aging Issues. www.helpguide.org/elder_care.htm /06.01.10/.
- Hogan, D.B., MacKnight, C., Bergman, H., (2003)** Models, Definitions, and Criteria of Frailty. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol 15, 3, lk 3-23.
- Joseph, M.V., (1991)** Standing for Values and Ethical Action. *Teaching Social Work Ethics*. *Journal of Teaching in Social Work*, 5, 2, lk 95-109.
- Joseph, M.V., (1989)** Social Work Ethics: Historical and Contemporary Perspectives. *Social Thought*, 15, 3/4, lk 4-17.
- Jushinski, T., (2005)** Haiglast väljakirjutamisprotsess ning õe roll eaka patsiendi ettevalmistamisel väljakirjutamiseks. Diplomitöö, Tartu Meditsiinikool.
- Kadushin G., Egan M., (2001)** Ethical Dilemmas in Home Care: A Social Work Perspective. *Health and Social Work*, 14, lk 136–150.
- Kadushin, G., Kulys, R., (1993)** Discharge Planning Revisited: What Do Social Workers Actually Do in Discharge Planning? *Social Work*, vol 38, 6, lk 713-726.
- Karjalainen, K., Kotkavirta, J., (2002)** Narratiivne meditsiin. Mis see on ja miks on see tähtis? *Eesti Arst*, vol 81, 7, lk 437-441.
- Kaufman, S.R., (1994)** The Social Construction of `Frailty`: An Anthropological Perspective. *Journal of Aging Studies*, vol 8, 1, lk 45-58.
- Kiis, K., (2001)** materjalid loengust “Sissejuhatus geriaatriasse”, Tartu Ülikool.
- Krull, H., (1999)** Moodsa eetika poole. *Eesti Agenda* 21. www.seit.ee/agenda21/EA21/EA21.html /02.02.2010/.
- Lally, F., Crome, P., (2007)** Understanding Frailty. *Postgraduate Medical Journal*, vol 83, lk 16-20.
- Larkin, H., (2007)** The Ethics of Social Work Practice in the Nursing Home Setting: A Consultant’s Dilemma. *The Journal of Social Work Values and Ethics*, vol 4, 3.
- Linno, M., Selg, M., (2009)** “Ma olen hea ema!” lastekaitsetöö klientide eneseesitlus narratiivides. Sotsiaaltöö, EV Sotsiaalministeerium, Tallinn, 6, lk 4-13.

- Loewenberg, F., Dolgoff, R., (1996)** Ethical decisions for social work practice. Itasca, Illinois: F. E. Peacock Publishers.
- Markle-Reid, M., Browne, G., (2003)** Conceptualizations of Frailty in Relation to Older Adults. *Journal of Advanced Nursing*, vol 44, 1, lk 58-68.
- Mattison, M., (2000)** Ethical Decision-making. *The Person in Process. Social Work*, 45, 3, lk 201-212.
- Meel, M., (2010)** Mida võib ärietikale anda feministlik eetika? www.iro.ttu.ee/est/Vorgustikud/ewitec/feministlik%20eetika /22.02.10/.
- Mellor, J.M., Lindeman, D., (1998)** The Role of Social Worker in Interdisciplinary Geriatric Teams. *Journal of Gerontological Social Work*, vol 30, 3/4, lk 3-7.
- Narusson, D., (2003)** Assessment of Client Biopsychosocial Functioning in Health Care Social Work. Research Project.
- Narusson, D., Reilson, M., Tisler, M., Varusk, R., (2002)** Sotsiaaltöötreenused SA TÜ Kliinikumis. www.kliinikum.ee /27.12.09/.
- Online Medical Dictionary, (2010)** Definition of Frail Elder. <http://www.online-medical-dictionary.org/Frail+Elder.asp?q=Frail+Elder> /30.04.2010/.
- Payne, M., (2005)** *Modern Social Work Theory*. Third Edition. Basingstoke, New York: Palgrave. Macmillan.
- Pearson, P., Procter, S., Wilcockson, J., Allgar, V., (2004)** The Process of Hospital Discharge for Medical Patients: Model. *Journal of Advanced Nursing*, vol 46, 5, lk 496-505.
- Pichitpornchai, W., Street, A., Boontong, T., (1999)** Discharge Planning and Transitional Care: Issues in Thai Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, vol 38, lk 355-362.
- Procter, S., Wilcockson, J., Pearson, P., Vicky, A., (2001)** Going Home from Hospital: the Carer/Patient Dyad. *Journal of Advanced Nursing*, vol 35, 2, lk 206-218.
- Proctor, E.K., Morrow-Howell, N., (1993)** Classification and Correlates of Ethical Dilemmas in Hospital Social Work. *Social Work*, vol 38, 2, lk 166-178.
- Raamat, K., (2007)** Essee. Mõtisklus sotsiaaltööst tervishoius täna. *Sotsiaaltöö, EV Sotsiaalministeerium*, Tallinn, 2, lk 31- 37.
- Raamat, K., (2007)** Huvitumine inimese elukogemustest aitab seada adekvaatseid ootusi tema koostöövõimele patsiendina: sotsiaaltöötaja vaatenurk. *Eesti Arst*, vol 86, 11, 888-897.
- Rady, R.Y., Johnson, D.J., (2004)** Hospital Discharge to Care Facility. *CHEST*, vol 126, 5, lk 1583-1591.
- Rahuoja, T., (2009)** Kliendi vastutuse konstrueerimine sotsiaaltöötajate narratiivides. *Magistritöö, Tartu Ülikool*.

- Reamer, F., (1997)** Managing Ethics Under Managed Care. *Families in Society*, 78, 1, lk 96-101.
- Reamer, F., (1990)** Ethical Dilemmas in Social Service. New York: Columbia University Press.
- Riessman, C.K., (2008)** Narrative Methods for the Human Sciences. Sage Publication.
- Riessman, C.K., Quinney, L., (2005)** Narrative in Social Work: A Critical Review. *Qualitative Social Work*, vol 4, 4, 391-412.
- Rockwood, K., Mitniski, A.B., MacKnight, C., (2002)** Some Mathematical Models of Frailty and Their Clinical Implications *Rev Clin Gerontol*, vol 12, lk 109-117.
- Saks, K., (2003)** Geriaatriliste meeskondade koolitus: RAI hindamise instrumentide kasutamine. Täiendkurse materjal.
- Salter, M., (2002)** Discharge Planning. Patient and Carer Satisfaction. *Primary Health Care*, vol 12, 8, lk 46.
- Saltvedt, I., Opdal M.E.S., Saltnes, T., Fayers, P., Kaasa, S., Sletvold, O., (2007)** Ägeda haigusega habraste eakate ravi geriaatrilise hindamise- ja raviüksuses – randomiseeritud kliiniliste uuringute tulemused. Conference: Integrated Care, Role of Geriatrics in Health Care for the Older Population, teesid.
- Selg, M., (2008)** „Refleksiiivsus” ja „reflekteermine” pole sünonüümid ega vastandu tõenduspõhisele praktikale. *Sotsiaaltöö*, EV Sotsiaalministeerium, Tallinn, 4, lk 48-50.
- Selg, M., (2007)** Sotsiaaltöö määratlemine 21. sajandiks. Tõlgitud artiklist *Hare* 2004. *Sotsiaaltöö*, EV Sotsiaalministeerium, vol 2, lk 52-58 ja vol 4, lk 47-51.
- Soosaar, A., (2009)** Paternalism ja rahvatervise eetika ARTH teadusseminar, 20.05.09.
- Sparks, J., (2006)** Ethics and Social Work in Health Care. *Handbook of Health Social Work*, John Wiley & Sons, Inc., lk 43-68.
- Statistikameti kodulehekülg (2009)** Rahvastikunäitajad ja koosseis. <http://www.stat.ee/valdkonnad/30.12.2009/>.
- Stephenson P.H., Wolfe N.K., Coughlan R., Sharon D.K., (2003)** A Methodological Discourse on Gender, Independence, and Frailty: Applied Dimensions of Identity Construction in Old Age. *Journal of Issues in Nursing*, vol 8, 2, lk 109-126.
- Tierny, A.J., Closs, S.J., Hunter, H., Macmillan, M., (1993)** Experiences of Elderly Patients Concerning Discharge from hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2, lk 179-185.
- Tiko, A., ja Pints, P., (1997)** Inimkäsitlused ja eetika sotsiaaltöös lähtekohana. Tallinna Pedagoogiline Ülikool.

- Victor, C.R., Young, E., Hudson, M., Wallace, P., (1993)** Whose Responsibility it is Anyway? Hospital Admission and Discharge of Older People in an Inner-London District Health Authority. *Journal of Advanced Nursing*, vol 18, 8, lk 1297-1304.
- Warshaw, G.A., Bragg, E.J., Fried, L.P., Hall, W.J., (2008)** Which Patients Benefit the Most from a Geriatrician's Care? Consensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol 56, 10, lk 1796-1801.
- West, L., Mellor J., Robinson, B., (1998)** Personal Communication. http://www.gittprogram.org/social_work.html /28.02.10/.
- Whathappensnow kodulehekülg (2010)** What Do Geriatric Social Workers Do? http://www.whathappensnow.com/articles_show.cfm?id=156&cat=3&sub=4 /28.02.10/.
- Wilks, T., (2005)** Social Work and Narrative Ethics. *British Journal of Social work*, vol 35, 8, lk 1249-1269.
- Woo, J., Goggins, W., Sham, A., Ho, S.C., (2005)** Social Determinants of Frailty. *Gerontology*, vol 51, lk 402-408.
- Young H.M., (2003)** Challenges and Solutions for Care of Frail Older Adults. *Journal of Issues in Nursing*, vol 8, 2, lk 109-126.