

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Janika Matto

**TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA
KOOSTÖÖ SUURENENUD ABIVAJADUSEGA
EAKATE TOETAMISEL PÕLVAMAAL**

Magistritöö

Juhendaja: Ewe Alliksoo, MA

Pärnu 2025

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Janika Matto

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööst	7
1.1. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö tähtsus vananevas ühiskonnas	7
1.2. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide koostöö rollid	11
1.3. Juhtumikorraldus suurenenud abivajadusega eakate toetamisel	14
2. Uuring tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööst eakate toetamisel Põlvamaal	19
2.1. Tervishoid ja sotsiaalhoolekanne Põlva maakonnas	19
2.2. Uurimistöö metoodika ja valimi kirjeldus	21
2.3. Uurimistulemused ja analüüs	24
2.3.1. Eakate vajadused ja teenuste järjepidevus spetsialistide hinnangul	24
2.3.2. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö	26
2.3.3. Juhtumikorraldus valdkondadevahelise koostöö kontekstis	31
2.3.4. Hindamine ja andmevahetus	32
2.3.5. Isiklikud kogemused ja ettepanekud	34
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	36
Kokkuvõte	45
Viidatud allikad	47
Lisad	54
Lisa 1. Intervjuu küsimused tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele	54
Lisa 2. Intervjuu küsimused eksperdile	57
Summary	58

SISSEJUHATUS

Viimastel aastakümnetel on oodatav eluiga sünnihetkel kõikjal maailmas märgatavalt kasvanud, ulatudes 2017. aastal 71,5 aastani, arenenud riikides kuni 80 aastani. Rahvastiku vananemine ja eluea pikenemine toovad kaasa väljakutsed ja võimalused paljudes riikides. (Stambler *et al.*, 2018, lk 331–332) Vananemine on oluline ühiskondlik väljakutse, mis mõjutab eriti tugevalt eakat elanikkonda. Edukas vananemine sõltub suurel määral inimese võimest tõhusalt kohaneda vananemisega seotud muutuste ja elusündmustega. (Bar–Tur, 2021, lk 1) Maailma Terviseorganisatsioon määratleb tervena vananemist kui protsessi, et säilitada funktsionaalset võimekust tagamaks heaolu kõrges eas. Mõiste vananev elanikkond on uus nähtus ajaloos. Kui 1950. aastal ei ületanud 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal üheski riigis 11%, siis 2020. aastaks oli see näitaja tõusnud 18%-ni. Prognooside kohaselt võib 60-aastaste ja vanemate osakaal tulevikus ulatuda koguni 38%-ni. (Rudnicka *et al.*, 2020, lk 6)

Eurostati prognoosidele tuginedes kasvab aastaks 2050 80+ vanusegrupi osakaal Euroopa Liidu rahvastikus võrreldes 2019. aastaga peaaegu kaks korda. 2020. aastal tehtud uuringu järgi vajab üle 65-aastaste inimeste hooldust iga viies. (Haljasmets *et al.*, 2021, lk 8, 10) Vananeva elanikkonna tõttu suureneb eakate arv tulevikus veelgi, kusjuures üle poole neist kannatab mitme haiguse all (Kanat *et al.*, 2021, lk 2). Inimeste eluiga on pikem, kuna ravimid ja arstiabi on kättesaadavamad, kuid kuna elanikkond elab kauem, suurenevad eluea pikenemisega seotud degeneratiivsed haigused ja esineb rohkem dementsusega seotud probleeme (Haljasmets *et al.*, 2021, lk 38). Statistikaameti rahvastikuprognosi kohaselt tõuseb 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal Eestis 2040 aastaks 25,6%-ni kogu rahvastikust. (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 17)

Eesti eakate abivajadus igapäevatoimetustes võrreldes eakatega teistes Euroopa riikides on suurem, esineb rohkem liikumispiiranguid ning kehamassiindeks on suurem. Vanuse kasvades suurenevad piirangud ning nendega seotud vajadused ja eakad vajavad

igapäevaseks toimetulekuks rohkem kõrvalabi. (Leppik *et al.*, 2018, lk 64; Aaben *et al.*, 2017, lk 7) Suurenenud eakate inimeste, krooniliste haiguste ja abivajavate inimeste hulga tõttu on suurem vajadus tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele. Heaolu arengukava 2023–2030 üks eesmärkidest on edendada sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonnas teenuste pakkumist, mis arvestab inimese eluteekonda ja vajadusi. Selle saavutamiseks on vajalik tõendus põhiste, keskkonnasäästlike digitaalsete lahenduste rakendamine ning andmete lõimitud kasutamine. Abivajaduse hindamine ning abi osutamine valdkondade vahel on killustunud ja abi osutajad ei oska süsteemis abivajajat õigesse kohta juhatada. (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 21–22) Hjelm jt (2024, lk 10) tehtud uuringu tulemused näitasid, et juhtumikorraldajad kohandavad tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, et pakkuda hooldust erinevates olukordades, järgides inimesekeskse hoolduse põhimõtteid ja hoolduse järjepidevust. Rõhutatakse vajadust integreeritud hoolduse järele.

Eesti kontekstis on vajalik ühtse hindamismetoodika kasutamine kõikidel tervishoiu- ja hoolekande tasanditel, et üheselt mõista inimese vajadusi. Hetkel puuduvad ühtselt kasutatavad standardiseeritud abivajaduse hindamise instrumendid, mis võimaldaksid valdkondade vahel üksteisele arusaadavalt määrata inimesele vajaduspõhised teenused. Nii tervishoiu kui hoolekande spetsialistide arvates vajatakse koostööd, kuid koostöö areneb pigem paralleelselt, üksteise tehtud hindamisi ei teata, neile ei ole juurdepääsu või neid hindamisi ei usaldata. (Saks, 2023, lk 178)

Tuginedes eelnevale sõnastas magistr töö autor uurimisprobleemi järgmiselt: tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö kitsaskohad suurenenud abivajadusega eakatele teenuste vajaduste hindamisel ja abi pakkumisel. Käesoleva magistr töö eesmärk on välja selgitada koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna töötajate vahel suurenenud abivajadusega eakate toetamisel ning esitada tulemuste põhjal ettepanekud Põlvamaa tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna asutustele koostöö parendamiseks. Lähtuvalt eelnevast eesmärgist keskendutakse järgmistele uurimisküsimustele:

- Millised on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide hinnangul suurenenud abivajadusega eakate teenuste koordineerimise peamised vajadused ja takistused Põlvamaal?
- Kuidas tajuvad tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid oma rolli ja võimalusi koostööprotsesside tõhustamiseks suurenenud abivajadusega eakate toetamisel?

Töö koosneb kahest peatükist. Esimene peatükk käsitleb teoreetilist osa, mis loob aluse uuringule. Selleks kogutakse ja analüüsitakse teaduskirjanduse ja usaldusväärsete teadusallikate põhjalikku materjali. Peatükis keskendutakse järgmistele teemadele: koostöövajadused ja takistused, koostöö tõhustamise võimalused, spetsialistide roll ja vastutus, eakate erivajaduste mõistmine, hindamispraktikad ja -tööriistad, hindamise mõju koostööle, hindamise väljakutsed. Magistritöö kirjeldab suurenenud abivajadusega eakat, kasutades selleks erinevaid termineid, nagu „patsient“, „klient“, „abivajaja“, „teenuse saaja“, „eakas“ ja „inimene“. Neid termineid käsitletakse töös sageli sisuliselt samatähenduslikena, lähtudes konkreetsest tegevusvaldkonnast ja kontekstist.

Töö teises osas antakse ülevaade Põlvamaa tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna korraldusest. Uurimismeetodina kasutatakse kvalitatiivset uurimisviisi ning kogutud andmeid seotakse teoreetiliste lähtekohtadega. Viiakse läbi intervjuud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidega ja Sotsiaalministeeriumi eksperdiga. Seejärel analüüsitakse ja tõlgendatakse uurimistulemusi, koostatakse kokkuvõtted ja järeldused ning esitatakse ettepanekud Kanepi, Põlva ja Räpina valla esmatasandi tervishoiu- ja sotsiaaltöö osakondadele koostöö tõhustamiseks.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA KOOSTÖÖST

1.1. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö tähtsus vananevas ühiskonnas

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö on muutunud üheks olulisemaks teema käsitusvaldkonnaks, eriti arvestades ühiskonna vananemist, krooniliste haiguste sagenemist ning sotsiaalsete probleemide kompleksust. Kui tervishoiuvaldkond keskendub peamiselt füüsiliste haiguste ennetamisele ja ravile, siis sotsiaalvaldkond toimetab inimeste heaolu ja elukvaliteedi parandamisega, pakkudes tuge psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel. Kõikidest nendest teguritest tulenevalt on inimeste vajadused sageli keerukad, ületades ühe valdkonna piire. See omakorda seab teenuste pakkumisel keskele kohale tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö.

Rahvastiku vananemine toob kaasa krooniliste haiguste ja toimetulekuraskustega eakate arvu kasvu, mis suurendab vajadust tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele ning toob kaasa suurema nõudluse eelarveliste ressursside järele. Selleks, et pakkuda kvaliteetset ja inimeste vajadustele vastavat abi ning tagada parim võimalik elukvaliteet, on vajalik senisest paindlikum ja terviklikum lähenemine teenuste osutamisele (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 35). Suure sissetulekuga riigid seisavad silmitsi väljakutsega tagada tõhus ja tulemuslik hooldus inimestele, kellel on nii meditsiinilised kui ka sotsiaalhoolekande vajadused. Kuigi see rühm moodustab vaid väikese osa elanikkonnast, kaasneb nendega märkimisväärne osa tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande programmide kuludest. (Bhattacharyya *et al.*, 2020, lk 689) Vanuse tõustes kasvab haiguste ja terviseprobleemide risk, mistõttu võib vanemaelise elanikkonna puhul eeldada suuremat suremust, teatud haiguste kõrgemat esinemissagedust ja levimust. See toob kaasa suurema nõudluse tervishoiuteenuste järele ning sellest tulenevalt suuremad

kulutused tervishoiule. (Morgan & Mueller, 2023, lk 4) Vananev elanikkond esitab väljakutsed tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile, kuna suureneb abivajavate inimeste arv. Abivajajate inimeste iseseisva toimetuleku toetamiseks, on vajalik läbi mõelda edasised sammud ja teenused, kui inimene oma tervisest või kõrgest east tulenevalt enam iseseisvalt toime ei tule. Raskused igapäevastes toimingutes kasvavad sageli siis kui on tegemist vanema vanuserühmaga, kusjuures eriti sageli kogetakse igapäevaste toimingutega seotud piiranguid 80-aastaste ja eakamate seas. (Turu-uuringute AS, 2021, lk 4, 33) Kiiresti vananev elanikkond ja suurenev krooniliste haiguste levimus, eriti kahe või enama kroonilise haigusega eakate seas, suurendavad ning mitmekesistavad tervishoiuteenuste nõudlust (Kurowski *et al.*, 2015, lk 11).

2000. aastal oli Eestis 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal 15%, 2020. aastal saavutas see taseme 20%, seda seostatakse oodatava eluea pikenemisega. Prognooside kohaselt peaks 2050. aastaks jõudma see osakaal 28%-le. Kuigi oodatav eluiga on pikenenud, on vanemaealiste oodatav tervena elatud aastate arv Eestis alla Euroopa Liidu keskmise, arvestades, et eakad elavad suurema osa oma elada jäänud aastatest tegevuspiirangutega. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2024, lk 5) 2020. aastal võtsid Maailma Terviseorganisatsioon ja ÜRO liikmesriigid vastu kümneaastase globaalse tegevuskava, mille eesmärk on tagada, et kõik eakad inimesed saaksid elada pika ja tervisliku elu. See tegevuskava on ametlikult tuntud kui ÜRO tervena vananemise aastakümme (2021–2030). Resolutsiooni vastuvõtmisega kohustusid riigid rakendama koostöömeetmeid, et parandada eakate, nende perede ja kogukondade elukvaliteeti. (Thiyagarajan *et al.*, 2022, lk 1)

Habicht jt (2018, lk 138) toovad välja Eesti tervisesüsteemi analüüsi ülevaates, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemid toimivad eraldiseisvalt nii korralduslikult kui ka rahastamise mõttes, mis raskendab vajaduspõhiste ja integreeritud teenuste osutamist. Tervishoiuteenuseid rahastatakse haigekassa kaudu, samas kui sotsiaalhoolekande süsteem sõltub riigieelarvest ja kohalike omavalitsuste eelarvetest. See rahastuse eraldatus piirab õendusabi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Arvestades, et õendusabi ja hoolekandeteenuste sihtrühmad sageli kattuvad, on hädavajalik teenuste parem integreerimine ja koordineerimine, et vastata tõhusamalt eakate ja kroonilisi haigusi põdevate inimeste mitmekesistele vajadustele.

Kõrvalabi ja teenuseid kasutavad rohkem vanemaealised inimesed, ning kõrvalabi ja teenuste vajadus kasvab hüppeliselt 80-aastaste ja eakamate inimeste puhul (Turuuringute AS, 2021, lk 70). Demograafilised muutused avaldavad tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile suurt mõju, suurendades vajadust eakatele suunatud teenuste järele. Eelkõige kasvab nõudlus geriaatria kui eakate terviseprobleemidele keskenduva arstliku eriala ning õenduse ja hoolekandeteenuste järele. Geriaatria arendamine erialana ning eakate probleemidele keskenduva ravijuhendi rakendamine nõuab tihedat tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostööd. Selle saavutamiseks on vaja koordineerida tegevusi, kasutada ühtset metoodikat toimetulekuprobleemidega isikute seisundi hindamiseks ning seostada andmebaasid efektiivse teabevahetuse tagamiseks. (Kolk, 2018, lk 225)

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon (RFK – ingl *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) on Maailma Terviseorganisatsiooni poolt 2001. aastal välja töötatud teoreetiline raamistik ja klassifitseerimissüsteem, mis on mõeldud tervise ja terviseseisundite kirjeldamiseks. RFK toimib ühtse rahvusvahelise vahendina, mida kasutatakse funktsioneerimisvõime hindamiseks ja kirjeldamiseks. (Zhang *et al*, 2024, lk 2) Tervise teabe seostamine RFK-ga võimaldab tervishoiutöötajatel edastada oma hindamise, sekkumise ja praktika keskseid aspekte selgelt ja arusaadavalt ka teiste valdkondade spetsialistidele. RFK kasutamine tervishoiutöötajate ühise keelena parandab kutsealadevahelist koostööd ja tõhustab teabevahetust. (Belarmino *et al.*, 2025, lk 1)

InterRAI (ingl *International Resident Assessment Instrument*) on andmepõhine tööriist, mida tervishoiutöötajad kasutavad kliiniliste andmete kogumiseks elaniku vastuvõtul ning seejärel regulaarselt, kord kvartalis ja kord aastas. Selle eesmärk on koostada hoolduskavad, mis annavad ülevaate konkreetse pikaajalise hoolduse elaniku ravi ja toetuse vajadustest. (Armstrong *et al.*, 2017; Hutchinson *et al.*, 2010, viidatud Iduye *et al.*, 2022, lk 6 vahendusel) Kahe erineva hindamisvahendi, InterRAI LTCF (ingl *Long Term Care Facility*) ehk pikaajalise hoolduse hindamisvahendi ja interRAI HC (ingl *Home Care*) ehk koduhooldusega seotud hindamisvahendi, ühised põhielemendid vähenenud toimetulekuvõimega eakate funktsioneerimisvõime hindamiseks on osutunud väga usaldusväärseks (Kim *et al.*, 2015, lk 227) Digitaalsed suhtlusvahendid, sealhulgas terviserakendused, telemeditsiin ja veebipõhised tervise teabe allikad, on muutunud

äärmiselt populaarseks ning neid integreeritakse üha enam tervishoiuteenuste süsteemidesse. Digitaalsed kommunikatsioonivahendid tõhustavad koostööd, võimaldades tervishoiuteenuste osutajatel teha paremini informeeritud otsuseid ja pakkuda õigeaegseid sekkumisi. (Fitzpatrick, 2023, lk 1, 10)

Uuringutes rõhutatakse, et info- ja kommunikatsioonitehnoloogiad on võtmetähtsusega mehhanismid, millele integratsioonilased jõupingutused on keskendunud, kuna need on vajalikud hoolduse koordineerimise ja teabe vahetamise spetsialistide ning organisatsioonide vahel (van der Klauw *et al.*, 2014, lk 5). Need süsteemid toetavad teenuste järjepidevust, hõlbustades tõhusat suhtlust erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel, ning parandavad kliendikesksust, pakkudes paremat ligipääsu informatsioonile ja võimaldades klientidel aktiivsemalt osaleda oma ravi juhtimises (Tsiachristas *et al.*, 2015, lk 12). Sotsiaalhoolekande korraldamiseks abivajajale, tuleb abi vajavat inimest märgata ning tema vajadused hinnata (Purge *et al.*, 2023, lk 11). Suure abivajadusega inimesed jäävad oma murede ja probleemidega üksi, kas ei oska, kuid teinekord ei julge abi küsida. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö vajadus on olnud kõne all pikalt, käivitatud on hoolduskoordinatsiooni projekt, PAIK projekt. Koostöö saavutamiseks on vajalik üksteise toetus ja motiveerimine, samuti aega ja tõhusat koordineerimist. (Puis *et al.*, 2021, lk 70)

Yu jt (2024, lk 7) uuring näitas, et kogukonnas elavate vanemate täiskasvanute seas on funktsionaalse võimekuse languse levimus märkimisväärselt kõrge, ning seda mõjutavad viis tegurit: perekonnaseis, vanus ja vanusega seotud muutused, nagu füüsilise või kognitiivse võimekuse langus, kroonilised haigused, sotsiaalne võrgustik, väliskeskkond. Organisatsioonidevaheline koostöö aitab muuta sekkumised kulutõhusamaks, vähendades dubleerimist ja tarbetuid jõupingutusi, ning võimaldab kasutada partnerite tugevaid külgi väärtuse loomiseks (Olson *et al.*, 2011, viidatud Karam *et al.*, 2018, lk 71 vahendusel). Soomes Tornios läbiviidud uuringus hinnati kliendikeskse hoolduse mudeli tõhusust, mõju elukvaliteedile, füüsilisele võimekusele ja kulutasuvusele esmatasandi arstiabis võrreldes tavapärase raviga. Uuringu eesmärk oli välja töötada kutsealadevaheline inimkeskne hooldusmudel, millesse oli kaasatud ka kliiniliselt koolitatud farmatseut, pakkudes tuge mitme haigusega kodus elavatele eakatele esmatasandi arstiabis. Edukas kliendikeskse hooldusmudeli väljatöötamine tõi kaasa

terviklikuma ja inimkesksema hoolduse esmatasandi arstiabis. Tervishoiutöötajad tõstsid esile oskuste ühendamise eelised ning rõhutasid, et usalduse loomine on hooldusmudeli rakendamise jaoks ülioluline. (Kari *et al.*, 2022, lk 1–2) Rahvusvahelised tervishoiusüsteemid toetavad tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande integreerimist, pöörates erilist tähelepanu inimestele, kellel on hulgihaigestumus ja keerulised hooldusvajadused ning kes saavad sellest kõige suuremat kasu. (Kuluski *et al.*, 2017, lk 9)

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö on oluline suurenenud abivajadusega eakate inimeste tervikliku toetamise tagamiseks. Tõhus koostöö võimaldab teenuseid paremini koordineerida, parandada teenuste järjepidevust ning vähendada dubleerimist ja ressursikulu. Koostöö keskmes on inimese vajadustest lähtumine, mille kaudu saab parandada tema elukvaliteeti ja tagada õigeaegne abi.

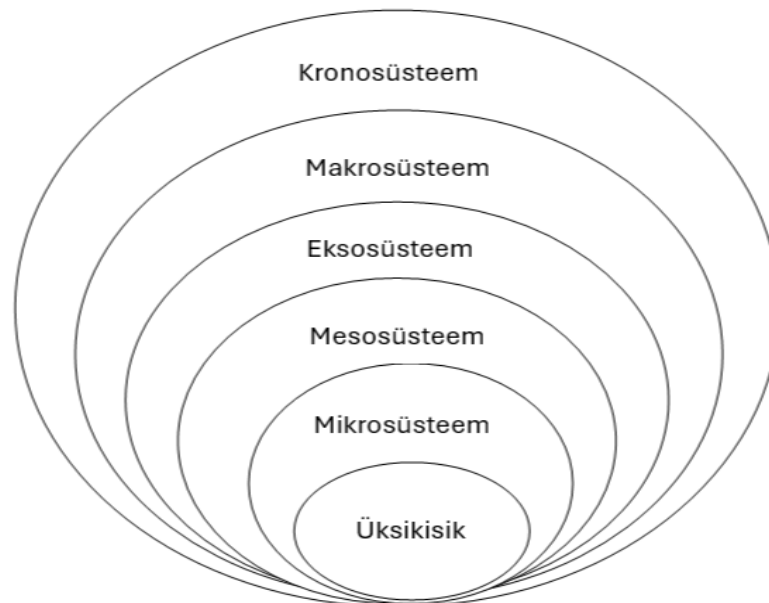
1.2. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide koostöö rollid

Valdkondade vahelises koostöös on oluline, et spetsialistid omaksid selget arusaama nii enda kui ka teiste rollidest ja vastutusaladest. Tulemuslik koostöö nõuab avatud suhtlust, usaldusliku suhte loomist ja ühiste eesmärkide seadmist, mis toetab teenuste kvaliteeti ja tõhusust. Koostöö muutub eriti oluliseks keerukate probleemide lahendamisel, kus on vajalik erinevate oskuste, teadmiste ja võimaluste rakendamine. Võrgustikutöö tulemuslikkust tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas mõjutavad koostöö kvaliteet, vastastikune usaldus, kättesaadavad võimalused ning tõhus kommunikatsioon.

Khatri jt (2023, lk 8–9) leidsid, et teenuste koordineerimine eeldab tervishoiuteenuste osutajate integreerimist nii ühe asutuse sees kui erinevate asutuste vahel, sujuvate suunamissüsteemide ja võrgustike loomist tervishoiutasandite vahel ning tõhusate sidemete arendamist tervishoiu ja teiste sektorite vahel. Inimkesksete tervishoiuteenuste tagamiseks on keskse tähtsusega tervisesüsteeme toetava keskkonna loomine ning nende paindlik ja tõhus juhtimine. Inimkeskse hoolduse rakendamisel on oluline mõista inimest kui tervikut ning koostöös temaga luua tema vajadustele kohandatud tegevuskava.

Tõhusa ökosüsteemi loomine kognitiivsete häiretega eakate hooldamiseks on eakatesõbraliku ühiskonna edendamisel kriitilise tähtsusega. Mikrotasandil hinnatakse

kognitiivsete häiretega eakate esmased käitumuslikud võimed ning toetatakse nende eneseteadvuse tugevdamist. Mesotasandil on oluline integreerida hooldusressursid ja tagada kvaliteetne hooldus, tehes koostööd erinevates osapooltega. Makrotasandil tuleks ära kasutada olemasolevaid toetusi ja teenuseid, tõsta teadlikkust teaduse ja tehnoloogia võimalustest ning kujundada ühiskonna kultuuriline õhkkond, mis väärtustab ja abistab kognitiivsete häiretega eakaid. Ökosüsteemi teooria, rõhutab, et areng toimub individuaalsetes ja keskkonnasüsteemides, kus need omavahel koostoimivad. (Chen & Wu, 2024, lk 53) Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria, mis tugineb arengupsühholoogiale, selgitab, kuidas inimesed on kogu elu seotud mitmetahuliste ja muutuvate sotsiaalsete süsteemidega. Teooria kohaselt ei mõjuta inimese käitumist ja arengut ainult individuaalsed tegurid, nagu vanus, sugu ja tervislik seisund, vaid ka viis omavahel seotud keskkonnasüsteemi: mikrosüsteem, mesosüsteem, eksosüsteem, makrosüsteem ja kronosüsteem, mis on välja toodud joonisel 1. (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3)



Joonis 1. Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria. Allikas: Ornstein & Caruso, 2024, lk 3

Iga tasand ökoloogilise süsteemi teorias pakub võimalusi sekkumiseks. Selle teooria keskmes on indiviid, keda ümbritsevad erinevad süsteemid:

- Mikrosüsteem hõlmab otseseid suhteid perekonna, sõprade, töökaaslaste ja eakaaslastega.
- Mesosüsteem viitab naabruskonnale, institutsioonilisele tasandile ja füüsilisele keskkonnale.
- Eksosüsteem koosneb laiematest majandus-, poliitika- ja haridussüsteemidest.
- Makrosüsteem hõlmab ühiskonna üldisi uskumusi ja väärtusi, nagu kultuurilised ning poliitilised ideoloogiad.
- Kronosüsteem keskendub sotsiaal-ajaloolistele tingimustele ja elu jooksul aset leidvatele sündmuste ning üleminekute mustritele, rõhutades aja jooksul toimunud muutuste tähtsust. (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3)

Alderwick jt (2021, lk 6) uurisid kohalike tervishoiu ja muude organisatsioonide koostöö mõju ning nende toimimist kujundavad tegureid, ning leidsid, et mitmed ülevaated on näidanud, et koostöö eri kontekstides võib oluliselt parandada juurdepääsu teenustele, sealhulgas ebasoodsas olukorras olevatele rühmadele. Mitme terviseprobleemiga eakad tajuvad sageli tervishoiusüsteemi keerulisena ja raskesti mõistetavana, mistõttu vajavad nad tervishoiutöötajate abi, et tagada teenuste sujuvus ja järjepidevus (Kumlin *et al.*, 2020, lk 2). Professionaalset koostööd tervishoius käsitletakse sageli kui erineva taustaga spetsialistide aktiivset ja pidevat partnerlust, erineva taustaga professionaalide vahel, kes võivad kuuluda eri organisatsioonidesse või sektoritesse, töötavad ühiselt tervishoiuteenuste saajate huvides, pakkudes koordineeritud ja integreeritud teenuseid. Koostöö põhineb sujuvatel töösuhetel ja vastastikusel sõltuvusel, mis on vajalik tihedalt seotud ja üksteist täiendavate ülesannete edukaks täitmiseks. (Schot *et al.*, 2020, lk 333) Eri valdkonna spetsialistidest koosnevas meeskonnas töötamise kogemus aitab tajuda abivajajat tervikliku isikuna, mitte üksikute kehaosadena või mõjutatud süsteemidena. Arsti, meditsiiniõde, tervishoiuteenuse osutaja, kaplani, sotsiaaltöötaja ja lähedaste koostöös toimiv meeskond aitab tõhusamalt rahuldada suurenenud abivajadusega isiku vajadusi ning toetab nende elukvaliteeti. Lisaks aitab see tuvastada hooldussüsteemi parendamist vajavaid valdkondi, mida traditsiooniline, kitsale valdkonnale keskenduv lähenemisviis ei pruugi alati võimaldada. (Gradalski *et al.*, 2017, viidatud Bendowska & Baum, 2023, lk 3 vahendusel)

Rollide selgus ja mõistmine on spetsialistide koostöös kriitilise tähtsusega, aidates kaasa

tõhusale meeskonnatööle ja parematele tulemustele erinevates valdkondades. Valdkondade vaheline koostöö võimaldab keerukaid probleeme lahendada tõhusamalt kui ühe valdkonna piires tegutsedes. Edu saavutamiseks on oluline luua struktuurid ja protsessid, mis toetavad koostöö sujuvust ja tõhusust. Sidusrühmade kaasamine ja integreeritud tervise infotehnoloogia aitavad tõhustada krooniliste haiguste ravi ja hooldust, parandades juurdepääsu, teenuste kvaliteeti ja tervisealast teadlikkust. Tõhusad ökosüsteemid, mis keskenduvad eakate vajadustele ja nende ühiskondlikule osalemisele, on kriitilise tähtsusega.

1.3. Juhtumikorraldus suurenenud abivajadusega eakate toetamisel

Juhtumikorraldus on lähenemine suurenenud abivajadusega eakate toetamisel, pakkudes integreeritud ja terviklikku teenuste koordineerimist. Selle eesmärk on kindlustada, et suurenenud abivajadusega eakad saaksid just nende vajadustele vastavat tuge, mis hõlmab nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuste valdkonda, ning eeldab tõhusat koostööd erinevate spetsialistide ja asutuste vahel, et vastata eakate vajadustele terviklikult ja järjepidevalt.

Juhtumikorraldus on koostööl põhinev lähenemisviis, mida rakendatakse hoolduse hindamisel, kavandamisel, hõlbustamisel ja koordineerimisel, tehes koostööd inimese, tema perekonna ja mitteametlike hooldajatega. Juhtumikorralduse rakendamine aitab paremini toetada vajadusi tervishoius, optimeerida ressursside kasutamist tervishoiusüsteemi kõigil tasanditel ning väljaspool tervishoiu sektoreid. Selline lähenemine aitab parandada nii individuaalseid kui ka süsteemseid tulemusi tervishoius. (Hudon *et al.*, 2024, lk 2) Ravi koordineerimine ja järjepidevus on omavahel tihedalt seotud. Järjepidevus loob aluse hoolduse tõhusaks koordineerimiseks, soodustades tingimusi ja suhteid, mis toetavad sujuvat suhtlust erinevate teenuseosutajate vahel interdistsiplinaarsetes meeskondades ning erinevate hooldusasutuste või sektorite vahel. (World Health Organization, 2018, lk 16) Järjepidevus ja hoolduse koordineerimine avaldavad kõige suuremat mõju, kui praktilisi sekkumisi rakendatakse terviklikult kogu hooldusteekonna vältel, eelistatavalt integreeritud hooldusmudeli osana, kus esmatasandi tervishoid mängib kesksel rollil.

Järjepidevuse olulised praktikad:

- koostöö esmatasandi tervishoiutöötajaga;
- hoolduse ühine kavandamine ja ühine otsuste tegemine;
- juhtumikorraldus komplekssete vajadustega inimestele;
- teenuste koondamine või ühtse juurdepääsupunkti loomine;
- vahepealsed hooldus- ja taastumisteenused ravi jätkumiseks;
- terviklik hooldus kogu raviteekonna vältel;
- tehnoloogilised lahendused ravi järjepidevuse ja koordineerimise toetamiseks;
- tööjõu võimekuse ja valmisoleku suurendamine (World Health Organization, 2018, lk 22).

Eesti hoolekandesüsteemi peamiseks probleemiks on rahvastiku vananemine, sellest tulenevalt sotsiaalteenuste kättesaadavus, kvaliteet ning pereliikmete suur hoolduskoormus. Teenuste vajadus on suurem kui nende praegune kasutamine. Sotsiaalvaldkonna praegune rahastamine on ebapiisav, mõjutades teenuste kättesaadavust ja hoolduskoormust. Piiratud rahastus ei võimalda pakkuda teenust, mis toetab abivajajate iseseisvat toimetulekut koduses keskkonnas. Hinnanguliselt vajab umbes 6% Eesti elanikest toetust teenustest seoses terviseprobleemidega, krooniliste haiguste või tegevuspiirangutega. Kvaliteetsete teenuste kättesaadavus avaldab mõju ka abivajaja pereliikmetele. Hoolekande süsteemi lähiaastate peamiseks eesmärgiks on parandada kodus elamist toetavate teenuste kättesaadavust, koordineeritud teenuste osutamist ja kvaliteeti. Sotsiaalhoolekande programmi 2025–2028 üheks arengusuunaks on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimine ja nende koordineeritud osutamine, samuti keskendutakse korraldus- ja rahastusmudelite analüüsile, ühtsete juhtumikorralduse põhimõtete rakendamisele, ennetustegevuse juurutamisele ning nüüdisaegsete infotehnoloogiliste lahenduste kasutuselevõtule. Täiendavalt parandatakse andmevahetust valdkondade vahel. (Sotsiaalministeerium, 2025, lk 5, 8) Kanadas kavandatud ja läbiviidud uuringu (Hudon *et al.*, 2024, lk 2) kriisiohjemeede tõhustas integreeritud hooldust keeruliste vajadustega inimestele, kes kasutavad sageli tervishoiuteenuseid. Meetme keskmes olid neli põhikomponenti, mis on kooskõlas Kanada Terviseuuringute Instituudi kliendikesksete teadusuuringute strateegiaga (ingl *Strategy for Patient-Oriented Research*):

- Isiku vajaduste ja eelistuste põhjalik hindamine.
- Isikukeskse individuaalse teenusteplaani ühisarendamine ja hoolduse korraldamine koostöös isiku, perekonna ja teiste teenuseosutajatega.
- Teenuste koordineerimine, mis keskendub isiku vajadustele, hõlmates kõiki interdistsiplinaarseid ja valdkonnaüleseid partnereid (nt kogukonnaorganisatsioone ja teisi sektoreid tervishoiuvaldkonnas ja väljaspool seda).
- Isiku ja tema perekonna koolitamine ning nende enesejuhtimise oskuste toetamine. (Hudon *et al.*, 2024, lk 3)

Ligikaudu kaks kolmandikku üle 65-aastastest inimestest elab ühe või mitme kroonilise haigusega. Mitmete terviseprobleemidega inimestel on sageli mitu raviskeemi ja nad vajavad suhtlust erinevate teenuseosutajatega, mistõttu on nad killustunud hoolduse tõttu vastuvõtlikumad halvale hoolduskvaliteedile, kehvadele tervisetulemustele ja vähesele hoolduskogemustele. Viimastel aastakümnetel on OECD riigid algatanud mitmeid integreeritud hoolduse programme, et tagada inimestele õige hooldus õigel ajal ja õiges kohas. (Barrenho *et al.*, 2022, lk 16) Kui inimeste vajadused muutuvad keerukamaks, väheneb hoolduse kättesaadavus, mis suurendab keeruliste vajadustega inimeste riski halvemate tulemuste osas, sealhulgas elukvaliteedi langust ning kõrgemat puude ja suremuse ohtu. Keerukad vajadused eeldavad integreeritud hooldust, mis hõlmab koostööd teenuseosutajate ja erinevate sektorite vahel. (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)

Tervishoiuteenuste mõju uuring (Steketee *et al.*, 2017, lk S257) hõlmas 16 rahvusvahelist uuringut, mis keskendusid sotsiaaltöötajate juhitud teenustele ja nende rollile meeskonnatöös. Käsitatud kirjanduse alusel tegutsevad sotsiaaltöötajad mitmesugustes keskkondades ja täidavad tervishoiusüsteemis erinevaid rolle, osaledes terviseprobleemidega inimeste otsesel toetamisel ja abistamisel. Nad töötavad sageli interdistsiplinaarsetes meeskondades koos õdede, arstide ja teiste tervishoiutöötajatega. Kuigi sotsiaaltöötajad on Ameerika Ühendriikide tervishoiusüsteemi lahutamatu osa, on nende panus tervise tulemustesse ja kulude vähendamisse veel ebapiisavalt dokumenteeritud. Karam jt (2018, lk 70–71) leidsid, et organisatsioonide vaheline koostöö on muutunud hästi toimiva tervishoiusüsteemi olulisteks osaks. Olukorras, kus puudub või on vähene integratsioonipoliitika, esineb tervishoiu- ja sotsiaalteenuste dubleerimist ja killustumist, eriti kui neid osutavad erinevate organisatsioonide

spetsialistid.

Maailmapanga analüüsis (Kurowski *et al.*, 2015, lk 12) hinnati tervishoiuteenuste integreeritust tervishoiusüsteemi perspektiivist, otsiti vastuseid küsimustele, kas tervishoiuteenused on korraldatud sobival tervishoiusüsteemi tasemel ja kas tervishoiuteenuste koordineerimine ja järjepidevus on tagatud kõigil teenuste osutamise tasanditel. Tervishoiuteenuste tõhusa koordineerimise ja järjepidevuse tagamisega seotud küsimused olid: kas esmatasandi arstiabis järgitakse kliinilistes suunistes kirjeldatud parimaid tehnilisi tavasid, kas patsientide ja perearstide vahel on tugevad ja kestvad suhted, mis tagavad ravi järjepidevuse ning kas ravi koordineerimine enne ja pärast statsionaarse ravi episoode on piisavalt tõhus? (Kurowski *et al.*, 2015, lk 13) Uuringu tulemuste järgi, kui patsient külastab esmatasandi arsti korrapäraselt, saab perearst osutada piisavalt ennetavaid teenuseid ning märkab suurema tõenäosusega haiguse ravimata jäämisel tekkida võivaid tõsiseid komplikatsioone. Välditavate eriarstivisiitide ja hospitaliseerimiste kõrget arvu võivad lisaks esmatasandi arstiabi puudustele soodustada ka ebaselged tervishoiu- ja sotsiaalsektori rollid ning vastutusalad kliendikäsitluses. Kuna paljud krooniliste haigustega teenuse saajad vajavad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuseid, aitaks selgelt määratletud vastutus ja sektorite vaheline koostöö parandada ravijuhiste järgimist ning tagada õigeaegse juurdepääsu tervishoiuteenustele, ennetades seeläbi tüsistusi, mis muidu võiksid viia hospitaliseerimiseni. Üks peamisi takistusi koostöö loomisel on tervishoiu- ja sotsiaalsektori tegevuse eraldi korraldamine ja rahastamine. Uuring näitas, et tervishoiusüsteem ei pruugi täielikult kõigi rahvastikurühmade vajadustega tegeleda. Süsteem ei suuda tõhusalt tasakaalustada sotsiaalmajanduslikust ebavõrdsusest tingitud erinevusi teenuste kättesaadavuses. See võib tuleneda arusaamast, et ebavõrdsuse vähendamine on peamiselt sotsiaalsüsteemi ülesanne, rõhutades seega tervishoiu- ja sotsiaalsektori parema koordineerimise vajalikkust. (Kurowski *et al.*, 2015 lk 28, 35, 48)

Integreeritud hooldusprogrammid, nagu juhtumikorraldus, pakuvad terviklikke lahendusi, et rahuldada eakate mitmekesiseid vajadusi (Weir, 2020, lk 4). Integreeritud hoolduse tagamiseks on hädavajalik multidistsiplinaarne meeskonnatöö, kuhu kaasatakse geriaatrid, perearstid, õed, sotsiaaltöötajad, farmatseudid, dietoloogid, taastusravi terapeudid, psühholoogid, kogukonnatöötajad ja hoolduskoordinaatorid (Rudnicka, *et al.*,

2020, lk 9).

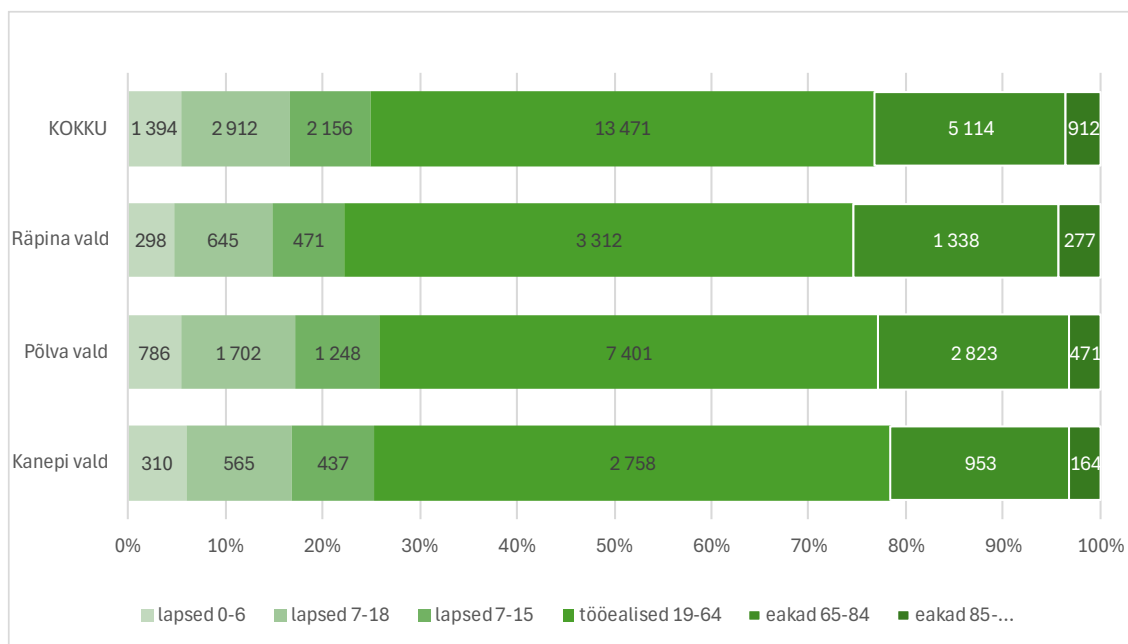
Hudon jt (2022, lk 3) uurisid keeruliste tervishoiuvajadustega isikuid, ning tulemustele tuginedes rõhutatakse vajadust kogunud, teadlike ja hästi koolitatud juhtumikorraldajate järele, kellel on suhtlemisoskused, et optimeerida juhtumikorraldusprogrammi (ingl *Case Management Program*) rakendamist nii, et teenuse saajad oleksid oma hoolduses ennetavad ja nende tulemused paraneksid. Teenuseosutajate juurdepääs individuaalsele teenuste kavale, abivajaja ja pereliikmete vajaduste arvesse võtmine, nende osalemine otsuste tegemisel ja enesejuhtimise lähenemisviis mõjutavad abivajaja kogemust integreeritud hoolduse, enesejuhtimise ja teenuste kasutamise valdkonnas. Uuringu tulemused rõhutavad piisava koolituse olulisust, kuid tõid esile selle tagamise keerukuse olukorras, kus juhtumikorraldajate kaadrivoolavus on kõrge. (Hudon *et al*, 2022, lk 6) Tõendus põhiste sekkumiste järjepidev integreerimine praktikasse ja poliitikasse võib tõsta tervishoiu tõhusust ja parandada tulemusi (Fullaondo *et al*, 2024, lk 2). Integreeritud ja isikukesksete hooldusteenuste arendamine peaks oluliselt parandama hoolduse ja tervise kvaliteeti kõigile kodanikele, pakkudes paremat juurdepääsu teenustele, saavutades paremaid tervise- ja kliinilisi tulemusi ning suurendades terviseteadlikkust ja enesehooldusvõimet (Fullaondo *et al*, 2024, lk 2).

Juhtumikorraldus võib osutada tõhusaks praktikaks eakate hoolduse parandamisel, kuid sõltub rakendamise kontekstist ja kvaliteedist. Kompleksete tervishoiuvajadustega patsientide jaoks on integreeritud hooldusmudelid näidanud positiivset mõju hoolduse kvaliteedile, rahulolule ja kulutuste vähendamisele. Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande lõimimine ning tõhusa koostöö arendamine on hädavajalikud, et parandada teenuste kättesaadavust, tõhusust ja eakate elukvaliteeti. Praktikasse on olulised isikukesksus, enesejuhtimise toetamine ja teenuste järjepidev koordineerimine. Eduka juhtumikorralduse eelduseks on hästi koolitatud spetsialistid ja tõhus andmevahetus sektorite vahel.

2. UURING TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA KOOSTÖÖST EAKATE TOETAMISEL PÕLVAMAAL

2.1. Tervishoid ja sotsiaalhoolekanne Põlva maakonnas

Põlva maakonnas on kolm omavalitsust: Kanepi, Põlva ja Räpina vald. 1. jaanuar 2025 aasta seisuga elab Põlvamaal 23803 inimest, nendest 12052 inimest vanuses 65 ja vanemad (vt. joonis 1). (Eesti Linnade ja Valdade Liit, 2025)



Joonis 1. Põlvamaa rahvastik 01.01.2025. Alikas: Eesti Linnade ja Valdade Liit, 2025

Perearsti praksiseid Põlva vallas on 10, Räpina vallas 5, Kanepis 1, osadel perearstidel on praksised maakonnakeskusest väljaspool, et olla patsientidele lähemal (Tervisekassa, 2025). Igal perearsti praksisel on 1–2 pereõde. Kanepi vallas on kaks sotsiaaltöö spetsialisti, sotsiaalosakonna juhataja ja kolm koduhoolduse spetsialisti (Kanepi vald, s. a.). Räpina vallas töötab kaks sotsiaaltöö spetsialisti ja üks sotsiaalhoolekande spetsialist

(Räpina Vallavalitsus, s. a.). Põlva vallas on viis sotsiaaltöö spetsialisti, üks sotsiaaltöö peaspetsialist ning osakonna juhataja. (Põlva vald, 2020)

Põlvamaa tervisestrateegia aastani 2035 suurim eesmärk on keskenduda probleemidele, mis aitaks pikendada Põlvamaa elanike tervena elatud aastaid ning vähendada tervisega seotud ebavõrdsust (Viitamees *et al.*, 2022, lk 1). Põlvamaa arengustrateegia 2035+ (2023, lk 10) üks eesmärkidest keskendub kolmele väljakutsele: rahvastiku vähenemisele, elanike tervisenäitajate paranemisele ning tööjõu potentsiaali suurendamisele. Kanepi valla arengukava 2023–2030 (2023, lk 12) sotsiaalse heaolu valdkonna eesmärk on mõista ja toetada elanike vajadusi ning muresid, pakkudes koostöös lahendusi, mis tagavad turvalise, terve ja õnneliku elu. Põlva valla arengukava tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna eesmärkide hulgas on välja toodud, et valla elanike sotsiaalkaitse süsteem on toimiv ja ajakohane, on loodud tõhus ennetussüsteem sotsiaalsete probleemide vältimiseks, sotsiaalvaldkonna töötajate väärtust ja nende arengut toetatakse, eakate hoolekanne toetab väärikat ja turvalist vananemist. (Põlva valla arengukava 2019–2030 ja eelarvestrateegia 2025–2028, 2018, Lisa 1, lk 38–39) Räpina valla arengukava 2035 toob välja strateegilise valdkonna „Elanike turvalisust ning vajadusi ja heaolu toetav keskkond“, mille eesmärgid on elanike vajaduste võimalikult varajane märkamine ja tegevusteks eluruumi tagamise teenuste arendamine valla omandis olevate eluruumide renoveerimise ja kohandamise ning vajadusel uute eluruumide rajamise, sealhulgas kogukonna toetatud eluaseme teenuse pakkumise, teenus- ja päevakeskuste kontseptsiooni edasiarendamise erinevatele sihtrühmadele vajadustest lähtuvalt. Samuti arendatakse vanemaealiste ja erivajadustega inimeste turvalisuse parandamiseks hätta sattumise varajase märkamise teenust, ning toetatakse kogukonna sidusust koolituste, infopäevade ja nõustamise kaudu, eesmärgiga edendada üksi elavate ja hajaasustuspäirkondades elavate inimeste iseseisvat toimetulekut. (Räpina valla arengukava 2035, 2024, Lisa, lk 9)

Põlva linnas tegutseb Põlva Päevakeskus, mis pakub Põlva valla eakatele, puuetega elanikele ja nende lähedastele ning aktiivsest sotsiaalsest elust kõrvale jäänud inimestele erinevaid sotsiaalteenuseid, koolitusvõimalusi ja vaba aja tegevust (Põlva vald, 2023).

Võib öelda, et Põlvamaa omavalitsuste arengukavad keskenduvad elanike heaolu parandamisele, sotsiaalteenuste ajakohastamisele ning tugevdamisele. Eraldi rõhutatakse eakate hoolekande ja sotsiaalteenuste arendamist, sealhulgas koduteenuste laiendamist. Eakate elanike arvu tõus elanikkonnas vajab tõhusamat tegutsemist omavalitsuste poolt.

2.2. Uurimistöö metoodika ja valimi kirjeldus

Magistritöö eesmärgi saavutamiseks ja uurimisküsimustele vastuste leidmiseks viis autor läbi empiirilise uuringu, kasutades kvalitatiivset uurimisviisi, et mõista tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide kogemusi ja arusaamu omavahelisest koostööst suurenenud abivajadusega eakate toetamisel. Kvalitatiivne uurimistöö aitab kirjeldada ja seletada tegelikkust inimeste tõlgenduste kaudu (Õunapuu, 2014, lk 57).

Andmekogumismeetodiks valiti intervjuu, mis annab võimaluse uurida delikaatseid ja tundlikke teemasid (Õunapuu, 2014, lk 171). Poolstruktureeritud intervjuud viidi läbi Põlvamaa tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidega. Poolstruktureeritud intervjuu on avatud küsimustega silmast-silma intervjuu, mille teemad olid eelnevalt paika pandud, kuid vajadusel saab esitada täpsustavaid küsimusi. (Busetto *et al.*, 2020, lk 3) Poolstruktureeritud intervjuu annab võimaluse uurida sügavuti, andes intervjuueerijale võimaluse vastuseid täpsustada, uurida ning vajadusel teemasid laiendada (Rubin & Rubin, 2005, viidatud Alshenqeei, 2014, lk 40 vahendusel). Oluline on luua avatud ja usaldusväärne õhkkond, et intervjuueeritavad tunneksid end mugavalt ja julgeksid jagada oma kogemusi (Laherand, 2008, lk 183).

Magistritöös kasutati sihipärast valimit, mille eesmärk oli kaasata tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste, kes omavad kogemusi eakate abivajaduste hindamisel ja valdkondade vahelises koostöös. Sihipärase valimi uuritavad valis uurija, tuginedes oma teadmistele ja kogemustele uuritavate kohta (Õunapuu, 2014, lk 144). Valimisse kaasati Põlvamaa kolme omavalitsuse Kanepi, Räpina ja Põlva tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna 12 spetsialisti (kuus pereõde ja kuus sotsiaaltöötajat), kuna nad omavad otseseid kogemusi väljakutsetest. Kokku töötab Põlvamaa esmatasandi tervishoius 23 pereõde ja sotsiaalvaldkonnas 10 sotsiaaltöö spetsialisti. Kolme omavalitsuse spetsialistide kaasamine tagas valimi, mis on piisavalt esinduslik, kuid samas hallatav, et viia läbi kvalitatiivsed poolstruktureeritud intervjuud põhjalikult ja tõhusalt. Pereõdede ja

sotsiaaltöötajate kaasamine võimaldas uurida koostööd mõlema valdkonna vaatenurgast, ning aitas mõista, kuidas spetsialistid koostööd tajuvad, millised on nende rollid ja ootused, ning tuvastada võimalikud valdkondadevahelised lahknevused või ühisosad. Uuringusse kaasati spetsialistid, kellel oli vähemalt paariaastane töökogemus ning otsene kokkupuude eakate abivajajatega, et tagada teadlikkus valdkondadevahelise koostöö praktikast ja selle arengust ajas; nende kogemus võimaldas analüüsida koostöö kujunemist ning hinnata tehtud muudatuste tõhusust ja võimalikke kitsaskohti. Uuringus osalemine oli vabatahtlik. Enne nõusoleku andmist teavitati intervjueeritavaid uuringu eesmärkidest, protsessist ning nende õigustest, samuti võimalusest uuringust igal ajal loobuda.

Intervjuukava (vt lisa 1) koostati nii, et selle abil oleks võimalik saada vastused uurimistöö uurimisküsimustele. Intervjuu koosneb 30 küsimusest ja ehitati üles teemade kaupa. Intervjuukava koostati lähtudes magistritöös püstitatud uurimisküsimustest ning teoreetilises osas käsitletud kirjandusallikatest. Küsimused koostati eesmärgiga koguda teavet spetsialistide kogemuste ja tähelepanekute kohta suurenenud abivajadusega eakate ning nende lähedaste vajaduste osas, samuti hinnata valdkondadevahelist koostööd. Intervjuu alguses esitati küsimused, mille kaudu saadi ülevaade intervjueeritava erialasest taustast ja kogemustest. Seejärel keskenduti sisuküsimustele, mis käsitlesid eakate toetamise praktikast ja koostöökogemusi. Intervjuu lõpetas avatud küsimus, mis võimaldas vastajal vabalt lisada seisukohti või tähelepanekuid, mida ta pidas oluliseks, kuid mida varasemates küsimustes ei käsitletud. Enne intervjuud võeti spetsialistidega ühendust e-kirja teel. Spetsialistide kontaktid (nimi, telefoni number, meiliaadress) leiti asutuste kodulehekülgedelt. Intervjuu aeg lepidi eelnevalt intervjueeritavatega kokku ja intervjuud viidi läbi kokkulepitud ajal ja kohas. Intervjuu jaoks valiti vaikne ja privaatne ruum, et kindlustada salvestuse hea kvaliteet ning luua usalduslik ja segamatu õhkkond. Intervjuu kestvuseks planeeriti 45–60 minutit. Küsimused koostati eesmärgiga sobida mõlemale sihtrühmale – nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonna spetsialistidele – kuid vajadusel neid täpsustati või kohandati lähtuvalt konkreetsest valdkonnast. Pärast spetsialistidega läbiviidud intervjuusid viidi läbi ekspertintervjuu Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna nõunikuga. Ekspertintervjuu küsimused koostati spetsialistidega läbi viidud intervjuude põhjal (vt. Lisa 2).

Intervjuud viidi läbi ajavahemikus 20.02.2025–09.04.2025. Enne iga intervjuud tutvustas töö autor ennast ja magistritöö teemat ning küsis luba vestluse salvestamiseks.

Intervjuu salvestati helifailina, et tagada andmete täpsus ja usaldusväarsus. Salvestamiseks kasutati uurija isiklikku telefoni ning seejärel intervjuude helisalvestised transkribeeriti. Enne salvestamise alustamist küsiti intervjueeritavalt suuline nõusolek. Osalejatele anti teada, kuidas salvestisi kasutatakse, kes omab ligipääsu ja kuidas on privaatsus tagatud. Intervjuu materjalist eemaldati isikuandmed, mis võimaldavad vastajaid identifitseerida, intervjuude helisalvestisi ei anta kõrvalistele isikutele (Lagerspetz, 2017, lk 141–149). Kõiki salvestisi hoitakse uurija personaalses arvutis, mis on kaitstud parooliga ja kõrvalistel isikutel sellele ligipääs puudub. Peale uurimistöö valmimist ja kaitsmist kustutatakse kõik salvestised ning nendest ei jää ühtegi koopiat. Tabelis 1 on toodud uuringu valim, kus anonüümsuse tagamiseks respondentide andmed kodeeriti. Näiteks märgib kood P1–P6 pereõdesid, S1–S6 sotsiaaltöö spetsialiste. Kood E märgib ekspertintervjuu andjat.

Tabel 1. Uuringu valim

Respondent	Kuupäev	Intervjuu pikkus
P1	12.02.25	60 min
P2	20.02.25	34 min
P3	20.02.25	30 min
P4	27.02.25	30 min
P5	27.02.25	43 min
P6	05.03.25	41 min
S1	22.02.25	70 min
S2	06.03.25	37 min
S3	11.03.25	44 min
S4	11.03.25	28 min
S5	11.03.25	60 min
S6	27.03.25	78 min
E	09.04.25	55 min

Andmete analüüsimisel kasutati kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivset sisuanalüüsi kasutatakse kogutud materjali põhjal täpsete ja usaldusväärsete järelduste tegemisel. (Õunapuu, 2014, lk 161) Pärast intervjuude läbiviimist asus autor salvestusi transkribeerima, et saada tekstiline materjal analüüsi koostamiseks. Intervjuude transkribeerimisel kasutati Microsoft Wordi sisseehitatud 'Dictate' funktsiooni, mis võimaldab kõnet reaalajas tekstiks teisendada. Saadud vastused analüüsiti ning seostati

teoreetilises osas käsitletud teemadega. Ekspertintervjuu analüüs viidi läbi eraldi ning see seostati spetsialistidele esitatud küsimustega.

2.3. Uurimistulemused ja analüüs

2.3.1. Eakate vajadused ja teenuste järjepidevus spetsialistide hinnangul

Uuringu sissejuhatavad küsimused keskendusid intervjueeritava haridustasemele, ametikohale ja tööstaazile. Nende küsimuste eesmärk oli kaardistada uuritavate professionaalne taust ja nende kogemused, mis näitavad arusaamu tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööst ning kujundavad lähenemisviise eakate toetamisel. Nende professionaalne pagas aitab mõista, kuidas nähakse koostöövõimalusi, -takistusi ja rollijaotust erinevate valdkondade vahel.

Intervjueeritud spetsialistide tööstaaz oli väga erinev, kõige vähem aega ametikohal töötanud pereõde oli intervjuu teostamise ajal olnud ametis kaks aastat, kõige kauem ametis olnud pereõde oli töötanud tervishoiu valdkonnas 33 aastat. Sotsiaaltöö spetsialistide tööstaaz vastavalt, kõige vähem ametis olnud 5,5 aastat, kõige kauem sotsiaalvaldkonnas töötanud sotsiaaltöö spetsialist 32 aastat. Intervjuude käigus selgus, et intervjueeritud pereõdede hulgas on mõned pereõded, kellel on esmatasandi tervishoiu töösuhte kõrval töösuhte ka teises tervishoiuasutuses. Sotsiaaltöö spetsialistide ühes organisatsioonis töötatud tööstaaz võib olla lühike, aga valdkonnas töötatud aeg pikk ja kogemused väga suured. Haridus nii pereõdedel kui ka sotsiaaltöö spetsialistidel valdavalt kõrgharidus või rakenduslik kõrgharidus.

Intervjuude käigus selgus, et eakate kõige suuremateks vajadusteks peeti suhtlemisvajadust (P1, P3, P5, S6), vajadust läheduse ja lähedaste järele (P3, P5, S1, S3, S4), majanduslikku toimetulekut (P4–P6, S3, S4), toimetulekut terviseprobleemidega (P5, S3, S4), ning kõrvalabi vajadust igapäevatoimingutes, nagu pesemine, koristamine, pesu pesemine (P5, S1, S2). Samuti toodi esile mitmeid praktilisi ja igapäevaeluga seotud raskusi, nagu olmemured, raskused arvete tasumisel, abivajadus puude raskusastme pikendamisel, abivahendite soetamisel, katkisi küttekoldeid, arsti juurde saamist, koduteenuse saamist (S2), hooldaja leidmist, hooldekodu koha leidmist (S2), transpordi teenust (P5), juriidilist nõustamist (P5) ning iseseisvuse säilitamist (S3). Veel märgiti

vajadustest toit, toiduained, toidu valmistamine, ravimite tarvitamine, kodus ja kodust väljaspool toimetulemine, meditsiiniliste teenuste kättesaamine, transport (S5)

Eakate puhul ma leian, et mis on minu meelest väga suur vajadus, nendel on suur vajadus läheduse ja lähedaste järele, tihti nad on üksi ja sealt tulevadki igasugu hädad ja üksi ka selles mõttes, et neil võivad lähedased olla, aga need suhted on kuidagi väga sassi läinud. Siis edasi, et see klient vajaks igapäevatoimingutes abistamist just need, mis on väljaspool tuba, ütleme oma korterit või eluruumi, eriti talveperioodil just maapiirkonnas, puude toomine, mõnikord vee toomine. (S1)

Teenuste järjepidevuse ja kättesaadavuse küsimus oli uurimisprotsessis olulise tähtsusega. Intervjuude käigus vastasid pooled pereõed, et krooniliste haigustega eakad peaksid käima kord aastas vähemalt perearsti juures korralises kontrollis või pöörduma vastuvõtule haigestumisega. Samas märkisid pereõed, et paljud eakad püüavad esmalt kodus ise toime tulla. Siiski proovitakse hoida regulaarselt kontakti patsientidega ja ravimireseptide pikendamise käigus uuritakse mõnikord, kuidas nad igapäevaeluga hakkama saavad (P1–P4). Ühe pereõe väitel on ta vajadusel võtnud ühendust omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistiga (P5). Sotsiaaltöö spetsialistide väitel on alati kellelgi keegi olemas, kas lähedane, naaber, hästi tihe suhtlus käib eakate endi vahel telefoni teel või üritustel, ka valla lehe kaudu antakse teenustest teada (S1–S6), küsitakse infot sotsiaaltöö spetsialistilt (S5). Järjepidevuse tagab koduteenuse osutaja (S4).

See oleneb abivajajast, sõltub kui aktiivne on abivajaja või kui palju nad ise meie juurde tulevad või annavad enda abivajadusest märku, näiteks koduteenuse suhtes, mis on eakatele mõeldud, ning kes seda kasutavad. Koduteenuse osutaja tagab teenuse kättesaadavuse, ning kui jätkuvalt on vaja siis teenus jätkub, koduteenuse osutaja on sellisel juhul märkaja. Kui seisund läheb halvemaks, on vaja mingit teenust juurde või inimene on vaja haiglasse või kuhugi mujale paigutada, siis sealt tuleb selline küllaltki adekvaatne hinnang teenuse saaja kohta. (S4)

Ekspert pakub eakate peale mõeldes välja kindlad sammud, mida saab astuda, ta märgib, et igal kohalikul omavalitsusel tuleb kaardistada ära oma ressursid ja vajadused, leida lahendusi ja kui see ei ole teenus, äkki on mingisugune abivahend või kogukondlikud teenused.

Kõikide intervjueritud spetsialistide väitel eakate ja nende lähedaste enesejuhtimisoskusi ja teadlikkust toetatakse nõustamise, info jagamise ja teadlikkuse tõstmisega läbi valla lehe ja muude avalike teabekanalite. Eakaid kutsutakse osalema Põlva Päevakeskuse tegevustes, kus pakutakse erinevaid tervisega seotud loenguid ja huvitavate inimeste etteasteid (S3, S5).

Intervjuud näitasid, et eakate peamised vajadused on seotud igapäevase toimetuleku, sotsiaalse läheduse ja terviseprobleemidega. Teenuste järjepidevuse ja info kättesaadavuse tagamisel mängivad suurt rolli nii tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide omavahelise koostöö, ning ka kogukondlikud ja omavalitsuse tasandil info- ja nõustamistegevused.

2.3.2. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö

Suhtlemine tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel on väga oluline, kuna see võimaldab pakkuda terviklikku, õigeaegset ja kvaliteetset abi, ning tõhus suhtlus võimaldab kiiremini märgata eakate vajaduste muutumist ning tagab, et abi oleks hästi koordineeritud ja inimese tegelikest vajadustest lähtuv. Kõik intervjueritud pereõed kinnitavad, et suhtlevad sotsiaalvaldkonna spetsialistidega vajadusel ennekõike telefoni teel. Sotsiaaltöö spetsialistide väitel pöörduvad nad esmatasandi tervishoiu spetsialisti poole esmalt telefoni teel, kui telefoni teel ühendust ei saa, läheb sotsiaaltöötaja otse abivajaja perearsti praksises töötava õe või arsti ukse taha. Harv on juhus kui tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel on suhtlus e-kirja teel (P1–P6, S1, S6). Sotsiaalvaldkonna spetsialistide hinnangul saavad nad esmatasandi tervishoiu spetsialistidelt vajaliku kuid vähese info telefoni teel (S1–S6), kuid eelistaks abivajaja kohta rohkem tervist puudutavat infot, et märgata ja ennetada võimalikke tekkivaid terviseriske (S1, S5). Samas on sotsiaaltöö spetsialistid teadlikud, et tervishoiuvaldkonnas kogutavad andmed kuuluvad eriliigiliste isikuandmete hulka ning nendele on juurdepääs rangelt piiratud vaid neile spetsialistidele, kellel on andmete töötlemiseks otsene ja õigustatud vajadus. Märgiti ära olukord, kus sotsiaaltöö spetsialist on vormistanud kirjaliku krüpteeritud pöördumise ning info on ikkagi suhteliselt vähene (S6). Üks sotsiaaltöö spetsialist märkis väga oluliseks teenuse saaja hooldamisel terviseseisundi info omamise, et vajadusel märgata abivajaja terviseseisundi muutusi (S5).

Eks me telefoni teel suhtleme. Teatud asjad saame meili teel aetud. Kohal olen ma käinud siis kui mul on inimene, kellega on vaja perearsti keskusesse minna. Olen abivajajaga kaasas käinud ja sealt siis seda infot saanud nii palju kui tervishoiu spetsialistid võivad avaldada, sest on ju konfidentsiaalset infot mida nad jagada ei tohi. (S1)

Eksperdi sõnul on olemas väga häid koostöönäiteid, kus koostöö sujub just tänu sellele, et spetsialistid tunnevad üksteist isiklikult.

Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemide eraldatus raskendab abivajajate käsitlemist tervikuna ning võib vähendada teenuste koordineeritust ja kvaliteeti. Süsteemide parem integreerimine võimaldaks aga kiiremini reageerida suurenenud abivajadusega eakate muutuvatele vajadustele, pakkudes inimesele just talle vajalikku tuge, parandades nii elukvaliteeti kui ka rahulolu teenustega. Ühe pereõde (P2) vastus toob välja teenuste killustatuse, intervjueeritava väitel võib tekkida olukord, kus teenused dubleeruvad või jäävad hoopis pakkumata. Üks pereõde (P3) on veendumusel, et eraldi töötavad süsteemid piiravad infovahetust, mille tulemusena spetsialistid ei pruugi omada piisavalt ülevaadet abivajaja olukorrast ega vajadustest. See omakorda takistab tervikliku ja järjepideva abi osutamist. Kahe pereõde (P4, P5) arvamusel pikeneb raviprotsess, kui ei ole koostööd, ning võib tekkida olukord, kus on koormatud teise ala valdkonnad, politsei, kiirabi, päästeamet. Võivad kaasnedä mingid arusaamatused, puudulik info. Kaks pereõde ei osanud vastata (P1, P6). Sotsiaaltöö spetsialistid on arvamusel, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemide eraldatus tekitab mitmeid probleeme, suurenenud abivajadusega inimene jääb sageli orienteeruma erinevate teenuste vahel, mistõttu võib tekkida segadus ja teenustele ligipääs võib muutuda keeruliseks (S1, S3–S5), sest killustunud süsteemid pärsvad tõhusat infovahetust, mille tagajärjel võib spetsialistidel puududa piisav ülevaade abivajaja olukorrast ja vajadustest (S1–S6). Vähene või puudulik koostöö võib põhjustada teenuste madalamat kvaliteeti, kuna teenuse saaja vajadusi käsitletakse ainult ühe süsteemi perspektiivist, mitte tervikuna. Siinkohal tuuakse välja abivajajate rahulolematust, kuna eraldiseisvate süsteemide tõttu peab inimene oma vajadusi ja probleeme korduvalt üle rääkima (S2, S6), mille tulemusel võib tekkida usaldamatus teenuste suhtes (S1–S3). Tuuakse välja ka ajalise ressursi kulutamist (S3, S5, S6).

Tervishoiuvaldkond näeb, et eakal on vaja sotsiaalteenuseid ja nüüd saadame ta sotsiaaltöö spetsialisti juurde ja osutage talle neid teenuseid. Kui meile jõuab suurenenud abivajadusega isik, esialgu me ei tea temast mitte midagi, kas tal on mingeid teenuseid vaja. Siis me hakkame küsima omakorda kõiki küsimusi, selgub, et tegelikult võib olla on hoopis midagi muud vaja, või äkki ta üldsegi ei taha teenust või ei taha mingit hooldajat. (S3)

Eksperti hinnangul võivad takistuseks osutada olukorrad, kui puuduvad selged piirid tööülesannete ja vastutusvaldade osas – ei teata täpselt, kes millist teenust osutab ja kaugemale kellegi roll ulatub.

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö parandamiseks krooniliste haigustega inimeste hoolduses ütlesid viis pereõde, et on rahul, kuid alati saab paremini. Lisati, et tahaks kindlasti paremaks, kuid ei oska välja pakkuda kuidas seda teha (P3). Üks pereõde pakkus lahenduseks koolitada rohkem spetsialiste, kuhu kuuluksid arst, sotsiaaltöötaja, õde, koduõde või pereõde ja avahooldaja, kes hindaksid suurenenud abivajadusega isikut ja tema olukorda kui tervikut (P5). Sotsiaaltöö spetsialistide sõnul vajavad nad teenuse saajat hindama minnes senisest rohkem terviseinfot, eriti kui inimesel võivad ilmnedada dementsusele viitavad tunnused või psüühikahäired. Põhjalikum teave on spetsialistide sõnul olulise tähtsusega, et nad oskaksid märgata väikseid detaile, esitada asjakohaseid küsimusi terviseprobleemide väljaselgitamiseks ja tagada seeläbi abivajajale vajalike teenuste õigeaegne osutamine (S1–S6). (S5) sõnul vajab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vaheline koostöö arendamist.

Hästi keeruline teema on andmekaitse, juhul kui on tegemist kroonilise haigusega. Väikeses kogukonnas haigus või inimese probleem ei jää märkamata. Ühel või teisel moel on see märgatav kogukonnale. Spetsialistide vahelise info range jälgimine on mõttetu või ei ole otstarbekas, spetsialistide omavahelises suhtluses peaks info liikumine olema lihtsam. (S3)

Praegune tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteem toetab keerukate vajadustega inimeste hooldust vaid osaliselt ning selles on mitmeid väljakutseid ja kitsaskohti, millega üldiselt on pereõded rahul. Pereõdede väitel, kui on vajadus, siis nad leiavad spetsialisti kerge vaevaga ja teavad hooldustöötajate kontakte nende piirkonnas. Toodi välja, et võiks

olla rohkem rahalisi ressursse ja tööjõudu (P4, P5), vajadus pensionitõusuks, et teenuse saajatel oleks võimalik ka tasulisi teenuseid tarbida (P5). Märgitakse ära ka, et on abivajajaid, kes ei soovigi teenusele minna ja abi vastu võtta (P2, S1). Kaks pereõde kiidavad koduõe teenust, kellega koostöö sujub ja kes abivajavale inimesele koduses keskkonnas teenust osutavad (P1, P6). Sotsiaaltöö spetsialistide sõnul on teenuste valik ebapiisav nende suurenenud abivajadusega eakate jaoks, kes vajavad kodus igapäevaselt küll olulist abi, kuid kelle seisund ei eelda veel ööpäevaringset hooldust hooldekodus (S2–S4), samas tegelevad omavalitsused koduhooldusteenuse arendamisega (S3, S5, S6). Ühe sotsiaaltöö spetsialisti väitel kohapeal midagi muuta ei saa, muutused tulevad ülevalt poolt (S2). Ekspert arvab, et spetsialistid on ülekoormatud, samas sõnab, et kui kõik valdkonnad teavad, mis on nende pädevus ja nende roll, millal sekkuda, ning üle anda, ning kindlasti on oluline kõrval valdkondade tundmine, mis oleks suur samm edasi.

Pereõdede sõnul on omavahelises suhtluses kõik hästi, koostöö sotsiaaltöötajatega sujub, saadakse ühendust ja lahendatakse kõik probleemid ära (P1–P5), Ühe pereõe väitel on info liikumine puudulik (P6). Sotsiaaltöö spetsialistide hinnangul koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel tihti määravad head isiklikud suhted, üks spetsialistidest ei soovinud sellele küsimusele vastata (S3), ning üks sotsiaaltöö spetsialist hindas koostööd kümnepallisüsteemis hindegaga kolm ja väidab, et meditsiini valdkond ei pruugi alati vastu tulla (S2). Vastates küsimusele koostöö erineva tajumise kohta, pakkus ekspert välja, et see võib tuleneda peamiselt ühesuunalisest teabevahetusest. Ta selgitas: „kui perearst tuvastab inimesel sotsiaalseid probleeme, suunab ta abivajaja tõenäoliselt sotsiaaltöötaja juurde. Sotsiaaltöötaja võtab seejärel juhtumi enda kanda ja hakkab abivajajaga tegelema.“ Samas arvas, et ei ole seda teistpidi info vahetust. Lisaks tõi ta probleemina välja perearstide keerulise kättesaadavuse, mis võib koostööd omakorda takistada.

Erinevate spetsialistide ja organisatsioonide vahelise koostöö sujuvust ja tulemuslikkust mõjutavad mitmed soodustavad ja takistavad tegurid. Soodustavatest teguritest toodi välja hea suhtlus ja hea vestluspartner (P3, P5, S1, S4, S5, E), väike koht, inimesi tuntakse isiklikult ja suhtlus laabub paremini (P3, S5), motivatsioon panustada oma töösse ja abivajajatesse (P2, P3, P5), koostöös tuleb paindlik olla (S2). Kaks sotsiaalvaldkonna spetsialisti pidasid oluliseks ka töökollektiivi üksmeelt ja sõbralikku õhkkonda (S5, S6). Takistavateks teguriteks pakuti, et tööjõudu võiks rohkem olla ja rahalisi ressursse (P4,

E), suur töökoormus, aega teinekord kipub väheks jääma (P5, E), andmekaitse piirangud (S1, S4, S5), seisukohtade mitte kokkulangemine (S4). Info liikumine on nii soodustav kui ka takistav, kui info liigub mõlemat pidi on soodustav ja kui ei liigu, on takistav (P6, S4). S2 toob välja, et „Takistavaks teguriks tulemusliku koostöö puhul on ajaline ressurss ja võib olla ka spetsialistide nappus“.

Suurenenud abivajadusega eakate toimetuleku toetamiseks kasutavad spetsialistid mitmesuguseid lahendusi ja sekkumisi. Intervjueeritud pereõed ja sotsiaaltöö spetsialistid tõid esile selliseid tegevusi nagu hooldekodu koha soovitamine või leidmine (P3), abivajaja arsti juurde saamine (P2), nõustamine ja motiveerimine (P4), abi otsimine teise valdkonna spetsialistidelt (P6), häirenupu teenuse kasutamine ning erinevad tehnilised abivahendid, mis loovad turvatunde nii abivajajale kui tema lähedastele (P1, S3). Samuti nimetati koduõe kaasamist, kolleegidega konsulteerimist, abistamist abivahendite soetamisel ning sotsiaaltranspordi tellimist (S1, S5, S6). Tähtsaks peeti ka inimestega suhtlemist ja nende teavitamist võimalikest alternatiividest olukordades, kus iseseisev toimetulek on raskendatud (S4–S6). Sotsiaaltöö spetsialistide sõnul on oluline jätkuvalt tegeleda koduhoolduse teenuse sisulise arendamisega (S3, S5).

Lähedaste ja kogukonna kaasamine saab oluliselt toetada eakate elukvaliteeti. Intervjueeritud spetsialistid on arvamusel, et lähedaste suhtlemine eakatega on olulise tähtsusega, kuid tänapäeval on lähedased kaugel ja suhtlevad harva (P1–P4). Ühe sotsiaaltöö spetsialisti sõnul taanduvad lähedased kohe, kui spetsialist hindama või koduhooldustöötaja eakat abistama läheb (S5). Kuid on ka ülihoolivaid lähedasi, kes eaka eest kõik ära teevad (P2). Uuritavate sõnul on kogukond ja naabrid väga toetavad, juhul kui abivajaja on olnud heatahtlik (P1, P2, P6, S2–S4). P5 sõnul „on väga tublisid eakaid kes istuvad autorooli ja võtavad vanema sõbranna või eaka naabri kaasa ja viivad ta näiteks mõnele sünnipäevale“.

Respondentide arvates kogukond ja lähedased saavad toetada eakate aktiivsust, kaasates neid ühistegevustesse, jagades asjakohast teavet ning tutvustades erinevaid võimalusi (P2, S1, S2, S5), näiteks väärivate ülikooli loengud (S1). Mainiti ka, et peab jätma mingi osa perekonnaliikmete vastutada, mitte võtma kõikide juhtumite lahendamist perekonnaliikmetelt üle (S3).

Uuringust selgus, et valdkondade vaheline koostöö põhineb tihti isiklikel kontaktidel ja paindlikkusel, eakate abistamist raskendavad killustunud teenused, vähene infovahetus ja piiratud ressursid. Oluliseks peetakse kogukonna ja lähedaste kaasamist, mis aitab suurendada eakate turvatunnet ja sotsiaalset aktiivsust.

2.3.3. Juhtumikorraldus valdkondadevahelise koostöö kontekstis

Pereõdede sõnul neil puudub kokkupuude juhtumikorraldusega, nad ei olnud kuulnud juhtumikorraldusest midagi või olid eelnevalt internetist infot otsinud. Üks pereõde ütles, et on veidi kokku puutunud geriaatrilise hindamisega ja saanud mõne selle alase koolituse (P5). Sotsiaaltöö spetsialistide sõnul on pooled juhtumikorraldusest kuulnud või sellega kokku puutunud oma töös.

Juhtumikorralduse roll tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel on toimida siduvana ja koordineerivana, eesmärk on tagada abivajajale vajadustest lähtuv terviklik ja tõhus abi ning teenuste osutamine. Sotsiaaltöö spetsialisti kirjeldusel on juhtumikorraldaja roll esmalt selgitada välja inimese tervislik, sotsiaalne ja majanduslik olukord, hinnata tema vajadused, planeerida ja koordineerida teenuseid, suhelda abivajaja, lähedaste ja spetsialistidega, tagada abivajajale juurdepääs teenustele. Terviseseisundi muutudes teha uus hindamine ning vajadusel teenuste mahtu suurendada või vähendada (S1, S2, S5). Juhtumikorraldus aitab ületada eri sektorite vahelisi barjääre, võimaldades teenuseid pakkuda terviklikult ja kliendikeskselt.

Eaka inimese vajadustele vastava tervikliku hoolduse tagamiseks kasutavad sotsiaaltöö spetsialistid hindamisinstrumenti, mille abil hinnatakse tervist, toimetulekut, sotsiaalseid vajadusi ja teenuste vajadust. Spetsialistide sõnul hinnatakse iga inimese olukorda individuaalselt, võttes arvesse tema konkreetseid vajadusi ja soove. Juhtumite käsitlemisel korraldatakse meeskonnakohtumisi, kus arutatakse olukordi ning kavandatakse edasised tegevused. Samuti peetakse oluliseks kogukonnateenuste arendamist – näiteks päevakeskused, koduteenused ja muud tugiteenused –, mis võimaldavad eakal võimalikult kaua oma kodus elada. Tähtsaks peetakse pereliikmete ja hooldajate toetamist erinevate tugivormide kaudu, sealhulgas loengud ja nõustamised (S1–S6). Ühe sotsiaaltöö spetsialisti arvates toimiks omavaheline koostöö koordineeritult paremini kui olukorras kus iga spetsialist eraldi erinevate osapooltega suhtleb, samuti ei

„solgutataks“ eakaid nii palju, ning ta on veendunud, et ainult ühe teenusega ei saa suurenenud abivajadusega eaka vajadusi rahuldada (S5). „Juhtumikorraldust, inimese võimestamiseks peaks kasutama igas töös, eriti kui me läheme inimest tema koju, tema isiklikku tsooni aitama“. (S5)

Sotsiaaltöö spetsialistide hinnangul seisneb juhtumikorralduse suurim väljakutse keerukate tervishoiu- ja sotsiaalvajadustega abivajajatega töötamisel eelkõige olukordades, kus ei soovita oma probleemidest rääkida (S2) või kui abivajaja või tema lähedaste suhtumine on tõrjuv ning nad keelduvad abi vastu võtmast (S1). „Alati abivajaja ei soovi oma probleeme lahti harutada, jätab teatud asjad enese teada, siin ei saa me ka peale käia. Meie ülesandeks jääb sellele murele leida kiire lahendus mis abivajajat rahuldab.“ (S2)

Keeruliseks võivad osutuda pingelised peresuhted (S1, S5) ning lähisuhtevägivallaga seotud juhtumid (S6). Täiendavalt toodi välja, et puudub ühtne lähenemine ja selge vastutuse jaotus tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel, mistõttu võib ebapiisav infovahetus teenuseosutajate vahel viia teenuste dubleerimise või teenuste puuduliku osutamiseni (S3–S5). Keerukate juhtumite käsitlemisega kaasneb sageli suur emotsionaalne ja psühholoogiline koormus, mis võib spetsialiste viia läbipõlemiseni (S6).

Ekspert pakkus kõige olulisemaks, et jagatakse ära vastutus ja rollid. Juhtumi koordinaator peab olema üks kindel inimene, kes hoiab teisi osapooli kursis sellega, kus juhtumiga ollakse ja kutsub vajadusel uuesti kokku juhtumi võrgustiku infovahetuseks, kuid infovahetus on suur väljakutse, kuna see täna ei toimi.

Vastust juhtumikorralduse mõjule suurenenud abivajadusega eakate teenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile ei saadud, kuna koordineeritud koostööd tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel ei ole. Meeskonna koosolekud toimuvad oma valdkonna siseselt, võimalusel kui lähedased on käepärast ja huvitatud, neid kaasatakse.

2.3.4. Hindamine ja andmevahetus

Eakate tervise seisund dokumenteeritakse esmatasandi meditsiinis pereõdede vältel Tervise Infosüsteemis (terviseportaal.ee), see on tervishoiutöötajate töövahend, mis võimaldab vaadata ja hinnata terviseandmeid (P1–P6). Mini-Mental testi (hindab

peamiselt mäluhäirete ja dementsuse olemasolu) teevad nii pereõed kui perearstid, küsitlust ja vaatlust teostavad nii pereõed kui -arstid, ning selle põhjal dokumenteeritakse (P1–P6). STAR (Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister), on kasutusel sotsiaaltöös vajaduste hindamiseks ja teenuste määramiseks, samuti juhtumiplaani koostamiseks. STAR on sotsiaaltöö spetsialistide peamine tööprogramm, hindamisinstrumendid on kasutusel nii digitaalselt kui ka paberikandjal (juhul kui abivajaja elukohas interneti ühendus puudub) (S1, S2, S4–S6).

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelisi andmevahetussüsteeme ei ole, vajadusel on võetud ühendust teise valdkonna spetsialistiga pigem telefoni teel. Pereõed info ja andmete edastuse üle ei kurda, kui tekib vajadus saavad nad info telefoni teel kätte ja telefoni teel infot edastatud ka sotsiaalvaldkonna spetsialistidele (P1–P6). Sotsiaaltöö spetsialistid aga nii rahul info kättesaadavusega ei ole, nende väitel on tervishoiu spetsialistid kidakeelsed ja keelduvad patsientide andmeid jagamast, kuid kuna terviseandmed kuuluvad eriliigiliste isikuandmete hulka ning nende töötlemine ja edastamine on reguleeritud isikuandmete kaitse seadusega, mõistavad nad seadustest tulenevalt takistust. Andmete edastamise osas eri osapoolte vahel ekspert spetsiifilisi probleeme välja tuua ei oska, kuid sõnab, et on teadlik, et mõlema valdkonna spetsialistid on ülekoormatud. Ta on veendumusel, et selgete ja konkreetsete küsimuste esitamisel on võimalik saada kiireid ja otsekoheseid vastuseid, eriti telefoni teel suheldes. Ta nõustub sellega, et abivajadust tuleks edastada sotsiaaltöötajale võimalikult selgelt ja arusaadavalt, kasutades lihtsustatud ning igapäevast keelekasutust.

RFK olulisust eakate vajaduste hindamisel – aitab hinnata eaka inimese vajadusi terviklikult ja luua ühtne arusaam tema olukorrast, võimaldab välja tuua keskkonnategurid, mis takistavad või toetavad eaka toimetulekut, toetab eri spetsialistide vahelist koostööd ja teenuste paremat integreerimist – pereõed kommenteerida ei osanud, kuna ei ole RFK-ga kokku puutunud. Intervjueeritavad olid infot otsinud interneti otsinguga RFK kohta, ning vastasid, et nii mahuka küsimustiku täitmine ei ole nende praeguse töökoormuse juures võimalik (P2, P4). Pooled sotsiaaltöö spetsialistid on teadlikud ning kaks sotsiaaltöö spetsialisti on saanud RFK-d paaril korral abivajaja andmete kogumiseks kasutada (S1, S4). Ühe sotsiaaltöö spetsialisti sõnul on ta kokku puutunud RFK-ga, kuid ei ole seda oma tööpraktikas rakendanud (S6). Ekspert märgib:

„RFK koodid võiksid olla suur edasimineku info veidi paremaks liikumiseks. Kui on ühtne arusaam, mida RFK kood nii numbriliselt kui ka sisuliselt tähendab, siis on kergem mõista teenuse saaja funktsionaalset seisundit ja sellest tulenevat abivajadust.

Infotehnoloogia võib tervishoiu- ja sotsiaalsektori spetsialistide koostööd nii toetada kui ka takistada. Takistavatest teguritest märgiti ära, et tervishoiu- ja sotsiaalsektori asutused kasutavad erinevaid süsteeme, mis omavahel ei ühildu (P5, S1, S2, S4–S6). Andmekaitseõuded võivad piirata infovahetust, tekitada ebakindlust andmete käsitlemisel ning viia koostöö aeglustumiseni (S1, S3, S4, S6). Kahe sotsiaaltöö spetsialisti arvates liigne tehnoloogia kasutamine võib vähendada vahetut suhtlust ja inimlikku kontakti, mis on oluline usalduslike suhete loomiseks teenuse saajate ja spetsialistide vahel (S2, S6), ning kui tehnilised lahendused ei toimi korrektselt võivad need olla seetõttu ajamahukamad (S2). Soodustavatest võimalustest toodi välja kiirem ja tõhusam infovahetus (P1–P5, S1, S4–S6), info kättesaadavuse paranemine (P1–P5, S1, S4–S6). Eksperti hinnangul oleks kõige tulemuslikum koostöövorm otsene suhtlus.

Kui meil oleks ühine infosüsteem, ei peaks üle hindama suurenenud abivajadusega eaka toimetulekut, milline aja kokkuhoid. Ehk oleks vaja abivajaja hindamisel täiendada ainult neid punkte, mis on kehvemaks läinud või juurde tulnud. Kui palju me tülitame perearstiabi, et infot kätte saada. Tegelikult on see nende aja raiskamine ja meie aja raiskamine ka. (S5)

Intervjueeritavad ei osanud välja pakkuda konkreetseid võimalusi koostöö tõhustamiseks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel, mis viitab võimalikule teadmiste või kogemuste puudumisele selles vallas. Kuigi uuendused eeldavad viie spetsialisti arvates uute teadmiste ja oskuste omandamist, takistab praegune suur töökoormus sageli nii enesetäienduseks aja leidmist kui ka lisanduvate ülesannete täitmist (P2, P4, P6, S1, S2). Samas oldi üldiselt uuendustele avatud ning valmis kaasa minema muutustega, mis toetavad paremat koostööd ja teenuste kvaliteeti.

2.3.5. Isiklikud kogemused ja ettepanekud

Pereõdedel puudub senine praktiline kogemus juhtumikorralduse rakendamisel suurenenud abivajadusega patsientide hoolduses, mis võib takistada nende aktiivsemat

kaasamist valdkondadevahelisse koostöösse ning piirata võimalusi pakkuda abivajajale järjepidevat ja koordineeritud abi. Sotsiaaltöö spetsialistid arvavad, et olulise tähtsusega suurenenud abivajadusega eakate vajaduste hindamisel on spetsialistide pädevus ja elukogemus (S1, S4, S6), ühe sotsiaaltöö spetsialisti sõnul tehakse abivajaduse tervisliku seisundi hindamine isiku enese ütluse põhjal, ning selle järgi tehakse otsus, millist abi, millises ulatuses ta vajab (S2). Kaks sotsiaaltöö spetsialisti ei osanud küsimusele vastata.

Üks sotsiaaltöö spetsialist (S1) tõi välja, et juhtumikorraldajate teadmised ja kogemused aitaks kindlasti teenuse kvaliteedile kaasa. Üks sotsiaaltöö spetsialist (S6) kirjeldab oma kogemust: „kui ma olin noor ja kogenematu, sotsiaaltöö valdkonda sisenedes, siis tekitas minus ebakindlust ja kartust sellised konfliktid, hästi nõudlikud kleidid ja tõesti keerulised lood“.

Eksperti sõnul ta spetsialistide pädevuse kohta vastust ei tea, aga koostööd on võimelised tema väitel kõik inimesed tegema, kui nad seda soovivad. Kõik algab tahtmisest koostööd teha ja arusaamisest, mille nimel koostööd tehakse.

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna organisatsioonide koostöö mõju mitme terviseprobleemiga eakate teenuste juurdepääsule ja hoolduse järjepidevusele ei hinnata heaks. Koostööd tehakse ning lahendused leitakse – kuigi need ei pruugi saabuda koheselt või päeva pealt, jõutakse siiski lahendusteni. Samas tõdetakse, et eakate heaolu ja tervisliku seisundi osas koostööd sageli ei tehta (S2, S5, S6). Efektiivse koostöö toimimiseks peetakse oluliseks, et kõik osapooled tegutseksid ühises inforuumis ja jagaksid ühist arusaama olukorrast (S1, S5, S6). Vajadusel suhtleb koduhooldustöötaja perearsti või pereõega, et tagada vajalik info liikumine ja koordineeritus (S4). Tuuakse välja teenuste kaotamine Põlvamaal, näitena märgitakse, et sotsiaalkindlustusameti kontor pandi kinni, pangateenused on kättesaadavad Põlvamaa inimestel Võrus või Tartus, ning spetsialistid on seetõttu rohkem koormatud, sest paljud eakad vajavad teenuse kättesaamiseks abi (P2, S5, S6). Pereõed on rahul koduõe teenusega, see aitab nii tervishoius kui sotsiaalvaldkonnas märgata ja ennetada tekkida võivaid probleeme (P1, P2, P4). „Vähene suunamine haiglaravile, et abivajaja järje peale saada, oleks seda õendus osakonnas olekut või mingit vahepealset etappi natuke vaja, et turgutada. Koostöö osas, peaks olema ühes inforuumis, et me mõistaksime ühtemoodi neid asju.“ (S1)

Kaks pereõde (P1, P2) rõhutasid vajadust toetada üksinda elavate eakate kodust väljumist, kuna nende vähesed võimalused igapäevaseks suhtluseks kujutavad endast olulist isoleerituse riski. Peeti oluliseks koduteenuste kättesaadavuse tagamise olulisust, et abivajaja saaks kauem kodus viibida (P5). Eakate toetamisel hindas üks sotsiaaltöö spetsialist (S1) oluliseks usaldusliku suhte loomist ning mõistvat ja toetavat hoiakut, suhtlemisel, mis on selles protsessis keskne roll.

Viimase küsimusega eksperdile sooviti teada millisenä näeb ta valdkondade vahelist koostööd tulevikus. Eksperdi väitel on juba saavutatud edasimineku koordineerimise projektiga, mis on olnud töös 10 aastat, ning et projekt jätkub. Valmib PAIK projekti uuring, saades sealt sisendi, kuidas maakondlik valdkondade vaheline koostöö toimib. Suured lootused on saada esmatasandi tervishoid ühise laua alla. Juba mainitud projektide kõrvale luuakse kogu aeg uusi süsteeme, hoolduskoordineerimise projektis minnakse edasi kahes liinis, üks on suure võrgustiku ehitamine maakonna põhiselt, teine on koordinaatorite paigutamine osakoormusega haiglasse või tervisekeskusesse ning osakoormusega kohaliku omavalitsusse. Aprillist 2025 alustas pilooti Ida Virumaa, neil on 10 tervisekeskust, nendes alustas tööd 10 tervisejuhti ja kaks võrgustikujuhti. Hakatakse hoolduskoordineerimist ja PAIK projektist kombineeritud versiooni katsetama, et näha, kuidas toimib selle võrgustiku ülesehitamine maakonna põhiselt. Ekspert nõustub, et andmevahetus on probleem, kuid tema sõnul saavad tervisejuhil olema õigused kasutada valdkonnaüleseid andmeid. Kuna tervisejuhil on pädevused ja teadmised, siis ta saab õigused. Ekspert arvab, et asjad peavad olema selged, lihtsad ja suunatud teenuse saajale. Ta nõustub, et praegu töötavad haiglad, kohalik omavalitsus, perearstid omaette, ning koostöö puudub ja tänane süsteem ei toimi.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Selles peatükis võrreldakse uuringu tulemusi teoreetiliste lähtekohtadega. Saadud järelduste põhjal pakub töö autor välja ettepanekud, mille rakendamine aitab tõhustada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööd ning nende valdkondade paremat integreerimist.

Morgan ja Mueller (2023, lk 4) toovad esile, et vanuse tõustes suureneb terviseprobleemide ja krooniliste haiguste esinemissagedus, mis toob kaasa suurema

nõudluse tervishoiuteenuste järele. Vanemaealise elanikkonna kasvava tervise- ja hooldusvajaduse tõttu suureneb paratamatult ka tervishoiusüsteemi rahaline koormus. Tulemused kinnitavad tähelepanekuid, tuues esile, et spetsialistide hinnangul on suurenenud abivajadusega eakate vajadused mitmetasandilised ja tihedalt seotud nii tervise, toimetuleku kui ka sotsiaalse heaoluga. Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3) valguses ilmnes mikrosüsteemi tasandil, et eakad kogevad vähest igapäevast suhtlust ja sotsiaalset kontakti, mis viitab vahetu tugivõrgustiku vähesele toetusele ja kohalolule ning mõjutab eakate sotsiaalset heaolu ja psühholoogilist toimetulekut. Eakate vajadused ulatuvad olmemuredest ja teenuste kättesaadavusest kuni psühhosotsiaalse toe ja iseseisvuse säilitamiseni. See kinnitab, et tõhus teenuste koordineerimine ja valdkondadevaheline koostöö on vältimatu, et pakkuda eakatele elukvaliteeti toetavat, vajadustest lähtuvat ja terviklikku tuge – täpselt nii, nagu Morgan ja Mueller (2023, lk 4) rõhutavad vananeva ühiskonna puhul.

Uuring kinnitab Kurowski jt (2015, lk 35) väidet, et vananev elanikkond ja krooniliste haiguste levik toovad kaasa suurema ja keerukama teenustevajaduse. Eestis vajab teenuste pakkumise süsteem senisest enam integreeritust, ennetust ja kliendi jõulisemat kaasamist. Uurimistöö tulemused rõhutavad, et kuigi olemasolevad kontaktid ja kogemused spetsialistide vahel loovad koostöö eelduse, tuleb rohkem panustada süsteemsele lähenemisele – infovahetuse sujuvusele, varajasele märkamisvõimele ja teenuste järjepidevusele, et vältida abivajavate jäämist „süsteemide vahele“.

Fullaondo jt (2024, lk 2) rõhutavad, et integreeritud ja isikukeskse hoolduse arendamine on võtmetegur hooldusteenuste kvaliteedi tõstmisel, paremate tervise- ja ravitulemuste saavutamisel ning teenuste parema kättesaadavuse tagamisel. Uurimistöö tulemused kinnitavad, et kohalikul tasandil tehakse samme nende eesmärkide suunas, eriti nõustamise, info jagamise ja kogukondlike tegevuste kaudu. Siiski on oluline, et need tegevused oleksid süsteemsed, kõigile kättesaadavad ning integreeritud hoolduskäsitluse loomulik osa. Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3) kohaselt mõjutavad inimese heaolu mitte ainult tema vahetu lähiümbrus, vaid laiem keskkond, kus ta ise ei osale, kuid mille mõju ulatub tema igapäevaellu.

Kolk (2018, lk 225) rõhutab vajadust ühtse hindamismetoodika järele, et hinnata eakate toimetulekut ja vajadusi. Käesolevas uuringus kajastub, et praegune süsteem toimib

killustatult, mis ilmneb selgelt pereõdede ja sotsiaaltöö spetsialistide kirjeldustes. Kriitiline probleem on piiratud infovahetus, mis tuleneb eraldatud andmebaasidest. Nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonna spetsialistid kinnitavad, et nad ei oma sageli piisavat ülevaadet eakate tegelikust olukorrast. Kui spetsialistid tegutsevad vaid oma süsteemi piires, vähendab see teenuse terviklikkust ja inimkeskset lähenemist, mis on eriti oluline eakate puhul, kelle vajadused on sageli mitmetahulised ja muutuvad.

Habicht jt (2018, lk 138) toovad esile, et Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemid toimivad korralduslikult ja rahastuse osas lahus, mis raskendab integreeritud teenuste pakkumist. Tervisekassa rahastab tervishoidu, sotsiaalhoolekanne aga sõltub riigieelarvest ja kohalike omavalitsuste eelarvetest. Kuigi osa pereõdesid hindas koostööd üldiselt heaks, tõdeti siiski, et alati saab paremini. Oluline on märkida, et mõned spetsialistid ei suutnud välja tuua konkreetseid lahendusi, kuidas olukorda parandada, mis võib viidata praktiliste kogemuste puudumisele koostöö arendamise valdkonnas. Samas toodi välja multidistsiplinaarsete meeskondade loomine, kus osaleksid arst, õde, sotsiaaltöötaja, koduõde ja avahooldaja – see võimaldaks patsienti hinnata terviklikult ja jagada vastutust. Veel märgiti ära, et andmekaitse regulatsioonid on praegu koostööd piiravad, eriti kui tegemist on krooniliste haiguste või psüühikahäiretega. See viitab vajadusele luua andmevahetuse mudel, mis võimaldab infot vahetada sihipäraselt, eetilisel ja turvalisel, ilma et see takistaks abivajaja vajaduste täpset hindamist ja õigeaegset sekkumist.

Hudon jt (2024, lk 2) määratlevad juhtumikorralduse kui koostööpõhise ja kliendikeskse lähenemisviisi, mis hõlmab hoolduse hindamist, planeerimist, koordineerimist ja elluviimist koostöös abivajaja, tema perekonna ning mitteametlike hooldajatega. Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3) valguses käsitletakse juhtumikorraldust kui mesosüsteemi arengupõhist koostööprotsessi, kus ühendatakse erinevad mikrosüsteemid ühtseks toetavaks võrgustikuks. Juhtumikorraldus aitab integreerida tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, parandades individuaalseid tervisetulemusi ja pakkudes mitme sektori üleselt koordineeritud tuge. Käesoleva uurimistöo tulemused näitavad, et praktikas rakendatakse mitmeid tegevusi, mis vastavad juhtumikorralduse põhimõtetele, kuid neid ei viida alati ellu süsteemselt ega tuginedes selgele koostöömudelile. Intervjueeritud spetsialistide poolt nimetatud

sekkumised viitavad kliendikesksele ja vajaduspõhisele tegutsemisele. Samuti rõhutati vajadust arendada koduhoolduse sisu ning pakkuda inimestele paremat teavet teenuste võimalustest, mis on kooskõlas juhtumikorralduse ennetava ja tervikliku lähenemisega. Siiski ilmnes, et paljud tegevused on spetsialistide enda algatusel põhinevad, mitte süsteemselt juhitud. Puudub ühtne koordineeritud mudel, mille kaudu juhtumikorraldust rakendada. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vaheline koostöö on sageli killustunud, puudub selge vastutusjaotus ning info liikumine osapoolte vahel on ebaühtlane. Sotsiaaltöö spetsialistid on juhtumikorralduse põhimõtetega rohkem kokku puutunud kui tervishoiutöötajad. Tulemused näitavad, et kuigi tugivõrgustiku kaasamine on vajalik, ei toimu see järjepidevalt ega süsteemselt, vaid pigem vajaduspõhiselt. See on vastuolus Hudon jt (2024, lk 2) käsitlusega, mille kohaselt peaks juhtumikorraldus hõlmama lähedaste ja mitteametlike hooldajate kaasamist kogu protsessi vältel. Juhtumikorralduse praktilist rakendamist takistavad mitmed väljakutsed: abivajajate või nende lähedaste tõrjuv suhtumine, keerulised peresuhted, lähisuhtevägivald, kõrge vaimne ja emotsionaalne pingeseisund töö tõttu ning puudulik ja killustunud info liikumine. Puudub määratletud juhtumikorraldaja roll, mis tähendab, et spetsialistid ei võta vastutust juhtumi tervikliku koordineerimise eest ega hoia osapooli kursis teenuste kulgemisega. Selline roll oleks aga keskne Hudon jt (2024, lk 2) mudelis, mille kohaselt on juhtumikorraldaja ülesanne tagada sujuv koostöö ja teenuste järjepidevus. Kokkuvõttes võib järeldada, et kuigi mitmed juhtumikorraldusega seotud praktikad on olemas, ei toimu nende rakendamine süsteemselt ega koordineeritult. Hudon jt (2024, lk 2) pakutud teoreetiline raamistik pakub toimiva aluse, mille põhjal oleks võimalik suurendada koostööd, parandada teenuste kvaliteeti ning tagada suurenenud abivajadusega eakatele parem, järjepidev ja kliendikeskne abi. Edukaks rakendamiseks on oluline määratleda vastutus, tagada püsiv juhtumikorraldaja ning arendada toimiv ja usalduslik infovahetus kõigi seotud osapoolte vahel.

Schot jt (2020, lk 333) määratlevad professionaalset koostööd tervishoius kui eri taustaga spetsialistide pidevat ja aktiivset partnerlust, mille eesmärk on pakkuda koordineeritud ja integreeritud teenuseid tervishoiuteenuse saaja huvides. Selline koostöö eeldab sujuvaid töösuhteid, vastastikust sõltuvust ja ühise eesmärgi nimel tegutsemist, sõltumata sellest, kas spetsialistid töötavad erinevates asutustes või sektorites. Spetsialistide koordineeritud tegevust, mille eesmärk on pakkuda tervishoiuteenusid kasutajate huvides, saab käsitleda

kui Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3) mesosüsteemi tasandit, kus keskendutakse erinevatele mikrosüsteemidele – näiteks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna – vahelisele koostööle. Alderwick jt (2021, lk 6) toovad välja, et kohalike tervishoiu- ja muude organisatsioonide koostöö võib oluliselt parandada juurdepääsu teenustele, eriti haavatavatesse rühmadesse kuuluvate inimeste puhul. Erinevates kontekstides on leitud, et koostööpõhine lähenemine aitab tõsta teenuste kättesaadavust ja tugevdada sotsiaalset võrdsust. Kumlin jt (2020, lk 2) lisavad, et mitme terviseprobleemiga eakad inimesed tajuvad tervishoiusüsteemi sageli keerulise ja killustatuna, mistõttu vajavad nad spetsialistide tuge, et teenustes orienteeruda ja tagada vajalik sujuvus ja järjepidevus. Uurimistöö tulemused näitavad, et praktikas ei vasta tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vaheline koostöö sageli sellele ideaalpildile. Koostöö toimub valdavalt telefoni teel ning sõltub isiklikest kontaktidest ja tuttavlikkusest. Infovahetus on piiratud ja ebaühtlane – sotsiaaltöö spetsialistid tunnevad, et nad ei saa piisavalt terviseinfot, mis raskendab abivajaja olukorra mõistmist ja varajast sekkumist. Spetsialistide hinnangul tuleks tegutseda „ühes inforuumis“, et mõista olukordi ja vajadusi ühtmoodi, mis kajastab vajadust jagatud arusaamade ja parema infovahetuse järele. Teenuste killustatus ja eraldi toimivad süsteemid põhjustavad olukordi, kus teenused dubleeruvad või jäävad pakkumata, abivajaja peab korduvalt selgitama oma vajadusi erinevatele spetsialistidele ning teenustele ligipääs muutub segaseks ja raskesti hallatavaks. Tulemused näitavad, et kuigi koostöötahe on olemas, ei toimu see sageli Schot jt (2020, lk 333) kirjeldatud kujul – sujuva, struktureeritud ja usaldusel põhineva partnerlusena. Tulemuste põhjal saab järeldada, et tõhusa koostöö saavutamiseks on vajalik arendada süsteemseid koostöömudeleid, mis toetavad paremat infovahetust, rollijaotust ja kliendikeskset lähenemist. Ka kinnitavad uuringu tulemused Hudon jt (2024, lk 2) väidet, et eakad vajavad tuge, et navigeerida keerulises ja killustunud teenuste süsteemis. Tõhus koostöö ning jagatud arusaam teenuse saaja vajadustest aitab parandada juurdepääsu teenustele, vähendada segadust ja tõsta nii tervise- kui ka heaolutulemusi.

Yu jt (2024, lk 7) uuringust selgus, et kogukonnas elavate vanemate täiskasvanute seas on funktsionaalse võimekuse languse levimus märkimisväärselt kõrge. Uurimistöö tulemused näitavad, et sotsiaalne võrgustik – eeskätt pereliikmed, naabrid ja kogukond – mängib olulist rolli eaka toetamisel. Pereõdede hinnangul on suhtlemine lähedastega oluline, kuid sageli on pereliikmed füüsiliselt kaugel ja suhtlus harv. Samuti märgiti, et

mõnel juhul pereliikmed eemalduvad kohe, kui tervishoiu töötaja või sotsiaaltöö spetsialist sekkub, aga on ka väga hoolivaid pereliikmeid, kes võtavad osa hoolduskoormusest enda kanda. See näitab, kui erinev võib olla pere roll eaka toimetulekus ning kui suurt mõju avaldab sotsiaalse võrgustiku olemasolu ja kvaliteet funktsioneerimisvõimele. Kogukonna toetus tuli esile mitmes intervjuus. Eakaid saaks rohkem kaasata kogukondlikesse tegevustesse, mille kaudu säiliks eaka vaimne ja emotsionaalne heaolu. Samuti rõhutab Bronfenbrenneri ökoloogiliste süsteemide teooria (Ornstein & Caruso, 2024, lk 3), et eaka inimese heaolu ja toimetulek on otseselt mõjutatud tema vahetust mikrosüsteemist. Tulemused kinnitavad Yu jt (2024, lk 7) esitatud teooriat, et sotsiaalne võrgustik ja väliskeskkond on olulised tegurid funktsionaalse võimekuse säilitamisel. Eakad, kellel on toetav lähedaste ring või kogukond, suudavad paremini toime tulla ja jäävad aktiivsemaks. See rõhutab vajadust tugevdada kogukondlikke tugistruktuure ja edendada lähedaste kaasatust, arvestades samas erinevaid võimalusi ja piiranguid pereliikmete rollis.

Belarmino jt (2025, lk 1) toovad esile, et RFK kasutamine ühise keele ja hindamisraamistikuna soodustab eri valdkondade spetsialistide vahelist koostööd, parandab infovahetust ja aitab tagada kliendikeskse lähenemise. Uuringutulemuste põhjal saab öelda, et RFK praktiline kasutamine abivajadusega eakatele teenuste osutamisel on pigem tagasihoidlik. Eksperdi hinnangul oleks RFK kasutuselevõtt oluline edasiminekuks, kuna see aitaks eri valdkondade spetsialistide vahel kujundada ühtset arusaama kliendi seisundist ja tõlgendada klassifikaatori koode ühtsel viisil. Tulemustest nähtub, et RFK kui rahvusvaheline standardiseeritud klassifikaator pakub suurt potentsiaali integreeritud ja kliendikeskse teenuse pakkumisel. Siiski on selle rakendamine praktikas piiratud eelkõige vähese teadlikkuse ja kasutuskogemuse tõttu. RFK kui Maailma Terviseorganisatsiooni standardiseeritud raamistik aitab mõista inimese funktsioneerimisvõimet ja terviseseisundit terviklikult, arvestades lisaks meditsiinilisele diagnoosile ka tema igapäevast toimetulekut ning ümbritsevat keskkonda (Zhang et al., 2024, lk 2). RFK kui ühise keele roll valdkondade vahelises koostöös ei ole veel uuringupiirkonnas realiseerunud. Süsteemsem teadlikkuse tõstmine ja praktiline koolitus võiksid olla olulised sammud RFK tõhusamaks rakendamiseks igapäevatoös.

Fitzpatrick (2023, lk 1) rõhutab, et digitaalsed suhtlusvahendid on muutunud kaasaegse tervishoiusüsteemi lahutamatuks osaks. Need vahendid toetavad info liikumist ning aitavad kaasa paremini informeeritud otsuste tegemisele ja õigeaegsetele sekkumistele. Teoreetiliselt peaksid digitaalsed tööriistad tõhustama kutsealadevahelist koostööd, vähendama viivitusi andmevahetuses ning looma aluse integreeritud teenuste pakkumisele. Uurimistöö tulemuste põhjal selgub, et digilahenduste potentsiaal ei ole praktikas veel rakendunud. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vaheline suhtlus toimub valdavalt telefoni teel – digitaalseid andmevahetussüsteeme, mis toetaksid struktureeritud ja turvalist koostööd, ei ole kasutusel. Eksperti hinnang kinnitab, et kuigi tehnilised probleemid ei pruugi olla peamine takistus, mõjutavad koostööd spetsialistide ülekoormatus, selgusetus info jagamise piiride osas ning vajadus lihtsama, arusaadava suhtlusviisi järele. Tõdeti, et kergesti sõnastatud ja konkreetsed küsimused aitavad info vahetamisel, kuid probleemiks jääb üldine struktuuri ja süsteemi puudumine, mis toetaks andmevahetust süsteemselt, mitte vaid individuaalse initsiatiivi alusel. Uuringu põhjal saab öelda, et kuigi digitaalsed suhtlusvahendid on olulised koostöö toetajad, on nende rakendamine praktikas endiselt piiratud. Süsteemse andmevahetusplatvormi puudumine takistab tervikliku ja tõhusa koostöö saavutamist tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel. Efektive andmevahetus vajab lisaks tehnilisele lahendusele ka selgeid kokkuleppeid, teadlikkuse tõstmist ja koostöökultuuri arendamist.

Vastused uurimisküsimustele näitasid, et peamiseks vajadusteks peeti valdkondade vahelist suhtlust ja tõhusat infovahetust, ühtset arusaamist eakate abivajadustest. Vajalikuks peeti kogukonna ja lähedaste suuremat kaasamist ning teenuste paremat kättesaadavust. Takistustena nimetati piiratud ressursse, nii tööjõu kui aja nappus, andmekaitsepiiranguid, puuduvat koordineeritud süsteemi ja selgete rollide puudumist spetsialistide vahel. Leiti, et teenused ei jõua alati nendeni, kes neid kõige enam vajavad, samuti takistavad teenuste osutamist eakate vähene teadlikkus võimalustest ja sotsiaalne isoleeritus. Spetsialistid hindasid oma rolli olulise lüli ja esmase kontaktina eakate abivajaduste märkamisel ja suunamisel. Samas tõdeti, et koostöövõimalusi piiravad süsteemide eraldatus, erinevad tööpraktikad ning kokkupuude ühtsete töövahenditega nagu juhtumikorraldus või RFK. Respondendid rõhutasid vajadust arendada koostöösüsteemi, täpsustada osapoolte rolle ning tagada regulaarne ja suunatud infovahetus.

Uuringu tulemustest lähtuvalt esitab magistritöö autor ettepanekud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele parema integreerimise toetamiseks, et tagada suurenenud abivajadusega eakate senisest tõhusam, vajaduspõhine ja koordineeritud abi:

Ettepanekud uuringus osalenud tervishoiuasutuste spetsialistidele:

- Tutvuda kohalike sotsiaalteenustega ja hoida ennast kursis nende arengutega
- Teadvustada RFK potentsiaali eakate funktsionaalse seisundi hindamisel ning otsida võimalusi selle süvendatud tundmaõppimiseks ja rakendamiseks igapäevatoos

Ettepanekud Kanepi, Põlva ja Räpina omavalitsuste sotsiaalosakonna juhtidele:

- Alustada RFK süsteemset ja järjepidevat rakendamist sotsiaaltoos
- Tõhustada abivajajate toetamist, suurendades lähedaste kaasamist ja praktilisi toetusoskusi, samuti tõsta kogukonna teadlikkust ja valmisolekut abivajajaid märgata ja neist teavitada
- Luua perearstikeskustega süsteemne ja regulaarne koostöö eakate toetamise tõhusamiseks

Ettepanekud Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna nõunikule:

- Töötada välja selged tegevusjuhised tervishoiu- ja sotsiaaltöötajatele, mis toetavad abivajaja tõhusat abistamist ja tagavad vastutuse selge jaotumise
- Pakkuda tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele rohkem teavet ja koolitusvõimalusi RFK rakendamiseks praktikas

Kokkuvõttes täideti magistritöö eesmärk ning uurimisküsimustele saadi vastused, mis võimaldasid uurimisprobleemi sisuliselt analüüsida ja mõista. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide hinnangul on suurenenud abivajadusega eakate teenuste koordineerimise peamised vajadused seotud selge tööjaotuse, parema infovahetuse ja süsteemse koostöömudeli loomisega. Vajadust nähakse juhtumikorralduse rakendamises ja kogukonna kaasamises. Peamised takistused on koostöö killustatus, ühiste lahenduste ja vastutuse puudumine, info liikumise piiratus ning spetsialistide suur töökoormus ja kohalike teenuste vähenemine. Teisele uurimisküsimusele – kuidas tajuvad tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid oma rolli suurenenud abivajadusega eakate toetamisel – vastasid uuringus osalenud, et nad peavad oma rolli selles protsessis oluliseks, kuid rakendamisvõimalused on sageli piiratud. Spetsialistid väljendasid valmisolekut teha

koostööd ning panustada eakate toetamisse, kuid tõid esile mitmeid tegureid, mis nende tegevusvõimalusi piiravad.

Käesoleval magistritööl on mitmeid piiranguid, mis võivad mõjutada tulemuste tõlgendamist. Uuring viidi läbi Põlva maakonnas ning keskendub ainult Põlvamaa spetsialistide kogemustele. Põlvamaa on väiksema ja spetsiifilise halduskorraldusega maakond, kus teenuste korraldus, kättesaadavus ja koostöövõrgustikud võivad erineda suurematest piirkondadest, seetõttu ei saa tulemusi laiendada Eesti teistele piirkondadele, kus koostööpraktikad ja teenuste korraldus võivad erineda. Uuringus kasutati väikest ja sihipärast valimit, mis koosnes piiratud arvul intervjueritud spetsialistidest, mis tähendab, et saadud tulemused põhinevad subjektiivsetel hinnangutel ning võivad olla mõjutatud spetsialistide isiklikest kogemustest ja väärtushinnangutest. Suurema omavalitsuse spetsialiste oli esindatud rohkem kui väiksema omavalitsuse spetsialiste, mis võis viia piirkondliku tasakaalu nihkeni. Lisaks loobusid mõned kutsutud spetsialistid osalemast, mille tulemusel võib arvata, et osalesid spetsialistid kes olid teemast huvitatud ja koostööle avatumad. Mõned uuringusse kutsutud spetsialistid pidasid uurimisküsimusi raskesti mõistetavateks, mis võis viidata nii küsimuste keerukusele, aga ka sellele, et teema ei olnud neile tuttav. Tervishoiutöötajate kaasamine uuringusse osutuse märksa keerulisemaks kui sotsiaaltöö spetsialistide kaasamine. Mitmed tervishoiuvaldkonna esindajad loobusid osalemast, viidates ebakindlusele või soovimatusele teemal süvitsi arutada. See võib viidata suurele töökoormusele või vähestele kokkupuutele uuritava teemaga. Sotsiaaltöö spetsialistide kaasamine oli seevastu sujuvam, nad olid altimad jagama kogemusi ja seisukohti, mis võib peegeldada suuremat avatust aruteluks. Intervjuude kaudu kogutud andmed põhinevad osalejate isiklikel kogemustel ja arusaamadel. Saadud info tulemusi tuleb tõlgendada konteksti- ja isikuspetsiifiliselt. Uuringu tulemused peegeldavad valdkonna seisundit kindla ajavahemiku lõikes, valdkonna kiire areng toob kaasa vajaduse uuringutulemuste perioodiliseks ajakohastamiseks. Lõpuks võib uurija roll nii andmete kogumise kui tõlgendamise protsessi mõjutada, eriti juhul, kui uurija omab kokkupuudet valdkonnaga. Kõik need aspektid viitavad vajadusele tõlgendada tulemusi kontekstitundlikult ning tulemusi kasutada eelkõige sisendina kohaliku tasandi arendustegevusteks.

KOKKUVÕTE

Vananev ühiskond seab üha suuremad ootused nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonnale, kuna suurenenud abivajadusega eakate arv kasvab. Ühiskonna vananemisega kaasnevad keerukad ja mitmetahulised vajadused, mis eeldavad senisest tihedamat ja süsteemsemat koostööd erinevate valdkondade vahel. Eakate toimetuleku, heaolu ja väärrika vananemise toetamiseks ei piisa ainult üksikute teenuste pakkumisest, vaid vajalik on koordineeritud ja kliendikeskne lähenemine.

Magistritöö teoreetiline osa keskendus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö mõtestamisele suurenenud abivajadusega eakate toetamise kontekstis. Käsitleti juhtumikorraldust kui võimalust koordineerida erinevate osapoolte tegevusi, pakkudes kliendikeskset ja järjepidevat tuge. Samuti vaadeldi valdkondadevahelise koostöö põhimõtteid, rõhutades selge tööjaotuse, usalduse ja toimiva infovahetuse olulisust. Täiendavalt toetati analüüsi ökoloogilise süsteemi lähenemisega, mille kaudu saab mõista, kuidas eakate heaolu kujuneb mitmel tasandil – alates peresuhetest ja kogukonnast kuni ühiskondlike ja poliitiliste teguriteni. Teoreetiline osa lõi aluse uurimistulemuste analüüsimiseks ja aitas mõista keerukate hooldusvajadustega eakate toetamise süsteemseid väljakutseid.

Magistritöö empiiriline osa keskendus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide kogemuste ja hinnangute uurimisele suurenenud abivajadusega eakate toetamisel Põlvamaal. Andmed koguti kvalitatiivse uurimismeetodi abil poolstruktureeritud intervjuudena kuue pereõe ja kuue sotsiaaltöö spetsialistiga. Lisaks viidi läbi ekspertintervjuu Sotsiaalministeeriumi nõunikuga, et saada ülevaade süsteemsematest vaadetest ja arengusuundadest.

Uuringust selgus, et kuigi koostööd eakate toetamisel peetakse vajalikuks ja oluliseks, toimub see valdavalt isiklike kontaktide ja telefoni teel suhtluse kaudu. Süsteemset koostöömudelit, selget rollijaotust ja toimivat infovahetust spetsialistide sõnul ei

eksisteeri. Ilmnes vähene teadlikkus korralduse sisust ja rakendamisevõimalustest, eriti tervishoiuvaldkonnas.

Spetsialistid tõid välja, et eakate vajadused on mitmekesised – ulatudes terviseprobleemide ja kõrvalabi vajadusest kuni psühhosotsiaalse toe, transpordi, majandusliku toimetuleku ja teenustele ligipääsuni. Rõhutati lähedaste ja kogukonna toetuse tähtsust, kuid nende kaasamine ei ole järjepidev ega süsteemselt toetatud.

Ekspertintervjuu Sotsiaalministeeriumi nõunikuga kinnitas praktikas ilmnenu kitsaskohti ning tõi esile, et koostöö tõhustamiseks on vaja senisest selgemat juhtumikorralduse rakendamist, ühtlustatud vastutuse jaotust ning toimivat andmevahetust. Samuti rõhutas ekspert vajadust mõtestada spetsialistide rollid ja piirid, et vältida dubleerimist ja tagada teenuse saajatele järjepidev tugi.

Lisaks toodi esile koostöö takistused, nagu info liikumise piiratus, andmekaitsega seotud väljakutsed ja spetsialistide suur töökoormus. Uuring kinnitas vajadust paremini koordineeritud, kliendikeskse ja mitmetasandilise koostöö järele, mis võimaldaks pakkuda eakatele terviklikumat tuge.

Uuringu tulemustest lähtudes koostati ettepanekud uuringus osalenud Põlvamaa tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna asutustele ning Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnale eesmärgiga parandada valdkondadevahelist koostööd ja teenuste koordineerimist. See aitaks tagada suurenenud abivajadusega eakatele paremini toimiva, järjepideva ja vajaduspõhise toe.

Edaspidised uuringud võiksid keskenduda tugivõrgustiku – pereliikmete, naabrite ja kogukonna – rollile suurenenud abivajadusega eakate toetamisel, uurides, kuidas neid kaasata tõhusalt ja jätkusuutlikult, vältides samas ülekoormust või liigsõltuvust mitteametlikust toest.

VIIDATUD ALLIKAD

- Aaben, L., Paat-Ahi, G., & Nurm, Ü-K. (2017). *Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik*. Poliitikauringute Keskus Praxis. https://www.praxis.ee/uploads/2017/10/DI_anal%c3%bc%c3%bcs_Praxis-2017_FINAL.pdf
- Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21, Article 753. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10630-1>
- Alshenqeeti, H. (2014). Interviewing as a Data Collection Method: A Critical Review. *English Linguistics Research*, 3(1), 39–45. <https://doi.org/10.5430/elr.v3n1p39>
- Barrenho, E., Haywood, P., Kendir, C., & Klazinga, N. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. *OECD Health Working Papers*, No. 142. <https://doi.org/10.1787/480cf8a0-en>
- Bar-Tur, L. (2021). Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging to Practical Approaches. *Frontiers in Medicine* 8, Article 517226. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226>
- Belarmino, J.-A., Novak, L., & Jewell, V. D. (2025). Linking the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to Occupational Therapy Skilled Nursing Home Interventions. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 13(1), Article 8. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.2312>
- Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The Significance of Cooperation in Interdisciplinary Health Care Teams as Perceived by Polish Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, Article 954, <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>
- Bhattacharyya, O., Shaw, J., Sinha, S., Gordon, D., Shahid, S., Wodchis, W. P., &

- Anderson, G. (2020). Innovative Integrated Health And Social Care Programs In Eleven High-Income Countries. *Integrating Social Services & Health*, 39(4), 689–696. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00826>
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2, Article 14. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Chen, L., & Wu, J. (2024). Difficulties and Solutions in Caring for Cognitive Disorders in Elderly People with Dementia from the Perspective of Social-ecological System Theory. *Academic Journal of Management and Social Sciences*, 7(1), 52–59. <https://doi.org/10.54097/zpak7n10>
- Eesti Linnade ja Valdade Liit. (2025, 24. jaanuar). *Elanike arv kohalike omavalitsuste kaupa*. <https://www.elvl.ee/elanike-arv>
- Fitzpatrick, P. J. (2023). Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. *Frontiers in Digital Health*, 5, Article 1264780. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1264780>
- Fullaondo, A., Hamu, Y., Txarramendieta, J., & de Manuel, E. (2024). Scaling-Out Digitally Enabled Integrated Care in Europe Through Good Practices Transfer: The JADECARE Study. *International Journal of Integrated Care*, 24(3), Article 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.8605>
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., & Van Ginneken, E. (2018). Estonia: Health System Review 2018. *Health Systems in Transition*, 20(1), 1–193. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/estonia-health-system-review-2018>
- Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., & Salu, J. (2021). *Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring*. Arenguseire Keskus. https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2021/11/2021_pikaajalise-hoolduse-tulevik_uuring.pdf
- Hjelm, M. Andersson, A., Ujkani, V., & Kazimiera Andersson, E. (2024). Registered nurse case managers' work experiences with a person-centered collaborative healthcare model: an interview study. *BMC Health Services Research*, 24, Article 1108. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11500-3>

- Hudon, C., Chouinard, M-C., Bisson, M., Brousselle, A., Lambert, M., Danish, A., Rodriguez, C., & Sabourin, V. (2022). Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), Article 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5652>
- Hudon, C., Chouinard, M-C., Doucet, S., Piccinini-Vallis, H., Fairman, K., Sampalli, T., Zed, J., Brodeur, M., Chênevert, D., Dépelteau, A., Dupont, M., Karam, M., Légaré, F., Luke, A., Macdonald, M., Morvannou, A., Ramsden, V. R., Del Barrio, L. R., Wong, S. T., ... Wilhelm, L. (2024). Case management in primary healthcare for people with complex needs to improve integrated care: a large-scale implementation study protocol. *BMJ Open*, 14(8), Article e083783. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083783>
- Iduye, S., Risling, T., McKibbin, S., & Iduye, D. (2022). Optimizing the InterRAI Assessment Tool in Care Planning Processes for Long-Term Residents: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 31(1), 5–19. <https://doi.org/10.1177/10547738211020373>
- Kanat, M., Schaefer, J., Kivelitz, L., Dirmaier, J., Voigt-Radloff, S., Heimbach, B., & Glattacker, M. (2021). Patient-centeredness in the multimorbid elderly: a focus group study. *BMC Geriatrics*, 21, Article 567. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02448-8>
- Kanepi vald. (s. a.). *Kontaktid*. Loetud 22. aprill 2025 aadressil <http://kanepi.kovtp.ee/kontaktid1>
- Kanepi valla arengukava 2023–2030 vastuvõtmine. (2023). *Riigi Teataja IV*, 24.03.2023, 9; *Riigi Teataja IV*, 16.10.2024, 19. Lisa. <https://www.riigiteataja.ee/akt/416102024019>
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Kari, H., Kortejärvi, H., & Laaksonen, R. (2022). Developing an interprofessional people-centred care model for home-living older people with multimorbidities in a primary care health centre: A community-based study. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 5, Article 100114. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2022.100114>

- Khatri, R.-B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A., & Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: a scoping review. *BMC Primary Care*, 24, Article 236. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02194-3>
- Kim, H., Jung, Y.-I., Sung, M., Lee, J.-Y., Yoon, J.-Y., & Yoon, J.-L. (2015). Reliability of the interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) and interRAI Home Care (HC). *Geriatrics & Gerontology International*, 15(2), 220–228. <https://doi.org/10.1111/ggi.12330>
- Kolk, H. (2018). Multidistsiplinaarne geriaatiline hindamine – võimalus eaka inimese probleemide ja vajaduste objektiivseks hindamiseks ning ressursside otstarbekaks kasutamiseks. *Eesti Arst*, 97(4), 225–227, <https://doi.org/10.1515/ea.v0i0.14123>
- Kuluski, K., Ho, J. W., Parminder, K. H., & Nelson, M. L. A. (2017). Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care*, 17(4), 1–11. <https://doi.org/10.5334/ijic.2944>
- Kumlin, M., Berg, G. V., Kvigne, K., & Hellesø, R. (2020). Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 20, Article 595. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6>
- Kurowski, C., Chandra, A., Finkel, E., & Plötz, M. (2015). *Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis: kokkuvõttev aruanne*. Eesti Haigekassa; Maailmapank. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/85268>
- Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Laherand, M.-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. OÜ Infotrükk.
- Leppik, L., Sakkeus, L., Abuladze, L., & Tambaum, T. (2018). Kohanemine rahvastiku vananemisega kui rahvastikupoliitika keskne väljakutse. *Riigikogu Toimetised*, 38, 59–71. <https://rito.riigikogu.ee/wordpress/wp-content/uploads/2018/12/Kohanemine-rahvastiku-vananemisega-kui-rahvastikupoliitika-keskne-v%C3%A4ljakutse.-Leppik-Abuldaze-Sakkeus-Tambaum.pdf>
- Morgan, D., & Mueller, M. (2023). Understanding international measures of health spending: Age-adjusting expenditure on health. *OECD Health Working Papers*, No. 162. <https://doi.org/10.1787/043ed664-en>

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Eesti: Riigi terviseprofiil 2023*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/cee4e9bd-et>
- Ornstein, M. T., & Caruso, C. C. (2024). The Social Ecology of Caregiving: Applying the Social–Ecological Model across the Life Course. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), Article 11. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010119>
- Puis, L., Anier, A., Oras, K., Kull, M., & Tampere, P. (2021). *PAIK lõppraport*. Viljandi Haigla. <https://www.dropbox.com/s/nnpbap8flcd10lp/PAIK%201%C3%B5ppraport%202021.pdf?dl=1>
- Purge, P., Kurmiste, A., Paat-Ahi, G., Tsuiman, K., & Nuiamäe, M. (2023). *Abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendi analüüs ning hoolduskoormuse hindamise meetodika ja hindamisvahendi väljatöötamine*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-01/Abi-%20ja%20toetusvajaduse%20hindamisvahendi%20anal%C3%BC%C3%BCs%20ning%20hoolduskoormuse%20hindamise%20meetodika%20ja%20hindamisvahendi%20v%C3%A4ljat%C3%B6%C3%B6tamine.pdf>
- Põlvamaa arengstrateegia 2035+. (2023). *Riigi Teataja IV*, 27.04.2023, 7. Lisa. <https://www.riigiteataja.ee/akt/427042023007>
- Põlva vald. (2020, 2. juuni). *Kontaktid*. <http://www.polva.ee/kontaktid>
- Põlva vald. (2023, 18. oktoober). *Põlva Päevakeskus*. <http://www.polva.ee/polva-paevakeskus>
- Põlva valla arengukava 2019–2030 ja eelarvestrateegia 2025–2028. (2018). *Riigi Teataja IV*, 15.10.2018, 47; *Riigi Teataja IV*, 04.12.2024, 13. Lisa 1. <https://www.riigiteataja.ee/akt/404122024013>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Räpina valla arengukava 2035. (2024). *Riigi Teataja IV*, 22.10.2024, 1. Lisa. <https://www.riigiteataja.ee/akt/422102024001>
- Räpina Vallavalitsus. (s. a.). *Sotsiaal ja tervishoid*. Loetud 22. aprill 2025 aadressil <https://www.rapina.ee/teenused/sotsiaal-ja-tervishoid/>
- Saks, K. (2023). Tervishoid ja hoolekanne arenevad kumbki omas mullis. *Eesti Arst*,

- 102(3), 177–178, <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/22366>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Sotsiaalministeerium. (2021). *Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2023). *Heaolu arengukava 2023–2030*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-04/Heaolu%20arengukava%202023-2030.pdf>
- Sotsiaalministeerium. (2025) *Programm Sotsiaalhoolekannale 2025–2028*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2025-01/Sotsiaalhoolekande%20programm%202025-2028.pdf>
- Stambler, I., Jin, K., Lederman, S., Barzilai, N., Olshansky, S. J., Omokaro, E., Barratt, J., Anisimov, V. N., Rattan, S., Yang, S., Forster, M., & Byles, J. (2018). Aging Health and R&D for Healthy Longevity Must Be Included into the WHO Work Program. *Aging and Disease*, 9(2), 331–333. <https://doi.org/10.14336/AD.2017.1120>
- Steketee, G., Ross, A.-M., & Wachman, M.-K. (2017). Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 107(S3), S256–S266. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304004>
- Zhang, M., Gao, Y., Xue, J., Li, K., Zhang, L., Yu, J., Yan, T., & Hou, X. (2024). Development of the assessment standards of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Geriatric Core Set through a modified Delphi method. *BMC Geriatrics*, 24, Article 239. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04816-6>
- Tervisekassa. (2025, 31. jaanuar). *Perearstid*. <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/arsti-ja-oendusabi/tervisekassa-lepingupartnerid/perearstid>
- Thiyagarajan, J., Mikton, C., Rowan, H. Harwood, R. H., Gichu, M., Victor Gaigbe-Togbe, V., Jhamba, T., Pokorna, D., Stoevska, V., Hada, R., Steffan, G. S., Liena, A., Rocard, E. & Diaz, T. (2022). The UN Decade of healthy ageing: strengthening measurement for monitoring health and wellbeing of older people. *Age & Ageing*,

- 51(7), article afac147. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac147>
- Tsiachristas, A., Lionis, C., & Yfantopoulos, J. (2015). Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 15, 1–20. <https://doi.org/10.5334/ijic.2228>
- Turu-uuringute AS. (2021). *Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020*. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf
- Van der Klauw D, Molema H, Grooten L, Vrijhoef H. (2014). Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, 14, Article e024, <https://doi.org/10.5334/ijic.1127>
- Viitamees, I., Ülper, A., Tokko, A.-C., Rammo, P., Niidumaa, M., Kalk, K., Nook, K., Kõlli, A., & Paap, E. (2022). *Põlvamaa tervisestrateegia aastani 2035*. https://arenduskeskus.polvamaa.ee/userfiles/Polvamaa_tervisestrateegia2022_tookavand_uus_copy.pdf
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/36419>
- Weir, D. F. (2020). *Case Management for Community-Dwelling Seniors Living with Frailty: Perspectives of Case Managers* [Master's thesis, University of Ontario Institute of Technology]. eScholar. <https://hdl.handle.net/10155/1271>
- World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. <https://iris.who.int/handle/10665/274628>
- Yu, S., Wang, J., Xia, Y., & Tang, Q. (2024). The status quo and influencing factors of intrinsic capacity among community-dwelling older adults from the perspective of Ecological Systems Theory: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24, Article 934. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05499-9>

Lisa 1. Intervjuu küsimused tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele

Üldised andmed

1. Milline on Teie omandatud haridustase?
2. Millises valdkonnas Te töötate?
3. Kui pikk on Teie tööstaaž antud ametikohal?

Eakate vajadused ja teenuste järjepidevus

4. Millised on Teie arvates kõige olulisemad vajadused, millega eakad ja nende lähedased igapäevaselt silmitsi seisavad? (Morgan & Mueller, 2023, lk 4)
5. Kuidas tagatakse eakate jaoks teenuste järjepidevus ja kättesaadavus? (Kurowski *et al.*, 2015, lk 35)
6. Kuidas toetate eakate ja nende perede enesejuhtimise oskusi ja teadlikkust? (Fullaondo *et al.*, 2024, lk 2)

Koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel

7. Kuidas toimub suhtlus ja teabe jagamine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistide vahel? (Kolk, 2018, lk 225)
8. Kuidas mõjutab tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemide eraldatus klientide terviklikku käsitlust? (Habicht *et al.*, 2018, lk 138)
9. Milliseid võimalusi näete tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö parandamiseks krooniliste haigustega abivajajate hoolduses? (Habicht *et al.*, 2018, lk 138)
10. Kas praegune tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem toetab piisavalt keerukate vajadustega inimeste hooldust? Mida võiks muuta? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)

Koostöö roll

11. Kuidas kirjeldaksite oma kogemust koostöös tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel? (Schot *et al.*, 2020, lk 333)

Lisa 1. järg

12. Millised tegurid soodustavad või takistavad sujuvat ja tulemuslikku partnerlust erinevate spetsialistide ja organisatsioonide vahel? (Schot *et al.*, 2020, lk 333)
13. Milliseid lahendusi või sekkumisi olete näinud/rakendanud, mis aitavad parandada suurenenud vajadusega eakate toimetulekut? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)
14. Kuidas saaks lähedaste ja kogukonna kaasamine paremini toetada eakate elukvaliteeti? (Yu *et al.*, 2024, lk 7)

Juhtumikorraldus ja selle praktika

15. Olete teadlik juhtumikorraldusest?
16. Kuidas kirjeldaksite juhtumikorralduse rolli Teie töös? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2), (World Health Organization, 2018, lk 16)
17. Milliseid meetodeid või strateegiaid kasutate, et tagada eakate inimeste vajadustele vastav terviklik hooldus? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)
18. Mis on Teie arvates suurimad väljakutsed juhtumikorralduses keerukate tervishoiu- ja sotsiaalvajadustega inimestega töötades? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)
19. Milline on olnud juhtumikorralduse mõju suurenenud abivajadusega eakate teenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile teie kogemuse põhjal? (Karam *et al.*, 2018, lk 70)

Infotehnoloogia ja tööriistad teenuste koordineerimisel

20. Milliseid meetodeid ja/või digilahendusi kasutate eakate vajaduste hindamiseks oma töös?
21. Kas kasutate selleks mõnda kindlat hindamisvahendit või klassifikaatorit? (Zhang *et al.*, 2024, lk 2)
 - Elektroonilised andmehaldussüsteemid: Digilugu, STAR
 - Hindamissüsteemid: interRAI, RfK (rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon), tervise ja elukvaliteedi hindamise tööriistad (Iduye *et al.*, 2022, lk 6, Belarmino *et al.*, 2025, lk 1, Kim *et al.*, 2015, lk 227)
 - Suhtlus- ja koostööplatvormid: tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelised andmevahetussüsteemid, telefoni- ja videokonsultatsioonid (Fitzpatrick, 2023, lk 1, 10)

Lisa 1 järg

22. Kas ja millistes olukordades kasutate RFK-d andmete kogumiseks, või eelistate mõnda muud hindamise või klassifitseerimise süsteemi? (Zhang *et al.*, 2024, lk 2)
23. Kas ja milliseid digitaalseid või elektroonilisi lahendusi kasutate eakate vajaduste hindamiseks? Kui ei kasuta, siis miks? (Fitzpatrick, 2023, lk 1, 10)
24. Kuidas toetab või takistab infotehnoloogia Teie arvates koostööd sotsiaal- ja tervishoiusektori spetsialistide vahel? (Belarmino *et al.*, 2025, lk 1)
25. Milliseid võimalusi näete hindamisvahendi ja/või digitaalsete lahenduste juures, et lihtsustada ja/või parandada koostööd tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel? (Belarmino *et al.*, 2025, lk 1)

Isiklikud kogemused ja ettepanekud

26. Milline on Teie kogemus juhtumikorralduse rakendamisel keeruliste tervishoiuvajadustega klientide hoolduses? (Hudon *et al.*, 2022, lk 6, 10)
27. Kuidas mõjutavad juhtumikorraldajate pädevus ja enesejuhtimise lähenemine klientide tulemusi? (Hudon *et al.*, 2022, lk 6, 10)
28. Kuidas hindate kohalike tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna organisatsioonide koostöö mõju mitme terviseprobleemiga eakate teenustele juurdepääsule? (Alderwick *et al.*, 2021, lk 6; Kumlin *et al.*, 2020, lk 2)
29. Kuidas hindate kohalike tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna organisatsioonide koostöö mõju mitme terviseprobleemiga eakate hoolduse järjepidevusele? (Alderwick *et al.*, 2021, lk 6; Kumlin *et al.*, 2020, lk 2)
30. Kas on mõni oluline aspekt, selle teema raames, mida sooviksite jagada?

Lisa 2. Intervjuu küsimused eksperdile

Küsimused on koostatud lähtuvalt käesoleva töö raames läbiviidud intervjuude vastustest.

1. Millised süsteemsed muudatused oleks Teie hinnangul kõige olulisemad, et parandada keerukate vajadustega inimeste hoolduse kättesaadavust ja kvaliteeti olukorras, kus pereõed toovad välja ressurside ja tööjõu puuduse ning sotsiaaltöö spetsialistid osutavad teenuste tühimikule kodus toimetuleku ja hooldekodu vahel?
2. Kui tõhus on infovahetus tervishoiu- ja sotsiaaltöö spetsialistide vahel ning milliseid takistusi olete kogenud?
3. Millest Teie hinnangul tuleneb erinev tajutav koostöökogemus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahel – kui pereõed kirjeldavad koostööd sujuvana, kuid sotsiaaltöötajad toovad välja infoliikumise puudujääke?
4. Kas mõlema valdkonna spetsialistide ettevalmistus ja pädevus Põlvamaal vastab Teie hinnangul koostöö vajadustele?
5. Mis on Teie arvates suurimad väljakutsed juhtumikorralduses keerukate tervishoiu- ja sotsiaalvajadustega inimestega töötades? (Hudon *et al.*, 2024, lk 2)
6. Milliseid konkreetseid samme tuleks astuda, et parandada koostööd?
7. Milliseid probleeme on tekitanud andmete edastamine või jagamine eri osapoolte vahel? Kuidas mõjutavad andmekaitse nõuded ja konfidentsiaalsus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelist koostööd?
8. Millist tulevikku näete Teie tervishoiu- ja sotsiaalvaldkondade vahelises suhtluses?

SUMMARY

HEALTHCARE AND SOCIAL SECTOR COOPERATION IN SUPPORTING THE ELDERLY WITH INCREASED NEED FOR ASSISTANCE IN PÕLVA COUNTY

Janika Matto

The ageing of the population leads to an increase in the number of older adults with chronic diseases and coping difficulties. An ageing society places increased demands on both healthcare and social sectors, as the number of older adults with an increasing need for help is growing. While in 1950 the proportion of people aged 65 and over did not exceed 11% of the population of any Country, by 2020 it had already risen to 18%. According to forecasts, the proportion of people aged 60 and over may reach up to 38%. The ageing society brings complex and varied needs, which require closer and more systematic cooperation between different care sectors. In order to support the well-being and dignified ageing of the elderly, it is not enough to offer individual services alone; a coordinated and client-centred approach is necessary.

The theoretical section of the Master's thesis focused on understanding the cooperation between the health and social sectors in supporting older adults with an increased need for assistance. Case management was considered an opportunity to coordinate the activities of the different parties, providing client-centred and consistent support. The principles of interdisciplinary cooperation were also examined, emphasising the importance of a clear division of labour, trust, and effective exchange of information. The analysis was additionally supported by an ecological system approach, through which it is possible to understand how the well-being of the elderly is formed at multiple levels - from family relationships and community to social and political factors. The theoretical part created a basis for analysing the research results and helped to understand the systemic challenges of supporting the elderly with complex care needs.

The practical section of the Master's thesis focused on examining the experiences and assessments of health and social specialists in support of the elderly, with an increased need for assistance in Põlva County. Data was collected using quantitative research in partly structured interviews with six family nurses and six social work specialists. In addition, an expert interview was conducted with an advisor to the Ministry of Social Affairs to gain an overview of more systematic views and development trends.

The study revealed that although cooperation in supporting the elderly is considered necessary and important, it mainly occurs through personal contact and telephone communication. According to specialists, there is no systematic cooperation model, no clear division of roles and no effective exchange of information. There was little awareness of the content of the organization and implementation options, especially in the healthcare field.

Specialists pointed out that the needs of the elderly are diverse - ranging from health problems and the need for auxiliary assistance to psychosocial support, transportation, economic coping and access to services. The importance of support from loved ones and the community was also highlighted, but their involvement is not consistent or systematically supported.

An expert interview with an advisor to the Ministry of Social Affairs confirmed the bottlenecks that have emerged in practice and revealed that in order to make cooperation more efficient, clearer implementation of case management, a harmonized division of responsibilities and effective data exchange are needed. The expert also stressed the need to visualize the roles and limits of specialists in order to avoid duplication and ensure consistent support for clients.

In addition, obstacles to cooperation were highlighted, such as limited information flow, challenges related to data protection and the high workload of specialists. The study confirmed the need for better coordinated, client-centred and multi-level cooperation, which would allow for more comprehensive support for the elderly.

Based on the results of the study, proposals were prepared for the Health and Social Services Institutions of Põlva County who participated in the study and for the Welfare

Department of the Ministry of Social Affairs with the aim of improving cross-sector cooperation and coordination of services. This would help to ensure better functioning and consistent and needs-based support for the elderly with additional need for assistance.

Future studies could focus on the role of the support network – family members, neighbours and the community – in supporting the elderly with an additional need for assistance, examining how to involve them effectively and sustainably, whilst avoiding excessive reliance on or overburdening of informal support.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Janika Matto,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö suurenenud abivajadusega eakate toetamisel Põlvemaal“, mille juhendaja on Ewe Alliksoo, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Janika Matto

18.05.2025