

TARTU ÜLIKOOL  
Sotsiaal- ja haridusteaduskond  
Sotsioloogia ja sotsiaalpoliitika instituut

Kairiin Olli

INFO- JA KOMMUNIKATSIOONITEHNOLOOGIA VÕIMALUSTE KASUTAMINE  
EAKATE HOOLEKANDES PROJEKTI „VIRTUAALSED EAKATE  
HOOLDUSTEENUSED LÄÄNEMERE SAARTEL“ NÄITEL

Bakalaureusetöö

Juhendaja: MSW Reeli Sirotkina  
Juhendaja allkiri: \_\_\_\_\_

Tartu 2013

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töös kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Kairiin Olli, 25.01.2013

## **ABSTRACT**

### **The use of information and communication technology in the field of elderly care based on the example of „Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands“ project. Kairiin Olli (2013)**

The aim of the current bachelor thesis is to describe the potential position of virtual services among welfare services for elderly in Estonia.

Estonia has one of the fastest ageing populations in Europe. An ageing society confronts many challenges, the most evident of which is the sustainability of the welfare system in the context of limited resources. The use of information and communication technology (ICT) applications can be seen as one of the possibilities to maintain the good quality of services. Virtual welfare and healthcare services that have been developed during the „Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands“ project are an example of the possible use of ICT for elderly care.

The research has been carried out by three interviews with experts to hear their experiences and opinions about the aim and nature of the services; about the target group and their needs; about the process of developing a successful service and about the risks that may occur by implementation.

The method of the study is qualitative. The semi-structured interviews were conducted via Skype due to long distances between the researcher and the respondents.

As a result of the analysis, the main conclusions are:

- Virtual services offer various possibilities for coherent service provision.
- In the field of welfare, virtual services are mostly preventive, enabling social interaction and better accessibility to the services for homebound elderly.
- Successful development and implementation of the service model requires in-depth studies in the field, good quality of internet access in every region, a high level of technological solutions and the preparedness of professionals and clients to use the service model.
- For sustainable service provision the state needs to be involved as the promoter of the efficiency of virtual services in the society and by setting the mutual objective for involved stakeholders through elaboration of national development programmes.
- A coherent service provision from welfare and healthcare sector must be supported.
- The collaboration of local governments and their more equal financial capability is needed.

**Keywords:** elderly care, welfare system, telecare, virtual services, ICT

## SISUKORD

ABSTRACT .....	3
SISSEJUHATUS .....	5
I PEATÜKK: TEOREETILINE ÜLEVAADE .....	7
1.1 Mõistete seletusi .....	7
1.2 Vananev ühiskond.....	8
1.3 Hoolekandeteenused eakatele .....	9
1.4 Elukvaliteet ja subjektiivne heaolu .....	11
1.4.1 Üksildus ja sotsiaalne isolatsioon elukvaliteedi mõjutajana .....	13
1.5 Eakad IKT kasutajatena.....	15
1.5.1 IKT tooted ja teenused eakatele .....	16
1.5.2 Projekt „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“ .....	17
1.6 Uuring “IKT ja vananemine“ .....	18
1.7 Uuringud Eestis .....	20
1.8 Probleemiseade ja uurimisküsimused .....	21
II PEATÜKK: METOODIKA .....	24
2.1. Metodoloogiline lähtekoht .....	24
2.2 Andmekogumismeetod.....	24
2.3 Valim .....	25
2.4 Andmeanalüüsimetod .....	25
2.5 Uurimuse käik .....	26
2.6 Uurimuse eetilise aspekt .....	27
III PEATÜKK: ANALÜÜS .....	28
3.1 Milliseid teenuseid võiks pakkuda virtuaalteenustena? .....	28
3.1.1 Teenuste määramine .....	28
3.1.2 Virtuaalse teenusemudeli eelised .....	29
3.2. Kes oleks antud teenuste sihtrühmaks? .....	31
3.2.1 Virtuaalteenuseid enim vajavad kliendigrupid.....	31
3.2.2 Laiem sihtrühm .....	31
3.3 Millised faktorid mõjutavad edukat virtuaalteenuse pakkumist? .....	32
3.3.1 Teenuste pakkumine tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi piirimaile.....	32
3.3.2 KOVide teenuse pakkumise võimekus.....	33
3.3.3 Riigi roll teenuste arendamisel ja rakendamisel.....	33
3.3.4 Uuringutele toetumine.....	34
3.3.5 Tehnoloogiline valmisolek .....	35
3.3.6 Teenuse pakkumisega seotud inimeste valmisolek .....	36
3.4 Millised võiksid olla riskid virtuaalsete hoolekandeteenuste pakkumisel?.....	37
3.4.1 Uue tehnoloogiaga kohanematus .....	37
3.4.2 Inimlik versus virtuaalne kontakt.....	38
3.4.3 Riikliku toetuse puudus.....	39
3.4.4 Madal teadlikkus kulutõhususest .....	39
IV PEATÜKK: ARUTELU .....	41
4.1 Virtuaalteenuste olemus ja eesmärk lähtuvalt kliendigrupi vajadustest .....	41
4.2 Edukat virtuaalteenuse pakkumist võimaldavad tegurid .....	43
4.3 Vajalikud muutused Eesti hoolekandesüsteemis .....	45
KOKKUVÕTE .....	47
KASUTATUD ALLIKAD .....	48
LISA 1: VIRTUALSEADE .....	52
LISA 2: INTERVJUUKAVA .....	53

## SISSEJUHATUS

Rahvastiku vananemine esitab ühiskonnale nii võimalusi kui ka väljakutseid, mis on toonud vananemist ja sellega seotud majanduslikke ning sotsiaalseid protsesse käsitlevad teemad üha enam päevakorda.

Lisaks võimalikule hooldusvajadusele on vanemas eas tõenäosus jääda üksi ning sellest tulenevalt ka silmitsi seista sotsiaalse isolatsiooni ja üksildusega. Eesti hoolekandeteenuste süsteem, soovides tagada eakatele kõrget elukvaliteeti ja heaolu, peab vastama nendele indiviidi tasandi väljakutsetele. Vananeva ühiskonna kontekstis on tähtis ressurside võimalikult optimaalne kasutus, tagades seejuures siiski teenuste kõrget kvaliteeti. Selle saavutamiseks tuleks nii uute hoolekandeteenuste arendamisel kui ka olemasolevate ümberkorraldamisel vaadata võimalike innovaatiliste lahenduste poole, mis on küll tihti seotud teatava ebakindluse ja teadmatusega, kuid võivad samas luua olulisi lisaväärtusi.

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogial (edaspidi IKT) põhinevate seadmete ja teenuste kasutamine on valdkonna kiire arengu tõttu muutunud elu loomulikuks osaks. Võimalused, mida paar aastakümnet tagasi näidati ulmefilmides, on saanud meie igapäevareaalsuseks ning IKT lahendustes võib näha ka potentsiaali hoolekande- ja tervishoiuteenuste süsteemile. Näitena võib tuua rahvusvahelise projekti „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“, mille raames luuakse IKT võimalusi kasutades saartel elavate eakate jaoks innovatiivseid hoolekande- ja tervishoiuteenuste mudeleid<sup>1</sup>.

Antud bakalaureusetöö käsitleb projekti näitele toetudes IKT lahenduste võimalikku kasutamist Eesti hoolekandeteenuste süsteemis eakatele suunatud virtuaalteenuste pakkumise kaudu. Töö eesmärk on kirjeldada virtuaalteenuste positsiooni eakate hoolekandesüsteemis Eestis. Lähtudes teema vähesest käsitlusest Eestis ning toetudes eesmärgile ja püstitatud uurimisküsimustele on töö meetodiks kvalitatiivne lähenemine. Andmed pärinevad kolmest poolstruktureeritud intervjuust virtuaalteenuste valdkonna spetsialistidega, selgitamaks virtuaalsete tervishoiu- ja hoolekandeteenuste eesmärki ja olemust, kvaliteetsete teenuste arendamise protsessi ja teenuste rakendamist soodustavaid ja takistavaid tegureid Eestis. Töö

---

<sup>1</sup> Pakutavad teenused põhinevad videokonverentsi meetodil. Eakatele, kelle liikumisvõime on oluliselt piiratud, võimaldab vastav puuetundliku ekraaniga seade osa võtta erinevatest rühmategevustest ja suhelda video- ja helikontaktis olles nii lähedaste kui vajadusel ka erinevate valdkondade spetsialistidega (nt sotsiaaltöötaja, hooldaja, pereõde, apteeker). Täpsem projekti tutvustus ptk 1.5.2.

koosneb neljast peatükist, millest esimene annab ülevaate vananeva ühiskonnaga kaasnevatest väljakutsetest, võimalikest IKT lahendustest eakatele ja varasematest uuringutest antud valdkonnas, teises peatükis kirjeldatakse uurimuse metoodikat, kolmas põhineb andmete analüüsil ning neljas arutelul, mille eesmärk on tulemuste analüüs, hindamine ja tõlgendamine.

Bakalaureusetöö valmimise kaasaaitamisel soovib autor tänada intervjuudes osalenud spetsialiste ning oma juhendajat Reeli Sirotkinat, kes suunas teda töö kirjutamisel.

# I PEATÜKK: TEOREETILINE ÜLEVAADE

## 1.1 Mõistete seletusi

Töös läbivalt kasutatud mõisted on selgitatud järgnevalt:

**Hooldamine ehk hooldus** on inimväärseks eksisteerimiseks vajaliku sotsiaalse ja füüsilise ümbruskonna tagamine ning baasiliste vajaduste rahuldamine (*Hoolekande...* 2004:32).

**Hoolekandeteenust** on antud töös kasutatud sotsiaalteenuse sünonüüm. Sotsiaalteenus on Sotsiaalhoolekande seaduse järgi isiku või tema perekonna toimetulekut soodustav mitterahaline toetus (RT, 1995, I, 21, 323).

**Hoolekandeteenuste süsteem** on terviklik kogum pakutavatest hoolekandeteenustest, hõlmates endas teenuste pakkumist, korraldust ja rahastust.

**Hoolekanne** on toimingute süsteem, mille eesmärgiks on inimestele erinevate vabaduste kindlustamine ning inimressursi arendamise kaudu majanduse arendamiseks paremate võimaluste loomine. Samal ajal suurendatakse sotsiaalset kaasatust, ennetatakse ja leevendatakse laiaulatuslikumalt ning tõhusamalt vaesust ja sotsiaalset tõrjutust. Hoolekandelisteks instrumentideks (toiminguteks) võivad olla nii toetused kui hoolekandeteenused. (Sotsiaalministeerium 2012)

**Tervishoiuteenus** on lähtuvalt Tervishoiuteenuste korraldamise seadusest tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (RT, 2001, I, 50, 284).

**Tervishoiuteenuste süsteem** koondab pakutavad tervishoiuteenused ja hõlmab endas teenuste pakkumist, korraldust ja rahastust.

**Virtuaalteenused** tähistavad teenuseid, mida pakutakse interneti vahendusel. Sõna „virtuaalteenused“ on kasutusel projekti „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“ raames videokonverentsi meetodil põhinevate hoolekandeteenuste kirjeldamisel ning seetõttu on ka antud töös kasutatud vastavat terminit. Levinud on ka terminite „telehooldus“ ja tervishoius „telemeditsiin“ kasutamine. Liide *tele-* (kreeka k. kauge) sobib samuti hästi teenuse olemust kirjeldama, kuna viitab füüsilisele distantstile, mis on kliendi ja teenuse pakkuja vahel.

**Teenuse mudel** on uuringute ja pilootprojektide raames väljatöötatud teenuste mall, millest on võimalik teenuse arendamisel lähtuda.

## 1.2 Vananev ühiskond

Euroopa riike, sh ka Eestit iseloomustab vananev rahvastik. Selle põhjuseks on nii sündimuse vähenemine kui ka keskmise eluea pikenemine. Sarnaselt teiste Euroopa Liidu (edaspidi EL) riikidega on Eestis summaarne sündimuskordaja jäänud alates 1990. aastast pidevalt alla 2.1 ehk sündimuse taseme, mis tagab rahvastiku taastootmise arenenud riikides (Statistikaamet 2012a). Keskmise oodatav eluiga sünnimomendil on Eestis hetkel üks madalamaid ELis, kuid prognoosi kohaselt tõuseb eestimaalaste eluiga 2011-2060 pidevalt, aastaks 2060 on meeste eluiga 80,8 ja naiste 87,5 aastat (Servinski 2010:61). Lisaks madalale sündimusele ja pikenenud elueale kasvab oluliselt ka väga eakate (80 ja vanemad) elanike osakaal rahvastikus, 2060. aastaks on ennustatavalt üks kaheksast ELi elanikust üle 80. aasta vana, Eestis tõuseb antud eagrupi osakaal 4,1%-lt 2010. aastal 11,1%-ni 2060. aastal (*EU27 population...* 2011). Pikenenud eluiga on küll ühiskonnas oluliseks saavutuseks, kuid samal ajal esitab see ka mitmeid väljakutseid nii poliitikakujunduse valikutes kui laiemalt ühiskonnas.

Prognoositud vanadussõltuvusemäär ehk 65-aastaste ja vanemate osakaal tööelistest (15-64-aastastest) on aastaks 2015 ELis 28.48%, Eestis 27.21%, aastaks 2060 ennustatakse, et vastav näitaja tõuseb ELis 52.55%-le, Eestis 55.54%-le (Eurostat 2010). Suurima väljakutse loob see sotsiaalpoliitikale – olukorras, kus eakate osakaal võrdluses tööelistega pidevalt ning kiirelt kasvab tuleb siiski säilitada inimeste heaolu ja kõrge elukvaliteet. On oluline tagada nii pensionisüsteemi kui tervishoiu- ja hoolekandeteenuste korraldamise jätkusuutlikkus samal ajal inimeste vajadusi ja heaolu arvesse võttes.

Lisaks praegustele teenustele on vaja luua uusi teenuseid arvestades seejuures, et vanadussõltuvusmäära kasvades väheneb ka kasutatavate ressursside hulk. Ressursside kontekstis on oluline vaadelda vanadussõltuvusmäära kõrval ülalpeetavate määra, mis kujutleb mittetöökohaliste elanike arvu 100 tööelise elaniku kohta. Lisaks üle 65-aastaste elanike arvule on siin arvestatud ka 0-14 aastaseid (Statistikaamet 2009). Kui 2008. aastal oli ülalpeetavate määr ELis 48,7, siis 2061. aastaks ennustatakse näitaja kasvu 78,5-le. Eestis oli vastav näitaja 2008. aastal 47,0, aastaks 2061 ennustatakse aga kasvu 80,2-le, mis ületaks



seega ELi keskmise (Servinski 2010:73). Eestis kasvavad nii ülalpeetavate määr kui ka vanadussõltuvusemäär kiiremini kui enamikes ELi ning Kesk- ja Ida-Euroopa riikides (Leetma jt 2004:13), mis tähendab, et Eesti on üks Euroopa kiiremini vananeva rahvastikuga riike.

Seoses ülalpeetavate määra tõusuga tuleb tõdeda, et üha vähem inimesi teenivad ühiskonnas sissetulekuid, mis võib viia maksude suurenemiseni. Sellisel juhul on tehtud töö eest saadav tulu muidu samadeks jäävate tingimuste kontekstis väiksem. See võib omakorda viia olukorrani, kus inimesed kaaluvad üha enam välismaale tööle asumise võimalusi või töötavad motivatsiooni langedes lihtsalt vähem. (Sievert, Klingholz 2012) Sellise negatiivse stsenaariumi teostumise vältimiseks on oluline esmajärgus üle vaadata olemasolevate ressursside kasutuse tõhusus, mis kätkeb endas ka hoolekandeteenuste rahastuse ja kvaliteedi hindamist.

Eelnevast järeldub, et demograafilised muutused survestavad oluliselt ka eakate hoolekannet. Tõstatub mitmeid küsimusi, millest võib olulisematena esile tuua hetkel pakutavate hoolekandeteenuste piisavuse, võimalike alternatiivsete, kulutõhusamate teenuste vajalikkuse, ning inimeste vajaduste muutustest tulenevate uute teenuste nõudluse.

### **1.3 Hoolekandeteenused eakatele**

Pikenenud eluiga tähendab ühtlasi ka tervena elatud aastate arvu suurenemist, kuid vanuse suurenedes kasvab siiski vajadus tervishoiu- ja hoolekandeteenuste järgi. Eakad inimesed tarbivad tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid kaks kuni kolm korda rohkem võrreldes noorematega (Saks jt 2001:2), teenustevajadus suureneb oluliselt väga eakate (80 ja vanemad) inimeste seas.

Sotsiaalhoolekandeseaduse 3. peatükis (RT, 1995, I, 21, 323) on loetletud (k.a) eakatele suunatud hoolekandeteenustena:

- **Sotsiaalnõustamine.** Sotsiaalnõustamine on isikule vajaliku teabe andmine sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest ning abistamine konkreetsete sotsiaalsete probleemide lahendamisel edaspidise toimetuleku soodustamiseks. Sotsiaalnõustajaks on selleks tööks eriettevalmistuse saanud hoolekandetöötaja. (§ 11, RT, 1995, I, 21, 323);
- **Rehabilitatsiooniteenus.** Rehabilitatsiooniteenus on isiku iseseisva toimetuleku,

sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille käigus koostatakse isiklik rehabilitatsiooniplaan, osutatakse plaanis märgitud teenuseid ning juhendatakse kirjeldatud tegevuste elluviimisel. (§ 11<sup>1</sup>, RT, 1995, I, 21, 323);

- **Proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine.** Kõrge ea või puude tõttu proteesi, ortopeedilist ja muud abivahendit vajaval isikul on õigus saada vastav abivahend (§ 12, RT, 1995, I, 21, 323);
- **Koduteenused.** Koduteenused on isikule kodustes tingimustes osutatavad teenused, mis aitavad tal harjumuspärases keskkonnas toime tulla. Koduteenuste loetelu kehtestavad kohalikud omavalitsused (§ 13, RT, 1995, I, 21, 323);
- **Eluasemeteenused.** Kohalik omavalitsus on kohustatud andma eluruumi isikule või perekonnale, kes ise ei ole suuteline ega võimeline seda endale või oma perekonnale tagama, luues vajaduse korral võimaluse sotsiaalkorteri üürimiseks. Isikud, kellel on raskusi eluruumis liikumise, endaga toimetuleku või suhtlemisega, abistab kohalik omavalitsus eluruumi kohandamisel või sobivama eluruumi saamisel. (§ 14, RT, 1995, I, 21, 323);
- **Hooldamine hoolekandeesutuses.** Hoolekandeesutus on päevaselt või ööpäevaselt tegutsev asutus, kus viibivatele isikutele tagatakse nende eale ja seisundile vastav hooldamine, sh ravimine, põetamine, kasvatamine ja arendamine. Päevane hoolekandeesutus on asutus, kus viibivate isikute päevase hooldamisega toetatakse nende isikute või perekonnaliikmete iseseisvat toimetulekut. Ööpäevane hoolekandeesutus on asutus, kus viibivad isikud, kes erivajaduste või sotsiaalse olukorra tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama ning kui nende toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega. (§ 16, RT, 1995, I, 21, 323) Hoolekandeesutused on näiteks:
  - päevakeskus
  - üldhooldekodu
  - erihooldekodu (§ 18, RT, 1995, I, 21, 323);
- **Toimetulekuks vajalikud muud sotsiaalteenused.** Valla- või linnavalitsus võib osutada muid sotsiaalteenuseid (§ 21, RT, 1995, I, 21, 323).

Eesti vanuripoliitika alustes (1999) on välja toodud eakate õigus hoolekandele. Lähtudes eesmärgist säilitada võimalikult kauaks iseseisvus ja kodus elamise võimalus, on

toimetulekuraskuste ilmnemisel esmajoones rõhutatud avahooldusteenuste pakkumist, mis aitavad eakal inimesel oma kodus elades toime tulla. Avahooldusteenused hõlmavad endas nii inimese kodus kui väljaspool kodu osutatavaid teenuseid (koduhooldus või päevane hooldamine asutuses, päevakeskusteenus jm). Avahooldusteenused võib teatavatel juhtudel pidada ka preventiivse iseloomuga teenusteks, millega püütakse ennetada sotsiaalseid probleeme ja edendada ühiskonna heaolu (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon 2013). Eelpoolnimetatud eakate poliitika alusdokument (*Eesti vanuripoliitika...* 1999) toob ka esile inimese õiguse valida, kas ja millist abi soovitakse.

Vastavalt Sotsiaalhoolekande seaduse §45 lõik 1-le võib isikult võtta temale või tema perekonnale osutatava sotsiaalteenuse eest tasu. Võetav tasu oleneb teenuse mahust, maksumusest ja teenust saava isiku ning tema perekonna majanduslikust olukorrast. Isikult sotsiaalteenuse eest tasu võtmise otsustab teenust osutav või teenuse eest tasuv asutus (RT, 1995, I, 21, 323).

Eestis on hoolekandeteenuste korraldus üldjuhul kohaliku omavalitsuse (edaspidi KOV) ülesanne, mis tähendab, et pakutavate teenuste valik ning kvaliteet sõltub KOVi võimekusest. Sotsiaalministeeriumis on koostatud KOVide sotsiaalteenuste osutamiseks soovituslikud juhised (Krais 2012), kuid need ei garanteeri vastavate teenuste pakkumist igas KOVis ega ka teenuse pakkumisel antud juhiseid kinnipidamist.

Eesti hooldussüsteemi puuduseks on seega eelkõige hoolekandeteenuste osutamise suur sõltuvus KOVide rahalistest võimalustest – tulemuseks on nii ebaühtlane teenuste tase kui omaosaluse erinev määr. Samuti puuduvad mitmes omavalitsuses pakutavate teenuste seast täielikult koduteenused. (PricewaterhouseCoopers Advisors 2009)

Tegeliku formaalsete teenuste saajate ja hinnangulise vajaduse vahel on suur erinevus: 2007. aastal sai teenuseid vaid 5,6% 65-aastaste ja vanemate elanikkonnast, kuid hinnatud formaalsete teenuste vajadus 2008. aastaks oli ligikaudu 25%. Samuti on hinnatud 2008. a koduteenuste vajaduste mahtu ligikaudu 7 korda suuremaks kui finantseeringuga kaetav maht. (Eesti Demograafia instituut 2005, PricewaterhouseCoopers Advisors 2009:7-8 kaudu)

#### **1.4 Elukvaliteet ja subjektiivne heaolu**

Rahvastiku demograafilise koosseisu muutused ja sellega kaasnevad poliitilised otsused

avaldatakse indiviidi tasandile otsest mõju. Hoolekandeteenuste üheks peamiseks eesmärgiks on parandada inimese elukvaliteeti ning heaolu.

Maailma Terviseorganisatsiooni (1997) definitsiooni järgi on elukvaliteet indiviidi arusaam oma positsioonist elus, mis on seotud kultuurilise tausta ja väärtussüsteemiga, milles elatakse ning tajutava positsiooni vastavusega oma eesmärkidele, ootustele, elustandarditele ja muredele. Elukvaliteedi laiaulatuslikku kontseptsiooni mõjutavad inimese füüsiline tervis, psühholoogiline seisund, iseseisvuse tase, sotsiaalsed suhted, isiklikud uskumused ja nende suhe keskkonna tähtsamatesse tunnustesse. Neile, kes vajavad igapäevaselt tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid, on vastavad teenused suureks või isegi peamiseks üldise elukvaliteedi mõjuriks (Vaarama jt 2008:153).

Subjekttiivne heaolu viitab mitmesugustele oma elule hinnangu andmise viisidele, nii positiivsetele kui negatiivsetele. See hõlmab reflektiivseid kognitiivseid hinnanguid nagu eluga rahulolu ja rahulolu tööga, indiviidi huvisid ja kohustusi, ning tundmuslikke reaktsioone oma elusündmustele (näiteks rõõm või kurbus). Seega on subjekttiivne heaolu üldmõisteks erinevatele hinnangutele, mida inimesed annavad oma elule, läbielatud sündmustele, oma kehale ja meelele ning elutingimustele. (Diener 2006)

Elukvaliteedi seos heaoluga on vaieldav ning lähtuvalt käsitlusest on võimalik välja tuua erinevaid kokkupuutepunkte kahe kontseptsiooni vahel. Elukvaliteeti on võrdsustatud heaoluga, samuti ka subjekttiivse heaoluga, elukvaliteeti on peetud üheks subjekttiivse heaolu osaks või vastupidi, subjekttiivne heaolu on osa elukvaliteedist, samas on heaolu ja elukvaliteeti käsitletud ka kui täiesti eraldiseisvaid mõisteid (Camfield, Skevington 2008:765).

Eelpool toodud elukvaliteedi ja subjekttiivse heaolu mõisted on samuti sarnased, kuid võib siiski välja tuua, et elukvaliteeti võib pidada objektiivsemaks ja see kirjeldab pigem inimese elu seiksid kui inimese reaktsiooni nendele seikadele, mis on seotud subjekttiivsete kogemuste ja seeläbi ka subjekttiivse heaoluga. Siiski kannab elukvaliteedi mõiste endas lisaks elus eettulevate asjaolude kvaliteedile ka isiklike arusaamu, mõtteid, tundeid ja reaktsioone nendele oludele. Elukvaliteedi mõõdikuna võib välja tuua seega ka objektiivseid ja subjekttiivseid meetmeid koondavad näitajad, nagu õnnelikult elatud aastad või tervelt elatud aastad. (Diener 2006) Olenemata mõistete laiast ulatusest ning osalisest kattuvusest võib siinkohal siiski välja tuua, et subjekttiivne heaolu on siinses käsitluses üheks elukvaliteedi

osaks.

#### **1.4.1 Üksildus ja sotsiaalne isolatsioon elukvaliteedi mõjutajana**

Saavutamaks suuremat heaolu ja seeläbi kõrgemat elukvaliteeti peavad hoolekandeteenused katma erinevaid inimese elu mõjutavaid aspekte, sealjuures ka vähendama üksildust ja sotsiaalset isolatsiooni. Eesti eakatele suunatud poliitika on samuti ühe tähtsa punktina esile tõstnud iseseisva toimetuleku toetamise kõrval vanemaealiste sotsiaalse kaasatuse tugevdamise (*Eakate poliitika...*2008).

Üksildus on olukord, milles inimene tajub suhete puudumist ja/või nende kvaliteeti ebameeldivana või talumatuna. Siia alla kuuluvad olukorrad, kus suhete arv on väiksem kui peetakse soovituks või vastuvõetavaks, kuid ka olukorrad, kus läheduse tase ei ole piisav. Seega üksildust nähakse kui viisi, kuidas inimene tajub, kogeb ja hindab isolatsiooni ning suhtluse puudujääke teiste inimestega. (de Jong Gierveld 1998) Üksildus on subjektiivne näitaja, mida võib käsitleda ka kui emotsionaalset isolatsiooni.

Sotsiaalne isolatsioon on objektiivne näitaja, mida võib määratleda sotsiaalse suhtluse ja kontaktide puudusega, samuti suhete puudumisena perekonna, sõprade ja naabritega, seda nii indiviidi tasandil kui ühiskonnas laiemalt (Berg, Cassells 1992:243). Sotsiaalset isolatsiooni on seega võimalik mõõta suhete põhjal, isiklike kontaktide olemasolu ja arvu järgi.

Oluline on siinkohal välja tuua, et inimene, kellel on väga väike arv suhteid, on küll sotsiaalselt isoleeritud, kuid ei pruugi olla üksildane, kuna üksindus ja privaatsusesoov võib olla inimese isiklik valik. Samas võib esineda ka vastupidist, kus pidevas sotsiaalses suhtluses inimene on siiski üksildane. Sellest tulenevalt võib näitena tuua, et lebestumise mõju üksildusele on oluliselt suurem kui sotsiaalsele isolatsioonile.

Sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse käsitlemise vajalikkuse on esile toonud ühiskonnas toimuvad arengud. Muutused perekonna- ja leibkonnamuudetes tähendavad, et oluliselt kasvab nende eakate osakaal, kes elavad üksi. Lisaks on inimesed mobiilsemad kui kunagi varem, mis tähendab, et eakad ja nende perekonnad ei pruugi elada ühes linnas, isegi mitte ühes riigis, et pakkuda vastastikku toetust. 2009. aastal läbi viidud uuringu andmetel elas 50-74 aastatest Eesti elanikest 25% üheliikmelises leibkonnas (*Vanemaealiste ja...*2010).

Kuigi sotsiaalne isolatsioon kui seisund on üldjuhul seotud eluaegse muustriga, mitte

konkreetsel eluperioodil ja vanusega (Berg, Cassels 1992), on siiski oluline käsitleda seda vananemise ja eakate elukvaliteedi kontekstis, kuna teatud aspektid, mis kerkivad esile üha rohkem just vanuse suurenedes, on olulised sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse tekkimisel või süvenemisel.

Muutused eluviisis, mis tulenevad suurenenud tõenäosusest elada üksi ning pensionile jäämisest, on üheks võimalikuks sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse põhjuseks. Vanimas vanusegrupis (80 ja vanemad) on oluliseks teguriks sotsiaalset kontakti pakkunud inimeste, pereliikmete ja sõprade kaotus (Hadley, Webb 1974, Victor jt 2000:412 kaudu). Sotsiaalne isolatsioon võib tuleneda ka puudustest transporditaristuses, mis ei võimalda üksi jäänud eakal kodust lahkuda. Kuigi transpordiprobleemid eksisteerivad nii linna- kui ka maapiirkondades omavad need sotsiaalsele isolatsioonile ja üksildusele suuremat mõju maapiirkonnas (*Social Isolation...* 2004:16).

Tervist võib pidada üheks olulisemaks indiviidi heaolu mõjutajaks. Vanemas eas kogetakse tihti tervise halvenemist, vanusega kasvab krooniliste haiguste ja puude tekkimise oht. Eakad, kes tajuvad end nõrgemana ja sõltuvatena, võivad iseseisvuse kaotuse varjamiseks end sotsiaalselt isoleerida (Berg, Cassels 1992:246) või ei pruugi nende tervislik seisund lihtsalt soovitud määral sotsiaalsetest tegevustest osavõttu võimaldada.

Samas on leitud, et sotsiaalsed suhted vähendavad haigestumust ja suremust ning toetav keskkond, sotsiaalsed sidemed ja teistepoolne abi on olulisteks faktoriteks iseseisvuse säilitamisel (Bosworth, Schaie 1997). Üksildasi inimesi iseloomustavad harvem sellised tegevused nagu treening, tervislik toitumine ja lõõgastumine ning ravimite õige annustamine ja arstivisiidid, mis võivad põhjustada tervise halvenemist (de Jong Gierveld jt 2006:491). Seega võib halvenenud tervislik seisund (nii subjektiivne kui objektiivne) olla nii sotsiaalse isolatsiooni põhjuseks kui ka tagajärjeks.

Sotsiaalset isolatsiooni ja üksildust kogevad inimesed ei pruugi tervishoiu- ja hoolekandeteenusteid teistest eakatest rohkem tarbida, kuid see ei tähenda, et nad neid suuremal määral ei vajaks. Olenemata vajadusest ei pruugi nende piiratud võrgustikud pakkuda motivatsiooni ja vahendeid, mis võimaldaks teenustele ligipääsu (*Social Isolation...*2004). Sellises olukorras võib teenuseni jõudmine toimuda seisundis, kus abivajadus on muutunud kriitiliseks. Samuti võib välja tuua, et maapiirkonna elanike seas on äärmuslik üksildus üheks olulisemaks põhjuseks hooldekodusse asumisel (Russell jt 1997).

Hoolekandeteenused, parandades inimeste elukvaliteeti ja heaolu, peaksid seega tegelema ka sotsiaalsest isolatsioonist ja üksildusest tulenevate probleemidega võimaldades sotsiaalset suhtlust soovitud tasemel. Pilusuk ja Minkler (1980, de Jong Gierveld jt 2006:494 kaudu) soovivad selleks kasutada programme, mis võimaldavad võrgustiku loomist, kuid seda jagatud tegevuse kaudu, kus sõprussuhe on kõrvalprodukt, mitte otsene eesmärk. Kuna üksildus omab teatavat sotsiaalset stigmat, siis inimesed ei soovi tunnistada, et on üksildased, see on justkui häbiväärne. Samal ajal soodustavad mitmed ühiskonnas toimuvad arengud sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse rolli suurenemist inimeste elus.

Sotsiaalne isolatsioon ning üksildus on seega lisaks lähedaste inimeste olemasolule seotud komplekselt ka inimese tervise, elukoha ja laiema ümbritseva keskkonna ning sellest tulenevate teguritega.

### **1.5 Eakad IKT kasutajatena**

Eesti vananev ühiskond on ühtlasi ka infoühiskond, kus info- ja kommunikatsioonitehnoloogial (edaspidi IKT) on oluline roll mitmetes tegevusvaldkondades. IKT leiab üha laiemat kasutust ning uusi teenuseid ja tooteid arendatakse selles valdkonnas enneolematu kiirusega. Kui seniajani on innovatiivsed IKT lahendused üldjuhul suunatud nooremale ja tööealisele elanikkonnale, võivad IKT tänapäevased võimalused pakkuda lahendusi ka eakate hoolekandele, sealjuures ka sotsiaalse isolatsiooni ja üksilduse vähendamiseks. IKT lahenduste kasutamine võimalusena püsida teistega ühenduses on eakate seas alakasutatud ja väheuuritud (Feist jt 2010:69).

Statistikaameti (2012b) andmetel oli 2012. aasta I kvartalis arvutit ja internetti kasutanud kaheksa kümnest 16-74-aastasest Eesti elanikust. Märkatavalt väiksem kasutus võrreldes noorematega oli vanemates vanuserühmades, 55-64-aastaste hulgas kasutasid arvutit ja internetti kuus kümnest ja 65-74-aastastest kolm kümnest inimesest (Ibid.). Samas pakuvad uued tehnoloogiad võimalusi parandada eakate elukvaliteeti, võimaldades paremat ligipääsu teabele, integreeritud teenuste pakkumist, elukestva õppe edendamist ning sotsiaalset interaktsiooni kogukonna, perekonna ja sõpradega suhtlemise vahendina. Need võimalused on eriti tähtsad eakatele liikumisvõime vähenedes ja tervise halvenedes. (Feist jt 2010:69)

Meyer ja Mollenkopf (2003) toovad vanemaealiste (50 ja vanemad) sakslaste näitel esile, et

oma võimete suhtes tulla toime IKT rakendustega on neil kõrged ootused, kuid vähene kindlustunne. See tuleneb nende vähemast vastavate lahenduste kasutamise kogemusest ja harjumusest, samuti ei ole arendajad ja tootjad seni eakatele kui võimalikule sihtgrupile piisavalt tähelepanu pööranud.

Üheks peamiseks eduka arendusprotsessi aluseks on lõpp-produkti kasutaja silmaspidamine. Keskenduda tuleb nii kliendi vajadustele kui ka uuel tehnoloogial põhineva toote või teenuse kasutajasõbralikkusele ja kättesaadavusele. Eesmärgiks ei tohiks olla vaid hästi toimivate tehniliste lahenduste väljatöötamine, sihtgrupp peab olema võimeline neid kasutama ja tajuma soovitud kasutegurit. Vanemas eas inimeste puhul tuleb arvestada ka võimaliku kuulmis- ja nägemisvõime langusega (Carmichael 1999). Eakate oluliselt vähesema uute tehnoloogiliste lahenduste (nagu arvutid, internet, nutitelefonid, tahvelarvutid) kasutus võib tuleneda niisiis suuresti sellest, et need pole loodud arvestades vanemaemas eas kasutajatega. Selle asemel, et üritada muuta eakaid ja nende harjumusi, tuleks eakaid hoopis kaasata IKT muutmisesse (Selwyn jt 2003).

### **1.5.1 IKT tooted ja teenused eakatele**

Kuigi IKT rakendamine eakate hoolekandes on pigem vähelevinud, on siiski sihtgrupile arendatud erinevaid tooteid ja teenuseid. Eakate hooldust toetavate toodete (esemed, asjad) ja teenuste (tegevused) vahel pole alati võimalik selget piiri tõmmata, enamasti on IKT lahendustel põhinev toode teenuse pakkumisel vahendiks, väärtust ei loo toote omamine, vaid selle sidumine teenus(te)ega. Järgnevalt on välja toodud mõned näited illustreerimaks võimalusi, mida IKT pakub, ning mida on peetud eakate elukvaliteeti ja heaolu toetavaks. Loetelu on püütud koostada esemelistest lahendustest alustades üha enam immateriaalsetele teguritele, inimfaktorile toetuvate teenusteni liikudes:

- Ravimidosaat, mis annab märku ravimite võtmise ajast ning võimaldab võtta vaid õige koguse ravimeid (Varep jt 2012).
- Pliidivalve komplekt, mis elektri- või gaasipliidi sisseunustamisel elektri/gaasi välja lülitab (Ibid.).
- „Rääkiv“ tualettruum dementsusega inimestele, kuhu on installeeritud arvutiekraan, mis annab juhiseid nii pildi kui heli kaudu (Ogilvie 2008).
- Erinevad robotid sotsiaalset suhtluse toetamiseks ja võimaldamiseks. Võimalusi on



robotist, mille nägu asendab LCD ekraan võimaldades hooldekodust pereliikmetega suhtlemist (Taggart jt 2005) kuni robotkoerani, mis võimaldab eakal, kelle liikumisvõime on piiratud, lemmiklooma omada (*Sony Launches...*1999).

- Positioneerimisseaded, mis võimaldavad reaajas määrata inimese asukohta (Varep jt 2012).
- Liikumis-, valgus- ja temperatuuriandurid (Dengler jt 2007), videokaamerad (Rumeau 2006) ja kukkumis- ning põrandaandurid (Varep jt 2012), mis toetavad üksi elava eaka turvalisust saates kontaktisikule signaali erakorralises olukorras.
- Häirenuputeenus, mis võimaldab olla kontaktis kõnekeskusega, kus hädaolukorda hinnatakse ning pakutakse vajalikku abi (*Häirenuputeenus* 2013; Varep jt 2012).
- Meditsiiniliste näitajate (nt vererõhk) esitamine ja jälgimine virtuaalselt krooniliste haiguste ning haiglaravilt koju naasemise puhul (*General...* 2013).
- Veebipõhine omastehooldajate nõustamine ja toetusgrupid hooldajatele (Chiu jt 2009; Magnusson jt 2005; Powell jt 2010).
- Sotsiaalset suhtlust toetavad virtuaalteenused, mis võimaldavad nii suhtlust teiste kasutajate ja lähedastega kui ka rühmategevustest osavõttu, mis sarnanevad päevakeskuses pakutavate võimalustega (*Üldinfo* 2011a).
- Toetavad tervishoiu- ja hoolekandeteenused: sotsiaaltöötajate, avahooldustöötajate ja arstide-õdede virtuaalsed visiidid. Virtuaalkujul on teenust võimalik pakkuda olukordades, kus oluline on kliendi/patsiendi seisundi jälgimine ning suhtlus (Ibid.; *General...* 2013).

Eestis pakuvad mitmed teenusepakkujad häirenupu teenust, samuti on võimalik koju paigaldada turvalisuse tagamiseks andureid ning soetada positioneerimisseade, mis võimaldab vajadusel teha kindlaks eaka asukohta (Varep jt 2012). Pakutud on ka meditsiininäitajate kaugjälgimissüsteemi ja videokonverentsil põhinevat patsiendi-arsti suhtlust „Dreaming“ (täisnimi inglise k. *Elderly-friendly alarm handling and monitoring*) projektis (Talving 2013) ning „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“ projekti raames videokonverentsil põhinevaid rühmategevusi ja suhtlust, sotsiaaltöötaja külaskäiku virtuaalselt (*Üldinfo* 2011a).

### **1.5.2 Projekt „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“**

Ühe võimaliku IKT rakendusvõimalusena võib näha virtuaalseid tervishoiu- ja

hoolekandeteenuseid. „Virtuaalsed eakate hooldusteenused Läänemere saartel“ (edaspidi kasutatud akronüümi VIRTU) pilootprojekti raames luuakse vastavaid teenusemudeleid. Projektis osalevad Eesti, Soome ja Ahvenamaa saarte erinevad omavalitsused, Eestis on projekti kaasatud Saaremaa ja Hiiumaa omavalitsusi. Projekt sai alguse 2010. a mais ning kestab kuni 2013. a aprillini (*VIRTU projekt... 2012*) ning peamine rahastus tuleb EL-i Kesk-Läänemere INTERREG IVA 2007-2013 programmist (*Üldinfo 2011b*).

Teenusemudeli loomisel on eesmärgiks iseseisva toimetuleku toetamine kodus ning elukvaliteedi tõstmine läbi sotsiaalse suhtluse ja turvalisema keskkonna võimaldamise (*Üldinfo 2011a*). Sotsiaalne suhtlus on võimalik läbi VIRTU kanali, mis töötab spetsiaalse seadmega<sup>2</sup> videokonverentsi põhimõttel, võimaldades nii kahe inimese vahelist suhtlust kui ka osalemist rühmategevustes, mille toimumiseks on koostatud spetsiaalne saatekava. Videokonverentsi meetod võimaldab ka virtuaalseid kohtumisi sotsiaaltöötaja, arsti või mõne muu spetsialistiga konsulteerimiseks.

Oluliseks on uue mudeli kulutõhusus ja rakenduslik väärtus, mis võtaks arvesse saartel esinevad hoolekande- ja tervishoiuteenuste osutamise väljakutsed ja võimaldaks olenemata kvalifitseeritud tööjõu nappusest ning piiratud eelarvest säilitada linnadega võrreldav teenuste tase (*VIRTU projekt... 2012*). Loodavad teenused siiski toetaksid ja täiendaksid juba olemasolevaid teenuseid, mitte aga ei asendaks neid (*Üldinfo 2011b*).

Lisaks loodavatele teenustele eakatele, nende sugulastele, KOVidele ning tervishoiu- ja hoolekandetöötajatele julgustatakse projekti käigus üldisemalt uute võimaluste kasutamist hoolekande- ja tervishoiutöötajate seas ning laiemaks eesmärgiks on integreerida virtuaalteenuste mudel üleüldisesse hoolekande- ja tervishoiuteenuste süsteemi projektis osalevates riikides (*VIRTU projekt... 2012*).

## **1.6 Uuring “IKT ja vananemine“**

IKT lahenduste kasutusvõimalused ja nende sidumine väärrika vananemise ideega on Euroopas aktuaalne. ELi riikidel on võimalik taotleda toetust mitmetest projektidest, IKT tähtsust eakatele suunatud tervishoiu- ja hoolekandeteenuste arendamisel määratletakse

---

<sup>2</sup> Visuaalse ettekujutuse saamiseks VIRTU puutetundlikust seadmest vt Lisa 1.

tegevuskavades ja programmides. Samuti on läbi viidud uuringuid nii üksikute projektide põhjal kui ka laiemalt, saamaks ülevaadet võimalikest IKT kasutusvaldkondadest, valmisolekust rakendamiseks ja lahenduste mõjust nii individile kui ka ühiskonnale.

Euroopa Komisjoni poolt tellitud uuring „IKT ja vananemine“ (inglise k. *ICT & Ageing* 2010) on olulise väärtusega, kuna loob laiapõhjalise aluse ELi poliitikaarengutele selles valdkonnas. Eemärgiks oli välja selgitada IKT rakendamise tähtsust väärrika vananemise toetamisel ning kirjeldada faktoreid, mis soodustavad või takistavad arenguid selles valdkonnas 16 riigi kogemuse põhjal.

Võrdlusanalüüsi ja hetkeolukorra hindamise tulemusena on võimalik kokkuvõtvalt välja tuua eakatele suunatud IKT lahenduste staatus Euroopas. Kõige laialdasemalt levinud IKT lahendusele toetuvaks hoolekandeteenuseks võib pidada häirenuputeenuse pakkumist, mis on mitmes riigis juba laialdaselt kättesaadav ning teenust pakutakse regulaarselt. Erinevaid andureid, mis võimaldavad samuti kodus turvalisemat elamist, ning mida võib pidada häirenupu edasiarenduseks, suudeti uuringu läbiviimise ajal stabiilse teenusena pakkuda vaid ühes kuueteistkümnest riigist. Tehnoloogiliselt kõige keerukamaks teenuse liigiks on virtuaalteenused, mida oli uuringu perioodil rakendatud enamjaolt vaid pilootprojektidega. IKT lahendustel põhinevate tervishoiuteenuste ja nutikodude (inglise k. *smart homes*) rakendamine oli veel vähem levinud kui hoolekandeteenused. (*ICT and Ageing* 2010)

Seega on mitmetes riikides erinevaid teenusemudeleid katsetatud ning välja on töötatud ka sobivaid tehnilisi lahendusi valdkonna arendamiseks, kuid siiski ei ole veel laiemat IKT lahenduste rakendamist hoolekande- ja tervishoiuteenuste süsteemis toimunud. Riiklikult koordineeritud süsteemidesse uudsete lahenduste juurutamine võib takerduda ebakindlusesse, mis kaasneb teadmatusena konkreetsetest tulemitest. Eelnimetatud uuring (Ibid.) toob välja, et antud valdkonnas on küll läbi viidud teenuste arendamise tõhusust hindavaid uuringuid, kuid enamik neist põhineb pilootprojektidel ja ei võimalda uurida pikaajalisemat mõju. Toetumine varem avaldatud uuringutulemustele aitaks kaasa erinevate IKT lahendustel põhinevate teenuste juurutamisele riiklikul tasandil, kuid oluline on ka silmas pidada, et lähtuvalt kohalikust kontekstist pole võimalik tulemusi teistest riikidest otseselt üle kanda. Riigi aspektist vaadatuna on oluline ka majanduslik kasumlikkus, mida aga põhjalike uuringute puudumisel võib vaid oletustele ja ekspertide hinnangutele tuginedes välja tuua.

Esile kerkivad ka eetilised küsimused, kuna teenus, mida IKT lahendustega pakutakse, ei

saaks inimlikul tasandil olla oma kvaliteedi poolest madalam teistest teenustest ning ei tohiks välistada või takistada mingil moel teistele teenustele ligipääsu. Samuti on erinevate jälgimisseadmete puhul küsimuseks inimese privaatsus ja privaatsustunne. (Ibid.)

Innovaatiliste lahenduste juurutamisel tuleb suure tõenäosusega silmitsi seista ka seadusandlike ja organisatsioonikultuurist tulenevate takistustega, mida ei tasuks alahinnata. Lisaks väärt ideele on oluline valmisolek tegelemaks erinevate küsimustega, mis tulenevad süsteemi paindumatuses või üldisest konformsusest, millega võib kaasneda ka professionaalide vastuseis muutusteks. (Ibid.)

IKT arengu mõju rahvastiku vananemisele on uuritud vähe, kuid olemasolevad uuringud on tähtsaks ja peamiseks infoallikaks antud teenuste arendamisel.

## **1.7 Uuringud Eestis**

Rahvusvahelise koostööprojekti „Innocare“ raames on läbi viidud kaks uuringut: „Eesti turul kättesaadavad tehnoloogilised lahendused eakate koduhoolduses“ ja „Valmisolek kasutamaks tehnoloogilisi lahendusi eakate koduhoolduses Rakvere linnas“. Kumbki uuring ei käsitle küll virtuaalteenuseid kui võimalikku IKT rakendust, kuid on olulised eakatele suunatud tehnoloogiliste lahenduste käsitlemise tõttu.

Uuringutest selgub, et Rakvere linna näitel on eakad valmis tehnoloogilisi lahendusi tasuta katsetama ja kõige kõrgemalt hinnati üksi elava eaka turvalisust toetavat häirenuputeenust (valikus oli ka elektrooniline ravimidosaatore, kukkumis- ja liikumisandurid, elektrooniline suitsuandur). Need eakad, kes ei soovinud tooteid või teenuseid proovida, põhjendasid seda kartusega, et neid pole lihtne kasutada ja arvamusega, et nad ei vaja neid. (Tammsaar 2012) Häirenuputeenust juba kasutavate eakate tagasiside teenusele oli üldiselt positiivne (Varep jt 2012).

Kõik Rakvere linnas läbi viidud uuringus osalenud hooldustöötajad olid huvitatud oma töös uute tehnoloogiate kasutamisest põhjendades seda teenuse kvaliteedi parandamisega läbi eakate turvalisuse tõstmise kodus, kuid ka oma töö lihtsustumisega (Tammsaar 2012). KOVides, kus klientidele juba pakuti häirenuputeenust, oli hinnang teenusele erinev. Toodi esile, et sotsiaaltöötaja igapäevatöös pole teenus otsest muutust kaasa toonud, samas viidati ka kodukülastuste arvu ja teiste teenuste tarbimise vähenemisele, mis mõjutab sotsiaaltöötaja

töökoormust. Tallinna linna kogemus toob esile kliendi turvalisuse tagamise, mis võimaldab hooldustöötajatele kindlustunnet ning võimalikku institutsionaalse hooldusevajaduse edasilükkamist. (Varep jt 2012) Valmisolekut hindavas uuringus oli omavalitsusepoolne hinnang võimalikule kasutegurile seotud koduteenuste pikema kasutamise toetamisega, mida nähakse kulude kokkuhoiuna eeldatava ööpäevaringse teenuse vajaduse vähenemisel (Tammsaar 2012).

Kahjuks ei käsitletud eelnimetatud uuringud virtuaalteenuseid, kui võimalikku IKTI põhinevat teenust, kuid tulemustest võib järeldada, et üldisem valmisolek tehnoloogiliste arendustega kaasa minna on olemas nii eakatel kui teenuste pakkujatel.

Pigem tervishoiuvaldkonnale keskendunud „Integreeritud personaalsete tervise jälgimise ja patsientide monitoorimise süsteemide uuringu“ tulemuste tutvustuses on välja toodud virtuaalselt teenuste osutamist soodustavad ja takistavad tegurid Eestis. Soodustavaks võib pidada eelkõige projektide raames kogutud kogemuse olemasolu ja Eesti üldist laialdast internetiseeritust ning IKT arengut soosivat keskkonda. Integreeritud virtuaalsete tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkumist toetavateks faktoriteks võib pidada tervishoiutöötajate vähesust, esmatasandi tervishoiu osakaalu kasvu ja üldisi tehnoloogilisi lahendusi toetavad arengud ELis. Samas on mitmeid takistavaid tegureid, milleks on praegune ravi ja hoolekande madal integreeritus, IKT lahenduste vähene sobivus hoolekandes pakutavate teenustega ja haiglate ajendi puudus teenuste arendamiseks. Samuti on Eestis väike turg, millele lisandub madal riigipoolne (ka rahaline) toetus, KOVide omavaheline vähene koostöö ning erinevate piirkondade internetiühenduse kiiruse ebäühtlus. (Kruus 2012) Antud tulemusi tervishoiuvaldkonnas tuleks pidaada silmas ka virtuaalsete hoolekandeteenuste arendamisel.

## **1.8 Probleemiseade ja uurimisküsimused**

Eesti on üks Euroopa kiiremini vananeva rahvastikuga riike ja demograafiliste muutuste kontekstis on oluline pöörata tähelepanu üha suurenevale eakate grupile ühiskonnas. Eakad on väga mitmekesine grupp, samuti on inimese vananemise protsess individuaalne. Erinevad on nii vanaduspõlv ise kui ka eaga kaasnevad võimalused, piirangud ja abivajaduse ulatus (Gothóni 2008).

Hoolekandeteenuste pakkumine peaks vastama muutustele ühiskonnas. Eestis pakutavad hoolekandeteenused eakatele varieeruvad tugevalt erinevates KOVides, kuna linnade ja

valdade võimekus teenuste pakkumisel on erinev ning era- ja kolmanda sektori roll teenuste pakkumisel väike. Ühise näitajana KOVide pakutavate teenuste kohta võib siiski välja tuua, et pakutavad teenused ei arvesta eakate erinevate vajadustega ning valikuvõimalus teenuste osas on vähene.

Sotsiaalpoliitilisel tasandil ja üldisemalt inimeste hoiakutes ühiskonnas on soositud võimalikult kaua iseseisvalt oma koduses keskkonnas toimetulek. Samal ajal on avahooldusteenused ja koduteenused, mille eesmärgiks oleks kodus vananemise toetamine pigem vähelevinud, ja teenuse kvaliteet omavalitsustes erinev. Samal ajal võib avahooldusteenuste ja koduteenuste arendamist kui madalama kulukusega teenuseid näha olulise võimalusena teenustevajaduse katmisel, sest hästi väljatöötatud ja stabiilne süsteem toetab pikemat iseseisvat toimetulekut kodus.

Seoses IKT kiire arenguga on üheks võimalikuks uueks hoolekandeteenuse mudeliks virtuaalteenused. Virtuaalteenused võimaldavad tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid pakkuda läbi vastava seadme või arvuti. Hetkel on Eestis käimas VIRTU projekt, mille kaudu pakutakse tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid Saare- ja Hiiumaakonnas. VIRTU projekti üheks eesmärgiks on kujundada välja ka virtuaalteenus.

Käesoleva töö eesmärk on kirjeldada virtuaalteenuste võimalikku positsiooni eakate hoolekandesüsteemis Eestis läbi valdkonna spetsialistide seisukohtade. Kuna tegu on uuendusliku teenusemudeliga, on just neil kõige enam infot teenusest ja selle võimalikust positsioonist tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis.

Lähtudes uurimisprobleemist on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

- Milline võiks olla virtuaalse teenusemudeli kasutuselevõtu eesmärk?

Eesmärk on välja selgitada, milliseid teenuseid nähakse võimalike virtuaalteenustena ning mis oleks nende teenuste eelised hetkel pakutavate teenustega võrreldes.

- Kes oleks virtuaalteenuste sihtrühmaks?

Eesmärgiks on uurida, millistele klientidele spetsialistide arvates teenused sobiks, millised kliendigrupid saaksid enam kasu uuest teenusemudelist ja millised on need kliendi vajadused, millele teenus eelkõige vastaks.

- Millised faktorid mõjutavad edukat virtuaalteenuse pakkumist?

Eesmärgiks on teada saada, mis tagaks spetsialistide hinnangul eduka virtuaalteenuse

toimimise ning millisena nähakse praegu valmisolekut stabiilse ja jätkusuutliku teenuse pakkumiseks.

- Millised võiksid olla riskid virtuaalsete hoolekandeteenuste pakkumisel?

Võimalike riskide hindamine on oluline osa planeerimise ja arendamise protsessist ennetamiseks võimalikke ohtusid.

## **II PEATÜKK: METOODIKA**

### **2.1. Metodoloogiline lähtekoht**

IKT võimaluste kasutamine eakate hoolekandes on uus ja Eestis siiani vähekasitletud teema. Lähtudes uurimisküsimustest on käesoleva uurimistö aluseks kvalitatiivne lähenemisviis, mida iseloomustab inimeste kogemuste, arusaamade ja tõlgenduste mõistmine (Laherand 2008:24). Kvalitatiivne lähenemisviis annab võimaluse keskenduda töös spetsialistide kirjeldustele uuenduslike teenuste olemusest, potentsiaalset hoolekandesüsteemis ja nende võimalikust rakendamise protsessist, kuid samas võimaldab ka uute teemaarenduste sissetoomist vabas ja arutelule avatud õhkkonnas. Kasutades avatud küsimusi, on võimalus paremini mõista nähtusi just nii, nagu seda näevad respondendid, kuna puudub piiritlev konkreetne küsimustik (Patton 2002).

### **2.2 Andmekogumismeetod**

Andmekogumismeetodiks on poolstruktureeritud eksperdiintervjuu. Intervjuu on paindlik andmekogumisviis, mis on oluline väheuuritud teemade käsitlemisel. Poolstruktureeritud intervjuu lubab võimalikku varieeruvust küsimuste esitamise järjekorras ja sõnastuses ning on sobivaiks andmekogumismeetodiks, kuna võimaldab intervjueritavatel vabamalt väljendada oma arusaamu ja vähendab suunamist intervjuerija poolt küsimuste esitamisel.

Ekspertiintervjuu erineb biograafilisest intervjuust intervjueritavate rolli poolest, kuna tuntakse huvi piiratuma info vastu kui biograafilises intervjuus ning huvi on koondunud isiku kui teatud valdkonna eksperdi ümber (Laherand 2008:199). Samas nõuavad eksperdiintervjuud intervjuerijalt head teema tundmist või siis head probleemi mõtestamist, mis tuleks esile läbi tabavate küsimuste (Patton 2002).

Intervjuu kava on üles ehitatud küll vestluse käiku juhtima, kuid ei määratle kindlalt vestluse ühest kulgu, vaid pigem soodustab põhiteemade käsitlemist iga intervjuu puhul (Patton 2002:343). Kui intervjuu ajal kerkivad esile olulised, kuid eelnevalt ettenägematud teemad, siis on võimalus nendel teemadel samuti keskenduda. Samas on võimalik mõne intervjuu käigus ebaolulisemaks osutunud teema mahtu vähendada, kui vestluse kontekstis see



vajalikuks osutub. Võimalus vabaks küsimuste sõnastamiseks teemade sees aitab kaasa vestlusliku õhkkonna loomisele. Samas seab kava olemasolu intervjuule teatavad raamid, mis aitavad limiteeritud aega võimalikult tõhusalt kasutada (Ibid.). Antud uurimistöö intervjuu kava sisaldab lisaks käsitletavatele teemadele ka konkreetseid võimalikke lisaküsimusi, millele tähelepanu pöörata, toetamaks algajat intervjuueerijat tema töös. Intervjuu kava on toodud töö Lisas 2.

Intervjuude käigus leidsid käsitlust neli põhiteemat, mis tuginesid uurimisküsimustele. Esimeseks neist oli virtuaalse teenusemudeli kasutuselevõtu eesmärk, järgnevas virtuaalteenuste sihtrühm, kolmandaks edukat virtuaalteenuse pakkumist mõjutavad faktorid ja viimaseks võimalikud riskid virtuaalsete hoolekandeteenuste pakkumisel.

### **2.3 Valim**

Valimi moodustavad virtuaalteenuste valdkonna spetsialistid. Keskendudes töös VIRTU projektile, mis on Eestis hetkel ainulaadne virtuaalteenuste pakkumise näide, oli oluliseks kriteeriumiks eelnev ametialane kokkupuude projektiga. Valimi moodustamisel sooviti kaasata spetsialiste, kelle kogemus võimaldaks erinevate vaatenurkade käsitlust. Valimisse kuulumine oli vabatahtlik.

Valimisse kuulusid VIRTU projekti juht Heidi Tuominen (Turu Rakenduskõrgkoolist), VIRTU projektijuht Eestis Anneli Rasu (Saaremaa Arenduskeskus SAst) ja SA Poliitikauuringute Keskus Praxis tervisepoliitika analüütik Priit Kruus, üks „Integreeritud personaalsete tervise jälgimise ja patsientide monitoorimise süsteemide uuringu“ läbiviijatest. Intervjuud Anneli Rasu ja Priit Kruusiga keskendusid rohkem Eesti kontekstile, Heidi Tuomineni intervjuu võimaldas sisse tuua laiemat teenusemudeli loomise protsessi kogemust.

### **2.4 Andmeanalüüsimeetod**

Intervjuu ajal vestlus salvestati ja hiljem transkribeeriti andmeanalüüsi jaoks. Ülevaate saamiseks toimus mitmekordne transkriptsiooni lugemine, et avastada erinevaid mustreid, ühiseid ja erinevaid jooni intervjuudes. Analüüsimeetodina on kasutatud sisuanalüüsi, mille käigus loodi intervjuude põhjal teemade kaupa kategooriad. Vastavad kategooriad kujunesid välja uurimisküsimustele toetudes ning keskenduti vaid uuringu eesmärgiga seotu

käsitlemisele. Teemade täpsemale sõnastamisele järgnes omavaheline seostamine ja tõlgenduste leidmine, mis seob analüüsi ühtseks tervikuks.

## **2.5 Uurimuse käik**

Töös käsitletud teema uurimine tulenes lisaks teema aktuaalsusele ka autoripoolsest huvist IKT arengu mõju vastu ühiskonnale ning soovist keskenduda eakate hoolekande teemadele. Nähes eakaid kui laste ning perede heaolu sagedasema käsitlemise tõttu tihti tahaplaanile jäänud sihrrühki, on oluliseks ka laialdasem nende elukvaliteedile keskendunud uuringute läbiviimine. Soovides uurida just eakate toimetulekut, heaolu ja elukvaliteeti mõjutavaid tegureid, oli uuringusse esialgselt plaanitud kaasata ka eakaid, kuid lähtuvalt töö eesmärgist näha teenuse mudeli adapteerumist Eestis ning bakalaureusetöö mahust koondus fookus vaid eksperdintervjuude tasemele.

Uurimuse intervjuud on läbi viidud jaanuaris 2013. aastal. Intervjuude läbiviimiseks võeti intervjuueeritavatega eelnevalt kontakti e-maili teel ning saades nõusolek, lepiti kokku sobiv aeg. Enne intervjuude toimumist said intervjuueeritavad tutvumiseks ülevaate käsitletavatest teemadest, mis võimaldas spetsialistidel end intervjuuks ette valmistada ja aitas kaasa intervjuude sujuvamale läbiviimisele.

Kolm intervjuud viidi läbi Skype'i teel, mis oli tingitud suurtest kaugustest intervjuueeritavatega. Arvestades, et Skype võimaldab videovestlust, võib üldiselt virtuaalse intervjuueerimiskeskonna situatsiooni pidada sarnaseks näost näkku tehtava intervjuuga. Siiski parema helikvaliteedi saavutamiseks jäeti ära algselt plaanitud videopildis intervjuueerimine. Vaid kõnelises kontaktis läbiviidud intervjuu miinusteks võib pidada kehakeele märkamatuks jäämist ning kõnevoorude vahede halvemat tajumist, kuid üldiselt ei seganud see intervjuu sujuvat kulgu ning vestlus arenes siiski vabalt. Kõne kvaliteet oli üldjuhul hea, kuid mõnel juhul esines teatavaid nihkeid jutu edastamisel, mis viis samaaegse kõnelemiseni, kuid see probleem sai lahenduse videopildi väljalülitamisel. Samuti oli ühe intervjuu ajal vajalik väike paus, kuna vestlust segati, kuid see lahenes kiirelt ja intervjuu võis edasi minna soovitud viisil.

Skype'i kasutamise eelisena võib välja tuua intervjuude läbiviimisele kuluva aja kokkuhoidu nii intervjuueerijale kui ka respondentidele, kuna intervjuu on võimalik läbi viia ilma tavapärasest keskkonnast lahkumata.

Intervjuud kujunesid vaba aruteluna antud teema ümber ning intervjuu kavas esitatud konkreetsed küsimused tulid üldjuhul vestlusesse iseeneselikult ja loomulikult esile ning küsimused olid pigem meeldetuletuseks võimalikest alateemadest. Üks intervjuu toimus inglise keeles, mis ei olnud intervjuuerija ega intervjuueeritava emakeeleks ning võis veidi pärssida vaba mõtete avaldust. Üldiselt oli küll keeleline teineteise mõistmine hea, kuid mõnel korral takerdus sujuv vestlus õige sõnakasutuse otsimisel. Inglisekeelne intervjuu tõlgiti transkribeerimise järel eesti keelde.

Saadud andmeid võib pidada usaldusväärseteks, kuna intervjuueeritavad olid valdkonna spetsialisti rollis ja valmisolek oma seisukohtadest avatult rääkida oli tajutav. Samuti ei märganud kõrvalisi toimetusi vestluse ajal.

Intervjuude pikkus oli keskmiselt üks tund.

## **2.6 Uurimuse eetiline aspekt**

Läbiviidud intervjuude eeltingimuseks oli intervjuueeritavate nõusolek antud teemal vestelda. Vestlus salvestati vastava programmi abil ning salvestamisest teavitati eelnevalt intervjuueeritavaid ja põhjendati salvestamise eesmärki. Valimi moodustanud spetsialistid andsid nõusoleku vestluse lindistamiseks ning nende nimede ja ametinimetuste kasutamiseks töös. Ekspertidest koosneva valimi puhul on intervjuueeritavate avalikustamine oluline, kuna see aitab selgitada, keda nähakse antud valdkonna spetsialistidena. Siiski ei ole töös kasutatud konkreetseid tsitaate, uurimuse analüüsi osas on intervjuueeritava jutt esitatud anonüümsena (numbrilise koodiga), eesmärgiga vältida väidete seost konkreetse isikuga. Salvestatud intervjuud on kättesaadavad vaid antud töö autorile.

### III PEATÜKK: ANALÜÜS

Analüüsi aluseks on intervjuud, mis viidi läbi virtuaalteenuste valdkonna spetsialistidega. Intervjuudest ilmsid spetsialistide arusaamad, mis põhinevad ametialasel kogemusel. Lähtuvalt uurimisküsimustest jaguneb käesolev peatükk neljaks alapeatükiks, teemade all on analüüsi sisu ilmestamiseks kasutatud intervjuu lõike, väljajäetud tekstiosade tähisteks on /.../. Lõigu paremaks mõistmiseks on mõningates kohtades nurksulgudes toodud autoripoolne täiendus. Inglisekeelsed intervjuulõigud on tõlgitud eesti keelde.

#### 3.1 Milliseid teenuseid võiks pakkuda virtuaalteenustena?

##### 3.1.1 Teenuste määratlemine

IKT pakub mitmeid võimalusi ja virtuaalteenuseid on võimalik liigitada erinevalt. Intervjuude käigus tulid välja võimalikud jaotused, mille põhjal virtuaalteenuseid rühmitada. Esmasel tasandil peeti oluliseks rühmitada virtuaalteenus üldisemasse pakutavate teenuste kontseptsiooni. Intervjuus toodi välja teenusemudeli instrumentaalne olemus: mitteformaalse ja formaalse hoolduse kõrval võib virtuaalset teenuse pakkumist näha ühe võimaliku hooldamise viisina.

Kõige laiema võimaliku jaotusena virtuaalteenuste seas toodi välja kliendi poolt eelnevaid virtuaalvaldkonna teadmisi või uue süsteemi tundmaõppimist eeldavad teenused ja kliendi seisukohalt võimalikult vähe tajutavad virtuaalsed teenused, mida iseloomustab pigem teenuse virtuaalne korralduslik pool. Samas liigitati virtuaalselt pakutavat teenust, mida klient vastava seadme abil kasutab, omakorda veel instrumentaalseks ja sotsiaalseks.

Olulise punktina virtuaalteenustest rääkides mainitakse virtuaalmaailma kui abstraktset keskkonda, mille arendamisel on võimalik väga erinevates suundades liikuda, lisada üha uusi võimalusi.

*...ja arvestada tuleb seda, et virtuaalne teenus ei ole mitte midagi füüsilist. (1)*

*...virtuaalmaailm on põhimõtteliselt väljamõeldis,...(2)*

Erinevate virtuaalteenuste kirjeldamisel toovad spetsialistid eelkõige esile kliendi vajadused.

Teenuseid on võimalik pakkuda läheduse, sotsiaalse suhtluse või kindlustunde võimaldamiseks (suhtlus teistega ning hoolekande- ja tervishoiutöötajatega), samuti turvalisuse tõstmiseks (häirenupud, sensorid) ja terviseseisundi kaugjälgimiseks (tervisenäitajate edastamine, konsultatsioonid). Esimest laadi teenused lahterdati laiemalt sotsiaalsete alla, turvalisuse ja terviseseisundi jälgimisega seotud teenused aga instrumentaalsete alla. Sotsiaalsete teenuste puhul tuuakse esile, et need tegelevad peamiselt sotsiaalse isolatsiooni küsimusega.

Tervishoiusüsteemis peetakse põhiliseks eesmärgiks kiiret reageerimist olukorras, kus tervisenäitajad halvenevad, mis võimaldab ka ennetada seisundi olulist halvenemist ning seda nähakse ka kindlustunde suurendajana patsientide seas.

Hoolekandes liigitati virtuaalteenuseid pigem preventiivse sotsiaaltöö alla. Sotsiaalses isolatsioonis nähakse ka terviseriski, uuringutele toetudes tuuakse sotsiaalset isolatsiooni esile depressiooni soodustava tegurina, mis omakorda süvendab dementsust ja Alzheimeri tõve.

*Ja kui nüüd neid kliente selle sotsiaalse poole pealt hoida kogu aeg suhtlemas, hoida nende tuju üleval kui nad on üksikud /.../siis nende vaimne tervis säilib kauem ja tulemuseks on see, et nad ei satu liiga vara haiglasse või hooldekodusse või kuhu iganes.(1)*

Eesti hoolekandesüsteemi rolli inimeste elukvaliteedi tõstmisel nähakse hetkel üldiselt kriitiliselt ning teenuseid peetakse pigem minimaalse toimetuleku tagajaks. Seetõttu on intervjuueritavatel raske hinnata ka virtuaalsete teenuste positsiooni praeguste teenuste kõrval, kuna virtuaalteenused tegelevad inimese kõrgemate vajadustega<sup>3</sup> ning preventiivse suunitlusega teenuseid peetakse hetkel süsteemis vähelevinuks.

Sotsiaalset isolatsiooni kui üht võimalikku eakate heaolu vähendavat tegurit ei peeta hetkel pakutavate hoolekandeteenuste poolt käsitletavaks. Samas tuli intervjuu käigus esile, et lisaks pereliikmetega suhtlemisele tuleks rohkem rõhutada ka professionaalidega suhtlust, seda tõsisemate probleemide ilmnemise ennetamiseks, kuna lähedastel ei pruugi olla vastavaid teadmisi hindamaks inimese olukorra järk-järgulist halvenemist.

### **3.1.2 Virtuaalse teenusemudeli eelised**

Virtuaalselt pakutavate teenuste puhul on spetsialistidel raske hinnata võimalikku eelist

---

<sup>3</sup> Lähtudes Maslow vajaduste hierarhiast, toetavad virtuaalteenused turvalisusvajaduse, armastus- ja kuuluvusvajaduse, kuid võimalusel ka tunnustus- ja enesetostusvajaduse teostamise võimalusi. Esmatasandi vajadusi ehk füsioloogilisi vajadusi virtuaalselt toetada pole võimalik.

võrreldes hetkel pakutavate teenustega, kuna üldjuhul pole teenuste eesmärgid võrreldavad ning sisu on erinev. Peamise võimalusena, mida virtuaalteenused pakuvad praeguse süsteemi kontekstis, nähakse inimressursi, hoolekandevaldkonnas töötavate inimeste, optimaalsemat ajakasutust, mis võimaldaks ulatuslikumat teenuste pakkumist.

*..et kui on siin valida et, virtuaalteenus või üldse teenus vähemalt, et sellest, et ei ole töötajad, kes tavapärasest hooldust pakuksid.(2)*

*me teame, et meil ei ole enam inimressurssi hoolekande- ja tervishoiusektoris, see on fakt.*  
(3)

Toodi esile, et need kliendi vajadused, mida oleks virtuaalteenustega võimalik katta, ei ole praeguses hoolekandesüsteemis veel kaetud. Peamiselt on selleks suhtluse võimaldamise eakatele, kellel on väga väike sotsiaalne võrgustik, võimalik et kokku puututakse vaid hooldustöötajaga. Rühmategevustes osaledes kuulatakse aga kindlasse gruppi, mis võimaldab uute sõprussuhete loomist.

*Nendes väikestes gruppides on mõned tõelisteks sõpradeks saanud /.../ nad helistavad üksteisele ka siis, kui pole organiseeritud tegevusi ja laupäeviti korraldavad näiteks ühiseid kohvijoomisi. (3)*

Siiski üleüldise eelisena ning virtuaalteenuste arendamise vajaduse põhjendusena toodi välja aja ning kulude kokkuhoidu, seda eriti tervishoiusüsteemis, kus on võimalik üheaegselt jälgida mitme patsiendi näitajaid või edasiarenduse puhul võib ka jälgimise üle võtta süsteem, mis annab teada kriitilistest olukordadest. Samas jääd kriitiliseks välismaa kogemustel põhinevate kulutõhususe uuringute võimalikul ülekandmisel Eesti praegusesse konteksti, põhiliselt just sotsiaalhoolekande valdkonnas. Samas nentisid spetsialistid, et hoolekande- ja tervishoiusüsteemi pole siinkohal võimalik eraldiseisvana käsitleda, virtuaalteenuseid tuleks arendada just kahe süsteemi piirimaail.

Üldiselt peeti virtuaalteenuste pakkumisele üleminekut lähtudes IKT arengust paratamatuks ja ka otstarbekaks, ning pigem on küsimuse all, kuidas teenuseid tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi integreerida.

*Küsimus on tegelikult, mis hetkel, millal virtuaalteenused löövad läbi, kas see on paari aasta, 10 a küsimus või veel kauema aja. (1)*

*Me põhimõtteliselt teame, et need on kasulikud, [küsimus on] et kuidas need nüüd sinna süsteemi sisse viia, kuidas need reaalselt kasutusele võtta.(2)*

Kokkuvõtvalt võib öelda, et virtuaalmaailma abstraktne olemus võimaldab pakkuda mitmeid teenuseid ning teenuste mitmekesisus ja integreeritus on üheks virtuaalteenuste suurimaks eeliseks. Virtuaalteenuseid tuuakse esile kui kõrgemate vajaduste rahuldamist toetavaid teenuseid, mida võib hoolekande valdkonnas pidada preventiivseks sotsiaaltöök. Suurimaks kasuteguriks peetakse teenusemudeli kulutõhusust ja tervishoiu- ning hoolekandetöötajate vähesuse kompenseerimist olemasolevate töötajate aja kokkuhoiu arvelt.

## **3.2. Kes oleks antud teenuste sihtrühmaks?**

### **3.2.1 Virtuaalteenuseid enim vajavad kliendigrupid**

Hetkeolukorrast lähtuvalt peetakse peamiseks sihtgrupiks üksikuid eakaid maapiirkondades, kelle jaoks on haiguse või puude tõttu liikumine takistatud. VIRTU projekti kontekstis on peamiseks sihtrühmaks saartel, juba oma olemuselt isoleeritud keskkonnas, elavad eakad, võimaldades neile teenuste paremat kättesaadavust. Suhtlusvajadust ja kuuluvustunde pakkumist on siiani alahinnatud nii hoolekandesüsteemis kui ka ühiskonnas laiemalt ning sotsiaalset isolatsiooni ei teadvustata tõsise probleemina. Siinkohal nähakse virtuaalteenuseid ühe võimalusena teadlikkuse tõstmiseks ja probleemiga tegelemiseks.

Olulise kriteeriumina tuli intervjuudest esile liikumispääs. Virtuaalteenused on eelkõige (VIRTU projekti puhul ainult) eakatele, kelle tervislik seisund ei võimalda neil kodust välja minna. Sellisel juhul on teenus tõepoolest tõhus, kuna ei asenda otseselt olemasolevaid väljaspool kodu pakutavaid teenuseid, vaid võimaldab nende kasutamist kodus.

*... ja siis, kui sa pole koduse nelja seina vahele jäänud, sa sõidad oma autoga ringi ja sul on sõpru... me ei taha et nad oleksid kodus lihtsalt selle pärast, et neil on see seade /.../ et nad ei muutuks selle pärast passivseks (3)*

Samas toodi ühe võimaliku sihtrühmana esile ka eaka lähedased, kes pikkade vahemaade tõttu ei saa oma vanemaid või vanavanemaid külastada, kuid siiski sooviksid tihedat kontakti hoida.

*Kui eluea pikendamine on tõestatud, see preventiivne mõju oletame on tõestatud, siis tegelikult võiksid seda lubada endale ka lihtsalt jõuakamad inimesed. (1)*

### **3.2.2 Laiem sihtrühm**

Virtuaalteenuste võimalustest lähtudes vaadeldakse võimalikke sihtgrupe ka laiemalt, kes võiksid teenust vajada ja sellest kasu saada. Lähtudes sotsiaalsest isolatsioonist kui

võimalikust teenuse vajaduse põhjusest, tuuakse küll välja, et vanemaks jäädes risk sotsiaalsesse isolatsiooni jääda suureneb, kuid pole võimalik piiritleda piirkondi, kus teenuse vajadust poleks, teenust võivad vajada nii maapiirkonnas kui ka suurlinnas elavad inimesed – olulised pole füüsilised vahemaad vaid vaimsed distantsid.

*Võib-olla see on muidugi üldse ühiskonna arengu häda, et me oleme muutunud nii individualistideks, et kuskil keskeas on väga tore olla individualist aga vanas eas ei ole enam, aga siis ei ole midagi teha enam. (1)*

Isegi vanuselist piirangut teenuse vajadusel ei soovita tegelikult seada ning võimalikke teenuseid võiks pakkuda üleüldiselt elus kriisisituatsiooni kogevatele inimestele. Virtuaalsed võimalused võimaldavad rühmateraapiat, läbi on võimalik viia leinagruppe, samuti toetusgruppe omastehooldajatele. Üheks kliendigrupiks, kellele on teistes riikides teenust arendatud, on ka erivajadustega inimesed, keda peetakse võimalikuks sobivaks sihtgrupiks.

Kokkuvõttes, virtuaalteenuste peamiseks sihtgrupiks peetakse liikumispiiranguga üksi elavaid eakaid. Virtuaalteenused pakuvad neile võimalust sotsiaalseks interaktsiooniks ning paremaks teenuste kättesaadavuseks. Samas arvestades virtuaalmaailma laialdasi võimalusi, võib näha virtuaalteenuseid ka võimaliku vahendina rühmateraapia, leinagruppide, omastehooldajate toetusgruppide korraldamiseks ja erivajadustega inimeste iseseisva elu toetamisel.

### **3.3 Millised faktorid mõjutavad edukat virtuaalteenuse pakkumist?**

#### **3.3.1 Teenuste pakkumine tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi piiirimail**

Kõige olulisema takistusena teenuste arendamisel nähti tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi lahusust Eestis. Hoolekandeteenuseid korraldab seaduse järgi KOV kui inimesele võimalikult lähedane institutsioon, hooldushaiglates või haiglate hooldusraviosakondades pakutakse aga teenust, mida rahastatakse Haigekassa kaudu teenuste nimekirja põhjal. Siiski ei pruugi pakutav teenus erineda väga olulisel määral hoolekandeteenustest. Jäik piir rahastuse ja korralduse vahel tekitab spetsialistide arvates ka probleeme sidusate teenuste pakkumisel, mis on aga praktikas vajalikud. Probleemi on tajutud ka riiklikul tasandil, Sotsiaalministeeriumis on koostatud näiteks integreeritud hoolduse kontseptsioon, kuid hetkel on süsteem endiselt jäikade piiridega ning sisuline koostöö ning sidusus on nõrk.

*Piiri tõmbamine, mis hetkel on see tervishoiu-, mis hetkel hoolekandeteenus, on hetkel liiga jäik ja tegelikult seda piiri ei olegi võimalik tõmmata.(2)*



*Koostöö ei ole nagu süstemaatiline töö, et on mingit kaks imelikku eraldi süsteemi. (1)*

### **3.3.2 KOVide teenuse pakkumise võimekus**

Kogu Eestis ühtlase ja kvaliteetse virtuaalteenuste süsteemi loomise juures toodi olulise punktina esile vajaduse võrdsete ressursside ja ühtlase võimekuse järele kogu riigis. Hetkel on KOVide võimekus erinev ja võimalus virtuaalteenuseid rakendada tuleneb suuresti KOVi suurusest ja rahalistest ressurssidest, mis teeb ka teenuse kättesaadavuse varieeruvaks.

*See, et haldusreform on tegemata ja KOVide enda finantseerimine, standardid, hakkamasaamine on niivõrd erinevad, siis ka sotsiaalhoolekanne tulenevalt sellest on väga erinevalt arenenud ja pole lootuski et see niimoodi riiklikult ühtlaselt areneks. (1)*

Olulise faktina toodi välja, et tegelikult on ka hetkel igal KOVil võimalus teenuse pakkumiseks virtuaalselt, kuna seadused, määrused ja juhendid ei pane paika, millisel kujul teenust pakutakse. Siiski ei oleks selline üksikjuhtumil arendatav teenus arvatavasti väga jätkusuutlik. Üleüldiselt ei peeta võimalikuks virtuaalteenust pakkuda vaid ühe KOVi sees, kuna sellisel juhul jääks klientide arv liiga väikeseks. Virtuaalteenuse üheks eeliseks on just asjaolu, et teenust on võimalik pakkuda paljudele korraga. Siinkohal nähakse lahendusena KOVide omavahelist koostööd, mida peaks toetama ka riiklikud meetmed.

*KOVide koostöö võib olla takerdunud igasugustest riigihangete tingimustest ja KOV-ide väiksusest ja nende erinevustest ja omapäradest. (2)*

Ühe virtuaalteenuste juurutamise ja arendamise takistusena KOVide poolt nähakse ka juba tehtud finantseeringuid olemasolevasse süsteemi (hooldekodudesse, hoolekandeesutuste renoveerimisse), mis võib oluliselt vähendada motivatsiooni uue teenusemudeli rakendamisel.

Kui aga teenusemudeli juurutamine, arendamine ja finantseerimine toimuks riigi tasandil, siis nähakse KOVil endiselt olulist osa teenuse pakkumisel. Sotsiaaltöötaja ning teenuse koordinaatorid peaksid asuma siiski inimesele lähedal ja nende töö peaks olema korraldatud lokaalselt.

### **3.3.3 Riigi roll teenuste arendamisel ja rakendamisel**

Riiklikul tasandil peetakse oluliseks virtuaalteenuste propageerimist ning seostamist erinevatesse arengukavadesse, mida hetkel põhimõtteliselt tehtud ei ole.

*Kahjuks Eestis ühtegi sellist strateegiat ei ole, mis seda esile tooks. Valitsuse tegevusprogrammis on üks väike lõik selle kohta, mis puudutab telehooldust, kuid seda selles*

*osas nagu väga suurt edasiminekut hetkel vist ei ole olnud.(2)*

Samuti toodi esile Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud teenuste soovituslikud juhised, kus pole sisse toodud virtuaalteenust eraldi teenusena (telehooldust, teleravi vms) ning pole ka konkreetsete teenuste kirjeldamisel eraldi välja toodud võimalust või soovituslast teenuse virtuaalseks pakkumiseks. Samas peaks riigi rolliks olema eeskirjade ja üldisema teenusepakkumise raamistiku väljatöötamine.

Riigi ühe ülesandena nähti ka rahastuse ühtlustamist, seda nii tervihoiu- kui hoolekandesüsteemi vahel kui ka erinevates KOVides, tekitades seeläbi stiimuli virtuaalteenuseid soodustavateks investeeringuteks. Võimalusena pakuti välja ka riikliku sihtasutuse loomist teenusemudeli juurutamiseks, mis sarnaseks E-tervise SA-ga, ning mille eesmärgiks oleks mh standardite ja kvaliteedi mõõtmiseks vajalike süsteemide välja töötamine ja süstemaatiline teenusemudeli juurutamine riigis.

Eelnimetatust järeldatakse, et virtuaalteenuste arendamiseks vajalik riigipoolne toetus hetkel puudub.

*Ei ole sellist üleüldist toetust. Seda kas riiklike strateegiate tasandil või sellise väga konkreetse riigi rahastuse toel. (2)*

### **3.3.4 Uuringutele toetumine**

Valdkonna spetsialistid pidasid oluliseks uuringute läbiviimist, millele tuginedes on võimalik virtuaalteenuseid edukalt hoolekandesüsteemi juurutada. Tõdeti, et esmasena oleks oluline uurida, kui suur on üleüldse hooldusvajadus Eestis, mida pole siiani veel põhjalikult tehtud. See võimaldaks ka paremini hinnata virtuaalteenuste rakendamise kulutõhusust, lisaks oleks võimalik välja tuua mitteformaalse hoolduse osakaal ning inimeste hoolduskoormuse mõju majandusele. Uuringud tooksid esile süsteemi kitsaskohti ja alles siis oleks võimalik hinnata virtuaalteenuste rolli olukorra parendamisel.

*Seda kahjuks ei olegi Eestis uuritud kui palju hooldusvajadust Eestis tegelikult on, et kui suur osakaal on ka näiteks omastehooldusel /.../ ja millised on selle mõjud majandusele, sest ka need peavad töölt eemal olema. (2)*

Selleks, et virtuaalteenused ja nende mõju oleks selgemini esiletoodud, peetakse oluliseks ka teenuse hindamise läbiviimist, millele toetudes oleks juurutamise protsess oluliselt lihtsustatud. Teenuse pakkumise kaalumiseks on vaja tõestusmaterjale teenuse toimimisest. Samal ajal on aga selliseid uuringuid raske läbi viia vaid projektidele toetudes, kuna see ei

võimalda teha laiapõhjalisi järeldusi.

*Võib-olla julgust seda asja edasi arendada annavad sellised üksikud näited, aga just sellised laiema mastaabi uuringud, kus on kaasatud väga palju kliente, hooldatavaid, patsiente, et need kindlasti on vajalikud. (2)*

Intervjuudest selgub, et VIRTU projekti raames on samuti läbi viidud uuringuid, kuid ka nende ulatus on suhteliselt väike, kuna need põhinevad konkreetsetel projektidel ja selles projektis osalenud eakate kogemusel. Siiski toovad need uuringud esile virtuaalteenuse positiivset mõju sotsiaalsele interaktsioonile ja seeläbi ka elukvaliteedile laiemalt.

*Tulemused, ehk mida eakad arvavad, et nende sotsiaalne interaktsioon on paranenud selle projekti jooksul. (3)*

### **3.3.5 Tehnoloogiline valmisolek**

Selleks, et inimesed (nii teenuse pakkujad kui kliendid) saaksid teenust kasutama hakata, peetakse esmajärgus oluliseks tehnoloogilist valmisolekut. Tehnoloogiline valmisolek ja selle tagamine on oluline eriti just juurutamise algperioodil, edasiselt on tähtsamal kohal aga organisatsioon ja inimesed, kes teenust pakuvad.

Tehnoloogia arendamisel tuuakse esile, et praegusel hetkel on VIRTU projekti raames veel puudujääke, mis stabiilse teenuse pakkumist takistavad.

*Niisiis kui me mõtleme turvalisuse tundele, me ei saa hetkel täielikult seda usaldada. Me ei saa kellegi elu sellele tehnikale usaldada. (3)*

Eestit peetakse tehnoloogilist arengut soodustavaks ühiskonnaks. Põhiliseks eelduseks eduka teenuse edastamisel peetakse siiski internetiühendust ning selle kvaliteeti. Üldiselt tuuakse Eestis esile head internetiga kattuvust, kuid siiski on kvaliteet väga erinev, seda eriti just maapiirkondades, kus teenuse arendamine oleks eelisjärjekorras vajalik, kuid see on pidevas ja kiires arengus.

*Kuigi kattuvus peaks olema 99% ja see võib tõsi olla, kuid võibolla töötame me praegu just selles 1% piirkondades /.../ kuigi kõigil peaks olema võrdne võimalus internetiühenduseks. (3)*

Tehnoloogia arenedes on oluline, et see ühilduks mitmete süsteemidega, mis võimaldaks ka kliendil oma kodusest arvutist teenusega liituda ning kaotaks vajaduse spetsiaalse seadme järele.

Olukorras, kus teenus toimib ja seda pakutakse regulaarselt, peetakse tähtsaks ka tehnilise toe olemasolu ning võimalikult kiiret reageerimisvõimalust, et tehniliste probleemide ilmnemisel

ei peaks inimesed teenuse kasutamisest pikemaks ajaks loobuma. Süsteem peab tehniliselt töötama laitmatult, et selle kasutamine oleks mugav, soovitud ja järjepidev.

### **3.3.6 Teenuse pakkumisega seotud inimeste valmisolek**

Virtuaalteenused ei tähenda inimese rolli vähenemist teenuse pakkumisel, inimesed on endiselt need, kes teenust pakuvad, vastav tehnoloogia on vaid vahend.

*Igasuguse virtuaalse teenuse või sellise tehnoloogilise lahenduse juurutamise võti on ainult 10% see tehnoloogia ise, see tehnoloogiline lahendus ja 90% organisatsioon mis seal taga on. (2)*

Inimeste valmisolekust teenusega kohanemisel tuuakse esile, et harjumuspärasest tegutsemismustritest on inimestel tihti raske loobuda ja uued lahendused nõuavad esialgu suuremat panust kui tavapärased tegevused. Sotsiaaltöötaja, kes on oma töös ülekoormatud, ei soovi koheselt kaasa minna uue, tööülesandeid laiendava teenuse pakkumisega. Edukas rakendamine sõltubki sellest, kui palju peab tavapäraseid tegevusi muutma, millisena nähakse muutuse tulemust.

*Just selline harjumuste muutmine on see, mis ei tule hetkega, et nüüd paneme seadme püsti ja nüüd see hakkab pihta vaid see tehnoloogia tuleb /.../ kuidagi kohandada sellesse protsessi sisse. (2)*

*Üldiselt võib öelda, et keskmine inimene on laias laastus konformne, st ta tahab, tal on mugav jätkata toimimist kogu aeg vanal moel. Et see on fakt. Ja selleks et nüüd seda uut süsteemi juurutada siis selleks on vaja tulihingelisi eestkõnelejaid, /.../, kes suudavad esiteks ise uskuda ja näha seda kasu mida selle süsteemi läbi on võimalik saada, ja seda ka nii veenvalt levitada, et siis need konformsed isikud tuleksid kaasa sellega. (1)*

Virtuaalteenuste pakkujate (erinevate erialade esindajate) valmisolekus tuuakse olulisena esile ka koolitust, mis tagab vajaliku ettevalmistuse ja oskused. Lähtudes projektidest, mis on Eestis ellu viidud, on siiski tajutav erinevate seotud professionide esindajate kohanemine virtuaalteenuste juurutamiseks. Projektipõhised piloteerimised on aluseks inimeste kohandamiseks muutustega, kuid samas ei teki projektidest üldisemat oskusteavet, mis oleks laiemalt kättesaadav ja projekti lõppedes jäävad saadud teadmised tihti vaid projektis osalenutele.

Klientide valmisolek virtuaalteenust kasutada tuleneb spetsialistide arvates aga sellest, mil viisil ja kes on teenust neile tutvustanud. Virtuaalteenuste regulaarseks kasutamiseks on oluline eelnev usaldussuhe kliendi ja sotsiaaltöötaja vm spetsialisti vahel, innustamaks uue teenusemudeli katsetamist. Usaldusliku suhte loomist virtuaalsel teel peetakse märksa

keerukamaks ning veidi tehisklikuks. Ka teenusemudeli ja võimalike kasutegurite tutvustamine ühiskonnas laiemalt on oluline.

*See tahab kõvasti juurutamist ja arendamist ja inimeste meeltes harjumist. Et tundub väga ulmeline niikaua kui sellega ei ole kokku puutunud.(1)*

Teenust pakkuva organisatsiooni tehtav töö peaks tagama klientide huvi ja soovi teenust järjepidevalt kasutada ning kliendipoolse usaldusvääruse. Soomes on VIRTU projekti kaasatud tänaseks juba üle 1000 tudengi rakenduskõrgkoolidest, kes tegelevad sisu koordineerimise ja pakkumisega, mis annab võimaluse mitmekesise teenuse pakkumiseks ning samas ka tudengite kui tulevaste võimalike virtuaalteenuste pakkujate kaasamiseks. Eestis on palgatud eraldi sisukoordinaator, kes tegeleb „saatekava“ väljatöötamisega. Teenuste arendamisesse on oluline kaasata nii kliente kui ka nende lähedasi, kuna teenuse sisu peab vastama kliendi ootustele.

*Sisukoordinaator kogu aeg peab aeg ajalt selliseid vestlusi kliendirühmaga, kes tal osalevad, et mida nad soovivad ja selle järgi koostatakse sisu.(1)*

Seega toovad spetsialistid edukast teenuse pakkumisest rääkides esmalt välja takistused, mis tuleks ületada. Ühe takistusena mitmekesiste teenuste pakkumiseks nähakse tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi lahusust, teiseks suuremaks probleemiks on KOVide väga erinev suurus ja võimekus ning motivatsiooni ja teadlikkuse puudus teenuste pakkumiseks. Et virtuaalteenuste juurutamine Eestis oleks edukas, oleks vajalik riikliku tegevuse eesmärgistamine ja vastava arengukava väljatöötamine. Vajalikud on ka eelnevad põhjalikud uuringud teenuse sobivusest Eesti konteksti, mis hindaks võimalikku kulutõhusust ja kasutegurit, et juurutamisprotsessi planeerimine oleks edukas. Jõudes teenusemudeli väljatöötamiseni, toodi esile esmalt tehnoloogiliselt laitmatult töötava süsteemi vajadus ning seejärel inimeste, nii erinevate teenusepakkujate kui ka klientide valmisoleku teenuse kasutuselevõtuks.

### **3.4 Millised võiksid olla riskid virtuaalsete hoolekandeteenuste pakkumisel?**

#### **3.4.1 Uue tehnoloogiaga kohanematus**

Kohanematus uue teenusemudeliga ning sellest tingitud muutustega võib osutada oluliseks takistuseks juurutamisprotsessis. E-tervise näitel on uuele süsteemile üleminekul toimunud

laialdane süstemaatiline juurutamine, aga nii arstidel, õdedel kui ka patsientidel olnud probleeme süsteemi kasutamisega. Kui juurutamine ei toimu paralleelselt pideva protsessi analüüsiga, siis ei pruugi uuenduslik lahendus reaalselt kasutust leida.

Esile toodi, et olukorras, kus inimese varasem kokkupuude virtuaalmaailmaga on vähene, võib teenusemudel tunduda väga võõras ning sellega on raske kohaneda. Usaldamatus tehnoloogiliste lahenduste vastu võib tuleneda ka eelnevast negatiivsest kogemusest.

*Usaldamatust on võimendatud hästi palju selliste digireformidega, siis see võib olla samuti probleemiks. (2)*

Samuti on spetsialistid kogenud hirmu klientide privaatsuse rikkumise ees, pidades silmas võimalust virtuaalselt läbiviidud tegevusi väljaspoolt jälgida või lindistada. Ka väljalülitatud seadet võidakse pidada jälgimisseadmeks.

*Ma olen näinud juba mitmeid paranoilisi nii kliente kui ka sotsiaaltöötajaid, kes kahtlustavad, et kui see videopilti edastav masin nurgas on, siis järelikult saab klienti jälgida ja see on tema privaatsuse rikkumine.(1)*

*Teenus ei sobi kindlasti kõikidele eakatele. Mõned ei tunne end hästi, kui neil on see seade, nad tunnevad, et tahavad sellest lahti saada. (3)*

Võib juhtuda, et sotsiaaltöötaja vm spetsialist ei leia enda töös kasutegurit või motivatsiooni teenusemudeli kasutamiseks ja seetõttu pole ka klientidel võimalik virtuaalteenust kasutada. Ka VIRTU projekti kontekstis on sotsiaaltöötajate ja teiste erialade töötajate kaasamine olnud väljakutseks, kuna teenust tajutakse kui lisakoormust senistele tööülesannetele.

*Kuna nad on tööga niivõrd ülekoormatud, arvad nad, et see nõuab taas lisatöötunde. (3)*

### **3.4.2 Inimlik versus virtuaalne kontakt**

Kuigi virtuaalteenused võivad pakkuda lahendust sotsiaalsele isolatsioonile, tõstatub ikkagi küsimus, kui palju võimaldab see inimlikku kontakti, isegi kui tegemist on videokonverentsi pildiga. Seega jääb siiski selgusetuks, mil määral virtuaalne kontakt kompenseerib inimliku kontakti puudumist. Spetsialistid toovad küll esile, et virtuaalteenuste eesmärgiks pole kindlasti mitte näost näkku suhtluse vähendamine, virtuaalteenused pakuvad pigem lisavõimalust suhtluseks või teenuseid olukorras, kus näost näkku suhtlus on osutunud mingil põhjusel võimatuks. Siiski on teatav risk, et algselt lisateenusena mõeldu võib hakata asendama näost näkku teenuse pakkumist.

*...siis ütleme et tõeliselt avatud inimsuhe, või selline tõeliselt lähedane inimkontakt selle*

*videopildi teel ei saa tekkida. (1)*

### **3.4.3 Riikliku toetuse puudus**

Lisaks kvaliteetse teenuse arendamise raskendamisele peetakse riikliku toetuse puudust ka otseseks riskiks teenuste arendamisel. Eestis läbiviidud projektide miinustena tuuakse välja nende lokaalsus ja väiksus ning suutmatus leida laiemat toetust. Sellest tulenevalt on tõenäoline, et projektide lõppedes ei arendata ka teenust välja, kuna vastavad vahendid ning suuremad partnerid puuduvad. Seetõttu jääb ka saadud kogemus üldisemalt jagamata.

Virtuaalteenuste juurutamisel laiemalt peetakse oluliseks koostööd väga mitmete huvigruppide vahel: KOVid, eraettevõtted, hoolekandeesutused, kliendid, riik, ravikindlustus, haiglad, arstid, hooldajad, sotsiaaltöötajad. Selleks et saaksid toimuda ulatuslikud muutused, peavad kõik osapooled tajuma ühist eesmärki ja selle täitmise vajadust. Riikliku strateegia olemasolu tuuakse esile võimaliku soodustava asjaoluna osapoolte koostöös ning peetakse stiimuliks teenuse arendamisel.

Sotsiaalset isolatsiooni võib pidada alahinnatud probleemiks ühiskonnas, sellega tegelemist ei nähta Eestis vajaliku ega prioriteetsena. Esile võib tuua ka asjaolu, et Eesti hoolekandesüsteem ei ole võrreldav Põhjamaade heaoluühiskondade hoolekandesüsteemidega, kust on võimalik näitena tuua virtuaalteenuste edulugusid. Virtuaalteenustele üleminekut ei peeta võimalikuks kohast, kus üldine hoolekandeteenuste pakkumine pole ühiskonnas stabiilselt ja edukalt välja kujunenud. Teisi hoolekandeteenuseid pole võimalik asendada virtuaalteenustega, neil on pigem toetav ja preventiivne roll.

*...siis on esinetud mõttega, et me võiks sooritada sellise virtuaalse tiigrihüppe... et jätta vahele oma hoolekandesüsteemi väljaarendamine ja hüpata kohe plaksti virtuaalse süsteemi peale?. Aga noh siin on nagu küsimus selles, et üks ei asenda teist.(1)*

### **3.4.4 Madal teadlikkus kulutõhususest**

Uue teenusmudeli arendamisel on esialgne investering tehnilistesse lahendustesse ja inimeste ümberõppesse kõrge ning otsest tõestust teenuse kulutõhususele Eestis pole välja arvatud. Välja toodi, et projektidel põhinev analüüs ei võimalda pikaajalist kulutõhusust hinnata, ometigi oleks virtuaalteenuste mõju vajalik vaadata just pikemas perspektiivis. Samuti on Eestis tööjõu hind hetkel piisavalt madal, et takistada virtuaalteenuste rakendamist.

*3-aastase EL-i projektiga ei ole võimalik öelda, et see on kulutõhus, kuna selleks pole piisavalt aega /.../ oluline on ka hinnata klientide kogemust (3)*

*Selliste uute tehnoloogiate hindamise vähene levimus, et selleks, et kellelgi oleks kindlus seda rakendada ikka soovitakse teada, kas ka mõju on. (2)*

VIRTU projekti kontekstis toovad spetsialistid esile, et selle raames tehtud kulutõhususe arvutused põhinevad Soome kontekstil ning pole ületoodavad Eesti konteksti.

Võttes kokku spetsialistide hinnangu riskidele, võib esile tuua võimaliku tehnoloogiliste uuendustega kohanematuse kasutajate seas, mis võib viia teenuse juurutamise ebaõnnestumiseni. Vähene usaldus tehnoloogia suhtes üldisemalt on samuti üheks takistuseks teenuse kasutamisel. Üleüldise hirmuna ühiskonnas tajutakse võimalikku reaalse inimkontakti väljavahetamist virtuaalsega, kuid spetsialistide sõnul on see välistatud niikaua, kui teenus ei hakka asendama olemasolevaid näost näkku kohtumisi vaid toetab neid. Vähene teadmine teenusemudeli kulutõhususest hoiab riigi huvi teenuse arendamisest pigem madalana, samuti üldisem vähelevinud sotsiaalse isolatsiooni kui probleemi käsitlemine. Riiklikku eesmärgistamist ja toetust teenuste arendamiseks peetakse aga üheks eduka teenuse aluseks.



## **IV PEATÜKK: ARUTELU**

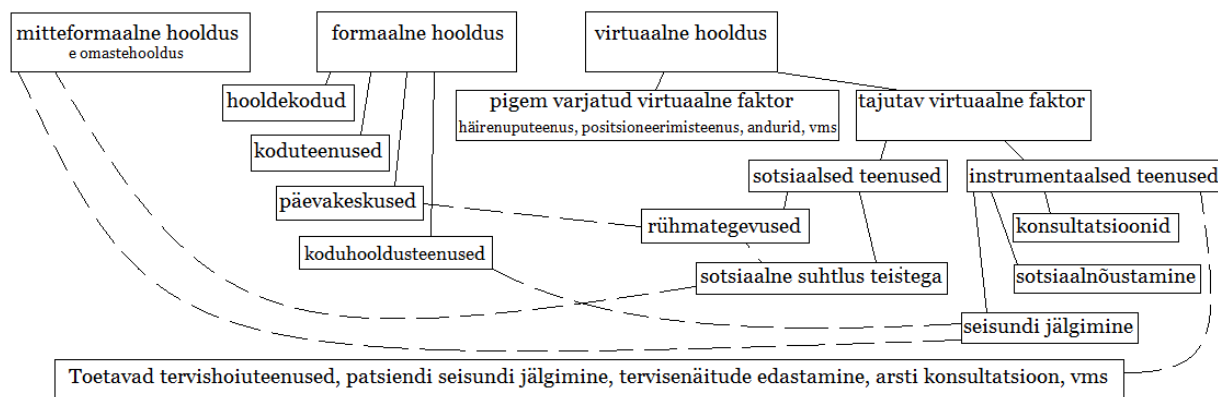
### **4.1 Virtuaalteenuste olemus ja eesmärk lähtuvalt kliendigrupi vajadustest**

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia on leidnud kasutust mitmetes valdkondades. Tehnoloogilisi lahendusi on ka eakate toimetulekut toetavate ja elukvaliteeti tõstvate toodete ja teenuste arendamisel rakendatud. Virtuaalteenused tervishoiu- ja hoolekandesüsteemis on üheks näiteks IKT lahenduste kasutamisest eakate heaolu tõstmisel olukorras, kus rahvastiku vananemisest tingituna kasvab eakate osakaal elanikkonnas ja ressursid on piiratud. Samuti on suurenenud üheliikmeliste leibkondade arv, põlvkondadevaheline sidusus on nõrgenenud ning erinevus meeste ja naiste oodatavas elueas põhjustab eakate naiste üksijäämist. Intervjuudest valdkonna spetsialistidega ilmneb, et virtuaalteenuste pakkumisele üleminek on paratamatu ja otstarbekas, pigem tuleks vaadelda teenuste eesmärke ning arengut takistavaid barjääre.

Virtuaalteenuste paiknevuse mõistmiseks hoolekandesüsteemi kontekstis on võimalik hooldust laiemalt liigitada mitteformaalseks, formaalseks ja virtuaalseks, nagu on välja toodud Joonisel 1. Virtuaalne hooldus jaguneb omakorda kaheks alaliigiks, millest esimese puhul pakutakse virtuaalsel lahendusel põhinevat teenust, kuid teenuse virtuaalne olemus jääb kliendile pigem varjatuks. Teisalt saab virtuaalne hooldus olla vastava seadme või programmi abil pakutav teenus, mis võib eeldada virtuaalmaailma tundmist. Kliendipoolset tajutava virtuaalse faktoriga teenused jagunevad omakorda sotsiaalseteks ja instrumentaalseteks. Joonisel 1, mis ilmestab virtuaalteenuste positsiooni hoolduse kontekstis, on toodud katkendliku joonega virtuaalteenustega seotud teised teenused.

Vastava liigituse esiletoomine on oluline mõistmaks virtuaalteenuste laia kasutusvõimalust. Virtuaalsed teenused võivad toetada mitteformaalseid hooldajaid nende tegevuses, kuid nende abil on võimalik ka kodus olevaid eakaid kaasata päevakeskuste tegevustesse ja toetada kodus osutatavate teenuste pakkumist. Instrumentaalsete teenustena on kliendi vajadusest lähtuvalt oluline pakkuda ka kodus toimetulekut toetavaid tervishoiuteenuseid.

Nii suhtlust võimaldavad virtuaalteenused (sotsiaalsed teenused) kui ka virtuaalne seisundi jälgimine ning konsultatsioonid spetsialistidega (instrumentaalsed teenused) ei saaks ja ei tohiks asendada näost näkku suhtlust ning hetkel pakutavaid teenuseid kodus. Neid tuleb



Joonis 1. Virtuaalteenuste võimalik positsioon laiemas eakate hoolduse kontekstis.

vaadelda kui lisaväärtust, mis toetavad olemasolevaid teenuseid ning võimaldavad teenust pakkuda situatsioonides, kus kliendi ligipääs teenustele on piiratud. Virtuaalteenused võimaldavad seega ühtlustada teenuste kättesaadavust erinevates piirkondades. Teistlaadi näite teenuste paremast ja ühtlasemast kättesaadavusest virtuaalteenuste pakkumise kaudu võib tuua Pärsama Hooldekodust, kus tegevusjuhendaja puudumisel juhendati päevaseid tegevusi virtuaalselt, et siiski klientidele vastavat teenust pakkuda (isiklik e-maili vahetus Triin Arvaga, 03.12.2012).

Edasises arutelus on peamiselt käsitletud sotsiaalseid teenuseid, mille rõhk on sotsiaalsel interaktsioonil, kuid neid pole võimalik rangelt eraldada instrumentaalsetest. Intervjuudest selgus, et sotsiaalsed virtuaalteenused on suunatud eelkõige sotsiaalses isolatsioonis klientidele. Sotsiaalse isolatsiooni kui probleemi esinemise sagedus kasvab vanemates vanusegruppides, kuid Eesti ühiskonnas laiemalt ei nähta seda olulise probleemina. Arvestades subjektiivse heaolu kontseptsiooni kompleksust on oma elule hinnangu andmine mõjutatud erinevatest teguritest, mis on omavahelises vastastikusel interaktsioonis ja puudujäägid teatud aspektides mõjutavad inimese elukvaliteeti tervikuna. Seega mõjutavad sotsiaalne isolatsioon ja üksildus kui puudused sotsiaalses suhtluses ka teisi inimese elukvaliteedi tegureid.

Sotsiaalne isolatsioon võib tuleneda eakate soovist oma iseseisvuse kaotust varjata, kuid ka üksijäämisest lähedaste kaotamisel või nendega kontakti puudumisel ja transpordivõimaluste puudumisest. Nii käsitletud kirjanduses kui intervjuudes toodi esile halvenenud tervist kui võimalikku sotsiaalse isolatsiooni põhjust või tagajärge. VIRTU kanali kaudu pakutavad rühmategevused (võimlemine, mälu mängud, lauluringid jne) on üks näide programmist, mis vähendab sotsiaalset isolatsiooni ja üksildust, kuid sotsiaalne suhtlus ning sõprussuhete loomine on tegevuste kõrvalprodukt, mitte otsene eesmärk.

Sotsiaalseid virtuaalteenuseid võib pidada oma olemuselt üldjoontes preventiivseks sotsiaaltöök, mis on eakatele klientidele suunatud teenuste seas hetkel vähelevinud. Ometigi võib süsteemne ja hästi väljaarendatud preventiivne töö ennetada võimalike terviseprobleemide ja laiaulatuslikuma hooldusteenuste vajaduse teket, mis tähendab otsest kulude kokkuhoidu hoolekandesüsteemile.

Selwyn jt (2003) tõid esile, et eakate vähene tehnoloogiliste lahenduste kasutamine võib tuleneda asjaolust, et nende loomisel pole arvestatud eaka kliendiga. Sellest lähtuvalt pakutakse välja, et eakaid tuleks kaasata IKT lahenduste loomise protsessi. Seda on võimalik üle kanda virtuaalteenuste arendamise konteksti, kus uuenduslike lahenduste väljatöötamisel peavad olema osalisteks ka kliendid, kuna nemad on parimad oma vajaduste ning soovide hindajad. Lisaks eakate kaasamisele tehnoloogiliste lahenduste arendamisesse on oluline, et klientidel oleks võimalus ka osaleda erinevate rühmategevuste, mis oma olemuselt sarnanevad päevakeskuses pakutavate tegevustega, planeerimisel.

#### **4.2 Edukat virtuaalteenuse pakkumist võimaldavad tegurid**

Edukas virtuaalteenuse pakkumine on sõltuv mitmetest asjaoludest, nende kaardistamine on üks osa protsessist toimiva ja kvaliteetse teenuse poole.

Uuringus „IKT ja vananemine“ (ingl k *ICT and Ageing* 2010) toodi esile, et suurimaks ebakindluse tekitajaks IKT rakendamisel on teadmatus lahenduste vastavusest tegelike eakate vajadustega. Ka intervjuudest selgus laiaulatuslike uuringute läbiviimise vajadus, mis võimaldaks täpselt hinnata üleüldist hooldusvajadust Eestis, samas on oluline ka virtuaalteenuste toimet tõestavate teenuste hindamise teostamine. Eesti kontekstis ei ole läbiviidud virtuaalteenuste kulutõhusust hindavat uuringut ning vaid teiste riikide kogemustele tuginedes pole võimalik tegelikku kulutõhusust esile tuua.

Virtuaalmaailma kasutamiseks on vajalik internetiühendus, videokonverentsi meetodi kasutamiseks aga väga hea kvaliteediga ühendus. EstWin projekti<sup>4</sup> eesmärgiks on katta 2015. aastaks Eesti maapiirkonnad uue põlvkonna lairibaühendusega, mis võimaldaks võrdselt head kättesaadavust internetile, mis peaks tagama virtuaalteenuste pakkumiseks vajaliku internetitaristu.

Eestis on üldiselt IKT arengut soodustav keskkond ning juhul kui virtuaalteenuse mudeli kasutuselevõtu kasumlikkus saab tõestatud ning seda nähakse võimalusena

---

<sup>4</sup> Lisainfo projekti kohta koduleheküljelt: <http://www.elasa.ee/>

hoolekandesüsteemile, on eduka ja jätkusuutliku teenuse pakkumist toetavateks teguriteks muuhulgas Eesti edulugu IKT valdkonnas, interneti hea levi ja valitsuse senine toetus e-lahenduste ning innovatiivsete uuenduste suhtes.

Tehnoloogia arendamisel peaks arvestama võimalusega ühildada see erinevate süsteemidega, nt peaks olema võimalik teenusega liituda ka Skype'i kaudu, mis ei nõuaks vastava tehnika soetamist ja ülesseadmist olukorras, kus kliendil on arvuti ning ta on internetikasutaja. VIRTU projekti süsteem on hetkel isoleeritud teistest videokonverentsi süsteemidest ning teenuse kasutamiseks on vajalik vastava seadme olemasolu, mis sobib küll projektipõhise lahenduse puhul, kuid laiema kliendigrupi varasemat arvutikasutust arvestades poleks see otstarbekas.

Hästi väljatöötatud tehnoloogia peaks võimaldama lisategevuste pakkumist peale rühmategevuste ja personaalsete virtuaalsete konsultatsioonide, seda nii hoolekande kui ka tervishoiu valdkonnast võimaldades lähtuda kliendi vajadustest. Samuti on oluline tehnilise toe valmisolek kiireks tegutsemiseks võimalike probleemide ilmnemisel. Eduka teenusepakkumise esimeseks eelduseks on seega internetiühenduse ja vastava tehnoloogia olemasolek ning selle hea tase, mis võimaldaks kvaliteetse ja stabiilse teenuse pakkumist.

Stabiilse tehnilise lahenduse olemasolul on tähtsamal kohal tehnikast siiski organisatsioon ning inimesed, kes on teenusega seotud. „Innocare“ projekti raames läbi viidud väikesemahuline uuring „Valmisolek kasutamaks tehnoloogilisi lahendusi eakate koduhoolduses Rakvere linnas“ toob esile hoolekandevaldkonna töötajate valmisoleku uute tehnoloogiate kasutamiseks oma töös (Tammsaar 2012), kuid intervjuudest selgub, et sotsiaaltöötajate ning hooldajate valmisoleku puudumine võib olla oluliseks takistuseks edukaks teenuste arendamiseks, kuna suure töökoormuse juures ei soovita uuendustega koheselt kaasa minna. Samal ajal on just nende roll teenust klientidele tutvustada ja julgustada neid teenust kasutama. Seetõttu on oluline propageerida teenuseid üldisemalt ühiskonnas, kuid ka erialaringkondades, et tekiks üldisem teave teenuste olemusest ja võimalikust kasutegurist.

Intervjuudest selgub, et klientide jaoks on küll oluline, kes teenust neile tutvustab ning kas inimesega on loodud eelnev usaldussuhe, kuid üldiselt on VIRTU projekti näitel eakad valmis virtuaalteenuseid kasutama ja näevad selles positiivset mõju oma heaolule ja elukvaliteedile. Samas selgub, et teenus ei sobi siiski kõigile, inimesed, kes on üldiselt usaldamatud ja skeptilised tehnoloogiliste lahenduste suhtes ei pruugi teenuse võimalikku kasutegurit tajuda ning neist ei saa ka aktiivseid teenuste kasutajaid. Hilisemate põlvkondade seas, kes on virtuaalmaailmaga rohkem kokku puutunud, võivad kahtlused ja hirmud tehnoloogia ees

esineda oluliselt harvem.

### **4.3 Vajalikud muutused Eesti hoolekandesüsteemis**

Intervjuude käigus selgus vajadus olulisteks muutusteks praeguses hoolekandesüsteemis ja selle korralduses, et virtuaalteenuste juurutamine Eestis oleks edukas.

Teenuste kulutõhusust peetakse virtuaalteenuste arendamise oluliseimaks eeliseks. Siiski on virtuaalteenused vaid lisaväärtuseks ning ei asenda otseselt olemasolevaid teenuseid. Virtuaalteenuste preventiivne mõju võib laieneda ka teiste teenuste vähesemale vajadusele, kuid selle hindamine on keeruline. Siinkohal on märgata ka teatavat vastuolu intervjueeritavate seisukohas: kulutõhusust, kui peamist virtuaalteenuse eelist toovad esile küll kõik intervjueeritavad, kuid samal ajal väljendavad nad kahtlust, kas Eesti hoolekandesüsteemile oleks virtuaalteenuste pakkumine kulude kokkuhoiuks, seda odava tööjõu ja praeguste suhteliselt ühekülgsede teenuste pakkumise tõttu, mille puhul virtuaalteenused oleks pigem lisakulutuseks. Seega võib intervjuudest järeldada, et virtuaalteenuseid nähakse kui ühte võimalikku lahendust teenuste pakkumise ühtlustamiseks ja kodus pakutavate teenuste mitmekesistamiseks Eestis.

Selleks, et virtuaalse teenusemudeli võimalusi võimalikult tõhusalt ära kasutada on oluline lai ulatus, mis vajadusel lubab lisada erinevaid lisateenuseid lähtuvalt kliendi vajaduste muutumisest. Saavutamaks mitmekesisust on vajalik, et teenuseid oleks võimalik pakkuda tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi piiiril. Lisaks sotsiaalsetele teenustele nagu rühmategevused ja omavaheline suhtlemine, võib klient vajada mingil perioodil ka instrumentaalseid teenuseid tervishoiu valdkonnast nagu tervisliku seisundi jälgimine või tervisenäitajate kontrollimine, haiglaravilt naastes oleks võimalik vajadusel pakkuda ka virtuaalset järelravi. Intervjuudest ilmneb, et hetkel on aga selliste sidusate teenuste pakkumine keerukas, kuna rahastus toimib kahes süsteemis erinevalt ja seetõttu puudub haiglatel motivatsioon teenust virtuaalselt pakkuda.

Intervjuudest selgus, et kuigi Eestis on hoolekandeteenused üldjuhul KOVide korraldada, on virtuaalteenuste arendamisel oluline ka riigi roll. Eelkõige peetakse riigi tasandil tähtsaks teenuste olemuse ja kasuteguri teadvustamist laiemalt ning teenusemudeli sisseviimist seadusandlusesse ja arengukavadesse, mis paneks aluse ühisele strateegiale teenusemudeli rakendamisel.

„Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuringust 2009“ selgub, et hinnates oma isiklikku

majanduslikku toimetulekut tuleb 50-74. aastastest 42% kuidagi toime, 17% aga leiab, et raha ei piisa ka vältimatute kulutuste tarbeks. 39% vastanutest arvab, et raha on toimetulekuks piisavalt või jääb ka säästudeks. (*Vanemaealiste ja...*2010). Arvestades, et vanusegruppi kuuluvad ka tööealised ning välja on jäetud 75-aastased ja vanemad, siis on alust arvata, et hoolekandeteenuseid vajavad eakad hindavad oma majanduslikku toimetulekut, mis on suurel määral sõltuv riiklikust pensionist halvemaks, kui antud uuringu tulemused seda esitavad. Sellest tulenevalt võib järeldada, et Eesti kontekstis ei oleks virtuaalteenuse rahastamisel kliendipoolse finantseeringuga võimalik arvestada, teenust tuleks rahastada KOVide eelarvest.

KOVide võimekus on erinev, mis tuleneb nende erinevast suurusest ja ressursidest, seda ilmestab ka praegune väga erinev hoolekandeteenuste pakkumise suutlikkus. Põhimõtteliselt ei ole ka praeguses seadusandluses takistusi teenuste virtuaalseks pakkumiseks, kuid seda pole teadvustatud või peetud otstarbekaks. Olukorras, kus virtuaalteenuste pakkumine oleks riiklikult toetatud ning eesmärgistatud, on oluline võimaldada suuremat KOVide omavahelist koostööd, mis aitaks kaasa nii kvaliteetsete teenuste pakkumisele kui ka suurema kliendigrupi tekkimisele, kuna üheks virtuaalteenuste eeliseks võib pidada võimalust pakkuda teenuseid võimalikult suurele grupile ning vaid erinevates piirkondades elavaid kliente ühiselt kaasates oleks teenuse pakkumine jätkusuutlik. KOVidele, mida iseloomustab hajaasustus ning vanem elanikkond, tuleks võimaldada lisaressursse, et toetada virtuaalteenuste pakkumist, kuna see võimaldaks teenuste ühtlasemat kättesaadavust erinevates piirkondades. Sellistes regioonides on hinnanguline aja ja kulu kokkuhoid virtuaalsete teenuste pakkumistel suurim ja võimalikud transpordiprobleemid võivad takistada hetkel mitmekülgsete hoolekandeteenuste pakkumist sihtrühmale

## KOKKUVÕTE

Antud töö eesmärgiks oli selgitada virtuaalsete hoolekande- (ja tervishoiu)teenuste võimalikku positsiooni Eesti eakate hoolekande süsteemis. Kolme intervjuu käigus rääkisid virtuaalteenuste valdkonna spetsialistid oma kogemustest ja arvamustest.

Teooria ja uurimuse empiiriline osa tõestasid, et vananeva ühiskonna väljakutsed toovad esile vajaduse Eesti hoolekandesüsteemi ülevaatamiseks ja virtuaalteenuste pakkumine on tulevikus otstarbekas ja paratamatu. Uuendusliku teenusemudeli juurutamine on aga keerukas ning ebakindlusega seotud protsess, mille edukuse aluseks on eesmärgipärasus ning laiapõhjaline koostöö.

Uurimuse põhitulemused olid järgmised:

- Virtuaalmaailm pakub mitmekesiseid võimalusi teenuste arendamiseks, võimalik on pakkuda sidusaid teenuseid, mis lihtsustavad kliendi mitmekülgetele vajadustele vastamist.
- Hoolekande valdkonnas oleks virtuaalteenused peamiselt preventiivse suunitlusega, võimaldades sotsiaalset interaktsiooni ja paremat teenuste kättesaadavust liikumispiiranguga kodus elavatele eakatele toetades seeläbi nende iseseisvat toimetulekut.
- Eduka teenusemudeli arendamise, juurutamise ja rakendamise protsessi aluseks on eelnevad uuringud antud valdkonnas, hea ja ühtlane internetiühendus kõikides piirkondades, tehnoloogilise lahenduse kõrge tase ja inimeste valmisolek teenuse kasutuselevõtul (nii teenuse pakkujate kui klientide).
- Jätkusuutliku teenuse pakkumisel on oluline roll riigil, seda nii virtuaalsete lahenduste kasutegurite teadvustamisel laiemalt ühiskonnas kui ka tegevuse eesmärgistamisel läbi arengukavade väljatöötamise.
- Virtuaalteenuste võimaluste parimaks kasutamiseks on oluline võimaldada sidusat tervishoiu- ja hoolekandeteenuste pakkumist.
- KOVide erinevat võimekust ja suurust arvesse võttes tuleb virtuaalteenuste jätkusuutlikuks pakkumiseks soodustada nende omavahelist koostööd ja ühtlustada olemasolevaid ressursse teenuste pakkumiseks.

Kuigi hetkel võib välja tuua mitmeid takistusi teenuse väljaarendamisel Eestis võib siiski järeldada, et virtuaalteenused leiavad oma koha eakate hoolekandes, lahtiseks jääb vaid küsimus millal.

## KASUTATUD ALLIKAD

- Berg, R. L., Cassells, J. S. (toim.). 1992. Social Isolation Among Older Individuals: The Relationship to Mortality and Morbidity. *The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability*. Lk. 243-262, Washington, D.C.: National Academy Press.
- Bosworth, H. B., Schaie, K. W., 1997. The Relationship of Social Environment, Social Networks, and Health Outcomes in The Seattle Longitudinal Study: Two Analytical Approaches. *Journal of Gerontology*. 52B (5), lk 197-205.
- Camfield, L., Skevington, S. M., 2008. On Subjective Well-being and Quality of Life. *Journal of Health Psychology*. 13 (6), lk 764-775.
- Carmichael, A. 1999. Style Guide for the Design of Interactive Television Services for Elderly Viewers.  
(<http://www.computing.dundee.ac.uk/projects/utopia/publications/Carmichael%20-%20DesignStyleGuideFinal.pdf> 15.11.2012)
- Chiu, T., Marziali, E., Colantonio, A., Carswell, A. Gruneir, M., Tang, M., Eysenbach, G. 2009. Internet-Based Caregiver Support for Chinese Canadians Taking Care of a Family Member with Alzheimer Disease and Related Dementia. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 28 (4), lk 323-336.
- De Jong Gierveld, J. 1998. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, lk 73-80.
- De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., Dykstra, P. A. 2006. Loneliness and Social Isolation. - Vangelisti & Perlman (toim.) *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press: lk 485-500.
- Dengler, S., Awad, A., Dressler, F. 2007. Sensor/Actuator Networks in Smart Homes for Supporting Elderly and Handicapped People. *Proceedings of the 21<sup>st</sup> International Conference on Advanced Information Networking and Applications Workshops*. 2: lk 863-868.
- Diener, E. 2006. Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(4), lk 397-404.
- Eakate Poliitika tegevuskava aastateks 2007-2009. 2008. *Sotsiaalministeeriumi kodulehekül*.  
([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Eakad/taiendav-teave/Eakate\\_poliitika\\_tegevuskava\\_2007-2009.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Eakad/taiendav-teave/Eakate_poliitika_tegevuskava_2007-2009.pdf) 22.11.12).
- EU27 population is expected to peak by around 2040. 2011. *Eurostat newsrelease*.  
([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF) 21.01.2013)
- Eesti vanuripoliitika alused. 1999. *Sotsiaalministeeriumi kodulehekül*.  
(<http://www.sm.ee/sinule/eakale/taiendav-teave/eesti-vanuripoliitika-alused.html> 21.01.2013)
- Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon. 2013. Terminoloogia.  
(<http://www.eswa.ee/index.php?go=terminoloogia> 23.01.2013)

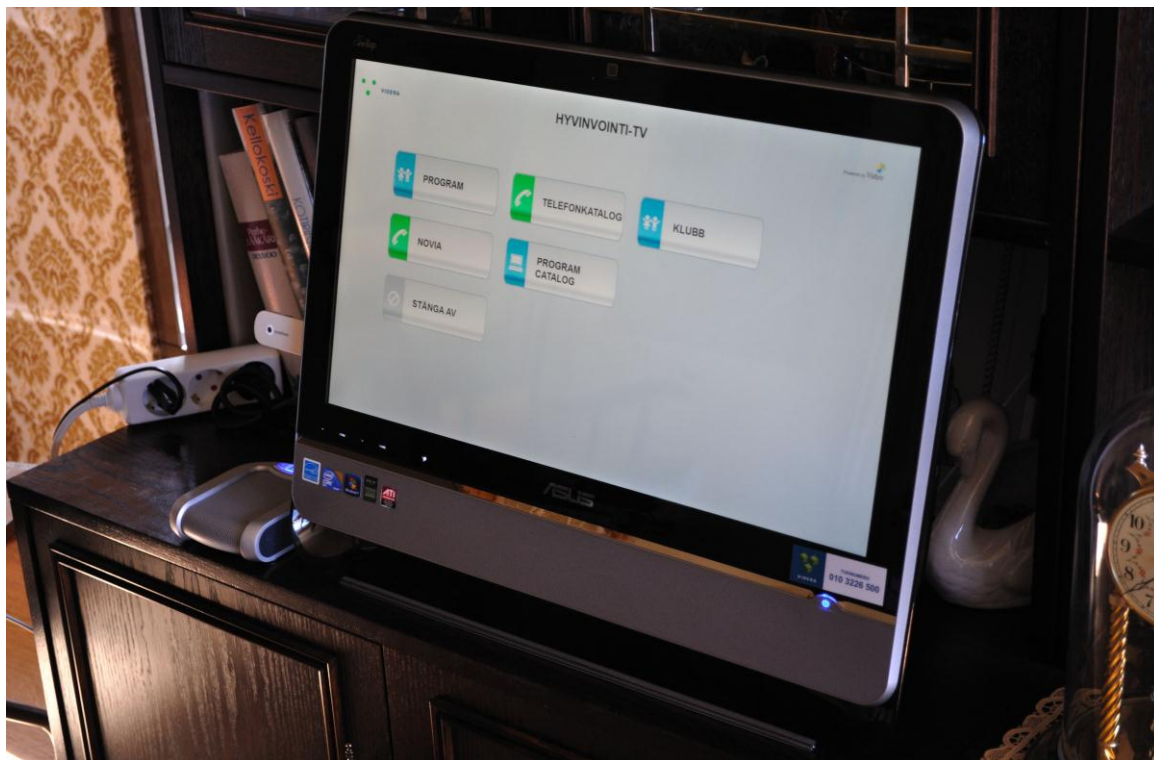


- Eurostat. 2010. Projected old-age dependency ratio. Kood: tsdde511. Välja otsitud andmebaasist: 22.11.2012.
- Feist, H., Parker, K., Howard, N. Hugo, G. 2010. New Technologies: Their Potential Role in Linking Rural Older People to Community. *International Journal of Emerging Technologies and Society*. 8 (2) lk 68-84.
- General Information. 2012. *Dreaming kodulehekül*. ([http://www.dreaming-project.org/general\\_information.html](http://www.dreaming-project.org/general_information.html) 02.01.2013)
- Gothóni, R. 2008. Vana ja väarikana. - Tulva, T. (toim.) Eakate vananemise kogemused Eestis ja Soomes. Tallinn: TLÜ Kirjastus. Lk 7-13.
- Hoolekande kontseptsioon. 2004. Sotsiaalministeerium. ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/hoolekande\\_kontseptsioon.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/hoolekande_kontseptsioon.pdf) 23.01.2013)
- Häirenuputeenus. 2012. *Medi kodulehekül*. (<http://www.medi.ee/hairenuputeenus/> 02.01.2013)
- ICT & Ageing - European Study on Users, Markets and Technologies. Final Report. 2010. *Euroopa Komisjoni kodulehekül*. ([http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/einclusion/library/studies/docs/ict\\_ageing\\_final\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/library/studies/docs/ict_ageing_final_report.pdf) 05.01.2013)
- Kraiss, M. 2012. Kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste soovituslikud juhised. *Sotsiaaltöö*, 1/2012. Lk 6-7.
- Kruus, P. 2012. Teenuse osutamine virtuaalselt hoolekande ja tervishoiu piirialadel. ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Teenuste\\_osutamine\\_virtuaalselt\\_Priit\\_Kruus.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Teenuste_osutamine_virtuaalselt_Priit_Kruus.pdf) 05.01.2013).
- Laherand, M.-L. 2008. Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn:Sulesepp.
- Leetmaa, R., Võrk, A., Kallaste, E. 2004. Vanemaeline tööjõud tööturul ja tööelus. Tallinn: Poliitikauuringute keskus PRAXIS, lk 13. (<http://www.arengufond.ee/upload/Editor/blogs/EakadPRAXIS%20V%C3%B5rk2004.pdf> 24.11.2012)
- Maailma Tervishoiuorganisatsioon. 1997. WHOQOL Measuring Quality of Life. 1997 ([http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) 15.11.2012)
- Magnusson, L., Hanson, E., Nolan, M. 2005. The impact of information and communication technology on family carers of older people and professionals in Sweden. *Ageing & Society*. 25, lk 693-713.
- Meyer, S., Mollenkopf, H. 2003. Home Technology, Smart Homes, and the Aging User – Springer, U. (toim.) *Aging Independently: Living Arrangements and Mobility*. New York: Springer Publishing Company: lk 148-161.
- Ogilvie, M. 2008. U of T's Talking Washroom' Guy. (<http://www.thestar.com/printArticle/488518> 01.12.2012)
- Patton, M. Q., 2002. *Qualitative Reserach & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Powell, J., Gunn, L., Lowe, P., Sheehan, B., Griffiths, F., Clarke, A. 2010. New networked technologies and carers of people with dementia: an interview study. *Ageing & Society*. 30, lk 1073-1088.
- PricewaterhouseCoopers Advisors. 2009. Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine. ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Etapp\\_I\\_II\\_Finantssusteem.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Etapp_I_II_Finantssusteem.pdf) 03.01.2013)
- Rumeau, P., Rialle, V., Noury, N. 2006. A Priori Evaluation of Acceptance of an Activity Monitoring device for the disabled elderly using the HIS model – Nugent, C., Augusto, J. C. (toim.). *Smart Homes and Beyond*. Amsterdam: IOS Press: lk 130-137.
- Russell, W., Cutrona, C. E., de la Mora, A. 1997. Loneliness and Nursing Home Admission Among Rural Older Adults. *Psychology and Aging*, 12 (4), lk 574-589.
- Saks, K., Allev, R., Soots, A., Kõiv, K., Kolk, H., Paju, I., Jaanosn, K., Schneider, G. 2001. Eakate tervishoid ja hoolekanne Eestis. Tartu: Tartumaa Trükikoda.
- Selwyn, N., Gorard, S., Furlong, J., Madden, L. 2003. Older adults' use of information and communications technology in everyday life. *Ageing & Society*, 23, lk. 561-582.
- Servinski, M. 2010. Euroopa Liidu rahvastik aastal 2061. *Eesti Statistika Kvartalikirj*, 2/2010. Lk 59-78.
- Sievert, S. Klingholz, R. 2012. Alt aber glücklich. Discussion Paper Nr. 7. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Social Isolation Among Seniors. 2004. Children's, British Columbia Ministry of Health: Women's and Seniors Health Branch. ([http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social\\_Isolation\\_Among\\_Seniors.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social_Isolation_Among_Seniors.pdf) 15.11.2012)
- Sony Launches Four-Legged Entertainment Robot. 1999. *Sony Corporation kodulehekülge*. ([http://www.sony.net/SonyInfo/News/Press\\_Archive/199905/99-046/index.html](http://www.sony.net/SonyInfo/News/Press_Archive/199905/99-046/index.html) 01.12.2012)
- Sotsiaalhoolekande seadus. 1995. Riigi Teataja I, 21, 323.
- Sotsiaalministeerium. 2012. Sotsiaalhoolekanne. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne.html> 23.01.2013)
- Statistikaamet. 2012a. Sündimuse näitajad – Aasta ja näitaja. Kood: RV033. Välja otsitud andmebaasist 27.12.2012.
- Statistikaamet. 2012b. Kolmveerandil leibkondadest on kodus internetiühendus. (<http://www.stat.ee/57583> 02.01.2013)
- Statistikaamet. 2009. Mõisted. ([http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad\\_ja\\_koosseis/02Demograafilised\\_pehinaitajad/RV\\_06.htm](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_koosseis/02Demograafilised_pehinaitajad/RV_06.htm) 20.11.2012)
- Taggart, W., Turke, S., Kidd, C. D. 2005. And Interactive Robot in a Nursing Home: Preliminary Remarks. ([http://web.media.mit.edu/~coryk/papers/Paro\\_AndroidScience05.pdf](http://web.media.mit.edu/~coryk/papers/Paro_AndroidScience05.pdf) 01.12.2012)

- Tammsaar, K. 2012. Valmisolek kasutamaks tehnoloogilisi lahendusi eakate koduhoolduses Rakvere linnas. Rahvusvaheline koostööprojekt INNOCARE. (<http://innocare.edicypages.com/files/Readiness%20research%20report%20Estonia.pdf> 05.01.2013)
- Talving, S. 2013. Elderly-Friendly Alarm handling and Monitoring. ([http://www2.tai.ee/TAI/TEH/Dreamingu\\_esitus.pdf](http://www2.tai.ee/TAI/TEH/Dreamingu_esitus.pdf) 05.01.2013)
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. 2001. Riigi Teataja I, 50, 284.
- Vaarama, M., Pieper, R., Sixsmith, A. 2008. Care-related Quality of Life in Old Age. New York: Springer Science+Business Media.
- Vanemaealiste ja eakate toimetuleku uuring 2009. Kokkuvõtte peamistest tulemustest. 2010. Sotsiaalministeerium: Sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond. ([http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/VEU2009\\_FINAL2.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/VEU2009_FINAL2.pdf) 27.12.2012)
- Varep, A., Inno, A., Männamäe, M., Ainsar, H. 2002. Rahvusvaheline koostööprojekt „INNOCARE“. Uuring: Eesti turul kättesaadavad tehnoloogilised lahendused eakate koduhoolduses. (<http://innocare.edicypages.com/files/technology%20survey%20report%20estonia.pdf> 05.10.2013).
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., Bowling, A. 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*. 10, lk 412.
- VIRTU projekt 2010-2013. 2012. Saaremaa Arenduskeskuse kodulehekül. (<http://www.sasak.ee/index.php?menuID=58> 4.12.2012)
- Üldinfo. 2011a. VIRTU kanali kodulehekül. ([http://www.virtuproject.fi/ee/?page\\_id=23](http://www.virtuproject.fi/ee/?page_id=23) 02.01.2013)
- Üldinfo. 2011b. VIRTU kanali kodulehekül. ([http://www.virtuproject.fi/ee/?page\\_id=31](http://www.virtuproject.fi/ee/?page_id=31) 4.12.2012)

## LISA 1: VIRTU SEADE



Pilt 1. Eaka kodus olev puuetundlik ekraan.



Pilt 2. Ekraan keskuses.

## LISA 2: INTERVJUU KAVA

Eesmärk: Intervjuude eesmärgiks on valdkonna spetsialistide seisukohtadele tuginedes välja selgitada VIRTU kanali ning üldisemalt virtuaalsete hoolekandeteenuste võimalikku positsiooni Eesti eakate hoolekande süsteemis.

Lisaks teenuse kirjeldamisele ootan intervjuueeritavalt võimalike kliendigruppide määratlemist ja teenuste arendamise ning rakendamise protsessi ning sellega kaasnevate riskide hindamist. Spetsialistidel, toetudes isiklikule kogemusele ja arvamusele, on võimalus hinnata ka teenuse sobivust kliendi elukvaliteedi ja heaolu toetajana.

Kasutan poolstruktureeritud intervjuud, mis on läbi viidud Skype'i teel ning planeeritavaks ühe intervjuu kestuseks on 1 tund.

### Intervjuu kava:

Teemad	Küsimused	Kestus
<u>Sissejuhatus</u> Olen tänulik, et leidsite aega selleks intervjuuks, mis on osaks minu lõputööst Tartu Ülikooli sotsiaaltöö, sotsiaalpoliitika ja sotsioloogia bakalaureuseõppes. Töö teemaks on „Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia võimaluste kasutamine eakate hoolekandes VIRTU projekti näitel“.  Meie tänase vestluse eesmärgiks on uurida, kuidas Teie valdkonna spetsialistina, näete virtuaalteenuste arendamise ja rakendamise võimalusi Eestis eakate hoolekande valdkonnas, seda nii laiemalt kui ka VIRTU projekti näitele tuginedes, kuna tegu on esimese virtuaalteenuse pakkujaga. Üldisemalt puudutame nii teenuse sisu kui ka kliendipoolset vajadust teenusele, aga ka kvaliteetse teenuse arendamise protsessi ning võimalikke ohtusid teenuse arendamisel ja rakendamisel.  Intervjuu planeeritud pikkus on 1 tund. Hilisema transkribeerimise ja analüüsi lihtsustamiseks salvestan intervjuu. Kuna olete intervjuueeritavana valdkonna spetsialisti positsioonil, siis kasutan oma töös Teie nime ning ametinimetust. Kas nõustute sellega?		eelnevalt edastatud informatsioon  1-2 min sissejuhatuseks
<u>I: Teenuste olemus</u> Vananeva ühiskonna kontekstis on olulise teemana tõstatatud praeguse hoolekandesüsteemi jätkusuutlikkus. Ühe võimaliku väljavaatena võib näha virtuaalteenuste arendamist. Ka VIRTU projekti üheks eesmärgiks on arendada teenus, mitte vaid projekt.	Alustaksin antud teemat laiemalt peatudes eakate heaolul ja seda mõjutavatel teguritel. Millised heaolu aspekte peaks hoolekandeteenused Teie arvates toetama? Kuivõrd praegused teenused seda eesmärki täidavad? ▲ Nii VIRTU projektis kui ka teiste sarnaste projektide puhul on toodud ühe eesmärgina sotsiaalse isolatsiooni vähendamist. Millist rolli näete hoolekandeteenustel probleemi lahendamisel? Millised oleksid Teie arvates teenused, mida võiks pakkuda virtuaalsel kujul? ▲ Millised nendest teenustest võiksid asendada hetkel hoolekandesüsteemis pakutavaid teenuseid?	20 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Millised võimalikud teenused oleks täiesti uued teenused senises hoolekandesüsteemis? Millest järeldate antud teenuste vajadust?</li> </ul> <p>Milline on virtuaalse teenusemudeli kasutamise eesmärk?</p> <p>Millised oleksid virtuaalselt pakutavate teenuste eelised/miinused hetkel pakutavate teenuste ees?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Milliseid hetkel pakutavate hoolekandeteenustega seotud probleeme võib virtuaalteenuste pakkumine lahendada?</li> <li>♣ Lähtudes soovist võimalikult kaua iseseisvalt kodus elada ja kliendi vajadustest, milliseid seniseid takistusi oleks võimalik ületada virtuaalsete teenustega?</li> </ul>	
<p><u>II: Kliendid</u></p> <p>Uute teenuste arendamisel on oluline vastava teenuse vajaduse tajumine, võimalike klientide välja selgitamine. Lähtudes töö teemast sooviksin siinkohal keskenduda eakatele klientidele ning nende vajadustele uue teenuse järele.</p>	<p>Keda näete antud teenuste sihtrühmana? Kes võiksid antud teenust vajada ja kasutada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Millised kliendigrupid võivad enim kasu saada virtuaalteenuste arendamisest? Miks?</li> <li>♣ VIRTU teenust pakutakse hetkel Saare- ja Hiiumaakonnas. Millistes piirkondades näete veel teenuse vajadust, kus võiks teenus olla kõige vajalikum? Millises piirkonnas virtuaalteenusevajadust pole? Milline võiks virtuaalteenuste roll olla suuremates linnades?</li> </ul> <p>Millistele eaka kliendi vajadustele teenus eelkõige vastaks?</p> <p>Mil viisil tuleks teenust tutvustada klientidele, et muuta teenus kliendi jaoks usaldusväärseks, atraktiivseks ja soovituks?</p>	10 min
<p><u>III: Teenuse arendamine ja kvaliteet</u></p> <p>Siit sooviksingi edasi liikuda üldisemalt teenuse arendamise ja rakendamise juurde, sest nagu iga teenuse puhul, kuid eriti hoolekandeteenuste puhul on oluline lisaks klientidele määratlemisele ja teenuse sisu selgitamisele teenuse kvaliteedi tagamine, mille juures on olulisel kohal just planeerimise ja arendamise protsess.</p>	<p><i>VIRTU projektiga seotud isikutele:</i> Kuidas hindate hetkel VIRTU projektis osalenud inimeste kogemust:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Mil viisil on teenused soodustanud nende toimetulekut?</li> <li>♣ Kuidas on teenused mõjutanud nende elukvaliteeti?</li> </ul> <p>Uuenduslike teenuste arendamise juures on üheks oluliseks aspektiks ajastus. Kuivõrd tajute, et hetkel Eestis on antud teenuse järele vajadus? Milles see väljendub?</p> <p><i>Valmisolek nii sotsiaalpoliitilises kontekstis kui ka klientidepoolne valmisolek teenust kasutada.</i></p> <p>Milliseid osapooli näete olulistena teenuse väljatöötamisel?</p> <p><i>Kes seda ikkagi peaks tegema, samas on oluline kasutada teadmisi, mis on omandatud VIRTU projektist.</i></p> <p>Milline roll võiks Teie arvates teenuse väljatöötamisel olla kohalikul omavalitsutel ja riigil? Erasektoril? MTÜdel?</p>	20 min

	<p>Oletame, et teenus kujuneb Üle-Eestiliselt kättesaadavaks. Kuidas oleks teenus koordineeritud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Kuna teenus on tehnoloogiapõhine, siis kuidas oleks korraldatud tehniline tugi?</li> <li>⤴ Kui vaadelda VIRTU kanali erinevaid „saateid“, siis sarnanevad nad mitmeti päevakeskuses pakutava programmiga. Kuidas hakataks koordineerima saateid/kes viiks läbi rühmategevusi? <i>Päevakeskuse osa?</i></li> <li>⤴ Kui oluliseks peate erinevate teenusepakkujate vastavat erikoolitust?</li> </ul> <p>Teenuse kvaliteedi oluliseks näitajaks on selle usaldusväärsus läbi järjepidevuse. Milline on Teie arvates hetkel võimalus/võimekus järjepidevalt stabiilset teenust pakkuda? Mida arvate teenuse arendamiseks vajaliku tehnilise valmisoleku ja vastava inimressursside olemasolu kohta?</p> <p>Seoses vananeva ühiskonnaga suurenevad oluliselt ka kulutused hoolekandesüsteemis. Mil viisil võiksid virtuaalsed teenused tagada kulude kokkuhoidu, mis ei tuleneks teenuste kvaliteedi langusest? Pikemas perspektiivis? Milles see väljendub?</p> <p>Teenuse rakendamine on seega mõjutatud erinevatest faktoritest, mõnest neist rääkisime ka eespool. Kui peaksite nimetama 5 kõige olulisemat mõjufaktorit eduka virtuaalteenuse arendamisel, siis mis need oleks?</p>	
<p><u>IV: Võimalikud ohud</u></p> <p>Teenuse rakendamise hindamisel on oluline kindlasti võtta arvesse võimalikke riske, mis kaasnevad uuendusliku mudeli kasutamisel, et ennetada võimalike ohtusid ja adekvaatselt hinnata teenuse sobivust nii klientidele kui hoolekandesüsteemi.</p>	<p>Mitmed <i>telecare</i> projektid ongi jäänud projektideks ning pole kujunenud teenusteks. Mis Te arvate, miks see nii on?</p> <p>Millisena näete olulisemaid riske virtuaalteenuste arendamisel hoolekandevaldkonnas?</p> <p>Ühe negatiivse aspektina virtuaalteenuste arendamisel on välja toodud näost näkku suhtluse olulisust. Kas näete, et virtuaalteenused võivad ohustada näost näkku suhtluse vähenemist?</p> <p>Ühe olulise punktina tõstataksin ka turvalisuse küsimuse. Kui turvaliseks peate virtuaalseid teenuseid? <i>Võimalikud tehnilised ohud, ligipääs andmetele; inimese turvalisus kodus;</i></p>	<p>10 min</p>
<p><u>Kokkuvõte</u></p> <p>Sellega on minupoolsed küsimused lõppenud. Kas soovite omalt poolt veel midagi lisada?</p> <p>Ma tänan Teid omalt poolt, et leidsite võimaluse selleks vestluseks.</p>		