

UURING 2021

Pikaajalise hoolduse tulevik

Pikaajalise hoolduse tuleviku uurimissuund

Karl Haljasmets
Marleen Pedjasaar
Katre Pall
Kristjan Kaldmaa
Linda Tarto
Victoria Pedjasaar
Johanna Salu



ARENGUSEIRE
KESKUS

Riigikogu juures tegutsev sõltumatu mõttekoda

HAAP
Consulting

Pikaajalise hoolduse tulevik

Uuring

Autorid: Karl Haljasmets, Marleen Pedjasaar, Katre Pall, Kristjan Kaldmaa, Linda Tarto, Victoria Pedjasaar ja Johanna Salu
Tellijä: Arenguseire Keskus

Uuringu tellis Arenguseire Keskus lihthankega „Pikaajalise hoolduse tulevik“ ja see on osa Arenguseire Keskuse pikaajalise hoolduse tuleviku seiretööst. Uuringu koostas Haap Consulting OÜ, mis on 2016. aastal asutatud konsultatsiooniettevõtte, mille põhiteenusteks on analüüside, uuringute ja rahastustootluste koostamine. Ettevõtte peamine kompetents on uuringute kavandamine ja elluviimine, pakkudes sealjuures paindlikku projektijuhtimis- ja vajaduse korral ka kommunikatsiooniteenust.

Uuringus sisalduva teabe kasutamisel palu viidata allikale: Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., Salu, J. (2021). Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus.

Arenguseire Keskuse uuringud
ISSN 2733-337X (pdf)

Loe ka teisi pikaajalise hoolduse tuleviku uurimissuunas ilmunud töid www.arenguseire.ee.

Arenguseire Keskus on ühiskonna ja majanduse pikaajalisi arenguid analüüsiv mõttekoda Riigikogu juures. Meie missioon on aidata kaasa tulevikku vaatavale poliitikakujundusele.

Oktoober 2021

Sisukord

1. Sissejuhatus.....	4
2. Metoodika.....	5
3. Dokumendialalüüs.....	7
3.1. Trendid Euroopas.....	7
3.2. Abivajadus Eestis.....	13
3.3. Abi korraldus Eestis.....	18
3.4. Tehnoloogia kasutuselevõtt.....	22
4. Juhtumialalüüs Hollandi ja Saksamaa näitel	26
5. Fookusgrupi intervjuud ja ekspertintervjuud	38
5.1. Abivajadus täna ja tulevikus.....	38
5.2. Pikaajalist hooldust mõjutavad trendid.....	39
5.3. Abi korraldus.....	42
5.4. Finantseerimine	46
5.5. Kommunikatsioon	49
5.6. Teiste riikide näited.....	51
6. Üleriigiline küsitlus	53
7. Pikaajalise hoolduse tulevikustsenaariumid	60
8. Kokkuvõte	71
9. Executive Summary	80
10. Lisad	82
10.1. Uurimisküsimused.....	82
10.2. Ekspertintervjuude kava	83
10.3. Fookusgrupi intervjuu kava: riigisektori esindajad	84
10.4. Fookusgrupi intervjuu kava: ühingute esindajad	85
10.5. Küsitluse küsimused.....	86

1. Sissejuhatus

Arenguseire Keskuse tellimisel viis Haap Consulting läbi uuringu nimega „Pikaajalise hoolduse tulevik“, mis on üks Arenguseire Keskuse 2021. aasta uurimissuundadest. Uuringu eesmärgiks on selgitada välja Eesti pikaajalise hoolduse arenguväljavaated, anda ülevaade olulisematest trendidest ning analüüsida võimalikke muid tegureid, mis hooldust tulevikus võivad mõjutada. Seega olid Haap Consultingu poolt läbi viidud uuringu fookuses pikaajalise hoolduse tuleviku arengustsenaariumid.

Sotsiaalkaitseminister Signe Riisalo ütles 26.03.2021 toimunud valitsusliikmete arutelul pikaajalise hoolduse süsteemi muudatuste kohta, et *„Sotsiaalministeerium on koostöös partneritega pikalt otsinud lahendusi hoolduskoormuse leevendamiseks, sest riigil tuleb teha tulevikku vaatavaid ja pikaajalise mõjuga otsuseid, kuna rahvastik vananeb ja tänane teenuste pakkumise korraldus ei ole enam jätkusuutlik.“* Signe Riisalo tõdes, et *„tulevikus suureneb veelgi nõudlus toetavate teenuste ja kvaliteetsete hooldusvõimaluste järele ning tõusmas on nii eakate kui erivajadusega inimeste arv.“*¹

Pikaajalise hoolduse valdkonnas on muutuste läbiviimise protsess keerukas, kuna tegemist ei ole ühe teenusprotsessi muutmisega, vaid pikaajaline hooldus kätkeb endas palju erinevaid abivajajate tervise ja isikuhooldusega seotud teenuseid. Sellest tulenevalt läheneti uuringu eesmärgile võimalikult laiahaardeliselt, kaasates erinevate valdkondade, asutuste ja ühingute eksperte, et mõista tervikpilti. Uuringu „Pikaajalise hoolduse tulevik“ eesmärk on kaardistada pikaajalise hoolduse hetkeolukord, mõista pikaajalise hoolduse vajadust ja korraldust mõjutavaid olulisemaid tulevikutrende ning analüüsida potentsiaalseid tulevikustsenaariumeid Eestis.

Uuringu lõppraportis antakse ülevaade metoodikast, Euroopa trendidest ja abivajadusest ning hoolduse korraldusest Eestis, riikide analüüsist Hollandi ja Saksamaa näitel ning ekspertintervjuude, fookusgruppide ja küsitluse tulemustest. Analüüsi baasil pakutakse välja erinevad tulevikustsenaariumid pikaajalise hoolduse võimalike suundade kohta. Käesolev töö keskendub peamiselt eakate pikaajalise hooldusega seotud väljakutsetele, kuid mõningal määral käsitleb ka abivajadusega inimeste hoolduse väljakutseid laiemalt.

Uuring koosneb neljast osast. Esimeses osas antakse ülevaade uuringu läbiviimiseks kasutatud metoodikast. Teine osa keskendub dokumendianalüüsi ja riikide analüüsi tulemustele. Aruande kolmandas osas analüüsitakse ekspertintervjuude, fookusgruppide ja üle-eestilise küsitluse tulemusi. Uuringu neljandas osas konstrueerib uuringumeeskond uuringus kogutud info baasil tulevikustsenaariumid milline võiks pikaajaline hooldus tulevikus Eestis välja näha. Raport lõpeb kokkuvõttega, milles esitatakse uuringu peamised tulemused

¹ Sotsiaalministeerium. 26.03.2021. Valitsus arutas pikaajalise hoolduse süsteemi muudatusi. www.sm.ee/et/uudised/valitsus-arutas-pikaajalise-hoolduse-susteemi-muudatusi (01.06.2021)

2. Metoodika

Uuringu läbiviimise aluseks on Arenguseire Keskuse poolt kinnitatud uurimisküsimused. Uurimisküsimustele vastamiseks kasutati peamiste meetoditena dokumendianalüüsi, ekspertintervjuusid (kokku viis) ning lisaks viidi läbi kaks fookusgruppi (erasektori ühingute ja riigisektori esindajatega). Dokumendianalüüsi, ekspertintervjuude ja fookusgruppide sisendi baasil viidi läbi üle-eestiline küsitlus, misjärel konstrueeriti pikaajalise hoolduse arengustsenaariumid.

Uuringu aluseks olevad uurimisküsimused jagunesid kolme kategooriasse:

1. Abivajadus

- a. Kui palju on tänasel päeval abivajajaid ja millistel põhjustel (nt diagnoosigrupid, sotsiaalne taust) nad abi vajavad?
- b. Kui suures ulatuses ning millist abi nad vajavad?

2. Abi korraldus

- a. Milline abi (kui suures ulatuses ja millise kvaliteediga) on praegu kättesaadav?
- b. Millist abi võiksid abivajajad saada teiste riikide kogemusi arvestades?
- c. Kui palju sellise abi pakkumine maksaks?

3. Eelistused

- a. Millised on inimeste praegused eelistused abi korralduse osas ja milliseid väärtusi nad hindavad (nii noored, keskealised kui vanemad inimesed)?

Nende kolme kategooria baasil koostati täiendavad uurimisküsimused, mis käsitlesid hoolduse vajadust kogu inimese elukaare ulatuses, seda nii üksikisiku kui kogu ühiskonna seisukohast lähtuvalt. Täiendavad uurimisküsimused on välja toodud lisas 10.1.

Uuringu käigus viidi läbi dokumendianalüüs hetkeolukorra kaardistamiseks. Kaardistamise eesmärk oli koguda kokku asjakohane info, mis aitaks vaadelda pikaajalise hoolduse läbivaid teemasid laiemas kontekstis. Meetodina kasutati dokumendianalüüsi, andmete kogumist internetiallikatest ja kirjanduse ülevaadet.

Teiste riikide pikaajalise hoolduse ja praktikate kaardistamiseks viidi läbi riikide analüüs. Näidetena käsitleti Hollandit ja Saksamaad, mis valiti uuringusse koostöös Arenguseire Keskusega. Mõlemal riigil on pikaajaline hoolduse korraldamise kogemus ning Hollandi ja Saksamaa hooldusvaldkonna arengut mõtestades on võimalik paremini mõista ka Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi väljavaateid.

Peale dokumendianalüüsi ja riikide analüüsi teostamist viis Haap Consulting läbi viis ekspertintervjuud spetsialistidega, kes on olnud tänu oma tööle pikaajalise hoolduse valdkonnaga igapäevaselt seotud. Ekspertintervjuudes osalesid Maire Koppel (Eesti Sotsiaalasutuse Juhtide Nõukoda, juhatuse esimees),

Häli Tarum (Tartu Ülikool), Ruth Kalda (Tartu Ülikooli Peremeditsiini ja Rahvatervishoiu Instituut), Tiina Tambaum (Tallinna Ülikooli Eesti demograafia keskus) ning Jaana Sepp (Tallinna Tervishoiu Kõrgkool).

Paralleelselt ekspertintervjuudega viidi läbi kaks fookusgrupi intervjuud. Esimesse fookusgruppi valiti riigisektori esindajad, et kaasata uuringusse inimesi, kes tegelevad pikaajalise hoolduse korraldamise valdkonnaga avalikus sektoris. Esimeses fookusgrupi intervjuus osalesid: Evelyn Hallika (Sotsiaalkindlustusameti kohaliku omavalitsuse nõustamistalitus), Mart Kull (Viljandi haigla), Raimo Saadi (Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet) ja Merle Liivak (Tartu Linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakond).

Teine fookusgrupi intervjuu viidi läbi pikaajalise hoolduse valdkonnas tegutsevate ja valdkonnaga seotud erasektori ühingutega. Ühingute esindajad valiti teise fookusgruppi, et jõuda inimesteni, kes puutuvad abivajajatega igapäevaselt kokku ning kel on hoolduse korralduse ning teenuste pakkumise kogemus. Teises fookusgrupi intervjuus osalesid: Kai Saks (Tartu Ülikooli Kliinikum), Anneli Habicht (Eesti Puuetega Inimeste Koda), Ivar Paimre (MTÜ Eesti Omastehooldus) ja Kristina Amor (Helpific MTÜ).

Ekspertintervjuude ja fookusgruppide läbiviimise eesmärk oli analüüsida Eesti pikaajalise hoolduse korralduse võimalikke arengustsenaariumeid ja potentsiaalseid rahastusviise. Ekspertintervjuu kava on välja toodud lisas 10.2, riigisektori esindajate fookusgrupi intervjuu kava lisas 10.3 ning erasektori ühingute intervjuu kava lisas 10.4.

Ekspertintervjuude ja fookusgruppide maksimaalseks kestvuseks oli 1,5 tundi ning need korraldati Zoomi videokeskonna vahendusel.

Dokumendianalüüsi, riikide analüüsi, ekspertintervjuude ja fookusgrupi intervjuude baasil koostati küsitluse küsimustik, mis on välja toodud lisas 10.5. Tegemist oli üleriigilise küsitlusega, valimiga 1050 inimest. Küsitluse viis läbi Norstat Eesti AS. Küsitluse koostamisel võeti arvesse, et uuritavad jaotuksid järgmisesse nelja vanusegruppi:

1. Noorte vanusegrupp (20-34);
2. Keskealiste vanusegrupp (35-49);
3. Vanemaealiste vanusegrupp (50-64);
4. Vanemaealiste vanusegrupp (65-70).

Vanusegruppidesse jaotamise eesmärgiks oli mõista, kas eri põlvkonnad tajuvad erinevalt pikaajalise hooldusega seotud probleeme ja väljakutseid. Küsitluse läbiviimisel kasutati veebipaneeli. Veebipaneeli värbamise ja haldamise protsesside aluseks on Norstat AS-il kvaliteedistandardid ISO 9001 ja ISO 20252:2019.

Teostatud kvalitatiivse ja kvantitatiivse analüüsi baasil koostas uuringu meeskond Eesti pikaajalise hoolduse potentsiaalsed arengustsenaariumid.

3. Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüsi eesmärk on analüüsida pikaajalise hoolduse tausta, mõistmaks nii praegust olukorda kui võimalikke tulevasi trende hoolduse valdkonnas Eestis. Analüüsi osana antakse ülevaade Euroopa pikaajalise hoolduse trendidest ning Eestiga seonduvatest hoolekande aspektidest.

3.1. Trendid Euroopas

Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni juures tegutsev Maailma Terviseorganisatsioon nimetab käesolevat kümnendit (2020-2030) „tervena vananemise kümnendiks“, kus põhifookus lasub neljal tegevusvaldkonnal.² Valdkonnad on välja toodud alljärgnevalt.³

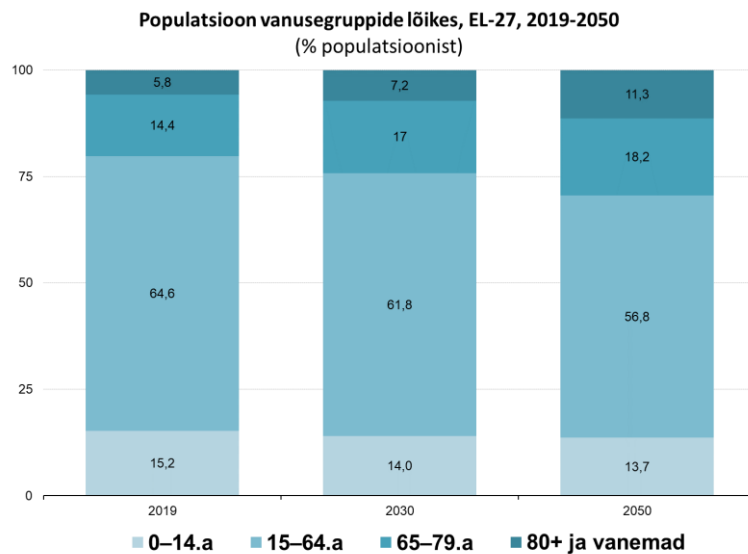
- 1) Vanusesurvega võitlemine – negatiivne suhtumine eakatesse inimestesse on ühiskondades levinud ning selle muutmiseks on vähe ette võetud. Tegevusvaldkonna eesmärk on ümber lükata vananemisega seotud negatiivseid stereotüüpe, eelarvamusi ja vähendada diskrimineerimist eakate seas. Ülemaailmselt soovitakse luua positiivsem ja realistlikum arusaam vanusest ja vananemisest.
- 2) Vanusesõbralikud keskkonnad – füüsiline, sotsiaalne ja majanduslik keskkond, nii maapiirkondades kui ka linnas, mõjutavad oluliselt vananemise kogemust. Tuleb kaotada füüsilised ja sotsiaalsed barjäärid, rakendada poliitilisi otsuseid, teenuseid ja tehnoloogiat, mis edendavad füüsilist ja vaimset võimekust, seda ka siis, kui inimese võimekus langeb. Selleks tuleb eakatele tagada neile sobivad keskkonnad, kus nad tunnevad end kaitstult, väärtustatult ja kaasatult, pidades silmas ka seda, kus eakas ise soovib olla.
- 3) Integreeritud hooldus – paljud tervishoiusüsteemid ei ole võimelised pakkuma eakatele inimestele kvaliteetset tervishoiuteenust, mis tagaks pikaajalise jätkusuutliku hoolduse. Heaolu suurendamiseks tuleb tugevdada esmatasandi tervishoidu, et pakkuda eakatele kättesaadavat, taskukohast, õiglast, turvalist ja kogukonnapõhist hooldust. See eeldab täiendavat tööjõu kaasamist, asjakohaseid õigusakte ja regulatsioone ning piisavat jätkusuutlikku rahastamist.
- 4) Pikaajaline hooldus – igal riigil peab olema toimiv ja terviklik süsteem, mis vastaks vanemate inimeste pikaajalise hoolduse vajadustele. Eesmärk on tagada juurdepääs taastusravile, teenustele, abitehnoloogiatele, toetavale ja kaasavale keskkonnale. Kvaliteetne pikaajaline hooldus on inimese jaoks hädavajalik, et säilitada tema funktsionaalsed võimed, mis võimaldavad elada väärikalt ning annavad talle elu mõtte.

Euroopa Liidus (EL) on elanikkonna vananemine keskmises ja pikas perspektiivis üks olulisim väljakutse, millega kõik liikmesriigid silmitsi seisavad. Euroopa Komisjoni hinnangul seisab järgmistel kümnenditel EL silmitsi eelkõige suurte demograafiliste muutustega – inimesed elavad tänu tervislikule eluviisile kauem, kuid sündide arv ühiskonnas langeb.⁴

² Maailma Tervishoiuorganisatsioon. UN decade of Healthy ageing 2021-2030. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> (10.09.2021)

³ The Platform - Decade of Healthy Ageing. What is the UN Decade of Healthy Ageing?. www.decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade (09.09.2021)

⁴ Euroopa Komisjon. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Lk 4. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c12c65f9-c6b6-11e8-9424-01aa75ed71a1/language-en> (03.05.2021)



Joonis 1. Euroopa Liidu populatsioon vanusegruppide lõikes (Allikas: Eurostat⁵).

Eurostati prognoosidele tuginedes (Joonis 1) suurenevad populatsiooni lõikes eelkõige 65-79 ning 80+ ja vanusegrupid. Aastaks 2050 kasvab 80+ vanusegrupi osakaal rahvastikus võrreldes 2019. aastaga peaaegu kaks korda.⁶ Euroopa Liidu ja Eesti vanusegrupi osakaalud ja prognoosid sarnanevad, kuid erinevust on märgata väga eakate (80+) osakaalus, mis kasvab kiiremini kui EL-i keskmine (Tabel 1).

Tabel 1. Vanusegrupi osakaal (%) populatsioonist (Allikas: Euroopa Komisjon⁷).

Vanusegrupp	Eesti					Euroopa Liit				
	muutus 2019-2070	2019	2030	2050	2070	muutus 2019-2070	2019	2030	2050	2070
Noored (0-19a)	-2,8%	21,1	19,8	18,8	18,2	-1,9%	20,3	19,2	18,5	18,5
Töoealised (20-64a)	-7,7%	59	56,9	52,8	51,3	-8%	59,3	56,5	52	51,2
Eakad (65-79a)	10,5%	19,9	23,3	28,4	30,5	9,9%	20,4	24,4	29,6	30,3
Väga eakad (80+a)	8,1%	5,7	6,8	10	13,9	7,3%	5,9	7,3	11,4	13,2
80+ aastaste osakaal tervest eakate populatsioonist	16,7%	28,8	29,4	35,3	45,6	14,7%	28,8	29,9	38,6	43,5

⁵ Eurostat. 2020. Population structure and ageing. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase (03.05.2021)

⁶ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 290/363. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

⁷ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 290/363. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

Kuigi liikmesriikidel seisavad ees sarnased rahvastiku vananemisest tulenevad väljakutsed, puudub ühtne arusaam, milliseid muutusi peaks lähiajal sotsiaalsüsteemis ellu viima. Sotsiaalpoliitika on peamiselt liikmesriikide vastutusvaldkond, sellest tulenevalt puudub EL-is ühtne kindel pikaajalise hoolduse korraldus. Siiski on EL-is ühtselt kokku lepitud Euroopa sotsiaalõiguste samba kahekümnes põhimõtte, mis keskenduvad õiglase, kaasava ja võimalusterohkema Euroopa tagamisele. Pikaajalise hooldusega seondub 18. põhimõte – „Igaühel on õigus kvaliteetsetele ja taskukohastele pikaajalise hoolduse teenustele, kaasa arvatud kodus osutatavad ja kogukonnapõhised teenused.“⁸

ELi liikmesriikides erineb pikaajaline hooldus suurel määral ning seda järgnevate tunnuste poolest.

- Korralduslikult – pikaajalist hooldust pakutakse peamiselt kas:
 - a) avaliku sektori poolt;
 - b) erasektori või valitsusväliste organisatsioonide poolt.
- Pakkumiselt – koduhooldus versus institutsionaalne hooldus.
- Finantseerimiselt – pikaajalise hoolduse finantseerimiseks on kasutusel:
 - a) rahalised erihüvitised;
 - b) mitterahalised hüvitised;
 - c) omafinantseering.
- Rahastamise mudelitelt – riikides on levinud hoolduse rahastuse tagamiseks maksustamine (üldised maksud st riigi ning kohaliku omavalitsuse (KOV-i) eelarve), kohustuslik sotsiaalkindlustus ja vabatahtlik erakindlustus.
- Hooldamiselt – osa pikaajalisest hooldusest osutavad mitteformaalsed hooldajad ehk pereliikmed. Liikmesriikide erinevus seisneb selles, kuidas mitteformaalset hooldust formaalsete ja avalike teenuste kaudu toetatakse.⁹

Pikaajalise hoolduse valdkonnas on EL-is liikmesriikidel sarnased väljakutsed, mis puudutavad teenuste eri tahke.

- Juurdepääs ja teenuste piisavus – probleem seisneb avalikult rahastatud pikaajalise hoolduse teenuste väheses arendamises. Samuti on väljakutseks formaalse ja mitteformaalse hoolduse vähene seotus.
- Kvaliteedi tagamine – demograafiliste muutuste tõttu suurenevad pinged hoolduse mahu ja kvaliteedi tagamisel.

⁸ Euroopa Komisjon. Euroopa sotsiaalõiguste samba 20 põhimõtet. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_et (19.05.2020)

⁹ Euroopa Komisjon. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Lk 4. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c12c65f9-c6b6-11e8-9424-01aa75ed71a1/language-en> (03.05.2021)

- Tööjõu probleem – probleem puudutab eelkõige naisi, kes on peamised mitteformaalse hoolduse pakkujad.
- Finantsiline jätkusuutlikkus – väljakutse seisneb jätkuvas populatsiooni vananemises, mis nõuab suuremaid riiklikke kulutusi.¹⁰

Euroopa Vananemise Võrgustik toob esile, et seoses ühiskonna vananemisega kasvab eakate arv, kellel on kroonilised haigused ning paljudel juhtudel ka mitmed kaasuvad haigused. Tänu kasvavale elueale elavad inimesed suurema osa oma elust kroonilise haigusega, mis tähendab ka suurenevaid kulutusi raviks.¹¹ Eurostatile tuginedes on juba praegu EL-is peaaegu pooltel 65-aastastest või vanematest inimestest erivajadus või pikaajaline tegevuspiirang ning ühiskonna vananedes nende osakaal suureneb. Kasvav erivajadustega inimeste arv avaldab otsest mõju pikaajalise hoolekande kuludele, mis kasvavad kiiremini kui kulutused tervishoiule ja pensionitele.¹² Erivajadus ei tähenda alati vajadust pikaajalise hoolduse järgi, kuid osa nendest vajavad pikaajalise hoolduse teenust.

Euroopa sotsiaalpoliitika võrgustiku raport toob esile suureneva vajaduse formaalse hoolduse järele, kuna:

1. mitteformaalsete hooldajate arv väheneb ühiskonnas muutuvate peremudelite tõttu (toimub üheliikmeliste leibkondade kasv);
2. peamiste hooldajate ehk naiste osalemine tööturul suureneb;
3. tööjõu mobiilsus suureneb;
4. keskmine pensioniiga tõuseb.¹³

Raport soovib, et formaalse hoolduse, eelkõige koduhoolduse ja kodusid meenutavate hoolekandetasutuste väljaarendamine peaks olema riikide prioriteediks. Tulevikus peavad riigid vältima poliitikakujundamist, mis vähendab institutsionaalse hoolduse osakaalu, kuid ei paku samal ajal selle asemele piisavas mahus koduteenuseid. Tööjõu tagamiseks tuleb riikidel pöörata täiendavat tähelepanu koduturul töötavate migrantide staatustele, kvalifikatsioonile ja töötingimustele.¹⁴

Euroopa Komisjoni hinnangul on perioodil 2020-2030 Euroopas potentsiaali vähemalt kaheksa miljoni uue töökoha tekkeks tervishoiu- ja sotsiaalsektori hoolduse valdkonnas. Tööjõuvajaduse kasvule Euroopas viitab asjaolu, et mitteformaalses hoolduses ainult lähedastele või pereliikmetele toetumine

¹⁰ Euroopa Komisjon. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Lk 5. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c12c65f9-c6b6-11e8-9424-01aa75ed71a1/language-en> (03.05.2021)

¹¹ European Ageing Network. 2019. Long-term care 2030. Lk 30/36. https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf (05.05.2021)

¹² Eurostat. 2019. Disability statistics- elderly needs for help or assistance. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance (05.05.2021)

¹³ Euroopa Komisjon. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Lk 4. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c12c65f9-c6b6-11e8-9424-01aa75ed71a1/language-en> (03.05.2021)

¹⁴ Euroopa Komisjon. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Lk 10-11. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c12c65f9-c6b6-11e8-9424-01aa75ed71a1/language-en> (03.05.2021)

pole enam jätkusuutlik ja vaja on abistavaid formaalseid hooldajaid.¹⁵ Kui 2019. aastal oli EL-is pikaajalise hoolduse saajaid (institutsionaalse ja koduhoolduse saajaid ning rahaliste hüvitiste saajaid) 21,5 miljonit, siis 2030. aastaks prognoositakse selle arvu kasvu 25,5 miljonini ja 2050. aastaks tõuseb see 32,5 miljoni inimeseni.¹⁶ Ühe lahendusena tööjõu nappusele nähakse EL-i piiriülest mobiilsust, mille abil suudaksid liikmesriigid korvata hooldusteenuste osutamise puudujääke. 2018. a moodustasid ligikaudu 5% riiklikest hoolekandetöötajatest inimesed, kes töötasid väljaspool enda EL-i koduriiki, immigrandid aga moodustasid tööjõust 9,1%.¹⁷ Euroopa Komisjoni hinnangul aitab tulevikus välismaa tervishoiu- ja hooldustöötajate integreerimine rahvusvahelisse tööjõuturgu tõsta tervise- ja hooldussektori produktiivsust. Selleks tuleks riikidel tagada võõrtöölisele, iseäranis isiklikele abistajatele tööturul suurem kindlustunne ehk astuda samme selles suunas, et hooldajad saaksid töötada täistööajaga tähtajatu töölepingu alusel.¹⁸

Vananeva Euroopa demograafilised trendid toovad kaasa muutused hooldussektoris, kus igapäevategevuste toetamine vajab uudseid tehnoloogilisi lahendusi (abistav tehnoloogia, targad kodud jt) ja kasvab vajadus kohanduda uute mobiilsuse tagamise võimalustega. Tulevikus aitavad automatiseerimine ja digitaliseerimine hoida eakaid mobiilsetena, mis on väljakutseks eelkõige maapiirkondades. Ühistranspordi korraldust silmas pidades lasub tulevikus fookus eelkõige naiste mobiilsuse vajaduste tagamisel, kuna nemad jäävad eakate populatsioonis domineerivaks.¹⁹

Sobivate transpordivõimaluste kättesaadavus ja erivajadustega inimestele sobiv keskkond aitab tulevikus inimestel võimalikult kaua kodus elada. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) toob esile, et vanemad inimesed eelistavad kodus elada võimalikult kaua, kuna paljudel juhtudel on hooldajaks nende partner või pereliige. Samal ajal tuuakse esile, et paljudes Euroopa riikides on olnud edulooks kogukonnapõhine hooldus, mille tulemusena on vähenenud hooldekodudesse minevate inimeste arv.²⁰

Selleks, et inimesed saaksid võimalikult kaua kodus elada, tuleks Vangleerberghe jt (2017) arvates välja töötada kvaliteedihindamise instrument, mille põhjal vanemate inimeste elukvaliteeti kodus hinnata ja selle põhjal otsustada sekkumisvajadus. Kodus vananemist peetakse odavamaks kui hooldekodu

¹⁵ Euroopa Komisjon. 2021. Green Paper on Ageing- Fostering solidarity and responsibility between generations. Lk 16. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1/language-en> (11.05.2021)

¹⁶ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 365. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

¹⁷ European Ageing Network. 2019. Long-term care 2030. Lk 16. https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf (05.05.2021)

¹⁸ Euroopa Komisjon. 2018. Health and long-term care workforce. Lk 53-54. ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/23-02-2021_health_and_longterm_care_workforce_online.pdf (08.05.2021)

¹⁹ European Ageing Network. 2019. Long-term care 2030. Lk 18. https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf (05.04.2021)

²⁰ Maailma Terviseorganisatsioon. 2017. Age-friendly environments in Europe A handbook of domains for policy action. Lk 109. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334251/9789289052887-eng.pdf> (05.05.2021)

ning eakal on kodus võimalik säilitada autonoomsus ja inimsuhted. Lisaks tunnevad eakad tihti oma koduga lähedast sidet ning kodu kaudu ollakse seotud ka sõprade ja sugulastega. Negatiivses mõttes võib kodu muutuda nõ vanglaks, kuna eakas ei suuda enam teatud hetkel igapäevatoimingutega toime tulla. Eaka meeleolu võivad mõjutavad negatiivselt ka välised faktorid nagu vähene abistamine ja teenuste kättesaadavus, ebasobiv naabruskond, eaka vajadustele kohandamata elukoht ja väike suhtlusvõrgustik. Sellest tulenevalt on oluline luua inimestele kodus, nende senises kogukonnas sobilik keskkond, mis tagaks väärrika vananemise.²¹

WHO näeb kogukonnapõhist hooldust ühe lahendusena, kus läbi formaalse koduhoolduse ja mitteformaalse hoolduse toetamise saab muuta süsteemi peredele ja abivajajate lähedastele jätkusuutlikumaks. Selleks tuleb avaliku rahastuse kaudu luua mitteformaalsetele hooldajatele põhipakett, mis sisaldaks abistavaid põhiteenuseid (näiteks enesehooldus). Olulise meetmena nähakse vanemate inimeste teavitamist, nende harimist enesehoolduses ja mitteformaalsete hooldajate täiendavat koolitamist. Mitteformaalsete hooldajate töö peab olema tasustatud, kuna kogu protsess võib neile kaasa tuua majanduslikke piiranguid ja vaimse või füüsilise tervise halvenemise. Eriti oluline on WHO hinnangul pakkuda psühholoogia-alast koolitust (nt informatsiooni ja õppematerjale) neile mitteformaalsetele hooldajatele, kelle lähedased on saanud dementsuse diagnoosi, et nad saaksid selle haiguse käitumuslike sümptomitega paremini toime tulla. WHO hinnangul tuleb pakkuda psühholoogilist tuge ja nõustamist kõikidele mitteformaalsetele hooldajatele, iseäranis neile, kellel ilmneb depressioon.²²

„Dementsus Euroopas 2019“ aastaraamatu hinnangul suureneb dementsusega inimeste osakaal ühiskonnas märkimisväärselt. 2018. a oli hinnanguline dementsusega inimeste osakaal EL-i rahvastikus (alates 30. eluaastast) 8,86 miljonit, millest 6,06 miljonit moodustasid naised. Dementsussündroomiga inimeste osakaal on kõige suurem just eakate vanusegruppides alates 70. eluaastast. 2050. aastaks suureneb hinnanguliselt dementsusega inimeste koguarv ühiskonnas praegusega võrreldes peaaegu kaks korda. Abivajajatest suurima osa – ligikaudu 2/3 dementsusega inimeste koguarvust – moodustavad tulevikus naised (Tabel 2).²³ Dementsussündroomi kasv Euroopas toob kaasa ka suureneva vajaduse lisakulutusteks ning prognoosi kohaselt ületavad kulutused 2030. aastal 250 miljardi euro piiri.²⁴

²¹ Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R.L. and Verté, D., 2017. The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26(11), Lk .2899-2907.

²² Maailma Terviseorganisatsioon. 2017. Age-friendly environments in Europe A handbook of domains for policy action. Lk 111-112. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334251/9789289052887-eng.pdf> (05.05.2021)

²³ Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe. Lk 92-94, <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (05.05.2021)

²⁴ European Ageing Network. (2019). Long-term care 2030. https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf (05.05.2021)

Tabel 2. Dementsus Euroopa Liidus (Allikas: Dementia in Europe 2019 Yearbook²⁵).

Aasta	Kogu populatsioon	Kogu populatsioon (30-90+)	Mehed dementsusega	Naised dementsusega	Dementsete koguarv (EL)	Dementsete osakaal rahvastikust (%)
2018	512 365 871	345 430 634	2 821 643	6 063 458	8 885 101	1,73%
2025	513 568 940	354 641 491	3 388 336	6 895 569	10 283 905	2%
2050	496 794 749	353 605 690	5 671 835	10 604 236	16 276 070	3,28%

Tuleviku trendid Euroopas

1. 2020-2030 on Maailma Terviseorganisatsiooni poolt kuulutatud „Tervena vananemise kümnendiks“, mille põhifookuses on neli tegevusvaldkonda: vanusesurvega võitlemine, vanusesõbralikud keskkonnad, integreeritud hooldus ja pikaajaline hooldus.
2. Euroopa Liidu populatsiooni lõikes kasvab eelkõige 65–79-aastaste ja 80+ vanuses inimeste osakaal. 2050. aastaks kasvab 80+ vanusegrupp võrreldes 2019. aastaga peaaegu kaks korda.
3. Kõikidel Euroopa Liidu riikidel seisavad pikaajalises hoolduses ees sarnased väljakutsed: tagada piisav teenuste hulk, kvaliteet ja juurdepääs teenustele, piisav tööjõud ning finantsiline jätkusuutlikkus
4. Formaalse hoolduse vajadus suureneb, kuna peremudelid muutuvad (kasvab üheliikmeliste leibkondade osakaal), suureneb peamiste hooldajate ehk naiste osalus tööturul, suureneb tööjõu mobiilsus ning tõuseb keskmine pensioniiga.
5. Euroopa Komisjoni hinnangul on vahemikus 2020-2030 Euroopas tervishoiu- ja sotsiaalsektori hoolduse valdkonnas potentsiaali vähemalt kaheksa miljoni uue töökoha tekkeks.
6. Euroopa Komisjoni hinnangul aitab välismaalastest tervishoiu- ja hooldustöötajate integreerimine rahvusvahelisse tööjõuturгу tõsta tervise- ja hooldussektori produktiivsust.
7. Eakate mobiilsust, mis on suuremaks väljakutseks eelkõige maapiirkondades, aitavad tulevikus tõsta automatiseerimine ja digitaliseerimine.
8. 2050. aastaks suureneb hinnanguliselt dementsusega inimeste koguarv ühiskonnas praegusega võrreldes peaaegu kaks korda.

3.2. Abivajadus Eestis

Eesti tulevased demograafilised trendid sarnanevad Euroopa üldiste trendidega – rahvastik vananeb ja abivajadus suureneb. „Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020“ andmetel oli 51% elanikest enda hinnangul mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem. Eestis oli 2020. aastal üle 16-aastaste seas 145 045 puudega inimest, mis moodustab sellest vanusegrupist 13,2%.²⁶ Aastaks 2030 prognoositakse Eestis puudega inimeste arvuks 158 000 ja 2050. aastaks 170 000.²⁷ Võrreldes Euroopa Liiduga pole Eestis institutsionaalse ja koduhoolduse ning rahaliste

²⁵ Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe. Lk 92-94, <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (05.05.2021)

²⁶ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 123.

²⁷ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report. Lk 293. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (17.07.2021)

toetuste saajate kasv nii suur. Eesti puhul kasvab arvuliselt kõige enam koduhoolduse saajate hulk, 2070. aastaks on koduhoolduse saajaid 36 000 inimese võrra rohkem (Tabel 3).

Tabel 3. Puudega inimeste arvu prognoos (tuhandetes) koos jaotusega (Allikas: Euroopa Komisjon²⁸)

	Eesti					Euroopa Liit				
	muutus 2019-2070 (%)	2019	2030	2050	2070	muutus 2019-2070 (%)	2019	2030	2050	2070
Puudega inimeste arv (tuhat)	18%	147	158	170	174	19%	3448	3656	4 105	4 089
Institutsionaalse hoolduse saajad	38%	36	40	46	50	61%	4483	5 106	6 696	7 205
Koduhoolduse saajad	33%	79	87	98	105	61%	6945	8 174	10 490	11 169
Rahaliste toetuste saajad	35%	11	13	14	15	68%	10227	12 301	15 417	17 158
Rahvaarv (miljon)	-0,1	1,3	1,3	1,3	1,2	-23,2	447	449	440	424

Pikaajalist hooldust vajavad Eestis peamiselt eakad, puudega ja erivajadustega tööealised inimesed, puudega lapsed ja samuti inimesed, kellel on haigusseisundi raskusest tulenevalt vajadus (pikaajalise) hoolduse järele, kuid kellel pole senini tuvastatud puuet.²⁹ Maailmapanga uuringu *Reducing the burden of care in Estonia* põhjal seisab Eesti silmitsi eakate osakaalu kasvuga ühiskonnas ning riigi suurimaks väljakutseks on välja arendada pikaajalise hoolduse süsteem, mis vastab eakate rahvastikuosa vajadustele.³⁰ Euroopa Komisjoni rahvastikuprognoosi põhjal on 2030. aastal Eesti rahvastiku suuruseks 1,3 miljonit, 2050. aastal 1,3 miljonit ja 2070. aastal 1,2 miljonit inimest.³¹ Statistikaameti (2020) andmete põhjal on viimase viie aastaga Eesti rahvaarv kasvanud ligi 16 000 inimese võrra tänu positiivsele rändesaldole ja suuremale sündimusele, kuid tööealine elanikkond vanuses 20-64 on samavõrra vähenenud.³²

Maailmapanga uuringu põhjal pole nõudlus pikaajalise hoolduse teenuse järele seotud ainult eakate kasvava osakaaluga populatsioonist, vaid on samal ajal otseselt seoses „tervena vananemise“

²⁸ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 293/365.
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

²⁹ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 3.
https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c (04.05.2021)

³⁰ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 4.

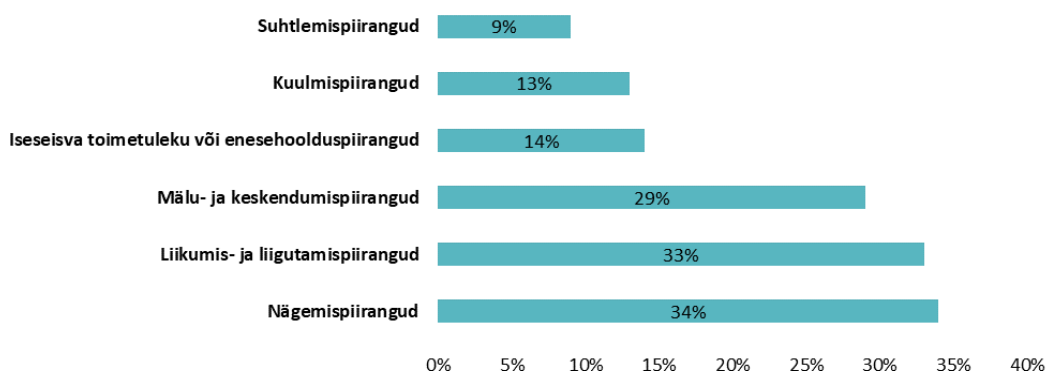
³¹ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report. Lk 191. ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip142_en.pdf (11.05.2021)

³² Statistikaamet. 2020. Rahvastiku vananemine ei lase rahvaarvu kasvust rõõmu tunda.
<https://www.stat.ee/et/uudised/2020/05/13/rahvastiku-vananemine-ei-lase-rahvaarvu-kasvust-roomu-tunda> (05.05.2021)

protsessiga, kus abivajadust mõjutab suuresti ka erivajadustega inimeste osakaal vanemates vanusegruppides. Nõudlus abivajaduse järele on kõrgem üle 65-aastaste indiviidide seas, kes vajavad abi igapäevaelu toimingutes.³³ Võrreldes eakate vanusegrupiga ei nähta alla 65-aastaste seas nii kiiret hooldusteenuste vajaduse kasvu. Siiski esineb Eestis kõikide vanusegruppide seas Euroopa keskmisega võrreldes rohkem igapäevategevusi takistavaid piiranguid.³⁴

Näiteks esineb Eestis 65+ vanusegrupis EL-i keskmisega võrreldes rohkem liikumispiiranguid ning kõrgemat kehamassiindeksit.³⁵ Turu-Uuringute ASi poolt 2020. aastal läbiviidud küsitluse kohaselt on viimase 30 päeva jooksul tundnud liikumis- ja liigutamispriiranguid 33% elanikest (mis on 95% tõenäosusega 342 100-382 400 inimest).³⁶ Lisaks on Eesti eakatel võrreldes EL-iga suuremad probleemid vaimse tervise ja kognitiivsete võimetega.³⁷ Eestis esineb Turu-Uuringute AS-i uuringu põhjal hinnanguliselt 29% elanikkonnal vaimsete võimete piiranguid ning mälu- ja keskendumishäireid³⁸ (Joonis 2).

Valdkondlike tegevuspiirangute kogemine (Turu-Uuringute AS "Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring")



Joonis 2. Turu-Uuringute AS poolt läbi viidud uuringu tulemused seoses valdkondlike tegevuspiirangutega.³⁹

Abivajaduse kasvule viitab pensionäride (üle 65-aastaste isikute) suurenev arv ühiskonnas, mis kasvas 296 000 (2011) pealt 301 000-ni (2016) ning kellest iga viies vajab hooldust. Lisaks toob Maailmapanga

³³ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 6-7.

³⁴ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 15.

³⁵ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 17.

³⁶ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 30/123.

³⁷ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 9.

³⁸ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 124.

³⁹ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 123-124.

uuring esile vanemaealiste kõrge vaesusriski, kui välja jätta sotsiaalabitoetused ja pensionid. Ilma nende sissetulekuallikateta on vaesusriskis 84% eakatest (2010-2015).⁴⁰ Vähem haritud ja maapiirkonnas elavad inimesed on võrreldes linnas elavate eakatega vaesemad ning nende seas on suurem tõenäosus piirangute esinemiseks igapäevategevustes, millest tuleneb ka kõrgem nõudlus hoolduse järele.⁴¹

Turu-Uuringute AS-i uuringust lähtudes kasutab lähedaste-tuttavate kõrvalabi hinnanguliselt 160 900-190 500 inimest, ametlikke teenuseid kasutab 17 000-29 000 inimest ning täiendavat abi teenuste kujul vajaks 56 000-76 000 inimest.⁴² Sellest lähtudes kasutab ametlikke teenuseid oletatavalt vähemalt iga kümnes abivajaja. Turu-Uuringute AS uuringu põhjal eelistatakse lähedaste-tuttavate abi sagedamini kui ametlikke teenuseid. Lähedaste/tuttavate abi peetakse oluliseks eelkõige hügieenitoimingute ning eluruumides igapäevaste toimingute tegemisel ja asjade meelepidamisel või keskendumisel. Lähedaste pakutava abi eelistamisel on oluliseks teguriks emotsionaalne side, harjumuse puudumine või vähesest teadlikkusest ning kokkupuutest tulenev skepsis. Ametlikke teenuseid eelistati eelkõige seoses tervisetoomingutega, mida tõi esile kolmandik tegevuspiirangutega inimestest.⁴³

Võrreldes eestlastega eelistavad mitte-eestlased sagedamini mitteformaalset abi, v.a regulaarsete tervisetoomingute osas. Eelistuste puhul kerkivad esile madalama sissetulekuga rühmad, kes valiksid keskmisest rohkem lähedaste-tuttavate kõrvalabi. Lähedaste-tuttavate kõrvalabi eelistatakse keskmiselt rohkem tõsiste liikumispiirangutega ja iseseisva toimetulekupiirangutega inimeste seas.⁴⁴

Tuginedes praegusele abivajadusele ja tulevikuprognosidele, siis kõige enam suureneb koduhoolduse maht ning eelkõige abivajadus lihtsamate igapäevatoimingute järele. Koduhoolduse suurenevale vajadusele viitab asjaolu, et Eestis kasutab kõrvalist abi (lähedased ja tuttavad) hinnanguliselt 160 900-190 500 inimest. Ka lähedased ja tuttavad vananevad ning võivad tulevikus ise abi vajada või osalevad hoopis tööturul ega saa enam hooldada. Sellele viitab ka prognoositav vanemaealiste osaluse suurenemine tööturul (Tabel 4), mis on Eestis tunduvalt kõrgem kui EL-i keskmine.

⁴⁰ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 11-12.

⁴¹ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 13.

⁴² Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 74.

⁴³ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 80.

⁴⁴ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 82.

Tabel 4. Tööturul osalemise määra prognoos vanusegruppide lõikes (Allikas: Euroopa Komisjon⁴⁵).

	Eesti					Euroopa Liit				
	muutus 2019- 2070	2019	2030	2050	2070	muutus 2019- 2070	2019	2030	2050	2070
Tööturul osalemine										
Tööealine populatsioon (20-64) (tuhat)	-171	783	744	662	612	-47 000	265 024	253 521	229 065	217 163
Noored (20-24a)	2,0%	72,3%	73,8%	74,2%	74,3%	1,7%	60,3%	60,9%	61,9%	62,0%
Keskealised (25-54a)	2,4%	87,8%	89,4%	90,2%	90,2%	0,8%	85,9%	86,4%	86,7%	86,7%
Vanemad tööealised (55-64a)	11,9%	75,7%	76,7%	83,0%	87,6%	9,6%	62,3%	68,6%	70,3%	71,9%
Väga eakad töölised (65-74a)	12,7%	28,1%	20,3%	28,4%	40,9%	10,1%	9,8%	14,9%	17,4%	19,9%

Võrreldes 2019. aastaga on 2050. aastaks lisandunud umbes 10 000 institutsionaalse ehk asutusepõhise hoolduse saajat. Suureneb nende abivajajate arv, kes vajavad spetsiifilist ja ööpäevaringset hooldust. Näiteks võib 2050. aastal olla Eestis hinnanguliselt 170 000 puudega inimest (Tabel 4), kellest 35 934 (Tabel 3) on dementsed. See tähendab, et igal viiendal puudega inimesel on dementsus, mis eeldab erivajadustest lähtuvat sekkumist.

Euroopa trendidele sarnaselt on Eestis dementsusega inimeste arv kasvamas. *Alzheimer Europe* aastaraamatu hinnangule tuginedes oli Eestis 2018. aastal dementsusega inimeste osakaal populatsioonist 1,74% ja 2050 ennustatakse selleks 3,06%. Dementsussündroomiga inimeste arv kasvab arvuliselt üle 60-aastaste vanusegruppides, kuid 85+ vanuses nende arv kahekordistub 2050. aastaks (Tabel 5). Praegu ja tulevikus võib ennustada, et suurema osa dementsusega inimestest moodustavad naised.⁴⁶

Tabel 5. Dementsus Eestis (Allikas: *Dementia in Europe 2019 Yearbook*⁴⁷).

Aasta	Kogu populatsioon	Kogu populatsioon (30-90+)	Mehed dementsusega	Naised dementsusega	Dementsete koguarv Eestis	Dementsete osakaal rahvastikust (%)
2018	1 319 133	883 758	5375	17 567	22 942	1,74%
2025	1 306 645	905 926	6464	19 752	26 216	2,01%
2050	1 158 412	820 278	10 905	24 486	35 394	3,06%

⁴⁵ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 290/363.
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

⁴⁶ Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe. Lk 36,
<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (05.05.2021)

⁴⁷ Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe. Lk 36-37,
<https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (05.05.2021)

Tuleviku abivajadus Eestis

1. Võrreldes 2019. aastaga kasvab 2070. aastaks puudega inimeste arv 18%, ulatudes hinnanguliselt 174 000 inimeseni.
2. Eestis kasvab arvuliselt kõige enam koduhoolduse saajate hulk: võrreldes 2019. aastaga on 2070. aastaks koduhoolduse saajaid 36 000 inimese võrra rohkem.
3. Nõudlus abivajaduse järele on kõrgem üle 65-aastaste seas, kes vajavad abi igapäevastes toimingutes. Võrreldes eakate vanusegrupiga ei prognoosita alla 65-aastaste seas nii kiiret hooldusteenuste vajaduse kasvu.
4. Vähem haritud ja maapiirkonnas elavad inimesed on võrreldes linnas elavate eakatega vaesemad ning nende seas on suurem tõenäosus piirangute esinemiseks igapäevategevustes, millest tuleneb ka kõrgem nõudlus hoolduse järele.
5. Turu-Uuringute AS-i uuringust lähtudes kasutab lähedaste-tuttavate kõrvalabi hinnanguliselt 160 900–190 500 inimest, kellest ametlikke teenuseid kasutab 17 000–29 000 inimest. Seega kasutab ametlikke teenuseid oletatavalt vähemalt iga kümnes abivajaja.
6. Vanemate tööealiste (55–64a) ja väga eakate tööealiste (65–74a) tööturul osalemise määr on Euroopa Liidu keskmisest märgatavalt kõrgem. Väga eakatest on tööturul 2070. aastal hõivatud 40,9% (EL-i prognoositav määr 19,9%).

3.3. Abi korraldus Eestis

Hoolduskoormuse rakkerühma lõppraport toob keskse probleemina esile Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi killustatuse. Teenuste planeerimine ja koordineerimine on puudulik nii sotsiaal- ja tervishoiusektori kui ka riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel.⁴⁸ Lisaks raskendab süsteemi toimimist vähene rahastus. Võrreldes teiste EL-i riikidega on Eesti kulutused pikaajalisele hooldusele madalad, moodustades ainult 0,6% SKT-st.⁴⁹ Lähtudes OECD statistika 2018. aasta andmetest, siis 0,6% SKT-st jaguneb järgmiselt – 0,3% on avaliku sektori kulutused ja 0,3% kulutustest jäävad leibkonna enda kanda (*household out-of-pocket payments*).⁵⁰ Inimesed osatavad lisaks teenuseid otse eratulult, mille kohta riigil ülevaadet ei ole. Ekspertide hinnangul vajaks Eesti pikaajalise hoolduse valdkond 150 miljoni eurost investeringut ja edaspidi täiendavat rahalist panustamist. See tõstaks avaliku sektori panuse 2-2,5%-ni SKT-st ja võimaldaks hooldussüsteemi efektiivsemaks muuta.⁵¹

Oma olemuselt on pikaajalise hoolduse süsteem Eestis formaalne ja/või mitteformaalne. Mõlemat tüüpi hooldust osutatakse paralleelselt ning need kas täiendavad või asendavad üksteist. Teenuseid

⁴⁸ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 4.

https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c (04.05.2021)

⁴⁹ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Estonia. Lk 4.

<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19845&langId=en> (03.05.2021)

⁵⁰ OECD. Statistics- Health expenditure and financing (Estonia). https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR# (01.06.2021)

⁵¹ Euroopa Komisjon. 2020. Peer Review on “Financing Long-Term Care”; Host Country Discussion Paper – Estonia; Developing a comprehensive long-term care system. Lk 11. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23051&langId=en> (19.07.2021)

pakub nii avalik- kui ka erasektor.⁵² Nende osutamine toimub nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna asutustes (haiglad ja sotsiaalhoolekandetasutused). Lisaks pakutakse teenuseid ka kodus (koduõendus, koduteenused jt). Peamiselt hooldavad abivajajaid formaalsed hooldajad (õed, hooldustöötajad) või mitteformaalsed hooldajad (lähedased, tuttavad).⁵³

Hoolduskoormuse rakkerühma raportist lähtudes puudub Eestis terviklik lähenemine inimressursi ja tööjõu küsimustele. Lisaks on senini tähelepanuta jäetud järjest suurenev vajadus isiklike abistajate, juhtumikorraldajate, tegevusjuhendajate, erivajadusega laste hoidjate ning hooldustöötajate järele.⁵⁴ Tööjõupuudus avaldab mõju ka teenuste kättesaadavusele. Hoolduskoormuse rakkerühma hinnangul on eakatele pakutavate kodupõhiste teenuste kättesaadavus viimastel aastatel vaevu laienenud, hoolimata sellest, et kodupõhiste teenuste ühikukulu on võrdlemisi madal. Sellest tulenevalt on suurenenud nõudlus üldhooldusteenuste järele.⁵⁵

OECD riikidest asub Eesti õdede koolitamise osas pingerea tagumises pooles – Eestis lõpetab õenduse erialal iga aasta 28 inimest 100 000 elaniku kohta, kuid näiteks Saksamaal 54, Hollandis 59 ja Šveitsis 108 inimest.⁵⁶ Uute õdede koolitus on vajalik ka seetõttu, et suure osa moodustavad kõrgemas vanuses töötajad, kes siirduvad lähiajal pensionile – SA Kutsekoja uuringust selgub, et õdede keskmine vanus on 45 aastat (15% on vanemad kui 60 aastat) ja hooldajate mediaanvanuseks on 50 aastat (30% on vanemad kui 60 aastat). Hooldustöötajate puhul eeldati, et perioodil 2016-2025 väljub tööjõuturult 2/3 vähemalt 55-aastastest hooldajatest ehk nimetatud perioodil vajab asendamist 30% hooldustöötajatest (187 inimest aastas).⁵⁷

Maailmapanga uuringule tuginedes osutavad Eestis mitteformaalset hooldust valdavalt pere ja tuttavad.⁵⁸ Koduhoolduses on kriitilisel kohal mitteformaalsete hooldajate koolitamine, kuna oskamatus ja ebapiisav hooldamine võib suurendada riski hooldekodusse sattumiseks.⁵⁹ Maailmapanga hinnangul on ligikaudu 60% pikaajalise sotsiaalhoolekande kasutajatest pensioniealised. 2014. aasta andmetel tuginedes kasutab kõigist pensioniealistest inimestest 11% vähemalt ühte pikaajalise hoolduse teenust.⁶⁰

⁵² Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 18.

⁵³ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 3.

⁵⁴ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 20.

⁵⁵ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 4.

⁵⁶ OECD Statistics. Health (Nursing graduates). <https://data.oecd.org/healthres/nursing-graduates.htm#indicator-chart> (19.07.2021)

⁵⁷ SA Kutsekoda. 2017. Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid. LK 49; 68-70. https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktkest.pdf (21.07.2021)

⁵⁸ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 30.

⁵⁹ Pölluste, K., Marcinowicz, L., & Chlabicz, S. 2016. Is home care an issue for primary health care? Expert views from Poland and Estonia. Family Medicine & Primary Care Review, (4), 458.

⁶⁰ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 36.

Eestis on senini kitsaskohaks lastele pikaajalise hoolduse pakkumine. 2021. aasta märtsi seisuga oli Eestis 8825 puudega last (0-16a), kellest 5229 raske ja 560 sügava puudega.⁶¹ Hoolduskoormuse rakkerühma raport viitab probleemile, et sügava puudega ja ravimatult haigete lamavate laste hooldus ning põetus on komplekselt lahendamata. Neile pakutakse asenduskoduteenust, kuid selle eesmärk pole pikaajaline hooldus ning Eestis on sisuliselt sellele sihtgrupile vajalik teenus puudu.⁶² Esile tuuakse vajadus arendada välja ravimatult haigetele laste hosiipitteenus, millega võimaldataks vajalikku tuge ka last hooldavatele lähedastele.⁶³

Sotsiaalministeeriumi Roheline raamat (edaspidi RR) ütleb hoolekandevaldkonna deinstitutionaliseerimise kohta järgmist – „Pikaajalise hooldusega seotud teenuste arendamisel tuleb lähtuda deinstitutionaliseerimise põhimõttest, mille tulemusena osutatakse pikaajalise hoolduse- ja tugiteenuseid eelkõige väljaspool hooldusasutusi (ehk kodus või kogukonnas) ja teenuste fookus on suunatud inimese iseseisva toimetulekuvõime säilitamisele ja selle suurendamisele.“ Järjest enam kaugenetakse sellest, et inimene peab teenuse saamiseks füüsiliselt hooldusasutustesse kohale minema, ning liigutakse selles suunas, et pakkuda teenuseid otse inimeste kodudes või nende kogukondades.⁶⁴ Deinstitutionaliseerimise kohta toob Euroopa Komisjon esile, et „füüsiline eraldatus kogukondadest ja peredest piirab tõsiselt institutsioonides elavate või nendes kasvavate inimeste võimekust ja valmisolekut täiel määral oma kogukonnas ja laiemas ühiskonnas osalemiseks.“⁶⁵

Praxise analüüsi aruande kohaselt on deinstitutionaliseerimise pikaajalise hoolduse nurgakiviks kodused hooldusteenused. Hooldust vajavad inimesed peaksid saama elada võimalikult kaua oma kodudes ning saama seal hooldus- ja tugiteenuseid. Lisaks võib teenuste saamine toimuda kodusid meenutavates hoolekandetasutustes. Täiendavalt tuuakse aruandes esile, et e-lahendused pakuvad uusi võimalusi koduhoolduse kvaliteedi parandamiseks ja kulude kokkuhoiduks.⁶⁶

Heaolu arengukavas 2016-2023 on ühe poliitikainstrumendina toodud välja erihoolekandeteenuste deinstitutionaliseerimine. 2021. märtsi seisuga sai Eestis erihoolekandeteenuseid 7262 inimest ning

⁶¹ Sotsiaalkindlustusamet. Statistika-Puuded. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Statistika/KOV/puuded.xlsx> (20.05.2021)

⁶² Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 25.

⁶³ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 29.

⁶⁴ Deloitte. 2019. The future of ageing. Lk 18. <https://www2.deloitte.com/lu/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/future-of-aging-population-and-healthcare-industry.html> (06.05.2021)

⁶⁵ Euroopa Komisjon. Transition from institutional to community-based services (Deinstitutionalisation). ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/themes/social-inclusion/desinitit/ (09.05.2021)

⁶⁶ Aaben, L., Paat-Ahi, G., & Nurm, Ü. K. 2017. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik. Lk 5-7. https://vv.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/uuringud/pikaajalise_hoolduse_deinstitutionaliseerimise_moju_hindamise_raamistik_lopparuanne_2017.pdf (09.05.2021)

teenuste ootejärjekorras oli 1814 inimest.⁶⁷ Heaolu arengukavas tuginetakse erihoolekande eesmärkide seadmisel Euroopa ühtsetele juhistele – „*institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele hooldusele üleminekuks panustatakse isikupõhiste kogukonda kaasavate teenuste arendamisse, eelisarendades arengukava elluviimise perioodil psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud teenuseid*“ (2019. aastal oli Eestis psüühiliste erivajadustega inimesi 50 000 ja iga aastaga kasvab see arv 5% võrra.⁶⁸ Peamine eesmärk on uue teenussüsteemi loomine ja kättesaadavuse parandamine, sealhulgas erihoolekande rahastuse muutmine tegevuspõhiseks ja kasutajale jõukohaseks.⁶⁹

Koduteenused on institutsionaalsetest teenustest mitu korda odavamad, kuid samas ei paku koduteenuseid kõik omavalitsused, mis toob kaasa ebavõrdsuse abivajajate seas.⁷⁰ Praxise analüüsi aruandes deinstitutionaliseerimise kulutõhususe kohta on öeldud, et „*tulud on käsitletavad säästetud kuludena – inimeste iseseisvale toimetuleku suurendamisele keskendunud teenused vähendavad vajadust intensiivsemate ja kallimate teenuste järele.*“⁷¹

Maailmapanga uuringu tulemuste põhjal loodi Eestile kolm tulevikutsenaariumit: *status quo*, ideaalse süsteemi poole liikumine ja ideaalne süsteem. Kõige ideaalsema pikaajalise hooldussüsteemi stsenaariumi kohaselt pakuvad lähedased minimaalselt abi ning mitteformaalne abi oleks Skandinaavia eeskujul toetatud formaalse abi kaudu. Abi oleks püsivalt saadaval kõikjal, kus mitteformaalsed hooldajad seda vajaksid. Kogu hooldust iseloomustaks (suurte rahaliste ressursside olemasolul) deinstitutionaliseerimine, mille tulemusel laieneks märgatavalt kodu- ja kogukonnanaholdus koos seda toetava infrastruktuuri ja inimressursiga. Hoolekandehüvitised oleksid terviklikud ja hõlmaksid koduhoolekande teenuseid (koduõendus, transport, jne), kuid samal ajal oleks tagatud alati vajaminev institutsionaalne abi.⁷²

Kokkuvõte abi korraldusest Eestis

- Eesti korraldus on turumajanduslik ja paneb vastutuse pikaajalise hoolduse eest isikule endale ja tema pereliikmetele. Teenuste saamise tingimused ja hinnad on iga omavalitsuse kehtestada.

⁶⁷ Sotsiaalkindlustusamet. Statistika- Erihoolekandeteenused. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Statistika/KOV/ehk.xlsx> (20.05.2021)

⁶⁸ Kraiss- Leostk, M. 2018. Erihoolekandes on nii muresid kui rõõmustavaid arenguid. Sotsiaaltöö. Lk 33. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/155619664557_Sotsiaaltoe_nr2_2018_veebi.pdf (21.07.2021)

⁶⁹ Sotsiaalministeerium. 2016. Heaolu arengukava 2016-2023. Lk 32. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/heaolu_arengukava_eelnou_0.docx (20.05.2021)

⁷⁰ Sotsiaalministeerium. 2016. Heaolu arengukava 2016-2023. Lk 25. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/heaolu_arengukava_eelnou_0.docx (20.05.2021)

⁷¹ Aaben, L., Paat-Ahi, G., & Nurm, Ü. K. 2017. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik. Lk 17. https://vv.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/uuringud/pikaajalise_hoolduse_deinstitutionaliseerimise_moju_hindamise_raamistik_lopparuanne_2017.pdf (09.05.2021)

⁷² Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 109-112.

- Nõrkusena tuuakse Eesti kohta esile, et pikaajalise hoolduse süsteem on killustatud, ei taga teenuste pakkumist ja ei vasta reaalsele abivajadusele sest riigil puudub pikaajaline plaan pikaajalise hoolduse tagamisel.

Olulisemad soovitused Eesti pikaajalise hoolduse korralduses:

1. Teenuste planeerimise ja koordineerimise ühtlustamine sotsiaal- ja tervishoiusektori kui ka riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandite vahel.
2. Kodupõhiste teenuste kättesaadavuse parandamine ja deinstitutionaliseerimise protsessiga jätkamine.
3. Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine läbi koolituste ja palgataseme kasvu. Eestis on puudus eelkõige isiklike abistajate, juhtumikorraldajate, tegevusjuhendajate, erivajadusega laste hoidjate ning hooldustöötajate järele. Lisaks on hooldajate keskmine vanus kõrge ning paljud siirduvad pensionile.
4. Mitteformaalsete hooldajate koolitamine. Kuna Eestis abistavad/pakuvad hooldust valdavalt lähedased ja tuttavad, siis on oluline pöörata tähelepanu õigele väljaõppele, et vale hooldamise tulemusena ei halveneks abivajaja seisund.
5. Sügava puudega ja ravimatult haigete lamavate laste hooldus ning põetus on komplekselt lahendamata. Esile tuuakse vajadus arendada välja ravimatult haigetele laste hosiitteenus, millega võimaldataks vajalikku tuge ka last hooldavatele lähedastele.
6. Psüühiliste erivajadustega inimestele suunatud teenuste arendamine. Lähtudes sellest, et hinnanguliselt kasvab psüühiliste erivajadustega inimeste arv, tuleb tähelepanu pöörata ennetavale sekkumisele ja teenuste kättesaadavuse parandamisele.
7. Pikaajalise hoolduse käsitlemine sotsiaalse riskina ning seeläbi abivajajatele õiguste andmine teenuste saamiseks.
8. Mitteformaalse ja formaalse hoolduse kombineerimine, pakkudes mitteformaalsetele hooldajatele tuge ja abi formaalse hoolduse kaudu.
9. Pikaajalise hoolduse teenuste paleti laiendamine, pakkudes tugiisikuid, kodu kohandamist, sotsiaalvalvet jm tehnoloogiate kasutuselevõttu ning ennetuslikke sekkumisi.

3.4. Tehnoloogia kasutuselevõtt

Sotsiaalministeeriumi koostatud Roheline Raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“ on aruteludokument, mis keskendub peamiselt tehnoloogiale rollile sotsiaalkaitse-süsteemis. RR põhjal vajavad uudseid lahendusi kõik sotsiaalkaitse-süsteemi subjektid – kodustes tingimustes elavad abivajadusega inimesed, sh erivajadusega inimesed ja vanemaealised, samuti neid abistavad hoolduskoormusega inimesed. Uudseid lahendusi vajavad ka teenuseosutajate juures töötavad spetsialistid kodus elavate inimeste toetamiseks. Selleks tuleb teenuseosutamise protsessid ümber mõtestada ja neid uudsel viisil lahendada. RR ei sea piiranguid digitehnoloogia kompleks-süsteemidele – „*abitehnoloogiate käsitlemisel on arvestatud nii automatiseerimise, robotika kui ka suurandmete ja tehisintellekti võimalustega.*“⁷³

⁷³ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 4-5. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevase_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

OECD toob esile, et uued tehnoloogilised vahendid aitavad parandada seniseid tööprotsesse ning samal ajal vähendavad pikaajalisele hooldusele kuluvat töökoormust. Selle saavutamiseks peavad hooldajad muutuma digi- ja tehnoloogiateadlikemaks, kuid samal ajal tuleb muuta seniseid harjumusi ja suurendada valdkonna spetsialistide huvi uute tehnoloogiate kasutuselevõtuks.⁷⁴

Tehnoloogiliste kasutusviiside osas räägitakse neljast põhikontseptsioonid: e-tervis (*eHealth*); m-tervis ehk mobiilne tervis (*mHealth* või *mobile health*); telemeditsiin (*telemedicine*); teletervis (*telehealth*).⁷⁵ Need kontseptsioonid pakuvad lahendusi liikuvuse, suhtlemise, interaktiivsuse, kaugjälgimise ja patsiendile õigeaegse info pakkumisega seotud probleemidele. E-tervist ja mobiilse tervise lahendusi rakendatakse tervishoiuteenuste pakkumisel kas interneti või kaasaskantavate seadmete abil.⁷⁶

E-tervis tervikuna hõlmab laia valikut lahendusi, näiteks elektroonilisi tervisekaartide süsteeme, erinevaid haldussüsteeme, m-tervist ja telemeditsiini. M-tervis kasutab meditsiinis ja avaliku tervishoiu praktikates mobiilseid vahendeid, näiteks mobiiltelefone, patsiendi monitooringu seadmeid, isiklike digitaalseid abivahendeid ja muid traadita seadmeid. Teletervise mõiste viitab nii kliinilistele kui ka mittekliinilistele kaugteenustele. See on seotud telemeditsiiniga, kuid hõlmab laiemat tehnoloogiate kasutamist. Teletervise lahendusi kasutatakse näiteks meditsiiniliseks kaugõppeks, tarbijate teadlikkuse tõstmiseks ja muudeks teenusteks, mis on seotud tervishoiusüsteemi toetamisega (näiteks nõuandeliinid). Tihti kasutatakse teletervist ja telemeditsiini samas tähenduses, kuna hetkel puuduvad neile kontseptsioonidele universaalsed definitsioonid.⁷⁷

WHO defineerib telemeditsiini järgmiselt: „*Tervishoiuteenuste osutamine, kus kaugus on kriitiline tegur, kõigi tervishoiutöötajate poolt, kes kasutavad info- ja kommunikatsioonitehnoloogiat valiidse teabe vahetamiseks, haiguste ja vigastuste diagnoosimiseks, raviks ja ennetamiseks, uurimiseks ja hindamiseks, tervishoiuteenuste pakujate jätkuvaks harimiseks, seda kõike üksikisikute ja nende kogukondade tervise edendamise huvides.*”⁷⁸ Eestis oleks telemeditsiini rakendamine suuremas mastaabis ühiskondlikult oluline, sest tagaks hooldusteenuste kvaliteetse ja piisava kättesaadavuse kogu riigis. Maailmapanga uuring toonitab, et eakate elanike osakaal on suurim äärealadel, mahajäänud piirkondades ja maapiirkondade valdades, mis tuleneb elanikkonna väljarändest linnapiirkondadesse.⁷⁹

⁷⁴ OECD. 2020. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. Lk 183. www.oecd-ilibrary.org/docserver/92c0ef68-en.pdf?expires=1620494199&id=id&accname=guest&checksum=F37B0DF2D0AD5B3C140D0E541EB6EF2C (08.05.2021)

⁷⁵ Euroopa Komisjon. 2018. Health and long-term care workforce. Lk 106. ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/23-02-2021_health_and_longterm_care_workforce_online.pdf (08.05.2021)

⁷⁶ Euroopa Komisjon. 2018. Health and long-term care workforce. Lk 105. ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/23-02-2021_health_and_longterm_care_workforce_online.pdf (08.05.2021)

⁷⁷ Euroopa Komisjon. 2018. Health and long-term care workforce. Lk 106. ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/23-02-2021_health_and_longterm_care_workforce_online.pdf (08.05.2021)

⁷⁸ WHO. 2010. Telemedicine- Opportunities and developments in Member States. Lk 9. apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁷⁹ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 14.

Telemeditsiini laiem rakendamine aitab kaasa paremale teenuspakkumisele. Näiteks võimaldab see maapiirkondades elavatel eakatel hooldusvajadusega inimestel saada individuaalset abi, mille tulemusena paraneb teenuse kättesaadavus ja tekib kokkuvõtte transpordikuludelt. Lisaks on kulude ja aja kokkuvõtte abiks hoolduskoormusega inimestele.⁸⁰ Videolahenduste kasutamine on eriti kasvanud Covid-19 pandeemia ajal. Näiteks hooldekodudes isolatsioonis viibivate klientide jaoks on väga oluline igapäevane suhtlus (kasvõi virtuaalsel teel), mis aitab ära hoida üksindust ja sellega kaasnevat psüühilisi probleeme.⁸¹

Pidades silmas pikaajalist hooldust ja erinevaid tehnoloogilisi kontseptsioone, siis lõppkasutajateks võivad RR hinnangul olla hooldusvajadusega või hoolduskoormusega inimesed ja sotsiaalteenuseid osutavad spetsialistid. „*Tehnoloogiakasutuse suurendamine võimaldab toetada nii võimalikult tervena ja aktiivsena vananemist üle elukaare kui ka hooldusvajadusega inimese ning tema lähedase (ehk hoolduskoormusega inimese) igapäevast toimetulekut ja heaolu.*“⁸² Lisaks loetleb RR võimalikud lahendused, näiteks riskitegurite jälgimiseks mõeldud statsionaarsed seadmed, GPS tehnoloogial põhinevad seireseadmed ja bioanduritega varustatud kaasaskantavad seadmed, nutikad transpordilahendused, kaugsuhtlusvahendid, kaughalduslahendused turvalisuse ja ohutuse parandamiseks. Sotsiaalteenuste spetsialistide eesmärk on toetada hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste igapäevast toimetulekut ja heaolu. Lahendusi saab pikaajalises hoolduses kasutada näiteks hooldusteenuste paremaks integratsiooniks, infovahetuseks ja suhtlemiseks (nt videovestlused), transpordi korraldamiseks jne.⁸³

Erinevate diagnoosidega inimeste hooldamisel on äärmiselt oluliseks teguriks infovahetus ja vajaliku info kättesaadavus. Näiteks esineb Eestis dementseid hooldavate inimeste seas mitmeid probleeme – vähene asjakohase info ja professionaalse nõu kättesaadavus; teadmatus sellest, kuidas saada tuge ning oma lähedasi hooldada.⁸⁴ Iirimaal on katsetusel meetod, kus peredele on kättesaadavad

⁸⁰ Moo, L. R., Gately, M. E., Jafri, Z., & Shirk, S. D. (2020). Home-based video telemedicine for dementia management. *Clinical gerontologist*, 43(2). Lk 201.

⁸¹ Lau-Ng, R., Caruso, L. B., & Perls, T. T. 2020. COVID-19 deaths in long-term care facilities: a critical piece of the pandemic puzzle. Lk 1897.

⁸² Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 19. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevase_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

⁸³ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 20. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevase_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

⁸⁴ Varik, M., Medar, M. and Saks, K., 2020. Informal caregivers' experiences of caring for persons with dementia in Estonia: A narrative study. *Health & social care in the community*, 28(2). Lk 453.

dementsusosalased nõustajad ning demotoad, mis tutvustavad erinevaid tehnoloogilisi lahendusi ning abivahendeid, andes samal ajal nõu nende kasutamiseks.⁸⁵

Tulevikus võivad hoolekandeesutuste ja hooldajate tööriistaks olla ka droonid. Droonide kasutamise eelduseks on eetika- ja privaatsusküsimuste lahendamine. Sokullu jt (2019) toovad esile mitmeid potentsiaalseid kasutusviise. Näiteks saaks tulevikus kasutada droone tervise monitoorimisel, nii et droonid viivad läbi rutiinseid tegevusi (näiteks tervisetestide saatmine, ravimitega varustamine, vere- ja uriiniproovide transport). Turvalisust silmas pidades näevad autorid droonides abivahendit ka dementsuse diagnoosiga inimeste otsimisel, kes on „uitama“ läinud. Tulevikus võib üheks lahenduseks olla siseruumide droonid, mis viivad eakaid igapäevategevustes abistades läbi lihtsaid vestlusi, kuid samal ajal on võimelised tuvastama ning teavitama maas lamavatest abivajajatest. Katsetamisel on ka selliste droonide prototüüplahendused, mille eesmärk on parandada eakate psüühilisi ja kognitiivseid võimeid (silma-käe koordineerimine) – näiteks drooni lihtsustatud juhtimine 4-6 käeliigutuse abil, mille tulemusena saab eakas liigutada ja avastada enda ümbrust läbi seadme kaamera.⁸⁶

Siiski esineb mitmeid probleeme, mis takistavad ühiskonnas tehnoloogiliste lahenduste laiemat juurutamist. RR toob esile neist viis peamist:

1. vähene teadlikkus üldtervislikest eluviisidest ja vähene valmisolek oma heaolu eest seista;
2. vähene motivatsioon uudeid lahendusi kasutada;
3. vähene ostuvõime;
4. ebapiisavad tehnoloogiakasutuse oskused;
5. kiire interneti püsivõime geograafiliselt ebaühtlane kättesaadavus.⁸⁷

Tehnoloogiate rakendamist või väljatöötamist takistab ka ebakindlus tuleviku suhtes, seda eelkõige erasektori ettevõtjate seas. RR toob välja, et „*praegune sotsiaalsektori rahastus on suhteliselt jäik ning arvestades sotsiaalteenuste riiklikku tähtsust, ei võimalda piisavalt ruumi katsetamiseks ega innovatsiooniks*“. See on üheks tuleviku peamiseks väljakutseks, sest teenuseosutajatel on tihti kulutõhusam ja kindlam jätkata traditsiooniliste teenuste osutamist, kuna uued lahendused ei pruugi esialgu neile sobida või on liiga kallid.

⁸⁵ Pall, K. 2021. Millised on hooldekodu ja perehoolduse alternatiivid?. Dementsuse Kompetentsikeskus. <https://eludementsusega.ee/hooldekodu-ja-perehoolduse-alternatiivid/> (09.05.2021)

⁸⁶ Sokullu, R., Balci, A., & Demir, E. 2019. The role of drones in ambient assisted living systems for the elderly. In *Enhanced Living Environments* (pp. 295-321). Springer, Cham. Lk 304-314.

⁸⁷ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 20. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevase_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

4. Juhtumianalüüs Hollandi ja Saksamaa näitel

Pikaajalise hoolduse küsimus on Euroopa Liidus muutunud järjest aktuaalsemaks demograafiliste muutuste tulemusena, mille tõttu on oodata järgnevatel kümnenditel märgatavat hooldusvajaduse kasvu ühiskonnas. Rahvastiku vananemine peamise demograafilise trendina mõjutab elanikkonna üleüldist tervist ja toob kaasa hooldust vajavate inimeste arvu suurenemise, mille tulemusena on pikaajalise hoolduse tagamine otseselt seotud ka riigi enda jätkusuutliku arenguga.⁸⁸

EL-is kujundavad kõik riigid oma hooldussüsteemi iseseisvalt. Mõistmaks, milliseid muudatusi oleks vajalik arvestada Eesti pikaajalise hoolduse kujundamisel, on oluline õppida teiste riikide kogemustest ja praktikatest. Juhtumianalüüsi keskmes on Saksamaa ja Holland, kuna mõlemad riigid paistavad silma oma sotsiaalsüsteemi korralduse poolest.

Mõlemal riigil on pikaajaline kogemus hoolduse tagamisel – Holland oli esimene riik, mis tagas 1969. aastal universaalse ligipääsu hooldusele ja Saksamaa kehtestas kohustusliku riikliku sotsiaalkindlustusskeemi 1994. aastal.⁸⁹ Pikaajalise hoolduse ja jätkusuutliku rahastuse tagamiseks on mõlemad riigid hiljuti viinud ellu täiendavaid reforme, et tagada tulevikus kvaliteetne hooldussüsteem.

Eurostati andmetel kulutasid 2018. aastal EL-i liikmesriigid tervishoiule 9,9% SKT-st, Saksamaa 11,5% ja Holland 10% SKT-st (Eesti osakaal 6,7%).⁹⁰ Sarnasusi Eestiga on näha ka kahe vaadeldava riigi vananemise prognoosides, kus märgatavalt kasvab 65+ ealiste osakaal populatsioonis (Tabel 6).

Tabel 6. Eakate osakaal populatsioonist 65+ (Allikas: Euroopa Komisjon⁹¹).

	Saksamaa	Holland	Eesti
Vanemaealiste osakaal populatsioonist (65+) 2019	21,7%	19,3%	19,9%
Vanemaealiste osakaal populatsioonist (65+) 2030	25,6%	23,7%	23,3%
Vanemaealiste osakaal populatsioonist (65+) 2050	28,1%	26,4%	28,4%

⁸⁸ EPTA. 2019. Technologies in care for older people. Lk 4. eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf (17.05.2021)

⁸⁹ Costa-Font, J., & Zigante, V. 2020. Building 'implicit partnerships'? Financial long-term care entitlements in Europe. *Policy Sciences*, 53(4). Lk 698.

⁹⁰ Eurostat. 2021. Healthcare expenditure statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure (17.05.2021)

⁹¹ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report. Lk 189- 203. ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip142_en.pdf (11.05.2021)

Riikide analüüsis vaadeldakse järgnevaid tunnuseid: kindlustust; riigi ja KOV-i rolle; teenuste eest tasumist; teenuste saajate arve; teenuste saajate prognoose 2019-2070; hiljutisi reforme; pikaajalise hoolduse finantseerimist; rahastusmudeleid; tervisekindlustust ning hooldamist. Tähelepanu pööratakse ka tehnoloogia rakendamisele kui kasvavale trendile pikaajalises hoolduses. Näiteks toob European Parliamentary Technology Assessment (EPTA) raport esile, et paljud riigid keskenduvad täna hoolduses üha rohkem toetavate tehnoloogiate rakendamisele, mis aitaksid eakatel ühiskonnas paremini osaleda.⁹² Hollandi ja Saksamaa juhtumianalüüs on kokkuvõtlikult välja toodud Tabelis 7.

⁹² EPTA. 2019. Technologies in care for older people. Lk 9. eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf (17.05.2021)

Tabel 7. Riikide tunnused pikaajalises hoolduses.

	Holland	Saksamaa
Kindlustus	On kehtestatud kohustuslik tervisekindlustusskeem, mille abil rahastatakse pikaajalise hoolduse teenuseid. Kindlustuste toimimist ja teenuste ostmist/pakkumist turul kontrollib Hollandi Tervishoiuamet.	Saksamaa tervisekindlustus koosneb kahest alamsüsteemist: kohustuslikust tervisekindlustusest [mis omakorda koosneb mittetulunduslikest ja konkureerivatest tervisekindlustusskeemidest (haigekassad)] ja erakindlustusest.
Riigi ja KOVi roll	- Valitsus vastutab tervishoiuteenuste monitoorimise, kvaliteedi ja seadusandluse eest, kuid pole ise otseselt seotud hoolduse pakkumisega. - KOV-idel on keskne vastutus pikaajalise hoolduse teenuste pakkumisel ja tagamisel. Pikaajalist hooldust pakutakse peamiselt läbi era- ja mittetulundusorganisatsioonide.⁹³ - KOV-ide vastutada on sotsiaal- ja koduhooldusteenuste tagamine, mille puhul lähtutakse patsientide individuaalsetest vajadustest. KOV-idele on jäetud „vabad käed“ ehk hooldus on korraldatud vastavalt kohaliku piirkonna vajadustele ja võimekusele.⁹⁴	Saksamaa valitsus vastutab hoolekande regulatsioonide ja kvaliteedi tagamise eest, kuid pole otseselt seotud hoolduse pakkumisega. Kindlustussüsteemi kaudu pakutakse abi ja tagatakse teenuste kättesaadavus turul tegutsevatest asutustest.⁹⁵
Teenused ja nende eest tasumine	Saadaval on lai valik teenuseid, mis hõlmavad (sotsiaalseid) tugiteenuseid ja igakülgset meditsiinilist tuge. Sotsiaalse abi raames (KOV-ide poolt pakutav) on tagatud majapidamisteenused, toetavad seadmed, kodukohandused, transport, sotsiaalne tugi ja igapäevased tegevused, samuti päevahoolekanne. Abivajajatele on tagatud üld- ja eriarstiabi, terviseseisundit toetavad seadmed, piirkondlik või ööpäevaringne õendushooldus kodus, hooldekoduteenus, transport, igapäevategevused jt toetavad teenused.⁹⁶	- Tagatud on põhiteenused ning lisateenused tuleb inimestel juurde osta. Hoolduse pakkumine jaguneb kolmeks: - Hooldustoetus – hooldust vajavale inimesele makstakse toetust, et ta saaks kodus elada. Hooldamise eest vastutavad peamiselt lähedased. - Koduhooldus – kindla summa ulatuses on tagatud formaalne koduhoolduse teenus professionaalsete hooldusteenuse pakujate poolt. - Hooldekoduteenus (päevane või ööpäevaringne) – vastavalt inimese abivajaduse tasemele makstakse kinni põhiteenused, ravi ning pakutakse sotsiaalset tuge. Inimesed peavad maksma majutuse ja toitlustuse eest ise.⁹⁷

⁹³ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Netherlands. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (17.05.2021)

⁹⁴ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Netherlands. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (17.05.2021)

⁹⁵ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Germany. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (17.05.2021)

⁹⁶ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. LK 288. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

⁹⁷ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. LK 73. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

Teenuse saajate arv	OECD põhjal sai 2017. aastal Hollandis institutsionaalset hooldust 204 120 ja koduhooldust 365 415 inimest.⁹⁸	Saksamaa Statistikaameti andmetel sai 2019. aastal kokku hooldusteenuseid ja toetusi 4,12 miljonit inimest, kellest 3,3 miljonit said hooldust kodus. Kodus sai 2,1 miljonit inimest hooldust ainult lähedastelt ja 0,98 miljonit inimest hooldasid lähedased formaalse koduhooldusteenuse toetusel. Ööpäevaringset institutsionaalset hooldust sai 0,81 miljonit inimest.⁹⁹
Teenuse saajate hulga prognoos 2019-2070 Euroopa Komisjoni järgi	- puuetega inimeste arv kasvab 31% (1,13milj→1,47milj) - institutsionaalse hoolduse saajate arv kasvab 98% (0,26milj→0,52milj) - formaalse koduhoolduse saajate arv kasvab 69% (0,92milj→1,55milj) - rahaliste hüvitiste saajate arv kasvab 56% (0,09milj→0,14milj)¹⁰⁰	- puuetega inimeste arv kasvab 12% (5,8milj→6,47milj) - institutsionaalse hoolduse saajate arv kasvab 49% (0,85milj→1,27milj) - formaalse koduhoolduse saajate arv kasvab 33% (0,75milj→1milj) - rahaliste hüvitiste saajate arv kasvab 33% (2,39milj→3,1milj)¹⁰¹
Hiljutised reformid	2015. aastal toimus ulatuslik pikaajalise hoolduse reform, mis hõlmas nelja sammast – a) normatiivne ümberkorraldus; b) üleminek asutusepõhiselt hoolduselt kodu/kogukonna hooldusele; c) pikaajalise hoolduse detsentraliseerimine (suurem vastutus KOV-idele ehk kogukonnapõhise hoolduse eelistamine); d) kulude täiendav kokkuhoid.¹⁰² - KOV-id saavad riigilt rahastuse pikaajalise hoolduse tagamiseks, kuid 2015. a reformist alates esineb neil raskusi eelarve tasakaalustamise ja kvaliteedi tagamisega.¹⁰³	Saksamaa reformid vahemikus 2015-2017 olid suunatud KOV-ide võimekuse tõstmisele (kohaliku hoolduse jaoks vajaliku infrastruktuuri planeerimine ja hooldamisalase nõustamise parandamine) ja hoolduse pakkumise paindlikumaks muutmisele (soodustamaks mitteformaalse hoolduse pakkumist lähedaste poolt).¹⁰⁴
Pikaajalise hoolduse finantseerimine	Inimesed saavad valida institutsionaalse hoolduse või koduhoolduse vahel (sh intensiivne koduhooldus suure abivajadusega inimestele). Lisaks on inimestel võimalus valida, kas nad saavad teenuseid mitterahalise hüvitisena või valivad rahalise toetuse, mille abil korraldatakse oma hooldus ise (näiteks	Pikaajalise hoolduse kindlustus sisaldab rahalisi hüvitisi ja mitterahalisi hüvitisi (sh koduhooldus mitterahalise hüvitisena).¹⁰⁵

⁹⁸ OECD Statists. Long-term care recipients. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR#

⁹⁹ Statistisches Bundesamt. People in need of long-term care. <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Long-Term-Care/Tables/people-long-term-care.html> (20.07.2021)

¹⁰⁰ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report. Lk 332. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (17.05.2021)

¹⁰¹ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report. Lk 290. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (17.05.2021)

¹⁰² Maarse, J. H., & Jeurissen, P. P. 2016. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. Health Policy, 120(3), 241-245.

¹⁰³ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care- Netherlands. Lk 11. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19861&langId=en> (18.05.2021)

¹⁰⁴ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany. Lk 12. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en> (18.05.2021)

¹⁰⁵ Euroopa Komisjon. 2018. Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system". Lk 8. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19189&langId=en> (17.05.2021)

	teenuste individuaalne tellimine ning mitteformaalsete hooldajate toetamine).¹⁰⁵ - Inimestel on võimalik valida ööpäevane hooldus kodus, kui see on praktiseeritav ja hind ei ületa hooldekodu hinda.¹⁰⁶ Kindlustus katab enamuse pikaajalisest hooldusest hooldekodus ning tulunduslikes hooldekodudes jäävad hinnad vahemikku 3000-4500€, kuid võivad ulatuda kuni 7500€ ühes kuus.¹⁰⁷ - Hollandi valitsuse eesmärk on vähendada inimeste omaosalust ning hiljutised uuringud viitavadki omaosaluse järkjärgulisele vähenemisele.¹⁰⁸	- Pikaajalise hoolduse kindlustusskeem hüvitab hoolduskulud ainult teatud ulatuses. Mitteformaalsetele hooldajatele hüvitatakse kuni 50% hoolduse kuludest ning hooldekodudes makstakse tavaliselt kuni 50% hoolduse kuludest.¹¹⁰ - Omafinantseeringu vajadus on kasvamas. Inimeste igakuine keskmine omafinantseering (2020) oli hooldekodudes 2015€ (summa jaguneb: 786 EUR pikaajalise hoolduse teenuste tarbimise eest, 774 EUR majutuse ja toitlustuse eest ning 455 EUR investeeringu tasu, mis aitab katta hooldekodu arenduskulusid ja palgatõuse). Omafinantseeringu suurenemist soodustab teenuste kallinemine, nõudluse kasv ja riiklik soov hooldajaid tööturule kaasata.¹¹¹
Rahastamise mudelid pikaajalises hoolduses	- Pikaajalise hoolduse kulutuste osakaal SKT-st ulatus 2018. aastal 3,9%-ni.¹¹² - Ainuüksi pikaajalise hoolduse jaoks maksavad maksumaksjad kohustuslikku tervisekindlustusskeemi 9,65% oma palgast.¹¹³ Aastane sissetuleku piir, millelt arvestati pikaajalise hoolduse maksu, oli 2018. aastal 33 994€.¹¹⁴ - Peale maksude on kodanikel kohustus valida eratervisekindlustus, mis maksab keskmiselt ligikaudu 120€ kuus.¹¹⁵	- Pikaajalise hoolduse kulutuste osakaal SKT-st oli 2018. aastal 2,1%.¹¹⁶ - Pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustuse makse on 3,05% inimese palgast (jaguneb võrdseks töötaja 1,525% ja tööandja 1,525% vahel) (lisandub +0,25% ilma lasteta isikutele alates vanusest 23).¹¹⁷ Aastane sissetuleku piir, millest arvestati pikaajalise hoolduse maksu, oli 2020. aastal 56 250€.¹¹⁸

¹⁰⁵ Alders, P., & Schut, F. T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?. *Health Policy*, 123(3). Lk 313.

¹⁰⁶ Hollandi Valitsus. Long-term care at home. <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home> (25.05.2021)

¹⁰⁷ Bos, A., Kruse, F. M., & Jeurissen, P. P. T. 2020. For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise? *International Journal of Health Services*, 50(4). Lk 435.

¹⁰⁸ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. LK 289-290. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

¹¹⁰ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Germany. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (17.05.2021)

¹¹¹ Euroopa Komisjon. 2020. Long-term care insurance in Germany: Facing a paradigm shift in financing?. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23304&langId=en> (18.05.2021)

¹¹² OECD. 2020. Spending on long-term care. Lk 1-4. www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf (18.05.2021)

¹¹³ Hollandi Valitsus. Fiskaalpoliitika infoleht 2020. <https://www.government.nl/binaries/government/documents/publications/2020/01/30/tax-policy-information-2020/Fiscal+policy+information+The+Netherlands+2020+ENGLISH.pdf> (25.05.2021)

¹¹⁴ Social Security Administration. Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2018 - Netherlands. www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/2018-2019/europe/netherlands.pdf (10.10.2021)

¹¹⁵ Zorgwijzer. Expat health Insurance - How much does a Dutch health insurance cost?. <https://www.zorgwijzer.nl/faq/expats> (10.09.2021)

¹¹⁶ OECD. 2020. Spending on long-term care. Lk 1-4. www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf (18.05.2021)

¹¹⁷ Iamexpat. Long-term care insurance in Germany (Pflegeversicherung). <https://www.iamexpat.de/expat-info/social-security/long-term-care-insurance-germany-pflegeversicherung> (10.09.2021)

¹¹⁸ OECD. 2021. Case study- Germany. Milstein R. Mueller M, Lorenzoni L. Lk 141. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Germany.pdf (10.10.2021)

		Saksamaal on kindlustuse olemasolu kohustuslik. Pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustusega on kindlustatud 90% rahvastikust ning erakindlustusega 10% rahvastikust.¹¹⁹
Tervisekindlustus	Tööandjad on kohustatud maksma 7% töötaja palgast tervisekindlustusmaksu.¹²⁰	Palga pealt makstakse lisaks tervisekindlustusmaksu, mis jaguneb võrdselt töötaja ja tööandja vahel, 7,3% ja 7,3%.¹²¹
Hooldamine	- Mitteformaalseid hooldajaid on hinnanguliselt 18% populatsioonist.¹²² - Riiklikult on tagatud ajutine hoolduspuhkus kuni 10 päeva (palk tagatud tööandja poolt 70% ulatuses) ja kuni 30 päeva aastas (palk pole tagatud, kuid maksmine sõltub üldjuhul tööandja reeglitest ja kokkuleppest töötajaga). Mitteformaalsetele hooldajatele on KOV-i poolt tagatud ajutine puhkus hooldamisest.¹²³ - KOV-id pakuvad mitteformaalsetele hooldajatele laialdast abi, sealhulgas näiteks rahalist toetust, koolitust, erinevaid toetavaid tegevusi jne. Lisaks tunnustatakse ja tänatakse lähedaste hooldajaid (ing. k <i>tokens of appreciation</i>).¹²⁴	- Mitteformaalseid hooldajaid on hinnanguliselt 23% populatsioonist.¹²⁵ - Abivajajatel on võimalus saada mitteformaalse hoolduse hüvitist, et nad võiksid kodus elada ja saaksid abi lähedastelt.¹²⁶ - Mitteformaalsetele hooldajatele makstakse avalikest vahenditest kinni kuni 50% hoolduse kogukuludest.¹²⁷ - Mitteformaalsetele hooldajatele peab olema tööandja poolt tagatud lühendatud tööaeg lähedase hooldamiseks – 15 tundi nädalasest täistööajast kuni 24 kuuks. Kehtib kümnepäevane etteteatamiseta hoolduspuhkuse võimalus ning kuuekuuline hooldamiseks ettenähtud puhkus (kehtib ainult üle 25 töötajaga ettevõtetele ehk suur osa inimesi on sellest õigusest ilma jäetud). Senine hoolduspuhkuse meetme mõju on olnud nõrk ja seda kasutatakse marginaalselt.¹²⁸ - Mitteformaalsetele hooldajatele on tagatud kindlustuse raames puhkus hooldamisest (sh erandolukorrad, kus ajutiselt pole võimalik lähedast hooldada).¹²⁹

¹¹⁹ Euroopa Komisjon. 2018. Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”. Lk 5. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=18962&langId=en> (17.05.2021)

¹²⁰ Papayaglobal. Netherlands Payroll and Benefits Guide. <https://papayaglobal.com/countrypedia/country/netherlands/> (10.09.2021)

¹²¹ Iamexpat. Statutory health insurance in Germany (Gesetzliche Krankenversicherung). <https://www.iamexpat.de/expat-info/german-health-insurance/statutory-health-insurance-germany> (10.09.2021)

¹²² Euroopa Komisjon. 2018. Informal care in Europe. Lk 19. <https://op.europa.eu/et/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en> (25.05.2021)

¹²³ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care- Netherlands. Lk 4. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19861&langId=en> (18.05.2021)

¹²⁴ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. LK 294. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

¹²⁵ Euroopa Komisjon. 2018. Informal care in Europe. Lk 19. <https://op.europa.eu/et/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en> (25.05.2021)

¹²⁶ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany. Lk 8. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en> (18.05.2021)

¹²⁷ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Germany. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (17.05.2021)

¹²⁸ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany. Lk 8. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en> (18.07.2021)

¹²⁹ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. LK 74. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

Tehnoloogia ja innovatsioon pikaajalises hoolduses	- Kasutuselevõtu vajadust ja tehnoloogia (kulu)efektiivsust hindab Riiklik Tervishoiu Instituut, kes nõustab Tervishoiu Ministeeriumit. Ministeerium otsustab, kas võtta lahendused kasutusele ja lisada need saadavate hüvede hulka.¹³⁰ - Tervisega seotud informatsioon pole tsentraliseeritud. Kogu infovahetuse eest vastutab Tervishoiukommunikatsiooni Pakkujate Liit.¹³¹ - Laialt on levinud isemajandavate õendustiimide mudel Buurtzorg – IT-süsteemidel põhinev mudel (aegade planeerimine, hindamine, maksmine ja dokumentatsioon), kus hooldajate piirkondlikud tiimid pakuvad tunnipõhist teenust, mis on formaalsest hooldusteenusest odavam.¹³²	- Saksamaal on poliitiline arutelu pikaajalises hoolduses innovatsiooni ja tehnoloogiate rakendamise teemal alles algusfaasis. Tunnistatakse tehnoloogia rakendamise vajadust pikaajalise hoolduse valdkonnas, kuid siiski on levinud seisukoht, et õendus ja arstiabi peaks lähtuma inimesekesksest suhtlemisest ja uudsed tehnoloogilised lahendused ei tohiks seda asendada ega takistada.¹³³ - Riiklikult on toetatud erinevaid R&D projekte (näiteks eakohased assisteerivad süsteemid) ning valitsuse fookuses on hoolduse valdkondlik digitaliseerimine. Tulevikus nähakse peamisteks takistusteks vähest kasutusvalmidust, haldamise ja rahastuse takistusi ning puudulikku digitaalset infrastruktuuri.¹³⁴
---	---	--

¹³⁰ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Netherlands. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (17.05.2021)

¹³¹ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Netherlands. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (17.05.2021)

¹³² Commonwealthfund. 2015. Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model> (19.05.2021).

¹³³ EPTA. 2019. Technologies in care for older people. Lk 51. https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf (19.05.2021)

¹³⁴ EPTA. 2019. Technologies in care for older people. Lk 50. https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf (19.05.2021)

Hollandi süsteemi täpsustused

Hollandis viisid Hussem jt (2016) läbi ulatusliku analüüsi pikaajalise hoolduse maksumuse kohta perioodil 2004–2006.¹³⁵ Analüüsi tulemusena leiti, et ühele inimesele võib pikaajaline hooldus eluea jooksul (kui elatakse kauem kui 65 aastat) maksma minna vähemalt 300 000 eurot, seda juhul, kui puudub kindlustus.¹³⁶ Vaadeldud ajaperioodil (2006) maksis iga kodanik oma sissetulekust 12,55% kindlustusskeemi (*Exceptional Medical Expenses Act „AWBZ”*).¹³⁷ Arvestades, et uuringu vaadeldavaks perioodiks oli 2004–2006, siis tänaseks on iga inimese panus tunduvalt kasvanud, kuna keskmised palgad on viimase 15 aastaga tõusnud. 2006. aastal oli aastane sissetulek 38 604 EUR ja 2020. aastal oli selleks 50 173 EUR.¹³⁸ Lisaks töid Hussem jt esile, et 50% pikaajalisse hooldusesse panustatud summast on 2,1 aastaga kulutatud asutusepõhises hoolduses ja 5,8 aastaga kulutatud asutusevälises hoolduses. Keskmiselt hakkavad inimesed kasutama pikaajalise hoolduse teenuseid 10 aastat enne surma.¹³⁹

Hollandis on riigi poolt seadusega määratud piirmäärad teenuste hindadele, mis on valdavas osas kindlustusega kaetud (Tabel 8).

Tabel 8. Hollandi hoolduspaketid koos päeva piirmääraga (EUR) (Allikas: OECD Case study- Netherlands¹⁴⁰).

Hoolduspaketi number ja teenuse kirjeldus	Maksimaalne päeva hind EUR	Ühe kuu maksimaalne hind (30 päeva) EUR
1. Toetatud elamine mõningase toega	100 EUR	3000 EUR
2. Toetatud elamine toega või isikuhooldusega	128 EUR	3840 EUR
3. Toetatud elamine intensiivse toe ja ulatusliku õendusabiga	183 EUR	5490 EUR
4. Toetatud elamine intensiivse toe ja ulatusliku õendusabiga	197 EUR	5910 EUR
5. Koduõendus koos ulatusliku dementsushooldusega	250 EUR	7500 EUR
6. Koduõendus koos ulatusliku isikuhoolduse või õendusega	251 EUR	7530 EUR
7. Hooldekodu hooldus koos intensiivse hooldusega, fookus järelvalvel (tihti käitumisprobleemide puhul)	293 EUR	8790 EUR

¹³⁵ Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H. and Wong, A., 2016. The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), Lk .209-234.

¹³⁶ Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H. and Wong, A., 2016. The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), Lk 222.

¹³⁷ Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H. and Wong, A., 2016. The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), Lk 213.

¹³⁸ OECD Statistics. Average annual wages. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=AV_AN_WAGE (10.09.2021)

¹³⁹ Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H. and Wong, A., 2016. The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), lk 220.

¹⁴⁰ OECD. 2021. Case study- Netherlands. Authors: Bakx P, Schut E, Wouterse B. Lk 232. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Netherlands.pdf (10.09.2021)

8. Hooldekodu hooldus koos intensiivse hooldusega, fookus isikuhooldusel/õendusabil (kognitiivsus ja igapäevased elutegevused)	331 EUR	9930 EUR
9. Taastusravi	300 EUR	9000 EUR
10. Kaitstud elamine ja palliatiivne ravi	354 EUR	10620 EUR

Hollandis on paika pandud erinevate hooldustegevuste maksimaalsed hinnad (Tabel 9). Lisaks katsetatakse eksperimendi korras (algus 2016 ja lõpp 2021) läbirääkimistel põhinevat ühtset hinda mitme erineva hooldustegevuse eest, mis oleks keskmiselt 54,42 EUR (madalaim hind on 46,2 ja kõrgeim 83,88 EUR tunnis). Selle eeliseks on, et teenusepakkuja administratiivne koormus väheneb (ei pea enam kulutama aega iga hoolduskorraga seotud tegevuste registreerimiseks, vaid piisab konkreetse patsiendi hooldusplaani registreerimisest) ja hooldust saab kohandada kindlale patsiendile, samuti soodustab see meetod ennetamist ja innovaatiliste meetodite/lahenduste katsetamist. Negatiivsena toodi esile, et sooritatud hooldustegevuste kohta ei saa alati täielikku informatsiooni.¹⁴¹

Tabel 9. Hooldusteenuste reguleeritud tunnihinnad (EUR) (Allikas: OECD Case study- Netherlands¹⁴²).

Hooldustegevus	Reguleeritud maksimumhind tunni kohta (EUR)
Isikuhooldus	55,56 EUR
Õendus	72,25 EUR
Isikuhooldus (ööpäevaringne teenuse kättesaadavus)	59,51 EUR
Õendus (ööpäevaringne teenuse kättesaadavus)	77,40 EUR
Eriõendus	90,63 EUR
Nõustamine, juhendamine	88,71 EUR

Lähtudes hooldustegevuste tunnihindadest ja professionaalse koduabi vajaduse astmest (madal 6,5 tundi nädalas/keskmine 22,5 tundi nädalas/raske 41,25 tundi nädalas), saab Hollandi näitel esile tuua abivajaja maksimaalsed igakuised kulutused isikuhooldusele, õendusele ja eriõendusele.¹⁴³ Hinnad on oletuslikud ja põhinevad piirmääradel, mitte realsel keskmisel kulul (Tabel 10).

¹⁴¹ OECD. 2021. Case study- Netherlands. Authors: Bakx P, Schut E, Wouterse B. Lk 237-238. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Netherlands.pdf (10.09.2021)

¹⁴² OECD. 2021. Case study- Netherlands. Authors: Bakx P, Schut E, Wouterse B. Lk 236. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Netherlands.pdf (10.09.2021)

¹⁴³ Muir, T., 2017. Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, No. 93. <http://fredlafeber.nl/protection%20in%20long%20term%20care.pdf> (10.09.2021)

Tabel 10. Hooldusteenuste maksimaalne maksumus vastavalt abivajaduse kategooriale (EUR) (Allikas: OECD Case study- Netherlands).

Hooldustegevus	Madal abivajadus (kuu)	Keskmine abivajadus (kuu)	Raske abivajadus (kuu)
Isikuhoidus kodus	1 444,56 EUR	5 000,40 EUR	9 167,40 EUR
Õendus kodus	1 878,50 EUR	6 502,50 EUR	11 921,25 EUR
Eriõendus kodus	2 356,38 EUR	8 156,70 EUR	14 953,95 EUR

Saksamaa süsteemi täpsustused

Saksamaa puhul saab esile tuua hooldekodude (päevahoidus ja ööpäevaringne) hinnad abivajaduse astmete lõikes, mis jagunevad viieks (esimene on kõige kergem, viies kõige raskem). Iga hooldusvajaduse astme baastoetus on 125 eurot, kuhu lisanduvad hooldusvajaduse raskusastmete õiguspärased toetused (Tabel 11).

Tabel 11. Hooldekodude päevahind ja õiguspärane toetus hoolduseks (EUR) (Allikas: OECD Case study- Germany¹⁴⁴).

Hooldusvajaduse tase	Täisaeg (päeva hind)	Päevahoidus (päeva hind)	Täisaeg (kuu hind+majutus)	Päevahoidus (kuu hind+majutus)	Õiguspärane toetus (EUR)(arvestatud sisse baastoetus 125 EUR)
1	40,62	42,36	1965,3	1701,6	125
2	51,65	47,99	2296,2	1870,5	885
3	67,77	52,51	2779,8	2006,1	1387
4	84,55	57,06	3283,2	2142,6	1900
5	92,18	60,67	3512,1	2250,9	2130
Majutus	24,89	14,36	746,7 (lisatud hindadele)	430,8 (lisatud hindadele)	n/a

Saksamaal on suur osa kanda abivajajal ja ta lähedastel, seda eelkõige raskema hooldusvajadustega inimeste seas. Omaosalust on võimalik katta ka läbi sotsiaalabi taotlemise, mille raames hinnatakse abivajaja sissetulekut (sh varasid, sääste ja tema lähedaste finantsilist võimekust) ning otsustatakse, kas ja kui palju KOV toetab abivajajat. Kuna lähedastel on suur finantskohustus, siis alates 2020. aastast kehtib 100 000 EUR sissetuleku piir hooldatava lastele. Kui kõikide laste sissetulek ei ületa 100 000 eurot, siis nad ei ole kohustatud panustama hooldekodu kulude katmisesse.¹⁴⁵

¹⁴⁴ OECD. 2021. Case study- Germany. Milstein R. Mueller M, Lorenzoni L. Lk 149/161.
https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Germany.pdf (10.09.2021)

¹⁴⁵ OECD. 2021. Case study- Germany. Milstein R. Mueller M, Lorenzoni L. Lk 162.
https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Germany.pdf (10.09.2021)

Kokkuvõte

Pikaajalise hoolduse korraldus on Saksamaal ja Hollandis organiseeritud valitsuse poolt, kuid teenuseid osutatakse era- ja mittetulundusorganisatsioonide kaudu peamiselt kohalikul tasandil. Ei Saksamaa ega Hollandi valitsus pole otseselt seotud pikaajalise hoolduse pakkumisega – Hollandis vastutavad KOV-id pikaajalise hoolduse organiseerimise eest ja Saksamaal kannavad vastutust KOV-id koos piirkondlike haigekassadega.

Mõlemad riigid on oma hiljutistes reformides keskendunud deinstitutionaliseerimisele ehk inimestele soovitakse võimalikult kaua pakkuda kodu- ja kogukonnanahoolust. Selle tulemusena koondub suurem vastutus KOV-idele, kes peavad tagama teenuste piisavuse ja kvaliteedi. Hiljutised reformid on suunatud peamiselt kulude kokkuhoiule, kuna hinnanguliselt on institutsiooniväline hooldus kuluefektiivsem. Hollandi näitel on veel vara öelda, kas uus reform on aidanud kulusid kokku hoida või mitte.

Saksamaa pikaajalist hooldust kirjeldab inimeste omafinantseeringu kasv, kuna hooldekodudes on rahastatud ainult teatud teenused. Hindu mõjutavad teenuste kallinemine, nõudluse kasv ja riiklik soov suurendada formaalsete hooldajate arvu. Erinevalt Eestist koguvad nii Holland kui ka Saksamaa eraldi kindlustusmaksid pikaajalise hoolduse tagamiseks – Saksamaa näitel 3,05% ja Hollandis 9,65% maksustatavast palgast.

Mõlemad riigid toetuvad suurel määral mitteformaalsele hooldusele – Hollandis hinnanguliselt 18% ja Saksamaal 23% populatsioonist. Hooldavaid inimesi toetatakse formaalsete teenustega ja pakutakse erinevaid tugiteenuseid ning tulevikus nähakse olulist rolli just lähedaste ja kogukonna poolt pakutavas hoolduses. Saksamaal on mitteformaalsete hooldajate toetamiseks kesksel kohal nii abivajajatele kui ka hooldajatele makstavad toetused hoolduse tagamiseks. Hollandi näitel on mitteformaalsete hooldajate toetamise eest vastutavad KOV-id, kes tagavad toetavad teenused ja nõustamise oma piirkonnas. Mõlemas riigis on tagatud hoolduspuhkus töölt, Hollandis kuni 30 päeva aastas ja Saksamaal kuni kuus kuud või lühendatud tööaeg 24 kuuks.

Soovi rakendada pikaajalises hoolduses tehnoloogiat võib täheldada eelkõige Hollandis, kus seda nähakse ühe võimaliku hoovana, mille abil tööjõuvajadust vähendada ja tagada ressursside kokkuhoid. Saksamaa soosib samuti tehnoloogia kasutamist, kuid neile on oluline, et säiliks inimesekeskse hoolduse osutamine (arstid ja hooldajad suhtlevad otse kliendiga), mida tehnoloogilised lahendused ei tohiks vähendada ega takistada.

Soovitused Eestile

- Mõlemad riigid on suuna võtnud deinstitutionaliseerimisele ja koduhoolduse soosimisele, sest koduhooldust peetakse asutusepõhisest hooldusest soodsamaks. Lisaks võimaldavad ja toetavad mõlemad riigid ka mitteformaalset hooldust, seda erinevat tüüpi

hoolduspuhkuste abil. Eestis vajab hoolduspuhkuse süsteem suuremat paindlikkust ja pikemat kestvust. Eestis piirdub hoolduspuhkus viie päevaga aastas, kuid täiendavad toetavad võimalused puuduvad.¹⁴⁶

- Mõlemad riigid erinevad omarahastuse poolest. Kui Saksamaal makstakse 3,05% (jaguneb tööandja ja töötaja vahel) maksu pikaajalise hoolduseks, siis Hollandis maksab töötaja oma kogusissetulekult kolm korda rohkem (9,65%). Eestis on pikaajaline hooldus tagatud sotsiaalmaksu abil, kuid arvestades inimeste vajaduste kasvu ja vananemise trende, siis peaks Eesti kaaluma täiendavat, eraldiseisvat pikaajalise hoolduse maksu.
- Holland on kehtestanud hooldusteenuste tunnihindadele piirmäära. Saksamaal erinevad teenuste hinnad liidumaade ja regioonide lõikes mitmeid kordi. Eesti puhul on piirmäärad kehtestamata ja hiljutine analüüs erinevate pikaajalise hoolduse teenuste tunnihindade kohta kinnitas suurt varieeruvust Eesti eri piirkondades. Koduteenustes esines arvestuslikes ühikuhindades mitmekordseid erinevusi, näiteks erinesid 17 korda Alutaguse ja Rae valla koduteenuste hinnad, mis olid vastavalt 5 EUR ja 75 EUR ühe tunni kohta.¹⁴⁷

Kokkuvõte huvitavamate elementidest pikaajalises hoolduses.

Holland

Suund on võetud koduteenuste eelistamisele. Lisaks on tagatud lai valik teenuseid.

- Iga inimene maksab oma sissetulekust 9,65% kohustuslikku tervisekindlustusskeemi, mis võimaldab hollandlastel abivajaduse korral saada kvaliteetset ja personaalselt pikaajalist hooldust (näiteks võimalus valida hooldus kodus hooldekodu asemel).
- Riigi tasemel otsitakse ja toetatakse tehnoloogia ja innovatiivsete lahenduste kasutamist pikaajalises hoolduses.
- Mitteformaalsetele hooldajatele on tagatud paindlik süsteem hoolduspuhkuseks.

Saksamaa

- Iga inimese palgast makstakse 3,05% sotsiaalkindlustuse makset pikaajalise hoolduse jaoks, mis jaguneb võrdselt tööandja ja töötaja vahel. Lasteta isikud peavad maksma sama maksu 0,25% rohkem.
- Töötajatele, kellel on hoolduskoormus, võimaldatakse lühendatud tööaega (15 tundi nädalas hoolduseks tööajast kuni 24 kuuks).
- Hiljutised reformid on suunatud KOV-ide võimekuse tõstmisele pikaajalise hoolduse paremaks tagamiseks.

¹⁴⁶ Sotsiaalkindlustusamet. Puuded. <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puudega-inimesele#Tasustatud%20hoolduspuhkus> (22.07.2021)

¹⁴⁷ Riigikantselei. 2021. KOV koostöövõimaluste mõjude analüüs pikaajaliste hooldusteenuste korraldamisel. https://www.rahandusministeerium.ee/system/files_force/document_files/kov_koostoo_pht_lopparuanne_21.01.2021.pdf?download=1 (11.09.2021)

5. Fookusgrupi intervjuud ja ekspertintervjuud

Pikaajalise hooldusega seotud küsimuste ja tulevikuväljavaadete kaardistamiseks kaasati uuringusse erinevate valdkondade eksperte, kes puutuvad igapäevaselt oma töös kokku pikaajalise hoolduse teemadega. Ekspertidega viidi läbi viis individuaalintervjuud ja kaks fookusgruppi, mille käigus analüüsiti praegust abivajadust ja selle muutumist tulevikus, suuremaid hoolduskoormust mõjutavaid trende, võimalusi pikaajalise hoolduse korraldamiseks ja finantseerimiseks tulevikus, häid praktikaid teistest riikidest ning väljakutseid pikaajalise hooldusega seotud teemade kommunikeerimisel.

5.1. Abivajadus täna ja tulevikus

Kõik intervjuueeritavad viitasid suurenevale vajadusele **inimliku ja personaalse abi järele**, mis kataks terviklikult inimese kõiki vajadusi. Abivajajad peaksid saama abi ja hooldusteenuseid seal, kus nad ise soovivad (enda kodus, laste lähedal, vastavas asutuses).

„Vaja on personaalset, mitte universaalset abi. See ootus, et mind kuulatakse ja nähakse, sellist abi on vaja!“

Abivajadust mõjutab oluliselt ka arstiabi kättesaadavus. Inimesed elavad kauem kui varem, kuna ravimid ja arstiabi on paranenud. Inimesed ei sure tingimata enam **kroonilistesse ja raskematesse haigustesse**, vaid neil tekivad erinevad puuded ja toimetulekupiirangud. Kuna elanikkond elab kauem, siis suurenevad vananemisega seotud degeneratiivsed haigused ning tulevikus esineb rohkem dementsusega seonduvaid probleeme. Peale vananemise on vajadus arstiabi järele kasvanud ka seetõttu, et paljud enneaegselt või puudega sündinud lapsed, kes varasemalt ei oleks ellu jäänud, elavad pikemalt, kuid vajavad sageli kümneid aastaid või terve elu hooldust ja abi.

Terviseseisundiga seoses viidatakse ka **rehabilitatsiooniteenuste vähesele kättesaadavusele**. Raske trauma või haiguse läbipõdenud inimesed jäävad tihti edasise abita, kuigi nende abivajadust ja tervislikku seisu oleks võimalik leevendada.

Omastehooldajate liigse koormuse küsimus vajab ekspertide hinnangul kiiret lahendust ja sõltub sellest, milliseid poliitilisi otsuseid tehakse ja kuidas riigieelarvet tulevikus juhitakse.

„Kui jätkub paigaltammumine, siis omastehooldajate koormus suureneb ja kuna elanikkond vananeb, siis on vältimatu hooldusvajaduse kasv.“

Abivajaduse kasvu ärahoidmiseks nähakse olulist rolli ennetusel – peale tervisliku eluviisi propageerimise ja teadlikkuse on roll ka märkamisel. Ekspertide sõnul on **vaja võimalikult vara sekkuda**, enne kui inimesed ja pere on juba hädas.

5.2. Pikaajalist hooldust mõjutavad trendid

Ühiskondlikud trendid

Ekspertid näevad elanikkonna vananemist kui peamist pikaajalist hooldust mõjutavat trendi. Üksikisiku vajadustele mõeldes tuuakse esile, et inimesed eelistavad võimalikult kaua elada oma kodus ja jätkata oma tavapärase elu.

Ühiskondliku trendina nähakse ka mobiilsuse suurenemist lähedaste seas – võõrsil või kodust kaugemal töötamine, vaba liikumine Euroopas, noorte üleilmastumine. Sellest tulenevalt elab palju eakaid üksi ja ilma lähedaste abita. See omakorda suurendab vajadust formaalse koduhoolduse ja abistavate tehnoloogiate järele, mis aitaksid lähedaste hoolduskoormust vähendada.

Võõrtöötajad

Ekspertid osutasid suurele tööjõupuudusele kvalifitseeritud hooldajate seas, mis seab suutlikkusele vajaminevaid teenuseid osutada olulisi piiranguid. Enamus eksperte nõustus, et üheks osaliseks lahenduseks võiks olla migrantide suurem osakaal hoolduse pakkumisel. Leiti ka, et see on paratamatus ja paljud tänased heaoluriigid on sarnase protsessi juba läbi teinud.

„Ükskõik, kes hooldusteenust pakub, meie enda inimesed töötavad ka Norras ja teistes riikides hooldajatena.“

Leiti, et Eesti palgatase on muutunud motiveerivaks Ida-Euroopa riikidest pärit töötajatele, kuid mitte eestlastele endile. Nenditi, et ka tulevikus jääb hooldajatöö Eestis pigem madalamalt tasustatud tööks, kui arvestada praeguseid rahastusvõimalusi. Esineb ka konkurentsiprobleeme – näiteks Tartus konkureerib omavalitsus tööjõu osas TÜ Kliinikumiga ning sageli suudetakse meditsiinisüsteemis tagada kõrgemad töötasud kui omavalitsuses.

„Ega me ei pääse, kui vaadata Lääne-Euroopat, kus Ida-Euroopast pärit hooldajad hooldavad juba aastakümneid. Tulevadki väga hea tasemega hooldajad ja õed.“

Võõrtöötajõu puhul kerkisid esile kaks aspekti – keelebarjäär ja kvaliteet. Keeleoskust peeti hooldamisel oluliseks, et hooldaja ja hooldatav omavahel sujuvalt suhelda saaks, ning toodi välja ühe murekohana migrantide kaasamisel. Samas arvati, et tulevikus on keelebarjäär kliendi ja teenuseosutaja vahel

väiksem, kuivõrd praegune põlvkond räägib inglise keelt, mida räägivad ka enamik tulevikus sisserändavatest migrantidest.

„Meeldiks, kui jääks suhtlemine eestikeelseks, kuid paratamatult meie tulevik liigub võõrtööjõu suunas.“

Ekspertid rõhutasid, et teenuseosutamise kvaliteet peab olema tagatud nii eestlaste endi kui migrantide puhul. Lisaks rõhutati kindlate reeglite vajalikkust, tagamaks ühtlane ja parim teenuse kvaliteet abivajajatele. Toodi välja, et kvaliteeti aitaks muuhulgas tagada **korralikud koolitused**. Üheks võimaluseks on pakkuda koolitusi mitte tööandja poolt, vaid kutsehariduse baasil.

Innovatsioon ja tehnoloogia

Uudsetel tehnoloogilistel lahendustel nähakse hoolduse valdkonnas kasvavat potentsiaali

kuna *„hooldusvaldkond on täna väga alaarenenud tehnilises mõistes.“*

Tehnoloogia laiemale rakendamisele mõeldes tunnetatakse, et see ei aita tööjõupuuduse probleemi küll täielikult lahendada, kuid pakub olukorrale leevendust. Siiski on intervjueeritute hinnangul rolle, mida tehnoloogia täita ei suuda ning teatav inimlik suhtlus ja kontakt jäävad alati oluliseks.

Osad eksperdid tõid välja, et kuigi uudsete tehnoloogiate kasutamises on potentsiaali, ei ole hoolekandevaldkonnas seni märkimisväärtset innovatsiooni olnud.

„Täna Eestis hoolekandes pole mingit arengut olnud, v.a elektroonilised kliendikaustad.“

Kuigi valmisolek uudseid lahendusi kasutada on olemas, siis ekspertide sõnul sõltub kasutuselevõtt suurel määral riigi ja lähedaste rahastusest ehk *„kõik on rahas kinni.“*

Tulevikus nägid eksperdid lahendusi peamiselt kolmes valdkonnas: 1) abistavad tehnoloogiad (andurid ja abistavad seadmed); 2) tehnoloogia suhtlemiseks; 3) uued lahendused teenuste ja toimetuleku lihtsustamiseks. Tehnoloogilistest lahendustest on eeldatavasti rohkem abi väiksema abivajadusega inimestel.

„Abi on nendel rohkem, kellel on vähem hooldusvajadust. „Käsi külge“ hooldamine on äärmiselt keerukas, näiteks dementsusega inimeste näitel. Tõenäoliselt inimese rolli ei hakka tehnoloogia asendama, aga kergendada saab.“

Mitmed eksperdid tunnetavad erinevate infotehnoloogiliste seadmete kasvavat rolli – peamiselt oleks nendeks erinevad andurid ja (kaug)monitoorimisseadmed. Jälgimisseadmete olulisust nähakse peamiselt toetatud koduhoolduses. Hooldekodudes saavad andurid abistada inimeste tervisenäitajate jälgimisel, et muutused oleks kiiremini näha ning sekkuda saaks varem. Sellisel juhul saavad inimesed olla iseseisvamad ning hooldustöötajad peavad neid vähem jälgima.

„Kus innovatsioon tõenäoliselt aitab, on sellise füüsilise järelvalve vajaduse vähendamine. Jälgimise ja kutsungi süsteemide kasutamine. See võtab maha füüsilist tööjõu vajadust ja võimaldab operatiivselt reageerida.“

Olulist arenguruumi nähakse tehnoloogia kasutamises nii lähedastega suhtluses kui ka teenuste ning arstiabi saamisel. Lisaks on võimalik nii eakatel endil kui ka lähedastel leida vajadusel kogukonnast abistajaid. Eakate puhul toodi välja, et vestluskaaslane aitaks leevendada üksildust – heaks näiteks on erinevad tugiliinid ja suhtlusrobotid. Negatiivse küljena suhtlusrobotite kasutamisel tajuti ohtu, et inimesed hakkavad vähem liikuma ning inimsuhted saavad kannatada.

„Innovatsiooni juures me peame suutma hinnata, kui palju me läheme innovaatiliseks, kui palju meie eest teeb ära tehnoloogia. Kas rahulolu on selles, et ta saab vajalikud toimingud või rahulolu peitub ka inimlikus kontaktis?“

„Üksildus on defineeritud kui kvaliteetsete inimsuhete puudus. Definitsiooni põhjal on võimatu, et robot inimsuhteid asendab.“

Teenuste ja toimetuleku lihtsustamise lahendusena nähakse enamasti hooldaja **ja abivajaja füüsilise koormuse vähendamist** (voodisse tõstmist lihtsustavad lahendused, erinevad robotid, elektriratastoolid jmt). Standardprotseduuride lahendustes nähakse suuremat kasutegurit pigem teenuseosutajatele kui abisaajatele.

„Kindlasti see töö, mis tapab inimest (nt tõstmine), võiks olla asendatav tehnikaga.“

Lisaks tuuakse lahendustena esile erinevaid teenuste tarbimist lihtsustavaid rakendusi. Näiteks e-kuller koduteenuse raames, mis võimaldab vähendada lähedaste ajakulu.

Ekspertid mainisid ka digipädevuste tõstmise vajadust ja seda nii abivajajate kui ka abipakkujate seas.

5.3. Abi korraldus

Intervjuudes tunnetasid mitmed eksperdid, et hooldusega seotud teemadest räägitakse rohkem. Riiklikul tasemel on ette võetud valdkonna korrastamine, mis on laiahaardelisema lähenemisega ja suunatud teenuste paremale integreerimisele. Siiski tuntakse puudust kindlast tasemetevahelisest raamistikust ehk selgusest selles osas, mida peaks tagama inimene ise või tema lähedased ja mis oleks riigi ning kohaliku omavalitsuse roll. Praeguseid edusamme nähakse marginaalsetena, puudub kindel kvaliteedi hindamise raamistik ja teenused on killustunud – inimestel on endiselt vähe teenuseid, mille seast valida.

„Me peame vaatama teenuste sisse, mitte vaatama ülevalt alla riigina, et teil peavad kõik need teenused olema, vaid et inimesed saaks selle abi, mida neil on vaja.“

„Vanemad inimesed pole ühtne homogeenne klass inimesi. Nii nagu lapsed – osad tahavad laagris käia ja osad üldse ei taha, on ka vanemaid inimesi, kes tahaks ühiselt aega veeta, aga pole kuhugi minna.“

Mitmel juhul peeti õigeks suuremat detsentraliseeritust ja seda, et kogukondadel ning omavalitsustel on suurem roll. Samas markeeriti ohukohana, et kuivõrd Eestis on erinevate piirkondade rahaline seis väga erinev, võib suurem detsentraliseeritus tähendada sügavamat lõhet teenuste kvaliteedis ja kättesaadavuses.

„Eestile on jõukohane detsentraliseeritud lähenemine, riigi roll peab olema erihoolekandes ja üldhoolekandes tugevamalt sees.“

„Võiks olla iga piirkonna enda otsustada, kuidas abivajadust rahuldada, kuid üle-eestilised kriteeriumid tuleb paika panna.“

Abi korraldus peaks lähtuma inimese eripäradest ning oluline on tagada iseseisev toimetulek võimalikult pikalt. Kui inimene vajab milleski abi, peab ta seda saama – olgu siis lähedaste toe, riigi- ja kogukonnateenuste või erinevate toetuste läbi.

„Pigem peakski toetama iseseisvat toimetulekut selle piirini, kuni seda on konkreetse inimese puhul mõistlik toetada.“

Lähedaste roll

Lähedaste ebaproportsionaalselt suur hoolduskoormus on ekspertide hinnangul siiani lahendamata probleem. Probleemile lähiajal lahenduse leidmise osas oldi pigem pessimistlikud, kuivõrd leiti, et riigil puudub rahaline võimekus võtta endale suuremat vastutust ning ka teenuste korraldamine on puudulik.

„Tänane teenuste arendamine ja teenuste olemus ei tõsta peredelt koormust. Lahendused, mida on kahekümne aasta jooksul liigutatud, pole peredelt koormust võtnud. Vastupidi – nende rahaline koormus tõuseb.“

Nähakse tendentsi, et pigem suureneb lähedaste rahaline koormus ja väheneb nõutava hooldamise koormus. Leiti, et arvestades eluea pikenemist, kujuneb tulevikus veelgi selgemalt välja olukord, kus eakas on nii hooldatav kui hooldaja ning hooldaja vajab ka ise hooldust.

„Julgeks väita, et pikas plaanis hoolduskoormus väheneb, kuna pole aktiivset elujõulist pere, kes oleks võimelised koormust kandma. Võimelisi peresid jääb aina vähemaks.“

Tulevikus peavad eksperdid oluliseks suuremat toetust lähedastele. Riigipoolne võimekus peaks kasvama ja kodupõhiste teenuste mahtu tuleks tõsta. Need omastehooldajad, kes üritavad ise hakkama saada, vajavad rohkem kõrvalist tuge. Toe pakkumine ei tohiks piirduda ainult instrumentaalsete toimingutega (näiteks mähkmete vahetamine), vaid peaks oma terviklikkuses tagama, et lähedane ei jääks tööturult kõrvale ning saaks ka ise täisväärtuslikku elu elada.

„Omastehooldajatel peab olema ka võimalus enda elu elada – vabatahtlik valik, mitte sunnitud valik.“

„Väga paljud eakad ja omaksed on nõus sellega, et abi pakutakse kodus inimese lähedal sel juhul, kui see on toetatud ehk et ise ei pea olema hooldusega ööpäevaringselt seotud.“

Kitsaskohana tuuakse välja lähedaste hooldamiskeskus. Lähedasi tuleks koolitada professionaalselt hooldama või tuleks tagada piisav abi teatud tegevuste läbiviimiseks. Vastasel juhul on oht, et valesti hooldamise tulemusena võib abivajadus veelgi kasvada.

Teenusmajad

Erinevates teenusmajades nähakse pigem potentsiaali ja ennustatakse nõudluse kasvu, juhul kui taolisi lahendusi juurde tekiks. Teenus- ja elamumajades nähakse üldiselt kokkuhoiukohta, kuna abivajadusega inimesed on kokku koondunud ja neile saab teenuseid osutada ühes kohas. Samal ajal rõhutasid eksperdid, et ainuüksi teenusmajad lahenduseks olla ei saa **ning vaja on kombineeritud lähenemist**.

„Teenusmajad on realistlikud, kui üürihind on 300-400€ kuus ja inimene saab teenused ise juurde osta.“

Teenusmajade eelisenä töid eksperdid välja ka kodudesse suunatud teenuste pakkumise, sh nt järelvalve- ja lühiajalise hoolduse teenused.

„Üldiselt ma usun sellesse ning teiste riikide kogemusel võib öelda, et see võimaldab väärikamat elu ja optimaalsemat teenuse pakkumist.“

„24/7 on inimesi väga kallis kodus hooldada, aga kui ärkveloleku ajal on vaja abi ja öösel pole vaja abi, siis võiks ju teenusmajad lahenduseks olla. Võiks olla ka lahenduseks sotsiaalsele isoleeritusele, mis kaasneb füüsilisest tervisest tulenevate piirangutega.“

Ekspertid mainisid ka seenioritele suunatud maju, kus eakad koos elada saaksid või kuhu ajutiselt kolida, kui näiteks talvel maakohas elamine on keeruline, kuid muidu saadakse iseseisvalt hakkama. Positiivse näitena toodi Lõuna-Euroopas lahendusena levinud pansionaadid, kus koos **elavad sarnase sotsiaalse või erialase taustaga inimesed**, kellel on huvitav omavahel suhelda ning koos aega veeta.

Eesti kontekstis rõhutasid eksperdid korduvalt, et teisi valikuid koduhoolduse ja hooldekodu kõrval on liialt vähe ning et hooldekodusse jõuavad inimesed reeglina juba väga suure hooldusvajaduse korral.

„Poolepealsed lahendused on täna see hall ala, mida inimesed üritavad ise edasi lükata. Vahepealsed lahendused pole väga soositud, aga see on viimane võimalus sekkuda, et elu säiliks.“

Teenusmajade puhul toodi välja mikrokorterite võimalus – 1-2-toalised korterid, kus oleks mugav elada ka liikumisvaevustega inimesel. Rõhutati ka üldist vajadust pöörata kinnisvaraarenduses rohkem tähelepanu eakate ja hooldusvajadusega inimeste eripäradele, mh näiteks on kahetoalised korterid heaks võimaluseks elada koos hooldajaga ja võiksid olla eelistatud ühetoaliste ees.

Oluliseks peeti teenusmaja asukohta, mis võiks olla kodu või lähedaste lähedal. Ekspertide hinnangul tuleks vältida olukordi, kus tekivad isoleeritud kogukonnad, mis pole enam laiemalt ühiskonda integreeritud. Olulisena nähti eakate võimalust ühiskonnaelus kaasa lüüa ning olla osa kogukonnast – eriti oluline on see üksilduse ennetamisel ja vältimisel.

Formaalne hooldus hooldekodus ja kodus

Ekspertid leidsid, et formaalset koduhooldust on täna liiga vähe ja omastele jääb liiga suur roll. Ei leitud, et väheneks vajadus institutsionaalse hoolduse järele, ja probleemina toodi esile professionaalse koduhoolduse kui vaheetapi vähene kättesaadavus. Oletati, et kui koduhooldus oleks paremini kättesaadav, tõuseks ka selle populaarsus ning selline lähenemine aitaks ennetada abivajaduse järsku kasvu.

„Inimesed ei adu seda keskmist varianti. Inimesed näevad kahte varianti (ise hooldamist või hooldekodusse saatmist) ja hakkavad ise hooldama. Inimesed ei teadvusta seda, et on olemas koduteenused.“

Formaalsete teenuste olemasolu nii koduhoolduses kui ka hooldekodudes peaks tulevikus muutuma selgemaks nii abivajajatele kui ka lähedastele. Hetkel tehakse hooldekodu kohalik saadavuse alusel, kuid valikuvõimalus on väike – lähedane viiakse üldjuhul sinna, kus on lähim vaba koht. Parema elukvaliteedi tagamiseks peavad olema teenused ning lisategevused paremini lahti seletatud, et inimene saaks parima võimaliku abi tema vajadustest lähtuvalt. Peab tekkima ka võimalus hooldekodusid vastavalt oma vajadustele vahetada – hetkel on ekspertide sõnul olukord, kus „piltlikult saab hooldatav ühe koha ja sinna ta ka sureb.“

Lahendusena nähti väiksemaid hooldekodusid (12-30 inimest). Hetketrende vaadates nägid mitmed eksperdid, et hooldekodud lähevad pigem suuremaks. Ühes asutuses on sageli enam kui 200 kohta ja tegutsetakse maksimumi piiril, et olla majanduslikult tasuv. Inimesed aga eelistaksid väiksemaid, kodusemaid ja peresarnasemaid asutusi. Hooldekodude puhul peeti oluliseks ka hooldekodude integreeritust ühiskonda, et sealsed inimesed saaksid olla aktiivsed kogukonna liikmed, osaleda erinevatel üritustel ning mitte tunda end eraldatuna.

„ Kui inimesed mõtlevad, et nad pole oma kodus nagu kindluses, siis võib saada hooldekodude teenus populaarsemaks. Raske öelda, kummale poole (hooldekodud vs kodus hooldamine) raskuskese võib kalduda, kuid see kindlasti sõltub teenuskeskkonnast.“

Ekspertid tõid välja, kui oluline on, et inimene saaks ka hooldusvajaduse tekkimisel olla võimalikult kaua iseseisev ning oma elu juhtida ja leidsid, et Eesti praegune süsteem seda piisavalt ei võimalda.

„Väga suurepärastes hooldekodudes ei tohi inimestel olla sisekorraeeskirjade järgi raha. Mõistus korras, aga inimesed ei saa otsustada teenuste üle ise, mis nõuavad raha.“

Vabatahtlikud

Vabatahtlikkus ja kogukonnapõhine abistamine on ekspertide sõnul väga tervitatav ning selles suunas peaks liikuma, kuid ainuüksi vabatahtlikule panusele tuginemine ei lahenda pikaajalises hoolduses tekkivaid probleeme. Leiti ka, et mida suuremaks ja spetsiifiliseks inimese abivajadus muutub, seda väiksemaks muutub kogukonna roll.

Probleemkohana nähti küsimust, kuidas soodustada vabatahtlikkust üle Eesti, arvestades et jõukamad ning rohkem vaba aega omavad inimesed on koondunud pigem tõmbekeskustesse ja maapiirkondades võib vabatahtlikke abikäsi jääda vähemaks.

Vabatahtlikkuse kasvule hoolduses viidati kui küpse ühiskonna tunnusele. Vaatamata positiivsetele hoiakutele vabatahtlike kaasamise suhtes rõhutasid eksperdid, et vabatahtlikke tuleks toetada ja lihtsalt „aitäh“-ist sageli ei piisa. Leiti, et tulevikus võiks tekkida „kultuuriline“ muutus hooldusmaastikul, kus inimesed leiavad aega ja tahavad panustada, abivajajad ning lähedased on nõus ja pooldavad sellist abi. Vabatahtlikkuse „käimalükkamisel“ on vaja abivajajatele erinevaid võimalusi abi saamiseks senisest enam tutvustada.

„Mida rohkem ühiskond areneb, seda rohkem aktiviste tuleb, aga peab arvestama, et vabatahtlikkus teatud hetkest pole enam tasuta.“

Ühe näitena vabatahtlikkusest kerkis esile üliõpilaste ühiselamute idee, kus tudengitel oleks võimalus elada eakatega koos, nendega aega veeta ja neid vajadusel abistada ning kus neil tuleks maksta seetõttu väiksemat üüri. Leiti ka, et erinevad lähedasi hooldavad inimesed ja pered võiksid teha omavahel rohkem koostööd.

Mitmel juhul viidati Soomele, kus elatustase on kõrgem ning naistel on rohkem vaba aega võrreldes Eestiga, kus sageli tuleb töötada mitmel ametikohal, hoida lapsi ning hooldada eakaid lähedasi ja kus vabatahtlikuna panustamiseks jääb vähem aega ning energiat.

5.4. Finantseerimine

Sotsiaalvaldkond pole odav ning ekspertide hinnangul peaks Eesti liikuma teatud ühiskondliku kokkuleppe suunas ehk otsustama, mida ja kui palju edaspidi hoolduses kaetakse ning mille arvelt. Hetkel nähakse riiki katastroofi lähedal – vajadused ja ootused kasvavad kiiremini, kui reaalne võimekus nendele vajadustele ja ootustele vastata. Esines arvamusi, et tänane teenuste kättesaadavus ja piiratus kvaliteedi mõttes pole Eestile kui kaasaegsele riigile kohale. Ekspertide hinnangul puudub riigil pikaajaline plaan hoolduse korraldamisel – praegune süsteem jätab hätta suure abivajadusega inimesed ja nende lähedased ning avaldab tööturule negatiivset mõju.

„Hetkel kannab 80-90% hooldusest inimene või perekond ise. See ei tohiks olla juba praegu nii ja riik peaks rohkem kandma.“

„Tänase kogemuse pealt võiks sotsiaalteenuste rahastamine olla teisiti. Tänane maksekoormus, mis on pandud isikutele ja nende lähedastele, on suur ja teenuste kasutamist heidutav. Lisaks selline skeem heidutab ka teenuse pakkujaid ja korraldajaid, nad pole valmis teenust edasi arendama.“

„Kui teenused on erineva rahastamissüsteemiga näiteks tervishoius ja hoolekandes, siis jääb haige jaoks lõpmata surve odavamale teenusele. Selle tõttu võime me lõpmatult kühveldada raha tervishoidu ja suurendada haigla- ja hooldusravi kohti, kuid kui me hoiaks ja aitaks inimesi teiste teenustega, siis nad ei satuks haiglasse ja hooldusravile ja see omakorda hoiaks ära üleliigse kulu.“

Ekspertide seas puudus ühtne arvamus, milline oleks pikaajase hoolduse finantseerimiseks Eestis parim lahendus, kuid nõustuti, et hooldusvaldkonda on vaja lisaraha, tagamaks teenuste toimimine, kvaliteet ja kättesaadavus ning vähendamaks lähedaste koormust. Leiti, et kui riik võtaks keskselt suurema rolli, saaks hoida teenuste pakkumise kvaliteeti kõrgemana, sest juba praegu ollakse rohkem rahul pigem ühetaoliste riiklike kui KOV-i poolt pakutavate teenustega.

„Teenuse rahastus võiks olla erinevate osapoolte kompott, mis on garanteeritud selle fakti läbi, et oled sündinud Eestis ja makse maksnud ehk solidaarne.“

Eesti panustab hooldusvaldkonda riigieelarvest hinnanguliselt 0,2-0,3% SKT-st, kuid mitme eksperdi sõnul peaks see vähemalt kümnekordistuma, et „asi toimiks.“ Viidatakse peamiselt Põhjamaadele ja Hollandile, kus panus on 2-4%.

„Me võiks olla hoolduses 10 rikkama SKT-st panustava piirkonna seas Euroopas.“

Peamiseks kuluallikaks hooldusvaldkonnas hinnati tööjõudu ja samas nähti, et tööjõukulud peaksid tulevikus konkurentsivõimelisema tasu tagamiseks veelgi tõusma. See aga tekitab olukorra, kus tööseks ka hooldekodude kohamaksused, ületades inimeste võimalusi koha eest tasuda. Juba täna on ekspertide hinnangul kohad võrdlemisi kallid.

Kokkuhoiukohtadena nähakse tulevikus finantsiliselt soodsamat koduhooldust ja omastehooldajate toetamist. Samas toodi esile, et kui koduteenust kasutada samas mahus üldhooldusteenustega, siis oleks maksumus kodus kolm korda kallim. Ekspertid leidsid, et üle peaks vaatama kogu praeguse süsteemi – milliseid teenuseid on endiselt vaja ja mida saaks asendada, muuta või ühendada teiste teenusega, näiteks e-kulleri ja toidu kojuveo teenus on muutunud väga kättesaadavaks ja tekitanud küsimuse, kas see peab olema koduteenuste osa. Teenuste olemusi ja ülesehitust ümber vaadates on võimalik leida ka kohti kokkuhoiuks.

KOV-id ja rahastus

KOV-idel peaks olema suurem rahaline võimekus, et oma piirkonnas kvaliteetset hooldust pakkuda, täna on tase väga ebaühtlane. Ühe variandina nägid eksperdid „sildiga“ raha ehk süsteemi, kus riigieelarvest on eraldatud sihtotstarbeline summa just hoolduse rahastamiseks.

Siiski leidsid eksperdid, et kogu vastutust pole mõistlik ainult KOV-ide kanda jätta. Pigem nähakse tulevikus, et kergemate abivajadustega tegutseb KOV ja raskematega riik. Riskina võib selline lähenemine kaasa tuua abivajajate „põrgatamise“ riigi ja omavalitsuse vahel näiteks erihoolekande puhul.

„Kunas ütleb riik, et erihoolekanne on KOV-i enda vastutada? See niimoodi tasapisi justkui tuleb, aga keegi pole öelnud, kunas see siis tuleb.“

„Kuhu me täna liigume? Täna me liigume sinna, kus ministeerium ütleb, et KOV peab tegutsema kiiremini ja paremini. Kust see ressurss tuleb? Kui me erihoolekandes murrame aastaid piike sellega, et seal on inimesed aastaid järjekorras, nad vajavad teenuseid, aga ei saa. See süveneb ja halvab palju protsesse. Omavalitused katavad hoolduse katlast erihoolekande saamata teenust. See on suur kitsaskoht.“

Ise finantseerimine

Eeldatakse, et tulevikus on inimesed tõenäoliselt nõus rahaliselt rohkem panustama kvaliteetsesse teenusesse, kuid mitte teenuse maksumuse täies ulatuses.

Ühe variandina nähakse ravikindlustusele sarnast hoolduskindlustuse süsteemi, kuhu inimene saab või peaks ka ise rahaliselt panustama. Mitmed eksperdid arvavad, et vastutuse täielik kaotamine ühelt osapoolelt pole lahendus, kuid hetkel on liiga suur kohustus jäetud lähedastele, ideaalis oleks finantsiline koormus jaotatud riigi, abivajaja enda ning tema lähedaste vahel. Selliselt saaks tõsta ka teenuste kvaliteeti.

„Kui palju maksab kindlustus ja kui palju inimene? Näeksin, et oleks miinimumstandard ja et oleks universaalselt teostatud vajaduste hindamine. Vastavalt hinnatud vajadustele oleks olemas miinimumtasemel kaetud hoolduse pakkumine, mis katab inimese vajadused. Lisaks oleks võimalik tasuda inimesel rohkem, et saada paremaid teenuseid.“

Mitmel juhul avaldati lootust, et tulevikus on hooldusvajadusega inimeste kohtlemine võrdsem. Toodi välja, et täna tasub omavalitsus kohe inimeste eest, kellel lähedased puuduvad ja kes ise ei suuda ühel või teisel põhjusel enda teenuste eest tasuda, kuid teistel juhtudel peab teenuste eest üldjuhul tasuma pere. Toodi välja, et see olukord võiks olla võrdsem.

Experdid tõid välja, et teise pensionisamba kaotamine võib mõjutada inimeste suutlikkust teenuste eest tasuda ning tõsta omavalitsuste rahalist koormust. Leiti, et pensionisambast välja võetud raha ei aita enamikul juhtudel katta hooldusega seotud kulusid, kuid pakub lühiajalisi võimalusi elukvaliteedi tõstmiseks tarbimise kaudu. Samas tõdeti, et pikaajalise mõju osas on hetkel vara hinnanguid anda.

„Need, kellel pikaajalist hooldust on vaja, on vähem haritud ja väiksema sissetulekuga inimesed. Nemad on need, kes selle välja võtavad ja tulevikus, 30 aasta pärast, on neil seda igal juhul vaja. Ikka ei see ebavõrdsus ja lõhenemine ühiskonnas tuleb. Need, kes raha välja võtavad, on väike tõenäosus, et nad on kõvad investeerijad. Teada on, et ka füüsiline tervis on neil kehvem.“

Potentsiaali nähakse ka kinnisvaraga hoolduse eest tasumises, kuid potentsiaal sõltub suurel määral kinnisvara paiknemisest ja väärtusest – paljude eakate kinnisvara asub piirkondades, kus kinnisvara väärtus on väike. Mitmel juhul toodi näiteid teistest riikidest, kus taoline süsteem toimib ning hooldekodudes on eraldi osakonnad, mis kinnisvara hindamise ja realiseerimisega tegelevad. Eesti puhul ei arvatud, et kinnisvaraga hoolduse eest tasumine saaks olla terviklik lahendus, kuid tajuti et see saab olla osa lahendusest ja hoolduse finantseerimisest.

„Mulle väga meeldiks, kui sambast väljavõtjad investeeriks selle kinnisvarasse.“

5.5. Kommunikatsioon

Eksperdid tajusid, et pikaajalise hoolduse teemat on Eestis piisavalt palju uuritud, erinevad valikuvariandid on laual ning tarvis oleks tegutsemist. Leiti, et vaja on laiapõhjalisemat ühiskondlikku diskussiooni, mille tulemusena saaks sündida konkreetsemad otsused, mis pole vaid poliitiliselt motiveeritud. Tajuti, et teemast ei räägita mh seetõttu piisavalt, et poliitiliselt eeldaks lahenduste pakkumine ühe variandina maksude tõstmist.

„Peamine küsimus on see, kuidas see teema saaks järgmise valimiste agendasse. Valdkonnas töötades tundub, et aeg on kogu aeg küps. Laiem teema oleks maksudebatt, mida käsitleda.“

Leiti, et riigil peaks olema kindel seisukoht, kuidas pikaajalise hoolduse väljavaateid ja võimalusi inimestele tutvustada, et inimesed oskaksid ka ise oma tulevikku ja rahakasutust paremini planeerida ning mõista, milline mõju on nende otsustel tulevikus.

„Riik ja KOV peavad panustama rohkem, aga teisipidi peab inimestele olema selge, mis saab tulevikus nende endi vastutus olema.“

Ekspertide sõnul tuleks ühiskonnas üldiselt pöörata rohkem tähelepanu finantsteadlikkusele. Toodi välja ka, et kui tulevikus peaks tekkima hoolduskindlustuse variant, tekib küsimus, kuidas innustada inimesi hoolduskindlustuse sambasse koguma olukorras, kus just propageeriti teisest sambast raha välja võtmist.

Teenuste korraldamise osas märkisid eksperdid, et infoliikumine erinevate andmebaaside vahel on puudulik, mis võib kaasa tuua ebavajalikke topelt-toetusi. Andmete kogumise parandamine ja bürokraatia vähendamine saavad olla ka olulised kokkuhoiukohad nii inimeste aja kui rahaliste ressursside mõttes.

„Infoliikumine erinevate sektorite vahel on täna väga puudulik. Tervishoiu poole pealt ei näe, milliseid teenuseid, probleeme, vajadusi sotsiaaltöötajad on kodudes näinud on. See võib olla üpris oluline ravieesmärkide saavutamise nimel.“

„Kõige hullem asi on õiguslikult see, et ei anta andmete riskasutuse kohapealt andmeid ja õigusi. Andmete riskasutus tooks kaasa tohutu võidu inimeste enda vaatest.“

Ühe nüansina toodi esile (sotsiaal)meedia roll. Täna kujutatakse ekspertide hinnangul hooldust ja hoolduskoormust üldiselt negatiivselt ja kitsalt, ilma terviklikku pilti avamata, millel võib olla psühholoogiline mõju ja mille tõttu ei pruugi inimesed piisavalt valdkonnale tähelepanu pöörata. Teiseks toodi näiteid, kus hooldekodudes toimuv ja sealsed tegevused ei jõua piisaval määral laiemas üldsusesni ega tekita mõistmist.

5.6. Teiste riikide näited

Ekspertide näited teiste riikide praktika kohta lähtusid sellest, mida oli kogetud nt õppereiside käigus või millest kuulnud erinevate kohtumiste ja seminaride käigus. Iga riigi kohta on võrdluseks välja toodud avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulutuste osakaal SKT-st koos keskmise kulutusega elaniku (*per capita*) kohta ostujõu pariteeti silmas pidades. Eesti avaliku sektori kulutuste osakaal OECD andmetel on 0,3% SKT-st, mis *per capita* on 112 EUR.¹⁴⁸

Holland (3,1% SKT-st/ 1490 EUR¹⁴⁹ *per capita*) – Positiivsena nähti peamiselt head rahastust ja kindlustussüsteemi, kogukondlikku abipakkumist, uudseid lahendusi, hoolduskoordinatsiooni ja andmevahetussüsteemi. Esile toodi regionaalsel võrgustikul põhinevat abipakkumist, kus on oluline roll vabatahtlikel. Viidati andurite kasutusele hooldekodus (liikumise ja tervisemonitoorimise seadmed), mis võimaldab hooldajatel vajadusel või hooldatava tervises seisundi muutuse korral kiiresti sekkuda. Hollandi kogemusest on palju õppida just dementsuse diagnoosiga inimeste toetamisel, kuivõrd seal on fookuses inimeste heaolu ning kasutatakse erinevaid uudseid lähenemisi.

Skandinaavia riigid (Soome 1,3%/ 577 EUR *per capita*; Rootsi 2,7%/ 1172 EUR *per capita*; Norra 3,1% SKT-st/ 1612 EUR *per capita*) – Positiivsete näidetena toodi välja riikliku ja kohalike omavalitsuste vastutuse jaotus, institutsionaalne juhtimine, kvaliteedijuhtimine, kodude variatsioonid ja külad ning hooldusasutused. Mitmel korral viidati sealsele kõrgele detsentraliseerituse tasemele ja kultuurilisele lähedusele Eestiga. Rootsi puhul toodi mitmel korral esile hästi organiseeritud eakate kodusid ja kogukonnapõhist lähenemist. Soomest rääkides viidati lähedaste toetamisele, teenusmajadele, maakondlikule lähenemisele hoolduses ja ennetuses. Ennetamiseks on nt perearstidel kohustus viia kõigi enda nimistus olevate üle 60. aastaste inimeste seas läbi tervises seisundi hindamine ja monitoorida seisundi muutumist ka jooksvalt.

Taani (2,3% SKT-st/ 1071 EUR *per capita*) – Positiivsena rõhutati toimivat elamumajade süsteemi, selgeid rollijaotusi ja ühtseid kriteeriume hooldusvajaduse hindamisel, mis võiks olla ülekantavad ka Eesti konteksti.

Saksamaa (1,6% SKT-st/ 764 EUR *per capita*) – Solidaarne lähenemine hooldusele ja kindlustusele. Kui inimene sõlmib ravikindlustuse, siis on kohustus sõlmida ka hoolduskindlustus. Saksamaa näitel toodi esile hoolduskindlustust, mille rakendamisel esialgu eeldati, et formaalsed teenused võtavad üle hoolduspakkumise ja omastehooldajate protsent langeb – seda ei juhtunud ning omastehooldajate protsent on sama suur, kuid nende ülesanded pole nii keerulised. Lisaks viidati positiivsena lahendusele, kus Saksamaal on vajadusel võimalik võtta lähedase hooldamiseks hoolduspuhkust (kaudselt sarnane Eesti vanemahüvitisele) ja kus sel perioodil on tagatud töökoha säilimine.

¹⁴⁸ OECD Statistics. Health expenditure and financing. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTICR# (11.09.2021)

¹⁴⁹ Tegemist on USA dollari teisendustega eurodeks. Aluseks on võetud 12.10.2021 kurss.

Austria (1,1% SKT-st/ 537 EUR per capita) – Näitena toodi asutusepõhist kindlustussüsteemi ja positiivset kogemust võõrtöajõu kasutamisel.

Prantsusmaa (1,3% SKT-st/ 540 EUR per capita) – Hiljuti juurutati ühine riiklik hindamissüsteem, kus on tugevalt esindatud ka hooldusvaldkond.

Island (1,9% SKT-st/ 806 EUR per capita) – Hooldekodu ja teenusmaja näide Reykjavikis. Teenusmajja saab osta korteri, mille 51% omanikuks jääb hooldekodu. Tsentraalsed teenused olid hooldekoduga samas majas ja elanikud said neid vajadusel kasutada.

Iisrael (0,4% SKT-st/ 128 EUR per capita) – Näiteks toodi seal laialt levinud teenusmajade mudel.

Intervjuude kokkuvõte

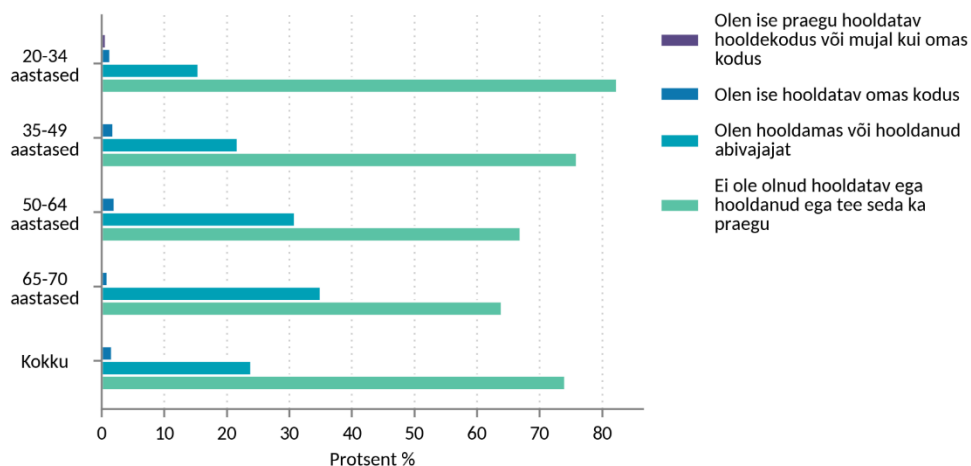
1. Pikaajalises hoolduses on vaja personaalset, mitte universaalset abi. Eestis on piiratud valikuvõimalus abi saamiseks, kuna teisi valikuid omastehoolduse ja hooldekodu kõrval on turul liiga vähe.
2. Inimesed eelistavad võimalikult kaua elada oma kodus ja jätkata oma tavapärast elu. Hooldust soovitakse saada lähedastelt, kuid järjest enam on see raskendatud, sest pereliikmete ja noorte mobiilsus suureneb ning peamiste mitteformaalsete hooldajate, naiste, tööhõive suureneb.
3. Nähakse uudsete tehnoloogiliste lahenduste kasvavat potentsiaali, kuna senini on hoolduse valdkonnas tehnoloogia rakendamine olnud marginaalne.
4. Kasvab erinevate infotehnoloogiliste seadmete (nt. andurid ja kaugmonitoorimisseadmed) roll, mida peetakse oluliseks eelkõige toetatud koduhoolduses.
5. Mitmel juhul peeti õigeks suuremat detsentraliseeritust ja seda, et kogukondadel ning omavalitsustel on suurem roll.
6. Eestil pole pikaajalise hoolduse sektoris pääsu võõrtöajõust. Eesti palgatase on muutunud motiveerivaks Ida-Euroopa riikidest pärit töötajatele, kuid mitte eestlastele endile.
7. Intervjueeritavate hinnangul on rolle, mida tehnoloogia täita ei suuda ning teatav inimlik suhtlus ja kontakt jäävad alati oluliseks.
8. Eesti panustab hooldusvaldkonda riigieelarvest hinnanguliselt 0,2–0,3% SKT-st, kuid ekspertide sõnul peaks see vähemalt kümnekordistuma, et „asi toimiks.“
9. Arvatakse, et tulevikus suureneb lähedaste rahaline koormus hoolduse tagamiseks ja väheneb nende füüsiline hooldamise koormus.
10. Intervjuudes tunnetasid mitmed eksperdid positiivse arenguna, et hooldusega seotud teemadest räägitakse Eestis varasemaga võrreldes rohkem.
11. Toodi esile ka sotsiaalmeedia roll, mis kujutab ekspertide hinnangul hooldust ning hoolduskoormust negatiivselt ja kitsalt ilma terviklikku pilti andmata.

6. Üleriigiline küsitlus

Alloleva veebipaneeli küsitluse pikaajalise hoolduse teemal viis läbi Norstat Eesti AS perioodil juuli-august 2021. Uuringu üks eesmärkidest oli hinnata põlvkondadevahelisi erinevusi pikaajalise hooldusega seotud väljakutsetele. Osalejatelt küsiti kümme sisulist pikaajalise hooldusega seotud küsimust, mille tulemused on esitatud järgnevatel joonistel vanusegruppide ja koondtulemuste lõikes.

Joonis 3 näitab protsentuaalselt, kui palju vastanutest on hetkel või on olnud hooldatav või hooldaja. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kas te hooldate kedagi või olete hooldanud või lähedane on olnud hooldekodus, kelle eest teie vastutasite?

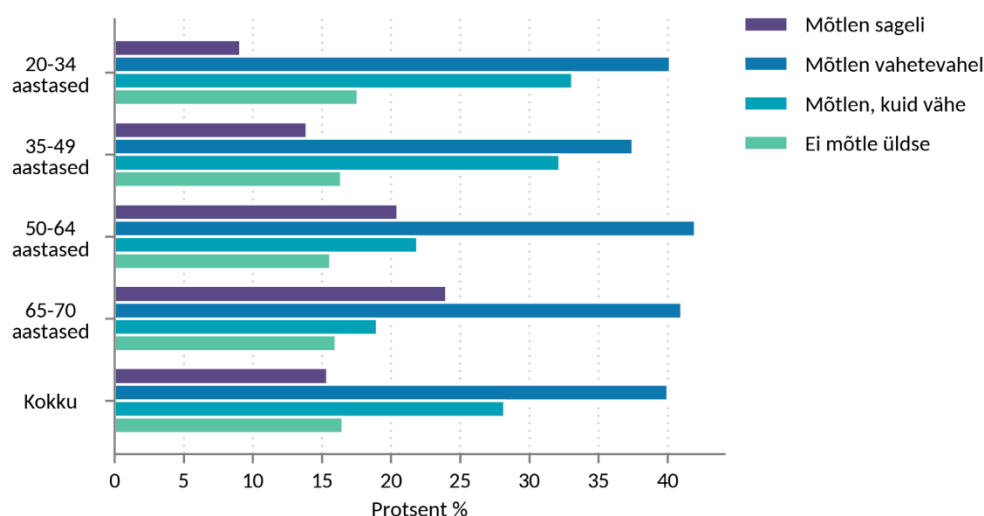


Joonis 3. Kas te hooldate kedagi või olete hooldanud või lähedane on olnud hooldekodus, kelle eest teie vastutasite?

Joonis näitab, et 74% kõigist vastanutest ei ole olnud hooldatav ega hooldanud, 24% on hooldamas või hooldanud abivajajat ja 2% on ise hooldatav oma kodus. Enamus vastanutest seega ei ole olnud hooldatav ega hooldanud ja mitte üheski vanusegrupis ei ole keegi ise hetkel hooldatav hooldekodus.

Teine küsimus uuris, kui sageli mõtleb vastaja enda või lähedase tuleviku hooldusvajadusele. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kui palju mõtlete enda või mõne lähedase tuleviku hooldusvajadusele?

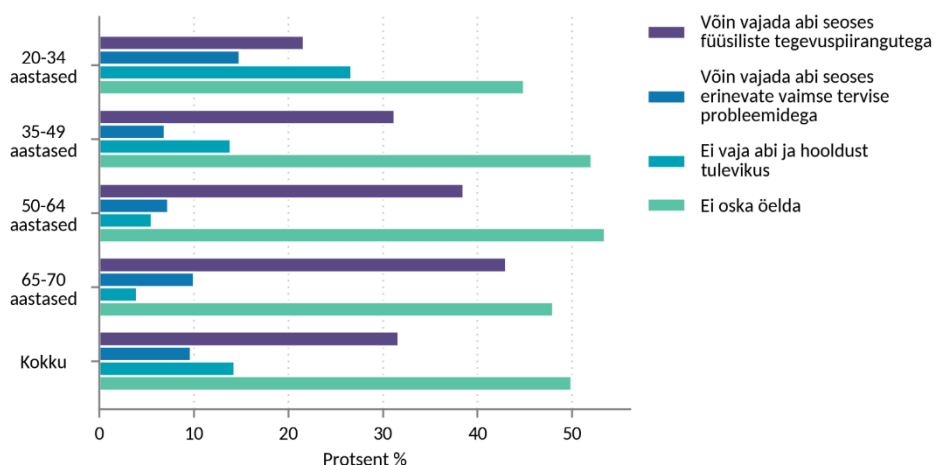


Joonis 4. Kui palju mõtlete enda või mõne lähedase tuleviku hooldusvajadusele?

Küsitlusele vastanutest 55% mõtleavad sageli või vahetevahel ja 45% mõtleavad vähe või ei mõtle üldse enda või lähedase hooldusvajadusele. 15% vastanutest mõtleavad sageli enda või lähedase tuleviku hooldusvajadusele, 40% teevad seda vahetevahel, 28% mõtleavad selle peale vähe ja 17% ei mõtle üldse. Joonis näitab, et vanemad inimesed mõtleavad enda või lähedase tuleviku hooldusvajadusele sagedamini kui noored: kõige rohkem teevad seda 65-70-aastased ja kõige vähem 20-34-aastased vastanud.

Kolmas küsimus uuris erinevaid põhjuseid, mille tõttu oleks tulevikus vaja abi ja hooldust. Vastajal oli võimalus valida rohkem kui üks vastusevariant.

Millistel põhjustel te arvatavasti vajaksite abi ja hooldust tulevikus?



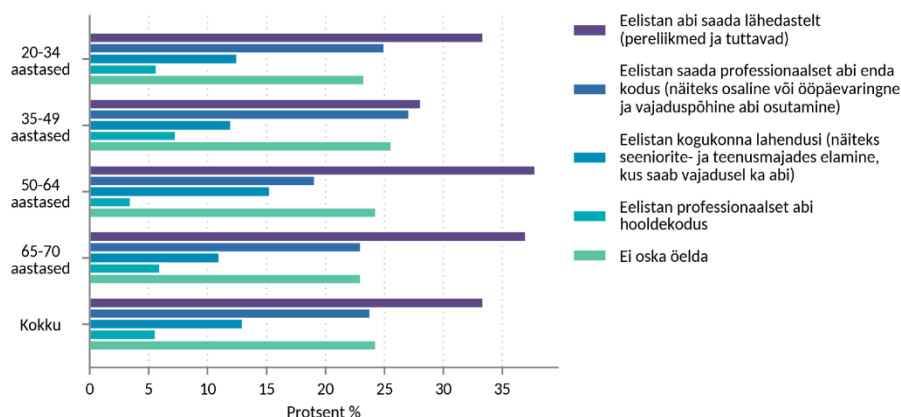
Joonis 5. Millistel põhjustel te arvatavasti vajaksite abi ja hooldust tulevikus?

Vastanutest 32% arvab, et nad võivad tulevikus abi vajada seoses füüsiliste tegevuspiirangutega, ja 10% arvates võib abi vaja minna seoses vaimse tervise probleemidega. Seega peavad vastanud tõenäolisemaks, et tulevikus läheb vaja abi füüsilise tervise halvenemise tõttu. Vastus, et tulevikus läheb abi vaja seoses füüsiliste tegevuspiirangutega, muutub populaarsemaks vanuse kasvades.

Seevastu uskumus, et tulevikus läheb vaja abi seoses vaimse tervisega, on enim levinud kõige nooremas vanusegrupis (20-34-aastased). Pooled vastanutest valisid ka vastusevariandi „Ei oska öelda“ ja 14% osutasid, et neil ei lähe tulevikus abi ja hooldust vaja.

Joonis 6 kujutab protsentuaalselt erinevate vanusegruppide eelistatud pikaajalise hoolduse vormi. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kui te mõtlete enda vajaduste peale, siis kuidas te eelistate saada pikaajalist hooldust?

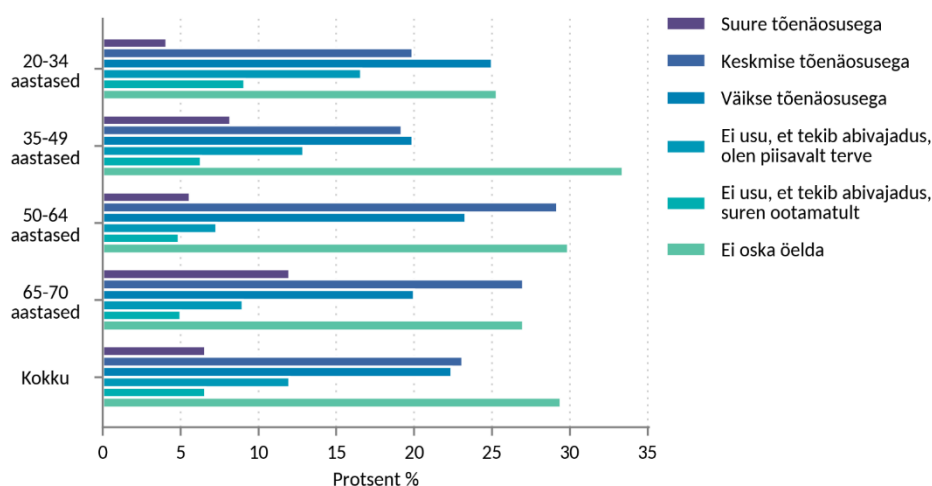


Joonis 6. Kui te mõtlete enda vajaduste peale, siis kuidas te eelistate saada pikaajalist hooldust?

Vastanutest 33% eelistab abi saada lähedastelt, 24% professionaalset abi enda kodus, 13% kogukonna lahendusi ja 6% professionaalset abi hooldekodus. Kõik vanusegrupid eelistavad saada abi eelkõige lähedastelt ja pigem enda kodus kui hooldekodus. Kõige enam soovivad lähedaste abi saada 50-64- ja 65-70-aastased, kõige vähem aga 35-49-aastased.

Viies küsimus uuris osalejatelt, kui suureks nad hindavad tõenäosust vajada tulevikus hooldust. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kui mõtlete enda elule ja tulevikule, siis kui suureks hindate tõenäosust vajada tulevikus hooldust?



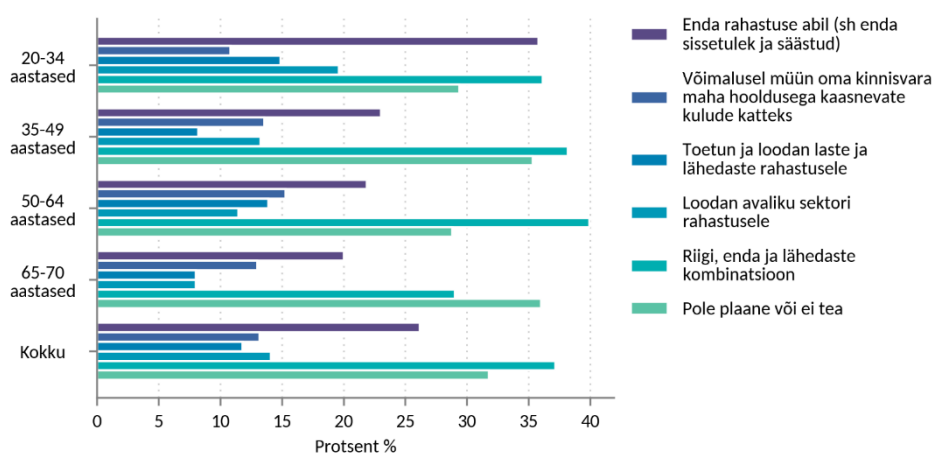
Joonis 7. Kui mõtlete enda elule ja tulevikule, siis kui suureks hindate tõenäosust vajada tulevikus hooldust?

Vastanutest 7% hindab, et tulevikus läheb vaja hooldust suure tõenäosusega, 23% leiab, et keskmise tõenäosusega ja 22% arvates läheb hooldust vaja väikse tõenäosusega. 19% arvab, et hooldust ei lähe vaja tänu heale tervisele (12%) või ootamatu surma tõttu (7%). Arvamus, et tulevikus läheb vaja

hooldust, on enim levinud 65-70-aastaste seas. Vanuse kasvades väheneb nende vastanute protsent, kes arvavad, et tulevikus ei lähe vaja hooldust hea tervise või ootamatu surma tõttu. Lisaks on oluline tähele panna, et suur osa vastanutest (29%) valisid vastusevariandi „Ei oska öelda“.

Joonis 8 näitab kirjeldab erinevate võimaluste populaarsust selles osas, kuidas vastajad plaanivad tulevikus enda pikaajalise hoolduse eest maksta. Vastajal oli võimalik valida rohkem kui üks vastusevariant.

Kuidas plaanite maksta enda pikaajalise hoolduse eest?

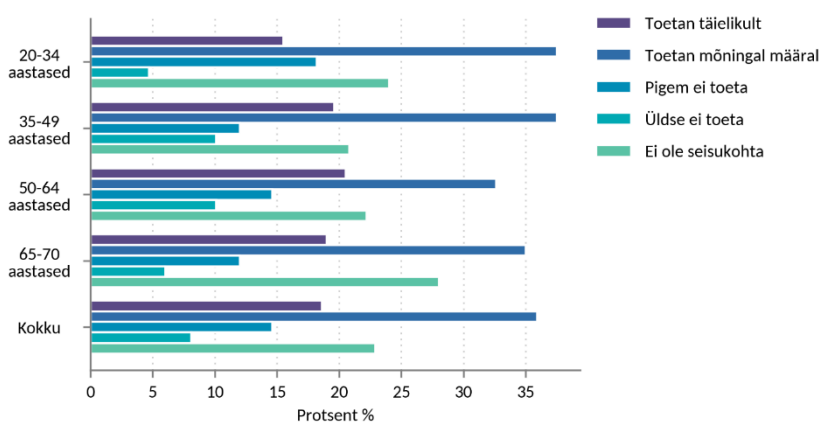


Joonis 8. Kuidas plaanite maksta enda pikaajalise hoolduse eest?

Enim valitud plaan enda pikaajalise hoolduse eest maksmiseks on riigi, iseenda ja lähedaste kombineeritud panuse abil (37%). Pikaajalise hoolduse eest maksmine omaenda rahastuse kaudu oli kõige populaarsem vastusevalik 20-34-aastaste seas, kuid muutus järjest vähem valituks vanuse kasvades. 13% kõikidest vastanutest on valmis müüma enda kinnisvara hooldusega kaasnevate kulude katteks. 32% kõigist vastanutest osutasid, et neil ei ole plaane või et nad ei tea vastust. Märkimisväärselt oli see ka enim valitud vastus 65-70-aastaste seas (36%).

Joonis 9 on näha erinevate vanusegruppide toetusmäär palgatulust makstud kohustusliku ja riikliku pikaajalise hoolduse kindlustuse poolt. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kuidas suhtute kohustuslikku riiklikusse pikaajalise hoolduse kindlustusse mida makstakse palgatulust?

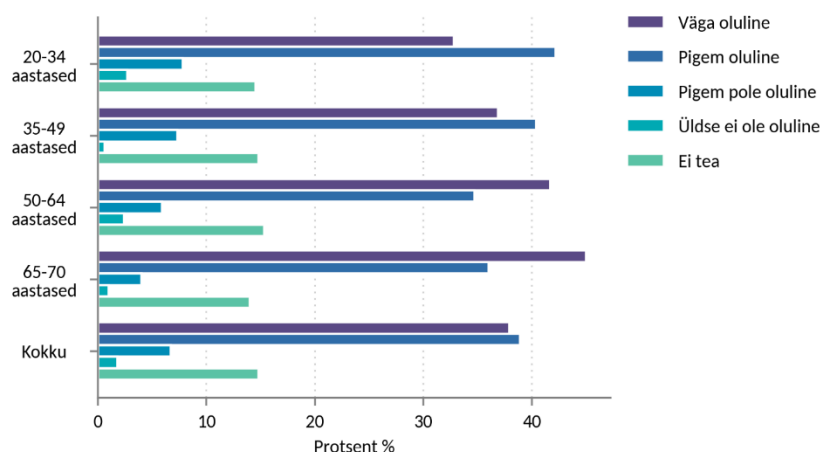


Joonis 9. Kuidas suhtute kohustuslikku riiklikusse pikaajalise hoolduse kindlustusse, mida makstakse palgatulust?

Kõikide vanusegruppide enim valitud vastus on, et nad toetavad pikaajalise hoolduse kindlustust mingil määral: 36% vastanutest toetavad riiklikku pikaajalise hoolduse kindlustust mõnel määral ja 19% toetavad täielikult. Seega on enamus (55%) vastanutest riikliku pikaajalise hoolduse kindlustuse poolt.

Joonis 10 näitab, kui oluliseks peavad vastajad seda, et avalik sektor püüaks lahendada pikaajalise hooldusega seotud väljakutsed nii organiseerimise kui rahastuse osas. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Kui oluliseks peate, et avalik sektor püüaks lahendada pikaajalise hooldusega seotud väljakutsed nii organiseerimise kui rahastuse osas?

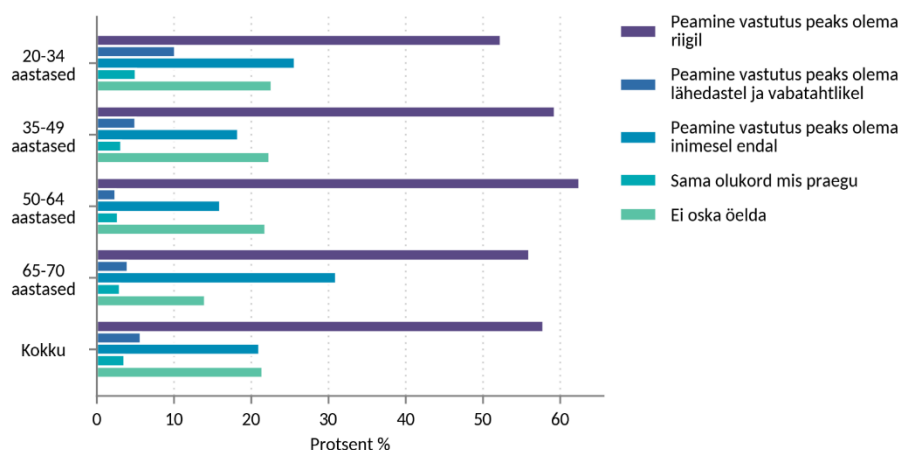


Joonis 10. Kui oluliseks peate, et avalik sektor püüaks lahendada pikaajalise hooldusega seotud väljakutsed nii organiseerimise kui rahastuse osas?

38% kõigist vastanutest peab avaliku sektori püüdlust lahendada hooldusega seotud väljakutseid väga oluliseks, 39% pigem oluliseks, 7% pigem mitte oluliseks ja 2% üldse mitte oluliseks. 50-60- ja 65-70-aastaste vanusegrupp peab avaliku sektori rolli hoolduses väga oluliseks ning 20-34- ja 35-49-aastaste vanusegrupp pigem oluliseks. Seega on avaliku sektori püüdlus lahendada pikaajalise hooldusega seotud probleeme ja väljakutseid iga vanusegrupi jaoks oluline.

Üheksas küsimus uuris, et milline peaks olema tulevikus rahalise vastutuse jaotus pikaajalises hoolduses võrreldes tänasega. Vastajal oli võimalik valida rohkem kui üks vastusevariant.

Milline peaks olema tulevikus rahalise vastutuse jaotus pikaajalises hoolduses võrreldes tänasega?

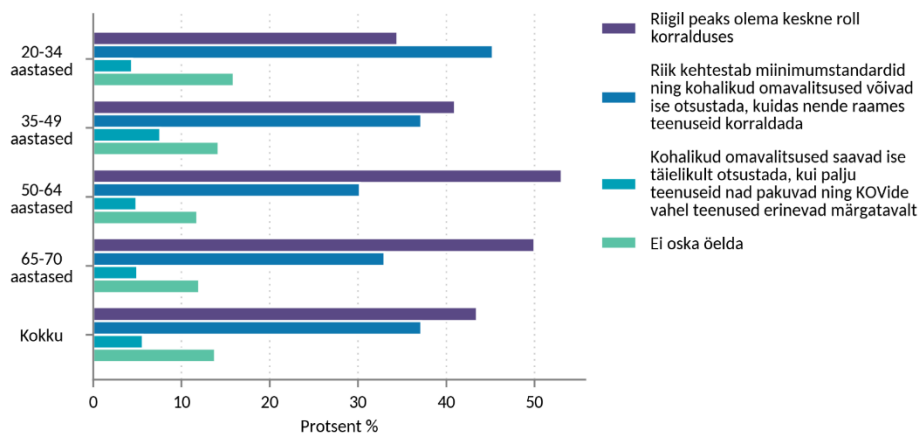


Joonis 11. Milline peaks olema tulevikus rahalise vastutuse jaotus pikaajalises hoolduses võrreldes tänasega?

Enim levinud vastus on, et tulevikus peaks vastutus lasuma riigil (58%), ja teine kõige levinum, et vastutus peaks olema iseendal (22%). Vähem valitud vastused on, et peamine vastutus peaks olema lähedastel ja vabatahtlikel (6%) ning et tulevikus peaks olema sama olukord, mis praegu (4%). Arvamus, et peamine vastutus peaks olema riigil, on kõige populaarsem 50-64-aastaste hulgas ja kõige vähem populaarne 20-34-aastaste seas. Kõige rohkem usuvad 65-70-aastased, et vastutus peaks olema inimesel endal.

Viimane küsimus päris küsitluses osalejatelt, et millises suunas peaks liikuma pikaajalise hoolduse korralduses. Vastaja võis valida ühe vastusevariandi.

Millises suunas peaks teie arvates liikuma pikaajalise hoolduse korralduses (riik versus kohalik omavalitsus)?



Joonis 12. Millises suunas peaks teie arvates liikuma pikaajalise hoolduses korralduses (riik versus kohalik omavalitsus)?

Kaks vastust olid märksa rohkem valitud kui teised: riigil peaks olema keskne roll korralduses (43%) ja riik kehtestab miinimumstandardid ning kohalikud omavalitsused võivad ise otsustada, kuidas nende raames teenuseid korraldada (37%). Arvamus, et riigil peaks olema keskne roll, on kõikide vanusegruppide enim valitud vastus peale 20-34-aastaste, kelle populaarseim vastus oli, et riik kehtestab miinimumstandardid ja teenuseid korraldab kohalik omavalitsus.

Kokkuvõte

- Enamus usub, et eelkõige peaks pikaajalise hoolduse rahastuse kohustus lasuma riigil, ja peavad oluliseks avaliku sektori rolli hooldusega seotud probleemide lahendamises (Joonis 10). Paljud loodavad tulevikus maksta oma hoolduse eest avaliku sektori vahenditega (Joonis 8).
 - Toetatakse riiklikku pikaajalist kindlustust.
 - Noored aga kavatsevad tasuda hoolduse eest eelkõige isiklike vahenditega (Joonis 8).
- Enamus arvab, et riigil on keskne roll hooldusega seotud probleemide lahendamisel, aga ise ootavad abi saada pigem perelt ja lähedastelt (mitte kogukonnalt). Eriti tahavad lähedaste abi vanemad inimesed (Joonis 6).
- Paljud ei oska hinnata, kas nad vajavad tulevikus hooldust. See on isegi 65-70-aastaste seas populaarne vastus (Joonis 7). Märkimisväärne osa ei oska hinnata, mis põhjustel tulevikus hooldust vaja läheks (Joonis 5).
 - Paljud (45%) ei mõtle üldse või mõtleavad vähe enda või lähedaste tuleviku hooldusvajadusele (Joonis 4).
 - Peaaegu pooled vastanutest arvavad, et hooldust ei lähe tulevikus vaja või et selleks on väike tõenäosus (pigem noored) (Joonis 7).

7. Pikaajalise hoolduse tulevikustsenaariumid

Käesoleva analüüsi eesmärgiks pole mitte niivõrd kirjeldada pikaajalise hoolduse süsteemi 20-25 aasta pärast, kuivõrd näidata, milliste valikute korral milliste stsenaariumite ja olukordadeni võime jõuda. Stsenaariumid põhinevad kirjanduse ülevaatel, individuaalsetel ja fookusgruppide ekspertintervjuudel ning küsitluse tulemustel.

Stsenaariumid võtavad arvesse järgmisi globaalseid trende, mis kehtivad ka Eestis.

1. Eakad inimesed elavad valdavalt üksi või paarina. Leibkondi, kus lapsed elavad eakate vanematega koos, jääb üha vähemaks.¹⁵⁰
2. Eakatel on samaaegselt mitu kroonilist haigust või sündroomi, mis põhjustavad pikaajalise hoolduse vajadust.¹⁵¹
3. Vajadus pikaajalise hoolduse järele kasvab, sh kahekordistub aastaks 2050 dementsussündroomiga inimeste arv.¹⁵²
4. Rahvastiku vananemine toob kaasa tööjõu nappuse hooldussektoris.¹⁵³
5. Tervise-, liikumis- ja asukohaandmete edastamine reaalsajas on saanud tavapäraseks. Inimesed lepivad privaatsuse vähenemisega.
6. Suur osa terviseandmete jälgimisest toimub kaugelt IKT abil.¹⁵⁴

Stsenaariumid arvestavad lisaks veel järgmiseid Eesti spetsiifilisi arenguid.

1. Aastaks 2050 on üle 80-aastaste inimeste arv tänasega võrreldes peaaegu kahekordistunud – Statistikaameti prognoosi kohaselt on selleks ajaks 125 000 inimest vanuses 80+. Üle 100-aastaste inimeste arv on kuuekordistunud – selles vanuses on ligikaudu 700 inimest.¹⁵⁵
2. Elu lõpus on toimetulek väga erinev. Sellele aitab kaasa pensionide erinevuse suurenemine ning II samba pensioni reformi mõjud ja võimalus võtta II samba pension välja tähtajaliselt piiratud aastate jooksul. Võib olla palju inimesi, kellel ei ole elu lõpus mingeid ressursse peale esimese samba pensioni, mis on 20-30% keskmisest brutopalgast.¹⁵⁶

¹⁵⁰ Molinsky, J. 2020 „The Number of People living alone in their 80s and 90s is set to soar.“ <https://www.ichs.harvard.edu/blog/the-number-of-people-living-alone-in-their-80s-and-90s-is-set-to-soar> (22.08.2021)

¹⁵¹ Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. 2010. „When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge.“ Granada: Andalusian School of Public Health. https://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf (22.08.2021)

¹⁵² Oliveira Hashiguchi, T. and A. Llena-Nozal (2020). "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?". *OECD Health Working Papers No. 117*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>. (22.08.2021)

¹⁵³ ILO, OECD. 2019. „New job opportunities in an ageing society“. *Paper prepared for the 1st Meeting of the G20 Employment Working Group*. <https://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf> (22.08.2021)

¹⁵⁴ Vandebosch, H.; Beullens, K.; Van den Bulck, J. 2005. „Elderly and ICT: scenarios for the future“. ResearchGate.

¹⁵⁵ Statistikaamet. https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik_rahvastikunaitajad-ja-koosseis_rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV086 (22.08.2021)

¹⁵⁶ Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium. 2016. „Riikliku vanaduspensioni jätkusuutlikkuse analüüs“. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Sotsiaal/vanaduspensioni_jatkusuutlikkuse_analuus_2016.pdf (22.08.2021)

Tulevikustsenaariumid

Stsenaariumite loomisel on kasutatud kahte mõttelist telge. Neli stsenaariumit asuvad telgede vahelistel aladel nn veerandites. Ükski nendest stsenaariumitest ei ole kujutatud ideaalstsenaariumina. Nad annavad lugejale võimaluse hinnata, milline on nende arvates sobiv ja realistlik mudel Eestis.

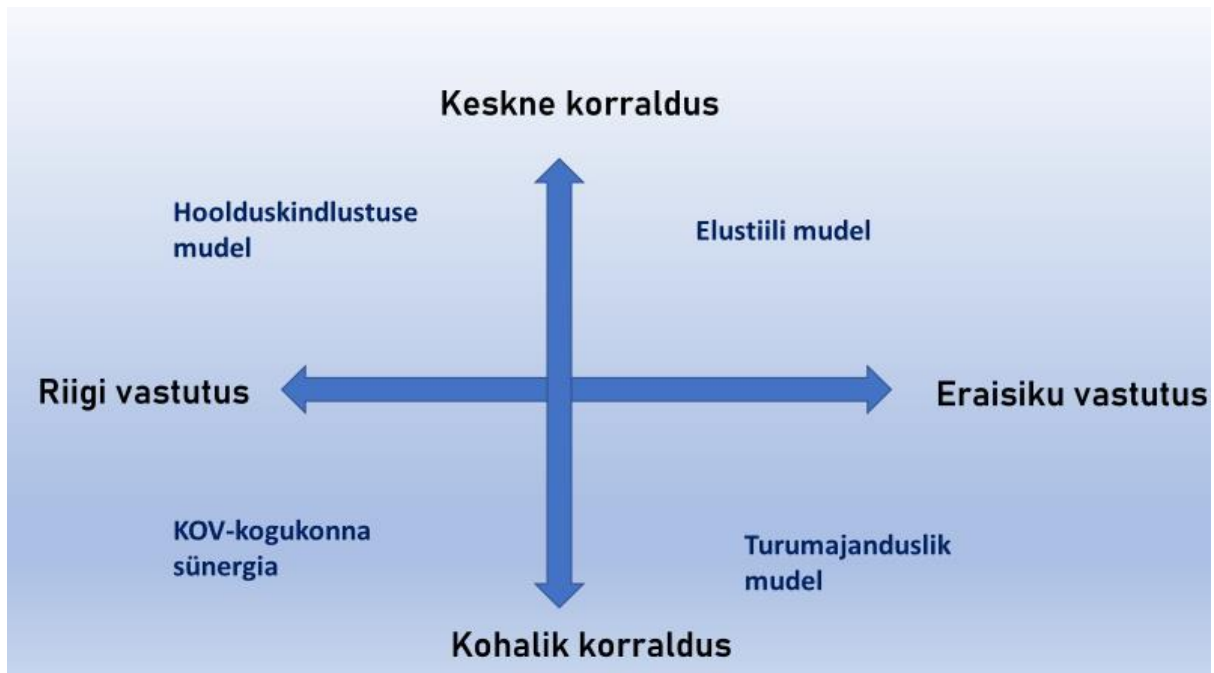
Esimene telg on pikaajalise hoolduse korraldus: keskse korralduse versus kohaliku korralduse telg. Keskne korraldus tähendab, et hooldusvajaduse korral on üle riigi ühesugused regulatsioonid ja reeglid. Need hõlmavad nii hooldusvajaduse hindamist, õigust saada teenuseid, teenuste mahtusid kui ka teenuste maksumust kliendile. Eeskujuks on nt ravikindlustuse või töötuskindlustuse süsteemid, kus sõltumata inimese elukohast, sissetulekust või leibkonna tüübist pakutakse sarnase olukorra (antud juhul hooldusvajaduse) puhul üle riigi sarnase hinna ja kvaliteediga teenuseid.

Telje teine suund ehk kohalik korraldus tähendab, et pikaajaline hooldus on täies ulatuses kohalike omavalitsuste korraldada. Selle hulka kuulub hooldusvajaduse hindamine, teenuste saamise tingimused, teenuste maht ning nende hinnastamine. Omavalitsuste lõikes on inimestel erinevad õigused saada teenuseid, varieeruvad ka teenuste tingimused ja hinnad.

Korralduse telg ei puuduta pikaajalise hoolduse rahastusallikaid ega seda, kas konkreetset teenust osutab riiklik teenusepakkuja, omavalitsusüksus, MTÜ või erasektor.

Teine telg ehk vastutuse telg puudutab pikaajalise hoolduse rahastamist. Telje ühes otsas on riiklik rahastus ehk pikaajalise hoolduse teenused on täies mahus rahastatud riigi poolt – selle all on mõeldud ka rahastust kohaliku omavalitsuse eelarvest. Telje teises otsas on isiku ja perekonna vastutus pikaajalise hoolduse teenuste rahastamise eest. See tähendab, et teenuse maksab kinni klient ise või tema ülalpidamiskohustusega pereliikmed ja teenuse eest tasumisel võetakse arvesse kliendi ja tema pere kõik tulud ning varad.

Ülevaate annab Joonis 13. Eesti asub praegu selles veerandis, kus kohtuvad kohalik korraldus ning isiku ja perekonna vastutus.



Joonis 13. Eri osapoolte korraldusest ja vastutusest lähtuvad pikaajalise hoolduse mudelid. 2021. Haap Consulting.

Hoolduskindlustuse mudel

Selle stsenaariumi keskseks osaks on hoolduskindlustus, mis on riikliku ravikindlustuse osa. Hoolduskindlustust rahastatakse ravikindlustusega ühisest eelarvest, kuhu kogutakse raha peamiselt tööjõumaksetest, kuid on ka üldine riigieelarveline komponent. Inimeste õigused saada hooldusteenuseid on täpselt reguleeritud. Hooldusvajaduse hindamine toimub tsentraalselt ja ühetaoliselt. Kohaliku omavalitsuse roll on peaaegu olematu, tegeledes vaid eakate huvitegevustega.

Kindlustatutel on võrdne ligipääs meditsiinile, hooldusele ja tehnoloogiatele. See silub majanduslikku ebavõrdsust ja erinevusi majanduslike olukordade vahel, kuid teiselt poolt on klientidel vähe valikuvõimalusi ning võtmesõnaks on mastaabiefekt ja süsteemi optimaalsus.

Teenused on formaalsed. Koduteenuste, tugiisiku teenuse, kodu kohandamise jm teenuste pakkumine on täpselt reguleeritud, sarnase hooldusvajadusega inimesed saavad üle riigi samas mahus teenuseid. Inimene saab valida, kas ta võtab nn vautšeri, mille eest ostab teenuseid ise, või võtab vastu hoolduskindlustuse pakutud teenused. Ravi- ja hooldusteenused on hästi integreeritud ning süsteem on optimeeritud ja kuluefektiivne. Hooldekodu, kui kõige kallimat hooldamise vormi, pakutakse ainult väga suure hooldusvajadusega klientidele. Tehnoloogilised lahendused on laialt kasutuses nii ravis kui hoolduses, eeldusel, et need on kuluefektiivsed. Pakutakse tõenduspõhiseid meditsiinilisi sekkumisi hooldusvajaduse edasilükkamiseks. Diagnoosieelsed ennetuslikud tegevused ei ole hoolduskindlustuse osa.

Probleemiks on teenuste järjekorrad, olgugi et riigi kulud pikaajalisele hooldusele kasvavad järjepidevalt. Kui järjekorrad lähevad pikaks, hakkavad jõukamad kliendid teenuseid ostma erasektorilt.

Äärmuslikul juhul hakkab erasektor hooldekodusid rajama odava tööjõuga riikidesse – Aiasse, sh Kesk-Aiasse, Ukrainasse ja isegi Aafrikasse, kuna need on kohalikest hooldekodudest odavamad. Paljud pikaajalise hoolduse vajadusega inimesed lähevad välismaistesse hooldekodudesse, kuhu saab kiiresti koha. Kuna inimene on teinud hooldus- ja ravikindlustuse süsteemi sissemakseid, võivad nad teatud summa eest hooldusteenuseid kasutada üle maailma ning selle eest tasub riik.

Selle mudeli puhul on võitjateks madalama pensioniga ja tuludega inimesed. Kuna kõik on keskselt korraldatud, võidavad sellest süsteemist inimesed, kes ei oleks ise teenuseid otsima erinevatest kohalikest omavalitsustest ja asutustest. Võrreldes praegu kehtiva süsteemiga on need hooldust vajavad eakate lapsed, sest nad ei pea enam isiklikult vanemate hoolduskulusid katma.

Kaotajateks on kõrgema sissetulekuga inimesed, sh need, kes on tööelu jooksul süsteemi maksetega rohkem panustanud või hetkel seda teevad. Kaotajateks on ka need inimesed, kes tahavad ise otsustada ja teenuseid valida.

Riigi kesksel rollil pikaajalise hoolduse korraldamisel toetas 43% küsitluses osalejatest. Võttes aluseks riigid, kus rakendatakse hoolduskindlustust (Saksamaa, Holland), võib eeldada, et pikaajalisele hooldusele kulub ligikaudu 3 % SKT-st.

Persoona

Artur ja Marina on pensionäripaar. Marina on tublisti noorem ja tegusam, aga Artur vajab igapäevaselt pidevat hoolt ja jälgimist.

Kui Artur haiglast koju tuli, koostati talle ravi- ja hooldusplaani, mida jälgivad ja täidavad samaaegselt tema perearst koos pereõega, füsioterapeut, hooldustöötaja ja tegevusterapeut. Hooldustöötaja käib kodus igapäevaselt, füsio- ja tegevusterapeut teatud intervallidega. Plaani korrigeeritakse vastavalt tervislikule seisundile ja hooldusvajaduse progresseerumisele. Perearst jälgib Arturi tervisenäitajaid veebi kaudu. Marina saab ülevaate oma abikaasa tervisest ja seisundist ning prognoosidest, talle pakutakse psühholoogilist tuge ja nõustamist.

Marina saab suures osas jätkata oma tavapärase elu ja hobisid. Ta käib trennis ja osaleb kokandusklubis, aeg-ajalt töötab ta vabatahtlikuna loomade varjupaigas. Kuigi Arturi eest hoolitsemine pole suuresti tema õlul, magab Marina öösel halvasti ja on väsinud. Marina on mõelnud, et Artur võikski olla hooldushaiglas, kuid seda talle ei võimaldata. Kodus on tehtud vajalikud kohandused, et Artur saaks seal edasi olla, kuna koduteenused on kokkuvõttes hooldushaiglast

odavamad. Siiski, kui Marina tahab minna nädalaks kodust eemale, on Artur niikaua hooldekeskuses. Marinale toovad rõõmu laste ja lastelaste külaskäigud.

KOV-kogukonna sünergia stsenaarium

Kohalikul omavalitsusel on vabad käed pikaajalise hoolduse korraldamiseks. Hooldust rahastab iga omavalitsus oma pikaajalise hoolduse eelarvest, kuid raha selleks eraldatakse riigieelarvest vastavalt eakate/abivajavate inimeste arvule omavalitsuses. Kuna hoolduse rahastus tuleb suuresti riigieelarvest, peab omavalitsus tagama hoolduse igale seda vajavale inimesele.

Hooldusvajadusega inimestel on õigus saada vajalikku hooldust, kuid omavalitsusel on teenuste korraldamise osas vabad käed. Inimeste omaosalus teenuste eest tasumisel on riiklikult reguleeritud, seega saab omavalitsus küll otsustada, millist teenust inimesele pakkuda, kuid ei saa küsida teenuste eest, sh institutsionaalse hoolduse eest hinda üle kehtestatud piirmäära. Hooldamine ei ole pereliikmete kohustus.

Omavalitsused on motiveeritud pakkuma teenuseid kuluefektiivselt ning panustama tegevustesse, mis ennetavad hooldusvajadust. Samuti panustavad omavalitsused easõbraliku keskkonna loomisse, et inimesed saaksid võimalikult kaua iseseisvalt hakkama ega peaks kasutama institutsionaalset hooldusteenust. Perearstid suunavad üksildusele kalduvaid inimesi osalema kogukonnategevustes. Omavalitsused pingutavad vabatahtlike kaasamisel. Piirid hoolduse ja kogukonnategevuste vahel on hägused ning paljud eakad inimesed on sotsiaalselt aktiivsed ja kaasatud. Paljudes kogukondades on teenusmajad, kus pakutakse eakatele jt kogukonnaliikmetele huvitegevusi, eakate päevahoidu ning mõnikord ka ööpäevaringset hooldust.

Inimesed saavad kohalikest kogukondadest hõlpu ja tuge. Kuigi suure mobiilsuse tõttu vahetuvad kogukonnaliikmed pidevalt, osatakse ja suudetakse kogukonnad siiski toimivana hoida. Seda tehakse teadlikult. Väiksemates kohtades on igasugused ühistegevused, suuremates linnades korraldatakse ühistegevusi erinevate huvialade ja hobide baasil. Seeniorid teevad palju vabatahtlikku tööd, seda isegi eeldatakse neilt.

Hooldustöö sektor on märkimisväärne tööandja, kus tegutsevad MTÜ-d ja osaühingud, ka omavalitsused ise pakuvad teenuseid. Samas napib töötajaid ning suuremates linnades kasutatakse valdavalt kolmandatest riikidest pärit tööjõudu.

Eriti on tööjõuga probleeme ääremaade hajaasustusega omavalitsustel – pole piisavalt teenuste osutajaid ja see süvendab piirkondlikku ebavõrdsust. Ei saavutata ravi- ja sotsiaalteenuste seostatud pakkumist, need jäävad eraldiseisvateks süsteemideks. Väga suure hooldusvajaduse korral, kus on vaja integreeritud lähenemist, jäävad inimesed hätta.

Selle stsenaariumi puhul on võitjad suuremates ja tihedama asustusega omavalitsustes elavad inimesed. Võitjad on ka lastega eakad. Kaotajad on ääremaa del elavad eakad, kelle jaoks on sotsiaalteenuste valik väiksem ning tervishoiuteenused kaugel.

Mudelit, kus teenuseid pakub omavalitsus, kuid on teatud ühtsem regulatsioon, toetas 37% küsitlusele vastanutest. Sama hulk inimesi toetas rahastusmodelina riigi, inimese enda ja lähedaste panustamist. Kohaliku omavalitsuse täielikku otsustusõigust ja korraldust toetas 6% vastajatest.

Maksumus on sarnane Põhjamaade pikaajalise hoolduse kuludega, mis on ligikaudu 2,5% SKT-st. Riigil on lihtne kulusid kärpida või suurendada läbi klientide omaosaluse piirmäära. Omaosaluse puudumisel ületavad kulud 4% SKT-st.

Persoona

Mia ja Sofia on ema ja tütar, kes elavad lähestikku samas naabruskonnas. Mia tähistab varsti oma 104. sünnipäeva, Sofia sai just 80. Nad käivad igapäevaselt seenioride teenusmajas, kus Mia on eakate päevahoiu klient. Päevahoidu toob ja viib sotsiaaltransport, teenusmajas saab ta päevasel ajal süüa, pikutada ja suhelda, nii palju kui tal parasjagu tuju on. Hea ilmaga viiakse Mia õue jalutama. Sofia aitab teenusmajas läbi viia eakate joogatundi ning osaleb laulukooris. Kevadeti ja sügiseti tehakse kogukonnas heakorrastust. Teenusmajas toimetamine pakub Sofiale tegevust ja võimalust suhelda. Ühtlasi saab Sofia oma emal päeva ajal silma peal hoida ja temaga juttu ajada.

Teenusmaja toimimist rahastab kohalik omavalitsus, sealsed huviringid ja teenused on pensionäridele taskukohased.

Sofia lapsed elavad kaugel ning nende abile ema ja tütar loota ei saa. Sofia on veel suuremate tervisehädadeta ning kõbus, ta liigub iga päev, et püsida võimalikult kaua terve ja iseseisvana. Kohalik omavalitsus pakub eakatele palju tegevusi, mis hoiavad üleval sotsiaalset, vaimset ja füüsilist aktiivsust.

Päeval saavad ema ja tütar kenasti hakkama, kuid Sofia muretseb, et ema on öösiti ja õhtuti üksi. Aeg-ajalt on Sofia öösel ema juures, kuigi seal on ruumi vähe. Nädalavahetusel käivad ema juures juttu ajamas ning süüa toomas vabatahtlikud. Kord nädalas käib omavalitsuse hooldustöötaja ning aitab teha keerulisemaid hooldustöid, näiteks üle keha pesemist. Selle teenuse eest tuleb maksta väike omaosalus.

Veel on Sofial mure, et emaga arsti juures käimine on keeruline – eriarsti juurde on pikad järjekorrad, hooldus- ja tervishoiusüsteem on eraldiseisvad ning pole ühtset kliendikeskset lähenemist.

Turumajanduslik mudel

Riik sekkub pikaajalise hoolduse korraldusse vähe, teenuseid pakub valdavalt erasektor. Inimesed ostavad endale teenused ise. Kohalikul omavalitsusel on kohustus tagada kõige vaesematele baashooldus. Eesti praegune trend jätkub, kihistumine suureneb, erasektor võtab järjest enam võimust ning teenuseosutamine muutub platvormipõhiseks. Pikaajalisest hooldusest saab üks eraldiseisev majandusharu.

Kohalik omavalitsus ei ole huvitatud teenuste arendamisest ja pakkumisest, sest ei soovi konkureerida erasektoriga. Kohalik omavalitsus tegeleb nendega, kellel puuduvad ülalpidajad ja rahalised vahendid. Nende teenused on üsna madala kvaliteediga, kuid mitte oluliselt soodsamad kui erasektori teenused. Kuna kliendid peavad teenuste eest ise maksma, eelistavad nad osta teenust otse erasektorilt, kus on konkurents ning kõrgem teenuste kvaliteet.

Erasektor pakub mitmekesisest teenuste paketti. Teenuseid saab tellida enamasti platvormide kaudu. Platvormi kaudu ostetav teenus on paindlik ning kliendil on palju valikuid.

Riigil puudub kontroll teenusepakkujate üle ning teenuste standardid on väga ebaühtlased. Platvormi kaudu võib hooldamist pakkuda igaüks (*à la* Bolti taksojuht). Platvormid ei paku hooldustöötajatele väljaõpet, vaid vahendavad tööjõudu. Kui mõne platvormiga tekib palju probleeme, siis see suletakse, samas on väga lihtne panna püsti järgmine platvorm ja tegevusega edasi minna.

Hooldekodud on valdavalt erasektori omanduses, neid on erinevas hinnaklassis, kuid keskmisest pensionist hooldekodu koha eest tasuda ei saa.

Teenuste saamisel valitseb suur ebavõrdsus, paljud inimesed peavad leppima omavalitsuse pakutava minimaalse abiga või on sõltuvad oma perekonnast. Seetõttu püüab riik tagada omasteholdajatele vähemalt mingeid hüvesid. Samas on võimalik elada luksuslikes erahooldekodudes või lasta kohandada oma kodu nutikoduks, kus on mugav iseseisvalt hakkama saada. MTÜ-d on teenuste turult välja tõrjutud, kuna riiklikku rahastust nad ei saa, EL-i projektipõhine rahastus on lõppenud ning otstarbekam on teenuseid pakkuda osaühingute kaudu.

Hooldekodud on eraomandis, riigi roll on marginaalne ning piirdub vaid teatud tingimuste reguleerimisega – nende seas personali suurus, hügieeni- ning ohutuse nõuded. Personali võib asendada ka robotitega. Erasektor pakub hoolduses suurel hulgal võimalusi erinevate tehnoloogiate kasutamiseks. Lähedased saavad oma hooldust vajavaid pereliikmeid jälgida distantstsilt ning nendega pidevalt ühenduses olla.

Ühiskond on üldiselt polariseerunud varanduslikult, vaadetelt ja väärtustelt. Ühisosa on vähe ja kohalikul tasandil ei ole ühistegevusi. Individualism annab tooni igas eluvaldkonnas, inimestel on vähe sotsiaalseid kontakte. Inimesed töötavad nii kaua kui võimalik, enamasti toimetuleku eesmärgil, sest muud üle ei jää. Pensioniealiste seas valitseb suur majanduslik ebavõrdsus ning suur osa eakatest tuleb halvasti toime. Palju on depressioonis ja isoleeritud seniore, valdavaks on saanud üksildus.

Äärmuslikul juhul jõutakse olukorda, kus majanduslik tasuvus on määrav jõud ning hooldekodud on tõelised hoolduskombinaadid, kus elab koos 200 ja enam inimest. Hooldekodud on küll moodsad, aga steriilsed ning mitte kuigi kodused. Hooldusprotsessid on optimeeritud, kasutatakse palju tehnoloogiat ning personaalset lähenemist klientidele on vähe. Iseseisva elu tegevuste, nagu söögitegemise, pesupesemise ning aiatööde juures abistamise asemel viivad professionaalid läbi tunde ja vaba aja tegevusi, sageli virtuaalselt.

Selle stsenaariumi korral on võitjateks inimesed, kellel on suur pension või kõikvõimalikud muud tulud. Süsteemis hakkama saamiseks on vajalikud digioskused ning võime vajalikke teenuseid otsida ning neis orienteeruda.

Suhtelisteks kaotajad on vaesemad inimesed, samuti lapsevanemad, kuna järeltulijate olemasolul ei paku riik hooldust, ning inimesed, kes ei orienteeru pakkujate virrvarris ega oska teenuseid valida.

Tänase mudeli jätkumist toetas 4% vastanutest.

Stsenaariumi maksumus riigile on sarnane tänasega, ligikaudu 0,6% SKT-st. Riik peab tagama minimaalse hoolduse üksnes kõige vaesematele, kuid kuna eakaid ja ennekõike vaeseid eakaid tuleb juurde, tõuseksid ka riigi kulutused pikaajalisele hooldusele 0,8 – 1%ni SKT-st.

Persoona

Alina on väikelinnas üksi elav eakas naine. Tema tütar elab välismaal ning tütrega kohtub ta harva. Alina ei suuda pikemat maad kõndida, oma kodus saab ta enam-vähem hakkama, ehkki koristamine käib juba üle jõu.

Poodi või juuksurisse minek on raske, sest ühistransporti väikelinnas ei ole ning Alinal pole ka oma autot. Kui Alina soovib kuhugi minna, näiteks sõbrannaga kohtuma, peab ta äpi kaudu tellima auto. Äppi kasutab ta ka toidu ja ravimite koju tellimiseks, koristaja tellimiseks ning selleks, et kutsuda koju keegi, kes ajab juttu ja aitab aega sisustada. Erinevaid äppe ja teenusepakkujaid on palju ja Alina on mõnikord segaduses ja päris väsinud. Ta ei ole kindel, et ta saab alati teenuse odavalt, sest ta ei saa aru erinevate platvormide boonussüsteemidest. Mõnikord on teenusepakkuja väga ebaprofessionaalne ning ei räägi sageli sõnagi eesti keelt.

Tütar kinkis Alinale suhtlusroboti üksindustunde vältimiseks, kuid see ei paku samasugust rahuldust kui suhtlemine päris inimesega.

Alina pelgab väga hooldekodusse sattumist, sest selle hind käib talle selgelt üle jõu ning hooldekodu arveid peab hakkama maksma tema välismaal elav laps. Kohalik omavalitsus Alinale teenuseid ei paku, kuna ta saab keskmist pensioni ning tal on ülalpidamiskohustusega tütar.

Elustiili mudel

Hooldusteenused on korraldatud keskselt riigi poolt, kuid teenuste eest maksavad inimesed suures osas ise. Teenuste rahastamine on korraldatud riigi hallatava hooldusfondi kaudu. Fondi võivad hooldust vajavad kliendid anda oma kinnisvara ja muud vara, maksta pensionisammastest ja väärtpaberitulust saadavate vahenditega jne. Rahastusallikad on inimese enda ja tema pere leida. Vastutasuks on inimestel võimalik saada erinevat tüüpi formaalset hooldusteenust ning ei eeldata, et hooldust pakuvad pereliikmed, naabrid või vabatahtlikud. Inimestel on rohkelt valikuid, kuid nad peavad need ise kinni maksma. Valikud võimaldavad aktiivset ja meelepärast elu lõppu koos piisava toe ja abiga.

Riik on välja arendanud teenuste paketid, mille hulka kuuluvad kodus osutatavad teenused, institutsionaalne hooldus hooldekodus ning vahevariandina kohandatud elamine, sh elamine eakatekülades või -asumites. Riik teostab järelevalvet teenuste kvaliteedi üle, jälgib demograafilisi arenguid ja tegeleb teenuste pakkumise arendamisega. Erateenuste pakkujaid on vähe, kuna neil pole äritegemiseks erilisi võimalusi. Riigil on tugev kontroll teenuste kvaliteedi, pakkumise ja rahastamise üle.

Inimesed saavad valida, kas jätkata teenuste toel kodus elamist, minna hooldekodusse või valida oma elustiilile vastav kohandatud elamine, kuid neil on kohustus leida vahendid hoolduse rahastamiseks. Inimesed peavad sageli maksma hoolduse eest elu jooksul soetatud varaga.

Välja on arendatud asumid või külad, kus elavad hooldusvajadusega inimesed, kes on sarnase elustiili ja sotsiaalse taustaga. Kliendid osalevad võimalikult suurel määral igapäevatoimingutes, nagu toiduvalmistamine, koristamine, pesupesemine jms, ning neil säilib teatav iseseisvus.

Toetatud elamises on hoolduskulud madalamad kui hooldekodus, kuna kliendid on iseseisvamad ja teevad igapäevaseid majapidamistöid enamasti ise. Samas on üürikulud isegi suuremad, sest klientidel on elamiseks suuremad ruumid.

Selliseid asumeid on linnades, väikelinnades ja maapiirkondades. Toetatud elamist pakutakse taludes, eramajades ja korterites, vastavalt eelistatud elustiilile ja keskkonnale. Elu hoolduskülades on mugav, kuid elanikud tunnevad vahetevahel, et nad on muust maailmast isoleeritud ja elavad justkui

kunstlikus keskkonnas. Inimesed, kellel ei ole väärtuslikku kinnisvara, peavad leppima minimaalsete hooldusteenustega, või halval tasemel riiklike hooldekodudega mida rahastatakse riigi eelarvest.

Äärmuslikul juhul on fondi eesmärk tagada hooldus kõikidele abivajajatele, nii et riik lisaks omalt poolt ei panusta. Selleks peab fond põhinema solidaarsusel – jõukamatelt kasseeritakse rohkem vahendeid ja vara, et selle arvelt katta vaesemate teenused. Hooldust vajavad inimesed on üksteise suhtes solidaarsed. Ühiskonnas peetakse seda ühelt poolt ebaeetiliseks, teiselt poolt aga õiglaseks.

Selle stsenaariumi korral on võitjateks inimesed, kellel on vara ja suuremad sissetulekud ning kes saavad seetõttu valida kallimad ja ihaldusväärsemad teenused. Täielikult solidaarse süsteemi korral on kõige jõukamad inimesed ka kaotaja rollis, kuna nad maksavad kinni vaesemate teenused. Kaotajad on inimesed, kellel pole sääste, kelle kinnisvara on väheväärtuslik või üldse puudub. Samuti on kaotajad hooldust vajavate inimeste lapsed.

13% küsitlusele vastanutest oli valmis müüma oma kinnisvara hoolduse eest tasumiseks, mis annab aimu selle stsenaariumi võimalikust toetuspinnast, mis ühiskonnas on olemas, kuid pigem väike.

Stsenaariumi maksumus on keskmine või madalam, kuna teenuste rahastus jääb enamasti klientide kanda. Riigi iga-aastane kulu võib olla ligikaudu 1 – 1,5% SKT-st. Mudeli rakendamiseks on vaja teha üsna suuri kulutusi – arendada välja teenuste pakkumine, hinnastamine, kvaliteedikontroll ning käima lükata hooldusfond, mis opereerib raha, kinnisvara ja muude varadega.

Persoona

Käthlyn ja Kevin on eakas vanapaar, kes elavad koos ning pakuvad üksteisele tuge ja abi. Koos suudavad nad teha süüa ja lihtsamaid majapidamistöid. Hakkamasaamine on siiski raskendatud, näiteks halva ilmaga nad kodust välja ei pääse. Tehnoloogiates orienteerumiseks ning isegi kaupade koju tellimiseks ei ole neil piisavalt oskuseid.

Käthlyn ja Kevin elavad eakatele kohandatud asumis Tallinnas, kuhu on lisatud erinevad teenused. Nad on eluaegsed linnainimesed ja valisid hoolega, millist keskkonda nad soovivad. Asumisse kuulub väike pood ja kohvik. Asumi elanikud saavad tegeleda endale meeldivate hobidega – ühislaulmine, võimlemine jne jne. Hooldustöötajate abil käiakse kord kuus teatris või kinos, aeg-ajalt tehakse ühiseid väljasõite. Käthlynil ja Kevinil on ühetoaline pisikese köögi ja isikliku vannitoaga korter, kus nad võivad elada oma elupäevade lõpuni. Majas on ühisruumid sotsiaalseteks üritusteks, näiteks korraldatakse virtuaalseid ekskursioone maailma eri paikadesse. Neid külastab igapäevaselt hooldustöötaja, kes hoiab neil silma peal, aitab vannis käia jms, ning kord nädalas õde, kes jälgib tervisenäitajaid ja ravimite võtmist. Asumis jälgitakse elanike liikuvust ja tervist. Kohal käivad juuksur ja teised iluteenindajad.

Vanapaar oleks hakkama saanud ka oma kodus koduteenuste toel, kuid koduteenustele oleks kulunud suur osa pensionist ning lapsed oleksid pidanud aitama nende eest tasumisel. Samuti kimbutas neid üksluisus ja igavus – kellegagi suhelda ei olnud ning üritustele minekuks ei jätkunud ettevõtlikkust.

Selleks, et võimaldada toetatud elamist, andsid nad hooldusfondile ära oma kesklinnas asuva kolmetoalise korteri, sest nende pensionid ei kata toetatud elamise üüri- ja hoolduskulusid. Toidu, kohvikus käimise ja kultuuriürituste kulud kaetakse pensionist. Nende kaks last leppisid asjaoluga, et vanemate korter ei jää neile päranduseks, sest lapsed ise ei oleks suutnud toetatud elamise kulusid katta. Käthlyn ja Kevin naudivad aktiivsust, teiste sarnase taustaga inimeste seltskonda ning üritusi.

8. Kokkuvõte

Pikaajalise hoolduse hetkeolukord ja tulevik Euroopas

Elanikkonna vananemine ja abivajaduse kasv on järgnevatel kümnenditel üheks suurtest väljakutsest kõikides Euroopa Liidu riikides. Kõiki riike ees hoolekande kulude tõus, sest tulevikus on peaaegu pooltel 65-aastastest või vanematest inimestest erivajadus või pikaajaline tegevuspiirang. Näiteks võivad 2070. aastaks EL-i kulutused pikaajalisele hooldusele moodustada demograafilise stsenaariumi põhjal ligikaudu 2,9% SKT-st¹⁵⁷ (senise 1.6% asemel).

Pikaajalise hoolduse teenus erineb riigiti nii korralduslikult kui rahastuse mudelite poolest. Jätkusuutliku hooldussüsteemi puhul toonitatakse enim vajadust suuremas mahus formaalse hoolduse järele. Eelkõige peetakse prioriteediks koduhoolduse ja kodusid meenutavate hoolekandeesutuste väljaarendamine. Kuna pere ja lähedaste mitteformaalsele abile toetumine pole enam jätkusuutlik, kujuneb abivajajate arvu kasvu tõttu (21,5 miljonilt inimeselt 32,5 miljonini aastaks 2030)¹⁵⁸ välja tööjõupuudus. Sellele pakutakse üheks lahenduseks piiriülest mobiilsust ning võõrtööjõule suurema kindlustunde pakkumist.

Et abivajajad saaksid hooldust neile sobivas keskkonnas oma pere juures, nähakse lahendusena tehnoloogilisi lahendusi ja kogukonna toel formaalse ja mitteformaalse hoolduse kombineerimist. Olulised on toetused ja teenused hooldajatele endile, näiteks psühholoogiline tugi psüühiliste häiretega abivajajate hooldajatele, eriti arvestades, et 2050. aastaks¹⁵⁹ suureneb hinnanguliselt nt dementsusega inimeste koguarv ühiskonnas praegusega võrreldes peaaegu kaks korda.

Abi vajadus ja korraldus Eestis

Prognoosid näitavad, et Eestis kasvab aastaks 2070 vanemaealiste (65+) osakaal rahvastikust 10,5%¹⁶⁰ ja tööealise elanikkonna osakaal langeb, seega on suurimaks väljakutseks arendada välja pikaajalise hoolduse süsteem, mis vastaks selle tööjõuturule ja abivajadusele. Tulevikus vajab hooldust suurem hulk erivajadustega inimesi, sest võrreldes Euroopa keskmisega esineb Eestis 65+ vanusegrupis rohkem liikumispiiranguid¹⁶¹, aga ka vaimse tervise probleeme¹⁶², samuti suurendab nõudlust hoolduse järele vanemate inimese kõrgem vaesusrisk¹⁶³. Euroopa Komisjoni prognoosidest selgub, et vahemikus 2019-2070 kasvab Eestis asutuspõhise hoolduse saajate arv 38% ja koduhoolduse saajate

¹⁵⁷ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 365. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

¹⁵⁸ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 365. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021).

¹⁵⁹ Alzheimer Europe. 2019. Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe. Lk 92-94, <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks> (05.05.2021)

¹⁶⁰ Euroopa Komisjon. 2021. *The 2021 Ageing Report*. Lk 191. ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip142_en.pdf (11.05.2021)

¹⁶¹ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 17.

¹⁶² Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 9.

¹⁶³ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 11-12.

arv 33%.¹⁶⁴ Praegu eelistatakse Eestis lähedaste-tuttavate abi ametlikele teenustele, eriti madala sissetulekuga rahvastikuosa seas.¹⁶⁵

Kesksed probleemid Eesti pikaajalise hoolduse süsteemis on selle killustatus ja vähene rahastus.¹⁶⁶ Hooldussüsteemi võimaldaks efektiivsemaks muuta see, kui avaliku sektori panus hooldusesse tõuseks 2-2,5%-ni SKTst.¹⁶⁷ Eestis on probleeme abi ja teenuste, eriti koduhooldusteenuste, isiklike abistajate ja kõrvalabi kättesaadavusega ning Eesti jääb EL-i heaoluriikidele alla õdede osakaalu poolest rahvastikust.¹⁶⁸ Samuti on Eestis õdede mediaanvanus kõrge ja perioodil 2016-2025 vajab asendamist 30% hooldustöötajatest.¹⁶⁹

Eesti pikaajalise hoolduse süsteemis pakutakse paralleelselt nii formaalset kui mitteformaalset hooldamist, kuid isiklike abistajate, juhtumikorraldajate, tegevusjuhendajate ja teiste hooldustöötajate järele on puudus¹⁷⁰ ning lähedased ja tuttavad vajaksid koolitamist. Senini on Eestis kitsaskohaks eelkõige sügava puudega ja raskelt haigetele lastele pikaajalise hoolduse tagamine.¹⁷¹ Välja tuleks arendada hosiipitsteenus, mis toetaks ka lähedasi.¹⁷²

Nii Sotsiaalministeeriumi Roheline Raamat¹⁷³ kui Euroopa Komisjoni raportid¹⁷⁴ rõhutavad, et hoolekandevaldkond peab liikuma deinstitutionaliseerimise suunas ehk pikaajalise hoolduse teenuseid tuleks järjest enam osutada kodus või kogukonnas ja rõhk peab olema inimese iseseisva toimetulekuvõime säilitamisel. See aitaks kokku hoida kulusid, sest koduhooldus on institutsionaalsest teenusest mitu korda odavam. Koduste hooldusteenuste kvaliteeti võiksid muuhulgas aidata tõsta e-lahendused.

Kõige ideaalsema pikaajalise hooldussüsteemi stsenaariumi kohaselt pakuvad lähedased minimaalselt abi ning mitteformaalne abi oleks Skandinaavia eeskujul toetatud formaalse abi kaudu, samas oleks

¹⁶⁴ Euroopa Komisjon. 2021. The 2021 Ageing Report - Economic & Budgetary Projections. Lk 293. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf (20.05.2021)

¹⁶⁵ Turu-Uuringute AS. 2020. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Lk 82.

¹⁶⁶ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Estonia. Lk 4. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19845&langId=en> (03.05.2021)

¹⁶⁷ Euroopa Komisjon. 2020. Peer Review on "Financing Long-Term Care"; Host Country Discussion Paper – Estonia; Developing a comprehensive long-term care system. Lk 11. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23051&langId=en> (19.07.2021)

¹⁶⁸ OECD Statistics. Health (Nurses; Caring personnel). <https://stats.oecd.org/index.aspx?r=319442#> (19.07.2021)

¹⁶⁹ SA Kutsekoda. 2017. Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid. LK 49; 68-70. https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf (21.07.2021)

¹⁷⁰ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 20.

¹⁷¹ Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 25.

¹⁷² Riigikantselei. 2017. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. Lk 29.

¹⁷³ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 16. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevase_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

¹⁷⁴ Euroopa Komisjon. Transition from institutional to community-based services (Deinstitutionalisation). ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/themes/social-inclusion/desinit/ (09.05.2021)

alati saadaval ka institutsionaalne hooldus.¹⁷⁵ Selle eesmärgi saavutamiseks on aga vaja piisavat infrastruktuuri ja inimressurssi.

Töökoormuse kasvu väljakutseid saavad lahendada osaliselt tehnoloogilised vahendid, mis toetaksid abivajajat liikumisel, suhtlemisel, informatsiooni saamisel, kuid ka kukkumisohtu ennetamisel.¹⁷⁶ Eestis oleks telemeditsiini võimaluste kasutamine ühiskondlikult oluline seetõttu, et tagaks abi kättesaadavuse kogu riigis ja võimaldaks hoida kokku aega ja kulusid. Samas toetaksid digitaalsed lahendused ka hooldajate endi toimetulekut ja heaolu¹⁷⁷ ning aitaks neil kiiresti kätte saada hooldamiseks vajalikku informatsiooni. Tulevikus võiksid hooldusvajadusega inimesi abistada ka droonid, mis aitaksid läbi viia rutiinseid tegevusi, teavitada maas lamavast abivajajast ning võimaldada eakal oma ümbrust avastada.¹⁷⁸

Tehnoloogiliste lahenduste vastuvõtmist takistavad aga mitmed tegurid, nende seas vähene motivatsioon ja ebapiisavad tehnoloogia kasutamise oskused, vähene ostuvõime, teenuste pakkumine ning kiire interneti püsiühenduse ebaühtlane kättesaadavus. Samuti ei võimalda sotsiaalsektori jäik rahastus piisavat innovatsiooni ega katsetamist.¹⁷⁹

Juhtumianalüüs Hollandi ja Saksamaa näitel

Nii Holland kui Saksamaa on olnud pikaajalise hoolduse süsteemi ülesehitamisel Euroopas teiste eeskujuks. Mõlemad on hiljuti viinud ellu ka täiendavad reforme kvaliteetse hooldussüsteemi tagamiseks. Samuti on nende riikide kulutused tervishoiule Euroopa kõrgeimate seas (nt Hollandi 10% SKTst võrreldes Eesti 6,7%ga SKTst).¹⁸⁰

Saksamaal ja Hollandis vastutab valitsus küll hoolekande valdkonna regulatsioonide ja kvaliteedi tagamise eest, kuid pole otseselt seotud hooldusteenuste organiseerimisega. Deinstitsionaliseerimise tulemusena osutavad hooldusteenuseid era- ja mittetulundusorganisatsioonid peamiselt kohalikul

¹⁷⁵ Maailmapank. 2017. Reducing the burden of care in Estonia. Lk 109-112.

¹⁷⁶ OECD. 2020. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. Lk 183. www.oecd-ilibrary.org/docserver/92c0ef68-en.pdf?expires=1620494199&id=id&accname=guest&checksum=F37B0DF2D0AD5B3C140D0E541EB6EF2C (08.05.2021)

¹⁷⁷ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 19. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevasse_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

¹⁷⁸ Sokullu, R., Balci, A., & Demir, E. 2019. The role of drones in ambient assisted living systems for the elderly. In *Enhanced Living Environments* (pp. 295-321). Springer, Cham. Lk 304-314.

¹⁷⁹ Sotsiaalministeerium. 2020. Roheline raamat „Tehnoloogiakasutuse suurendamine inimese igapäevase toimetuleku ja heaolu toetamiseks kodus“. Lk 18-20. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/roheline_raamat_tehnoloogiakasutuse_suurendamine_inimese_igapaevasse_toimetuleku_ja_heaolu_toetamiseks_kodus.pdf (08.05.2021)

¹⁸⁰ Eurostat. 2021. Healthcare expenditure statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure (17.05.2021)

tasandil, Hollandis¹⁸¹ vastutavad pikaajalise hoolduse organiseerimise eest KOVid ja Saksamaal¹⁸² kannavad vastutust KOVid koos piirkondlike haigekassadega.

Saksamaa pikaajalist hooldust kirjeldab inimeste omafinantseeringu kasv, kuna hooldekodudes on rahastatud ainult teatud teenused. Hindu mõjutavad teenuste kallinemine, nõudluse kasv ja riiklik soov suurendada formaalsete hooldajate arvu. Erinevalt Eestist koguvad nii Holland kui ka Saksamaa eraldi kindlustusmaksid pikaajalise hoolduse tagamiseks – Saksamaa näitel 3,05% ja Hollandis 9,65% maksustatavast palgast.

Mõlemad riigid toetuvad suurel määral mitteformaalsele hooldusele, kuid hooldajaid toetatakse formaalsete teenuste ning tugiteenustega. Hollandis näiteks tagavad KOVid oma piirkonnas tugiteenused ja hooldajate nõustamist.¹⁸³ Mõlemas riigis on tagatud hoolduspuhkus, Hollandis¹⁸⁴ kuni 30 päeva aastas ja Saksamaal¹⁸⁵ kuni kuus kuud või lühendatud tööaeg 24 kuuks. Nii Holland kui Saksamaa soosivad tehnoloogia kasutamist, kuid Saksamaal suhtutakse sellesse ettevaatlikumalt¹⁸⁶, kuna kardetakse inimkeskse hoolduse asendamist.

Fookusgruupiintervjuud ja ekspertintervjuud

Kõik intervjuueeritavad rõhutasid inimliku ja personaalse abi tähtsust, mis kataks terviklikult kõiki inimese vajadusi ning mida pakutaks seal, kus abivajaja seda soovib. Praeguste probleemidena toodi esile rehabilitatsiooniteenuste vähene kättesaadavus ning omastehooldajate liigne koormus. Viimase lahenduseks peeti eelkõige poliitilisi otsuseid riigieelarve planeerimisel, samuti rõhutati ennetuse ja varajase sekkumise olulisust.

Tulevikus mõjutab ekspertide hinnangul hooldust see, et inimesed soovivad võimalikult kaua elada oma kodus, samuti peeti kasvavaks trendiks lähedaste mobiilsust, mis suurendab vajadust formaalse hoolduse ja abistavate tehnoloogiate järele.

¹⁸¹ The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Netherlands. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands> (17.05.2021)

¹⁸² The Commonwealth Fund. 2020. International Health Care System Profiles- Germany. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (17.05.2021)

¹⁸³ Euroopa Komisjon. 2021. Long-term care report - Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Lk 294. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1> (22.07.2021)

¹⁸⁴ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care- Netherlands. Lk 4. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19861&langId=en> (18.05.2021)

¹⁸⁵ Euroopa Komisjon. 2018. ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany. Lk 8. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19848&langId=en> (18.07.2021)

¹⁸⁶ EPTA. 2019. Technologies in care for older people. Lk 51. https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf (19.05.2021)

Kvalifitseeritud tööjõupuuduse probleemile pakuti lahenduseks migrantide suuremat osakaalu hooldussektoris. Leiti, et Eesti palgatase on eestlaste endi jaoks liiga madal ning et hooldajatöö jääb ka tulevikus rahastusvõimalusi arvestades pigem madalalt tasustatuks. Migrantide kaasamisel tunti siiski muret keeleoskuse pärast, kuid leiti, et tulevikus on tänu inglise keelele keelebarjäär kliendi ja teenuseosutaja vahel väiksem. Rõhutati kindlate reeglite ning kvaliteedi tagamise vajalikkust, millele aitaks kaasa korralikud koolitused. Ühe võimalusena pakuti välja koolitamine kutsehariduse baasil.

Ekspertid arvasid, et tehnoloogia võiks pakkuda tööjõupuuduse probleemile leevendust, kuid et see ei lahenda üksilduse probleemi ning et inimlik suhtlus ja kontakt jäävad alati oluliseks. Arvati, et hoolekandevaldkonnas ei ole seni eelkõige rahastuse puudumise tõttu märkimisväärset innovatsiooni esinenud. Tehnoloogiast oleks ekspertide hinnangul eelkõige abi väiksema hooldusvajadusega inimestel. Märgiti jälgimisseadmete ja andurite olulisust koduhoolduses, samuti nähti arenguruumi tehnoloogia kasutamises lähedastega suhtlusel ja teenuste ning arstiabi saamisel. Oluliseks peeti seadmeid, mis vähendavad hooldaja ja abivajaja füüsilist koormust, mille kasutegur oleks siiski suurem teenuseosutajatele kui abisaajatele. Ekspertid toonitasid digipädevuse tõstmise vajadust nii abivajajate kui -pakkujate seas.

Mitmed ekspertid leidsid, et kuigi riiklikul tasemel on võetud ette valdkonna korrastamine, on teenused killustunud ja puudub kindel tasemetevaheline raamistik ehk selgus selles osas, kuidas on jaotunud inimese ja tema lähedaste, riigi ning kohaliku omavalitsuse vastutus. Mitmel juhul peeti õigeks suuremat detsentraliseeritust, kuid kardeti, et Eesti piirkondliku ebavõrdsuse tõttu võib see tähendada sügavat lõhet teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse vahel eri omavalitsustes. Arvati, et selle vältimiseks tuleks paika panna üle-Eestilised kriteeriumid. Samal ajal peaks abi korraldama inimese isiklikest soovidest ja eripäradest lähtuvalt ning tagada iseseisev toimetulek võimalikult pikalt.

Lähedaste hoolduskoormuse vähenemise osas oldi pessimistlikud, sest leiti, et riigil puudub selleks rahaline võimekus. Ekspertid arvasid, et tulevikus lähedaste rahaline koormus pigem suureneb ja väheneb nõ otsese hooldamise koormus, mis viib olukorrani, kus eakas on nii hooldatav kui hooldaja ja hooldaja vajab ka ise hooldust. Arvati, et lähedased peaksid riigilt saama suuremat toetust, et lähedane ei jääks tööturult kõrvale, ning et kodupõhiste teenuste mahtu tuleks tõsta.

Ekspertid rõhutasid erinevate hooldusmeetmete kombineerimise vajadust. Näiteks võiksid olla teenusmajad lahenduseks seal, kus inimesel on vaja abi ärkveloleku ajal, kuid mitte öösel. Kuna teenusmajades on abivajajad kokku koondunud ja neile saab osutada teenuseid ühes kohas, võimaldaks see kokkuhoidu. Samuti saaksid teenusmajad pakkuda kodus järelvalve ja hoolduse teenuseid. Teenusmajade puhul on aga oluline, et need ei tekitaks isoleeritud kogukondi. Ekspertid rõhutasid, et Eestis on teisi valikuid koduhoolduse ja hooldekodu kõrval liialt vähe ning selleks et elukvaliteet säiliks, on vaja vahepealseid lahendusi. Ekspertid pakkusid lahendusena ka mikrokortereid liikumisvaevustega inimestele ning rõhutati 1-2-toaliste korterite tähtsust kinnisvaraarenduses.

Vestlustes rõhutati professionaalse koduhoolduse kui vahepealse etapi olulisust ning arvati, et formaalsete teenuste olemasolust nii koduhoolduses kui hooldekodudes peaks inimesi paremini teavitama. Samuti peaks abivajajal olema võimalus hooldekodusid vastavalt oma vajadusele valida ning vahetada. Lahendusena nähti väiksemaid hooldekodusid, kuigi peeti tõenäolisemaks, et hooldekodud lähevad pigem suuremaks. Hooldekodude puhul rõhutati seda, et need peaksid olema osa kogukonnast, kodule sarnasemad ning võimaldama inimestele iseseisvust, näiteks teenuseid juurde osta.

Ekspertidid leidsid, et kuigi vabatahtlike roll on oluline, siis ei saa ainult sellele loota ning vaesemates maapiirkondades on abikäsi vähem. Leiti, et mida suuremaks ja spetsiifilisemaks inimese abivajadus muutub, seda väiksemaks muutub kogukonna roll. Vabatahtlikkuse osatähtsuse kasvamise eelduseks peeti elatustaseme kasvu, et inimestel oleks rohkem vaba aega, ning kultuurilist muutust, kus vabatahtlikkuse võimalust teadvustatakse paremini. Ühe näitena vabatahtlikkusest kerkisid esile üliõpilaste ühiselamud, kus tudengid elaksid eakatega koos ja saaksid neid vajadusel abistada.

Ekspertide hinnangul on Eestis sotsiaalvaldkonna rahastus katastroofi äärel – vajadused ja ootused kasvavad kiiremini kui reaalne võimekus nendele vajadustele ja ootustele vastata. Riigil puudub pikaajaline plaan hoolduse korraldamiseks ning kaugelt liiga suur koormus jäetakse lähedaste kanda. Leiti, et hooldusvaldkonda on vaja lisaraha ning et riik võiks võtta kesksema rolli, et tagada teenuste kõrge kvaliteet, seejuures peaks riigieelarve panus hooldusvaldkonda kordades kasvama. Arvati, et palgad pikaajalise hoolduse valdkonnas peaksid tõusma, kuid siis tõuseks ka hooldekodude kohamaksumused, mis on juba praegu kallid. Kuigi koduhooldus võimaldaks kulusid kokku hoida, oleks üldhooldusteenustega samas ulatuses hoolduse pakkumine kodus kallim. Leiti, et tuleks vaadata üle teenuste olemus ja ülesehitus, et leida võimalusi kokkuhoiuks.

Arvati, et KOVidele võiks riigieelarvest eraldada sihtotstarbelise summa hoolduse rahastamiseks. Tulevikus võiks kergema abivajadusega tegeleda KOVid ja keerulisemate juhtumitega riik.

Ekspertidid arvavad, et tulevikus on inimesed tõenäoliselt nõus kvaliteetse teenuse eest rohkem maksma, kuid hoolduse finantseerimine ei saa jääda ainult ühe osapoole vastutuseks ning ideaalis võiks koormus olla jaotatud riigi, abivajaja enda ning lähedaste vahel. Üheks lahenduseks võiks olla ka ravikindlustuse sarnane hoolduskindlustuse süsteem. Arvati, et Eestis võiks olla osa lahendusest ka kinnisvaraga hoolduse eest tasumine.

Leiti, et Eestis on pikaajalise hoolduse teemat nüüdseks piisavalt uuritud ja oleks tarvis tegutsemist ja ühiskondlikku diskussiooni. Riigil endal peaks olema pikaajalise hoolduse väljavaadete osas kindel seisukoht, et inimesed oskaksid oma rahakasutust planeerida ja teaksid, mis on tulevikus nende vastutada. Tähelepanu tuleks pöörata inimeste finantsteadlikkusele.

Aega ja ressursse aitaks kokku hoida info liikumine erinevate andmebaaside vahel ning andmete kogumise parandamine, mis aitaks vältida topelt toetusi. Efektiivse hoolduse tagamiseks oleks väga oluline andmete ristkasutuse tagamine ja seeläbi koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel.

Head andmevahetussüsteemi ja efektiivset hoolduse koordineerimist toodigi esile Hollandi puhul, kus ekspertide arvates on eeskujuks ka kindlustussüsteem ja tehnoloogia (nt andurite) kasutus. Samuti võiks Saksamaa olla eeskujuks oma hoolduskindlustuse ja hoolduspuhkuse süsteemiga. Kõikides Skandinaavia riikides on ekspertide hinnangul positiivseks ühendavaks teguriks hooldussüsteemi detsentraliseeritus, kogukonnapõhine lähenemine ning erinevate hooldusasutuste, näiteks teenusmajade olemasolu. Viimast toodi esile ka Iisraeli puhul. Ekspertid pidasid oluliseks selget rollijaotust ja ühtset, riiklikku hoolduse hindamissüsteemi, mida rakendatakse lisaks eelnimetatud riikidele ka näiteks Prantsusmaal.

Pikaajalise hoolduse tulevikustsenaariumid

Ekspertintervjuude, küsitlustulemuse ja kirjanduse põhjal loodi pikaajalise hoolduse stsenaariumid, mis paiknevad kahe mõttelise telje vahelistel aladel. Esimese telg puudutab hoolduse korraldust (keskne versus kohalik) ning teine telg rahastust (riigi versus eraisiku vastutus). Nende kahe telje abil on tuletatud neli mudelit: elustiilmudel (keskne korraldus eraisiku vastutusega), turumajanduslik mudel (kohalik korraldus eraisiku vastutusega), KOV-kogukonna sünergia (kohalik korraldus riigi vastutusega) ja hoolduskindlustuse mudel (keskne korraldus riigi vastutusega). Eestis on hetkel valdav süsteem mis sarnaneb eelkõige turumajanduslikule modelile.

Hoolduskindlustuse mudelil põhinevas stsenaariumis on pikaajalise hoolduse kindlustus osa riiklikust ravikindlustusest. Hooldusvajaduse hindamine toimub tsentraalselt, ravi- ja hooldusteenused on hästi integreeritud ning süsteem on optimeeritud ja kuluefektiivne. Samas pole inimestel kuigi palju valikuvõimalusi ja teenuste järjekorrad on pikad. Hooldust hooldekodus, kui kõige kallimat hooldamise vormi, pakutakse ainult väga suure hooldusvajadusega klientidele. See võib tuua kaasa olukorra, kus erasektor hakkab hooldekodusid rajama odava tööjõuga riikidesse. Kindlustusstsenaariumi puhul on võitjaks madalama pensioni ja tuludega inimesed, samuti ei pea eakate järeltulijad enam vanemate hoolduskulusid katma. Kaotajateks on kõrgema sissetulekuga inimesed ja need, kes soovivad ise otsustada ja oma teenuseid valida.

Riigi kesket rolli pikaajalise hoolduse korraldamisel toetas 43% küsitluses osalenutest. Võttes aluseks riigid, kus rakendatakse hoolduskindlustust (Saksamaa, Holland), võib eeldada, et pikaajalisele hooldusele kulub ligikaudu 3% SKTst.

Turumajanduslikul mudelil põhineva vabaturustsenaariumi puhul ostavad inimesed teenused enamasti ise ning vaid kõige vaesemate baashooldus jääb KOVide kanda. Suureneb kihistumine ja teenusepakkumine muutub platvormipõhiseks. Kuigi inimestel on palju valikuid, on teenuste standardid ebaühtlased ja platvormid ei taga hooldajate väljaõpet. Erasektor pakub suurel hulgal

tehnoloogilisi lahendusi, ka oma kodu on võimalik lasta kohandada nutikoduks ning hooldekodus võib personali asendada ka robotitega.

Ühiskonnas annavad tooni varanduslik kihistumine, individualism (ühistegevusi on kogukonnas vähe) ja suurenev üksildus. Äärmuslikul juhul on majandusliku tasuvuse tõukel alles vaid väga suured hooldekodud, kus jääb vajaka personaalsest lähenemisest. Selle stsenaariumi korral on võitjaks suure pensioni ja kõikvõimalike muude tulude ning heade digioskustega inimesed, kes suudavad parimad teenused üles leida ja ka nende eest tasuda. Kaotajateks on vaesemad inimesed, järeltulijatega eakad, kes ei saa KOVi poolt baasteenust, ning kõik need, kes ei suuda teenuste virvarris orienteeruda.

Tänase mudeli jätkumist toetas 4% vastanutest. Stsenaariumi maksumus riigile on sarnane tänasega, ligikaudu 0,6% SKTst. Riik peab tagama minimaalse hoolduse üksnes kõige vaesematele, kuid kuna eakaid ja ennekõike vaeseid eakaid tuleb juurde, tõuseksid ka riigi kulutused pikaajalisele hooldusele 0,8 – 1%ni SKTst.

Kogukonnaststsenaariumi puhul eraldatakse omavalitsustele riigieelarvest vastavalt abivajajate/eakate inimeste arvule raha ning KOVidel on vabad käed teenuste korraldamisel. Inimeste omaosalus on riiklikult reguleeritud, teenuste maksumusele on kehtestatud piirmäär ja hooldamist ei saa panna pereliikmete kohustuseks.

Omavalitsused on motiveeritud pakkuma teenuseid kuluefektiivselt, nad panustavad easõbralikku keskkonda, et inimesed oleksid võimalikult kaua iseseisvad. Paljudes kogukondades on teenusmajad, samuti korraldatakse ühistegevusi ja kaasatakse eakaid, vabatahtlik töö on normiks. Ääremaade hajaasustusega omavalitsustel on aga probleeme tööjõuga – pole piisavalt teenuste osutajaid ja see süvendab piirkondlikku ebavõrdsust.

Selle stsenaariumi puhul on võitjateks eakate lapsed ja suurema asustustihedusega omavalitsustes elavad inimesed, kaotajateks on aga ääremaadel elavad eakad. Mudelit, kus omavalitsus pakub teenuseid, kuid on teatud ühtsem regulatsioon, toetasid 37% küsitlusele vastanutest. Sama hulk inimesi toetas rahastusmodelina riigi, inimese enda ja lähedaste kombineeritud panustamist. Kohaliku omavalitsuse täielikku otsustusõigust ja korraldust toetas 6% vastanutest.

Maksumus on sarnane Põhjamaade pikaajalise hoolduse kuludega, mis on ligikaudu 2,5% SKT-st. Riigil on lihtne kulusid kärpida või suurendada läbi klientide omaosaluse piirmäära. Omaosaluse puudumisel ületavad kulud 4% SKT-st.

Elustiilistsenaarium näeb ette, et hooldusteenuseid korraldab keskselt riik, kuid teenuste rahastamine on suures osas inimeste endi õlul, muuhulgas kasutatakse selleks riigi hallatavat hooldusfondi. Vastutasuks on inimestel palju valikuid, juurdepääs erinevatele formaalsetele hooldusteenustele ning abi ei eeldata ei lähedastelt ega vabatahtlikelt.

Riigil on teenuste arendamise ja kvaliteedi üle suur kontroll, hooldekodude ja koduhoolduse kõrval on välja arendatud mugavad eakate asumid. Neid saab valida vastavalt elustiilile ja eelistustele (talud, eramajad, korterid), kuid sageli tajuvad elanikud asumit kunstliku ja isoleeritud keskkonnana. Tihti peab sellises asumis elamise eest maksmiseks andma ära oma kinnisvara. Kellel kinnisvara pole,

peavad leppima halval tasemel riiklike hooldekodude või heategevusfondidest rahastatud minimaalsete hooldusteenustega.

Selle stsenaariumi korral on võitjateks suurema vara ja sissetulekutega inimesed, samas on nad hooldusfondi solidaarsuspõhimõtte tõttu mõneti ka kaotajateks. Kaotajateks on ka säästudeta või kinnisvarata inimesed, samuti nende lapsed.

Selle stsenaariumi toetajateks võivad olla need 13% küsitlusele vastanutest, kes on valmis müüma oma kinnisvara hoolduse eest tasumiseks. Stsenaariumi maksumus on keskmine või madalam, kuna teenuste rahastus jääb enamasti klientide kanda. Riigi iga-aastane kulu võib olla ligikaudu 1 – 1,5% SKTst. Mudeli rakendamiseks on vaja teha üsna suuri kulutusi – arendada välja teenuste pakkumine, hinnastamine, kvaliteedikontroll ning käima lükata hooldusfond, mis opereerib raha, kinnisvara ja muude varadega.

9. Executive Summary

The Future of Long-Term Care

This report assesses the current state of long-term care in the EU and Estonia constructs future scenarios of the development of Estonia's long-term care sector. The scenarios are based on information gathered in the literature review, case studies of two EU countries, analysis of interviews and focus groups, and a nation-wide survey.

Analysis of previous research on the future of long-term care in Europe indicates that due to demographic ageing, all EU countries will face a rise in long-term care expenditure along with workforce shortage in the coming decades and should therefore work towards more effective and sustainable care systems. Although technological innovation and increased workforce mobility are part of the solution, the key priority of all EU countries should be to provide more opportunities for formal care at home and to develop a wider variety of formal care services (e.g. supported living homes) in order to reduce reliance on family carers.

In Estonia, demand for care will be affected by the percentage of those people aged 65+ who suffer from limited mobility or a mental health problem, which is higher than the EU average, as well as the percentage of people at risk of poverty, particularly in rural areas. The main deficiencies of the current system are a lack of coordination and insufficient spending, which would have to increase to 2-2,5% of the GDP to ensure the efficiency of the care system in the future. Long-term care for severely disabled children and adults also needs to be reviewed and significantly improved.

The key solution to those problems, as proposed by previous research, is deinstitutionalisation – the transition of care to the community with an emphasis on helping the elderly maintain their independence. Ideally, the burden of family carers should decrease with more formal care services becoming available, while e-solutions at home and prevention should help cut costs.

The two EU countries that provide a good example of recent effective reforms in the care system are Germany and the Netherlands, where care services are organised by local governments and provided by the private sector or NGOs. There is mandatory long-term care insurance in place in both countries and patients and their families cover some of the care costs. Meanwhile, informal carers are supported by different formal services, counselling and guaranteed care leave.

The solutions proposed by experts in interviews and focus groups involved an increase in public spending on care, innovation, involvement of migrant workers, prevention, and improving digital literacy. The interviewees expressed belief that the government should regulate the care system and impose national standards while people should be able to choose their preferred services. Experts favour deinstitutionalisation and community-based care but fear that in Estonia this might reinforce inequalities between different local areas. It is emphasised that informal carers should be supported by the government and that home-based formal services as well as supported living homes should become more widely available. As for funding the care system, experts believe that the government and the individual should have shared responsibility and that mandatory care insurance could be part of the solution.

The study suggests four scenarios of long-term care are: lifestyle-based scenario (central organisation combined with individual responsibility), market economy based scenario (local organisation with

individual responsibility), synergy in the local community (local organisation with central responsibility) and care insurance based scenario (central organisation with central responsibility). The options allow the reader to evaluate different effects of choices and decide about the positioning of the ideal system.

The scenario based on market economy is the closest to the prevailing system in Estonia. It is characterised by increasing wealth inequality and polarization in the future. Only four per cent of the survey participants support the current system.

37% of participants support a scenario in which the government provides the regulation of care but services are organised locally. There is also significant support (37%) for the combined contribution of the government and the individual towards care costs. Although community-based care relieves the burden of family carers and ensures a good quality of life for those in need of care, one of its downsides could be a lack of service providers in more distant and rural areas.

The scenario based on long-term care insurance would most likely require a significant proportion of care recipients to sell their real estate in order to cover care costs. 13% of the survey participants are prepared to exchange their real estate for long-term care services.

The most effective long-term care system should be universally available as well as financially viable. It should provide those in need of care with a good quality of life, sufficient choice, independence and involvement in the community. Both experts and survey participants found that the care system should be regulated by the government and that there should be uniform, nation-wide care standards in place.

10. Lisad

10.1. Uurimisküsimused

Ühiskondlikule vaatele keskendunud uurimisküsimused on:

1. Abi vajadus 15 aasta pärast

- a. Mille poolest erineb tulevane abivajadus tänasest? Millised on olulisemad trendid, mis võivad mõjutada abi nõudlust Eestis (vananemine, tervis, diagnoosid, sotsiaalne keskkond, ennetuse olukord, eakate regionaalne jaotus, jms)? Millised on võimalikud stsenaariumid?
- b. Millist abi on vaja erinevate väljatoodud stsenaariumite korral?

2. Abi korraldus

- a. Millised on stsenaariumid, mille suunas võib hoolduskorraldus tulevikus liikuda?
 - i. Lähedased
 - ii. Elamumajanduse lahendused – nt vanurite majad
 - iii. Formaalne hooldus kodus
 - iv. Formaalne hooldus hooldekodus
 - v.
- b. Kui palju erinevad võimalikud tulevased hoolduse vajaduse stsenaariumid maksavad, millised neist on kulutõhusad?
- c. Millised on inimeste eelistused abi korralduse osas tulevikus?

3. Tehnoloogia arengu ja kasutuselevõtu mõju abi vajadusele ja korraldusele

- a. Milliseid olemasolevaid tehnoloogilisi hoolduslahendusi kasutatakse vähe või üldse mitte?
- b. Millised on nende tehnoloogiate kasutuselevõtmise võimalused? Millised neist teevad abi odavamaks, millised võimaldavad paremat abi või paremat teenust kodust lahkumata?
- c. Millised on võimalikud uued lahendused, kui võtta kasutusele tehnoloogia või digiteenused?
- d. Millised on vajalikud tingimused, et tehnoloogilised lahendused oleksid saadaval, ühiskondlikult aktsepteeritud ning leiaks oodatavat kasutust?

Tulevikuvaate jaoks analüüsitakse pikaajalise hoolduse vajadust inimese elukaare vältel üksikisiku seisukohast:

1. Indiviidipõhine vaade tulevikust: millist abi vajavad praegused 55- ja 70-aastased 15 aasta pärast?

- a. Millised on tõenäosused sattuda eri abivajadusega gruppi?
- b. Milline on abivajaduse kulude jaotus (kes ei vaja abi,, kes vajab rohkem kui x aasta sissetuleku ulatuses abi)
- c. Milline saab olla vastutuse jaotus ennetuse ja korralduse osas inimese enda, lähedaste/vabatahtlike ja riigi vahel?

2. Ootused ja eelistused (noored, keskealised vs vanemad inimesed ning spetsialistid vs tavakodanikud).

- a. Millist abi ja milliste põhjustel peetakse tõenäoliseks, et inimesed tulevikus vajavad?
- b. Millised on inimeste eelistused ja väärtused abi korralduse osas tulevikus?
- c. Millisena nähakse tõenäolist tulevikku abi vajaduse ja korralduse osas tulevikus?
- d. Millisena nähakse tõenäolisena ja mida soovitakse näha tulevikus abi pakkumise rahastuse osas (ise finantseerib, lähedased, kindlustus, avalik sektor, muu..)?
- e. Kuivõrd tajuvad inimesed pikaajalise hooldusega seotud rahastamise riske olulistena?

10.2. Ekspertintervjuude kava

Sissejuhatav osa:

1. Millist abi peate tõenäoliseks, et inimesed tulevikus vajavad?
2. Millises suunas liigub teie hinnangul Eesti pikaajalise hoolduse korraldamisel? Mis sellise suuna on tinginud?
3. Millised on tänased väljakutsed ja probleemid pikaajalises hoolduses ja peamised murekohad? Millised on peamised pikaajalise hoolduse rahastamisega seotud riskid riigi tasandil?
4. Milliste teiste riikide praktikast võiks Eesti eeskuju võtta? Miks?
5. Kuidas annaks teie hinnangul pikaajalise hoolduse vajadust kõige lihtsamini ennetada?

Abivajadus 15 aasta pärast

1. Mille poolest erineb teie hinnangul tulevane abivajadus tänasest abivajadusest 15 aasta pärast?
2. Millised on olulisemad trendid peale vananemise, mis võivad mõjutada nõudlust abi järele Eestis? Milline on peamine muutus võrreldes tänasega?
3. Kas saaksime paralleeli tõmmata mõne riigiga, kus sarnased muutused on juba aset leidmas/leidnud? Kas oskate öelda, kuidas nemad on sellistele väljakutsetele lähenenud?
4. Kas oskate öelda, millised võiksid olla inimeste eelistused ja väärtused abi korralduse osas tulevikus? Kas teie hinnangul on Eesti inimesed piisavalt ette valmistunud olukorraks, kus nad vajavad pikaajalist hooldust?

Abi korraldus ja stsenaariumid

1. Milline on tulevikus teie hinnangul vastutuse jaotus abi korraldamisel ja abivajaduse ennetamisel inimese enda, lähedaste/vabatahtlike ja riigi vahel?
 2. Mis on teie hinnangul kõige tõenäolisem, kuidas pikaajaline hooldus on finantseeritud (ise finantseerib, lähedased, kindlustus, avalik sektor, muu..)? Kas sellele võib mõju avaldada ka teise pensionisamba kaotamine? Millisel moel?
 3. Millised on stsenaariumid, kuhu võib hoolduskorraldus tulevikus liikuda? Mis on muutumas?
- Remark: küsida enne avatult ja siis testida allpool välja toodud variante.
- i. Lähedased – näiteks kas lähedased hooldavad
 - ii. Elamumajanduse lahendused – nt kas luuakse vanurite majad
 - iii. Formaalne hooldus kodus – nt kas rõhk on hooldusel kodus
 - iv. Formaalne hooldus hooldekodus – nt kas hooldatakse hooldekodus peamiselt

- v. Formaalne hooldus läbi välistööjõu hooldeasutustes ja kodudes
 - Kuna hooldusvaldkonnas valitseb tööjõupuudus, siis mida arvate migrantidel põhinevast kodu- ja institutsionaalhooldusest?

Siin punktis soovime vabas vormis erinevate stsenaariumite üle arutada.

4. Kas oskate hinnata, kui palju erinevad võimalikud tulevased hoolduse vajaduse stsenaariumid maksavad, millised oleksid Eesti kontekstis kõige kulutõhusamad? Kui palju läheks maksma teenuste pakkumine, mis tänaseid puudujääke korvaksid?
5. Millised on teie hinnangul inimeste eelistused abi korralduse osas tulevikus?

Tehnoloogia arengud ja kasutuselevõtt mõjutamas abi vajadust ja korraldust

1. Kas tehnoloogia kasutuselevõtt (erinevad uudsed tehnoloogilised lahendused) võivad teie hinnangul tulevikus mõjutada abi kättesaadavust ja korraldust?
 - Kuidas? Millistes valdkondades enim ja miks?

10.3. Fookusgrupi intervjuu kava: riigisektori esindajad

Sissejuhatav osa:

1. Millised on tänased peamised probleemid ja väljakutsed pikaajalise hoolduse tagamisel? Kas need võimenduvad ka tulevikus? Miks ja kuidas?
2. Millist abi peate tõenäoliseks, et inimesed tulevikus (siin peame silmas 15 aasta perspektiivi) vajavad? Miks?
3. Kas tänane pikaajalise hoolduse korraldus on tulevikku silmas pidades piisav? Mida saaks parandada? Kas riik ja KOV arvestavad teie hinnangul tuleviku arengutega (piisavalt)? Kelle vastutus on täna nõ suurema pildi nägemine ja kokku toomine (erinevate trendide jälgimine ja analüüsimine, neile tuginedes otsuste tegemine, erinevate osapoolte kokku toomine ja nende omavahelise koostöö koordineerimine)? Kelle vastutus see peaks olema?

Abi vajadus 15 aasta pärast

1. Millised on olulisemad trendid peale vananemise, mis võivad mõjutada abi nõudlust Eestis? Milline on peamine muutus võrreldes tänasega? Millised on sihtgrupid, kellele peaks eriti tähelepanu pöörama? Miks ja millises osas?
2. Kas oskate maailma riikidest tuua näiteks häid praktikaid, mille järgi joonduda? Mida võiksime rahvusvahelistest praktikatest õppida?

Abi korraldus ja stsenaariumid

1. Kuhu suunas liigub Eesti pikaajalise hoolduse korraldamisel? Millisena näete pikaajalise hoolduse korraldust tulevikus? Kas see vastab tuleviku vajadustele?
2. Milline on 15 aasta pärast teie hinnangul vastutuse jaotus ennetuse ja korralduse osas inimese enda, lähedaste/vabatahtlike ja riigi vahel?
3. Sellest lähtuvalt, millised on stsenaariumid, kuhu võib hoolduskorraldus tulevikus liikuda?

- Kas jätkub tänane mudel (Laissez faire?)
 - Kas on tõenäoline riiklikult reguleeritud mudel (Riiklik mudel)?
 - Kas tuleviku tagab eeldatavasti KOV kohaliku hoolduse (KOV kogukonna sünergia)?
 - Kas inimesed maksavad tulevikus ise, realiseerides enda kinnisvara (Kinnisvara hoolduse eest)?
 - vi. Lähedased
 - vii. Elamumajanduse lahendused – nt vanurite majad
 - viii. Formaalne hooldus kodus
 - ix. Formaalne hooldus hooldekodus
 - x. Formaalne hooldus läbi välistööjõu hooldeasutustes ja kodudes
 - Kuna hooldusvaldkonnas valitseb tööjõupuudus, siis mida arvate migrantidel põhineval kodu- ja institutsionaalhooldusest?
4. Kas oskate ka hinnata, palju maksaks tulevikus kvaliteetse hooldusteenuse tagamine?
 5. Mis on teie hinnangul kõige tõenäolisem, kuidas pikaajaline hooldus on finantseeritud (ise finantseerib, lähedased, kindlustus, avalik sektor, muu...) 15 aasta pärast?
 6. Millised oleksid kõige lihtsamad meetmed pikaajalise hoolduse ennetamiseks ja võimalikult pikaajaliseks edasilükkamiseks? Oskate siin välja tuua häid praktikaid?

Tehnoloogia arengud ja kasutuselevõtt mõjutamas abi vajadust ja korraldust

1. Kas tehnoloogia kasutuselevõtt (erinevad uudsed tehnoloogilised lahendused) võivad teie hinnangul tuleviku mõjutada abi võimalust ja korraldust? Kuidas? Millistes valdkondades enim ja miks?

10.4. Fookusgrupi intervjuu kava: ühingute esindajad

Sissejuhatav osa:

1. Arvestades teie valdkonda, siis kuidas on täna Eestis pikaajaline hooldus teie sihtgrupile tagatud? Kas tänane riigi poolt pakutav abi on piisav ja kvaliteetne?
2. Millised on tänased peamised probleemid ja väljakutsed, arvestades teie sihtgrupi vajadusi? Mida peaks muutma teie sihtgrupist lähtuvalt?
3. Millist abi ja millistel põhjustel peate tõenäoliselt, et inimesed tulevikus (siin peame silmas 15 aasta perspektiivi) vajavad? Kas teie sihtgrupis on abivajajate arv teie hinnangul kasvav? Miks või miks mitte?
4. Kas tänane pikaajalise hoolduse korraldus on tulevikku silmas pidades piisav, et katta teie sihtrühma vajadusi? Mida saaks parandada? Kust peaks vajalik muutus alguse saama?

Abi vajadus 15 aasta pärast

1. Millised on olulisemad trendid peale vananemise, mis võivad mõjutada abi nõudlust Eestis? Milline on peamine muutus võrreldes tänasega? Millised on sihtgrupid, kellele peaks eriti tähelepanu pöörama? Miks?
2. Kas oskate maailma riikidest tuua häid praktikaid, mille järgi joonduda?

Abi korraldus ja stsenaariumid

1. Kus suunas liigub Eesti pikaajalise hoolduse korraldamisel? Millisena näete pikaajalise hoolduse korraldust tulevikus?
2. Milline on 15 aasta pärast teie hinnangul vastutuse jaotus pikaajalise hoolduse korraldamisel ja hooldusvajaduse ennetamisel inimese enda, lähedaste/vabatahtlike ja riigi vahel?
3. Millised on stsenaariumid, kuhu võib hoolduskorraldus tulevikus liikuda?
 - Kas jätkub tänane mudel (Laissez faire?)
 - Kas on tõenäoline riiklikult reguleeritud mudel (Riiklik mudel)?
 - Kas tulevikus tagab eeldatavasti KOV kohaliku hoolduse (KOV-i ja kogukonna sünergia)?
 - Kas inimesed maksavad tulevikus ise, realiseerides enda kinnisvara (Kinnisvara hoolduse eest)?
 - xi. Lähedased
 - xii. Elamumajanduse lahendused – nt vanurite majad
 - xiii. Formaalne hooldus kodus
 - xiv. Formaalne hooldus hooldekodus
 - xv. Formaalne hooldus läbi välistööjõu hooldeasutustes ja kodudes
 - Kuna hooldusvaldkonnas valitseb tööjõupuudus, siis mida arvate migrantidel põhineval kodu- ja institutsionaalhooldusest?

Siin punktis soovime fookusgrupis vabas vormis erinevate stsenaariumite üle arutada.

4. Kas oskate ka hinnata, palju maksaks peamiste välja toodud muudatuste sisseviimine? Remark: summasid ei osata öelda, aga saame arutada, milline on kallim ja soodsam lahendus stsenaariumite lõikes.
5. Mis on teie hinnangul kõige tõenäolisem viis, kuidas pikaajaline hooldus on finantseeritud (ise finantseerib, lähedased, kindlustus, avalik sektor, muu..) 15 aasta pärast? Miks?
6. Pidades silmas teie sihtgruppi, millised oleksid kõige lihtsamad meetmed pikaajalise hoolduse ennetamiseks ja võimalikult pikaajaliseks edasilükkamiseks?

Tehnoloogia arengud ja kasutuselevõtt mõjutamas abi vajadust ja korraldust

1. Kas tehnoloogia kasutuselevõtt (erinevad uudsed tehnoloogilised lahendused) võivad teie hinnangul tuleviku mõjutada abi võimalust ja korraldust? Kuidas? Millistes valdkondades enim ja miks?

10.5. Küsitluse küsimused

Sotsiaaldemograafilised tunnused (Norstati andmebaasist)

Sugu

- Mees
- Naine

Vanus

- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- 65-70

Rahvus

- Eestlane
- Venelane
- Muu

Elukoht

- Tallinn
- Põhja-Eesti (Harjumaa)
- Lääne-Eesti (Hiiumaa, Läänemaa, Pärnumaa, Saaremaa)
- Kesk-Eesti (Järvamaa, Lääne-Virumaa, Raplamaa)
- Kirde-Eesti (Ida-Virumaa)
- Lõuna-Eesti (Jõgevamaa, Põlvamaa, Tartumaa, Valgamaa, Viljandimaa, Võrumaa)

Inimeste arv leibkonnas

- Elan üksi
- 2
- 3
- 4
- 5 või rohkem

Kõrgeim omandatud haridustase?

- Põhiharidus
- Keskharidus
- Keskeri- või kutseharidus
- Kõrgharidus

Uuringu küsimused

Pikaajalise hoolduse abivajadus ja korraldus – tulevikuvaade

- 1) Kas te hooldate kedagi või olete hooldanud või lähedane on olnud hooldekodus, kelle eest teie vastutasite?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Olen ise praegu hooldatav hooldekodus või mujal kui omas kodus
- b. Olen ise hooldatav omas kodus
- c. Olen hooldamas või hooldanud abivajajat
- d. Ei ole olnud hooldatav ega hooldanud ega tee seda ka praegu

- 2) Kui palju mõtlete enda või mõne lähedase tuleviku hooldusvajadusele?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Mõtlen sageli
- b. Mõtlen vahetevahel
- c. Mõtlen, kuid vähe
- d. Ei mõtle üldse

- 3) Millistel põhjustel te arvatavasti vajaksite abi ja hooldust tulevikus?

VÕIMALIK VALIDA MITU VASTUSEVARIANTI

- a. Võin vajada abi seoses füüsiliste tegevuspiirangutega
- b. Võin vajada abi seoses erinevate vaimse tervise probleemidega
- c. Ei vaja abi ja hooldust tulevikus
- d. Ei oska öelda

- 4) Kui Te mõtlete enda vajaduste peale, siis kuidas Te eelistate saada pikaajalist hooldust?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Eelistan abi saada lähedastelt (pereliikmed ja tuttavad)
- b. Eelistan saada professionaalset abi enda kodus (näiteks osaline või ööpäevaringne ja vajaduspõhine abi osutamine)
- c. Eelistan kogukonna lahendusi (näiteks seeniorite- ja teenusmajades elamine, kus saab vajadusel ka abi)
- d. Eelistan professionaalset abi hooldekodus
- e. Ei oska öelda

- 5) Kui mõtlete enda elule ja tulevikule, siis kui suureks hindate tõenäosust vajada tulevikus hooldust?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Suure tõenäosusega
- b. Keskmise tõenäosusega
- c. Väikse tõenäosusega
- d. Ei usu, et tekib abivajadus, olen piisavalt terve
- e. Ei usu, et tekib abivajadus, suren ootamatult
- f. Ei oska öelda

- 6) Kuidas plaanite maksta enda pikaajalise hoolduse eest?

VÕIMALIK VALIDA MITU VASTUSEVARIANTI

- a. Enda rahastuse abil (sh enda sissetulek ja säästud)
- b. Võimalusel müün oma kinnisvara maha hooldusega kaasnevate kulude katteks
- c. Toetun ja loodan laste ja lähedaste rahastusele
- d. Loodan avaliku sektori rahastusele
- e. Riigi, enda ja lähedaste kombinatsioon
- f. Pole plaane või ei tea

7) Kuidas suhtute kohustuslikku riiklikusse pikaajalise hoolduse kindlustusse mida makstakse palgatulust?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Toetan täielikult
- b. Toetan mõningal määral
- c. Pigem ei toeta
- d. Üldse ei toeta
- e. Ei ole seisukohta

8) Kui oluliseks peate, et avalik sektor püüaks lahendada pikaajalise hooldusega seotud väljakutseid nii organiseerimise kui rahastuse osas?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Väga oluline
- b. Pigem oluline
- c. Pigem pole oluline
- d. Üldse ei ole oluline
- e. Ei tea

9) Milline peaks olema tulevikus rahalise vastutuse jaotus pikaajalises hoolduses võrreldes tänasega?

ÜKS või MITU VASTUSEVARIANTI

- a. Peamine vastutus peaks olema riigil
- b. Peamine vastutus peaks olema lähedastel ja vabatahtlikel
- c. Peamine vastutus peaks olema inimesel endal
- d. Sama olukord mis praegu
- e. Ei oska öelda

10) Millises suunas peaks Teie arvates liikuma pikaajalise hoolduse korralduses (riik versus kohalik omavalitsus)?

ÜKS VASTUSEVARIANT

- a. Riigil peaks olema keskne roll korralduses
- b. Riik kehtestab miinimumstandardid ning kohalikud omavalitsused võivad ise otsustada, kuidas nende raames teenuseid korraldada
- c. Kohalikud omavalitsused saavad ise täielikult otsustada, kui palju teenused nad pakuvad ning KOVide vahel teenused erinevad märgatavalt
- d. Ei oska öelda