

# Sotsiaalne innovatsioon pikaajalises hoolduses

Eesti fookusrühmade kokkuvõte



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2015

*Uuringu rahastaja on Euroopa Komisjon FP7 raamprogrammi raames.*

#### **Autorid:**

**Gerli Paat-Ahi** on Poliitikauuringute keskuse Praxis tervisepoliitika analüütik. Tema peamised uurimisvaldkonnad on esmatasandi tervishoid, tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet, tervishoiuteenuste rahastamine ja tervishoiutehnoloogiate hindamine, hooldusravi ning muud tervishoiuküsimused.

**Riina Sikkut** on Poliitikauuringute keskuse Praxis tervisepoliitika analüütik. Tal on suurepärase arusaama tervisesüsteemide toimimisest ja tervisepoliitika kujundamise protsessist. Teda huvitavad eelkõige tervisesüsteemi rahastamine ja toimimise tõhusus, seosed ülejäänud sotsiaalsüsteemiga ning ravimipoliitika.

**Ian Oja** on TLÜ terviseteaduste ja spordi instituudi magistrant, kus tema uurimuse teemaks on sotsiaalselt haavatavate gruppide kaasamisest. Ianil on ka 10-aastane kogemus töötamisel puuetega inimestega.

#### **Käesoleva töö valmimise on andnud olulise panuse ka:**

Paavo Ala, Kerti Alev, Triin Arva, Zsolt Bugarski, Monika Haukanõmm, , Marek Jaakson, Tiina Kangro, Erika Kruup, Jüri Lehtmets, Jane Matt, Jane Muts, Ivar Paimre, Tarmo Pihl, Aina Saarma, Maarja Seppel.

**Poliitikauuringute Keskus Praxis** on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



#### **Poliitikauuringute Keskus Praxis**

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

[www.praxis.ee](http://www.praxis.ee)

[praxis@praxis.ee](mailto:praxis@praxis.ee)

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Paat-Ahi, Gerli, Sikkut, Riina, Oja, Ian 2015. Sotsiaalne innovatsioon pikaajalises hoolduses. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

ISBN [sisesta number]

## Lühitutvustus

Projekti MOPACT (*Mobilising the Impact of Active Ageing in Europe*<sup>1</sup>) raames toimus 2015. aastal Eestis kaks fookusrühma, esimene veebruaris ja teine aprillis. Esimesse fookusrühma kutsuti spetsialistid avalikust sektorist ja MTÜ-dest. Teine fookusrühm koosnes peamiselt innovaatoritest – tervise- ja sotsiaalvaldkonna *start-up* ettevõtjatest. Fookusrühmad olid ühesuguse kavaga ja korraldati, et:

- selgitada välja, millised on vajalikud uuendused pikaajalises hoolduses<sup>2</sup>;
- töötada välja soovitud nende uuenduste elluviimiseks.

Lisaks tehti kolm ekspertintervjuud. Intervjuude küsimused olid suuresti samad kui fookusrühmades.

---

<sup>1</sup> Maailma Terviseorganisatsioon on defineerinud aktiivsena vananemist (ingl k *active ageing*) kui erinevaid tegevusi hõlmavat protsessi, mis on suunatud inimese vananedes tema tervise, turvatunde, elukvaliteedi ja ühiskonnas osalemise kindlustamisele. Aktiivsena vananemine lubab inimestel sõltumata eest end igakülgset teostada ning vastavalt oma soovidele, vajadustele ja võimalustele ühiskonnaelus osaleda, pakkudes samas ka kaitset, hooldust ja tuge, kui selleks vajadus tekib.

<sup>2</sup> Pikaajaline hooldus (ingl k *long term care*) on vajalik, kui inimene vajab pidevalt kõrvalabi igapäevastes tegevustes. Abi osutamine võib toimuda nii kodus kui ka hooldusasutuses ja on sageli seotud meditsiinilise abi vajadusega.

# Sisukord

<b>Lühitutvustus .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Meetodid .....</b>	<b>5</b>
1.1. Fookusrühmade ja individuaalsete intervjuude korraldus .....	5
1.2. Fookusrühma arutelude ja intervjuude struktuur .....	6
<b>2. Tulemused .....</b>	<b>7</b>
2.1. Fookusrühm 1 .....	7
2.2. Fookusrühm 2 .....	9
2.3. Intervjuude kokkuvõte .....	11
2.4. Uuenduste rakendamist soodustavad ja takistavad tegurid .....	12
<b>3. Järeldused ja poliitikasoovitused.....</b>	<b>14</b>
<b>Kokkuvõte.....</b>	<b>16</b>

# 1. Meetodid

## 1.1. Fookusrühmade ja individuaalsete intervjuude korraldus

Fookusrühma intervjuud toimusid Praxise ruumides. Osalejad kutsuti pigem valdkonna tundmise kui geograafilise läheduse alusel, kutsutuid oli üle Eesti. Pikaajaline hooldus ja seotud teenused hõlmavad paljusid osapooli. Erinevate kogemuste ja arvamuste tasakaalustamiseks kaasati eksperte järgmistest asutustest:

- Avaliku sektori üksused (omavalitsuste ja asutuste tasemel) - avalik sektor kontrollib vahendeid, seetõttu on neil suurim mõju osutatavatele teenustele. Tihti nähakse avaliku sektori asutuste arengut aeglasemana kui eraettevõtete või MTÜ-de arengut. Samas on nende kaasamine väga tähtis, sest nad on suurimad teenuseosutajad ning saavad oma tegutsemise ja otsustamise raamid poliitikakujundajatel.
- MTÜ-d - võtmetähtsusega sotsiaalteenuste osutamise mudelite muutjad Euroopas. Kuna tihti on inimestel, kes MTÜ loovad, isiklik kokkupuude mingi takistuse või probleemiga ning nad jätkavad tegevust pika ajaperioodi jooksul, on neil parim arusaam kliendi/patsiendi olukorrast. Väheste ressursside tõttu kasutavad MTÜ-d tihti kõige efektiivsemaid ja innovaatilisemaid viise probleemide lahendamiseks. Suuremates organisatsioonides toimub otsustusprotsess sageli vastupidiselt - leitakse vahendid ning lahenduste/paranduste kvaliteet on otseses seoses sisendressursside kogusega. MTÜ-d peavad lahendama probleemi ja leidma selleks vajalikud ressursid.
- Ettevõtted - innovaatilised alustavad ettevõtted/*start-up*'id on asutused, kus innovaatilised ideed ja tehnoloogiad läbivad "päris elu sõela", mis otsustab, kas need on elujõulised. Osalemise tingimuseks ei olnud tõestatud ärimudeli olemasolu, pigem kogemus innovatsiooniga, et leida uute teenuste arendamise ja kasutuselevõtu kitsaskohad.

Kutsed saadeti laiali laiemale spetsialistide ringile ning need, kes leidsid osalemiseks aega ja motivatsiooni, moodustasid fookusrühmad. Kutsutute valiku tegid Praxise analüütikud tuginedes nende ametikohale, kogemustele ja valdkonna tundmisele ning kutsed saadeti kohalikesse omavalitsustesse, mitmesugustele MTÜ-dele ja teemaga kokkupuutuvatele ettevõtetele. Lisaks kutsuti eksperte, et tulemused sisaldaks ka laiemat vaadet valdkonnale. Fookusrühmad formeerusid vastavalt ajalistele ja muudele teguritele esialgsest kutsutute ringist. Esimeses fookusrühmas osalesid inimesed avaliku ja kolmanda sektori asutustest. Teine fookusrühm keskendus rohkem innovaatoritele ja teenusepakkujatele.

Fookusrühma intervjuu struktuur ja korraldus (sh taustainfo osalejatele, küsimused, arutelude orienteeruv ajaline kestus jne) olid MOPACT projektis osalevate organisatsioonide poolt kokku lepitud ja kõigis riikides ühised, et tagada tulemuste võrreldavus.

Toimus ka kolm intervjuud - koduõenduse teenust pakuva asutuse vastutava õega, õppejõuga ja kaughoolduse projekti juhiga. Intervjuud viidi läbi, et leida vastused mõnele fookusrühmades tõstatatud teemale, kontrollida poliitikasoovituste paikapidavust ning uurida valdkonna innovatsiooni takistavaid ja soodustavaid tegureid.

## 1.2. Fookusrühma arutelude ja intervjuude struktuur

Mõlemad fookusrühmad viidi läbi sarnase põhistruktuuri abil.

- Sissejuhatuseks osalejate tutvustus. Inimesed tutvusid teineteisega ja esindatud organisatsioonidega. Seega arendati võrgustikku ja loodi valdkonnaüleseid kontakte. Kontaktide saamine on oluliseks motivaatoriks seda tüüpi üritustel osalemiseks.
- Projekti ja fookusrühma eesmärkide tutvustus. Fookusrühma eesmärgi täitmiseks oli vajalik anda osalejatele taustainfot, aidata neil teemasse sisse elada ja ühtlustada arusaamad terminoloogiast. Seega anti osalejatele lühike ülevaade MOPACT projektist ning sellest, mille jaoks nende panus oluline sisend on. Samuti tutvustati arutelu eesmärke ja ajakava ning ühtlustati arusaama sotsiaalsest innovatsioonist .
- Pakiliste uuenduste välja toomine vanemaealiste sotsiaalteenuste valdkonnas (3 - 5 võtmesõna igahelt). See oli "ajurünnaku" periood, kus iga osaleja märkis enda hinnangu järgi praeguse süsteemi puhul kohad, kus kiired muutused oleks kõige vajalikumad . See oli alguspunktiks edasistele aruteludele. Fookus oli pikaajalisel hooldusel, kuid avati ka muid teemasid, et leida kohti innovatsiooniks laiemalt sotsiaaltöö valdkonnas.
- Võtmesõnade kategoriseerimine. Osalejad jagasid üheskoos võtmesõnad viide kuni kuude kategooriasse. Siinkohal toimus pikem arutelu, mitmed kriitilised teemad sõnastati spetsialistide koostöös ümber, probleemid muudeti selgemaks ja spetsiifiliseks. Lõpuks jagati kõik võtmesõnad nende viie-kuue kategooria vahel.
- Hääletamine kahe kõige tähtsama kategooria leidmiseks. Iga osaleja paigutas vabalt viis kleebist loodud kategooriatele (igakuks otsustas ise, kas anda viiele kategooriale üks "hää", ühele viis "häält" või mõni muu kombinatsioon), kus tema hinnangul on kõige suurem vajadus muutuseks. Kaks kategooriat, mis said enim hääletuspunkte (kleebiseid), loeti valdkondadeks, kus on kõige kiiremini vaja midagi muuta.
- Arutelu, mis toimus avatud argumenteerimise vormis kahe enim punkte saanud kategooria üle. See oli fookusrühma intervjuu kõige avatum osa, kus iga spetsialist sai nendel kahel teemal, milles innovatsioonivajadus hinnati kõige pakilisemaks, tutvustada enda vaateid. Aruteludest valiti välja olulised mõtted ja ettepanekud, mille üle toimus detailsem vestlus . Tulemused on kokku võetud järgmises alapunktis.
- Lõppsõna. Kokkuvõtte arutelust, osalejate tänamine.

## 2. Tulemused

Selles peatükis on välja toodud pakilisemate uuenduste leidmise, kategoriseerimise ja tähtsuse järgi reastamise tulemused. Allajoonitud pealkiri on uuenduste kategooria, mille järel on kirjeldatud osalejate välja pakutud uuendusvajadused. Samuti on kokkuvõtvalt toodud osalejate arutelu lahenduste osas kahe enim häält saanud kategooria puhul (alapunktides esitatud esimestena – teenuste kättesaadavus, hoolduskoormus, innovaatilised lahendused ja vanemaealiste võimestamine). Nendel teemadel peeti täiendav mõttevahetus, kus ideed muudeti detailsemaks, arutati ettepanekuid innovatsiooniks ja poliitikamuudatusteks.

### 2.1. Fookusrühm 1

#### Teenuste kättesaadavus

Fookusrühma arutelu tulemusena selgus, et uuendusi on vaja eelkõige teenuste kättesaadavuse parandamiseks. Teenuste halb kättesaadavus on struktuuriline probleem, mille lahendamine nõuab ressursse ning kättesaadavuse parandamine on ka valitsuse sotsiaalreformide peamiseks eesmärgiks.

Toodi välja, et:

- erivajadustega vanemaealiste jaoks on teenuste kättesaadavus probleemne;
- teenuste kättesaadavus erineb omavalitsuste lõikes, sõltub kliendi rahalistest võimalustest ja asukohast;
- pikaajalise hoolduse teenuse hind on kõrge;
- on vajalik leida kuluefektiivsemad lahendused;
- pikaajalise hoolduse teenust pakkuvate kogukondade toetamine toob teenused inimestele lähemale;
- on vajalik tagada vanemaealiste iseseisvus, mis ei peaks olema sõltuvuses varanduslikust seisust.

Lahendustena nähti inimeste ja teenuste lähendamist ning tähelepanu pööramist kuluefektiivsusele - teenusestandardite ja litsentside juurutamine, kogukonnateenused, isiklik eelarve (inimene ise valib kasutatavad teenused etteantud eelarve piires), puuetega laste hoolduses efektiivseks osunud lahenduste rakendamine, hoolduskindlustuse süsteemi loomine, rohkemate teenusepakkujate kaasamine (näiteks Virtu lahendus), andmevahetuse efektiivsuse parandamine.

#### Hoolduskoormus

Eestis on palju nn vabatahtlikke hooldajaid, kes hooldavad erineva hooldusvajadusega inimesi (tavaliselt lähedasi) - vanemaealisi, puuetega või tervislikust seisundist tulenevalt hooldusvajadusega inimesi. Puuduvate või halvasti kättesaadavate teenuste ja toetuste (omastehooldaja kuutasu on 19€) tõttu on neil pidev (st puhkeaegadeta) hoolduskoormus, mis mõjutab hooldaja enda vaimset ja füüsilist tervist. Lisaks esineb majanduslik mõju selle kaudu, et hoolduskoormuse tagajärjel on tuhanded inimesed tööturult kõrvale jäänud.

Toodi välja, et hoolduskoormus on üks suurimaid "peidetud" sotsiaalprobleeme tänases Eestis. Seadus paneb hoolduskoormuse perekonnale ning neile pole kohustust abi pakkuda, kuid tuleks vaadata praeguse olukorra ühiskondlikku mõju (hooldusteenuse hind vs hooldaja tööturult kõrvale jäämine).

Arutelu käigus jõuti järgmiste lahendusteni:

- tuleks defineerida omastehooldaja juriidiline positsioon, tema vastutus ja kohustused;
- hooldajate teadlikkuse tõstmiseks ja info kättesaadavuse parandamiseks luua omastehooldaja kontrollnimekiri - kust saada millist abi, õiged töövõtted ning kontaktisiku, kellelt saada infot ja abi hooldusvajaduse tekkimisel, andmed;
- omastehooldaja ettevalmistamine/õpe ja tugivõrgustiku loomine (sh sotsiaaltöötajal peaks olema ülevaade hooldaja vajadustest);
- hoolduskoormuse vähendamiseks võimaldada puhkus/puhkeaeg, nt intervallhooldus;
- pakkuda psühholoogilist tuge hooldajatele;
- tagada hooldajale miinimumpalk.

### **Integreerimine ja koostöö**

Probleeme ja ebaefektiivsust tekitavad vähene kaasamine ja koostöö, näiteks dubleeriv andmete kogumine, kattuvad (ja osa mittekatvad) pakutavad teenused ja korduvad tegevused, mida klient peab tegema nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis. Olukorral on osaliselt ajalooline taust (eraldi üles ehitatud, rahastatud ja juhitud tervishoiu- ja hoolekandesüsteem), kuid mõjutab ka hea strateegia puudumine ja inimestevahelised koordineerimisprobleemid. On juhtumeid, kus koostöö tervise- ja sotsiaalvaldkondade vahel toimib hästi, kuid tihti tänu headele isiklikele kontaktidele. Tervise- ja sotsiaalsüsteemi integreerimine säästaks raha, aega ja tööjõudu. Kõik osalejate välja toodud uuendusvajadused sisaldasid integratsiooni erinevatel tasemetel ja suundades ning see ei ole ainult ressursside küsimus, tihti on asi lihtsalt harjumustes ja vastuseisus uuendustele.

Eesmärgina toodi välja, et vanemaealiste teenused peaks olema integreeritud ja lähtuma inimese kui terviku huvidest. Selleks:

- peavad keskvalitsuse ja kohaliku taseme regulatsioonid koostööd sotsiaal- ja tervisevaldkondade vahel soodustama mitte pärssima;
- on vaja tähelepanu pöörata teenuste järjepidevusele;
- tuleb jõuda tegeliku koostööni tervisevaldkonna spetsialistide (perearstid, eriarstid) ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahel (sotsiaaltöötajad, hoolduse spetsialistid).

### **Teenuste disain**

Vanemaealiste jaoks teenuste kavandamisel nende huvidega arvestamine. Samuti peaksid poliitikakujundajad kaasama sihtrühmi, esindusorganisatsioone ning teenusepakkujaid, et disainida paremad teenused.

### **Andmed**

Riiklikud andmebaasid, andmete kogumine ja kasutamine on rangelt reglementeeritud, nii on ühelt poolt probleeme olemasolevate andmete kasutamisega, teiselt poolt puuduvad andmed näiteks hooldajate arvu kohta. Andmete kasutamise tingimusi võiks tõendatud positiivse mõju olemasolul leevendada. Toodi välja, et võiks hooldajate infot koguda ja monitoorida, samuti kaardistada üle 65-aastased inimesed ja nende tugivõrgustiku.



### **Rahalised vahendid**

Pikaajalise hoolduse finantseerimine, eriti tulevikus kasvava teenusevajaduse puhul, on probleemiks pea kõigis heaaluriikides. Peamiselt on probleemiks vahendite puudus, kuid taustal on arusaamine vahendite ebavõrdsest jaotamisest – tajutakse, et riiklikud koordineerivad asutused on hästi rahastatud, samal ajal kui kohalikud omavalitsused ja kliendid tunnevad vahendite nappust.

### **Üldised lahendused olukorra parandamiseks**

Lisaks eelpool toodud kategooriate tuli arutelu käigus välja mitmeid probleemide lahendamise ja leevendamise viise, mis on end tõestanud ning mida peaks rakendama laiemalt või üle tooma vanemaealiste pikaajalise hoolduse sektorisse. Näiteks toimib vajaduspõhine hooldamine, kus vanemaealised inimesed elavad koos ja saavad välist abi vajadusel; vabatahtlike töötajate koordineerimise ja motiveerimise süsteem; häirenupu teenus; geoinfo kasutamine paremate teenuste ja parema kuluefektiivsuse saavutamiseks on tehniliselt võimalik. Parima lahenduse leidmiseks viia läbi pilootprojekte ja pikendada nende kestvust (sh näiteks Itaalias kaasatakse pilootprojektidesse hilisem avaliku sektori rahastaja projekti algusest alates). Palju saab muuta, kui rakendada ning jagada innovaatilisi lahendusi ja teavet.

## **2.2. Fookusrühm 2**

### **Innovaatilised lahendused**

Lisaks suuremale finantseerimisele on sotsiaalteenuste parandamiseks innovaatiliste lahenduste (tehnoloogiliselt, sotsiaalse- või ärimudeli mõttes) otsimine oluline. Innovaatiliste lahenduste rakendamine nõuab kompetentseid arendajaid, rakendamise julgust ning haritud ja avatud kasutajaid. Näiteks robotabilised, nutikellad, ravimiinfo apteekritelt perearstidele, ligipääs sümptomite infole, interneti ja televisiooni kaudu pakutavaid teenused on vaja laiemalt kasutusele võtta.

Innovaatilisi lahendusi tavaliselt pilooditakse, kuid pikaajaliste tulude-kulude analüüs puudub ja suuremamahulise rakendamise jaoks napib sisendinfot. Ka paljuräägitud sotsiaalse ettevõtluse puhul peab äriplaan rahaliselt ära tasuma. Üldiselt keskkond ja ühiskond ei soosi uusi lahendusi, osaliselt põhjuseks teadmatus ja puudulik kommunikatsiooni osapoolte vahel. Lahendustena toodi välja, et asjakohase info organiseerimiseks ja jaotamiseks saab kasutada Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustikku ([www.sev.ee](http://www.sev.ee)) ja sihtrühmade esindajaid. Positiivsete muutuste rakendamiseks - kiita ja tõsta esile häid praktikaid ja näiteid, see loob muutustele soodsa keskkonna.

### **Vanemaealiste võimestamine**

Vanemaealiste võimestamine on seotud mitme fookusrühmas esile tõusnud teemaga vähesest kaasamisest kuni tervise- ja administreerimisküsimusteni ning uute tehnoloogiate kasutamiseni. Varasematel aegadel ei näinud ühiskond nii suurt osa endast "vanana", praegu aga suurendab vanemaealiste aktiveerimine tööjõu pakkumist, tõstab tolerantsust erinevate vanuserühmade suhtes ja vähendab vanemaealiste sotsiaalset isolatsiooni.

Otsene vanemaealiste võimestamine tähendab näiteks kogemusnõustamist, isiklikku nõustamist, tugirühmi jms. Kui suureneb tehnoloogiliste abivahendite roll, siis tuleb tegelda seadmete kasutamise oskuste parandamise ja eelarvamustega (kas seadmetele võib usaldada funktsioonid/otsused, millest sõltub inimese elu) ning vaja on kompetentset juhendamist. Ka isiklik eelarve, kus inimene saab otsustada enda kasutatavate teenuste ja abi üle (etteantud eelarve piires), võimestab, kuna annab

otsustusvabanduse ja muudab süsteemi paindlikumaks. Lähtutakse põhimõttest, et peamine vastutus oma elu eest lasub inimesel endal mitte arstil või sotsiaaltöötajal.

### **Mobiilsus**

Liikumiskustega inimeste jaoks on probleemiks transpordi kõrge hind. Eriti terav on küsimus maapiirkondades ning liikumispuudega (ratastooliga) inimeste jaoks. Kulukas transport muudab teenuste tarbimise, töötamise, sotsialiseerumise ja igapäevaeluga toimetuleku keeruliseks. Sel juhul on kõige kriitilisemaks teenuste kättesaadavuse parandamine (lisamureks inimeste vähenene teadlikkus ja finantseerimine). Tuleks mitmekesistada teenuste pakkumise viise, nagu traditsioonilise apteegiteenuse asemel on geograafilise kättesaadavuse parandamiseks loodud apteegibuss ja internetiapteek.

### **Efektiivsus**

Tõhususe puhul toodi välja nii efektiivsuse tõstmist süsteemi jätkusuutlikkuse parandamiseks kui ka ressursside paremat/teistmoodi jaotamist.

- Tõhusateks lahendusteks peetakse isiklike eelarveid, prioritseerimist, infovahetuse parandamist (vanemaerialiste ja hooldajate suhtlemise parandamine).
- Efektiivsuse tõstmiseks peab süsteemist eemaldama dubleerimise. Seda eriti praeguses olukorras, kus probleemiks on töötajate (sotsiaaltöötajad, arstid, spetsialistid) vähesus. Sotsiaaltöötajate puudust võimendab ja suurte koormustega toimetulemist pärsib ka teenusepakujate vähenene kaasatus.
- Vajalik on ka administreerimise parandamine - suhtluse koordineerimine, pilootprojektide abistamine/garantiide andmine, järelevalve, suhtlusvõrgustike/klastrite loomine, info liikumise tagamine, suhtlemine ja kaasamine, ühtsete standardite ja arusaamade juurutamine.
- Oluliseks peetakse tähelepanu pööramist juba rakendatud ja reaalelus töötavatele teenustele (heaks näiteks on Virtu - tugev kohalik kogukond, töötas praktikas hästi). Testimine ja lõppkasutajateni jõudmine on liiga nõrgad, teenuste pakkumisel tasuvuspunktini jõudmine on riigi väiksuse tõttu keeruline. Küsimus ka osapoolte testimise suutlikkuses - riik peaks aktiivselt projekte piloteerima, et leida parimad toimivad lahendused.

### **Elukeskkond**

Elukeskkonda mõjutab rahalist vahendite puudus, laiema pildi mittenägemine ja ajalooline pärand. Inimesekesksel linnaplaneerimisel on lühike ajalugu, selle eest vastutavad institutsioonid võtavad uuenduslikke ideid omaks aeglaselt ning varasem töö ei ole ligipäätavuse tagamiseks panustanud. Peamiseks probleemiks on eluhoonetele ligipääsu ebapiisav planeerimine. Aktiivse vananemise kontekstis samuti füüsiline ligipääs ning hoonete funktsionaalse täiendamise võimatus. Planeerides peaks arvestama nii keskkonnaga kui ka inimestele mõeldud teenustega.

Pikaajalise visiooni kujundamist takistavad (nt sotsiaaltöötajate) suured töökoormused, liiga suur osa otsustest liigub "ülevalt alla". Suhtumised, võimekus, kontseptsioonid ja väärtused on küsitavad. Rohujuure tasand peaks olema teenuste ja strateegiade väljatöötamisel ja rakendamisel kaasatud. Kogukond peaks liikuma tähelepanu keskmesse ning muutma mõtlemist ja suhtumisi.

## 2.3. Intervjuurde kokkuvõte

### Intervjuu 1

Intervjueeritavalt küsiti esmalt kõige pakilisemate uuenduste kohta. Teine intervjuu viidi läbi peale fookusrühma intervjuusid, et saada täpsem seisukoht tõstatatud teemadele teenuseosutaja seisukohast.

Innovatsioon:

- Vajalik on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimine, lisaks praegused sotsiaalteenused ja äriteenused.
- Arendada toetatud elamise teenust ning edendada isikliku toimetuleku võimekust (deinstitutionaliseerimine).
- Teenuste kättesaadavus on halb (prioriteedid, töö korraldus, vastutuse jaotamine). Puudu on süsteemsest mõtlemisest ning ei ole aru saadud sotsiaalteenuste kasvavast vajadusest.

Hoolduskoormus:

- Pikaajalise hoolduse rahastamine kannatab prioriteetide puudumise käes.
- Aitaks sotsiaalteenuste diferentseerimine sissetuleku järgi.
- Olukorda parandaks ka uuenduslikud teenused, nagu TV/IKT kaudu monitoorimine, alarmnupu teenus - vaja on paremat arendamist, tuge ja rakendamist.
- Vältimatu on kogukonna- ja perepõhiste initsiatiivide toetamine. Praeguste institutsioonide mõttemalle tuleb muuta. Kuna institutsioonid on kõige odavam hoolduse vorm, siis päris ilma ei saa hakkama ka tulevikus. Parandada infovahetust, et kiirendada uute teenuste, mudelite ja lahenduste kasutuselevõttu.

Kättesaadavuse parandamine:

- Kohalikele omavalitsusele, MTÜ-dele ja inimestele anda ressursside jaotamisel vabamad käed. Samuti kaasata MTÜ-sid rohkem teenuste pakkumisse, planeerimisse ja strateegiate loomisse. Solidaarsuse teema puhul on ühiskonnas vaja teadlikkuse tõusu.

### Intervjuu 2

Intervjueeritava hinnang vajalike muutuste kohta (samad küsimused kui fookusrühmades):

- Hädavajalik on toetada nõukogudeaegsete mõttemallide ja struktuuride muutmist. Muuta institutsioonide põhine süsteem.
- Kogukondade muutumine samuti vajalik - kogukonnad ei näe vanemaalisi enda aktiivse osana.
- Maksude ümberjaotamine valitsuse tasandil on ebaefektiivne. Vajadus sotsiaalsüsteemi reformi järgi - Eestil on mitmeid edulugusid, näiteks haridusreform, kinnipidamisasutuste reform.
- Rohkem vastutust lõpptarbijale koos vahenditega, et seda realiseerida, näiteks isiklik eelarve sotsiaalteenuste jaoks. Suurem rahastamine ei ole lahendus kõikidele sotsiaalsetele väljakutsetele.
- Rohkem tähelepanu elukvaliteedile – institutsionaalne hooldus on odavam, aga elukvaliteet langeb.

Teises intervjuu pooles vaadati üle poliitikasoovitused. Kommentaarid on aruandes kajastatud.

### **Intervjuu 3**

Eestis on välja arendatud mitmeid interaktiivseid teenuseid aga neile on vaja pidevalt toota sisu, et kliendil oleks jätkuvalt midagi huvitavat. Ilma sisuta on teleteenused lihtsalt üks kasutu hunnik tarkvara. Uue teenuse juurutamine nõuab vanemaealise pere ja sotsiaaltöötaja koostööd. Samas on sotsiaaltöötajad ülekoormatud - ei ole võimalust ise õppida uusi süsteeme ega õpetada kliente.

Innovaatilist projekti Virtu sai kasutada reaajas suhtlemiseks (sotsiaaltöötaja, pere, tugivõrgustik) ja huvitegevustes osalemiseks ning võeti vanemaealiste poolt hästi vastu. Vastuseis oli meditsiinipersonali poolt. Projekti skaleerimise eeltingimuseks on osapoolte korralik tehniline tase ja töötav andmeedastus. Eestis uus süsteem testimiseks - sentab.com. Sentabi puhul ei ole vajadust arvuti järele, lähedased loovad sisu.

Innovaatiliste teenuste kasutuselevõttu soodustab Eesti väiksus - hea on käivitada üleriigilisi pilootprojekte, hea IT valdkonna kogemus. Takistusteks on sotsiaaltöötajate puudus, Eesti vanemaealiste jaoks on tähtsad otse suhtlemine ja turvalisus, teenusevajadus erinev, lahenduste/seadmete hind võib olla kõrge, arendajad ei taju piisavalt sihtrühma vajadusi.

## **2.4. Uuenduste rakendamist soodustavad ja takistavad tegurid**

### **Innovaatiliste lahenduste rakendamist soodustavad tegurid**

#### ***Osapoolte teadlikkuse tõstmine***

Uute lahenduste aktsepteerimist mõjutab nii hooldajate, hooldatavate, spetsialistide kui ka laiem avalikkuse teadlikkus probleemidest, uutest teenustest, sotsiaalsetest ärimudelitest. Laiem teadlikkus valdkonna kitsaskohtadest ja arengusuundadest on vajalik ka innovaatoritele.

#### ***Suurem otsustusõigus ja vastutus (sh rahaline) inimestele, MTÜ-dele, alternatiivsetele hoolduslahendustele***

Mitmed head algatused on lõppenud pärast pilootimist, peamiselt ressursinappuse tõttu. Vaid pilootimine ja pidevalt tühjalt kohalt alustamine ei ole kasulik ei klientidele ega teenusepakkujatele. Lisaks on kõige uuesti alustamine iga paari aasta tagant ressursimahukam. Kui ministeerium otsustab vajalikemate teenuste üle ning jagab vahendid vastavalt, on tulemus ilmselt erinev otsusest, mis tehtud kaasates teenusekasutajaid ja teenuseosutajaid. Viimasel juhul oleks ka osapoolte rahulolu suurem ning vastutus ressursikasutuse eest jagatud. Samuti võiks kaaluda teenuse kasutajale õiguse andmist oma eelarve raames ise otsustada teenustepaketi üle.

#### ***Teenusepakkujate ja klientide kaasamine uute teenuste arendamisel ja olemasolevate parandamisel***

Kõige parem ülevaade vajaduste kohta on klientidel ja nendega töötavatel spetsialistidel ning see on oluline sisendinfo teenuste arendamisel. Sisuline käitumise muutus (kaasamine) on sama, mis rahaliste vahendite jaotamisel. Praegu kipuvad käsklused liikuma ülevalt alla ja tulemus ei ole kliendikeskne - kuigi eesmärgid on õiged, ei pruugi tulemused olla tegelikke vajadusi rahuldavad ja probleeme lahendav.

## **Innovaatiliste lahenduste rakendamist takistavad tegurid**

### ***Infopuudus ja halb kommunikatsioon***

Peamine barjäär innovaatiliste lahenduste rakendamisele on infopuudus – teadmised probleemidest ja nende lahendamise võimalustest, sarnaste probleemide lahendusviisidest mujal maailmas. Raha ja inimressursi puudus jääb alati päevakorrale, kuid paremate teadmiste abil saaks ministriumid, MTÜ-d ja KOV-id luua paremaid teenuseid. Lisaks on organisatsioonides soov muutusteks ja uute meetodite kasutamiseks erinev, nii et töötajatest sõltuvalt rakendatakse mõnes kohas uuendused kiiremini ja paremate tulemustega.

### ***Institutsioonid ei võta arvesse rohujuure tasandi initsiatiive***

Ülevalt alla otsuste tegemine ja ressursside juhtimine muudab sotsiaalsüsteemid stagneerunuks ja jäigaks. Sihtrühmadel, kolmandal sektoril ja esindusorganisatsioonidel on kogemused, oskusteave ja tihtipeale ka säästlikumad lahendused, kuid muutusi takistab „ülevalt alla“ otsustamine. Seega peaks ka muutuse algatama avalik sektor, kes kontrollib ressursse. Viimase kahekümne aasta jooksul on toimunud väike liikumine paremuse suunas, kuid reaalse kaasamise ja koostööni on veel pikk maa minna.

### ***Omastehooldajate psühholoogiline, finantsiline ja osalusvõimaluste olukord on kehv***

Eestis on seaduse järgi lähedaste hooldamise kohustus ning tihti ei saa perekonnad mingit abi riigilt ega kohalikult omavalitsuselt. Täiskoormusega hooldajaks jäädakse alternatiivsete lahenduste puudumisel, hooldajad jäävad tööturul eemale, nende majanduslik toimetulek halveneb, neil on psühholoogiliste probleemide risk ja kannatab elukvaliteet. Nende "vabatahtlike" hooldajate jõustamine oleks märkimisväärne uuendus ja tõstaks tuhandete inimeste elukvaliteeti. Probleemiga tegelemist raskendab see, et andmed omastehooldajate kohta puuduvad.

### ***Vastumeelsus muutuste suhtes klientidel, spetsialistidel või tugisikutel***

Nii teenuse vajajad, teenusepakkujad, ametnikud kui ka teenusevajaja lähedased kalduvad hirmust ja teadmatuses uued lahendused kõrvale tõrjuma. Lahenduste rakendamisele aitaks kaasa osapoolte parem arusaam muutuse sisust ja nende rollist uues olukorras. Selleks tuleb teha selgitustööd, õpetada, võimaldada tuge harjumise ja kohanemise ajaks. Samuti on kergem omaks võtta teenuseid, mille arendamisel on juba kasutajaid kaasatud. Juhtub ka, et paremate teaduspõhiste teenuste arendamist takistab jäik ja projektipõhine rahastamine, millel on ranged ajapiirangud, võimatu muuta finantseerimise proportsioone vms. Sel juhul on vaja ka üleriigilist ja üle-Euroopalist mõttemalli muutust.

## 3. Järeldused ja poliitikasoovitused

### 1. Parandada koostööd ja suurendada osapoolte kaasamist

Viimase paarikümne aasta jooksul on parandatud infrastruktuuri, kuid pikaajalise hoolduse sisu pole palju muutunud. Samuti tehakse otsused ja rahaliste vahendite jagamine ministeeriumi tasandil, omavalitsused, teenuseosutajad, kolmas sektor ja kliendid ei saa sageli osaleda ega otsustamiseks oma panust anda. Vajadustele vastavate teenuste arendamiseks, uuenduste tegemiseks ja innovaatiliste lahenduste edukaks rakendamiseks oleks kasulik osapoolte koostöö. Ning avaliku sektori ülesanne olekski suuresti koostöö võimaldamine, kaasamine ja läbimõeldud kommunikatsioon.

### 2. Info liikumise parandamine

Peamiseks muutuste takistajaks sotsiaalsüsteemis peeti vähest teadlikkust, nii osapooltel kui ka ühiskonnas üldiselt. Info jagamine osapoolte vahel probleemide, teenuste, projektide ja mujal rakendatud lahenduste kohta aitaks valdkonnas kaasa nii koostööle kui paremini suunatud tegutsemisele. Praegu ei ole inimesed sageli teadlikud oma õigustest teatud teenustele, kolmanda sektori poolt pakutavad kogukonnateenused ei saa avalikkuse tähelepanu ega leia toetust ning tavaliselt tekib vajadus pikaajalise hoolduse järele ootamatult ja siis vaja infot teenuste, abi saamise võimaluste, edasiste sammude kohta. Olukorda saaks parandada:

- sihipärase info jagamisega, sealjuures välja töötada lühijuhised, kontrollnimekirjad, kontaktisikute loetelu, kus võimalik;
- suurendades suhtlust kliendi lähedastega, spetsialistidel omavahel, tugivõrgustikuga;
- tõstes üldist teadlikkust ühiskonnas;
- enamasti saab asja parandada kohalikul tasandil, kuid impulss muutuste algatamiseks võiks tulla kõrgemalt, sealjuures ka ELi tasandilt.

### 3. Arvestada pikaajaliste kulude ja tuludega

Endiselt nähakse sotsiaalkaitse valdkonda suure kulukohana, millega tulusid ei kaasne. Elukvaliteeti, toimetulekut, iseseisvust ning muid mitterahalisi mõjusid ei peeta tuluks. Sotsiaalseid ja äriprojekte samade kriteeriumite järgi hinnates ei jõuta heade lahendusteni. Analüütilisem lähenemine koos pikaajalise vaatega teenuse/projekti/meetme tuludele ja kuludele, aitab teha paremaid otsuseid, kuid eeldab mõttemalli muutmist.

### 4. Inimeste vastutuse suurendamine enda elu ja tervise eest

Inimesed näevad meditsiinitöötajat oma tervise eest vastutajana. Senine mõtteviis pärineb tõenäoliselt nõukogude ajast, kui riik reguleeris ka tavaelu aspekti ja inimesel ei olnud tegelikku valikut ei ümbritseva keskkonna ega enda elu üle. Oluline on mõtteviisi muutmine, nii et tervislikku eluviisi ja isiklike valikuid nähtaks olevat seoses õnnelikuma ja tervema eluga. Inimestele saab anda ka vastutuse valida näiteks teatud eelarve raames endale ise vajalikud teenused. Teine äärmus on hooldajate suutmatus abi küsida, kuna nad peavad ennast hoolduse eest vastutavaks. Seda tuleb märgata ja tuge pakkuda enne, kui see viib äärmuslike koormuste ja läbipõlemiseni.

### 5. Tagada vanemaealistele infotehnoloogia-alase hariduse kättesaadavus

Kiire tehnoloogiline areng, hea internetiühendus, kuluefektiivsus ja suur isikliku seadistamise võimalus on loonud selge turu tele- ja arvutipõhiste teenuste. Suuremahulist tele- ja arvutiteenuste rakendamist takistab finantseerimismudelite puudumine, kokku leppimata teenusestandardid,

tõenduspõhiste hüvede puudumine, vähestest kogemustest ja teadmistest tingitud vastumeelsus muutusteks ning klientide arvutialane oskamatus. Arvutialaste oskuste õpetamine vähendab klientide hirme ja nendest tingitud vastumeelsust ning loob eelduse innovaatiliste teenuste rakendamiseks. Haridusprogrammi saab läbi viia kohalikul tasandil, kuid praeguste finantseerimismudelite juures peaks korraldamine tulema riiklikult või ELi asemelt.

#### **6. Soodustada rohujuure tasandi ja MTÜ-de algatusi**

Otsustajad peavad looma keskkonna, kus sihtrühm ja teenuseosutajad osalevad aktiivselt parimate lahenduste leidmisel. Initsiatiiv ja lahendused peavad praeguse "ülevallt alla" suuna asemel liikuma klientidelt kõrgematele otsustustasemetele. Selline lähenemine töötab üksikutes Eesti omavalitsustes vähemalt hea koostöö vormis. Seda on keeruline ellu viia, sest nõuab muutust poliitikakujundajate käitumise ja otsustamise muustrites.

#### **7. Muuta pilootprojektid ja projektipõhine töö kestmaks**

Projektipõhine töö on kulukas ning nõuab iga finantstsükli jooksul taotlemist, ettevalmistamist, arendustööd ja aruandlust. Liikuda võiks dünaamilisema olukorra poole, kus kogu tõenduspõhine sisuline töö tehakse üks kord ja teenuste arendamine toimuks pikema aja jooksul. Samuti näitab senine kogemus, et iseseisev mittetulunduslik projekt suudab ennast väga harva ära majandada ehk projekt lõpeb, kui projektiperiood lõpeb. Kui muuta sotsiaalvaldkonna projektide finantseerimisviise, oleks töö efektiivsem ja pikaajalised tulemused oleks klientide jaoks paremad. Seni tuleb innustada omavalitsusi ja teisi partnereid osalema projektides rahastajatena ning koostööpartneritena ning otsida tõenduspõhiste tõihusatele projektidele lisaraha.

## Kokkuvõte

Selleks, et selgitada välja, millised on vajalikud uuendused pikaajalises hoolduses ning töötada välja soovitused nende uuenduste elluviimiseks, toimus kaks fookusrühma ja viidi läbi intervjuud. Osalesid avaliku sektori, teenusosutajate, kolmanda sektori, tervise- ja sotsiaalvaldkonna ettevõtete ja teenuse tarbijate esindajad.

Fookusrühma arutelu käigus otsiti kõige pakilisemaid uuendusi pikaajalises hoolduses. „Ajurünnaku“ tulemused kategoriseeriti, hääletati kahe kõige tähtsama kategooria leidmiseks ning seejärel arutelu nendel kahel teemal, milles innovatsioonivajadus hinnati kõige pakilisemaks. Töö tulemusena filtreeriti välja soovitused muutusteks.

Vajadustele vastavate teenuste arendamiseks, uuenduste tegemiseks ja innovaatiliste lahenduste edukaks rakendamiseks tuleb:

- suurendada koostööd ja osapoolte kaasamist;
- parandada info liikumist;
- arvestada teenuse pikaajaliste ja ka mitterahaliste kasudega;
- anda inimestele suurem vastutus oma elukorraldust ja tervist puudutavates küsimustes;
- tagada vanemaelistele infotehnoloogia-alase hariduse kättesaadavus tarkade lahenduste

kasutuselevõtu võimaldamiseks;

- soodustada rohujuure tasandi ja MTÜ-de algatusi;
- aidata headel projektidel ellu jääda ja areneda, mitte alustama uuesti iga projektiperioodi alguses.