

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Tervishariduse keskus

Tegevusterapeudi õppekava

Loviisa Kornel

**TEGEVUSTERAPEUDI ROLL ELULÕPURAVIL EESTI TEGEVUSTERAPEUTIDE
NÄITEL**

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 Liia Tretjakova, BSc

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Loviisa Kornel (2026). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tervishariduse keskus, tegevusterapeudi õppekava. Tegevusterapeudi roll elulõpuravil Eesti tegevusterapeutide näitel. Lõputöö on 32 leheküljel, töös on kasutatud 42 allikat, 4 joonist, 1 lisa.

Uurimistöö eesmärk: Anda ülevaade tegevusterapeudi rollist elulõpuravil ning uurida Eestis tegutsevate tegevusterapeutide kogemusi ja väljakutseid antud teenuse osutamisel.

Uurimismeetodid: Uurimistöö on koostatud kvalitatiivse empiirilise uurimusena. Andmete kogumiseks kasutati elektroonilist ankeetküsimustikku. Valimi moodustamisel kasutati mittetõenäosuslikku lumepallivalimit. Uuringus osalesid 8 Eestis tegutsevat tegevusterapeuti, kes puutuvad oma töös kokku elulõpuravi vajavate patsientidega. Kogutud andmeid analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil, valikvastustega küsimuste puhul kasutati kirjeldavat statistikat.

Uurimistöö olulisemad tulemused ja järeldused: Tegevusterapeudil on elulõpuravi valdkonnas oluline roll patsiendi heaolu ja elukvaliteedi säilitamisel. Tegevusterapeut keskendub lisaks füüsilise toimetuleku toetamisele ka patsiendi emotsionaalsele heaolule, tähtsustades patsiendi autonoomia säilitamist ning osalemist tähenduslikes tegevustes. Uuringus osalenud tegevusterapeutide vastuste põhjal selgus, et oluliseks teraapiaprotsessi osaks peetakse ka patsiendi lähedaste kaasamist ning nende toetamist nii haiguse kuluga kui ka leinaga toimetulekul. Samal ajal tõid tegevusterapeudid esile ka mitmeid väljakutseid. Peamisteks probleemideks olid piiratud koostöö teiste tervishoiuspetsialistidega, madal teadlikkus tegevusterapeudi rollist ning ebapiisav hariduslik ettevalmistus tööks elulõpuravil. Tegevusterapeutide enesekindluse toetamiseks ja teenuse kvaliteedi tagamiseks toodi välja vajadus täiendkoolituste, supervisiooni ja meeskondliku toe järele.

Võtmesõnad: tegevusteraapia, Eesti tegevusterapeudid, elulõpuravi, tegevusterapeudi roll.

SUMMARY

Loviisa Kornel (2026). Tallinn Health University of Applied Sciences, Centre of Health Education, Occupational Therapy curriculum. The role of the occupational therapist in end-of-life care: the example of occupational therapists in Estonia. The thesis consists of 32 pages, includes 42 references, 4 figures, and 1 appendix.

The aim of the study: To provide an overview of the role of the occupational therapist in end-of-life care and to explore the experiences and challenges faced by occupational therapists working in Estonia when providing this service.

Research methods: The study was conducted as a qualitative empirical research. Data were collected using an electronic questionnaire. A non-probability snowball sampling method was used to form the sample. The study involved 8 occupational therapists working in Estonia who encounter patients requiring end-of-life care in their professional practice. The collected data were analysed using qualitative content analysis, and descriptive statistics were used for closed-ended questions.

Main results and conclusions of the study: The occupational therapist has an important role in end-of-life care in maintaining the patient's well-being and quality of life. In addition to supporting physical functioning, the occupational therapist also focuses on the patient's emotional well-being, emphasizing the preservation of the patient's autonomy and participation in meaningful activities. Based on the responses of the occupational therapists who participated in the study, involving the patient's relatives and supporting them in coping with both the course of the illness and grief was also considered an important part of the therapeutic process. At the same time, the occupational therapists highlighted several challenges. The main problems were limited collaboration with other healthcare professionals, low awareness of the occupational therapist's role, and insufficient educational preparation for working in end-of-life care. To support occupational therapists' confidence and ensure the quality of services, the need for additional training, supervision, and team support was highlighted

Keywords: occupational therapy, Estonian occupational therapists, end-of-life care, role of the occupational therapist

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	3
SUMMARY	4
SISSEJUHATUS.....	6
1. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL JA SEKKUMISED ELULÕPURAVIL	9
1.1. Täenduslikes tegevustes osalemine elulõpuravil.....	9
1.2. Hindamise protsess elulõpuravil	9
1.3. Tegevusterapeutilised sekkumised	11
1.3.1. Füüsilise toimetuleku toetamine.....	11
1.3.2. Lähedaste ja teiste tervishoiuspetsialistide toetamine	12
1.4. Tegevusterapeutide ettevalmistus tööks elulõpuravil	12
2. METOODIKA	15
2.1. Uurimismeetodi valik.....	15
2.2. Valim.....	15
2.3. Andmete kogumine ja analüüs	16
2.4. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus	16
3. TULEMUSED	17
3.1. Taustaandmed.....	17
3.2. Tegevusterapeudi roll elulõpuravil.....	18
3.3. Koostöö teiste spetsialistidega ning tegevusterapeudi rolli mõistmine.....	19
3.4. Hariduslik ettevalmistus ja lisatõe vajadus elulõpuravil	20
4. ARUTELU.....	22
JÄRELDUSED.....	25
KASUTATUD KIRJANDUS	26

LISAD:

LISA 1. Eesti tegevusterapeutide kogemused ja väljakutsed elulõpuravi valdkonnas

SISSEJUHATUS

Tervise Arengu Instituudi (2024) andmetel oli Eesti keskmine oodatav eluiga 2023. aastal kõige aegade kõrgeim – 78,8 aastat. Samal aastal elasid Eesti mehed tervena keskmiselt 56,4 aastat ja naised 59,5 aastat. Tervena elatud aastad viitavad aastatele, mille jooksul inimene suudab elada ilma igapäevategevuste piiranguteta. Sellegipoolest ei tähenda suurenenud oodatav eluiga ja tervena elatud aastad alati, et nendega kaasneb terviseprobleemide vähenemine – paljud vanemaealised inimesed seisavad silmitsi suurenenud haigestumisega kroonilistesse ning degeneratiivsesse haigusetesse (Adshed & Deschamps, 2016).

Rahvastiku vananemise ning mittenakkuslike ja degeneratiivsete haiguste sagenemise tõttu on palliatiivravi muutunud oluliseks rahvatervise teemaks (Paal jt, 2022). World Health Organization (WHO) on defineerinud palliatiivravi kui terviklikku lähenemist, mille eesmärk on parandada elu ohustava haigusega patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti (WHO, 2020). Palliatiivravi hõlmab füüsiliste vaevuste ennetamist ja leevendamist ning patsiendi emotsionaalse ja sotsiaalse heaolu toetamist. Kui haigus on jõudnud terminaalesse staadiumisse, kus haiguse spetsiifiline ravi ei ole enam võimalik, keskendutakse elulõpuravile. Elulõpuravi eesmärk on vaevuste leevendamine, sealhulgas valuravi rakendamine, inimväärikuse tagamine ning patsiendile ja tema lähedastele parima võimaliku elukvaliteedi pakkumine. Teenust osutatakse erinevates keskkondades, sealhulgas patsiendi kodus, hooldekodudes ning tervishoiuasutustes. (Paal jt, 2022).

Elulõpuravil olevatel inimestel esineb sageli raskusi nii igapäevategevuste (ADL-tegevuste) kui ka neile tähenduslike tegevuste sooritamisel. On leitud, et tegevustes osalemine aitab progresseeruva haigusega inimestel, isegi kui nende füüsiline seisund halveneb, paremini kohaneda elu lõpu keeruliste muutustega. (Chow jt, 2022). Elu lõpus tegevustes osalemise olulisusele viitab ka 2019. aastal Kanadas läbiviidud uurimus, mille kohaselt otsustas 5631 inimest Meditsiinilise abistamise surma seadusi rakendades talumatute kannatuste tõttu oma elu lõpetada. Neist 82% põhjendas oma otsust sellega, et nad ei suutnud enam osaleda neile tähenduslikes tegevustes. 78% surijatest tõi põhjuseks, et nad ei suuda tegevustes lõpuni osaleda. (Health Canada, 2020). Uuringud on näidanud, et kui inimesed elu lõpus ei ole võimelised oma valitud tegevustes osalema tervise halvenemise tõttu, tunnevad nad end sageli võimetutena ja abitutena, kuna neil puudub kontroll oma elu ja valikute üle (Morgan jt, 2022).

Tegevustes osalemise olulisus elu lõpus toob esile tähenduslikes tegevustes osalemisel toetava spetsialisti toe vajadust. Tegevusterapeut on tegevusvõime spetsialist, kes kasutab eesmärgipäraselt valitud tegevusi häirunud tegevusvõimega inimese tegevusvõime säilitamiseks või edendamiseks igapäevaelus. Tegevusvõimet saab defineerida kui protsessi, mis võimaldab inimesel elada täisväärtuslikku elu, täites oma rolle ja osaledes tegevustes, mis on talle olulised ja tähendusrikkad. (Kutseregister, 2023).

Tegevusterapeutid usuvad, et igapäevaelu tegevustes osamine aitab elulõpuravil olevatel inimestel säilitada normaalsuse tunnet, hoolimata surma ees seisvast hirmust. Lisaks toovad Hammill jt (2019) välja, et hosiipiitsis töötavad tegevusterapeutid peaksid ajapiiranguid ja patsiendi füüsilise seisundi langust arvestades keskenduma patsiendi produktiivsusele ja heaolule, mitte patoloogiale või eluiga piiravale diagnoosile. Mills ja Payne (2015) on oma artiklis toonitanud, et iga tegevusterapeuti põhieesmärk on aidata elulõpuravil olevat patsienti vabaneda kannatustest ja stressist. Tegevusterapeut toetab elulõpuravil oleva inimese elukvaliteedi säilitamist, aidates tal osaleda talle tähenduslikes tegevustes.

Käesolev uurimistöö liigitub Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tervise- ja heaoluteenuste kvaliteedi uurimissuuna alla (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, n.d). Uurimistöö keskendub tegevusterapeuti rollile elulõpuravil, selle rakendamisele ning sellega seotud väljakutsetele, mis on otseselt seotud teenuse kvaliteedi ja spetsialisti kompetentsidega.

Uurimisprobleem: Kuigi tegevusteraapial on oluline roll elulõpuravil patsientide elukvaliteedi parandamisel, toetades patsientide füüsilist kui psühhosotsiaalset heaolu, ei pruugi see praktikas olla piisavalt rakendatud. Knecht-Sabres jt (2019) leiavad, et tegevusteraapia teenuse vähene kasutus elulõpuravil võib olla tingitud sellest, et tegevusterapeutide endi kui ka teiste tervishoiuspetsialistide arusaam tegevusterapeuti rollist ja võimalustest selles valdkonnas on piiratud. Selleks, et selgitada välja, kuidas Eesti tegevusterapeutid mõistavad oma rolli ning milliste väljakutsetega nad elulõpuravi valdkonnas kokku puutuvad, on oluline uurida nende kogemusi valdkonnas töötamisel.

Uurimistöö eesmärk on anda ülevaade tegevusterapeuti rollist elulõpuravil ning uurida Eestis tegutsevate tegevusterapeutide kogemusi ja väljakutseid antud teenuse osutamisel.

Uurimistöö ülesanded:

1. Anda ülevaade tegevusterapeuti rollist elulõpuravil.

2. Analüüsida Eestis tegutsevate tegevusterapeutide kogemusi, valmisolekut ja väljakutseid elulõpuravi valdkonnas töötamisel.

Uurimistöös kasutatavad kesksed mõisted:

Elulõpuravi (inglise k *end of life care*) – “palliatiivse ravi osa, mis algab, kui haigusspetsiifiline ravi on ammendunud, kuid seisundi raskuse tõttu vajab inimene palliatiivse ravi teenuseid. Elulõpuravi peamine eesmärk on vaevuste leevendamine, inimväärikust austav põetamine ja parima võimaliku elukvaliteedi võimaldamine surmani, rahu ja väärikas surm ning perede toetamine, leinatöö surma saabudes ja selle järel.” (Eesti Haigekassa, 2021: 7).

Palliatiivne ravi (inglise k *palliative care*) – “aktiivne ja terviklik ravi, mis on suunatud igas vanuses inimestele, kellele raske haigus põhjustab suuri tervisega seotud kannatusi, eelkõige aga neile, kes lähenemas elu lõpule. Palliatiivse ravi eesmärk on parandada patsientide, nende perekondade ja hooldajate elukvaliteeti.” (Paal jt, 2022: 350).

Tegevusteraapia (inglise k *occupational therapy*) – “häirunud tegevusvõimega isiku tegevusvõime hindamine, säilitamine ja edendamine. Eesmärgipäraselt valitud tegevuste kasutamine inimese parima võimaliku tegevusvõime saavutamiseks igapäevaelus.” (Kutseregister, 2023).

1. TEGEVUSTERAPEUDI ROLL JA SEKKUMISED ELULÕPURAVIL

1.1. Tähenduslikes tegevustes osalemine elulõpuravil

Tegevusteraapia eesmärk elulõpuravil on toetada patsiente võimalikult väärrika ja tähendusliku elu lõpu tagamisel. Progresseeruva haigusega inimestel võib tähenduslikes igapäevategevustes osalemine keeruliseks osutuda, kuna nende tegevusvõimet piiravad valu, kognitiivsete, füüsiliste või sensoorsete võimete langus. Tegevusterapeutidel tuleb sekkumiste planeerimisel arvestada ümbritsevast keskkonnast tulenevate teguritega, milleks võib olla füüsiline keskkond (ligipääsetavus kodus, haiglaruumides) ning olemasolev sotsiaalne tugivõrgustik. (American Occupational Therapy Association, 2016).

Elulõpuravil olevatel patsientidel ei esine vaid haigusest tingitud füüsilise ja vaimse võimekuse langus, vaid sageli ka tahte ja motivatsiooni vähenemine igapäevaelutegevuste sooritamisel. Kui patsientidel pole võimalik enda jaoks olulistest tegevustes osaleda, võib nende igapäevaelu piirduda vaid tegevustega, mida nad ise tähenduslikuks ei pea. (Castillo-Núñez jt, 2023). Tähenduslike tegevuste puudumine võib viia identiteedi kaotuse, päevarütmihäirumise ja sotsiaalse isoleerituseni (Eriksson jt, 2016). Seetõttu on oluline, et elulõpuravil olevate inimeste puhul keskenduks tegevusterapeutiline sekkumine nende jaoks tähendusrikaste tegevuste leidmisele, arvestades nende seisundit ja võimeid. (Castillo-Núñez jt, 2023).

Yeh ja McColl (2019) on välja toonud, et inimesed väärtustavad oma elu lõpufaasis mitmesuguseid tegevusi. Näiteks võib osa patsientide jaoks olla oluline tegeleda oma hobidega, teised väärtustavad produktiivseid tegevusi. Leidub inimesi, kes soovivad tegelema hakata millegi uuega – võtta käsile mõne loomingulise projekti, ellu viia nooruspõlves täitumata unistused. Tegevused võivad olla seotud ka elu lõpuks valmistumisega, näiteks oma eluloo kirjanemine, päeviku kirjutamine, oma viimaste soovide väljendamine, samuti vestlused elu, surma ja selle tähenduse üle. (Yeh & McColl, 2019)

1.2. Hindamise protsess elulõpuravil

Tegevusteraapia sekkumine elulõpuravil algab patsiendi hindamisega. Infot kogutakse patsiendi huvide, väärtuste, prioriteetide ning igapäevase rutiini kohta. Hindamise eesmärgiks on välja selgitada tegevused, mis on patsiendi jaoks olulised ja tähenduslikud. (Lucchi jt, 2020).

Hindamisvahendid toetavad sekkumiste planeerimist ning võimaldavad kogutud andmete põhjal hinnata patsiendi arengut ja muutusi (Asaba jt, 2017). Üheks levinumaks tegevusterapeutiliseks hindamisvahendiks elulõpuravil on MOHO (*Model of Human Occupation*) mudelist lähtuv OPHI-II (*Occupational Performance History Interview*) (Lucchi jt, 2020). Tegu on poolstruktureeritud intervjuuga, mis jaguneb kolmeks valdkonnaks. Uuritakse, milline on inimese arusaam iseendast ning millised on tema väärtused, rollid ja huvid. Hinnatakse, kuidas inimene tuleb toime igapäevaelu tegevustega ning kuidas keskkond mõjutab tegevustes osalemist. (Shikata jt, 2021). OPHI-II võimaldab tegevusterapeutil mõista patsienti tervikumalt, võttes arvesse tema uskumusi, väärtusi, kultuurilist tausta ning sotsiaalsed võrgustikke (Lucchi jt, 2020).

Elulõpuravi patsientidel põhjustab progresseeruva haiguse kulg sageli funktsionaalse võimekuse langust, mistõttu suureneb sõltuvus kõrvalabist igapäevaelu toimingutes. Seetõttu on ADL-ide ehk igapäevaelu toimingute hindamine oluline osa patsiendi seisundi hindamisel. (Saotame jt, 2018). ADL-i toimingute hindamiseks elulõpuravil kasutatakse Bartheli indeksit (Chow jt, 2020). Bartheli indeks on hindamisskaala, mille abil mõõdetakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust igapäevaelu toimingutes. Vahend käsitleb 10 valdkonda: soole- ja põiekontroll, hügieenitoimingud (nt juuste kammimine, hammaste pesu), tualetitoimingud, söömine, siirdumine, liikumine, treppidel liikumine, riietumine ja pesemine (vannis või duši all käimine). Bartheli indeksi koguskoor jääb vahemikku 0-100 punkti. 100 punkti viitab maksimaalsele iseseisvusele ning 0 punkti täielikule sõltuvusele kõrvalabist. (Dos Santos Barros jt, 2022).

Kuigi Bartheli indeks annab olulist teavet patsiendi funktsionaalse võimekuse ja kõrvalabi vajaduse kohta, ei kajasta see tegevuste olulisust patsiendi jaoks. Kui eelnevalt mainitud hindamisvahendid keskenduvad patsiendi taustale ja toimetulekule igapäevaelutegevustes, võimaldab COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*) hinnata patsiendi rahulolu tegevuste sooritusega ning seda kui olulised need tegevused tema jaoks on. Selleks viiakse läbi poolstruktureeritud intervjuu, et selgitada välja raskused patsiendi toimetulekus enesehoolduse, produktiivsete tegevuste ja vaba aja veetmise valdkondades. Seejärel palutakse patsiendil iga raskusi tekitava tegevuse puhul 10-palli skaalal hinnata selle olulisust tema jaoks. Samuti annab patsient hinnangu sellele, kui hästi ta tegevusega hetkel toime tuleb, ning sellele, kui rahul ta on oma sooritusega. Patsiendi enda hinnang tegevuste olulisusele aitab tegevusterapeutil tuvastada patsiendi jaoks tähenduslikke tegevusi ning planeerida sobivaid sekkumisi. (Scobbie & Boa, 2022).

1.3. Tegevusterapeutilised sekkumised

Pärast patsiendi hindamist seatakse koostöös patsiendi ja tema lähedastega teraapia eesmärgid. Eesmärkide seadmisel lähtutakse patsiendi soovidest, arvestades sealjuures tema seisundit ja haiguse prognoosi. Oluline on ka paindlikkus, kuna patsiendi muutlikust seisundist tulenevalt võib tekkida vajadus hiljem eesmärke kohandada. (American Occupational Therapy Association, 2023). Tegevusteraapia sekkumised elulõpuravil keskenduvad peamiselt tegevuste ja keskkonna kohandamisele, toimetulekustrateegiate õpetamisele (nt abivahendite kasutus, energia säästmise printsiibid), samuti lähedaste toetamisele ning leinaga toimetuleku toetamisele (Chow & Pickens, 2020).

1.3.1. Füüsilise toimetuleku toetamine

Talbot-Coulombe jt (2022) viisid läbi Kanadas Quebecis uuringu, mille eesmärk oli kirjeldada tegevusterapeutide töö sisu ning tuua välja võimalikud väljakutsed teenuse osutamisel elulõpu- ja palliatiivravil. American Occupational Therapy Association hinnangul (2016) hõlmab tegevusterapeuti roll kõiki tegevusi, mida patsient enda jaoks oluliseks peab. Talbot-Coulombe jt uuringu tulemuste põhjal saab aga järeldada, et tegelik tegevusterapeutide töövaldkond on märksa kitsam. See võib tuleneda aja piiratusest ning vähesest tegevusterapeuti rolli teadlikkusest. Selgus, et tegevusteraapia sekkumised elulõpuravil keskenduvad peamiselt füüsilise toimetuleku toetamisele, sealhulgas asendivahetustele, liikumisele ja enesehooldusele. Tegevusterapeuti ülesannete hulka kuulub siirdumist toetavate võtete ning seda lihtsustavate abivahendite tutvustamine nii hoolduspersonalile kui ka patsientide lähedastele. Uuringus osalejad töid sekkumisena välja ka kukkumiskeskuste ennetamise, mida on võimalik teha patsientide juhendamise ja keskkonna kohanduste kaudu. Mitmed tegevusterapeutid mainisid veel, et nende ülesandeks oli pakkuda patsientidele strateegiaid valuga toimetulekuks ning haavade hoolduseks. (Talbot-Coulombe jt, 2022).

Kuigi eelnevalt maintud sekkumised on elulõpuravil olevate patsientide iseseisvuse ja heaolu toetamise seisukohalt olulised, ei peegelda need tegevusterapeutide täielikku potentsiaali. Suremisprotsess ei mõjuta üksnes inimese füüsilist toimetulekut, vaid ka tema vaimset heaolu ning seda milliseid tegevusi ta enda jaoks tähenduslikuks peab. Chow ja Pickensi sõnul keskenduvad tegevusterapeutid liigselt igapäevaelu toimingute toetamisele, jättes patsiendi jaoks tähenduslikud tegevused tagaplaanile. (Chow & Pickens, 2020).

1.3.2. Lähedaste ja teiste tervishoiuspetsialistide toetamine

Elulõpuravil ei ole tegevusteraapia suunatud üksnes patsiendile, vaid hõlmab sageli ka patsiendi lähedaste ja teiste hooldusprotsessis osalevate spetsialistide toetamist. Elulõpuravil olevad inimesed võivad kogeda üksindust ning sotsiaalsest elust kõrvale jäämist, mistõttu on oluline toetada patsiendi ja tema lähedaste vahelise kontakti säilimist (Pozzi jt, 2020: 132). Lähedaste kaasamist peetakse elulõpuravil teraapiaprotsessi loomulikuks osaks ning tegevusterapeutid teevad nendega koostööd kogu teraapiaprotsessi vältel. (American Occupational Therapy Association, 2016).

Tegevusterapeutid võivad aidata vähendada patsiendi eest hoolt kandvate lähedaste hoolduskoormust. Sageli seavad lähedased haige pereliikme eest hoolitsedes enda soovid ja vajadused tagaplaanile. Tegevusterapeutid aitavad säilitada lähedaste tegevuslikku tasakaalu, toetades neid nende jaoks tähenduslike tegevuste taasleidmisel ja prioritseerimisel. Suhe patsiendi lähedastega ei lõppe patsiendi surmaga, vaid tegevusterapeutid võivad olla neile toeks ka leinaga toimetulekul. Näiteks saavad tegevusterapeutid toetada lähedasi igapäevaelu toimingutega toimetuleku oskuste arendamisel, uute rollide leidmisel ning varasemate rollide kaotusega kohanemisel. (American Occupational Therapy Association, 2023).

Lisaks lähedastele saavad tegevusterapeutid toeks olla ka teistele tervishoiuspetsialistidele, kes puutuvad oma töös kokku surevate patsientidega. Marchese (2023) sõnul seisavad hospiitsis töötavad hooldustöötajad oma igapäevatöös silmitsi väljakutsetega, mis mõjutavad nende füüsilist, psühhosotsiaalset ja emotsionaalset heaolu. Peamine probleem hooldajate seas on suur tööalane koormus ning läbipõlemine. New Yorgis läbiviidud uuringus, mille käigus osutati hooldustöötajatele kuuel nädalal tegevusteraapia teenust, selgus, et tegevusteraapia sekkumiste järel oli töötajate hoolduskoormus vähenenud ning nende osalemine igapäevaelu toimingutes suurenenud. Kuigi uuringus osalejate valim oli väike, viitavad tulemused sellele, et tegevusterapeutidel on potentsiaal oma oskustega toetada lisaks patsiendile ja tema pereliikmetele ka teisi tervishoiuspetsialiste. (Marchese, 2023).

1.4. Tegevusterapeutide ettevalmistus tööks elulõpuravil

Tulenevalt elulõpuravi keerukusest ja patsientide vajaduste eripärast on tervishoiutöötajate ettevalmistus ja väljaõpe selles valdkonnas eriti olulised. Elulõpuravi on valdkond, milles tuleb

teha palju raskeid valikuid nii tervisehoiutöötajatel kui ka patsientidel endil. Seetõttu on oluline, et spetsialistid tunneksid hästi meditsiinietikat ning oskaksid pingelistes olukordades suhelda. (Eesti Haigekassa, 2021). Mitmed uuringud on välja toonud, et tegevusterapeutid tunnevad, et koolis omandatud teadmised elulõpuravist, eriti seoses nende rolliga selles valdkonnas, on olnud puudulikud. Baasteadmised elulõpu- ja palliatiivravi toimimisest on vajalikud, kuna tegevusterapeutid võivad oma töös puutuda kokku patsientide surmaga, olenemata sellest, millises valdkonnas nad spetsialiseerunud on. (Talbot-Coulombe & Guay, 2020).

Talbot-Coulombe ja Guay viisid 2020. aastal läbi süstemaatilise kirjanduse ülevaate, mis uuris tegevusterapeutide koolitust palliatiiv- ja elulõpuravi valdkonnas. Mitmed ülevaates käsitletud allikad (Breen jt, 2013; Hammill jt, 2014; Meredith, 2010) rõhutasid seda, et kool peaks valmistama tegevusterapeute ette klientide toetamiseks leina ja kaotusega toimetulekul. Selleks tuleb tagada, et tegevusterapeutide õpe hõlmaks tööks vajalike oskuste omandamiseks teemasid nagu lein, kaotus, sprituaalsus ning „hea surmakogemuse“ saavutamine. Sealjuures on oluline patsientidele ja nende lähedastele toe pakkumisel silmas pidada erinevusi, mis võivad eri kultuuride puhul elu lõpu käsitlemise ja leinamisega kaasneda. (Talbot-Coulombe & Guay, 2020). Näiteks võib mõnes kultuuris surmast rääkimine olla tabuteema, mida teadlikult välditakse. Et patsienti ja tema lähedasi kaitsta, võivad raviosutajad jätta haiguse progresseeruva kulu patsiendile teatamata. Lisaks mõjutavad kultuurilised ja religioossed väärtused ka seda, millist keskkonda peetakse kõige sobivamaks suremiseks – olgu selleks kodu, haigla, hospits. (Samuels & Lemos Dekker, 2023).

Talbot-Coulombe ja Guay (2020) on oma uurimuses toonud välja selle, et tegevusterapeutid peaksid õpingute käigus omandama mitmesuguseid oskuseid. Eriti olulised on suhtlemis- ja kuulamisoskus, mis on vajalikud progresseeruva haigusega patsientide ja nende lähedaste toetamisel. Kuna elulõpuravi osutatakse peamiselt multidisiplinaarsete meeskondade poolt, on oluline, et tegevusterapeutid oskaksid ka meeskonnas töötada. Neli allikat (Dando jt, 2012; Meredith, 2010; Noble jt, 2018; Wittenberg-Lyles jt, 2014) on rõhutanud, et elulõpuravi spetsialistid, sh tegevusterapeutid, peaksid mõistma ka teiste erialade rolli ning vajadusel suunama patsiendi sobiva spetsialisti juurde, et tagada patsiendile sobivaim ja vajadustele vastav abi. (Talbot-Coulombe & Guay, 2020).

Tegevusterapeutide valmisolekut tööks elulõpuravil mõjutab nende erialane ettevalmistus ja hariduse käigus omandatud teadmised. Eestis pakub tegevusteraapia alast kõrgharidust vaid Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, kus õpe kestab neli aastat (Eesti Tegevusterapeutide Liit, n.d.).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tegevusteraapia õppekava kohaselt tutvustatakse elulõpuravi neljanda kursuse õppeaines „Tegevusteraapia protsess eakatel“. Palliatiiv- ja elulõpuravi käsitlemine neljandal õppeaastal, eakate tegevusteraapiale suunatud õppeaines, jätab osaliselt tähelepanuta teised kliendigrupid, nagu lapsed ja tööealised. Tegevusteraapia üliõpilased sooritavad igal kevadel praktika erinevate kliendigruppidega ning võivad oma praktika käigus puutuda kokku elulõpufaasis olevate patsientidega juba varasematel õppeaastatel. See viitab sellele, et kuigi elulõpuravi teema on tegevusteraapia õppekavas olemas, võib selle käsitlemine jääda piiratuks. Täiendava võimalusena pakub aga Tallinna Tervishoiu Kõrgkool iga-aastaselt huvilistele võimalust osaleda Belgias toimuval intensiivkursusel (Interdisciplinary Programme on Palliative and End-of-life Care). Intensiivkursus käsitleb mitmeid teemasid, nagu palliatiiv- ja asendravi, eutanaasia ja elulõpuravi laste ja eakatega. (Matsiselts, 2020).

2. METOODIKA

2.1. Uurimismeetodi valik

Käesolev uurimistöö on empiiriline uurimus, mis põhineb uurija poolt kogutud andmetel. Empiirilist uurimust eristab teistest uurimisviisidest see, et andmeid kogutakse vaatluse, mõõtmise või eksperimendi kaudu (Õunapuu, 2014: 10). Empiirilise uurimisviisi kasuks otsustati, kuna uurimistöö eesmärk oli uurida Eesti tegevusterapeutide kogemusi elulõpuravi valdkonnas. Andmete kogumiseks kasutati elektroonilist ankeetküsimustikku (vt lisa 1). Uurimistöös lähtuti kvalitatiivsest uurimismeetodist, kuna eesmärgiks oli mõista ja uurida, kuidas Eesti tegevusterapeutid hindavad oma rolli ja valmisolekut töötada elulõpuravi valdkonnas. Kvalitatiivne meetod oli antud uurimistöö jaoks sobiv, kuna uurimuses käsitleti tegevusterapeutide subjektiivseid hinnanguid ja koguti peamiselt mitteamulisi andmeid.

2.2. Valim

Käesolevas uurimistöös kasutati mittetõenäosuslikku valimi moodustamise viisi. Mittetõenäosuslikku valimit kasutatakse olukordades, kui üldkogumi täpne määratlemine on keeruline (Lagerspetz, 2017: 171). Käesoleva uurimistöö kontekstis ei olnud võimalik koostada täielikku nimekirja kõigist Eestis tegutsevatest tegevusterapeutidest, kelle töö on seotud elulõpuraviga, kuna sellised andmed ei ole avalikult kättesaadavad.

Osalejate valikul ei piiratud üksnes elulõpuravi, palliatiivravi või hospiitsi valdkonnas töötavate tegevusterapeutidega, kuna see oleks oluliselt vähendanud potentsiaalsete vastajate arvu. Uuringus osalemise eelduseks oli kokkupuude elulõpuravi vajavate patsientidega oma igapäevatoos. Osalejate leidmisel kasutati lumepallivalimit. See tähendab, et uute vastajateni jõutakse varasemate osalejate soovitude kaudu (Lagerspetz, 2017: 172). Ankeet saadeti esmalt uurijale teadaolevatele tegevusterapeutidele, kelle hulka kuulusid ka uurimistöö juhendaja soovitatud spetsialistid. Nende soovitude kaudu leiti järgmised osalejad.

Kutse uuringus osalemiseks sai 20 tegevusterapeuti, kellest 8 täitis ankeedi. Kuigi uuringus osalemise kriteeriumiks oli kokkupuude elulõpuravi vajavate patsientidega, märkis üks vastaja, et tal vastav kogemus puudub. Kuna vastuseid koguti anonüümselt, ei olnud võimalik tema ülejäänud vastuseid teistest osalejatest eristada. Vastuseid koguti ajavahemikul 20. jaanuar

2026 kuni 16. märts 2026. Uuringu piiranguks võib pidada väikest valimit, mistõttu peegeldavad tulemused peamiselt uuringus osalenud tegevusterapeutide kogemusi ja arvamusi.

2.3. Andmete kogumine ja analüüs

Uuringus osalemiseks edastati osalejatele e-posti teel kutse, milles tutvustati uurimistöö eesmärki, peamisi teemasid ning ankeedi täitmiseks kuluvat eeldatavat aega. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ning vastuseid koguti anonüümselt. Elektrooniline ankeetküsimustik koostati *Google Forms* platvormil. Elektrooniline küsimustik võimaldas jõuda suurema hulga potentsiaalsete osalejateni ning lihtsustas andmete kogumist.

Küsimuste koostamisel lähtuti põhimõttest, et mida pikem ja ajakulukam on ankeedi täitmine, seda suurem on vastamisest loobujate arv (Lagerspetz, 2017). Seetõttu koostati 11 küsimusega ankeet. Neist 8 olid valikvastustega küsimused ning 3 avatud küsimused. Selline jaotus võimaldas koguda vajalikku teavet ilma, et küsimustik oleks muutunud osalejate jaoks ajakulukaks. Enne küsimustiku laialisaatmist arutati küsimused läbi uurimistöö juhendajaga ning testiti küsimuste arusaadavust proovitäitmise teel.

Kogutud andmeid analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil ja valikvastusega küsimuste vastuseid analüüsiti kirjeldava statistika abil. Analüüsimisel keskenduti vastuste sisule ning püüti edasi anda vastajate mõtteid, mitte niivõrd arvulisi tulemusi. Kvalitatiivse sisuanalüüsi käigus otsitakse vastustes korduvaid teemasid ning seoseid (Kalmus jt, 2015). Laekunud vastused loeti korduvalt läbi ning sarnase sisuga vastused koondati temade kaupa.

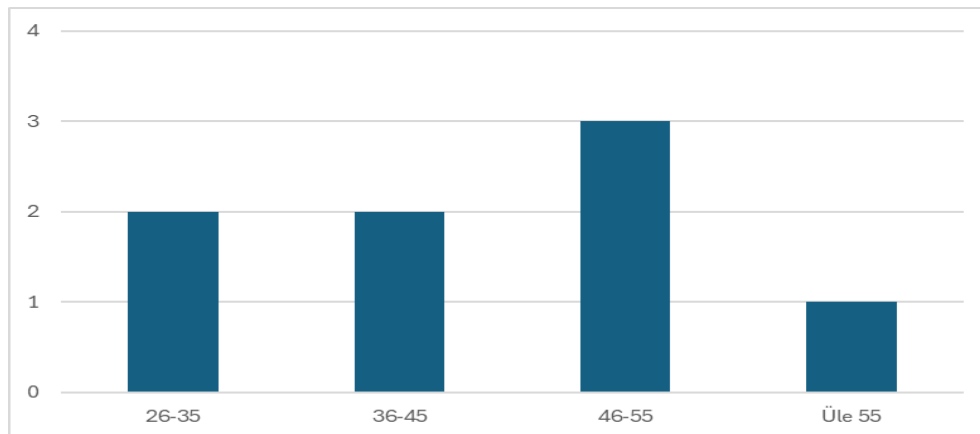
2.4. Uurimistöö eetika ja usaldusväärsus

Uurimistöö läbiviimisel lähtuti Eesti Tegevusterapeutide Liidu eetikakoodeksist (2013) ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli uurimistöö eetikanõuetest (2013). Uuringus järgiti aususe ja konfidentsiaalsuse printsiipi. Osalemine uuringus oli vabatahtlik ning osalejatele anti eelnevalt ülevaade uurimistöö eesmärkidest ja sisust. Tagati osalejate anonüümsus. Andmeid käsitleti konfidentsiaalselt ning neid kasutati ainult käesoleva uurimistöö läbiviimise eesmärgil. Kogutud andmetele oli ligipääs ainult uurijal ning pärast uurimistöö valmimist kustutatakse kogutud andmed uurija arvutist ja Google Forms keskkonnast. Tulemuste esitamisel järgiti tõe printsiipi, esitades vastused ausalt ja muutmata kujul.

3. TULEMUSED

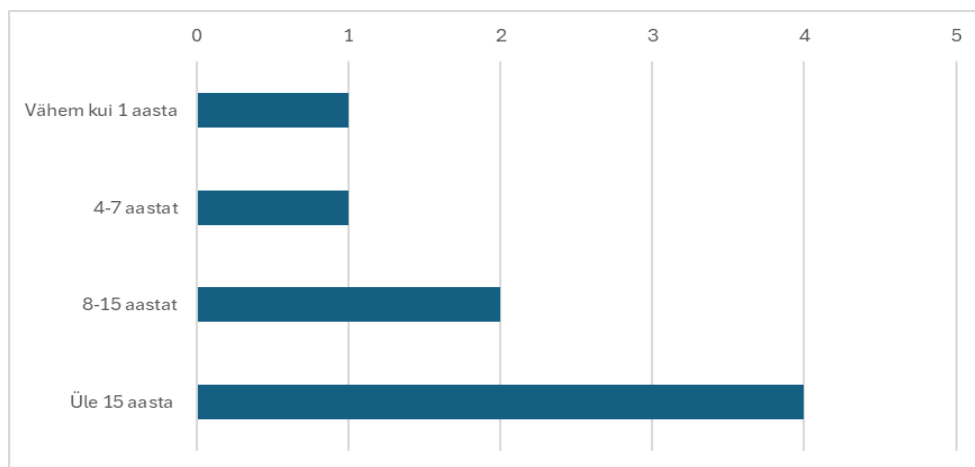
3.1. Taustaandmed

Küsimustikule vastas 8 tegevusterapeuti. Kõige rohkem oli vastajaid vanuserühmas 46-55 ning kõige vähem üle 55-aastase seas. Vastajaid oli võrdselt vanuserühmades 26-35 ja 36-45 aastat. Alla 25-aastaseid tegevusterapeute uuringus ei osalenud.



Joonis 1. Vastajate jaotus vanuse järgi

Vastanute seas oli enim esindatud tegevusterapeute, kelle töökogemus ületab 15 aastat (4). Järgmisena oli esindatud 8–15-aastase töökogemusega tegevusterapeudid (2). Võrdselt oli vastajaid 4–7-aastase ning vähem kui 1-aastase töökogemusega tegevusterapeutide seas. 1–3-aastase töökogemusega tegevusterapeute esindatud ei olnud.



Joonis 2. Vastajate töökogemus tegevusterapeudina

Küsitletud tegevusterapeutide vastuste põhjal selgus, et mitmed neist töötavad samaaegselt mitmes valdkonnas. Enim vastajaid töötas hooldekodus või õendushoolduses (6). Lisaks olid esindatud rehabilitatsiooni (3) ja taastusravi (2) valdkonnad. Üks vastaja töötas sotsiaalhoolekandes.

3.2. Tegevusterapeudi roll elulõpuravil

Tegevusteraapia teenuseid osutatakse elu lõpufaasis olevatele inimestele erinevates keskkondades. Vastustest selgus, et kokkupuude elulõpuravi patsientidega ei piirdu ühe kindla valdkonnaga, vaid võib toimuda nii hooldekodudes, haiglates, hospiitsides kui ka koduteenuste raames.

Patsientide toetamisel kasutavad tegevusterapeutid erinevaid sekkumisi, millest mitmed toodi vastustes korduvalt esile. Kõige sagedamini nimetati emotsionaalse toe pakkumist patsiendile, mis väljendus toetavas vestluses, kuulamises, läheduse pakkumises ning üksildustunde vähendamises. Veel peeti oluliseks lähedaste kaasamist teraapiaprotsessi. Mainiti lähedaste toetamist, nõustamist ning hooldamisega seotud juhendamist, näiteks energiat säästvate võtete õpetamise kaudu.

Samas toodi välja, et lähedaste kaasamine võib kohati olla ka keeruline, olukorras, kus patsiendi ja lähedaste soovid lähevad vastuollu:

„Ka patsientide lähedased võivad olla takistavaks, näiteks patsient ise soovib midagi teha, aga lähedased keelavad või vastupidi, lähedastel on surijale liiga suured ootused.“

Mitmes vastuses rõhutati patsiendi autonoomia ja tema soovidega arvestamise olulisust. Vastajad leidsid, et ka elu lõppfaasis on oluline võimaldada patsiendil teha otsuseid teda puudutavates küsimustes. Üks vastaja kirjeldas seda järgmiselt:

„Kui inimene ise otsustab, kas ta võtab ravimit või ei, siis miks ta ei või otsustada ka kõikides teistes ennast puudutavates küsimustes. Inimese autonoomia võiks säilida.“

Vastajad pidasid oluliseks patsiendi jaoks tähenduslike tegevuste leidmist ning inimese toetamist nende tegevuste sooritamisel. Tähenduslike tegevuste all mõisteti tegevusi, mis on patsiendi jaoks olulised ning aitavad säilitada tema identiteeti ning elukvaliteeti. Üks vastaja tõi näitena välja meenutustöö.

Tegevusterapeutiliste sekkumistena toodi välja ka füüsilise heaolu toetamine. Mainiti, et seda tehakse näiteks igapäevaelu tegevuste kohandamise ning patsiendi aktiveerimise kaudu. Püütakse säilitada patsiendi maksimaalne võimalik aktiivsus ning leida võimalusi liikumiseks. Samas peeti oluliseks ka patsiendi mugavuse tagamist, eriti nõrgenenud seisundi korral. Seda kirjeldas üks vastaja järgmiselt:

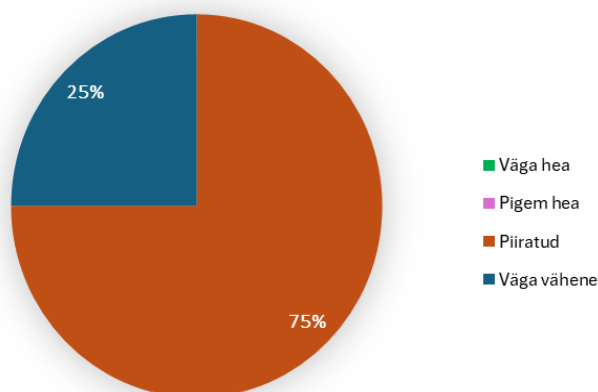
„Väga nõrga patsiendi puhul keskendun asendravi ja mugavuse tagamisele.“

Lisaks mainiti abivahendite alast nõustamist, nende kasutamise õpetamist ning keskkonna kohandamist. Rõhutati turvalise keskkonna loomise olulisust, eriti mäluprobleemidega patsientide korral.

Vastustes kajastus ka meeskonnatöö olulisus. Mainiti hooldustöötajate juhendamist ja nõustamist, aktiivset meeskonnatöös osalemist ning vajadusel teiste spetsialistide, näiteks hingehoidja, kaasamist.

3.3. Koostöö teiste spetsialistidega ning tegevusterapeudi rolli mõistmine

Uuringus paluti osalejatel hinnata tegevusterapeudi koostööd elulõpuravil teiste tervishoiuspetsialistidega (nt õed, arstid, hooldustöötajad). Koostööd hinnati pigem tagasihoidlikuks. Enamik vastajatest (6) hindas koostööd piiratuks ja 2 väga väheseks. Ükski vastaja ei hinnanud koostööd heaks ega väga heaks.



Joonis 3. Tegevusterapeutide hinnang koostööle teiste spetsialistidega

Uuringu tulemused viitavad sellele, et lisaks piiratud koostööle on ka tervishoiuspetsialistide teadlikkus tegevusterapeudi rollist elulõpuravil madal. Suurem osa vastajatest (6) hindas teiste spetsialistide arusaama tegevusterapeudi rollist piiratuks. Ülejäänud (2) hindas arusaama väga väheseks.

Avatud vastuste analüüs kinnitas neid tulemusi. Mitmed vastajad (3) tõid peamise väljakutsena elulõpuravi valdkonnas töötades esile meeskonnatöö piiratud ning tervishoiuspetsialistide madala teadlikkuse tegevusterapeudi rollist. Üks tegevusterapeut on meeskonnasisese koostöö kohta öelnud:

„Oleksin soovinud rohkem koostööd personali poolt.“

Teine vastaja kirjeldas sarnast kogemust, viidates piiratud koostööle ja toe puudumisele meeskonnas:

„Tihti tundub, et oled üksik võitleja ja kõik teised on sinu vastu.“

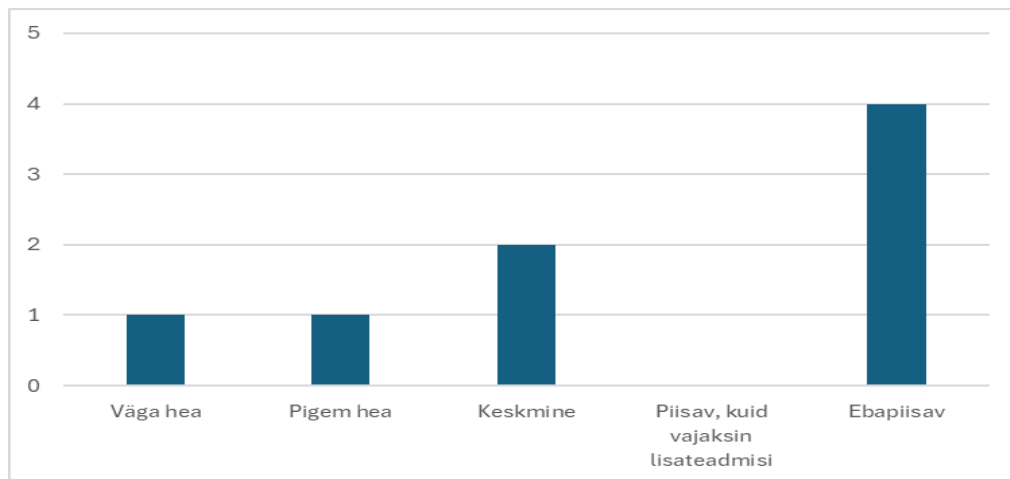
Tegevusterapeudi rolli madalat teadlikkust on kirjeldanud üks vastaja järgnevalt:

„Tegevusterapeutidel ei ole töökohti loodud, ei ole arusaama, mida TT teeb elulõpu faasis.“

See vastus näitab, et tegevusterapeudi rolli vähene tundmine mõjutab otseselt tegevusterapeutide töövõimalusi elulõpuravi valdkonnas.

3.4. Hariduslik ettevalmistus ja lisatõe vajadus elulõpuravil

Tegevusterapeutidel paluti hinnata oma hariduslikku ettevalmistust tööks elulõpuravi valdkonnas. Tulemused näitavad, et pooled vastajatest (4) hindasid oma ettevalmistust ebapiisavaks. Kaks vastajat pidasid oma valmisolekut keskmiseks, samas kui üks vastaja hindas seda heaks ja üks väga heaks. Ükski vastanutest ei valinud vastusevarianti „piisav, kuid vajaksin lisateadmisi“.



Joonis 4. Tegevusterapeutide hariduslik ettevalmistus tööks elulõpuravil

Tulemused viitavad, et lisaks koolis omandatud teadmistele vajavad tegevusterapeutid ka elulõpuravil töötades lisatuge. Enamik vastajatest (7/8) tõi välja vajaduse lisakoolituse järele, et end selles valdkonnas töötades kindlamini tunda. Vastajad on nimetanud mitmeid teemasid, milles nad täiendavat tuge vajaksid.

Näiteks üks vastaja tõdes, et rääkimine surmast on tema jaoks keeruline. Veel olid läbivateks teemadeks toimetulek lähedaste intensiivsete emotsioonidega ning kaastundeväsimus. Kaastundeväsimuse all peetakse silmas emotsionaalset kurnatust, mis võib kaasneda haavatava kliendigrupiga töötamisega. Lisaks palliatiivravi teemalistele lisakoolitustele soovitakse end võimalusel täiendada ka massaaživõtete ja heliteraapia valdkonnas. Kuigi need sekkumised ei kuulu otseselt tegevusterapeuti pädevusvaldkonda, võib nende teadmiste integreerimine tegevusteraapiasse toetada patsiendi heaolu.

Lisaks individuaalsele koolitusvajadusele toodi esile ka vajadus erialase ja meeskondliku toe järele. Üks vastaja nimetas lisatoe võimalusena supervisiooni ja kogemisenõustamist. Samuti rõhutati meeskonnatöö ja teiste spetsialistide teadlikkuse arendamise olulisust ning lisatoe vajadust ka meeskonna tasandil. Üks tegevusterapeut leidis, et lahendust võiks pakkuda:

„Palliatiivravi teemalised koolitused ja interdistsiplinaarse meeskonnatöö koolitused koostöös teiste spetsialistidega, et ka teised spetsialistid oleksid palliatiivsest lähenemisest teadlikumad.“

Seega on nii täiendkoolitused, tugi, mentorlus ja meeskonnatöö arendamine omavahel seotud ning vajalikud tegevusterapeutide kindlustunde suurendamiseks valdkonnas töötamisel.

4. ARUTELU

Käesoleva uurimistöö tulemused viitavad sellele, et tegevusterapeudi roll elulõpuravil on mitmekülgne. Lisaks füüsilise toimetuleku toetamisele pidasid uuringus osalenud tegevusterapeudid oluliseks emotsionaalse toe pakkumist nii patsiendile kui ka tema lähedastele. Kuigi emotsiaalset tuge ei käsitleta kirjanduses alati iseseisva sekkumisena, on see seotud mitmete tegevustega. Castillo- Núñez jt (2023) on toonud välja, et tegevusterapeudid peaksid keskenduma patsiendi jaoks tähendusrikaste tegevuste leidmisele. Käesoleva uuringu tulemused kinnitavad seda lähenemist, kuna mitmed vastajad rõhutasid tähenduslike tegevuste olulisust elu lõppfaasis. Nende tähtsust on kirjeldanud ka Eriksson jt (2016), kelle sõnul võib tähenduslike tegevuste puudumine viia identiteedi kaotuse ja sotsiaalse isoleerituseni.

Vastajad leidsid, et oluline osa tegevusterapeudi tööst elulõpuravil on ka patsiendi lähedaste kaasamine teraapiaprotsessi. See on oluline, kuna elu lõpfaasis olevad inimesed võivad tunda end sotsiaalselt isoleerituna ning kontakti hoidmine lähedastega võib aidata vähendada üksildustunnet (Pozzi jt, 2020). Samas tõid vastajad esile, et lähedaste kaasamine ei ole alati lihtne. Keeruliseks võib see osutada olukordades, kus lähedastel on patsiendile liigselt kõrged ootused või nende soovid lähevad patsiendi soovidega vastuollu. Samuti viidati sellele, et lähedaste intensiivsed emotsioonid võivad muuta nende kaasamise keerulisemaks. Elulõpuravi valdkonnas töötav tegevusterapeut peab olema suuteline lisaks patsiendile tegelema ka tema lähedastega. Suhtlus lähedastega ei lõppe patsiendi surmaga, vaid tegevusterapeut võib neile toeks olla ka leinaga toimetulekul (American Occupational Therapy Association, 2023).

Lisaks eelnevale toodi välja ka tegevusterapeudi roll füüsilise toimetuleku säilitamisel. See väljendus näiteks igapäevaelu tegevuste kohandamises, asendravi rakendamises ning liikumise soodustamises. Varasemates uuringutes on leitud, et tegevusterapeutilised sekkumised keskenduvad peamiselt just füüsilise toimetuleku toetamisele, jättes patsiendi psühhosotsiaalse heaolu tagaplaanile. (Talbot-Coulombe jt, 2022). Käesoleva uuringu tulemused seda väidet aga ei kinnitanud. Tegevusterapeudid pidasid füüsilise heaolu kõrval sama oluliseks patsiendi emotsiaalset toetamist ja tema osalemist tähenduslikes tegevustes.

Antud uurimistöö üheks eesmärgiks oli selgitada välja tegevusteraapia teenuse osutamisega seotud väljakutsed elulõpuravil. Uuringu tulemuste põhjal ilmnis kolm peamist aspekti: piiratud koostöö tegevusterapeutide ja teiste tervishoiuspetsialide vahel, tervishoiuspetsialistide

madal teadlikkus tegevusterapeudi rollist ja ebapiisav hariduslik ettevalmistus tööks elulõpuravil.

Kõik uuringus osalenud vastajad hindasid tegevusterapeudi koostööd teiste tervishoiuspetsialistidega piiratuks või väga madalaks. Vastustes viidati, et tegevusterapeudid tunnevad, et nad ei ole meeskonnatöös piisavalt kaasatud. Puuduliku koostöö võimalikeks põhjusteks võivad olla rollide ebaselgus meeskonnas, ajapiirangud, töökorralduslikud erinevused ning erinevad arusaamad patsiendi toetamisest elulõpuravil. Tegevusterapeudid võivad leida, et neid on jäetud patsiendi hooldust puudutavates küsimustes kõrvale ning nende panust ei väärtustata meeskonnas piisavalt. See omakorda võib mõjutada teenuse kvaliteeti ning patsiendi terviklikku toetamist. Veel selgus, et tegevusterapeutide rolli madal teadlikkus on seotud ka tegevusterapeutide piiratud töövõimalustega elulõpuravi valdkonnas.

Kirjanduses on rõhutatud, et elulõpuravi on olemuselt interdistsiplinaarne ning eeldab tervishoiuspetsialistide vahelist koostööd ja rollide mõistmist (Talbot-Coulombe & Guay, 2020). Uuringu tulemustest saab järeldada, et tegelikkuses ei pruugi selline koostöö alati toimida. Kuigi teoorias võivad tervishoiuspetsialistid mõista omavahelise koostöö olulisust kvaliteetse teenuse osutamisel, ei pruugi see ajapiirangute või piiratud teadmiste tõttu praktikas piisavalt rakenduda.

Lisaks sooviti käesoleva uurimistööga välja selgitada tegevusterapeutide hinnang oma hariduslikule ettevalmistusele tööks elulõpuravil. Tulemused näitasid, et pooled uuringus osalenud tegevusterapeudid hindasid oma ettevalmistust ebapiisavaks. Eesti ainsas tegevusteraapia õpet läbiviivas kõrgkoolis käsitletakse elulõpuravi eakate tegevusteraapia õppeaine raames neljandal kursusel. Selle aine paigutus viimasel õppeaastal jätab osaliselt tähelepanuta muud kliendigrupid (lapsed, tööealised), kes samuti elu lõppfaasis spetsialiseerunud tegevusteraapia teenust vajavad. See võib selgitada, miks osa tegevusterapeute hindab oma ettevalmistust ebapiisavaks.

Uuringus osalenud tegevusterapeudid tundsid vajadust lisatoe järele ning mainisid, et seda võiksid neile pakkuda elulõpu- ja palliatiivravi teemalised lisakoolitused. Üheks selliseks võimaluseks on näiteks Belgias iga-aastaselt toimuv Palliatiivravi intensiivkursus (Matsiamelts, 2020). Kursusel osalevad lisaks tegevusteraapia tudengitele ka teiste tervishoiu erialade esindajad. Tudengitega samaaegselt pakutakse sama kursuse raames täiendkoolitust ka juba valdkonnas töötavatele eriala spetsialistidele. (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 2026). Sellistel

koolitustel osalemine võiks tulla kasuks lisaks tugengitele ka tegutsevatele tegevustereapeutidele, toetades nende professionaalset arengut lisateadmiste ja interdistsiplinaarsete suhtlemisoskuste arendamise näol.

Varasemates uuringutes on leitud, et elulõpuravi valdkonnas töötavad spetsialistid peaksid valdama häid suhtlemisoskusi, sh kuulamisoskust. Nad peavad olema suutelised rääkima surmast, olema toeks patsiendile kui ka patsiendi lähedastele. (Talbot & Guay, 2020). Kuna töö elulõpuravi vajavate inimestega võib olla emotsionaalselt kurnav, on uuringus osalenud tegevusteraapid rõhutanud ka vajadust supervisiooni ja kogemusnõustamise järele. Ka hästi toimiv meeskonnatöö ja spetsialistide omavaheline rollide mõistmine võiks parandada pakutava teenuse kvaliteeti ning suurendada tegevusteraapeutide kindlustunnet elulõpuravi valdkonnas töötamisel.

Kokkuvõttes viitavad uuringu tulemused vajadusele arendada nii tegevusteraapeuti rolli mõistmist kui ka koostööd teiste tervishoiuspetsialistidega elulõpuravi valdkonnas. Sellest tulenevalt teeb uurimistöö autor järgmised ettepanekud:

1. Avaldada uurimistöö tulemusi tutvustav artikkel ajakirjas Sotsiaaltöö, et tõsta tervishoiuspetsialistide ja laiema avalikkuse teadlikkust tegevusteraapeuti rollist ja võimalustest elulõpuravi valdkonnas.
2. Suurendada palliatiiv- ja elulõpuravi temade käsitlemise mahtu tegevusteraapia eriala õppekaval ning pakkuda tudengitele rohkem praktilisi õpikogemusi selles valdkonnas.

JÄRELDUSED

Käesoleva uurimistöö tulemuste põhjal saab teha järgmised järeldused:

1. Tegevusterapeudid toetavad patsiendi parima võimaliku elukvaliteedi säilitamist elu lõppfaasis. Uuringu tulemuste põhjal saab järeldada, et tegevusterapeudi roll ei piirdu üksnes füüsilise toimetuleku säilitamisega, vaid sama oluline on ka patsiendi emotsionaalse heaolu toetamine ning lähedaste kaasamine. Tegevusterapeudid on rõhutanud patsiendi autonoomia säilitamise olulisust ka elu lõpu eel, olukorras, kus inimese üldine võimekus on vähenenud. Patsiendil peab säilima võimalus teha valikuid ning osaleda talle meelepärastes ja tähenduslikes tegevustes kuni elu lõpuni.
2. Eestis tegutsevate tegevusterapeutide kogemused elulõpuravi valdkonnas töötamisel viitavad mitmete väljakutsetele. Peamiste probleemidena toodi välja piiratud koostöö teiste tervishoiuspetsialistega, madal teadlikkus tegevusterapeudi rollist ning ebapiisav hariduslik ettevalmistus tööks elulõpuravil. Vastajad hindasid oma koostööd teiste spetsialistidega tagasihoidlikuks ning leidsid, et tegevusterapeutide panus ei ole piisavalt mõistetud. Välja toodi vajadus täiendkoolituste, supervisiooni ja meeskondliku toe järele.

Uurimistöö eesmärk ja uurimisülesanded said täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Adshead, L., Dechamps, A. (2016). End of life care: Everybody's business. *Journal of Social Work Practice*, 30(2), 169–185. <https://doi.org/10.1080/02650533.2016.1168379>

American Occupational Therapy Association. (2023). End-of-life care and the role of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(Supplement 3), 7713410210. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S3002>

American Occupational Therapy Association. (2016). Role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(Supplement_2), 7012410075p1–7012410075p16. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.706S17>

Asaba, E., Nakamura, M., Asaba, A., & Kottorp, A. (2017). Integrating occupational therapy specific assessments in practice: Exploring practitioner experiences. *Occupational Therapy International*, 2017, 7602805. <https://doi.org/10.1155/2017/7602805>

Breen, L. J., Aoun, S. M., O'Connor, M., & Rumbold, B. (2013). Bridging the gap: Palliative care education for social workers. *Palliative & Supportive Care*, 12(3), 231–236. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000370>

Castillo-Núñez, N. P., Contreras, G. R. L., Rojas, D. A. M., Silva, V. L. V., Garrido, N. V. V., & Catalán-Aguila, C. J. (2023). Occupational therapy interventions with elderly people at the end-of-life processes in public hospitals. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional – Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 31, Article e3377. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO258533772>

Chow, J. K., & Pickens, N. D. (2020). Measuring the efficacy of occupational therapy in end-of-life care: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 7401205020p1–7401205020p14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033340>

Dando, N., d'Avray, L., Colman, J., Hoy, A., & Todd, J. (2012). A study of occupational therapy interventions in oncology and palliative care. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(10), 556–563. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.10.556>

dos Santos Barros, V., Bassi-Dibai, D., Guedes, C. L. R., Morais, D. N., Coutinho, S. M., Simões, G. de O., Mendes, L. P., Leal, P. da C., & Dibai-Filho, A. V. (2022). Barthel Index is

a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 21, 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01017-z>

Eesti Haigekassa. (2021). *Palliativne ravi (II osa): Erakorraliste seisundite käsitus, elulõpuravi ja palliativse ravi korraldus* (RJ-Z/50.1-2021). Eesti Haigekassa.

Eesti Tegevusterapeutide Liit. (2013). *Eetikakoodeks*. <https://tegevusterapeutid.ee/dokumendid/eetikakoodeks/> (10.04.26).

Eesti Tegevusterapeutide Liit. (n.d.). *Tegevusteraapia*. <https://tegevusterapeutid.ee/tegevusteraapia/> (15.04.26).

Eriksson, L., Öster, I., & Lindberg, M. (2016). The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital. *Palliative and Supportive Care*, 14(5), 541–552. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001352>

Hammill, K., Bye, R., & Cook, C. (2019). Occupational engagement of people living with a life-limiting illness: Occupational therapists' perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(2). <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12557>

Hammill, K., Bye, R. A., & Cook, C. (2014). Occupational therapy in palliative care: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(6), 375–387. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12151>

Health Canada. (2020). *Annual report on medical assistance in dying 2019*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2019.html> (15.04.25).

Kalmus, V., Masso, A., & Linno, M. (2015). Kvalitatiivne sisuanalüüs. In K. Rootalu, V. Kalmus, A. Masso, & T. Vihalemm (Eds.), *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*.

Knecht-Sabres L. J., Weppner A., Powers C., Siesel B. (2019). Do health-care professionals really understand the role of occupational therapy in hospice care? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(5), 379–386. <https://doi.org/10.1177/104990911881285>

Kutseregister. (2023). *Tegevusterapeudi kutsestandard*, 6. tase. https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/11213667?from=viimati_kinnitatud (02.05.25).

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid: sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinna Ülikooli Kirjastus.

Lucchi, E., Caiata-Olgiati, G., Bonomi, M., & Cembrani, F. (2020). Occupational therapy and palliative care. In C. Pozzi et al. (Eds.), *Occupational therapy for older people* (pp. 125–144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-35731-3_7

Marchese, K. (2023). OT intervention for the reduction of caregiver burden in caregivers of end-of-life patients. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(Suppl. 2), 7711505112p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S2-PO112>

Matsiselts, M. (2020). Palliatiivravi intensiivkursus Belgias. Eesti Tegevusterapeutide Liit – Blogi. <https://tegevusteraapia.wordpress.com/2020/02/13/palliatiivravi-intensiivkursus-belgias/> (06.05.25).

Meredith, P. (2010). Exploring the role of occupational therapy in palliative care: Enhancing client-centred practice through team work. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(10), 526–534. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.10.78625>

Mills, K., & Payne, A. (2015). Enabling occupation at the end of life: A literature review. *Palliative & supportive care*, 13(6), 1755–1769. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000772>

Morgan, D. D., Taylor, R. R., Ivy, M., George, S., Farrow, C., & Lee, V. C. (2022). Contemporary occupational priorities at the end of life mapped against Model of Human Occupation constructs: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 69(3), 341–373. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12792>

Noble, H., McVeigh, C., Keeley, P., & King, N. (2018). The role of the occupational therapist in palliative and end-of-life care: Reflections on practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 28–36. <https://doi.org/10.1177/0308022617737689>

Paal, P., Krikmann, Ülle, Sikk, K., Taba, P., Elmet, K., Suija, K. (2022). Palliatiivne ravi kui esmatasandi tervishoiuteenus – definitsioon, normid ja tavad . *Eesti Arst*. <https://doi.org/10.15157/ea.vi.19048>

Samuels, A., & Lemos Dekker, N. (2023). Palliative care practices and policies in diverse socio-cultural contexts: Aims and framework of the ERC globalizing palliative care comparative ethnographic study. *Palliative Care and Social Practice*, 17, 1–11. <https://doi.org/10.1177/26323524231198546>

Saotome, T., Iwase, S., Nojima, M., Hewitt, B., & Chye, R. (2018). Assessment of activities of daily living and quality of life among palliative care inpatients: A preliminary prospective cohort study. *Progress in Palliative Care*, 26(1), 14–21. <https://doi.org/10.1080/09699260.2018.1427677>

Scobbie, L., & Boa, S. (2022). Goal setting in occupational therapy: A client-centered perspective. In E. A. S. Duncan (Ed.), *Skills for practice in occupational therapy* (2nd ed., pp. 65–68). Elsevier.

Shikata, M., Notoh, H., Shinohara, K., Yabuwaki, K., Ishii, Y., Yamada, T., & Taylor, R. R. (2021). An examination of the psychometric properties of the occupational identity questionnaire for community-living elderly who require care. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 34(1), 30–38. <https://doi.org/10.1177/1569186121997936>

Talbot-Coulombe, C., Bravo, G., & Carrier, A. (2022). Occupational therapy practice in palliative and end-of-life care in Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(2), 201–211. <https://doi.org/10.1177/00084174221084466>

Talbot-Coulombe, C., & Guay, M. (2020). Occupational therapy training on palliative and end-of-life care: Scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(10), 609–619. <https://doi.org/10.1177/0308022620926935>

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. (2013). *Eetikanõuded uurimistööle*. <https://www.ttk.ee/et/eetikan%C3%B5uded-uurimist%C3%B6%C3%B6le> (10.04.26).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. (n.d.). *Tervishariduse keskuse uurimissuunad*. <https://www.ttk.ee/et/tervishariduse-keskus-uurimissuunad> (04.05.26).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. (2026). Õenduse ja tegevusteraapia tudengid osalesid rahvusvahelises IPPE programmis Belgias. <https://www.ttk.ee/et/uudis/oenduse-ja-tegevusteraapia-tudengid-osalesid-rahvusvahelises-ippe-programmis-belgias> (15.04.26).

Tervise Arengu Instituut. (2024). *Rahvastiku tervise aastaraamat 2024: Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: toitumine*. Tervise Arengu Instituut.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. (2014). Communication training in end-of-life care: Challenges and solutions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(6), 1221–1230. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.02.014>

World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (02.05.25).

Yeh, H. H., & McColl, M. A. (2019). A model for occupation-based palliative care. *Occupational Therapy in Health Care*, 33(1), 108–123. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1544428>

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf

Eesti tegevusterapeutide kogemused ja väljakutsed elulõpuravi valdkonnas

Tere!

Olen Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli tegevusteraapia eriala neljanda kursuse tudeng Loviisa Kornel. Viin oma diplomitöö raames läbi uuringut, mille eesmärk on mõista, kuidas Eesti tegevusterapeutid hindavad oma rolli ja valmisolekut töötada elulõpuravil.

Küsimustik on anonüümne ning selle täitmine võtab aega umbes 5–7 minutit.

Küsimuste korral palun pöörduda: loviisa.kornel@gmail.com

Aitäh osalemise eest!

1. Kui vana te olete?

- Alla 25
- 26–35
- 36–45
- 46–55
- Üle 55

2. Kui kaua te olete töötanud tegevusterapeudina?

- Vähem kui 1 aasta
- 1–3 aastat
- 4–7 aastat
- 8–15 aastat
- Üle 15 aasta

3. Millises valdkonnas te töötate? (võib valida mitu vastust)

- Psühhiaatria
- Taastusravi
- Hooldekodu / õendushooldus
- Rehabilitatsioon
- Muu: _____

4. Kas olete töötanud elulõpuravi vajavate patsientidega?

- Jah

- Ei

5. Millises keskkonnas olete elulõpuravi vajavate patsientidega töötanud? (võib valida mitu vastust)

- Haigla
- Hooldekodu
- Hospiits
- Koduteenused
- Muu: _____

6. Kuidas te hindate oma hariduslikku ettevalmistust elulõpuravil olevate patsientidega töötamiseks?

- Väga hea
- Pigem hea
- Keskmine
- Piisav, kuid vajaksin lisateadmisi
- Ebapiisav

7. Milliseid tegevuslikke sekkumisi või tegevusi kasutate nende patsientide toetamisel?

8. Kuidas kirjeldaksite koostööd teiste spetsialistidega (nt õed, arstid, psühholoogid, hingehoidjad, füsioterapeudid, sotsiaaltöötajad)?

- Väga hea
- Pigem hea
- Piiratud
- Väga vähene

9. Kuidas teie arvates teised tervishoiutöötajad mõistavad tegevusterapeudi rolli elulõpuravil?

- Väga hästi
- Pigem hästi
- Piiratud arusaam
- Väga vähene arusaam

10. Millised on teie arvates suurimad väljakutsed selles töös?

11. Millist lisatuge vajaksite, et tunda end kindlamini selles valdkonnas töötades?