

Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik

Analüüsi aruanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

Autorid:

Laura Aaben

Gerli Paat-Ahi

Ülla-Karin Nurm

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



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm, Ü-K. (2017) Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Sisukord

Lühikokkuvõte	4
Töö metoodika	5
1. Pikaajaline hooldus ja selle deinstitutionaliseerimine	6
1.1. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimine Eestis	7
1.2. Teenuste deinstitutionaliseerimisega kaasnevad riskid	9
1.3. Hooldusteenuste deinstitutionaliseerimise kulud.....	10
2. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamine.....	10
2.1. Mõju teenusekasutajale	12
2.1.1. Teenusekasutajate elukvaliteedi mõju hindamise indikaatorid	14
2.2. Mõju pikaajalise hoolduse süsteemile	17
2.2.1. Pikaajalise hoolduse süsteemi mõju hindamise indikaatorid	19
2.3. Mõju ühiskonnale	22
2.3.1. Laiema ühiskondliku mõju hindamise indikaatorid	22
2.4. Mõju hindamiseks vajalikud alusandmed	23
3. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise näited Euroopast	25
3.1. Deinstitutionaliseerimise poliitika printsiibid ja eesmärgid valitud Euroopa riikides	26
3.2. Deinstitutionaliseerimise õppetunnid Euroopas.....	28
Kasutatud kirjandus	31
Lisa 1. Kirjandusülevaate metoodika	35

Lühikokkuvõte

1. Pikaajalise hoolduse deisntitutsionaliseerimise-na (DI) on käsitletavad põhimõttelised muudatused sotsiaalsüsteemis, mille tulemusena osutatakse pikaajalise hoolduse ja tugiteenuseid eelkõige välja-pool hooldusasutusi (ehk kodus või kogukonnas) ja teenuste fookus on suunatud inimese iseseisva toimetulekuvõime säilitamisele ja suurendamisele.
2. DI toob kaasa põhimõttelisi muutusi kogu sotsiaal- ja tervisesüsteemis ning on keerukas ja pikaajaline protsess. Muutustega kohanemine on väljakutseks nii teenuste pakujatele, teenuste vajajatele ja nende lähedastele. Seetõttu tasub DI protsessi käigus muutuste võimalikku mõju monitorida ja arvestada riskiga, et puudulikult juhtitud DI protsess võib hoopis vähendada teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, mitte parandada.
3. Euroopas ei ole kokku lepitud ühtset metoodikat DI mõju hindamiseks ja vastav hindamisraamistik puudub ka Eestis. Töös välja pakutud raamistik lähtub võimalikult realistlikest muutustest, mis peaksid indiviidi, süsteemi ja ühiskonna tasandil DI poliitikatega kaasnema.
4. Indiviidi tasandil väljenduvad DI mõjud inimese elukvaliteedi muutuses ehk kuivõrd teenusekasutaja seisund teenuse saamise käigus säilib, paraneb või halveneb. Erilise vaatluse alla tasub võtta iseseisva toimetuleku võime ja selle säilimine.
5. DI kui poliitikasuuna üheks olulisemaks oodatavaks tulemuseks on teenuste kvaliteedi ja inimkeskuse paranemine. Töös väljapakutud mõju hindamise raamistikus on kvaliteet käsitletav kahes vaates: 1) inimese seisundi paranemine kui viide teenuste heale kvaliteedile ja 2) teenuste korralduse paranemine kui viide kvaliteetsele süsteemile. Teenuste korralduse vaates võtab hindamisraamistik fookusesse teenuste kättesaadavuse, teenuste standardiseerituse, omavalitsuste teenuste osutamise võimekuse ning sotsiaal- ja tervishoiu-süsteemide integreerituse.
6. Eesti pikaajalise hoolduse üheks olulisemaks väljakutseks on omastehoodajate suur koormus, mille vähendamine on DI erilise tähelepanu all. Mõju hindamisel tuleb arvestada, et hoolduskoormuse vähenemisele ei viita vaid omastehoodajate arvu langus vaid ka hooldamistegevuste intensiivsuse vähenemine ja hooldamisoskuste paranemine. Samuti tuleb omastehoodajaid käsitletada abivajajatena, kuna suure hoolduskoormusega kaasneb risk mitmete terviseprobleemide tekkeks.
7. Riigi jaoks on oluline hinnata DI kulutõhusust. DI ei pruugi kaasa tuua otseste kulude vähenemist, pigem võivad kulud hoopis suurened. Seevastu süsteemi kulutõhusus suure tõenäosusega paraneb ehk süsteem muutub säästlikumaks - inimeste iseseisvat toimetulekut suurendavad teenused vähendavad vajadust intensiivsemate (ja kallimate) teenuste järele.
8. DI on olulist osa elanikkonnast puudutav poliitikamuutus, mistõttu väljenduvad selle mõjud ka ühiskonnas laiemalt. Väljapakutud hindamisraamistik käsitleb oodatava ühiskondliku mõjuna nelja peamist muutust: a) suurem hulk inimesi tuleb iseendaga iseseisvalt toime, b) hooldust vajavate inimeste vaesusrisk väheneb, c) hoolduskoormuse alt vabanenud inimeste aktiivsus tööturul kasvab ja d) paraneb ühiskonna suhtumine pikaajalist hooldust vajavatesse inimestesse.
9. DI mõju hindamisraamistik pakub välja indikaatorid, mida kombineerides on võimalik tulevikus välja töötada optimaalne DI mõju monitorimise süsteem. Indikaatorite valikul tuleb arvestada, et paljude indikaatorite väärtuse leidmiseks ei ole andmed praegu kättesaadavad ja andmekogumine tuleb alles käivitada.

Töö metoodika

Lähteülesanne

Töö lähteülesanne oli analüüsile tuginedes koostada pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise (**edaspidi DI**) mõjuvaldkondade raamistik, millele tuginedes on edaspidi võimalik planeerida ja teostada DI mõju hindamisi.

Uurimisküsimused

1. Millistes mõjuvaldkondades on asjakohane hinnata DI mõju inimestele, kohalikele omavalitsustele, riigile ja ühiskonnale tervikuna?
2. Milliseid indikaatoreid on asjakohane kasutada DI mõjude mõõtmiseks, sh arvestades nii olemasolevate kui täna siseriiklikult ja/või Euroopa tasandil kasutatavate indikaatoritega?
3. Milliseid alusandmeid on asjakohane kasutada DI mõjude mõõtmiseks?

Töö etapid

- A. DI mõjuvaldkondade kaardistamine valitud rahvusvaheliste näidete baasil
- B. Euroopa riikide DI mõju hindamise praktikate analüüs, sh kasutusel olevate mõju hindamise indikaatorite kaardistamine
- C. Eestile sobiva DI mõju hindamisraamistiku väljatöötamine, sh olemasolevate ja vajaminevate andmete kaardistamine.
- D. Soovituste väljatöötamine DI mõjude hindamiseks Eestis

Analüüsi meetodid

Analüüsi teostamisel kasutati kirjanduse analüüsi ehk erinevatest kirjalikest allikatest koguti kokku DI mõju hindamist ja mõju indikaatoreid käsitlev materjal, mida sünteesiti, arutati koos analüüsi tellijaga ja millele tuginedes leiti vastused uurimisküsimustele. Detailne ülevaade kirjanduse otsingu metoodikast on esitatud lisas 1.

1. Pikaajaline hooldus ja selle deinstitutionaliseerimine

Pikaajalise hoolduse all on käesoleva analüüsi kontekstis silmas peetud täiskasvanud (sh eakatele) inimestele pikema aja jooksul kodus või erinevates institutsioonides osutatavaid tervise- ja hoolekandeteenuseid.

Pikaajaline hooldus on oma olemuselt erinevate teenuste komplekt, hõlmates laia amplituud sotsiaal- ja tervishoiuteenused. Teenusepakkumisele lisab kompleksust ka asjaolu, et osutatavate teenuste kombinatsioon lähtub iga konkreetse inimese hooldusvajadustest. Samuti toimivad teenusepakkujad erinevatel

DI EESMÄRK ON VIIVITADA INTENSIIVSEMA HOOLDUS-VAJADUSE VÄLJAKUJUNEMIST JA PARANDADA INIMESTE ELUKVALITEETI.

tasanditel – olemas on nii riiklikud ja kohalikud teenused kui ka erasektori ja vabaühenduste pakutavad teenused. Sellest lähtuvalt on ka mõistetav, et selleks, et pikaajalise hoolduse teenused toimiks võimalikult optimaalselt ja kvaliteetselt, peavad kõik teenuse pakkumise

ja korraldamisega seotud osapooled tegutsema integreeritult. Head koostöömudelid ja integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste süsteem on aluseks inimkeskse pikaajalise hoolduse süsteemile riigis.

Kuna tegemist on kulukate teenustega, siis on oluline, et hoolekandesüsteem suudab suurenenud nõudlusega jõukohaselt toime tulla, sh säilitada teenuste piisava kättesaadavuse ja kvaliteedi ning leidma võimalikult kulutõhusad lahendused. Euroopa pikaajaline hooldussüsteem on viimasel paaril kümnendil võtnud suuna deinstitutionaliseerimisele ehk üleminekuks institutsionaalselt süsteemilt kogukonnapõhise hoolekande süsteemile. Tegemist on kompleksse ja pikaajalise protsessiga, mis hõlmab nii uute teenussüsteemide välja arendamist kui ka põhimõttelisi muutusi hoolekanderessursside suunamisel riigis (1).

Pikaajaliste hoolekandeteenuste DI keskmes on lähtekoht, et hooldust vajavad inimesed peaksid saama elada võimalikult kaua oma kodus (sh hooldus- ja tugiteenuste pakkumine toimuks kodus) või saama teenuseid

DI ON KOMPLEKSNE JA PIKAAJALINE PROTSESS, MIS TOOB KAASA PÕHIMÕTTELISI MUUTUSI RIIGI SOTSIAAL- JA TERVISESÜSTEEMIS.

kodusid meenutavates kogukondlikes hoolekandeaustustes. Edukaimad riigid selles osas on Holland ja Põhjamaad, kus paljud varem institutsionaalsed tervise- ja hoolekandeteenused on integreeritud terviklikeks kodupõhiseks teenuseks (2).

Hoolekandesüsteemi DI trendi peamiseks käivitavaks jõuks on olnud kiiresti kasvav eakate osakaal Euroopas ja sellega kaasnev suurenenud nõudlus hoolekandeteenuste järele ja hoolekandekulude kasv nii riigile kui ka teenusevajajatele ja nende lähedastele (3). Teiseks oluliseks arengute tõukajaks on olnud soov parandada hooldust vajavate inimeste elukvaliteeti, mis on hooldussüsteemide peamiseks alusväärtuseks. DI-d kui üht võimalikku lahendust nii hoolekandekulude kasvu pidurdamisele kui inimeste elukvaliteedi tõstmisele

INIMESE ISESEISVA TOIMETULEKU SÄILITAMISELE KESKENDUVAD HOOLDUS- JA TUGITEENUSED SAAVUTAVAD PAREMAID TULEMUSI KVALITEEDIS JA KULUTÕHUSUSES.

toetavad mitmete uuringute tulemused, mis kinnitavad, et kogukonnapõhised hoolduslahendused saavutavad paremaid tulemusi teenuste kvaliteedi ja kulutõhususe osas (4).

hoolduse edukaks toimimiseks on oluline roll nn kogukonnapartneritel ehk erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajatel, tänu kellele on hooldust vajaval inimesel võimalik kodus oma eluga võimalikult iseseisvalt toime tulla (5–7). Kogukonnapartneritena on käsitletavad kõik osapooled, kelle tegutsemine

võimaldab abivajajale tagada tema hooldusvajadustega arvestavad tingimused kodus elamiseks (hõlmates nii transpordi korraldust ja elamistingimusi, enesehügieeni ja toitumisvõimalusi, samuti meditsiinilisi toiminguid jms). Kuna on ebatõenäoline, et kõik kohalikud omavalitsused suudavad pakkuda kõiki vajalikke teenuseid ise, siis on riikliku korralduse vaatest oluline soodustada nii omavalitsuste koostööd kui ka vabaühenduste

koostööd kohalike omavalitsustega (8–10).

DEINSTITUTIONALISEERITUD PIKAAJALISE HOOLDUSE NURGAKIVIKS ON KODUSED HOOLDUSTEENUSED.

Koduhoolduse oluliseks alusväärtuseks on ka iga hooldust vajava inimese eelistuste ja spetsiifiliste vajadustega arvestamine, sh

hooldust puudutavate otsuste vastu võtmine üheskoos abivajajaga. Sealjuures peab tagama, et kogutaks ka teenusesaajatelt ja nende lähedastelt pidevat tagasisidet nende kogemuse ja kaasatuse kohta (11).

Kvaliteetse koduhoolduse teenuste osutamisel on aina enam kujunenud olulisteks abivahenditeks erinevad infosüsteemid ja elektroonilised lahendused (12). Uued IT-lahendused on abiks nii teenuse pakujatele (nt infoliikumise parandamiseks) kui ka teenuse kasutajatele (nt e-konsultatsioonid hooldusõega või tehnoloogialahendused ravimite võtmise meeldetuletusteks ja kõrvaltoimetest raporteerimiseks). Eesti kontekstis võib näiteks koduõde või sotsiaaltöötaja hinnata läbi teleekraani, kas inimene vajab sel päeval

kodukülastust või mitte (15). Selliste uute lähenduste kasutuselevõtt saab kaasa aidata koduhoolduse kvaliteedi parandamisele ja võimaldab nii teenuseosutajal kui ka patsiendil kulusid kokku hoida (11,13,14).

E-LAHENDUSED PAKUVAD UUSI VÕIMALUSI KODUHOOLDUSE KVALITEEDI PARANDAMISEKS JA KULUDE KOKKUHOIUKS.

1.1. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimine Eestis

Iga aastaga vajab pikaajalist hooldust Eestis aina enam inimesi. Ühelt poolt on kasv tingitud vananevast elanikkonnast - kui 2016. aastal on 65+ vanuses elanikke Eestis 19% elanikkonnast, siis rahvastiku-prognooside kohaselt 2030. aastal 24% ja 2060. aastal juba 30%. Pikaajalise hoolduse kontekstis ei sõltu teenuste vajaduse kasv vaid kõrgemaalaste inimeste arvu kasvust, vaid ka inimeste tervislikust seisundist ja iseseisvast toimetulekuvõimest vanemas eas – seega aitaks riigis hoolduskoormuse kasvu pidurdada hea tervise säilimine võimalikult kõrge eani. Täna on Eesti kõrgemas eas (vanuses 65+) inimesed võrreldes oma

Euroopa eakaaslastega oluliselt halvema tervisega ja vajavad igapäevaseks toimetulekuks rohkem kõrvalist abi (16).

NÕUDLUS PIKAAJALISE HOOLDUSE JÄRELE EI SÕLTU AINULT ELANIKKONNA VANANEMISEST – PAREMA TERVISEGA EAKAD VAJAVAD VÄHEM TUGITEENUSEID.

Pikaajalise hoolduse korraldus jaguneb Eestis kahe süsteemi vahel – kohalik ja riiklik süsteem. KOVi vastutusalas on korraldada

kohalikke hoolekandeteenuseid¹, riigi vastutusalasse jääb abivahendite korraldamine, rehabilitatsiooniteenused ja erihoolekandeteenused psüühilise erivajadustega inimestele. Tervishoiuvaldkonnas vastutab riik ambulatoorse õendusabi (sh koduõendus, vähihaigete kodune toetusravi, geriaatriline hindamine) ja statsionaarse õendusabi eest (17). Kuna teenused on erinevate süsteemide vastutusalas, siis on neid ka keeruline integreerida.

¹ Sotsiaalhoolekande seaduses on kohaliku omavalitsuse teenustena nimetatud eluasemeteenused (sh eluruumi võimaldamine ja kohandamine), hooldajatoetuse maksmine, isiklik abistaja, tugiisik, sotsiaaltransporditeenus, päevakeskuse teenus, koduteenused, ööpäevaringne üldhooldekoduteenus.

Pikaajaline hooldus on Eestis kas ametlik või mitteametlik. Need hooldustüübid võivad teineteist täiendada või asendada. Ametlikku hooldust pakuvad kas avaliku sektori või erasektori asutused, kes vastavad nõutud standarditele. Mitteametlikud hooldajad ei saa küll teenust pakkuda, kuid neil on siiski võimalik saada hüvitist hooldamise eest. Mitteametlikud hooldajad on tavaliselt ka hooldust vajava inimesega sotsiaalselt seotud (16).

Väljakutseks on omastehooldajate suur koormus (16,18). Pereliikmete hooldamise tõttu on Eestis Statistikaameti andmetel mitteaktiivseid 15-74-aastaseid inimesi ca 17 400 (1,8% kõigist 15-74-aastastest inimestest) ja hoolduskohustus oli 2010. aastal ligikaudu 30 000 naisel ja 17 000 mehel. Inimesi, kes olid määratud

EESTI PIKAAJALISE HOOLDUSE OLULISEMAKS VÄLJAKUTSEKS ON OMASTEHOOLDAJATE SUUR KOORMUS.

täiskasvanud isiku hooldajaks ja kellele kohalik omavalitsus maksis hooldajatoetust, oli 2016. aasta lõpu seisuga kokku ca 10 600. 42% hooldajatest olid 65-aastased ja vanemad ning 73% hooldajatest olid naised (19).

Sarnaselt muu Euroopaga on ka Eesti võtnud eesmärgiks luua hooldusvajadustega inimestele võimalused iseseisvaks toimetulekuks ja kogukonnas elamiseks ning ennetada vajadust ööpäevaringseks hoolduseks (Heaolu arengukava 2016-2023 ja Erihoolekande arengukava 2014-2020). Samuti on sarnaselt teistele riikidele Eestis piiratud eelarve ja järjest enam suurenev pikaajalist hooldust vajavate inimeste arv. Praegu on Eesti avaliku sektori kulud pikaajalisele hooldusele ühed Euroopa väikseimad (0,5% SKPst), samas kui Rootsis,

EESTI AVALIKU SEKTORI KULUD PIKAAJALISELE HOOLDUSELE ON ÜHED EUROOPA VÄIKSEIMAD.

Hollandis ja Norras on see ca 3,5% SKPst (16). Vaatamata sellele, et Eestis prognoositakse aastaks 2060 valdkonnale kahekordset kasvu, jääb see endiselt teistest Euroopa riikidest ca 1,3% võrra maha (20).

Eestis on juba üle kümne aasta räägitud integreeritud hooldusteenustest, kus oleksid omavahel seotud nii tervishoiu- kui hoolekandesüsteem (21). Seda, et teenuseid ei ole integreeritud, tõi välja ka Riigikontroll oma auditis (22), kus leiti muuhulgas, et iseseisva statsionaarse õendusabi ja hoolekande süsteem ei ole seotud tervikuks ning iseseisva statsionaarse õendusabi kättesaadavus ja riiklik rahastamine on piirkonniti erinevad. Samuti tõi Riigikontroll välja asjaolu, et puuduvad ühtsed hindamiskriteeriumid inimeste teenuste vajaduse hindamiseks ja kolmepoolse rahastamise (Haigekassa, omavalitsus, inimene) tagamiseks ei ole tehtud vajalikke seadusemuudatusi. Lisaks kulutati 2013. aastal ebaotstarbekalt 4,1 miljonit eurot ning 25% statsionaarset õendusabi saanud patsientidest said vale ja kõige kallimat ravi (22). Eestis on praegu pikaajalise hoolduse eesmärgiks luua jätkusuutlik süsteem, mis tagaks maksimaalse ja õiglase teenuse saamise, et kõigi osapoolte (sh hooldajate) vajadused oleksid rahuldatud. Ideaalse süsteemina nähakse, et pikaajalise hoolduse süsteem oleks inimesekeskne ja arvestaks kõigi osapoolte vajadusi (16).

1.2. Teenuste deinstitutionaliseerimisega kaasnevad riskid

Edukaks DI-ks ei piisa sellest, et varem asutustes pakutavad teenused nõ tõstetakse üle kogukondadesse (2,6). DI protsessiga kaasneb sageli teenusepakkujate hulga kasv – kui varasemalt pakkusid teenuseid suured hoolekandeesutused, siis nüüd erinevad väiksemad ja mobiilsemad teenusepakkujad. Sellega seoses võivad

SUURE HULGA TEENUSEPAKKUJATE OMAVAHELISE KOORDINEERITUD TEGEVUSE KORRALDAMINE ON ÜHEKS KEERUKAMAKS VÄLJAKUTSEKS DI PROTSESSIS.

esile kerkida probleemid teenuste kvaliteediga, kuna kvaliteedikontrolli teostamine on ressursimahukam ja keerukam. Teenusepakkujate paljusus võib tekitada ka olukorra, kus osapoolte suure arvu tõttu on keeruline tagada asutuste süsteemset koostööd ja

teenuste integreeritust. Selle teostamine eeldab tugevat juhtimist ja tõhusate koordinatsioonimudelite ellurakendamist (24–26).

Kuigi DI-ga kaasneb teenusepakkujate arvu kasv, siis ei pruugi teenusepakkujaid olla piisavalt, et neid jaguks kõigile teenusevajajatele. Sellest tulenevalt tuleb tähelepanu pöörata omaste hooldajatele, kelle koormus võib DI tulemusena kasvada. DI teenuste hinnapoliitika võib samuti olulisel määral piirata inimeste ligipääsu teenustele ning suurendada abivajaja ja tema lähedaste hooldus- ja finantskoormust (24–26).

Arvestada tuleb ka seda, et teenuste osutamine kodus, mitte institutsioonis ei pruugi olla kõigi teenusevajajate jaoks sobivaim ja eelistatud variant. Sobivus sõltub paljuski sellest, kuidas on inimese elupiirkonnas kodused teenused kättesaadavad. Kui teenusepakkujaid ei ole, neid on vähe või nende hinnad ei ole taskukohased, siis võib inimese olukord DI tulemusena hoopis halveneda ja sellega koos suureneb kiiresti ka inimese intensiivsema hoolduse vajadus ehk kasvavad hoolduskulud. Samuti tuleb arvestada emotsionaalse tervise aspektidega, eriti hooldust vajavate inimeste puhul, kes elavad üksi ja/või kellel puudub lähedane kontakt omastega. Sellisel juhul ei pruugi hooldus- ja tugiteenuseid vajava inimese kodus elamine olla parim

HALVASTI JUHTITUD DI PROTSESS VÕIB HOOPIS VÄHENDADA TEENUSTE KÄTTESAADAVUST JA KVALITEETI, MITTE PARANDADA.

võimalik valik ja eelistada tuleks teenuste osutamist kogukondlikes hooldusasutustes, mis võimaldavad leevendada sotsiaalset isolatsiooni ja emotsionaalset üksindustunnet ning nii parandada inimese elukvaliteeti (24–26).

Edukas kogukonnapõhine hooldus sõltub olulisel määral sellest, kuidas suudavad olukorraga kohaneda teenusepakkujad, hooldust vajavad inimesed ja nende lähedased. Omastehooldajatele sobivate tugiteenuste väljaarendamine ja kättesaadavuse tagamine ning suure hulga erinevate teenusepakkujate omavahelise koordineeritud tegutsemise tagamine on ühed olulisemad väljakutsed, mis DI protsessis esile kerkivad (27,28).

1.3. Hooldusteenuste deinstitutionaliseerimise kulud

Tugev side kulude, vajaduste ja tulemuslikkuse vahel on aluseks, mille põhjal ehitada üles tugev majanduslik baas üleminekuks kogukonnapõhiste teenuste. Inimeste vajadustele vastava hoolekandesüsteemi ülalpidamine on alati kulukas, olenemata sellest, kus teenuseid osutatakse. Erinevates riikides teostatud kulude analüüsid ei anna alust seisukohaks, et deinstitutionaliseeritud hoolekandesüsteemi ülalpidamine on riigile odavam (25,26,44). Teisalt puuduvad tõendid selle kohta, et kogukonnapõhised hooldus- ja tugi-teenused oleksid oluliselt kulukamad kui institutsionaalsed, sest toovad kaasa positiivsemaid tulemeid

ANALÜÜSID EI KINNITA, ET KOGUKONNAPÕHISE HOOLEKANDESÜSTEEMI ÜLALPIDAMINE ON RIIGILE ODAVAM. KÜLL AGA ON KOGUKONNAPÕHISTE TEENUSTE KULUTÕHUSUS SAGELI SAMAVÄÄRNE VÕI PAREM KUI INSTITUTSIONAALSETEL TEENUSTEL.

teenusekasutajate elukvaliteedis (32). Samas sõltuvad mõlema süsteemi kulude erinevused paljuski konkreetse riigi oludest, muuhulgas regionaalpoliitikast, hooldust vajavate inimeste ja nende perede sotsiaalmajanduslikust olukorrast, eluruumide olukorrast, riiklikest toetussüsteemidest jms (2,33).

Konkreetse riigi DI kulude (ja ka mõjude) hindamisel tuleb arvestada, et iga konkreetse hooldusteenuste sihtrühma vajadused võivad olla erinevad ning erinevad on ka riigi võimalused neid vajadusi kvaliteetsete ja kättesaadavate teenustega katta. Samuti, aja jooksul inimeste hooldusvajadused muutuvad ja pikaajalise hoolduse süsteem peab suutma paindlikult nendele muutustele reageerida (34). Selle aspektiga tuleb arvestada ka teenuste rahastusskeemide kujundamisel. Erinevate riikide kogemused on näidanud, et teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamise mõistes on kõige riskantsem samatüübilise baasrahastuse mudel. Tegu on mudeliga, kus rahastatakse vaid teatud tüüpi teenuseid rangelt piiritletud tingimustes ja vastavalt kokkulepitud hinnakirjale. Teenuste rahastaja vaatest on selline mudel küll kergemini rakendatav, kuid piirab oluliselt võimalust pakkuda igale inimesele just talle sobivat teenuste komplekti. Seega ei ole selline rahastusmudel DI kontekstis piisavalt paindlik, et tagada teenuste kasutajakesksus ja saavutada DI potentsiaalsed positiivsed mõjud (30,39,32,33).

2. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamine

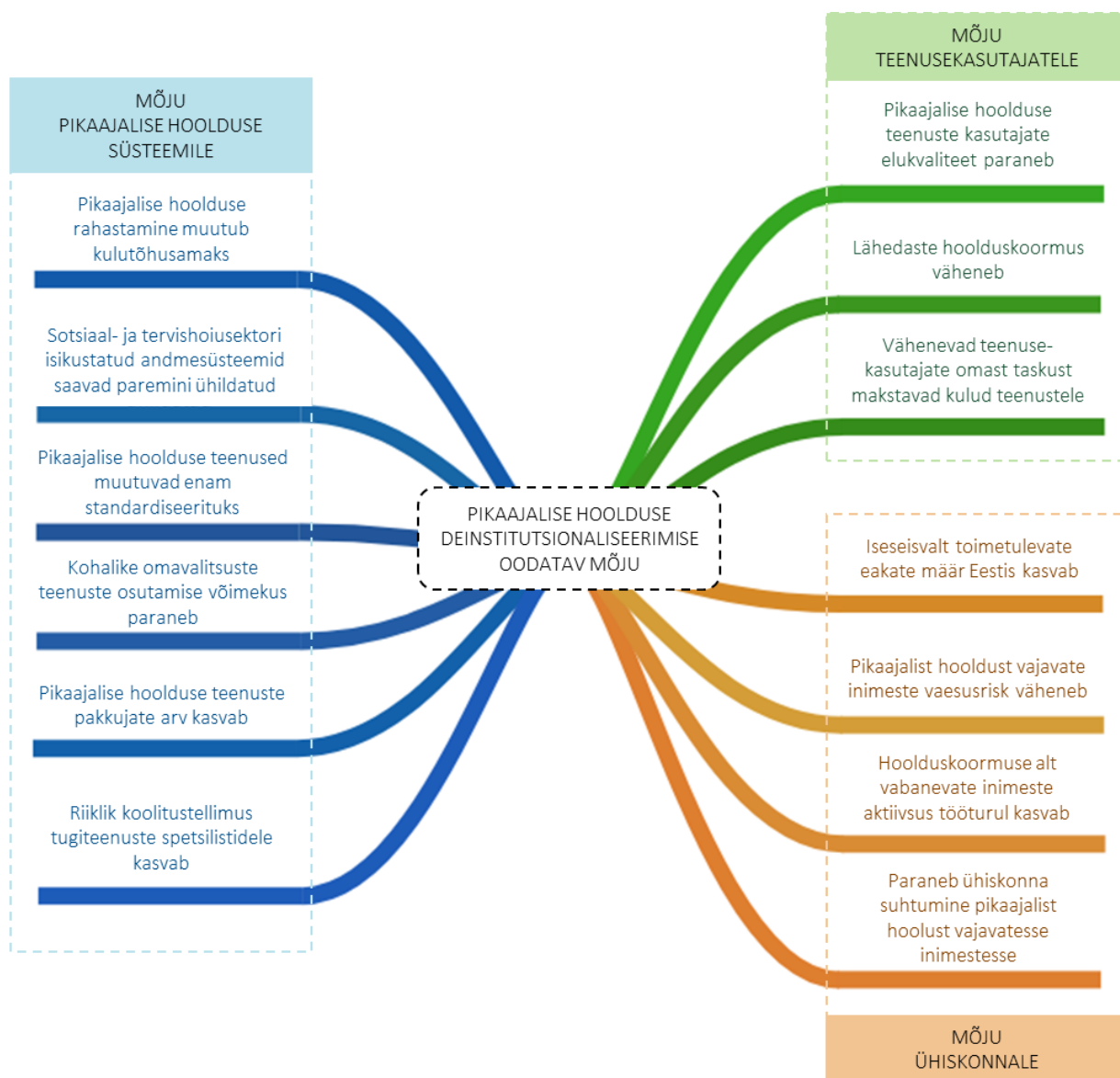
Pikaajalise hoolduse DI on oma olemuselt väga põhimõtteline suunamuutus kogu hooldusega seotud teenuste süsteemis ja sellega kaasnevad paljud olulised muutused nii teenuste rahastajate, osutajate kui ka teenuse kasutajate jaoks (36,37). Seetõttu võib DI kaasa tuua nii ootuspärast positiivset kui ka soovimatut negatiivset mõju – nii teenuse kasutajatele ja osutajatele kui ka laiemalt ühiskonnale (41).

Pikaajalise hoolduse DI puhul on mõju hindamine kriitilise tähtsusega. Eelkõige seetõttu, et tegu on põhimõttelise suunamuutusega kogu sotsiaal- ja terviseteenuste süsteemis, mis mõjutab suurt osa elanikkonnast ja sellega kaasneb mitmete äärmiselt ressursimahukate poliitikate elluviimine. Võtmata arvesse

EUROOPAS EI OLE KOKKU LEPITUD ÜHTSET METOODIKAT DI MÕJU HINDAMISEKS JA VASTAV HINDAMISRAAMISTIK PUUDUB KA EESTIS.

sedavõrd olulise reformi potentsiaalset mõju, ei ole võimalik poliitikakujundajatel vastu võtta informeeritud otsuseid ja teha teadmispõhiseid valikuid erinevate poliitikavariantide vahel (42).

Euroopa tasandil ei ole seni kokku lepitud ühtset metoodikat pikajalise hoolduse DI mõju hindamiseks (43). Kirjanduse läbitöötamise käigus ei õnnestunud leida ka mõne konkreetse riigi vastavat hindamisraamistikku. Sellest tulenevalt võttis uurimismeeskond hindamisraamistiku koostamisel aluseks erialakirjanduses esitatud argumendid DI kasust ja erinevate riikide õppetunnid poliitika elluviimisel (sh saavutatud muutused). Uurimismeeskond sõnastas mõjud vastusena küsimusele: „Mis pikajalise hoolduse DI tulemusena Eestis muutub?“ ja lähtunud realistlikest muutustest, mis peaksid DI-ga kaasnema. Oodatavad muutused kategooriseeriti kolmeks mõju valdkonnaks - mõju teenusekasutajatele, mõju pikajalise hoolduse süsteemile ja mõju ühiskonnale (vt joonis 1).



JOONIS 1. PIKAAJALISE HOOLDUSE DEINSTITUTSIONALISEERIMISE OODATAVATE MÕJUDE RAAMISTIK.
ALLIKAS: AUTORITE KOOSTATUD

2.1. Mõju teenusekasutajale

Pikaajalist hooldust vajavate inimeste elukvaliteedi parandamine on DI üks keskseid eesmärke. Seetõttu hõlmabki esimene mõjukategooria mõju teenusekasutajatele ehk mis muutub teenuse vajaja ja tema lähedaste elukvaliteedis. Mõlema sihtrühma puhul on käsitletud nii objektiivne kui subjektiivne vaade elukvaliteedile ehk ühelt poolt inimese enda tajutud heaolu ja teisalt otseselt mõõdetava heaolu muutus.

Hooldust vajavate inimeste elukvaliteet

Inimeste igapäevase iseseisva toimetulekuvõime säilitamine, taastamine ja suurendamine on DI kontekstis üheks peamiseks elukvaliteedi parandamise viisiks. Seeläbi on võimalik vähendada (ja viivitada) inimeste vajadust kõrgema intensiivsusega ja kulukamate teenuste järele, sh vajadust institutsionaalsete teenuste järele.

Elukvaliteediga seotud mõju hindamiseks tuleks keskenduda eelkõige seisundi muutustele ehk vaadelda, kui paljudel teenusekasutajatel on seisund teenuse osutamise perioodi vältel paranenud, säilinud või halvenenud. Hoiduda tuleks ühe ajahetke seisundite kirjeldamisest. Näiteks teadmine sellest, milline on depressiooni

DI MÕJU ELUKVALITEEDILE PEEGELDUB SELLES, KUIVÕRD ON INIMESTE SEISUND TEENUSE SAAMISE KÄIGUS SÄILINUD, PARANENUD VÕI HALVENENUD.

levimus teenusekasutajate seas ühel või teisel aastal ei võimalda meil kõige paremini hinnata DI mõjusid, sest ei peegelda teenusekasutajate individuaalseid kogemusi. Oluliselt tähenduslikuma pildi mõjudest annab teadmine sellest, kui paljudel teenusekasutajatel on

depressiooni ilmingud viimase aasta jooksul vähenenud – sellise muutuse vaatlemine annab võimaluse hinnata, kuivõrd toob DI kaasa reaalseid muutusi teenusekasutajate eludes.

DI tulemusena peaks oluliselt suurenema tähelepanu ennetavatele teenustele (nt krooniliste haiguste kontrolli all hoidmine, lamatiste tekke ennetamine, haavade puhastamine, kukkumis- ja teiste vigastusohude monitoorimine, passiivse eluviisi ja emotsionaalse kärbumise ennetamine jms), mistõttu on asjakohane hindamisel kasutada vastavasisulisi indikaatoreid (53,54,55). Paranenud näitajad viitavad teenuste kvaliteedi

PARANENUD ELUKVALITEEDI NÄITAJAD VIITAVAD TEENUSTE KVALITEEDI PARANEMISELE, SEEVASTU HALVENENUD NÄITAJAD VAJADUSELE TEHA TÄIENDAVAD PINGUTUSI VÕI VÕTTA ETTE SUUNAMUUTUSI POLIITIKA ELLUVIIMISEL.

ja kättesaadavuse paranemisele, seevastu halvenenud näitajad viitavad vajadusele teha täiendavaid pingutusi või võtta ette suunamuutusi poliitika elluviimisel. Elukvaliteedi indikaatorid võiksid hõlmata mitte vaid sümptomeid või diagnoose, vaid ka inimese subjektiivset tajutud heaolu (sh eneseväarikus, turvatunne, privaatsus jms) (47,48).

Mõju hindamisel elukvaliteedile on kasutusel mitmeid mõõtmisinstrumente, mis hõlmavad erinevaid elukvaliteedi aspekte ja võimaldavad anda hinnangu elukvaliteedi koondnäitajana ehk skoorina. Sarnaseid instrumente on ka kognitiivsete võimete, igapäevase toimetuleku jt spetsiifilisemate elukvaliteedi dimensioonide kohta.

Omastehooldajate elukvaliteet

Pikaajalist hooldust vajavate inimeste elukvaliteedi parandamisel on oluline roll ka lähedastel, kes on sageli teenuseosutaja rollis ja sellest tulenevalt saab mõjutatud ka nende endi elukvaliteet. Omastehooldajate vähenenud aktiivsus tööturul või hoopiski tööturult lahkumine on tagajärjed, mis võivad kaasneda liialt kõrge hoolduskoormusega. DI peaks muutma pikaajalise hoolduse teenused kättesaadavamaks ja sellega vähendada lähedaste hoolduskoormust (4,49).

OMASTEHOOLDAJAIK TULEB KÄSITLEDADA SAMUTI ABIVAJAJATENA, SEST HOOLDUSKOORMUSEGA KAASNEB RISK MITMETELE TERVISEPROBLEEMIDE TEKKEKSLE.

Lähedaste hoolduskoormus võib riigiti olla erinev, sõltudes suuresti hoolekandesüsteemide ülesehitusest. Näiteks hoolduskindlustusega riikides (Soomes) on lähedaste hoolduskoormus väiksem kui riikides, kus seadused sätestavad lastele oma vanemate ülalpidamiskohustuse (nt Eesti ja Itaalia) (7,61,65). Suure hoolduskoormuse tõttu on omastehooldajad samuti käsitletavad abivajajatena, kellel on suurenenud risk terviseprobleemide tekkeks – levinumateks on vaimse tervise häired, kroonilised haigused ja vigastused (8). Mitmed neist võivad olla tingitud hooldaja enda vähesest teadlikkusest või oskamatuselt (näiteks enese vigastamine hooldatava tõstmisel, oskamatus kasutada abivahendeid või vähesed teadmised abi saamise võimalustest).

Omastehooldajate puudulike hooldamisoskuste tõttu võivad kannatada ka hooldatavad. Valede hooldus- ja ravivõtete tõttu (nt abivajaja keha ei osata õigete võtetega pöörata, tehakse vigasid ravimite doseerimisel ja manustamisel jne) võib hooldatava tervis hoopis halveneda (68–70,71). Samuti võib hooldamisega kaasnev

LÄHEASTE PUUDULIKE HOOLDAMISOSKUSTE TÕTTU VÕIB HOOLDATAVA TERVIS HOOPIS HALVENEDA.

emotsionaalne pinget tekitada hooldatavaga konflikte ning soodustada lähedaste vahel vaimset ja füüsilist vägivalda (56).

Selleks, et saada terviklikku ülevaadet DI mõjust lähedaste hooldajatele, võiksid indikaatorid käsitleda muutusi nii **hooldamise intensiivsuses** (hõlmates hooldamise sagedust, kestvust ja hooldamistegevusi) kui ka **hooldajate tüpoloogias** (vanuseline, sooline, piirkondlik, perekondlik jaotuvus). Teadmine neist nüanssidest võimaldab hinnata, kuivõrd mõjutab DI erinevaid lähedaste hooldajate rühmi erinevalt ja milles mõju täpsemalt seisneb. Näiteks võib ilmned, et teatud piirkondades väheneb hoolduskoormus enam kui mujal või väheneb hoolduskoormus näiteks küll voodihaigete lähedaste hooldajatel kuid mitte dementsete lähedaste eest hoolitsejatel. Samuti ei pruugi oluliselt väheneda omastehooldajate arv, kuid nende hooldamistegevuste intensiivsus väheneb või paraneb emotsionaalne toimetulek – ka need muutused viitavad hoolduskoormuse vähenemisele. Tähelepanuta ei

HOOLDUSKOORMUSE VÄHENEMISELE EI VIITA VAID OMASTEHOOLDAJATE ARVU LANGUS VAID KA HOOLDAMISTEGEVUSTE INTENSIIVSUSE VÄHENEMINE.

saa jätta ka **omastehooldajate hooldamis- oskusi** – paranenud oskused võivad leevendada hoolduskoormust ja sellest tulenevaid kahjusid hooldajale ka siis, kui hooldamise intensiivsus oluliselt ei vähene.

Teenuste maksumus teenusekasutajatele

Elukvaliteedi ühe komponendina on käsitletav ka pikaajalise hooldusega kaasnev finantskoormus nii teenusevajajale kui tema lähedastele. Kuna DI käigus muutuvad oluliselt mitmed teenuste osutamise põhimõtted,

DI KÄIGUS MUUTUVAD OLULISELT TEENUSTE OSUTAMISE PÕHIMÕTTED – SEE VÕIB KAASA TUUA MUUTUSED KA INIMESTE OMAST TASKUST MAKSTAVATES KULUDES.

siis tuleb jälgida ka seda, kuidas mõjutavad need muutused inimeste rahalist omaosalust teenuste kasutamisel. Eestis on inimeste pikaajalise hoolduse omaosalus kõrge eelkõige instituutsionaalse hooldusega seotud kulude tõttu ja seetõttu võib eeldada, et DI toob kaasa inimeste omaosaluse vähenemise. Seda

aga eeldusel, et kodus osutatavate teenuste eest maksab KOV või riik. Seevastu, kui KOV ja riigi poolt osutatavate teenuste mahud ei vasta tegelikule vajadusele, võib tekkida olukord, kus omaosalus hoopis tõuseb, sest teenuse vajajad maksavad teenuste eest nõ omast taskust. Mõju hindamisel saabki vastavatele indikaatoritele tuginedes jälgida, millised on muutused erinevate pikaajalise hoolduse teenuste lõikes ehk kuidas kaasneb DI-ga olukord, et inimeste teatud teenuste omaosaluse määrad langevad või tõusevad.

2.1.1. Teenusekasutajate elukvaliteedi mõju hindamise indikaatorid

Järgnevalt on loetletud võimalikud indikaatorid (tabelid 1-3), mida saab kasutada deinstitutionali-seerimise mõju hindamiseks teenusekasutajate elukvaliteedile.

TABEL 1. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU TEENUSEKASUTAJATE ELUKVALITEEDILE

OODATAV MÕJU 1: TEENUSEKASUTAJATE ELUKVALITEET PARANEB		
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 1.1: Teenusekasutaja seisundi muutuse subjektiivsed indikaatorid		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID		ANDMETE KÄTTESAADAVUS
Tervises seisund		
1	Vaimse tervise näitajad	Eeldab andmekogumise käivitamist
2	Nägemis- ja kuulmisvõime	Eeldab andmekogumise käivitamist
3	Tasakaaluhäirete esinemine	Eeldab andmekogumise käivitamist
4	Mäluhäirete esinemine	Eeldab andmekogumise käivitamist
5	Valu kogemine	Eeldab andmekogumise käivitamist
6	Urineerimishäirete esinemine	Eeldab andmekogumise käivitamist
Iseseisev toimetulek		
7	Võimekus end pesta	Eeldab andmekogumise käivitamist
8	Võimekus endale toitu valmistada	Eeldab andmekogumise käivitamist
9	Võimekus teostada lihtsamaid meditsiinilisi toiminguid (süstida, vere-rõhku mõõta vms)	Eeldab andmekogumise käivitamist
Eneseväärikus		
10	Arvamusega arvestamise tajumine	Eeldab andmekogumise käivitamist
11	Privaatsuse austamine	Eeldab andmekogumise käivitamist
12	Turvatunde tajumine	Eeldab andmekogumise käivitamist
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 1.2: Teenusekasutaja seisundi muutuse objektiivsed indikaatorid		
Haigestumus		
13	Psüühika- ja käitumishäired, suitsiidikatsed	Haigekassa
14	Vigastused (kukkumised eelkõige) ja mürgistused (ravimitest, alkoholist)	Haigekassa
15	Urineerimishäired	Haigekassa
16	Lamatised	Haigekassa

17	Alatoitumus	Haigekassa
Seisundi skoorid		
18	Elukvaliteedi skoor	Eeldab vastavate mõõtmis-
19	Igapäevase toimetuleku skoor	instrumentide tõlkimist ja
20	Mäluprobleemide skoor	valideerimist Eestis + skooride
21	Kognitiivsete võimete skoor	andmete kogumist teenuse-
22	Valu kogemise skoor	pakkujate poolt
Muud seisundi indikaatorid		
23	Antipsühhootikumide tarvitamine	Haigekassa
24	Gripi vastu vaksineeritus	Terviseamet
25	Voodihaige	Eeldab andmekogumise käivitamist
26	Pikaajalise hoolduse teenusekasutajate määr, kellel on diagnoositud Z ja Y (hooletusse jätmise märgid)	Haigekassa
27	Pikaajalise hoolduse patsientide suremuskordaja institutsionaalselt vs institutsioonist väljas teenusel	Surmaregister

TABEL 2. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU LÄHEDASTE HOOLDUSKOORMUSELE

OODATAV MÕJU 2: LÄHEDASTE HOOLDUSKOORMUS VÄHENE		
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 2.1: Hoolduskoormuse muutus		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID	ANDMETE KÄTTESAADAVUS	
Muutused hooldajate sotsiaaldemograafilises jaotuses		
28	Sooline jaotuvus (ehk kuivõrd langeb koormus eelkõige naistele)	Eeldab andmekogumise käivitamist
29	Vanuseline jaotuvus (ehk kuivõrd langeb koormus eakatele, parimas tööeas inimestele jms)	Eeldab andmekogumise käivitamist
30	Piirkondlik jaotuvus (ehk kuivõrd on lähedaste hoolduskoormus, nt per 1000 teenusekasutaja kohta, piirkonniti erinev ehk kas hoolduskoormus muutub eri Eesti paigus erinevalt)	Eeldab andmekogumise käivitamist
31	Hooldatava suhete jaotuvus (ehk kuivõrd hoolitsetakse vanemate, elukaaslaste jms eest)	Eeldab andmekogumise käivitamist
Muutused hooldatavate tüpoloogias (ehk kuivõrd toimuvad muutused ühtlaselt eri tüüpi hooldatavate seas)		
32	Psüühika- ja käitumishäiretega lähedase hooldajate osakaal	Eeldab andmekogumise käivitamist
33	Voodihaige või vähese liikumisvõimega lähedase hooldajate osakaal	Eeldab andmekogumise käivitamist
34	Meditasiiniõe kompetentse eeldavaid toiminguid vajavate lähedaste hooldajate osakaal (kanüülid, süstid, haava sidumised, ravikuurid jms)	Eeldab andmekogumise käivitamist
35	Osaliselt iseseisva toimetulekuga lähedase hooldajate osakaal	Eeldab andmekogumise käivitamist
Muutused hooldamisintensiivsuses		
36	Pikaajalist hooldust vajavate täiskasvanute/eakate määr, keda hooldab vaid lähedane/-sed	Eeldab andmekogumise käivitamist
37	Sagedus (ehk hooldajate %, kes tegelevad lähedase hooldamisega a) igapäevaselt; b) vähemalt 5p nädalas; c) 2-3p nädalas; d) korra nädalas; e) harvemini kui iga nädal)	Eeldab andmekogumise käivitamist
38	Kestvus (ehk hooldajate %, kes on hooldanud lähedast a) vähem kui 1 aasta; b) 1-3 a; c) 4-6 a; d) 6-10 a; e) rohkem kui 10 a)	Eeldab andmekogumise käivitamist
Muutused hooldamisoskustes (ehk kuivõrd paranenud oskused ja abivahendite kasutamine võimaldavad ka koormust vähendada)		
39	Hooldajate %, kes hindavad oma hooldamisoskusi hooldatava vajaduste vastavaks	Eeldab andmekogumise käivitamist
40	Hooldajate %, kes hindavad oma hooldamisoskusi paranenuks (viimase 1a jooksul)	Eeldab andmekogumise käivitamist
41	Hooldajate %, kes kasutavad hooldamisel abivahendeid	Eeldab andmekogumise käivitamist
42	Hooldajate %, kes on osalenud hooldamisoskuste teemalisel koolitusel (viimase 1a jooksul)	Eeldab andmekogumise käivitamist

43	Hooldajate %, kes on abi saamiseks pöördunud hooldus- ja tugiteenuste pakkujate poole	Eeldab andmekogumise käivitamist
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 2.2: Hoolduskoormuse mõju lähedastele		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID		ANDMETE KÄTTESAADAVUS
Muutused lähedaste tervises seisundis		
44	Tajutud kurnatuse esinemine (sh eristada kõrge, keskmine ja madal kurnatus)	Eeldab andmekogumise käivitamist
45	Tajutud kurnatuse muutus (ehk kuivõrd on kasvanud või vähenenud viimase aasta jooksul)	Eeldab andmekogumise käivitamist
46	Keskmise või madala tervise enesehinnangu esinemine	Eeldab andmekogumise käivitamist
47	Vigastuste esinemine (eelkõige seljavigastused jms)	Haigekassa
48	Krooniliste tervisevaevuste esinemine (eelkõige psüühikahäired, südamehaigused, luu- ja lihaskonna haigused, ülekaalulisus)	Haigekassa
49	Tervist kahjustava käitumise esinemine (eelkõige suitsetamine, alkohol, vähene liikumine, tasakaalustamata toitumine)	Eeldab andmekogumise käivitamist

TABEL 3. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU TEENUSEKASUTAJATE RAHALISELE OMAOSALUSELE

OODATAV MÕJU 3: TEENUSEKASUTAJATE OMAOSALUS VÄHENE		
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 3.1: Reaalsete omaosaluse kulude muutus		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID		ANDMETE KÄTTESAADAVUS
Teenusekasutajate omaosaluse määrad		
50	Pikaajalise hoolduse teenusekasutajate (PHT) omaosaluse määr ehk kui paljud maksavad vähemalt osaliselt oma teenuste eest ise	Eeldab andmekogumise käivitamist
51	Keskmine omaosaluse suurus ehk millise osa (%) teenuste kogumaksumusest maksavad PHT-d ise	Eeldab andmekogumise käivitamist
52	PHT määr, kes maksavad ise koduõenduse teenuse eest	Eeldab andmekogumise käivitamist
53	PHT määr, kes maksavad ise hooldusteenuse eest	Eeldab andmekogumise käivitamist
54	PHT määr, kes maksavad ise rehabilitatsiooniteenuse eest	Eeldab andmekogumise käivitamist
55	PHT määr, kes maksavad ise institutsionaalsete teenuse eest	Eeldab andmekogumise käivitamist
Otssesed kulud teenustele, mediaan keskmine, EUR kuus/aastas (võib eristada teenusekasutaja ja lähedaste kulud)		
56	Pikaajalise hoolduse teenusekasutajate (PHT) kulu pikaajalise hoolduse teenustele kokku	Eeldab andmekogumise käivitamist
57	PHT kulu koduõenduse teenusele	Eeldab andmekogumise käivitamist
58	PHT kulu sotsiaalhoolduse teenustele	Eeldab andmekogumise käivitamist
59	PHT kulu rehabilitatsiooni teenustele	Eeldab andmekogumise käivitamist
60	PHT kulu teistele meditsiinilistele tugiteenustele	Eeldab andmekogumise käivitamist
61	PHT kulu teistele mittemeditsiinilistele tugiteenustele	Eeldab andmekogumise käivitamist
62	PHT kulu abivahenditele	Eeldab andmekogumise käivitamist
63	PHT kulu ravimitele	Eeldab andmekogumise käivitamist

2.2. Mõju pikaajalise hoolduse süsteemile

Pikaajalise hoolduse DI-ga kaasnevad mitmed põhimõttelised muutused sotsiaalhoolekande- ja tervishoiu-süsteemides, nii riiklikul kui kohalikul tasandil. Sageli tuleb DI poliitikate kujundamiseks ümbermõtestada erinevate teenuseosutajate rollid, uuendada kvaliteedijuhtimise süsteeme, üles ehitada uued koostöö protsessid, teha olulisi muudatusi andmesüsteemides ja muuta teenuste rahastamise süsteemi. Saab ka öelda, et muutused neis süsteemides on eelduseks, et mõju teenusekasutajatele ja ühiskonnale laiemalt saaks üldse ilmnedada.

Pikaajalise hoolduse süsteemi kulutõhusus

Pikaajalise hooldusega seotud kulude kasvu pidurdamine ja kuluefektiivsuse suurendamine on üheks olulisemaks väljakutseks nii tervise- kui hoolekandesüsteemide arendamisel. Paljud riigid otsivad lahendusi, kuidas osutada pikaajalise hoolduse teenuseid tõhusamalt ehk kuidas hoida kulud võimalikud madalad, kuid saavutada teenuste kõrge kvaliteet ja asjakohasus.

Kuigi teenuste osutamine väljapool institutsioone näib esmapilgul soodsam, on mitmetes riikides tehtud arvutused näidanud, et selline teenuste osutamine on rahaliselt kulukam (58,59). Seevastu on kodus ja kogukonnas osutatud teenuste positiivsed mõjud (ehk tulud) suuremad kui nõ traditsioonilist tüüpi hoolekande-institutsioonides (2,58,60). Seega on deinstitutionaliseeritud teenustega võimalik suurendada süsteemi kulutõhusust – samas mahus raha investeerides (kuid varasemast teist tüüpi teenustele) on võimalik saavutada enam positiivset mõju.

DI potentsiaalsed rahalised tulud tulenevad eelkõige kokkuhoitud kuludest – teenusekasutajate iseseisva toimetuleku säilitamisele ja suurendamisele keskendunud teenused võimaldavad ennetada või edasi lükata

DI TULUD ON KÄSITLETAVAD SÄÄSTETUD KULUDENA – INIMESTE ISESEISVALE TOIMETULEKU SUURENDAMISELE KESKENDUNUD TEENUSED VÄHENDAVALD VAJADUST INTENSIIVSEMATE (JA KALLIMATE) TEENUSTE JÄRELE.

intensiivsemate (ja kallimate) teenuste vajadust. Teenusekasutajate terviseseisundi säilimine või paranemine ja teenusepakkujate omavaheline koordineeritud koostöö peaksid ennetama ka vajadust statsionaarse ja era-korralise arstiabi järele.

Kulutõhususe muutuste hindamiseks on vaja ülevaadet süsteemi reaalsetest kuludest (nii riiklikud kui kohalikud kulud, nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemi kulud) ja tuludest (kokkuhoitud kulud nii sotsiaal- kui tervishoiusüsteemis ning paranenud tervise- ja toimetulekunäitajad) (vt tabel 4). Kulutõhususe hindamiseks ajateljel tasub kaaluda **kulutõhususe indeksi** väljatöötamist, mis võtab arvesse kõik eelmainitud kulud ja tulud ning arvutab välja nende omavahelise suhte. Indeks oleks heaks võimaluseks monitoorida DI-ga kaasnevat ressursikulu ja soovitud positiivsete mõjude määra ning seeläbi olla abiks ka vastavate reformide elluviimise võimendamisel.

Pikaajalise hoolduse teenuste kvaliteet

DI mõjul peaksid teenuste süsteemis toimuma muutused, mis aitavad parandada teenuste kvaliteeti. Mõju hindamise raamistiku kontekstis on kvaliteedi käsitlus kahedimensiooniline – ühelt poolt teenusekasutajate seisundi paranemine kui kinnitus teenuste kvaliteedi paranemise kohta ja teisalt paranenud teenuste osutamise võimekus kui eeldus kvaliteedi paranemiseks. Kvaliteedi esimest dimensiooni on käsitletud

eelmises peatükis. Teise dimensiooni komponentidena on raamistikus a) teenuste kättesaadavus, b) teenuste standardiseeritus, c) teenuste integreeritus ja d) teenuste osutamise võimekus. Nimetatud neli komponenti hõlmavad endas olulisemaid pikaajalise hoolduse DI-ga toimuvaid muutusi, millest sõltub, kui võrd on saavutatav DI peamine eesmärk ehk teenusekasutajate elukvaliteedi paranemine.

Teenuste kättesaadavuse hindamisel tuleb arvestada kolme kättesaadavuse dimensiooni: a) **ajaline kättesaadavus** ehk kui pikad on teenuste ooteajad ja järjekorrad, b) **finantsiline kättesaadavus** ehk kui võrd on teenused nende vajajatele taskukohased ja c) **geograafiline kättesaadavus** ehk kui võrd on teenuste kättesaadavus tagatud erinevates piirkondades.

DI MÕJU HINDAMISEL ON KVALITEET KÄSITLETAV KAHE-DIMENSIOONILISENA – ESITEKS, INIMESE SEISUNDI PARANEMINE KUI VIIDE TEENUSTE HEALE KVALITEEDILE JA TEISEKS, TEENUSTE KORRALDUSE PARANEMINE KUI VIIDE KVALITEETSELE SÜSTEEMILE.

Muutused ei pruugi olla sarnased kõigis kättesaadavuse dimensioonides, samuti on nad omavahel tihedalt seotud (näiteks võivad pikad järjekorrad olla probleemiks vaid mõnes piirkonnas, tuues kaasa tasuliste teenuste suurema tarbimise ja sellega finantsilise kättesaadavuse halvenemise).

Teenuste standardiseerituse indikaatorid võimaldavad hinnata, kui võrd on DI mõjul muutunud teenuste kvaliteedi juhtimine süsteemsemaks ja inimkessemaks. Hooldusteenuste inimkeskus on põhimõtte, millele on Euroopas hakatud aina enam tähelepanu pöörama, sh võetud mitmetes riikides (nt Inglismaal) keskseks hoolekandepoliitika ja teenuste kujundamise lähtekohaks. Sageli hõlmab see inimese individuaalsete hooldusvajaduste hindamist ja sellest lähtuvalt temale vajalike teenuste pakkumist. Lisaks tähendab inimkeskus ka arvestamist abivajaja eelistuste ja soovidega teenuste valikul ja korraldamisel, sh võimalust kaasa rääkida oma hoolekannet puudutavate otsuste juures (13,49,63–67). Teenuste standardiseeritus ja sellega kaasnev kvaliteedikontroll omab olulist rolli ka seetõttu, et teenuste DI käigus kasvab oluliselt teenuseosutajate arv, mis võib kaasa tuua ka ebaühtlasema kvaliteedi teenuseosutajate seas (37,61,62).

Kohalike omavalitsuste teenuste osutamise võimekus on pikaajalise hoolduse DI eduka rakendamise eelduseks, kuna mitmed teenused liiguvad institutsioonidest kogukonda ehk suuremas mahus omavalitsuste vastutusalasse. Nii kasvab ka omavalitsuste mõju teenuste kvaliteedile ja oluline on mõju hindamisel jälgida, kui võrd on kvaliteetsete teenuste osutamise võimekus omavalitsustes ühtlasel tasemel ja kättesaadavus tagatud erinevates piirkondades elavatele inimestele.

Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreeritus on inimkesksete teenuste osutamise eelduseks. Enamik pikaajalise hoolduse teenusekasutajatest vajavad nii sotsiaal- kui tervishoiuteenuseid, mistõttu mõjutab kahe süsteemi omavahelise koordineeritud koostöö toimimine oluliselt teenuste kvaliteeti ja seeläbi inimeste elukvaliteeti (50,51,52).

2.2.1. Pikaajalise hoolduse süsteemi mõju hindamise indikaatorid

Järgnevalt on loetletud võimalikud indikaatorid (tabelid 4-5), mida saab kasutada DI mõju hindamiseks teenuste süsteemile.

TABEL 4. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU PIKAAJALISE HOOLDUSE KULUTÕHUSUSELE

OODATAV MÕJU 4: PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMINE ON KULUTÕHUSAM		
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 4.1: Kulud		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID	ANDMETE KÄTTESAADAVUS	
Haigekassa otseste kulude muutus (sh patsiendikategooriate ja raskusastmete lõikes, nt dementsed, skisofreeniahaiged jms)		
64	Koduse hoolduse kulu per patsient, aastas	Haigekassa
65	Institutsionaalse hoolduse kulu per patsient, aastas	Haigekassa
66	Rehabilitatsiooniteenuste kulu per patsient, aastas	Haigekassa
67	Väljapool institutsiooni pakutava hoolduse ja intitutsionaalsele hoolduse kulude suhe	Haigekassa
68	Erinevate tervishoiuteenuste kogukulu per pikaajalise hoolduse patsient, aastas	Haigekassa
Sotsiaalkindlustusameti otseste kulude muutus (sh teenusekasutajad kategooriate ja raskusastmete lõikes)		
69	Kodus osutatavate hooldusteenuste kulu per teenusekasutaja, aastas	SKA
70	Institutsionaalse hoolduse kulu per teenusekasutaja, aastas	SKA
71	Rehabilitatsiooniteenuste kulu per teenusekasutaja, aastas	SKA
72	Väljapool institutsiooni pakutava hoolduse ja intitutsionaalsele hoolduse kulude suhe	SKA
73	Riiklike <u>sotsiaalteenuste ja -toetuste</u> kogukulu per pikaajalise hoolduse teenusekasutaja, aastas	SKA
74	Riiklike <u>sotsiaaltoetuste</u> kogukulu lähedaste hooldajatele, aastas	SKA
Kohalike omavalitsuste otseste kulude muutus (sh teenusekasutajad kategooriate ja raskusastmete lõikes)		
75	Omavalitsuste mediaan keskmine kogukulu per pikaajalise hoolduse teenusekasutaja, aastas	Eeldab andmekogumise käivitamist
76	Kohalike sotsiaalteenuste ja -toetuste kogukulu per pikaajalise hoolduse teenusekasutaja, aastas	Eeldab andmekogumise käivitamist
77	Omavalitsuste eelarvete mediaan keskmine proportsionaalne kulu pikaajalise hoolduse teenustele ja toetustele, aastas	Eeldab andmekogumise käivitamist
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 4.2: Tulud		
Haigekassa säästetud kulude muutus (ehk teenusekasutajate vähenenud vajadus kulukate teenuste järele)		
78	Pikaajalise hoolduse patsientide (PHP) ambulatoorsete ja statsionaarsete visiitide/ravijuhtude suhe	Haigekassa
79	PHP keskmine ambulatoorsete visiitide arv, aastas	Haigekassa
80	PHP keskmine statsionaarsete voodipäevade arv, aastas	Haigekassa
81	PHP määr, kes vajavat statsionaarset arstiabi 30 päeva jooksul peale eelmist statsionaarset visiiti (ehk rehospitalseerimise määr)	Haigekassa
82	PHP keskmine kiirabi väljakutsete arv, aastas	Haigekassa / E-Kiirabi
83	PHP määr, kellel esineb ravi kvaliteedist tulenevaid tüsistusi vms (indikaatoriks saab määratleda spetsiifilised diagnoosid)	Haigekassa
84	PHP määr, kes ei ole viimase aasta jooksul kasutanud statsionaarset arstiabi (sh patsiendikategooriate ja raskusastmete lõikes, nt dementsed, skisofreeniahaiged jms)	Haigekassa
Sotsiaalkindlustusameti säästetud kulude muutus		
85	Pikajalise hoolduse teenusekasutajate (PHT) määr, kelle hooldusvajadus on viimase aasta jooksul vähenenud (sh teenusekasutajad kategooriate ja raskusastmete lõikes)	SKA / KOV

86	PHT määr, kes kasutavad intensiivse hoolduse teenuseid (sh teenusekasutajad kategooriate ja raskusastmete lõikes)	SKA / KOV
Kohalike omavalitsuste säästetud kulud		
-	-	-
Paranenud tervise- ja toimetulekunäitajad (hooldatavatel ja lähedastel)		
-	Vt indikaatoreid mõju kategooriates 1.2 ja 2.2.	-
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 4.3: Kulutõhusus		
87	Kulutõhususe indeks	Eeldab pikaajalise hoolduse kulutõhususe indeksi väljatöötamist

TABEL 5. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU PIKAAJALISE HOOLDUSE TEENUSTE KVALITEEDILE

OODATAV MÕJU 5: PIKAAJALISE HOOLDUSE TEENUSTE KVALITEET PARANEB		
MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 5.1: Teenuse kättesaadavus		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID		ANDMETE KÄTTESAADAVUS
Ajaline kättesaadavus		
88	Koduõe keskmine ooteaeg päevades (teenuse saatekirja väljastamisest kuni esimese visiidini)	Haigekassa
89	Sotsiaalhooldaja keskmine ooteaeg päevades (teenuse sooviavaldusest kuni esimese visiidini)	Eeldab andmekogumise käivitamist
90	Institutsionaalsete teenuste keskmine järjekord päevades	Eeldab andmekogumise käivitamist
91	Koduõdede ja pikaajalise hoolduse vajajate suhe (üks koduõde kui mitme teenusevajaja kohta)	Haigekassa
92	Sotsiaalhooldajate ja pikaajalise hoolduse vajajate suhe (üks hooldaja kui mitme teenusevajaja kohta)	Eeldab andmekogumise käivitamist
93	Tugi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutajate ja pikaajalise hoolduse vajajate suhe (üks logopeed, tegevusterapeut vms kui mitme teenusevajaja kohta)	Eeldab andmekogumise käivitamist
94	Institutsionaalsete kohtade ja pikaajalise hoolduse vajajate suhe (üks voodikoht kui mitme teenusevajaja kohta)	Eeldab andmekogumise käivitamist
95	Teenusekasutajate ja nende lähedaste tagasiside/rahulolu teenuste järjekordadega	Eeldab andmekogumise käivitamist
Finantsiline kättesaadavus		
-	vt indikaatoreid mõju kategoorias 3.1	-
96	Tasulise koduõenduse teenuse mediaankeskmise hinna suhe mediaan-keskmisesse brutopalka	Eesti Haigekassa
97	Tasulise sotsiaalhoolduse teenuse mediaankeskmise hinna suhe mediaankeskmisesse brutopalka	Sotsiaalministeerium
98	Tasuliste rehabilitatsiooniteenuste mediaankeskmise hinna suhe mediaankeskmisesse brutopalka	Eeldab andmekogumise käivitamist
99	Tasulise institutsionaalse hoolduse teenuse mediaankeskmise hinna suhe mediaankeskmisesse brutopalka	Sotsiaalministeerium
100	Teenusekasutajate ja nende lähedaste tagasiside/rahulolu teenuste taskukohasusega	Eeldab andmekogumise käivitamist
Geograafiline kättesaadavus		
101	Kohalike omavalitsuste (KOV) määr, kus teenuste järjekorrad ei ole pikemad kui X	Eeldab andmekogumise käivitamist
102	KOV määr, kus teenuste omaosaluse määr ei ole suurem kui X	Eeldab andmekogumise käivitamist
103	KOV määr, kus teenusepakujate/teenusevajate suhe on vähemalt X	Eeldab andmekogumise käivitamist
104	KOV määr, kus rahulolu teenuste järjekordade ja finantsilise kättesaadavusega on vähemalt X	Eeldab andmekogumise käivitamist

MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 5.2: Teenuste standardiseeritus

Teenusekasutaja vajaduste hindamise standardiseeritus

105	Pikaajalise hoolduse teenusekasutajate (PHT) määr, kellele on koostatud teenusele asumisel hooldusvajaduse hinnang/hooldusplaani	Eeldab andmekogumise käivitamist
106	PHT määr, kelle hooldusvajaduse hinnangut on uuendatud iga 6 kuu tagant	Eeldab andmekogumise käivitamist
107	PHT määr, kes on saanud kaasa rääkida oma hooldusplaani koostamisel ja uuendamisel	Eeldab andmekogumise käivitamist
108	PHT määr, kellele on koostatud institutsionaalselt teenuselt (sh stacionaarselt tervishoiuteenuselt) väljumisel hooldusvajaduse hinnang / hooldusplaani	Eeldab andmekogumise käivitamist
109	PHT lähedaste määr, kellele on institutsionaalselt teenuselt (sh stacionaarselt tervishoiuteenuselt) väljumisel tutvustatud hooldusvajaduse hinnangut / hooldusplaani	Eeldab andmekogumise käivitamist

Teenuste kvaliteedijuhtimise standardiseeritus

110	Teenusepakkujate määr, kellel on dokumenteeritud organisatsiooni kvaliteedijuhtimise süsteem	Eeldab andmekogumise käivitamist
111	Teenusepakkujate määr, kes esitavad oma kvaliteediindikaatorite andmeid riiklikesse andmebaasidesse	Eeldab andmekogumise käivitamist
112	Teenusepakkujate määr, kellel on dokumenteeritud kliendikaebuste esitamise ja lahendamise süsteem	Eeldab andmekogumise käivitamist
113	Teenusepakkujate määr, kelle personali väljaõpe vastab riiklikele soovitudele/standarditele	Sotsiaalministeerium
114	Teenusepakkujate määr, kelle kaardivoolavus ei ole suurem kui X	Eeldab andmekogumise käivitamist

MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 5.3: Kohalike omavalitsuste teenuste osutamise võimekus

Teenuste vastavus kohalikele vajadustele

-	Vt indikaatoreid mõju kategoorias 5.1 (geograafiline kättesaadavus)	-
115	KOV määr, kes on esitanud oma teenusevajajate sihtrühma suuruse andmed riiklikesse andmebaasidesse (ehk kuivõrd on teadlikud oma teenusevajajate arvust)	Eeldab andmekogumise käivitamist
116	KOV määr, kus on käimas pikaajalise hoolduse teenuste arendamise projektid	Eeldab andmekogumise käivitamist
117	KOV määr, kes pakuvad tugiteenuseid hooldatavate lähedastele (nt tugirühmad jms)	Eeldab andmekogumise käivitamist
118	KOV määr, kes pakuvad täiendavaid rahalisi toetusi ja soodustusi hooldatavate lähedastele	Eeldab andmekogumise käivitamist
119	KOV määr, kus on tööl vähemalt 1 juhtumikorraldaja X pikajalist hooldust vajava inimese kohta	Eeldab andmekogumise käivitamist
120	KOV määr, kus osutatakse tugi- ja rehabilitatsiooniteenused X, Y, Z KOV-is kohapeal	Eeldab andmekogumise käivitamist

MÕJU HINDAMISE KATEGOORIA 5.4: Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide integreeritus

Andmesüsteemide integreeritus

121	Vastavat ligipääsuõigust omavatel spetsialistidel (nt juhtumikorraldajatel vms) on võimalik pääseda ligi iga teenusekasutaja teenuse kasutamise seotud sotsiaal- ja tervishoiuandmetele	Eeldab andmekogumise käivitamist
122	Iga pikaajalise hoolduse teenuse kasutaja kohta on teenusega seotud sotsiaal- ja tervishoiuandmed ühest kohast kättesaadavad	Eeldab andmekogumise käivitamist

Teenuste integreeritus

123	Pikaajalise hoolduse teenusekasutajate (PHT) määr, kelle hooldusvajaduse hinnangu/hooldusplaani koostamisel/uuendamisel on osalenud nii sotsiaal- kui tervishoiutöötaja	Eeldab andmekogumise käivitamist
124	PHT määr, kellel on olnud kontakt oma perearstiga viimase 12 kuu jooksul	Eeldab andmekogumise käivitamist

125	Perearstide määr, kellel on olnud viimase 30 päeva jooksul kontakt mõne oma nimistu patsiendi koduõega	Eeldab andmekogumise käivitamist
126	Perearstide määr, kellel on olnud viimase 30 päeva jooksul kontakt mõne oma nimistu patsiendi juhtumikorraldajaga	Eeldab andmekogumise käivitamist
127	Perearstide määr, kes on viimase 3 kuu jooksul osalenud mõne oma nimistu patsiendi hooldusplaani koostamisel	Eeldab andmekogumise käivitamist
128	Koduõdede määr, kes on viimase nädala jooksul teinud koostööd oma patsientide hooldusõdedega	Eeldab andmekogumise käivitamist
129	Koduõdede määr, kes on viimase kuu jooksul teinud koostööd oma patsientide juhtumikorraldajatega	Eeldab andmekogumise käivitamist
130	Sotsiaalhooldajate määr, kes on viimase nädala jooksul teinud koostööd oma patsientide koduõdedega	Eeldab andmekogumise käivitamist
131	Sotsiaaltöötajate määr, kes on viimase nädala jooksul teinud koostööd oma patsientide koduõdedega	Eeldab andmekogumise käivitamist

2.3. Mõju ühiskonnale

Pikaajalise hoolduse DI on olulist osa elanikkonnast puudutav poliitikamuutus, mistõttu väljendub selle mõju ka ühiskonnas laiemalt. DI ei ole asi iseeneses vaid poliitikasuund, mis peaks aitama kaasa üldisemate sotsiaalse heaolu näitajate paranemisele. Sellest tulenevalt on mõju hindamisraamistiku kolmandaks komponendiks mõju ühiskonnale.

DI ON POLIITIKASUUND, MIS PEAKS AITAMA KAASA ÜLDISEMATE SOTSIAALSE HEAOLU NÄITAJATE PARANEMISELE RIIGIS.

Oodatava ühiskondliku mõjuna saab käsitleda nelja peamist muutust: a) suurem hulk inimesi tuleb iseendaga iseseisvalt toime, b) hooldust vajavate inimeste vaesusrisk väheneb, c)

hoolduskoormuse alt vabanenud inimeste aktiivsus tööturul kasvab ja d) paraneb ühiskonna suhtumine pikaajalist hooldust vajavatesse inimestesse.

2.3.1. Laiema ühiskondliku mõju hindamise indikaatorid

Järgnevalt on loetletud võimalikud indikaatorid (tabel 6), mida saab kasutada DI laiema ühiskondliku mõju hindamiseks.

TABEL 6. VÕIMALIKUD INDIKAATORID HINDAMAKS DI MÕJU ÜHISKONNALE LAIEMALT

OODATAV MÕJU 6: ISESEISVALT TOIMETULEVATE INIMESTE MÄÄR EESTIS KASVAB		
VÕIMALIKUD INDIKAATORID		ANDMETE KÄTTESAADAVUS
132	Tööealiste määr, kelle igapäevane toimetulek ei ole terviseprobleemide tõttu piiratud	Statistikaamet
133	65-84-aastaste määr, kelle igapäevane toimetulek ei ole terviseprobleemide tõttu oluliselt piiratud	Statistikaamet
134	85+ aastaste määr, kelle igapäevane toimetulek ei ole terviseprobleemide tõttu oluliselt piiratud	Statistikaamet

OODATAV MÕJU 7: PIKAAJALIST HOOLDUST VAJAVATE INIMESTE VAESUSRISK VÄHENEV

135	Vaesusriskis elavate 65-84-aastaste määr	Statistikaamet
136	Vaesusriskis elavate 85+ aastaste määr	Statistikaamet
137	Tööealiste pikaajalise hoolduse teenusekasutajate määr, kes elavad vaesusriskis	Eeldab andmekogumise käivitamist
138	Eakate pikaajalise hoolduse teenusekasutajate määr, kes elavad vaesusriskis	Eeldab andmekogumise käivitamist

OODATAV MÕJU 8: HOOLDUSKOORMUSE ALT VABANEVATE INIMESTE AKTIIVSUS TÖÖTURUL KASVAB

139	Osakaal tööelisest elanikkonnast, kelle tööturuaktiivsus on lähedase hooldamise tõttu pärsitud	Eeldab andmekogumise käivitamist
140	Omastehooldajate määr/arv, kes on viimase aasta jooksul asunud tööle (nii täis- kui osalise koormusega)	Eeldab andmekogumise käivitamist

OODATAV MÕJU 9: ÜHISKONNA SUHTUMINE PIKAAJALIST HOOLDUST VAJAVATESSE INIMESTESSE PARANEV

141	Osakaal elanikkonnast, kelle suhtumine pikaajalist hooldust vajavasse inimesesse on paranenud (sh erinevate pikaajalise hoolduse sihtrühmade lõikes)	Eeldab andmekogumise käivitamist
-----	--	----------------------------------

2.4. Mõju hindamiseks vajalikud alusandmed

Olemasolevad andmed

Oluline on analüüsida ka indikaatorite jaoks vajalike andmete olemasolu ning vajadust nende järele. Sealjuures võivad tihti olemasolevad andmed olla puudulikud, kuid korrektsete andmete kogumiseks või kättesaamiseks tuleks näiteks muuta seadusandlust

NII EESTIS KUI KA PALJUDES TEISTES EUROOPA RIIKIDES ON MÕJU HINDAMISEL PROBLEMIKS ANDMETE PUUDUMINE VÕI EBAKVALITEETSED ANDMED.

(sh andmekaitseadust). Nii Eestis kui ka paljudes teistes Euroopa riikides on probleemiks andmete puudumine või ebakvaliteetsed andmed (ja seda laiemas vaates kui vaid pikaajalist hooldust käsitlevad andmed). Kuna

tegemist on just KOV tasandil osutatavate teenustega, siis tähendab see seda, et andmeid peaksid koguma KOVid ja riiklikud registrid tihti selles valdkonnas puuduvad.

Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande infosüsteemide parendamiseks on oluline kindlaks määrata, milliseid andmeid, millisel tasemel ja kelle poolt peaks koguma. Indikaatorite andmed on vajalikud kindlasti piirkondlikul ja teenuste tasandil, planeerimaks edasisi tegevusi ja kontrollimaks teenuste ja tegevuste tulemuslikkust.

Teenuste DI juures on oluline, et andmed oleksid kõigil tasanditel kättesaadavad ja piisavalt kvaliteetsed. Kui üldiselt riiklike registritega hakkab iga aastastelt olukord paranema, siis endiselt on paljudes riikides suureks väljakutseks vastavate küsitlusandmete kogumine (nt leibkonnauuringud, teenuse kasutusega seotud uuringud jne).

Eestis on kokku ligikaudu 300 andmekogu ja infosüsteemi, millest suurem osa on isikupõhised. DI mõjude hindamise kontekstis on kõige olulisemateks andmebaasideks STAR (sotsiaalteenuste- ja toetuste andmeregister), sotsiaalkaitse infosüsteem, S-Veeb, H-Veeb, töövõime hindamise ja töövõimetoetuse andmekogu (TETRIS), tervise infosüsteem, Haigekassa ravikindlustuse andmekogu ja Haigekassa retseptikeskus. Lisaks haldab Tervise Arengu Instituut rida tervisespetsiifilisi registreid (meditsiiniline sünniregister ja rasedus-

katkestusandmekogu, surma põhjuste register, vähiregister, tuberkuloosiregister, narkomaaniaravi andmekogu, vähi seõluuringute register). Samuti haldab Terviseamet nakkushaiguste registrit ning Tartu Ülikooli Kliinikum müokardiinfarkti registrit.

Lisaks registritele viiakse Eestis läbi ka regulaarseid küsitlusuuringuid. Pikaajalise hooldusega seotult on olulisim neist **SHARE uuring**, mis on Euroopa paneeluuring 50+ vanuses inimeste tervisliku seisundi, vananemise ja pensionile jäämise kohta. Aastatel 2004–2016 on läbi viidud SHARE kuus lainet 20 Euroopa riigis (igal teisel aastal). Eesti liitus 2011. aastal neljanda lainega. Küsitlust plaanitakse jätkata kuni aastani 2024 (67).

2009. ja 2015. aastal on Eestis teostatud ka „**Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring**“, mis keskendus 50-74-aastastele kui teatavas mõttes "üleminekuealistele", et koguda infot, kuivõrd selle vanusgrupi töö- ja pensioniealised Eestis üksteisest erinevad ning millised on nende toimetulek, aktiivsus ja elukvaliteet, mida eakatepoliitika väljatöötamisel lähiaastatel silmas pidada. Uuringu raames analüüsiti sihtrühma, kelle eest hoolitsemine tööeas vanemaealistele sageli langeb (68).

Juba üle 10 aasta on Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa tellimusel läbi viidud uuringut „**Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile**“. Uuringu raames küsitletakse igal aastal ligikaudu 1700 inimest (vanuses 15-74), et mõõta Eesti elanike hinnanguid oma tervisele, Eestis pakutavale arstiabile ja tervishoiukorraldusele. Muuhulgas on küsimused ka pikaajalise hooldusvajaduse ja info kättesaadavuse kohta.

DI mõju hindamiseks vajalikud andmed

DI mõju hindamiseks vajaminevate andmete kirjeldus on esitatud toodud tabelites 1-6. Nimetatud tabelid kirjeldavad nii erinevates registrites olemasolevaid andmeid kui ka puuduolevaid andmeid, mida täna Eestis veel süsteemselt ei koguta ja mis eeldaksid andmekogumise käivitamist.

Kokkuvõtlikult saab öelda, et eelkõige on andmeid puudu järgmistes valdkondades:

- Pikaajalise hoolduse teenuseid kasutavate inimeste elukvaliteeti kirjeldavad andmed
- Inimeste teenuse kasutamise kogemust kirjeldavad andmed, sh rahulolu teenustega, hooldusega kaasnevad rahaliste kulude andmed
- Omastehooldajate olukorda kirjeldavad andmed (sotsiaaldemograafiline läbilõige, hooldustegevuste iseloom ja intensiivsus, hooldusoskused, hooldajate elukvaliteet)
- Andmed, mis kirjeldavad teenuste ooteaegasid ja osutamise mahtude vastavust teenuse vajadusele
- Kvaliteedijuhtimist kirjeldavad andmed teenuseosutajatelt (hooldusvajaduse hindamise ja hooldusplaani teostamise andmed, kliendikaebuste esitamise ja lahendamise andmed, töötajaskonna väljõppe ja kaadrivoolavuse andmed, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostööd kirjeldavad andmed jms)
- Kohalike omavalitsuste teenuse osutamise süsteemi kirjeldavad andmed

Oluline on markeerida, et DI mõju adekvaatseks hindamiseks ei piisa vaid üleriiklikkest keskmistest näitajatest, kuna DI mõju võib piirkonniti olla erinev ja oluline on jälgida, et DI ei tooks kaasa piirkondliku ebarõrdsuse suurenemist, vaid tagaks parema teenuse kättesaadavuse eri piirkondades elavatele inimestele.

3. Pikajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise näited Euroopast

Euroopa riigid on kasutusele võtnud mitmesuguseid lähenemisviise pikajalise hoolduse teenuste osutamiseks ning rakendatavate mudelite paljusus muudab võrdlemise ja õppimisvõimalused keeruliseks. Selle ületamiseks pakkusid Nies ja tema kolleegid (69) välja tüpoloogia, mis kirjeldab pikaajalise hoolduse süsteeme nelja nn ideaalse tüübi järgi (vt tabel 7). Nies jt leidsid, et Euroopa pikaajalise hoolduse süsteemide klassifitseerimiseks on kolm peamist mõõdet: hoolduse nõudlus (nt inimeste osakaal, kes vajab pikaajalist hooldust), mitteametliku hoolduse pakkumine (nt üksikisikute osakaal, kes hooldavad sugulasi, ja mitme generatsioonilised leibkonnad) ja ametliku hoolduse pakkumine (nt avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele, eakate inimeste osakaal, kes saavad ametlikke hooldusteenuseid kodus või institutsioonides). Nimetatud tüübid on jagatud riikide süsteemide põhjal neljaks: universaalne põhjamaade hooldus, standardhooldus, perekonnal põhinev hooldus ning Kesk- ja Ida-Euroopa (ehk ka üleminekumaade) hooldus (43).

TABEL 7. EUROOPA PIKAAJALISE HOOLDUSE REŽIIMIDE TÜPOLOOGIA

	Hoolduse nõudlus	Mitteametliku hoolduse pakkumine	Ametliku hoolduse pakkumine	Pikaajalise hoolduse kui sotsiaalse riski teadvustamine	Riigid
Universaalne-Põhjamaade	Keskmine	Madal	Kõrge	Esmased liikujad	Taani, Soome, Holland, Rootsi
Standardhoolduse segu	Kõrgem keskmine	Keskmine	Keskmine	Varajased liikujad	Saksamaa, Austria, Prantsusmaa, Inglismaa
Perekonnal põhinev	Kõrge	Kõrge	Madal	Hilised liikujad	Hispaania, Itaalia, Portugal, Iirimaa, Kreeka
Kesk- ja Ida-Euroopa	Madal keskmine	Kõrge	Madal	Alles alustajad	Ungari, Poola, Tšehhi, Slovakkia, Rumeenia, Bulgaaria, Eesti , Läti, Leedu

Tabelis 7 toodud nelja pikaajalise hoolduse süsteemi tüübi puhul on arvestatud kolme peamist tegurit, mis lähtuvad nõudlusest ning formaalsest ja mitteformaalsest pakkumisest. Kohati võib elanikkonna suurenenud hooldusvajadus olla oluliseks käivitajaks süsteemis lahenduste otsimisel. Samas olemasolevad tugevad mitteametlikud hooldusvõrgustikud võivad tasakaalustada suurt hooldusvajadust (sh vähendada institutsionaalse hoolduse vajadust). Samas peab arvestama, et lõpuks on ikka ametlike teenuste pakkumine professionaalse hoolekande sektori suuruse ja kaasatuse aluseks. Tasakaal ametliku ja mitteametliku hoolduse pakkumise vahel on määrava tähtsusega DI protsessi ulatuse ja kiiruse kindlaksmääramisel. Selleks, et võimalikult suurt spektrit katta, on valitud Euroopas iga kategooria kohta nn mudelriigid. Nn mudelriigid näitavad ilmekalt olukorda, kus avaliku korruga riikides (Austria, Rootsi) on selgelt lahendatud vanemaealise elanikkonna suhteliselt kõrge deinstitutionaliseerimise taseme vähendamine, ja olukorrad, kus deinstitutionaliseerimise määr on suhteliselt madal ja praeguse poliitika eesmärk on tulevikus DI kasv (Itaalia, Tšehhi Vabariik) (43).

3.1. Deinstitutionaliseerimise poliitikate printsiibid ja eesmärgid valitud Euroopa riikides

Kuna pikaajalise hoolduse DI teema on Euroopas muutunud järjest aktuaalsemaks, siis on erinevates riiklikes dokumentides leitavad ka peamised pikaajalise hooldusega seotud printsiibid, millel järgnevatel aastatel tegevus peaks põhinema. Enamikes riikides on ühe poliitika printsiibina ära toodud ikkagi see, et traditsioonilise institutsionaalse hoolduse osakaal peaks vähenema ning kogukonnanahooluse ja koduhoolduse osakaal peaks suurenema. Selle eelduseks on muidugi infrastruktuuri paranemine, teenuste ha ja kvaliteetne kättesaadavus ning tugev poliitiline tahe (70–72). Ülevaade erinevate Euroopa riikide pikaajalise hoolduse põhiprintsiipidest on ära toodud tabelis 8.

Lisaks põhiprintsiipidele on mitmete riikide arengukavades ning teistes riiklikes dokumentides toodud ära ka pikaajalise hoolduse DI eesmärgid (nt kodus elavate inimeste osakaalu suurendamine, koduabi osakaalu suurendamine, erinevate teenuste ja hüvitiste osakaalu suurendamine jne) (51,72–74).

TABEL 8. PIKAAJALISE HOOLDUSE PÕHIPRINTSIIBID VALITUD RIIKIDES

Riik	Poliitika printsiibid
Soome	<ul style="list-style-type: none"> - Traditsioonilise institutsioonilise hoolduse vähendamine - Üleminek hooldekodudest intensiivse teenusega hooldekorteritesse - Koduhoolduse ja koduste asutuste prioritseerimine - Riiklik eluasemeprogramm, mis võimaldab individuaalset eluaset inimestele, kes liiguvad instituut-sioonidest (sh koolist), tavapärasesse elukeskkonda - Eluasemed tavapära elurajoonides, mitte kompleksid ja suured elamud - Institutsioonide suutlikkust vähendatakse süstemaatiliselt ja kontrollitult - Üksikute teenuste arendamine, mis vastavad klientide vajadustele - Väga hästi koolitatud töötajad, kes on pühendunud töötama ühiste väärtuste raames
Rootsi	<ul style="list-style-type: none"> - Kõigil inimestel on õigus nõuda avalikku teenust ja toetust kõikidel eluetappidel ja kohalikel omavalitsustel on kohustuslik tagada, et need vajadused on täidetud - Koduhooldus jääb peamiseks kohaliku omavalitsuse poolt eakatele osutatavaks teenuseks, mis osutab igapäevaste tegevuste (nt kaubanduskeskused, toiduvalmistamine, puhastamine ja pesemine) ja isikliku hügieeni (nt vannitamine, riiete valmistamine) tegevustes abi. - Institutsionaalset hooldust (üldkasutatav eluasemeteenus) pakutakse hooldekodudes ja hoolekandea-sutustes nagu vanadekodud ja teenusmajad. - Ühiskodud pakuvad lühiajalist hooldust ka pooleldi institutsionaalsel tasandil, mis täiustab eluruumi-de intensiivsemaid ja püsivamaid vorme, pakkudes rehabilitatsiooni- ja üleminekuperioodi teenused.
Läti	<ul style="list-style-type: none"> - DI keskendus vaimse puude ja lastega täiskasvanutele - Teenuste kvaliteedi paranemine - Kogukonnapõhiste teenuste arendamine - Sotsiaalhoolekandea-sutuste klientide iseseisev elamine - Prioriteediks on inimese vajadused mitte infrastruktuur. Puuetega inimesest, kes ei saa ise enda eest hoolt kanda >> Puudega inimestele funktsionaalsuseni - DI-protsessi käigus tuleks kaasata rohkem kohalikke omavalitsusi
Itaalia	<ul style="list-style-type: none"> - Itaalia pikaajalise hoolduse süsteem hõlmab kolme põhilist ametlikku abi: üldist hooldust, elamu-majandust ja (suhteliselt heldeid) rahalisi hüvitisi, mida rahastavad ja osutavad kohalikud oma-valitsused, piirkondlikud omavalitsused, riiklik tervishoiusüsteem ja riiklik sotsiaalkindlustusamet. - Senine DI reform on kaasa toonud teenuste suure killustatuse ja laiaulatusliku geograafilise ebavõrd-suse, sest puudub DI riiklik raamistik ja muudatused on liialt politiseeritud.

Holland

- Meetmed klientide õiguste tugevdamiseks hooldusteenuste osutajate suhtes
- Heade tavade levitamiseks kvaliteedinõukogu loomine
- Hindamismenetluste lihtsustamine
- Täiendav eelarve alates 2012. aastast, et tõsta füüsilisest isikust ettevõtjate hooldustariife 5% võrra ja soodustada hooldustöötajate palkamist ja väljaõpet
- Institutsioonide hoolduskulude ja majutuskulude eraldamine institutsioonidelt alates 2012. aastast. Alates 2009. aastast hüvitatakse hoolduskulud patsientide hooldusvajaduste alusel ja asutused võivad vabalt luua uut võimekust, kuid oma finantsriskiga, järk-järgult üleminekuajaga kuni 2017. aastani.

Põhjus, miks erinevad riigid on järjest enam pikajalise hoolduse teenuste DI rakendanud või plaaninud seda, on muuhulgas ka asjaolu, et institutsionaalsed teenused ei ole sobivaimad kergemate hooldusvajaduste rahuldamiseks. Näiteks Soomes makstakse kergema koduhoolduse eest ühe abivajaja kohta umbes 170 eurot kuus, kuid see ei motiveeri teenuseosutajaid kergemat teenust osutama, vaid nad eelistavad nn raskemaid kliente, kelle eest saab tunduvalt kõrgemat tasu (51,73). Samas kui Rootsis on sotsiaalteenuste sektoris tegutsevate eraettevõtete arv kasvanud aastatel 1995-2005 viiekordselt, on seal tulnud teravalt esile kvaliteedi probleemid. Nimelt on ettevõtted kasumi teenimiseks palganud töötajateks madalama haridustasemega töjõudu, kes aga ei vasta kvaliteedistandarditele ning nende poolt osutatav teenuse on tihti ebakvaliteetne. Samas jõukam elanikkond saab lubada endale kallimaid ja kvaliteetsemaid erateenuseid. Rootsis ei ole juba aastakümneid avaliku sektori kulutused vanurite hooldamisele sammu pidanud elanikkonna vananemisega. Ajavahemikus 1990-2000 vähenesid elanikkonna hooldamise riiklikud ressursid seoses elanikkonna vanuses 80+ aastaste arvuga 14%. Aastatel 2000-2009 vähenesid kulutused mitte ainult elanikkonna vananemisega, vaid ka absoluutarvudes 6%. Samuti on seal vähenenud koduhoolduskindlustuse kasutamine. 1980. aastal kasutas Rootsis üldist koduhooldust 16% vanematest inimestest vanuses 65 aastat ja üle selle ja 34% 80+ aastased (75–77).

Koduste hooldusteenuste ebaühtlane tase on probleemiks ka Itaalias. Väiksemates piirkondades, kus teenuseosutajate konkurents on väiksem, on kvaliteet halvem kui suuremates piirkondades. See aga toob kaasa suuremad kulutused perekondadele, kes püüavad kaugemalt kvaliteetsemat teenust osta. Suur osa hooldajatest on Ida-Euroopast pärit sisserändajad, keda perekond otse nn mustalt palkab (ca 28%). Seega puudub nende kohta ka ametlik register ning kvaliteedikontrolli mehhanismid (viimane oleks eriti oluline, kuna nad teevad ka õendusabi tegevusi) (78,79).

Hollandis saavad pikaajalist hooldust vajavad inimesed sageli ise valida, kas nad tahavad minna hooldekodusse või saada teenuseid kodus. Kuigi riiklikul tasandil on hakatud eelistama seda, et inimene oleks võimalikult kaua enda kodus, siis on abivajajate enda poolt tõstatunud nii sotsiaalse isolatsiooni kui üksinduse teemad, mis koduselamisega kaasnevad. Samas on Holland OECD riikidest üks suurima institutsionaalse hooldusega riike, kus institutsionaalsed patsiendid moodustavad 40% kõigist pikaajalise hoolduse patsientidest. Seetõttu on Holland võtnud eesmärgiks süsteemi ümberkorraldamise, sh välja töötada regionaalhoolduse finantsstiimulid. Praeguse pikaajalise hoolduse suurimaks väljakutseks on olnud vastavate finantsstiimulite puudumine, mis on toonud kaasa ka selle, et teenuseosutajad ei oma ülevaadet, kuidas oma teenuse hinda kujundada ning koduteenused on kohati ebaratsionaalselt kallid. See omakorda on kahjustanud konkurentsiturgu, kus suuremad tegijad on saavutanud monopoolse staatuse. 2015. aastal läbi viidud pikaajalise hoolduse reformi tulemusena loodetakse, et DI raames pakutav koduhooldusteenus on sama kvaliteetne kui institutsionaalne ning et järgneva viie aasta jooksul asendub 40% institutsionaalsest hooldusest koduhooldusega (38,46,67,78,80,82,86–88).

Üldiselt on Euroopas pikaajalise hoolduse teenuse osutamise ja rahastamise kohustus suures osas pandud kohalikele omavalitsustele. Kui Soomes vastutab teenuste osutamise eest ainult KOV, siis Rootsis on kohalikud omavalitsused kohustatud pakkuma küll kõiki sotsiaalteenuseid, kuid tervisega seotud teenuste eest vastutavad kõrgemad tasandid (vt tabel 9). Mõningatel juhtudel võib teenus küll riigis olemas olla, kuid selle eest maksab kas inimene ise või tema perekond (nt hoolduskindlustuse eest Hollandis maksab inimene ise) (81). Samas Soomes on võetud suund võimalikult paljude teenuste tagamisele riiklikul tasemel (nt maksab riik kinni nii erinevad hooldusteenused kui ka sotsiaal- ja tugiteenused). Samuti on Soomes eraldi olemas hoolduskindlustus.

TABEL 9. PIKAAJALISE HOOLDUSE TEENUSTE OSUTAMISE KOHUSTUS JA RAHASTAMINE (59,75,76,78,79,81)

Riik	Teenuse osutamise kohustus	Rahastamine
Soome	KOV	Riiklike ja kohalike omavalitsuste vahendite ja tasude kombineerimine
Rootsi	Kohalikud omavalitsused vastutavad sotsiaalteenuste osutamise eest, tervisega seotud teenuste eest kõrgemad tasandid.	Riiklike ja kohalike omavalitsuste vahendite ja tasude kombineerimine. Koduteenused ilma meditsiinilise tegevuseta KOVi vastutusallas.
Itaalia	Koduhooldusteenuseid osutavad ühiselt kohalikud tervishoiuasutused ja kohalikud omavalitsused keskvalitsuse kehtestatud raamistiku alusel.	Riiklike ja kohalike omavalitsuste vahendite ja tasude kombineerimine. Suur perekonna omaosalus.
Holland	Pikaajaline hooldus on enamasti keskvalitsuse vastutus. Omavalitsustele on delegeeritud ainult koduhoolduse tagamine.	Institutsioonide ja koduhoolduse puhul on 32 piirkondliku tervishoiuteenuste asutust volitatud ostma pikaajalise hoolduse teenuseid.

3.2. Deinstitutionaliseerimise õppetunnid Euroopas

Olenemata sellest, millised on erinevate riikide pikaajalise hooldusega seotud tavad, rahastamismudelid jms, seisavad kõik silmitsi faktiga, et teenusevajajate arv suureneb iga aastaga ning kasvava nõudluse rahuldamiseks peab leidma lahenduse. Kuna Euroopas on jõutud kokkuleppele, et järgnevatel aastatel peab olema fookuses just pikaajaliste teenuste DI, siis on oluline, et ka riigisiselt mõistaksid kõik erinevad osapooled seda ühtemoodi. Seni ongi erinevates riikides suurimaks takistuseks olnud see, et esiteks mõistavad erinevad osapooled kogukonnapõhiste teenuste osutamist erinevalt, vastutust erinevatel tasandil tõlgendatakse erinevalt, rahastus ei tule järgi ning ei suudeta nõ oma liivakastist kaugemale vaadata. Pikaajalise hoolduse DI edukuse tagabki see, kui suudetakse nõ silotornid lõhkuda ning keskenduda inimesele, mitte teenustele (63).

Teiseks oluliseks õppetunniks on olnud see, et olulise aspektina ei ole arvestatud perekonda ja selle võimekust. Riikides, kus institutsionaalne hooldus on odavam ning perekonnad peavad ise nagunii hoolduse eest maksma, ei saa loota, et perekond suudaks maksta kallite kodus osutatavate teenuste eest. Samas näitena võib siin tuua Tsehhi ja Itaalia, kus hakati toetama koduseid hooldajaid, vältimaks deinstitutionaliseerimist, kuid silmnähtavat tulemust ei ole nendes riikides veel näha (Itaalia juhtumit on kirjeldatud allpool). Samas Rootsis, kus koduhooldusteenused on juba aastaid olnud hästi kättesaadavad ja institutsionaalse hoolduse osakaal võrreldes teiste riikidega väike, on hakatud rääkima järjest tõusvatest kuludest, mis sellega kaasneb.

See on toonud kaasa aga surve vaadata põhjalikumalt, kellele teenuseid osutada, ning diskussiooni perekonna rolli suurendamise üle (43).

Üldiselt on pikaajalise hoolduse osutamise kohustused tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi piires eri haldustasandite, sidusrühmade ja sektorite vahel killustatud. Sobivad ja õigeaegsed hooldusteenused keerukate hooldusvajadustega inimeste jaoks sõltuvad eri spetsialistide ja mitteametlike hooldajate vahelisest tõhusast suhtlemisest ning erinevate teenuste omavahelisest süsteemsest kombineerimisest.

Kokkuvõtvalt võib välja tuua järgmised peamised DI takistavad tegurid:

- Puudub ühtne riiklik vaade teemale – eduka DI eelduseks on, et riiklikult oleks selgelt sõnastatud eesmärgid, tegevused, ülesanded ja vastutus
- Killustatus – puudub ülevaade, kes millise tegevuse eest vastutab. Eriti tekib probleeme siis, kui KOVIDel on oma ülesannetest erinevad arusaamad
- Finantside puudumine – riiklikul tasandil peab tagama selle, et koos lisaülesannete ja vastutusega tuleks ka rahaline kate
- Puudub integreeritus – sotsiaalsüsteem ja tervisesüsteem ei ole omavahel seotud tervikuks
- Vähene inimesekeskus – ei ole kokku lepitud, kuidas pikaajaline hooldus peaks lähtuma inimesest, mitte süsteemist
- Ebaühtlane teenuste kättesaadavus – lähtuvalt piirkonna võimekusest võivad teenuste kättesaadavus ja kvaliteet olla väga erinevad, mis omakorda suurendab ebavõrdsus pikaajalist hooldust vajavate inimeste vahel.

ITAALIA NÄIDE

Itaalias on üks kõrgemaid eakate osakaale Euroopas ning nende eest peavad sarnaselt Eestile vastutama eelkõige lapsed. Pikaajalise hoolduse tarbeks on riikliku kindlustuse vahenditest eraldatud teatud hulk raha ning samuti pakuvad kohalikud omavalitsused teatud soodustusi ja hüvesid abivajajatele. Samas jääb siiski teenuste tasumise eest suur omaosalus lähedaste kanda ning see on kaasa toonud näiteks selle, et otsitakse odavamalt töötajad, kes abivajajate eest hoolitseks. See on aga omakorda kaasa toonud selle, et odavamad töötajad on tihti pärit Ida-Euroopast ning nende kvalifikatsioon ja teadmised on kontrollimata ning abivajajad võivad saada ebakvaliteetset teenust. Kuigi Itaalias on vastutus teenuste kättesaadavuse osas pandud ka kohalikele omavalitsustele, ei suuda kõik vajalike teenuseid tagada ja see toob omakorda kaasa suure regionaalse ebavõrdsuse. Samuti on Itaalias väljakutseks tervishoiu- ja hoolekandeteenuste integreerimine, kuna need on rahastatud erinevatest süsteemidest ning ka vastutajad on erinevad tasandid (tervishoiuteenuste eest vastutab suures osas riiklik tasand, sotsiaalsüsteemi eest kohalik omavalitsus). Vastutuse killustumine on kaasa toonud ka selle, et erinevates piirkondades võivad olla erinevad standardid teenuste osutamise jaoks ja seda ei ole riiklikult (va tervishoid) reguleeritud. Samas hea näitena saab välja tuua selle, et Itaalias on hakatud rakendama erinevaid programme, mille käigus püütakse immigrandidest hooldajate kvalifikatsiooni ühtlustada (84).

SLOVAKKIA NÄIDE

Slovakkias on riiklikul tasandil võetud tugev suund DI suunas ning vastavad arengukavad ja prioriteedid on juba aastaid olemas. Samas ei saada deinstitutionaliseerimisest ühtemoodi erinevatel tasanditel aru ning rollid ja vastutus on selgelt delegeerimata. Lisaks ei ole ka rahastus selge ning üleminekut institutsionaalselt hoolduselt koduhooldusele ei ole toimunud. Riiklike arengukavade kohaselt peaks kohalik omavalitsus vastutama DI eest, kuid samas ei ole selge, milliseid teenuseid peaks KOV osutama ning kuidas neid rahastatakse. DI-d on püütud teha projektipõhiselt, kuid see on toonud pigem nähtavale kõik olemasolevad takistused, kui reaalselt liikunud koduhoolduse suunas (83).

Kasutatud kirjandus

1. Bettio F, Verashchagina A, EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE). Long-Term Care for the elderly Provisions and providers in 33 European countries. 2010.
2. Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J, Beechman J. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. 2007.
3. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ. Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents: A Literature Review. *Med Care Res Rev* MCR. 2010 Dec;67(6):627–56.
4. Euroopa Komisjon. Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care handed over to Commissioner Spidla [Internet]. 2009 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=et&catId=89&newsId=614&furtherNews=yes>
5. Care I of M (US) C on IQ in L-T, Wunderlich GS, Kohler PO. State of Quality of Long-Term Care [Internet]. National Academies Press (US); 2001 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224503/>
6. Castle NG, Ferguson JC. What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured? *The Gerontologist*. 2010 Aug;50(4):426–42.
7. Caldas J., Killaspy H. LONG-TERM MENTAL HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS [Internet]. 2011. (Prepared under service contract with the IMPACT Consortium). Available from: http://edz.bib.uni-mannheim.de/daten/edz-a/gdgv/11/healthcare_mental_disorders_en.pdf
8. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting Family Caregivers in Providing Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
9. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, America C on the LHCS in, Medicine I of. *Engaging Patients, Families, and Communities* [Internet]. National Academies Press (US); 2013 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207234/>
10. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(2):214–24.
11. AHRQ. *Coordinating Care for Adults With Complex Care Needs in the Patient-Centered Medical Home: Challenges and Solutions* | PCMH Resource Center [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <https://pcmh.ahrq.gov/page/coordinating-care-adults-complex-care-needs-patient-centered-medical-home-challenges-and>
12. Snyder CF, Wu AW, Miller RS, Jensen RE, Bantug ET, Wolff AC. THE ROLE OF INFORMATICS IN PROMOTING PATIENT-CENTERED CARE. *Cancer J Sudbury Mass*. 2011;17(4):211–8.
13. System NA of E (US) and I of M (US) C on E and the HC, Reid PP, Compton WD, Grossman JH, Fanjiang G. *Information and Communications Systems: The Backbone of the Health Care Delivery System* [Internet]. National Academies Press (US); 2005 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22862/>
14. Powell-Cope G, Nelson AL, Patterson ES. Patient Care Technology and Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2686/>
15. SENTAB. Sentab - kogukonnad, kõned teleka vahendusel ja uued tutvused! [Internet]. Sentab. 2017 [cited 2017 Oct 18]. Available from: <https://www.sentab.com/ee>
16. World Bank. *REDUCING THE BURDEN OF CARE IN ESTONIA*. 2017.
17. Sotsiaalministeerium. *Heaolu arengukava 2016 - 2020*. 2016.
18. Loim T. Eesti ja nelja Euroopa riigi pikaajalise hoolduse süsteemi analüüs omastehooldajate perspektiivist [Magistritöö]. Tartu Ülikool Sotsiaal- ja haridusteaduskond Ühiskonnateaduste instituut Sotsioloogia õppekava; 2015.
19. Riigikantselei. *Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma 1.kohtumine*. In 2016. Available from: [31](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-</div><div data-bbox=)

- editors/Failid/hoolduskoormus/ettekanne2601a.lai.pdf
20. European Commission. The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG); 2015.
 21. PIKAAJALISE HOOLDUSE KORRALDUS EESTIS: Hoolekande ja õendusabi teenuste osutamise [Internet]. 2005. Available from: http://www.egga.ee/Integreeritud_hoolduse_korraldus_Eestis.pdf
 22. Riigikontroll. Eakate hoolekande korraldus omavalitsuse hooldekodudes [Internet]. 2014. Available from: <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2316/Area/21/language/etEE/Default.aspx>
 23. Martínez-Leal R, Salvador-Carulla L, Linehan C, Walsh P, Weber G, Van Hove G, et al. The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *J Intellect Disabil Res JIDR*. 2011 Sep;55(9):858–72.
 24. Shen GC, Snowden LR. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2014 Nov 22;8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253997/>
 25. Mulheir G. Ending Institutionalisation An analysis of the financing of the deinstitutionalisation process in Bulgaria [Internet]. *Lumos*; 2015. Available from: https://wearelumos.org/sites/default/files/Finance_BG_online_final_2.pdf
 26. WHO. Innovation in deinstitutionalization: [Internet]. WHO. 2014 [cited 2017 Aug 29]. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/
 27. Bee P, Price O, Baker J, Lovell K. Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *Br J Psychiatry*. 2015 Aug;207(2):104–14.
 28. Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management What it is and how it can best be implemented [Internet]. 2011. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf
 29. Porter ME, Thomas H. Lee MD. The Strategy That Will Fix Health Care [Internet]. *Harvard Business Review*. 2013 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
 30. Personalised health and care 2020. Personalised health and care 2020: a framework for action - GOV.UK [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/personalised-health-and-care-2020/using-data-and-technology-to-transform-outcomes-for-patients-and-citizens>
 31. Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ, Alster K. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2631/>
 32. OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care [Internet]. 2011. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/47887770.pdf>
 33. Mansell J, Beadle-Brown J. Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities1. *J Intellect Disabil Res*. 2010 Feb 1;54(2):104–12.
 34. NDA. A Review of International Outcome Measures in Disability Service Provision A Contemporary Developments in Disability Services Paper [Internet]. 2010. Available from: <http://nda.ie/nda-files/Review-of-International-Outcome-Measures-in-Disability-Services-Provision.pdf>
 35. Care I of M (US) and NA of E (US) R on V& S-DH. Healthcare System Complexities, Impediments, and Failures [Internet]. National Academies Press (US); 2011 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61963/>
 36. Mansell J, Knapp M, Beadle-Brown J, Beecham J. Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Tizard Centre, University of Kent; 2007.
 37. Institute of Medicine. Advocating for Quality of Care and Quality of Life for Residents of Long-Term Care Facilities | Real People Real Problems: An Evaluation of the Long-Term Care Ombudsman Programs of the Older Americans Act | The National Academies Press [Internet]. 1995 [cited 2017 Aug 29]. Available from: <https://www.nap.edu/read/9059/chapter/4#29>

38. Hughes RG. Nurses at the “Sharp End” of Patient Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2672/>
39. Gilbert H, Peck E, Ashton B, Edwards N, Naylor C. Service transformation Lessons from mental health [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 28]. Available from: <http://mentalhealthpartnerships.com/resource/service-transformation-lessons-from-mental-health/>
40. THORNICROFT G, TANSELLA M, LAW A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*. 2008 Jun;7(2):87–92.
41. WHO J. A glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004 [cited 2017 Aug 28]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/68896>
42. Vinni R. Valdkonna arengukavade mõjude hindamise süsteemi analüüs. *Politikauuringute Keskus Praxis*; 2015.
43. Ilinca S, Leichsenring K, Rodrigues R. From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2015.
44. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016 Oct;15(3):276–86.
45. Nies MA, McEwen M. *Community/Public Health Nursing - E-Book: Promoting the Health of Populations*. Elsevier Health Sciences; 2013. 720 p.
46. NSW Consumer Advisory Group. Developing a Recovery Oriented Service Provider Resource for Community Mental Health Organisations LITERATURE REVIEW ON RECOVERY. 2009.
47. O’Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
48. WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. 2010. (DEBATES, POLICY & PRACTICE, CASE STUDIES).
49. Euroopa Komisjon. Health and Long-term Care in the European Union. Luxembourg: European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.; 2007.
50. Deusdad BA, Pace C, Anttonen A. Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for Older People in Europe in the Context of an Economic Crisis. *J Soc Serv Res*. 2016 Mar 14;42(2):144–50.
51. Anttonen A, Karsio O. Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. *J Soc Serv Res*. 2016 Mar 14;42(2):151–66.
52. Caron CD, Bowers BJ. Deciding whether to continue, share, or relinquish caregiving: caregiver views. *Qual Health Res*. 2003 Nov;13(9):1252–71.
53. Neufeld A, Harrison MJ. Unfulfilled expectations and negative interactions: nonsupport in the relationships of women caregivers. *J Adv Nurs*. 2003 Feb;41(4):323–31.
54. Cameron JI, Herridge MS, Tansey CM, McAndrews MP, Cheung AM. Well-being in informal caregivers of survivors of acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med*. 2006 Jan;34(1):81–6.
55. Metlay JP, Cohen A, Polsky D, Kimmel SE, Koppel R, Hennessy S. Medication safety in older adults: home-based practice patterns. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Jun;53(6):976–82.
56. Redinbaugh EM, Baum A, DeMoss C, Fello M, Arnold R. Factors associated with the accuracy of family caregiver estimates of patient pain. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Jan;23(1):31–8.
57. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1–10.
58. Jr RAS, Angel JL. *Handbook of Sociology of Aging*. Springer Science & Business Media; 2011. 682 p.
59. Dixon DL. Netherlands Succeeds in LTC Culture Change. *Caring Ages*. 2006 Apr 1;7(4):4.
60. Reiling J, Hughes RG, Murphy MR. The Impact of Facility Design on Patient Safety. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2633/>
61. Deusdad BA, Pace C, Anttonen A. Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for

- Older People in Europe in the Context of an Economic Crisis. *J Soc Serv Res*. 2016 Mar 14;42(2):144–50.
62. Kane RL, Kane RA. What Older People Want From Long-Term Care, And How They Can Get It. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov 1;20(6):114–27.
 63. MOPACT. Mobilising the potential of active ageing in Europe [Internet]. MoPAct. 2016 [cited 2017 Aug 21]. Available from: <http://mopact.group.shef.ac.uk/>
 64. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull*. 2006 Jun 1;79–80(1):245–58.
 65. McDaid D, Thornicroft G, Europe WHORO for, Policies EO on HS and. Mental health II : balancing institutional and community-based mental health care. 2005 [cited 2017 Aug 28]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107632>
 66. WHO. Framework and Standards for Country Health Information Systems. WHO; 2012.
 67. SHARE. SHARE Country: Avaleht [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 10]. Available from: <http://www.share-estonia.ee/index.php?id=21>
 68. Masso M, Piirits M, TNS Emor. Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2015 [Internet]. Praxis. [cited 2017 Oct 18]. Available from: <http://www.praxis.ee/tood/vanemaealiste-ja-eakate-toimetuleku-uuring-2015>
 69. Nies H, Leichsenring K, Mak S. The Emerging Identity of LongTerm Care in Europe. In: Longterm Care in Europe - Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.; 2013. p. 19–41.
 70. Euroopa Komisjon. Health and Long-term Care in the European Union. Luxembourg: European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.; 2007.
 71. Bettio F, Verashchagina A, EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE). Long-Term Care for the elderly Provisions and providers in 33 European countries. 2010.
 72. Deinstitutionalization in Latvia: several principles of policy making: CONFERENCE «Deinstitutionalization practises and further development of social care policy in Europe» 15 June, 2015. 2015.
 73. Kehusmaa S, Autti-Rämö I, Helenius H, Rissanen P. Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland’s Age Study. *BMC Health Serv Res*. 2013 Aug 15;13:317.
 74. Tarricone R, Tsouros A. HOME CARE IN EUROPE. WHO; 2008.
 75. A challenge for our future: facts about sweden [Internet]. 2012. Available from: <https://sweden.se/wp-content/uploads/2013/11/Elderly-care-high-resolution.pdf>
 76. Szebehely M, Trydegård G-B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health Soc Care Community*. 2012 May;20(3):300–9.
 77. Perroca MG, Ek A-C. Swedish Advanced Home Care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004 Dec;12(6):851–8.
 78. NEUJOBS. LONG-TERM CARE WORKFORCE IN ITALY FLAVIA CODA MOSCAROLA SUPPLEMENT C TO NEUJOBS WORKING PAPER D12.2 DECEMBER 2013. 2013.
 79. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems. Health systems in transition: Italy: health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. 214 p.
 80. Schut E, Sorbe S, Hoj J. European Centre for Social Welfare Policy and Research. OECD Economics Department Working Papers No. 1010; 2013.
 81. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(1):v–xxvii, 1-228.
 82. Jongen W. The impact of the long-term care reform in the Netherlands: an accompanying analysis of an “ongoing” reform. Maastricht University; 2017.
 83. Szüdi G, Kováčová J, Konečný S. Transformation of Social Care Services for the Elderly in Slovakia. *J Soc Serv Res*. 2016 Mar 14;42(2):199–217.
 84. Ilinca S, Leichsenring K, Zlyomi E, Rodrigues R. European protection systems in the areas of childcare and long-term care: Good practices and lessons learned. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2015.

Lisa 1. Kirjandusülevaate metoodika

Pikaajalise hoolduse DI teema teadusartiklitest ülevaate saamiseks viidi juulis 2017 läbi otsingud andmebaasides *Pubmed* ja *Cochrane Reviews*. Otsingusse kaasati ingliskeelsed originaaluuringud, teaduskirjanduse ülevaated ja metaanalüüsid, mis on avaldatud aastal 2000 ja hiljem. Otsingust jäeti välja arengumaid käsitlevad uuringud.

PubMed andmebaasis teostati otsing fraasidega „*long term care*“, „*deinstitutionalization*“, „*community based care*“, „*home based care*“ ja „*long term care reform*“ ning otsingukriteeriumiks oli märksõnade leidumine lühikokkuvõttes. Andmebaasis *Cochrane Reviews (CDSR)* kasutati otsingu märksõnana „*long term care model*“. Üle vaadati ka leitud artiklite kirjandusloetelud ja eelmainitud märksõnade kaudu välja tulnud teaduskirjanduse ülevaated, et tuvastada otsingusüsteemi poolt avastamata jäänud allikaid. Riikide praktilisi kogemusi kirjeldavaid allikaid otsiti nii *PubMedi* andmebaasist kui ka WHO, OECD, NHS ja NICE andmebaasidest.

Esmase otsingu tulemused on kirjeldatud järgmises tabelis:

Otsingu sõnad	PubMed	Cochrane	WHO	OECD	NHS+NICE
„ <i>long term care</i> “	1688	697	1300	304	6226
+ „ <i>deinstitutionalization</i> “	0	0	2	0	1075
+ „ <i>reform</i> “	20	2	2	3	1123
„ <i>community based care</i> “	145	9897	416	0	12023
„ <i>home based care</i> “	157	9957	615	0	19899

Esmase otsingu tulemusel leitud kirjade arv oli suur ja valdav enamus käsitlesid mõnda spetsiifilisemat tervishoiuteenust (nt skisofreenia ravimine kodustes tingimustes vms). Seega hõlmati läbivaatamiseks ainult need artiklid ja aruanded, kus kajastusid ka sõnad deinstitutionaliseerimine ja/või reform. Lõpuks kaasati „*long term care*+ „*deinstitutionalization*“ ja/või „*reform*“ põhjal analüüsi 26 artiklit ning 42 aruannet, sh 3 OECD ja 6 WHO andmebaasist.

Lisaks otsiti vasteid ka märksõnadele „*community based care*“ ja „*home based care*“. Analüüsi kaasati 2 artiklit ja 8 aruannet. Lisaks vaadati läbi ka Euroopa Komisjoni ülevaated ning kasutati Google ja Google Scholar otsinguid. Selle tulemusel kaasati analüüsi kokku 2 artiklit, 1 aruannet ning 3 raamatut.