

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervishariduse keskus

Tegevusterapeudi õppekava

TT4

Liis Alas

**TEGEVUSTERAPEUDI ROLL DELIIRIUMI ENNETAMISEL JA EAKA
TEGEVUSVÕIME TOETAMISEL**

Lõputöö

Tallinn 2026

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Luban Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Lõputöö autori allkiri

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Anne-Mari Viikman

/nimi ja akadeemiline kraad/

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Liis Alas (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervishariduse keskus, tegevusterapeudi õppekava. Tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetamisel ja eaka tegevusvõime toetamisel. Teoreetiline lõputöö 27 leheküljel, 31 kirjandusallikat, 1 joonis, 1 tabel ja 3 lisa.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada deliiriumit ning sellest tingitud mõju eaka tegevusvõimele ja anda ülevaade tegevusterapeudi rollist ning terapeutilistest sekkumisviisidest deliiriumi ennetamisel ja käsitluses.

Uurimistöö meetodiks on kirjanduse ülevaade. Töö koostamisel on kasutatud nii eesti- kui ingliskeelseid tõenduspõhiseid kirjandusallikaid. Kasutatud on rahvusvahelisi andmebaase nagu PubMed, Wiley Online Library, Taylor & Francis Online, Sage Journals, Synbase, Scopus, Science Direct, National Library of Medicine ning otsingumootoreid Google ja Google Scholar. Eestikeelseid allikaid otsiti otsingumootorist Google ja E-kataloogist ESTER. Allikate valikul lähtuti ilmumisaastast (2016-2026), teemakohasusest, tõenduspõhisusest ning DOI- ja täisteksti olemasolust.

Uurimistöö olulisemad järeldused: Deliirium on eakatel sage, ägeda kuluga kognitiivne häire, mille kulg ja mõju sõltuvad ravikeskkonnast, kaasuvatest haigustest ning deliiriumi tüübist ja kestusest. Seda esineb haiglates ning hooldus- ja ravikeskkondades olles seotud eaka suurenenud haigestumuse, suremuse, pikema haiglaravi ja kognitiivse langusega. Deliirium võib jätta püsiva emotsionaalse jälje, mistõttu on oluline selle varajane tuvastamine, riskitegurite ennetamine, süsteemne hindamine ja õigeaegne sekkumine. Tegevusterapeutilised sekkumised deliiriumi korral põhinevad mittefarmakoloogilistel lähenemistel, nagu kognitiivne stimulatsioon, varajane mobiliseerimine, keskkonna kohandamine ja igapäevategevuste toetamine. Tegevusterapeut on interdistsiplinaarse meeskonna liige, kelle roll hõlmab panustamist meeskonnatöösse, töstes teadlikkust deliiriumi märkamisest, ennetusest ja käsitlusest. Lisaks hõlmab tegevusterapeudi töö patsiendi funktsionaalse seisundi hindamist ning sihipäraste sekkumiste planeerimist ja rakendamist. Samas selgub, et paljud deliiriumi hindamisskaalad ei ole välja töötatud ega valideeritud spetsiaalselt tegevusterapeutide kasutamiseks, mis muudab hindamisprotsessi tegevusteraapias keeruliseks.

Võtmesõnad: deliirium eakal, deliiriumi hindamisvahendid, tegevusterapeutiline sekkumine, tegevusterapeudi roll

SUMMARY

Liis Alas (2026). Tallinn Health University of Applied Sciences, Health Education Center, Curriculum of Occupational Therapy. The Role of the Occupational Therapist in Delirium Prevention and Supporting Occupational Performance in Older Adults. The thesis consists of 27 pages, 31 references, 1 table, 1 figure and three appendix.

The aim of the research: to describe delirium and its impact on the occupational performance of older adults, and to provide an overview of the role of the occupational therapist and intervention methods in the prevention and management of delirium.

The research method used in this study is a literature review. The sources used in this study are in Estonian and English. International databases such as PubMed, Wiley Online Library, Taylor & Francis Online, SAGE Journals, Synbase, Scopus, ScienceDirect, and the National Library of Medicine were used, along with search engines Google and Google Scholar. Estonian-language sources were searched using the Google search engine and the ESTER E-catalogue. The selection of sources was based on the year of publication (2016–2026), relevance to the topic, evidence-based quality, and the availability of a DOI and full text.

The main conclusions of the thesis: Delirium is a common acute cognitive disorder in older adults, the course and impact depend on the care environment, comorbid conditions, and the type and duration of delirium. It occurs in hospitals and long-term care settings and is associated with increased morbidity, mortality, longer hospital stays, and cognitive decline in older adults. Delirium can leave a lasting emotional impact, making early identification, prevention of risk factors, systematic assessment, and timely intervention essential. Occupational therapy interventions for delirium are based on non-pharmacological approaches, such as cognitive stimulation, early mobilization, environmental modification, and support with activities of daily living. The occupational therapist is an interprofessional team member, raising awareness of delirium recognition, prevention, and management. Additionally, the occupational therapist's work involves assessing the client's functional status and planning and implementing targeted interventions. However, it has become evident that many delirium assessment scales are not developed or validated specifically for use by occupational therapists, which complicates the assessment process within occupational therapy practice.

Keywords: delirium assessment tools, delirium in older adults, occupational therapist role, occupational therapy intervention

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. METOODIKA	9
2. DELIIRIUM JA SELLE MÕJU EAKA TEGEVUSVÕIMELE	12
2.1. Deliiriumi tekkepõhjused	12
2.2. Sümptomid	13
2.3. Deliiriumi mõju eaka tegevusvõimele.....	15
3. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL DELIIRIUMI ENNETAMISEL JA EAKA TEGEVUSVÕIME TOETAMISEL	17
3.1. Tegevusterapeudi roll ja tegevusterapeutilised sekkumised	17
3.2. Tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetamisel	18
3.3. Tegevusterapeutiline hindamine.....	20
4. ARUTELU	23
JÄRELDUSED.....	26
KASUTATUD KIRJANDUS	27

LISAD:

LISA 1. TEGEVUSTERAAPIA TEGEVUSJUHIS DELIIRIUMI KORRAL

LISA 2. 4AT TEST, KOHANDATUD

LISA 3. INFOOTSINGU RAPORT

SISSEJUHATUS

Deliirium on lühikese aja jooksul tekkiv tähelepanu, orientatsiooni ja teadlikkuse häire, mis väljendub segaduse ja kognitiivse võimekuse langusega, millega võivad kaasneda käitumis- ja emotsioonihäired ning une ja ärkveloleku tsükli häired. Deliiriumi põhjuseks on tavaliselt mõne meditsiinilise seisundi, aine või ravimi (sh võõrutusseisundi) otsene füsioloogiline mõju, kuid mõnel juhul võib põhjus jääda ebaselgeks. (Clinical descriptions and..., 2024: 603–604). Deliiriumi soodustavate ja vallandavate tegurite hulka kuuluvad muu hulgas veel kõrge vanus, kognitiivne kahjustus, funktsionaalne sõltuvus ja sensoorne defitsiit (Echeverría & Schoo, 2026: 2). Deliiriumil on tõsine negatiivne mõju eaka tervisele, sealhulgas suurenenud suremus ja haigestumus, pikema kuluga hospitaliseerimine ning motoorse, kognitiivse ja funktsionaalse võimekuse langus (Álvarez et al., 2017: 85).

Kuigi deliirium võib esineda kõigis vanuserühmades, on selle levimus märkimisväärselt kõrgem eakate seas (Chen et al., 2022: 123). Deliirium eakatel on sage kliiniline sündroom, mille sümptomid kujunevad kiiresti ning kõiguvad päeva lõikes (Echeverría & Schoo, 2026: 2). Deliiriumiga kaasnev tegevusvõime langus väljendub raskustena igapäevategevustes ja instrumentaalsetes igapäevategevustes, samuti puhkuse ja une, tööalase tegevuse, vaba aja ning sotsiaalse osaluse valdkonnas. Lisaks on deliirium seotud eakate funktsionaalse võimekuse langusega, mis võib avalduda lihasnõrkuse, väsimuse ja kognitiivsete häiretena. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 2-3).

Leitud on, et haiglakeskkond võib süvendada deliiriumi sümptomeid, suurendades seejuures eakate patsientide agiteeritust, segasust ja desorientatsiooni. Seetõttu on oluline tuvastada deliiriumi tekke ja süvenemise risktegurid, et toetada eaka taastumist eelnevale tegevusvõime tasemele. (Harper et al., 2024: 79; 80; 86). Intensiivravi osakondades on deliiriumi esinemissagedus eriti kõrge. Uuringute kohaselt võib kuni 85% intensiivravisse vastu võetud eakatest patsientidest kogeda deliiriumi. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 1–2).

Deliiriumi parimaks käsitusviisiks on varajane eesmärgistatud lähenemine, mis hõlmab mitmeid komponente, erinevaid sekkumisi ning multidistsiplinaarse meeskonna koostööd, seal hulgas tegevusterapeute (Rains & Chee, 2017: 321). Varajane ja intensiivne tegevusterapia võib oluliselt vähendada deliiriumi kestust ja esinemissagedust eakatel patsientidel. Tegevusterapias osalenud patsientidel on täheldatud märgatavat paranemist funktsionaalses

võimekuses, sealhulgas igapäevaelu tegevustes osalemises, käelises mootorikas ja kognitiivses võimekuses. (Álvarez et al., 2017: 89).

Uuritud on tegevusterapeutilise sekkumise plaani rakendamist deliiriumi korral, mille eesmärk oli toetada varajast hindamist, sekkumist ning sujuvat üleminekut haiglast koju—sekkumisgrupis sattus kuu jooksul uuesti haiglasse 6,5% patsientidest, samas kui mitte tegevusterapeutilist sekkumist saanud kontrollgrupis oli näitaja 23,3%. Tulemused viitavad, et tegevusteraapia sekkumine võib olla tõhus strateegia deliiriumiga patsientide toetamisel haiglaravi ja kodukeskkonna vahelisel üleminekul. (Harper et al., 2024: 79). Kuigi teaduskirjandus kinnitab tegevusteraapia tõhusust deliiriumi ennetamisel ja käsitleluses, on tegevusterapeutide roll pikaajalises hoolduse praktikas ebaselge ja erialade vaheliselt ühtselt mõistmata. Tervishoiutöötajad, seal hulgas arstid, tajuvad tegevusterapeutide panust erinevalt ning nende sekkumisi peetakse kohati teiste erialadega, nagu näiteks füsioteraapia, kattuvateks. Samuti puudub tegevusterapeutidel sageli spetsiifiline väljaõpe deliiriumi käsitlemiseks. (Pozzi et al., 2025: 1978-1979).

Antud lõputöö kuulub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervishariduse keskuse tegevusterapeuti õppekava „Tegevusterapeuti kompetentsid ja professionaalne areng“ uurimissuuna alla (vt Uurimissuunad ja ..., 2021), käsitledes deliiriumit ja selle mõju eaka tegevusvõimele ning tegevusterapeuti rolli eaka tegevusvõime parendamisel. Töö panustab tegevusterapeutide erialaste teadmiste, oskuste ja rolliselguse arendamisse deliiriumi käsitlemisel.

Autorile teadaolevalt pole varasemalt antud teemast lõputööd kirjutatud. Triinu Naastre poolt on koostatud lõputöö teemal „Intensiivravist tingitud tervislike seisundi häired täiskasvanud patsientidel ning tegevusterapeutiline sekkumine“ (vt Naastre, 2024). Töö käsitleb tegevusterapeutilisi sekkumisi eelkõige intensiivravist tingitud terviseseisundi häirete, sealhulgas deliiriumi korral täiskasvanud patsientidel. Käesolev uurimistöö erineb Naastre käsitlelusest oma spetsiifilisema fookuse poolest, keskendudes eakatele patsientidele, uurides lisaks teisi ravi- ja hoolduskeskkondi ning pöörates süvendatud tähelepanu deliiriumi ennetamisele, süsteemsele hindamisele ja praktilistele sekkumisstrateegiatele tegevusteraapias.

Uurimisprobleem: Deliiriumil on tõsine negatiivset mõju eaka tervisele ja tegevusvõimele (Álvarez et al., 2017: 85). Deliiriumi parimaks käsitleluseviisiks on varajane eesmärgistatud lähenemine, kaasates seal hulgas tegevusterapeute (Rains & Chee, 2017: 321). Samas jääb

tegevusterapeutide roll erialade vaheliselt ebaselgeks, ning tegevusterapeutidel puudub piisav deliiriumi spetsiifiline väljaõpe (Pozzi et al., 2025: 1978–1979).

Uurimistöö **eesmärk** on kirjeldada deliiriumit ning sellest tingitud mõju eaka tegevusvõimele ja anda ülevaade tegevusterapeudi rollist ning terapeutilistest sekkumisviisidest deliiriumi ennetamisel ja käsitluses.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimistöö **ülesanded**:

1. Anda ülevaade deliiriumist ja sellest tingitud mõjust eaka tegevusvõimele.
2. Analüüsida teaduskirjanduse põhjal tegevusterapeudi rolli ning terapeutiliste sekkumiste võimalusi eakatel esineva deliiriumi ennetuses ja käsitluses.

Lõputöö kesksed mõisted:

Deliirium (*delirium*) – on raske aju düsfunktsioon, millel on somaatilised põhjused. Selle kliinilised tunnused on teadvuse selguse häired, kognitiivsete funktsioonide halvenemine (segasus, desorientatsioon, rahutus), sageli kahtlustamine, hallutsinatsioonid ja unehäired. (RHK-10..., 1993: 57).

Eakas (*elderly/older adult*) – „on inimene kes on vähemalt 65 aastat vana“ (Agresta et al., 2021)

Tegevusterapeut (*occupational therapist*) – „on iseseisev tegevuse ja tegevusvõime tippspetsialist, kes rakendab oma töös kliinilist ja kutsealast mõtlemist, tõenduspõhiseid erialaseid teadmisi ja oskuseid ning hoiab ennast kursis valdkonna arengutega“ (Tegevusterapeut, Tase..., 2023).

Tegevusteraapia (*occupational therapy*) – „on eesmärgipäraselt valitud tegevuste kasutamine inimese ja/või grupi parima võimaliku tegevusvõime saavutamiseks ja/või säilitamiseks igapäevaelus“ (Tegevusterapeut, Tase..., 2023).

Tegevusvõime (*occupational performance*) – „on dünaamiline suhe inimese, keskkonna ja tegevuse vahel, mis võimaldab rahuldavalt täita oma rolle ning sooritada vajalikke tähendusrikkaid tegevusi“ (Tegevusterapeut, Tase..., 2023).

1. METOODIKA

Uurimistöö on koostatud kirjanduse ülevaatenä. Post et al (2020) on välja toonud, et kirjandusülevaate all peetakse silmas uurimistööd, mis analüüsib ja sünteesib olemasolevat kirjandust – seejuures tuvastab, seab kahtluse alla ja arendab edasi teooria alustalasid, toetudes varasematele uurimustele (Post et al., 2020: 352). Seda mõtet toetab Õunapuu (2014) tuues välja, et kirjanduse ülevaade tähendab varasemate uuringute ja teooriate süstemaatilist läbitöötamist ning analüüsimist, et kujundada uurimistöö teoreetiline lähtekoht ja siduda käsitletav teema olemasoleva teaduskirjandusega. Kirjanduse ülevaate abil saab tutvuda varasemate seisukohtade, uurimistulemuste ja käsitlustega. Kirjanduse ülevaate peamine roll on luua tööle teoreetiline alus, anda ülevaade uuritava teema senistest käsitlustest ning toetada uurimistöö edasist ülesehitust. (Õunapuu, 2014: 93–94). Antud töös on kirjanduse ülevaate eesmärgiks analüüsida deliiriumi mõju eaka tegevusvõimele ning tuua esile tegevusteraapia valdkonna tõendus põhised sekkumised, mida saab rakendada eakatel esineva deliiriumi ennetamisel ja käsitluses.

Autor jõudis lõputöö teema ideeni 2025. aastal tegevusteraapia praktika ajal, kus puutus kokku deliiriumis patsiendiga ning koges eesti keelse info puudulikkust ja tegevusteraapeudi kompetentsi kuuluvate sekkumiste vähest teadlikkust patsiendi tegevusvõime toetamisel. Uurimistöö kirjutamist alustati sügisel 2025. Lõputöö alustamisel valiti välja täpsem teemakäsitlus, misjärel formuleeriti otsingusõnad, tegeleti teadusandmebaasidest allikate otsimisega, püstitati uurimisprobleem, seati uurimistöö eesmärk ja sõnastati uurimisülesanded.

Kirjandusallikate ja teadusartiklite leidmiseks kasutati erinevaid rahvusvahelisi andmebaase nagu PubMed, Wiley Online Library, Taylor & Francis Online, Sage Journals, Synbase, Scopus, Science Direct, National Library of Medicine ning otsingumootoreid Google ja Google Scholar. Eestikeelseid allikaid otsiti otsingumootorist Google ja e-kataloogist ESTER. Informatsiooni otsimisel kasutati järgnevaid eesti- ja inglisekeelseid otsingusõnu: deliirium (*delirium*), eakas (*elderly/older adult*), tegevusteraapia (*occupational therapy*), tegevusteraapeut (*occupational therapist*), tegevusvõime (*occupational performance*) ja nendest koostatud sõnakombinatsioone: deliirium JA eakas (*delirium AND elderly*), deliirium—tegevusvõime (*delirium AND occupational performance*), deliirium—eakas—tegevusteraapia (*delirium AND elderly AND occupational therapy*). Erinevad kombinatsioonid eelnimetatud sõnadest, mida otsingul kasutati on välja toodud infootsingu raportis (vt Lisa 3).

Allikate valikul seati esmalt kriteeriumiks allika ilmumisaasta, mis ei olnud vanem kui 10 aastat (2016-2026), eesti- ja/või inglise keelsed teksti olemasolu ning täisteksti kättesaadavus. Erandina kasutati Rahvusvaheliste haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) 5. peatükki (1993), Õunapuu poolt 2014. aastal kirjutatud raamatut „*Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*“, mis annab täpse ülevaate uurimistööst kirjandusülevaate teoreetilisest metoodikast ega ole ajas muutnud ning Eesti Tegevusteraapia eetikakoodeksit (2013). Kirjandusallikate valikul lähtuti töö pealkirjast ning kokkuvõttest. Uurimistöös kasutamiseks sobivate kirjandusallikate peamiseks kriteeriumiteks on seotus uurimise temaga ja tõenduspõhisus ning DOI olemasolu, tuginedes teadusandmebaasidele, autorite usaldusväärsuse ja viidatud uurimistööde kvaliteedile. Pärast allikate valikut algas nende läbi töötamine ning tõlkimine ja refereerimine. Inglisekeelsete teadusartiklite tõlkimisel on kasutatud tehisintellektil põhinevaid tööriistu, nagu *OpenAI* või *NotebookLM*.

Uurimustöö koostamisel kasutati tegevusteraapia ja/või deliiriumi ja/või eakatega seotud kirjandusallikaid. Autor töötas läbi 98 kirjandusallikat. Töös on kasutatud 23 teadusartiklit, kolme raamatut, kahte klassifikaatorit, ühte hindamisvahendit ning kahte juhendmaterjali. Töös käsitletud olulise hindamisvahendi eestikeelse versiooni puudumise tõttu tõlkis autor selle näitlikustamise eesmärgil. Tegemist ei ole eesti keeles valideeritud hindamisvahendiga vaid tulevikus kasutatava potentsiaalse tööriistaga.

Töös on lähtutud meditsiinieetika printsiipidest— isiku autonoomia austamise, mittekahjustamise, heategemise ja õigluse printsiibist (vt Soosaar, 2016) ning Eesti Tegevusterapeutide Liidu eetikakoodeks (2013). Isiku autonoomia austamise printsiip avaldub käesolevas töös patsiendikeskse lähenemise rõhutamises, kus tegevusterapeutiliste sekkumiste planeerimisel arvestatakse eaka individuaalsete vajadustega. Kahju vältimise printsiipi on järgitud, kasutades kirjanduse ülevaate koostamisel usaldusväärseid allikaid, vältides ebatäpse või eksitava informatsiooni esitamist ning tuues välja töö piirangud— mittevalideeritud hindamisvahendi kasutamise, et ennetada selle väärkasutust praktikas. Heategemise printsiip avaldub käesolevas töös teaduspõhise ja praktilise teabe koondamises, et toetada tervishoiuspetsliste ja eelkõige tegevusterapeute eakate deliiriumi märkamisel, käsitlemisel ja tegevusterapeutiliste sekkumiste rakendamisel. Töös on rakendatud tõe printsiipi, mille kohaselt on kõik kasutatud allikad korrektselt viidatud ning esitatud informatsioon põhineb usaldusväärsetel ja ajakohastel teadusallikatel. Tagades seeläbi uurimistöö teadusliku usaldusväärsuse ja läbipaistvuse.

Käesolev töö on koostatud Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli kirjalike tööde koostamise ja vormistamise juhendit (2023) järgides. Uurimistöö kirjutamisel on kasutatud teaduslikule tööle omast viitamispraktikat, kasutades viitamisprogrammi *Mendeley, APA Style 7th edition*, mille käigus on kõik kasutatud allikad nõuetekohaselt esitatud. Töö valmis autori iseseisva töö tulemusena.

2. DELIIRIUM JA SELLE MÕJU EAKA TEGEVUSVÕIMELE

2.1. Deliiriumi tekkepõhjused

Deliirium on lühikese aja jooksul tekkiv tähelepanu, orientatsiooni ja teadlikkuse häire, mis väljendub segasuse ja kognitiivse kahjustusena (Ravijuhend Deliirium ..., 2021). Deliiriumit soodustavateks teguriteks võivad olla kõrge vanus, dementsus või kerge kognitiivne häire, funktsionaalne sõltuvus, sensoorne kahjustus (sh halvenenud nägemine ja kuulmine), alatoitumus ja multimorbiidsus (vähemalt kahe kroonilise haiguse samaaegne esinemine) (Echeverría & Schoo, 2026: 2). Lisaks on deliiriumi riskiga seotud unetus, võõras keskkond, füüsilised piirangud ning polüfarmakoteraapia. Tähelepanu tuleb pöörata ka metaboolsetele häiretele, vedeliku ja elektrolüütide tasakaaluhäiretele, B12-vitamiini vaegusele ning aneemiale. (Ravijuhend Deliirium ..., 2021). Vallandavateks teguriteks on aju põletikuline reaktsioon, vere- ja aju barjääri häired, närvivõrgustike talitluse langus ning ravimid (eriti psühhoaktiivsed ja antikolinergilised). Samuti võivad deliiriumi esile kutsuda kirurgia, anesteesia, hüpoksia, valu, infektsioonid, ägedad haigused või krooniliste haiguste ägenemine ning dehüdratsioon või unepuudus. (Echeverría & Schoo, 2026: 2).

Deliirium esinemissagedus, põhjused ja kulg varieeruvad, sõltuvalt patsiendipopulatsioonist ja ravikeskkonnast – näiteks postoperatiivne deliirium erineb sisemeditsiinosakondades esinevast deliiriumist. Eriti palliatiivravi kontekstis on deliirium väga heterogeenne. Deliirium võib tekkida dementsuse foonil, ägeda südamepuudulikkuse taustal või olla terminaalise seisundi osa. (Watt et al., 2019: 863–864). Postoperatiivne deliirium on sage erinevate kirurgiliste protseduuride järgselt ning selle esinemissagedus varieerub sõltuvalt operatsiooni tüübist. Kõrgeim esinemissagedus on täheldatud südamekirurgia korral (kuni 73%), millele järgnevad reieluukaela murru operatsioonid (kuni 53%), vaskulaarkirurgia (kuni 39%) ja muud ortopeedilised operatsioonid (kuni 28%). Lisaks suureneb deliiriumi risk märgatavalt pärast 65. eluaastat. Intensiivravi osakondades on deliiriumi levimus täiskasvanute seas 37–46%, kuid 65-aastastel ja vanematel patsientidel ulatub see 70–87%-ni. (Lee et al., 2020: 264–265). Kuigi deliiriumi käsitlev teaduskirjandus keskendub peamiselt haiglakeskkonnale, ei piirdu deliirium üksnes hospitaliseeritud patsientidega. Deliiriumi levimus varieerub märkimisväärselt sõltuvalt ravikeskkonnast, esinedes lisaks haiglatele ka hooldekodudes (1,4–70,3%) ja järelravi keskkondades (13–26%). (Morandi et al., 2019: 2).

2.2. Sümptomid

Deliirium on mööduva ja lainetava intensiivsusega seisund, mille korral enamus patsiente paraneb kuni nelja nädala jooksul. Siiski võib lainetava kulu korral deliirium kesta kuni kuus kuud, eriti kroonilise maksahaiguse või vähi korral. Deliiriumi võib käsitleda sündroomina, millel on varieeruv kestus ja raskusaste – kergest kuni väga raskeni. (RHK-10..., 1993: 58). Deliiriumit iseloomustab äkki tekkiv tähelepanu, teadvuse ja kognitiivsete funktsioonide häire, mis väljendub keskendumisvõime languses ja raskuses tähelepanu adekvaatselt suunata (Echeverría & Schoo, 2026: 1-2). Deliiriumi kliinilised tunnused kujunevad lühikese aja jooksul ning on iseloomulikult päeva lõikes kõikuvad. Seisundiga kaasnevad sageli tähelepanuhäired ning une- ja ärkveloleku rütmi häired. Võivad esineda orientatsiooni ja teadlikkuse langus, tajuhäired nagu hallutsinatsioonid ja luulumõtted ning käitumishäired. (Ravijuhend Deliirium ..., 2021; World Health Organization, 2024: 603–604). Psüühikahäirete diagnostiline ja statistiline käsiraamatu (DSM-V) kohaselt võivad une-ärkveloleku häired avalduda päevase uimasuse, öise agitatsiooni või ööpäevarütmi täieliku häirumisena. Emotsionaalsed häired hõlmavad ärevust, hirmu, depressiooni, ärrituvust, viha, eufooriat ja apaatsust, mis võivad kiiresti ja ettearvamatult muutuda. (American Psychiatric Association, 2022: 599–601).

Deliiriumile on iseloomulikud psühhomotoorsed muutused, mis võivad avalduda nii hüperaktiivsuse (nt rahutus, äkilised liigutused, voodist väljatõusmise katsed) kui ka hüpoaktiivsuse (nt letargia ja vähenenud ärksus) kujul ning võivad päeva jooksul varieeruda. Nendest avaldumisvormidest lähtuvalt jaotatakse deliirium kolmeks kliiniliseks alatüübiks: hüperaktiivne, hüpoaktiivne ning segatüüp, mille korral sümptomid vahelduvad. (American Psychiatric Association, 2022: 599–601; Echeverría & Schoo, 2026: 2).

Deliiriumi kliiniliste avaldumisvormide mõistmine on oluline selle eristamiseks teistest kognitiivsetest ja psühhiaatrilistest seisunditest. Kuigi dementsus suurendab deliiriumi tekkeriski, viitavad ägedad muutused tähelepanus, orientatsioonis ja teadlikkuses pigem deliiriumi episoodile kui dementsuse süvenemisele. Deliirium eristub normaalsest vananemisest oma äkilise alguse, väljendunud segasuse ja mööduva iseloomu poolest ning erineb ägedast mööduvast psühhootilisest häirest, mille korral säilib teadvusseisund ja ärksus suhteliselt selgena, kuigi võivad esineda ajutised segasuse ning tähelepanu- ja keskendumishäired. (World Health Organization, 2024: 184, 603–604). Deliiriumit ja

depressiooni sümptomid võivad samuti osaliselt kattuda, kuid erinevad mitmete oluliste kliiniliste tunnuste poolest (Anand & MacLulich, 2024: 672). Olulisemaid deliiriumi, dementsuse ja depressiooni erinevused on välja toodud järgnevas tabelis (vt Tabel 1).

Tabel 1. Põhilised deliiriumi, dementsuse ja depressiooni eristamise tunnused (Anand & MacLulich, 2024, kohandatud).

Tunnus	Deliirium	Dementsus	Depressioon
Algus	Kiire (tunnid, päevad)	Aeglane	Aeglane
Kulg	Sageli kõikuva iseloomuga	Aeglaselt progresseeruv	Sageli krooniline, episoodiline
Kestus	Tunnid kuni päevad (võib kesta kuid)	Aastad	Kuud kuni aastad
Erksus/ärkvelolek	Muutunud (hüper-, hüpo- või segatüüp)	Tavaliselt normipärane	Normipärane
Tähelepanu	Oluliselt häiritud	Võib olla kergelt häiritud	Võib olla kergelt häiritud
Hallutsinatsioonid	Sagedased (enamasti visuaalsed)	Harvad (nt Lewy kehadega dementsus)	Harvad
Mõtlemisprotsess	Korrapäratu	Aeglustunud, vähene	Tavaliselt normipärane

Eakatel võib deliiriumi ja dementsuse eristamine olla keeruline, kuna mõlemad seisundid võivad avalduda kognitiivsete häirete ja segasusena, kuid need erinevad oma kulgemise ja olemuse poolest. Deliiriumi ja dementsuse eristamisel on võtmetähtsusega äkiline muutus vaimses seisundis võrreldes varasemaga või sümptomite taandumine pärast vallandavate tegurite ravi. Dementsusele on iseloomulik aeglane ja progresseeruv kognitiivne langus säilinud

teadvuse juures, samas kui deliirium avaldub tundide kuni päevade jooksul kujuneva segasuse, tähelepanuhäire, sümptomite kõikumise ja teadvuse häirena. (Fong & Inouye, 2022: 580).

2.3. Deliiriumi mõju eaka tegevusvõimele

Deliirium eakatel on sage kliiniline sündroom, mille sümptomid kujunevad kiiresti ning kõiguvad päeva lõikes (Echeverría & Schoo, 2026: 2). Deliiriumil on tõsine negatiivne mõju eaka tervisele, sealhulgas suurenenud haigestumus ja suremus ning pikema kuluga hospitaliseerimine (Álvarez et al., 2017: 85). Deliiriumiga kaasnev tegevusvõime langus väljendub raskustena igapäevaelu põhitõimingutes ja instrumentaalsetes igapäevategevustes, samuti puhkuse ja une, tööalase tegevuse, vaba aja ning sotsiaalse osaluse valdkonnas. Lisaks on deliirium seotud eakate funktsionaalse võimekuse langusega, mis võib avalduda lihaskõhise, väsimuse ja kognitiivsete häiretena. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 2-3). Deliiriumiga esineb tähelepanuhäire, mille tõttu on patsiendil raske keskenduda, tähelepanu hoida ja ümber lülitada, mistõttu vestlus ja küsimustele vastamine on häiritud. Tähelepanu häire esineb enim lühimälu osas. Sageli esineb desorientatsioon ajas ja kohas, näiteks usub patsient, et on hommik, kuigi on öö või arvab, et on kodus mitte haiglas. Lisaks võivad ilmuda kõne- ja keelehäired näiteks raskused esemete nimetamisel või kirjutamisel ning kõne võib olla ebahääletlane või seosetu. Need muutused raskendavad igapäevast toimetulekut, suhtlemist ja enese väljendamist. (American Psychiatric Association, 2022: 600).

Uuringus, mis keskendus deliiriumi episoodi läbi elanud eakate järelhindamisele *Mini-Mental State Examination (MMSE)* testi abil, selgus, et deliiriumi esinemine on seotud kognitiivse funktsiooni langusega. MMSE test, mille maksimaalne skoor on 30 punkti, näitas keskmiselt 1,8-punktilist langust, mis vastab ligikaudu 6% kognitiivse soorituse vähenemisele. Langus on selgelt seotud deliiriumi kestusega: üle viie päeva kestnud deliiriumiga patsientidel täheldati märgatavalt suuremat kognitiivset langust võrreldes lühema kestusega deliiriumiga. Tulemused viitavad, et deliirium ei ole pelgalt ajutine häire, vaid sellel võib olla kumulatiivne ja süvenev mõju kognitiivsele funktsioonile. (Richardson et al., 2021: 916–918).

Olulise osa deliiriumi kliinilisest pildist moodustavad tajuhäired. Need võivad avalduda väärtõlgenduste, illusioonide või hallutsinatsioonidena. Näiteks võib patsient tõlgendada neutraalset heli ohuna, näha elutuid objekte elusolenditena või kogeda täielikke visuaalseid hallutsinatsioone. Sageli kaasneb sellega patsiendi veendumus kogetu reaalsuses, mis mõjutab

otseselt emotsionaalset ja käitumuslikku reaktsiooni. (American Psychiatric Association, 2022: 599–600). Deliiriumi ajal kogetud hallutsinatsioonid on eakad kirjeldanud visuaalsete, taktiliste ja kuulmisaistingutena. Patsientide kirjeldused viitavad sellele, et kogetu oli nende jaoks väga realistlik, näiteks nähtused ruumis, võõrad inimesed või muutuvad keskkonnaelemendid. Unenäolised kogemused olid sageli seotud reaalsuse või isiklike mälestustega, kuid omasid moonutatud või ähvardavat sisu, süvendades segadust ja hirmu. (Tietgen et al., 2026: 4).

Dementsusega inimestel on võrreldes üldpopulatsiooniga oluliselt suurem risk deliiriumi tekkeks, mis viitab nende suurenenud haavatavusele ägedate kognitiivsete häirete suhtes. Samal ajal on leitud, et deliiriumi esinemine ei ole pelgalt ajutine seisund, vaid kujutab endast iseseisvat riskitegurit hilisemaks dementsuse kujunemiseks. (Fong & Inouye, 2022: 581). Uurimistulemused näitavad, et juba üks deliiriumi episood on seotud märkimisväärselt suurenenud dementsuse tekkeriskiga, sõltumata teistest teadaolevatest riskiteguritest. Seejuures on täheldatud, et risk ei ole staatiline, vaid suureneb vastavalt deliiriumiga kokkupuute ulatusele. Korduvad episoodid tõstavad dementsuse kujunemise tõenäosust enam kui üksik episood. Lisaks on deliiriumi raskuste oluline prognostiline tegur, kuna raskema kuluga deliirium on seotud veelgi kõrgema dementsuse tekkeriskiga. (Richardson et al., 2021: 916–918).

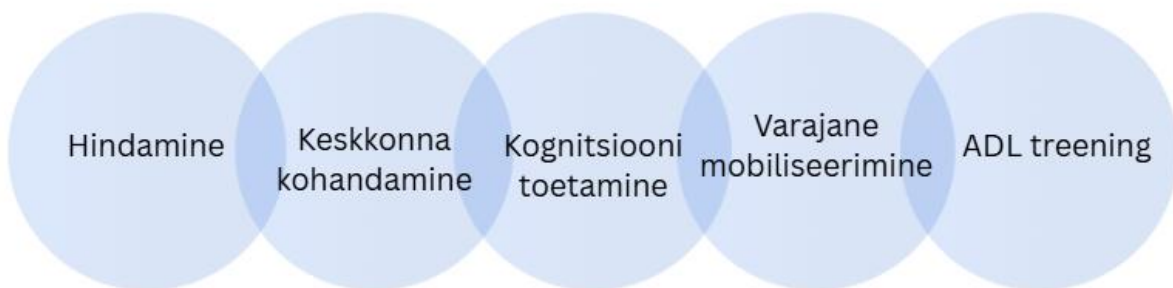
Eakad, kes on deliiriumi episoodi üle elanud, kirjeldavad seda kui äärmiselt intensiivset ja hirmutavat kogemust, mida iseloomustavad tugev ärevus ja hirm. Hirm võib olla nii üldine või suunatud konkreetsetele teemadele, nagu üksi jäämine, mürgitamine või isiklike esemete kaotamine. Kirjeldatud on viha, eriti olukordades, kus patsient tundis end piiratud või kontrollituna, näiteks voodisse või ruumi jäetuna, ning mõnel juhul ka tunnet, et meditsiinitöötajad või lähedased tegutsevad nende vastu. Füüsiliste piiramisvahendite kasutamine oli seotud eriti tugeva hirmu, viha ja lõksus olemise tundega. Pärast deliiriumi episoodi püsib kogetu mõju, kuna patsiendid mäletavad neid kogemusi, kirjeldades jätkuvat hirmu deliiriumi kordumise, kontrolli kaotamise ja „mõistuse kaotamise“ ees. Samuti esines häbitunnet, mis viitab, et deliirium ei mõjuta ainult kognitiivset seisundit episoodi ajal, vaid jätab ka olulise emotsionaalse jälje. (Tietgen et al., 2026: 4-5).

3. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL DELIIRIUMI ENNETAMISEL JA EAKA TEGEVUSVÕIME TOETAMISEL

3.1. Tegevusterapeudi roll ja tegevusterapeutilised sekkumised

Teaduskirjandus toetab deliiriumi käsitlemisel multidistsiplinaarset ja mitmetahulist lähenemist. Tegevusterapeutidel võib olla oluline roll interdistsiplinaarses deliiriumi käsitluses pikaajalist ravi saavate eakate patsientide seas, toetades patsiendi funktsionaalse võimekuse säilitamist ja taastamist. (Sheard et al., 2022: 385–387). Efektiivse sekkumise eelduseks on deliiriumi põhjuse tuvastamine, kuna aluseks oleva seisundi käsitlemine on seni ainus tõenduspõhine viis teatud tüüpi deliiriumi raviks. See rõhutab veelkord interdistsiplinaarse koostöö olulisust ning vajadust individuaalseks lähenemiseks. (Watt et al., 2019: 863). Tegevusteraapia maht – sealhulgas teraapiate arv päevas, kestus ning tegevuste koormus ja intensiivsus, peaks olema kohandatud iga patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuvalt (Zhao et al., 2024: 8–9).

Deliiriumi käsitluses kasutatakse mitmekülgset lähenemist, mis hõlmab viite peamist komponenti— hindamist, keskkonna kohandamist, kognitiivseid sekkumisi, varajast mobiliseerimist ja igapäevaelu tegevuste treeningut, et toetada patsiendi orienteerumist, kognitiivseid ja füüsilisi võimeid ning iseseisvust (vt Joonis 1). (Alvarez, 2021).



Joonis 1. Tegevusterapeutilised sekkumised deliiriumi käsitluses. (Alvarez, 2021, kohandatud).

Oluline osa tegevusteraapiast on patsiendi kaasamine tähendusrikastesse ja stimuleerivatesse tegevustesse. Uuringud eakate kogemustest haiglas näitavad, et tähendusliku tegevuse puudumine põhjustab igavust, eraldatust ja võõrandumist. Eakad väärtustavad haiglas viibides osalust, mis on kooskõlas nende identiteedi, harjumuste ja rutiinidega. Seetõttu peab 92% tegevusterapeutidest keskkonna kohandamist ja reaalsusorientatsiooni strateegiaid deliiriumiga

eaka toetamisel väga oluliseks, et võimaldada neil osaleda tähenduslikes tegevustes või naasta nende juurde. (Strecker & Hitch, 2021: 193–196). Komplekssed sekkumised, mis on suunatud patsiendi orienteerumisvõime, kognitiivse funktsioneerimise ja igapäevase toimetuleku toetamisele, hõlmavad struktureeritud visuaalsete abivahendite kasutamist, mis sisaldavad teavet keskkonna, aja ja ravimeeskonna kohta, samuti sensoorse toe tagamist prillide ja kuuldeaparaatide kasutamise kaudu. Kognitiivse funktsioneerimise toetamiseks rakendatakse orienteerumis- ja meenutustegevusi ning individuaalselt tähenduslikke ülesandeid. Igapäevaelu tegevuste treening keskendub enesehooldusega seotud tegevustele, nagu pesemine, riietumine ja hügieen, integreerituna patsiendi tavapärasesse rutiini. Lisaks hõlmavad sekkumised pereliikmete kaasamist, et tagada tegevuste järjepidevus väljaspool struktureeritud teraapiasessioone. (Sheard et al., 2022: 381–382).

Haigla ja kodu vahelisel üleminekul, mille haiglasse tagasi pöördumise protsent pärast tegevusterapeutilist sekkumist langes 23,3%-lt 6,5%-ni, koosnes sekkumine kahes põhifaasist: haiglapõhisest sekkumisest ning kodukeskkonnas toimuvast järeltoest, sh perekonna ja hooldajate nõustamist. Tegevusteraapia tegevusjuhised deliiriumi korral, mil tegevusterapeut jätkab pärast haiglast välja saamist eakaga tööd, toob välja põhjaliku sekkumiste tabeli (vt Lisa 1). (Harper et al., 2024: 81–82). Pärast deliiriumist taastumist tunnevad patsiendid sageli heidutava kogemuse tõttu ärevust, mille leevendamiseks on kasulik toetada patsienti episoodi läbitöötamisel (Ravijuhend Deliirium ..., 2021). Deliiriumist taastumise järel aitavad patsiente kõige enam rahustavad ja toetavad vestlused, mis vähendavad ärevust ja aitavad kogetut mõtestada. Samuti orientatsioon ajas ja kohas ning olukorra selgitamine, mis toetab turvatunde ja kognitiivse selguse taastumist ning füüsiline kontakt, mis pakub emotsionaalset tuge. Oluline roll on nii tervishoiutöötajatel kui ka lähedastel, kes toetavad patsienti nii deliiriumi ajal kui ka pärast seda, aidates toime tulla episoodi järelmõjudega ja vähendada selle pikaajalisi psühholoogilisi tagajärgi. (Tietgen et al., 2026: 6–7).

3.2. Tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetamisel

Kokkuvõtte uuringutest viitab, et iga 48 tunni kohta, mil deliirium kestab, suureneb suremuse tõenäosus 11%. Hinnanguliselt on kuni 40% deliiriumi juhtumitest mis leiavad aset haiglas kuid mitte intensiivravi osakondades, ennetatavad. (Álvarez et al., 2017: 85). Esmaseks lähenemiseks deliiriumi ennetuses ja käsitleuses soovitatakse mittefarmakoloogilisi sekkumisi, mis hõlmavad deliiriumi võimalike põhjuste tuvastamist, patsiendi orienteerumise toetamist

ning perekonna ja personali kaasamist. Ennetavad mitmekesised mittefarmakoloogilised sekkumised on osutunud tõhusaks vahendiks deliiriumi esinemise vähendamisel. (Morandi et al., 2019: 2–3). Tähendatud on, et farmakoloogilisi sekkumisi, nagu madala doosiga haloperidool manustamine, ei ole näidanud veenvat efektiivsust deliiriumi ennetuses. Tõhusamaks peetakse mittefarmakoloogilisi strateegiaid, eriti intensiivravis, mis hõlmavad une parandamist, öiste protseduuride vähendamist, sedatsiooni katkestamist, varajast mobiliseerimist ning deliiriumi jälgimist. (Álvarez et al., 2017: 88).

Deliiriumi ennetamine, eriti operatsiooni järgselt, on vajalik, et toetada patsiendi tegevusvõimet ja taastumist. Tegevusterapeudil on selles oluline roll, aidates patsiendil võimalikult varakult tegevustes osaleda ning säilitada iseseisev toimetulek. (Lee et al., 2020: 269). Kirjanduse põhjal, põhinevad tegevusteraapia sekkumised deliiriumi ennetamisel peamiselt kahel keskse tähtsusega komponendil— kognitiivsel stimulatsioonil ning patsiendi aktiivsel osalemisel igapäevategevustes. Lisaks kasutatakse sageli une toetamise ning ajas ja ruumis orientatsiooni parandamise strateegiaid. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 2). Ennetavad strateegiad peaksid hõlmama veel asjakohast valgustust ning patsiendi ümbritsemist tuttavate esemetega (Ravijuhend Deliirium ..., 2021).

Varajast mobiliseerimist peetakse üheks tugevamaiks tõendus põhiseks sekkumiseks deliiriumi riski vähendamisel ning selle rakendamisel on tegevusterapeudil oluline roll patsiendi aktiivsuse suurendamisel läbi tähenduslike tegevuste (de Toledo Montesanti et al., 2025: 2). Uuring toetab tegevusterapeudi rolli kui tõhusat mittefarmakoloogilist sekkumist deliiriumi ennetamisel ja eaka patsiendi üldise taastumise toetamisel haiglaravil olles. Tegevusterapeutidel on võimalus vähendada deliiriumi mõju, luues struktureeritud, aktiivsust ja iseseisvust toetava keskkonna juba haiglaravi varajasest algusest. (Álvarez et al., 2017: 89). Seda kinnitab Austraalia haiglas töötavate tegevusterapeutide seas tehtud uuringud kus kompleksed mittefarmakoloogilised sekkumised, sealhulgas kognitiivne stimulatsioon, varajane mobiliseerimine, une- ja ärkveloleku tsükli toetamine ning nägemis- ja kuulmisabivahendite kasutamine, vähendavad oluliselt deliiriumi ja kukkumiste esinemissagedust. Aidates seeläbi lühendada haiglas viibimise aega, vähendada institutsionaliseerimise riski ning parandada patsiendi kognitiivset ja funktsionaalset seisundit. (Strecker & Hitch, 2021: 190).

Patsiendikeskne tegevusterapeutiline lähenemine lähtub patsiendi jaoks tähenduslikest tegevustest ja individuaalsetest eesmärkidest, toetades aktiivset osalust raviprotsessis ning

võimaldades siduda deliiriumi ennetamise tegevussoorituse parendamisega. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 6–7). Oluline on, et eakad tegeleksid igapäevaselt kognitiivseid võimeid nõudvate tegevustega, kuna see on seotud väiksema deliiriumi tekkeriski ning ajutalitluse häire kergema kulgemisega. Operatsioonijärgse deliiriumi riski käsitletud uuringus leiti, et iga lisapäev, mil patsient osales vaimset aktiivsust nõudvates tegevustes, vähenes deliiriumi risk ligikaudu 8%. Seos kehtis nii normaalse kognitsiooni kui kerge kognitiivse häirega patsientide puhul. Tulemused viitavad, et hilisemas eas säilitatav ja aktiivselt kasutatav kognitiivne võimekus võib olla deliiriumi ennetamisel olulisem kui varasem haridus või elukogemus. (Tow et al., 2016: 1344–1346). Tegevusterapia kontekstis tähendab see, et kognitiivne stimulatsioon peaks olema võimalikult individuaalne ja lähtuma patsiendi huvidest, eluloost ja tähenduslikest tegevusvaldkondadest. Kognitiivsed tegevused kohandatakse patsiendi võimetele ning need võivad hõlmata näiteks mälu, tähelepanu, orientatsiooni, keele ja täidesaatvate funktsioonide treenimist. (de Toledo Montesanti et al., 2025: 7).

3.3. Tegevusterapeutiline hindamine

Tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetamisel hõlmab lisaks sekkumiste rakendamisele ka patsiendi seisundi ja tegevusvõime süsteemset hindamist. Deliiriumi varajane tuvastamine on kriitiline valdkond, kus tegevusterapeutid rõhutavad kognitiivsete või käitumuslike muutuste esmaste märkide märkamise olulisust, kuid osutavad samas süstemaatiliste hindamis- ja sõeluuringu vahendite kasutamise puudumisele. (Pozzi et al., 2025: 1979). See lünk kujutab endast olulist takistust õigeaegse abi pakkumisel, eriti hüpoaktiivse deliiriumi vormide puhul, mida on ilma valideeritud tööriistadeta märgatavalt raskem diagnoosida (de Toledo Montesanti et al., 2025: 5). Deliiriumiga patsiendi hindamisel on vajalik terviklik lähenemine, mis hõlmab kognitiivse, funktsionaalse ja tegevusliku seisundi süsteemset analüüsi. Hindamisprotsess peaks algama patsiendi varasema tegevusvõime määramisega, kasutades kognitsiooni hindamismeetodeid nagu *Dementia Screening Interview (AD8)* ja *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)* ning funktsionaalseid mõõdikuid nagu *Functional Independence Measure (FIM)*, *Bartheli indeks* või struktureeritud intervjuu patsiendi või lähedastega, et luua võrdlusbaas hetkeseisundiga. (Alvarez, 2021).

Haiglaravi ajal keskendutakse hetke tegevusvõime tasemele, hinnates regulaarselt deliiriumi esinemist *Confusion Assessment Method (CAM)* skaala abil. CAM skaala on kirjanduse kohaselt üks usaldusväärsemaid vahendeid deliiriumi hindamiseks. Selle eeliseks on lihtne ja

kiire kasutus, testi läbiviimine võtab aega ligikaudu 5-10 minutit. Testil on kõrge valiidsus, usaldusväärsus, tundlikkus ja spetsiifilisus. (Lee et al., 2020: 267). CAM-i on kohandatud erinevatesse kliinilistesse keskkondadesse, sealhulgas intensiivravisse *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)*, mis võimaldab tegevusterapeutidel valida sobiva versiooni vastavalt patsiendi seisundile ja ravikeskkonnale. Kognitiivse seisundi hindamiseks kasutatakse veel *Mini-Mental State Examination'i (MMSE)* testi, mis on standardiseeritud kognitiivne sõeltest vaimse seisundi ja kognitiivsete funktsioonide (nt orientatsioon, mälu, tähelepanu, keel) hindamiseks, ning *Montreal Cognitive Assessment'i (MoCA)*, mis on tundlikum sõeltest kergemate kognitiivsete häirete tuvastamiseks. Orientatsiooni hindamiseks kasutatakse *Orientation Log'i (O-Log)*, mis võimaldab hinnata patsiendi orienteeritust ajas, kohas ja olukorras. (Alvarez, 2021). Enamik deliiriumi juhtudest möödub 3–5 päeva jooksul, kuid ligikaudu viiendikul patsientidest püsib seisund kauem. Püsiva deliiriumi korral on vajalik patsiendi korduv hindamine. (Anand & MacLulich, 2024: 675).

Kuigi erialakirjandus soovib lisaks rakendada veel erinevaid skaalasisid, nagu *Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS)*, *Modified Richmond Agitation and Sedation Scale (mRASS)*, *Delirium-O-Meter* ning *Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)*, ei ole paljud neist instrumentidest välja töötatud ega valideeritud spetsiaalselt tegevusterapeutidele kasutamiseks. Spetsiifiliselt tegevusterapeutidele kohandatud ja valideeritud tööriistade puudumine muudab hindamisprotsessi standardiseerimise tegevusteraapia praktikas ja laiemas kliinilises kontekstis keeruliseks. (Pozzi et al., 2025, lk 1979). Tegevusteraapias on tavapärase kasutada kella joonistamise testi, kuid uuringud viitavad, et see ei suuda deliiriumi eakatel patsientidel piisavalt täpselt tuvastada ning annab pigem üldise ülevaate kognitiivsest võimekusest. (Strecker & Hitch, 2021, p. 195). Seetõttu soovitatakse tegevusterapeutidel eelistada 4AT (*Rapid Clinical Test for Delirium* ehk 4 'A' Test) kiirtesti, millel on kõrge diagnostiline täpsus ja hea eristusvõime ka kultuuriliselt mitmekesisel elanikkonnas (Alvarez, 2021).

4AT on hindamisvahend, mis paljudes riikides kujunenud üheks peamiseks tööriistaks deliiriumi varajaseks tuvastamiseks. Tegemist on lühikese ja lihtsasti kasutatava testiga, mille rakendamine ei eelda eriväljaõpet ega eraldi lubasid. Testile on tehtud üle 30 uuringu, enam kui 6000 patsiendiga. Oluline on, et testi esmane valideerimisuuring viidi läbi geriaatriliste patsientide seas, mis on toetanud selle laialdast kasutuselevõttu just eakate patsientide hindamisel. Testi kasutatakse erinevates tervishoiuvaldkondades, sealhulgas erakorralise meditsiini osakondades, sise- ja kirurgiaosakondades, onkoloogias ning palliatiivravis. Testi

oluliseks eeliseks on selle kõrge tundlikkus ja spetsiifilisus. Lisaks võimaldab see saada kliiniliselt kasutatava tulemuse ka patsientidel, kelle seisund (nt väljendunud uimasus või rahutus) ei võimalda tavapärasest kognitiivset testimist või intervjuud. Test koosneb neljast põhikomponendist: ärksuse taseme, ajas ja kohas orienteerituse, tähelepanu languse ja äkiliste muutuste tuvastamisest. (Alasdair MacLulich, 2025). Autorile teadaolevalt puudub 4AT testi litsentseeritud eestikeelne tõlge – testi ametlikul kodulehel olevas keelte nimistus eesti keel ei sisaldu. Tulenevalt sellest on autor koostanud mitte valideeritud, 4AT testi võimaliku tõlke näidise (vt Lisa 2), eesmärgiga toetada testi mõistmist ja edasist testi valideerimist.

4. ARUTELU

Watt jt (2019) on välja toonud, et deliirium esinemissagedus, põhjused ja kulg varieeruvad, sõltuvalt patsiendipopulatsioonist ja ravikeskkonnast. Toledo et al (2025) poolt läbi viidud uuringus selgub, et intensiivravi osakondades on deliiriumi esinemissagedus eriti kõrge. Samuti on seda välja toonud Lee et al (2020), märkides, et intensiivravi osakondades on deliiriumi esinemissagedus üle 65-aastastel 70–87%. Samas on Morandi (2019) väitnud, et deliiriumit esineb sagedasti ka väljaspool haiglat sh hooldekodudes, järelravi ja kodu keskkonnas. Autori hinnangul ning olemasolevatele uuringutele tuginedes on deliiriumi käsitus peamiselt keskendunud haiglaravi kontekstile. Samas on deliiriumi ennetamist ja käsitlemist hooldekodudes ning kodukeskkonnas uuritud märkimisväärselt vähem. Selline lünk võib piirata tõenduspõhiste sekkumiste rakendamist haiglavälises keskkonnas.

Sheard jt (2022) koostatud uuringu kohaselt saavad tegevusterapeutid täita tõhusalt meeskonna liidri rolli deliiriumi käsitluses. Olles pädevad kujundama individuaalseid strateegiaid patsientidega ja interdistsiplinaarse meeskonna juhtidena. Autori arvates on tegevusterapeudi roll deliiriumi käsitluses oluliselt laiem kui üksnes otsene klienditöö. Tegevusterapeutid omavad kompetentsi suunata interdistsiplinaarse meeskonna tööd, koolitada teisi spetsialiste ning tagada sekkumiste järjepidevus, kuid praktikas ei pruugi see roll olla piisavalt rakendatud. Tegevusteraapia süsteemne rakendamine võib aidata vähendada töö dubleerimist, toetada eesmärgipärasemat koostööd ning optimeerida meeskonna ajalisi ressursse, kuna varajane sekkumine vähendab deliiriumiga seotud tüsistusi ja sellega kaasnevat töökoormust. Lisaks võivad tegevusterapeutilised sekkumised vähendada haigla rahalist koormust, lühendades haiglaravi kestust ja vähendades institutsionaliseerimise riski. Seetõttu on tegevusterapeudi rolli selge määratlemine oluline nii interdistsiplinaarse koostöö kui ka tervishoiusüsteemi tõhususe seisukohalt.

Fong & Inouye, (2022) väidavad, et dementsusega inimestel on oluliselt suurem risk deliiriumi tekkeks. Maailma Tervise Organisatsiooni (2024) andmetel suurendab dementsus deliiriumi tekkeriski. Richardsoni (2021) uurimistulemused näitavad, et juba üks deliiriumi episood on seotud märkimisväärselt suurenenud dementsuse tekkeriskiga. Korduvad episoodid tõstavad dementsuse kujunemise tõenäosust veel enamgi. Töö autori hinnangul ei saa deliiriumi käsitleda pelgalt ajutise seisundina, vaid seda tuleb vaadelda olulise riskitegurina edasisele kognitiivsele langusele. See rõhutab vajadust varajase ennetuse järele, kus tegevusterapeudi roll

ei piirdu ainult olemasoleva seisundi käsitlemisega, vaid hõlmab ka pikaajalise kognitiivse tervise toetamist ja säilitamist.

Morandi jt (2019) toetavad mittefarmakoloogiliste sekkumiste kasutamist deliiriumi ennetuses ja käsitluses, kuna need on osutunud tõhusaks deliiriumi esinemissageduse vähendamisel. Alvarez jt (2017) toovad välja, et farmakoloogiliste sekkumiste efektiivsus on piiratud, mistõttu peetakse oluliseks une kvaliteedi parandamist, varajast mobiliseerimist, keskkonna kohandamist ja patsiendi aktiivset kaasamist. Autori arvates kinnitavad uuringud, et mittefarmakoloogilised sekkumised, mis on tegevusteraapia keskmes, peaksid olema deliiriumi ennetuses esmane lähenemine. See seab tegevusterapeudi olulisele positsioonile ravimeeskonnas ning viitab vajadusele integreerida tegevusteraapia süsteemselt deliiriumi käsitluse praktikasse.

Tow jt (2016) toovad oma uuringus välja, et eakad kes tegelevad igapäevaselt kognitiivseid võimeid nõudvate tegevustega, on seotud väiksema deliiriumi tekkeriski ning ajutalitluse häire kergema kulgemisega. Mis tähendab, et hilisemas eas säilitatav ja aktiivselt kasutatav kognitiivne võimekus on deliiriumi ennetamisel olulisem kui varasem haridus või elukogemus. Autori hinnangul on oluline märkida, et tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetuses algab oluliselt varem kui kliinilises keskkonnas. Igapäevase kognitiivse aktiivsuse toetamine kogukonnas ja pikaajalises hoolduses võib olla võtmetähtsusega deliiriumi riski vähendamisel.

Tegevusterapeudi roll deliiriumi ennetamisel hõlmab lisaks sekkumiste rakendamisele ka patsiendi seisundi ja tegevusvõime süsteemset hindamist. Toledo (2025) toob välja, et deliiriumi varajane tuvastamine on valdkond, kus rõhk on kognitiivsete või käitumuslike muutuste esmaste märkide märkamises. Kuid samas ei ole tegevusterapeutidel piisavalt süstemaatilisi hindamis- ja sõeluuringu vahendeid. Sama toovad Pozzi jt (2025), välja, et paljud hindamis skaalad ei ole välja töötatud ega valideeritud spetsiaalselt tegevusterapeutidele kasutamiseks, muutes hindamisprotsessi tegevusteraapia praktikas ja laiemas kliinilises kontekstis keeruliseks. Autori hinnangul viitab see olulisele puudujäägile tegevusteraapia praktikas, kus spetsiifiliste ja valideeritud hindamisvahendite vähesus piirab tegevusterapeutide võimalusi deliiriumi varajaseks tuvastamiseks. Seetõttu on autor valinud deliiriumi tuvastamise testi näitlikustamiseks 4AT testi mittevalideeritud tõlke välja toomist uurimistöös. Test osutus autori poolt valituks oma lihtsuse, ajasäästlikkuse ja praktilise rakendatavuse tõttu, kuna selle kasutamine ei eelda eriväljaõpet ning võimaldab kiiret kliinilist hindamist. Seetõttu sobib test

hästi tegevusterapeutidele kasutamiseks, toetades nii deliiriumi varajast märkamist kui ka edasiste sekkumiste planeerimist.

Käesoleva töö olulisus tegevusteraapia erialale seisneb teadlikkuse tõstmises deliiriumi käsitlemise võimalustest ning tegevusterapeudi rolli selgemas mõtestamises interdistsiplinaarses ravimeeskonnas. Arvestades deliiriumi kõrget esinemissagedust eakate patsientide seas, on tegevusterapeutide kokkupuude selle sihtrühmaga sage ning oluline osa praktikast. Saadud teadmisi on võimalik rakendada tegevusteraapia protsessis, integreerides deliiriumi hindamise ning mittefarmakoloogilised sekkumised igapäevasesse praktikasse. Nende rakendamine eeldab aga lisaks erialaspetsiifilisele väljaõppele, süsteemsemat käsitlust tervishoiuasutustes, sealhulgas selgemat interdistsiplinaarset koostööd ning tegevusterapeudi teadlikumat kaasamist.

Tööst lähtuvalt esitab autor järgmised ettepanekud:

- Uurida täpsemalt tegevusterapeudi rolli ning sekkumisvõimalusi deliiriumi ennetamisel ja käsitlemisel hooldekodudes ning kodukeskkonnas, kuna olemasolev teaduskirjandus keskendub peamiselt haiglakontekstile.
- Arendada tegevusterapeutidele sobivaid deliiriumi hindamisvahendeid ning valideerida deliiriumi varajaseks tuvastamiseks loodud 4AT testi eestikeelne versioon.

JÄRELDUSED

Lõputöö eesmärgist ja ülesannetest lähtuvalt võib uurimistöö põhjal teha järelused:

1. Deliirium on eakatel sage ägeda kuluga kognitiivne häire, mille kliiniline kulg ja mõju sõltuvad suurel määral ravikeskkonnast, kaasuvatest haigustest ning deliiriumi alatüübist ja kestusest. Kuigi enamik teadusuuringuid käsitleb deliiriumi haiglakontekstis, esineb seda ka teistes, hooldus- ja ravikeskkondades. Deliirium on seotud suurenenud haigestumuse ja suremusega, pikema haiglaravi kestusega ning kognitiivse võimekuse langusega. Lisaks võib deliiriumi kogemus jätta eakale patsiendile püsiva ja sügava emotsionaalse jälje. Seetõttu ei saa deliiriumi käsitleda üksnes ajutise seisundina, vaid see eeldab süsteemset lähenemist, kus keskne roll on varajasel tuvastamisel, riskitegurite ennetamisel ning õigeaegsel sekkumisel ning hindamisel.
2. Tegevusterapeutilised sekkumised põhinevad komplektsetel mittefarmakoloogilistel lähenemistel, hõlmates kognitiivset stimulatsiooni, varajast mobiliseerimist, keskkonna kohandamist ning igapäevaelu tegevuste toetamist. Tegevusterapeut on oluline interdistsiplinaarse meeskonna liige, kelle panus aitab vähendada deliiriumi esinemissagedust ja toetada eaka funktsionaalse taastumise protsessi. Uuringutest selgub, et tegevusterapeutid võivad täita olulist rolli interdistsiplinaarse meeskonna töö suunamisel ja koordineerimisel, toetades teiste tervishoiutöötajate teadlikkust deliiriumi märkamisest, ennetamisest ja käsitlest. See rõhutab tegevusterapeuti kompetentsi mitte ainult sekkumiste rakendajana, vaid ka teadmiste vahendajana ja meeskonnatöö arendajana. Samal ajal on tegevusterapeutidele kohandatud ja valideeritud hindamisvahendite kasutamine piiratud, mis võib raskendada deliiriumi varajast tuvastamist ning sihipäraste sekkumiste rakendamist.

Uurimistöö eesmärk ja uurimisülesanded said täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Agresta, F. *et al.* (2021). How to Define an Elderly and Frail Patient?. In: Agresta, F., Podda, M., Campanile, F.C., Bergamini, C., Anania, G. (eds) Emergency laparoscopic surgery in the elderly and frail patient. Springer, Cham https://doi.org/10.1007/978-3-030-79990-8_1
- Alasdair MacLulich. (2025). *Delirium Assessment Tool 4AT*. <https://www.the4at.com/>
- Álvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceño, C. D., & González, F. J. (2017). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. In *Journal of Critical Care* (Vol. 37, pp. 85–90). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>
- Alvarez, E. and S. J. Pablo. (2021). *Occupational Therapy: Strategies for Delirium Management, Network for Investigation of Delirium: Unifying Scientists (NIDUS)*. <https://deliriumnetwork.org/occupational-therapy-strategies-for-delirium-management/>
- American Psychiatric Association. (2022). *(DSM-5-TR). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*.
- Anand, A., & MacLulich, A. M. (2024). Delirium in older adults. *Medicine*, 52(11), 671–676. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2024.08.004>
- Chen, F., Liu, L., Wang, Y., Liu, Y., Fan, L., & Chi, J. (2022). Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. In *American Journal of Emergency Medicine* (Vol. 59, pp. 121–128). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.05.058>
- Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. (2024). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>
- de Toledo Montesanti, L., de Souza Francisco, D., Pastore, L., Pereira Yamaguti, W., Fraga Righetti, R., & May Moran de Brito, C. (2025). Person-centered occupational therapy intervention for the prevention of delirium and improvement in occupational performance in elderly patients admitted to an intensive care unit: A randomized controlled single-

blinded trial protocol. *PLOS ONE*, 20(3), e0319651.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319651>

DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2022). American Psychiatric Association. https://www.physio-pedia.com/images/1/1b/Diagnostic_and_statistical_manual_of_mental_disorders_DSM-5_%28_PDFDrive.com_%29.pdf

Echeverría, R., & Schoo, C. (2026). *Delirium*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>

Fong, T. G., & Inouye, S. K. (2022). The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nature Reviews. Neurology*, 18(10), 579–596.
<https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>

Harper, K. J., McAuliffe, K., Williamson, M., Jacques, A., Sainsbury, K., & Edwards, D. (2024). An occupational therapy delirium pathway reduces hospital re-presentations in older adults with delirium: A before and after observational study. *British Journal of Occupational Therapy*, 87(2), 79–88. <https://doi.org/10.1177/03080226231197010>

Lee, C. D., Chippendale, T. L., & McLeaming, L. (2020). Postoperative Delirium Prevention as Standard Practice in Occupational Therapy in Acute Care. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 38(3), 264–270. <https://doi.org/10.1080/02703181.2020.1740374>

Morandi, A., Pozzi, C., Milisen, K., Hobbelen, H., Bottomley, J. M., Lanzoni, A., Tatzer, V. C., Carpena, M. G., Cherubini, A., Ranhoff, A., MacLulich, A. M. J., Teodorczuk, A., & Bellelli, G. (2019). An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT). *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1264-2>

Naastre, T. (2024). *Intensiivravist tingitud tervisliku seisundi häired täiskasvanud patsientidel ning tegevusterapeutiline sekkumine*. https://www.ester.ee/record=b5689638*est

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool.

- Post, C., Sarala, R., Gatrell, C., & Prescott, J. E. (2020). Advancing Theory with Review Articles. *Journal of Management Studies*, 57(2), 351–376. <https://doi.org/10.1111/joms.12549>
- Pozzi, C., Borgonovo, G., Segura, J. A. L., Gunnarsson, Ab., & Gitlin, L. N. (2025). Geriatricians and occupational therapists' perspectives on the role of occupational therapy in delirium care in long-term care settings: a multi-site study. *European Geriatric Medicine*, 16(6), 1971–1981. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01282-0>
- Rains, J., & Chee, N. (2017). The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), 318–322. <https://doi.org/10.1177/1751143717720589>
- Rahvusvaheline ravijuhend Deliirium eakal patsiendil. (2021). Duodecim Medical Publications Ltd. <https://app.synbase.eu/app/et/ravijuhendid/ebm/ebm00473/deliirium-eakal-patsiendil>
- RHK-10. Psüühika- ja käitumishäired: Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised. (1993). Maailma Tervishoiuorganisatsioon; Tartu Ülikool. <https://dspace.ut.ee/server/api/core/bitstreams/9cd71574-2272-442e-83a9-53700f442f77/content>
- Richardson, S. J., Davis, D. H. J., Stephan, B. C. M., Robinson, L., Brayne, C., Barnes, L. E., Taylor, J.-P., Parker, S. G., & Allan, L. M. (2021). Recurrent delirium over 12 months predicts dementia: results of the Delirium and Cognitive Impact in Dementia (DECIDE) study. *Age and Ageing*, 50(3), 914–920. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa244>
- Sheard, K. L., Lape, J. E., & Weissberg, K. (2022). Occupational Therapy-Led Delirium Management in Long-Term Acute Care: A Pilot. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 40(4), 376–391. <https://doi.org/10.1080/02703181.2022.2043983>
- Strecker, C., & Hitch, D. (2021). Perceptions of current occupational therapy practice with older adults experiencing delirium. *Australasian Journal on Ageing*, 40(3). <https://doi.org/10.1111/ajag.12882>
- Tegevusterapeut, tase 6. Kutsestandard (2023). Tervishoiu Kutsenõukogu <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/11213667>

- Tietgen, S., Behnen, I., Koschate-Storm, J., von Kutzleben, M., Wiards, S., Zieschang, T., Schneider, B. C., & Rösler, A. (2026). The subjective experiences of patients recovering from delirium in acute geriatric care: An analysis of quantitative and qualitative interview data. *BMC Geriatrics*, 26(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12877-026-06992-z>
- Tow, A., Holtzer, R., Wang, C., Sharan, A., Kim, S. J., Gladstein, A., Blum, Y., & Verghese, J. (2016). Cognitive Reserve and Postoperative Delirium in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(6), 1341–1346. <https://doi.org/10.1111/jgs.14130>
- Uurimissuunad ja rakendusuuringud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis (2021). Tervisehariduskeskuse uurimissuunad. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. (n.d.). Retrieved 25 April 2026, from <https://www.ttk.ee/et/uurimissuunad-ja-rakendusuuringud-tallinna-tervishoiu-korgkoolis>
- Watt, C. L., Momoli, F., Ansari, M. T., Sikora, L., Bush, S. H., Hosie, A., Kabir, M., Rosenberg, E., Kanji, S., & Lawlor, P. G. (2019). The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. In *Palliative Medicine* (Vol. 33, Number 8, pp. 865–877). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/0269216319854944>
- Zhao, J., Fan, K., Zheng, S., Xie, G., Niu, X., Pang, J., Zhang, H., Wu, X., & Qu, J. (2024). Effect of occupational therapy on the occurrence of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. In *Frontiers in Neurology* (Vol. 15). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1391993>

Tabel 2. Tegevusteraapia tegevusjuhised deliiriumi korral. (Harper et al., 2024, kohandatud).

Sekkumisstrateegiad haiglas (statsionaarne, 24 h jooksul)

Hindamine:

- Varajane sõelumine (4AT)
- Kognitiivne tase enne (lähedaste, hooldajate info)
- Koostöö ravimeeskonnaga deliiriumi tuvastamiseks/kinnitamiseks

Riskide maandamine:

- Kukkumiste ennetamine
- Lamatiste ennetamine
- Turvalise keskkonna loomine istumiseks ja ADL- tegevusteks
- Toitumise toetamine (funktsionaalsete takistuste eemaldamine söömisel ja joomisel)

Lähedaste/hooldajate juhendamine:

- Murede käsitlemine, nõu andmine
- Suuline ja kirjalik info

Ägeda deliiriumi käsitus:

- Sensoorne tugi
- Kognitiivne stimulatsioon ja orientatsiooni toetamine
- Päevarutiini loomine (uni, voodist väljas olemine/istumine)
- Funktsionaalse iseseisvuse ja aktiivsuse toetamine, sh liikumine ja tähenduslikud tegevused
- Toetus ja suunamine sotsiaalseks suhtluseks

Deliiriumi mõju hindamine enne kodukeskkonda üleminekul:

- Lähedaste/hooldajate valmisoleku hindamine
- Koduse ülemineku juhendamine
- Abivahendite määramine
- Suunamine koduteenustele (nt kodune tegevusteraapia/hooldekodus tegutsev tegevusterapeut või muu tervishoiu personal)

Sekkumisstrateegiad kodukeskkonnas, sh hooldekodus (24–48 h pärast haiglast väljakirjutamist)

Keskkonna kohandamine:

- Päeva- ja öörütmi toetamine
- Ülestimulatsiooni vähendamine (müra, füüsilised tegevused, liigne suhtlus, visuaalse müra vähendamine)
- Tuttavate esemete kasutamine
- Märgistused (nt WC leidmiseks)
- Keskkonna muutuste vältimine
- Piisav valgustus. Öösel hämar valgus, et oleks võimalik kasutada tualetti.
- Takistuste eemaldamine liikumisteel

Tegevuste kohandamine:

- Tegevuse ettevalmistamine ja lihtsustamine. Pakkuda abi tegevuse alustamisel, sealhulgas eemaldada mittevajalikud esemed, mis ei ole tegevusega seotud.
- Kontrastide kasutamine esemete eristamiseks.
- Objektide märgistamine
- Tegevuse etappide vähendamine/suurendamine vastavalt võimekusele
- Kõrge riskiga tegevuste vältimine (nt: autojuhtimine, toidu valmistamine ja kodust väljumine ilma järelevalveta)
- Vältida samaaegselt kahe tegevuse tegemist (nt: rääkimine ja trepil kõndimine, esemete kandmine ja uues keskkonnas liikumine)

Suhtlemine:

- Nägemis- ja kuulmisabivahendite kasutamine
- Rahulik ja selge kõne ja hääletoon. Vältida vaidlemist
- Positiivne suhtlus ja kinnitamine. Pakkuda kiitust ja kinnitust
- Vajadusel suulised vihjed
- Lihtsad juhised

Käitumise juhtimine:

- Agitatsiooni vallandajate tuvastamine ja vähendamine
- Hallutsinatsioonide ja luulude käsitlemine: Vältida vaidlemist selle üle, mida ta kuuleb/näeb. Tunnistada, et ta võib olla hallutsinatsioonist või luulust hirmunud. Pakkuda kinnitust ja lohutust, kui ta väljendab stressi. Veenduda, et inimene on endale ohutu ja tal puudub juurdepääs esemetele, mis võivad olla kahjulikud talle endale või teistele. Suunata tegevustesse.

Toitumine:

- Regulaarne tasakaalustatud toidu söömine ja vedeliku tarbimine kogu päeva vältel
- Toidu nähtav ja kättesaadav paigutus
- Julgustada hooldajaid/pereliikmeid söömist meelde tuletama

Rutiin ja osaluse toetamine:

- Tavapärase rutiini taastamine ja julgustamine
- Une-ärkveloleku rütmi toetamine/taastamine
- Tuttavad ja korduvad tegevused
- Vajadusel suuline või füüsiline juhendamine või abistamine
- Vähendatud ootus tegevuste täpsele sooritamisele
- Lihtsamad tegevused väsimuse korral. Mõnikord võib olla asjakohane soovitada passiivsemaid tegevusi, mis on kognitiivselt vähem nõudlikud (nt: pere fotoalbumi vaatamine, muusika kuulamine). Nõustada perekonda/personali, millal oleks sobivam neid tegevusi kasutada (nt: kui patsient on väsinum või segasuses või kui suurema keerukusega ülesanne võib suurendada segadust või stressi)
- Ise tegevuse alustamine ja julgustamine tegevusega jätkata või vastupidi.

Füüsiline aktiivsus:

- Liikumise soodustamine kogu päeva vältel
- Võimalusel voodirežiimi vältimine
- Vajadusel järelevalve ohutuse tagamiseks

Tabel 3. 4AT test (Alasdair MacLulich, 2025, kohandatud).



Deliiriumi ja kognitiivse häire sõeltest (eestikeelne versioon)

Patsiendi nimi:

Sünniaeg:

Kuupäev:

Kellaeg:

Hindaja:

[1] ERKSUS

See hõlmab ka patsiente, kes võivad olla märgatavalt unised (nt. raskesti äratavad ja/või hindamise ajal selgelt unised) või agiteeritud/hüperaktiivsed. Jälgi patsienti. Kui patsient magab, proovi teda äratada kõne või õrna puudutusega õlal. Hindamise hõlbustamiseks, palu patsiendil öelda oma nimi ja aadress.

Normaalne (täiesti ärkvel, kuid mitte agiteeritud kogu hindamise vältel)	0
Kerge unisus <10 sekundit pärast ärkamist, seejärel normaalne	0
Ouliselt häiritud erksus	4

[2] AMT4 (LÜHENDATUD KOGNITIIVNE TEST)

Vanus, sünniaeg, asukoht (nt haigla nimi), aasta.

Vigu ei esine	0
1 viga	1
2 või enam viga/ ei ole võimalik testida	2

[3] TÄHELEPANU

Ütle patsiendile: "Palun öelge mulle kalendrikuud tagurpidi järjekorras, alustades detsembrist.."

Esialgse mõistmise abistamiseks on lubatud üks suunav küsimus: "Mis kuu on enne detsembrit?"

Kalendrikuud tagurpidi: 7 või enam õiget vastust	0
Alustab kuid annab vähem kui 7 õiget vastust/ keeldub vastamast	1
Ei ole võimalik testida (ei saa alustada halva enesetunde, unisuse, tähelepanematusse tõttu)	2

[4] ÄGE MUUTUS VÕI KÕIKUV KULG

Kas esineb oluline muutus või kõikumine erksuses, kognitsioonis või muus vaimses funktsioonis (nt. paranoia, hallutsinatsioonid), mis on tekkinud viimase 2 nädala jooksul ja on endiselt nähtavad viimase 24 tunni jooksul.

Ei	0
Jah	4

4 või rohkem: Võimalik deliirium +/- kognitiivne häire

1-3: Võimalik kognitiivne häire

0: Deliirium või raske kognitiivne häire on ebatõenäoline

(kuid deliirium on siiski võimalik, kui punkti [4] teave on puudulik)

4AT SKOOR

GUIDANCE NOTES

www.the4AT.com

AT on sõeltest, mis on mõeldud deliiriumi ja kognitiivse häire kiireks esmaseks hindamiseks. Tulemuseks 4 või enam punkti viitab võimalikule deliiriumile, kuid ei ole diagnostiline – diagnoosi kinnitamiseks võib olla vajalik põhjalikum vaimse seisundi hindamine.

Tulemus 1–3 punkti viitab võimalikule kognitiivsele häirele ning vajalik on täiendav kognitiivne testimine ja anamneesi kogumine lähedastelt või hooldajatelt. Tulemus 0 punkti ei välista täielikult deliiriumi ega kognitiivset häiret – sõltuvalt kliinilisest olukorrast võib olla vajalik täiendav hindamine. Punktid 1–3 põhinevad üksnes patsiendi vahetel vaatlusel hindamise ajal. Punkt 4 eeldab teavet ühest või mitmest allikast, näiteks hindaja enda teadmistest patsiendi kohta, teiste patsiendiga tuttavate töötajate (nt osakonna õdede), perearsti kirja, haigusloo või lähedaste kaudu. Testi läbiviimisel ja tulemuse tõlgendamisel tuleb arvestada kommunikatsiooniraskustega (nt kuulmislangus, düsfaasia, ühise keele puudumine).

Erksus: Erksuse taseme häire viitab üldhaigla tingimustes suure tõenäosusega deliiriumile. Kui patsiendil esineb voodi kõrval hindamise ajal selgelt häiritud erksus, märgitakse selle punkti väärtuseks 4. **AMT4 (AMT4 (lühendatud kognitiivne test):** Selle skoori võib tuletada AMT10 testi vastavatest küsimustest, kui see on vahetult enne läbi viidud. **Äge muutus või kõikumine kulg:** kõikumine võib esineda ka mõningatel dementsuse juhtudel ilma deliiriumita, kuid väljendunud kõikumine viitab tavaliselt deliiriumile. Hallutsinatsioonide või paranoiliste mõtete esiletoomiseks võib patsiendilt küsida näiteks: „Kas te olete millegi pärast mures?“ „Kas te tunnete kellegi või millegi ees hirmu?“ „Kas olete näinud või kuulnud midagi ebatavalist?“

Tabel 4. Infootsingu raport.

Andmebaasid	Piirangud	Otsingusõnad	Leitud allikate arv	Läbi töötatud allikate arv	Kasutatud allikate arv
PubMed	2016-2026	Delirium AND elderly	8428	8	5
	2016-2026	Delirium AND older adults AND occupational therapy	83	9	4
Sage Journals	Canadian Journal of Occupational Therapy+ 2016-2026	Delirium	11	1	0
	British Journal of Occupational Therapy+ 2016-2026	Delirium	28	4	0
Synbase.eu	Ravijuhendid	deliirium	61	1	1
World Health Organisation	-2026	Delirium	92	10	1
Taylor and Francis Online	2016-2026	delirium AND elderly AND occupational therapy	1379	7	3
Wiley Online Library	2016-2026 Open Access content	Delirium AND Elderly	7148	9	0

Scopus	2016-2026	Delirium AND elderly	7152	4	1
	2016-2026	delirium AND older adults	2458	7	2
	2016-2026	delirium AND older adults AND occupational therapy	31	15	4
Science Direct	2016-2026	delirium AND occupational therapy AND elderly	1005	5	1
National Library of Medicen	2016-2026	Delirium AND elderly/older adults (samatulem)	3944	4	1