

TARTU ÜLIKOOLI PÄRNU KOLLEDŽ

Teenuste disain ja juhtimine

Marin Truman-Puustusmaa

**KOHALIKU OMAVALITSUSE
KODUTEENUSE
KVALITEEDIJUHTIMISSÜSTEEMI DISAIN
TURVALISE TOIMETULEKU
TAGAMISEKS TALLINNA NÄITEL**

Magistritöö

Juhendajad: Anne Rähn, MA

Kalvi Almonsén, MBA

Pärnu 2026

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Anne Rähn

(allkirjastatud digitaalselt)

Kalvi Almonsen

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Grete Männikus

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Marin Truman-Puustusmaa

SISUKORD

Sissejuhatus.....	4
1. Koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise raamistik teenuse saaja turvalise toimetuleku tagamiseks	8
1.1. Kvaliteedijuhtimissüsteem ja selle mõõtmise alused avalikes sotsiaalteenustes	8
1.2. Teenuse saaja turvaline toimetulek, teenusedisain ja avalik väärtus kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel	20
2. Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekst, uurimismetoodika ja valim	34
2.1. Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekst, uurimismetoodika ja valim	34
2.2. Turvalise toimetuleku dimensioonid ja kvaliteedijuhtimise kitsaskohad koduteenuses	40
2.3. Uuringu järeldused ja ettepanekud kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamiseks Tallinna Koduteenuse Keskuses	48
Kokkuvõte.....	58
Viidatud allikad.....	61
Lisa 1. Intervjuukavad.....	70
Lisa 2. Koduteenuse klientide ja hooldustöötaja persoonad empiiriliste andmete põhjal koostatud kasutajapildid KJS mõõdikuvajaduse illustreerimiseks	81
Lisa 3 Klienditeekond koduteenuse saamisest kuni pideva teenuse saamiseni, kliendi kogemuspõhine analüüs kitsaskohtade ja mõõdikuvajaduste kaardistamiseks.....	83
Lisa 4. Koduteenuse külastuse teenusekaart, kliendile nähtava ja nähtamatu teenuse analüüs praeguste kitsaskohtade kaardistamiseks	85
Lisa 5 How Might We ehk Kuidas me võiksime? Disainiküsimused empiirilistest kitsaskohtadest KJS mõõdikuteks	88
Summary	92

SISSEJUHATUS

Rahvastiku vananemine on üks 21. sajandi kõige olulisemaid demograafilisi ja sotsiaalpoliitilisi väljakutseid, mis suurendab vajadust pikaajalise hoolduse ja kodus elamist toetavate teenuste järele. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (edaspidi OECD) andmetel kasvab 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal arenenud riikides praeguselt 17 protsendilt 27 protsendini aastaks 2050 (OECD, 2023, lk 15). Demograafiline nihe suurendab märkimisväärselt nõudlust koduteenuste järele, kuivõrd eakad eelistavad võimaluse korral säilitada harjumuspärane elukorraldus oma kodus institutsionaalse hoolduse asemel (World Health Organization, 2021, lk 8). Euroopa Komisjoni andmetel saab koduteenuseid ligikaudu kaheksa protsenti üle 65-aastastest eurooplastest, seejuures vahelduvad teenuse kvaliteet ja kättesaadavus riigiti märkimisväärselt (European Commission, 2021, lk 23). Kvaliteetse koduteenuse tagamine on muutunud prioriteediks nii poliitikakujundajatele kui teenuse osutajatele, kuid kvaliteedi defineerimine ja mõõtmine on jätkuvalt rahvusvaheline väljakutse (Genet *et al.*, 2011, lk 207). Hoolimata paljudest riiklikest kvaliteediindikaatorite süsteemidest, mis on loodud eakate koduhooldusteenuste seiramiseks, on teadmised koduhoolduses pakutava kvaliteetse ja ohutu abi tagamise keerukatest teguritest veel algstaadiumis (Caughey *et al.*, 2025, lk 2). Zheng jt näitavad rahvusvahelises süstemaatilises ülevaates, et koduteenuse kvaliteedi hindamise mudelid on killustunud ning puudub konsensus, millised mõõdikud kajastavad teenuse tegelikku mõju inimeste elule (Zheng *et al.*, 2024, lk 2).

Eesti sotsiaalhoolekandesüsteemis on koduteenus kohaliku omavalitsuse (edaspidi KOV) korraldatav sotsiaalteenus. Sotsiaalhoolekande seaduse (edaspidi SHS) § 17 lõige 1 sätestab koduteenuse eesmärgina täisealise isiku iseseisva ja turvalise toimetuleku tagamise kodustes tingimustes (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Seadus kasutab mõistet „turvaline toimetulek“, kuid jätab selle defineerimata, kusjuures ka seaduse seletuskirjas ja rakendusjuhistes ei ole sellele mõistele mõõdetavat sisu antud.

Probleem ei seisne üksnes selles, et kvaliteeti on keeruline mõõta, vaid ka selles, et teenuse seadusliku eesmärgi üks keskne osa on sõnastatud määratlemata mõiste kaudu. Teenuse korraldamise, osutamise ja kvaliteedijuhtimise seisukohast raskendab see ühtse juhtimis- ja hindamisloogika kujunemist (Tarricone & Tsouros, 2008, lk 12). Autor leiab, et praktikas tähendab see, et kohalikud omavalitsused ei suuda süsteemselt tuvastada, kus teenuse osutamine ei toeta inimese tegelikku heaolu ja iseseisvust. Konkreetsed kvaliteediprobleemid, näiteks kukkumised koduses keskkonnas, sotsiaalne isoleeritus, ravimite valesti võtmine, finantsiline ülekoormus ja vääriskust kahjustavad olukorrad, avalduvad alles tagantjärele kaebustes, õnnetustes või institutsionaalse hoolduse vajaduses. Teenuse kvaliteedi parendamine taandub kaebusepõhisele reageerimisele, mitte süsteemsele ennetusele. Riigikontrolli audit kinnitas, et kohalikud omavalitsused ei hinda süstemaatiliselt koduteenuse mõju ega teenuse saajate toimetuleku muutust ning puuduvad ühtsed kvaliteedistandardid ja mõõdikud (Riigikontroll, 2023, lk 4).

Tallinna linnas on koduteenuse korralduses toimunud oluline struktuurimuudatus. Tallinna Linnavolikogu otsusega nr 6 (06.02.2025) konsolideeriti varem linnaosade hallatavates asutustes tegutsenud struktuuriüksused alates 1. juunist 2025 üheks organisatsiooniks, Tallinna Koduteenuse Keskuseks (Tallinna Linnavolikogu, 2025). Enne konsolideerimist korraldas iga linnaosa teenust eraldi, mis tõi kaasa varieeruvuse teenuse kvaliteedis, dokumenteerimispraktikates ja töökorralduses. 1. jaanuari 2026 seisuga teenindab Tallinna Koduteenuse Keskus ligikaudu 1500 klienti, organisatsioonis töötab 143 koduhooldustöötajat ning 2026. aastaks planeeritud eelarve on 4,2 miljonit eurot (Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, 2026). Konsolideerimisreform loob soodsa institutsionaalse hetke disainida ühtne kvaliteedijuhtimissüsteem (edaspidi KJS) algusest peale, tuginedes teaduslikele alustele ja valdkonna parimatele praktikatele. KJS puudumise tingimustes sõltub teenuse saajate turvaline toimetulek üksikute hooldustöötajate tähelepanelikkusest ning organisatsioonil puudub süsteemne võime tuvastada ja maandada kvaliteediprobleeme enne nende eskaleerumist. Tallinna 2026. aasta eelarve alusel on institutsionaalse hoolduse aastane kulu ühele kliendile keskmiselt 10 663 eurot ning koduteenuse oma 2494 eurot, ehk 4,3 korda madalam (Tallinna Linnavolikogu, 2026). Iga ennetatavalt

institutsionaalsesse hooldusse suunatud klient tähendab nii inimese iseseisvuse kaotust kui ka avaliku raha ebatõhusat kasutust.

Magistritöö uurimisprobleem on kahetasandiline. Kontseptuaalsel tasandil ei ole turvalise toimetuleku mõiste sisustatud sotsiaalhoolekande seaduses ega selle rakendusjuhistes. Selle tulemusena puudub Eesti koduteenuse valdkonnas ühtne alus hinnata, kas teenus tegelikult vastab inimese turvalise toimetuleku vajadusele ning samade vajadustega inimesed saavad eri omavalitsustes erineva mahu ja sisuga teenust. Rakenduslikul tasandil puudub Tallinna Koduteenuse Keskusel KJS, mille tulemusena ei suudeta süsteemselt tuvastada kvaliteediprobleeme, mis ohustavad teenuse saajate iseseisvust ja heaolu, vältida ennetavat institutsionaalsele hooldusele suundumist ega tõendada avalikkusele, kas teenus täidab oma seaduslikku eesmärki ja loob oodatud avalikku väärtust.

Magistritöö eesmärk on välja töötada Tallinna Koduteenuse Keskusele kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel, mis võimaldab turvalist toimetulekut süsteemselt hinnata ja juhtida. Eesmärgi saavutamiseks püstitatakse järgnevad uurimisküsimused:

1. Kuidas on turvatunne ja turvaline toimetulek koduteenuse kvaliteedi käsitluses defineeritud, operatsionaliseeritud ja mõõdetud?
2. Millised kvaliteedimõõdikud turvalise toimetuleku hindamiseks ja juhtimiseks ning kuidas neid Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekstis operatsionaliseerida?
3. Kuidas kujundada teenusedisaini metoodikat rakendades kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel, mis toetab turvalist toimetulekut ja on rakendatav Tallinna Koduteenuse Keskuse praegustes tingimustes?

Töö teoreetiline raamistik integreerib kolm omavahel seotud käsitlust. Turvalise toimetuleku kontseptsioon operatsionaliseeritakse rahvusvahelise teaduskirjanduse ja inimväärikuse normatiivsete aluste kaudu. Donabediani (1988, lk 1745) struktuuri, protsessi ja tulemuse mudel, mida on laiendatud kogemuse dimensiooniga (McCullough *et al.*, 2023, lk 161), pakub kvaliteedi mõõtmise alusraamistiku. Moore'i (1995, lk 71) avaliku väärtuse strateegiline kolmnurk ning teenusedisaini metoodika (Stickdorn *et al.*, 2018, lk 21) kombineerituna hübriidses topeltteemant-PDCA mudelis raamistavad kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise metoodilise lähenemise.

Töö praktiline väljund on Tallinna Koduteenuse Keskusele kohandatud kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel koos juhtimisloogikaga, mille põhimõtted on kohaldatavad teistele Eesti kohalike omavalitsuste korraldatud koduteenuse osutajatele, kuigi sihttasemed tuleb seada vastavalt iga organisatsiooni kontekstile ja ressursidele. Teoreetiline panus seisneb sotsiaalhoolekande seaduse § 17 turvalise toimetuleku mõiste operatsionaliseerimises, andes seadusandja poolt kasutatud, kuid seni sisustamata mõistele mõõdetava sisu ning näidates, kuidas kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli, teenusedisaini ja avaliku väärtuse käsitluse ühendamist saab edukalt rakendada avaliku sektori sotsiaalteenuste arendamisel.

Magistritöö koosneb kahest osast. Esimene osa avab teoreetilise raamistiku kahes alapeatükis, milles leiab käsitlust kvaliteedijuhtimine avalikes sotsiaalteenustes, teenusedisaini ja avaliku väärtuse loogika kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel ning turvaline toimetulek koduteenuse kvaliteedijuhtimise mõõdetava eesmärgina. Teine osa esitab empiirilise uuringu kolmes alapeatükis, milleks on uurimiskontekst ja meetoodika, uuringu tulemused ning järeldused, ettepanekud ja arutelu.

Käesoleva magistritöö koostamisel kasutati tehisintellekti tööriista Claude (Anthropic, 2025) parafraseerimise, jooniste loomise ja akadeemilise stiili kujundamise abivahendina. Tehisintellekti kasutati üksnes abivahendina ning töö sisuline analüüs, uurimustulemuste tõlgendamine, järeldused ja vastutus esitatud väidete ning viidete korrektsuse eest kuuluvad autorile.

1. KODUTEENUSE KVALITEEDIJUHTIMISSÜSTEEMI KUJUNDAMISE RAAMISTIK TEENUSE SAAJA TURVALISE TOIMETULEKU TAGAMISEKS

1.1. Kvaliteedijuhtimissüsteem ja selle mõõtmise alused avalikes sotsiaalteenustes

Peatükk loob teoreetilise raamistiku, mille alusel kujundatakse Tallinna Koduteenuse Keskusele kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel. Peatükk liigub esmalt kvaliteedijuhtimissüsteemi ja kvaliteedimõõtmise aluste juurde ning seejärel seob mõõtmisloogika koduteenuse sisulise eesmärgi, teenuse saaja turvalise toimetuleku, teenusedisaini meetoodika ja avaliku väärtuse käsitlesega.

Kvaliteedijuhtimissüsteem on organisatsiooni kokkulepitud juhtimis- ja parendusloogika, mille kaudu määratletakse teenuse eesmärgid, kirjeldatakse teenuse osutamise põhimõtted, kogutakse kvaliteedi kohta andmeid ning kasutatakse neid juhtimisotsuste ja parendustegevuste tegemiseks. Kvaliteedijuhtimissüsteem ei tähenda üksnes dokumenteeritud korda ega juhendite kogumit, vaid toimivat seost organisatsiooni eesmärkide, tööprotsesside, vastutuse, mõõdikute ja parendustegevuste vahel (Caughey *et al.*, 2025, lk 2; Karimi-Dehkordi *et al.*, 2024, lk 5). Pikaajalise hoolduse ja koduteenuse kontekstis on kvaliteedijuhtimise keskne ülesanne muuta teenuse kvaliteet nähtavaks viisil, mis toetab nii igapäevast korraldamist kui ka süsteemset arendamist (Karimi-Dehkordi *et al.*, 2024, lk 5).

Koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi eripära seisneb selles, et teenuse kvaliteeti ei saa hinnata üksnes osutatud teenusetundide, külastuste arvu või tegevuste loetelu kaudu. Need näitajad kirjeldavad teenuse mahtu, kuid ei näita piisavalt, kas teenus toetab kliendi turvalist toimetulekut, vähendab riske, säilitab iseseisvust või loob kliendile turvatunnet (Zheng *et al.*, 2024, lk 3). Lisaks toimub teenuse osutamine

kliendi eraelulises keskkonnas, kus teenuseosutaja võimalused riske ennetada, keskkonda kontrollida ja teenuse mõju hinnata on piiratumad kui asutusepõhises hoolduses (Karimi-Dehkordi *et al.*, 2024, lk 7). Seetõttu peab koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteem ühendama teenuse sisulise eesmärgi, tööprotsessid, töötajate tegevuse, kliendi kogemuse ja teenuse tulemused ühtseks juhtimisloogikaks ning võimaldama kvaliteediprobleeme märgata enne nende eskaleerumist.

Kvaliteedijuhtimissüsteemi toimimise keskne vahend on kvaliteedimõõdik ehk kvaliteediindikaator. Wagner jt (2020, lk 3) defineerivad kvaliteedimõõdikut kui mõõdetavat ja korratavat näitajat, mis kirjeldab teenuse struktuuri, protsessi, tulemust või kogemust kindlal ajahetkel ning võimaldab jälgida muutust ajas, võrrelda teenuse osutamist eri üksuste või osutajate vahel ning teha kvaliteediparenduseks vajalikke juhtimisotsuseid. Donabedian (1988, lk 1743) on rõhutanud, et mõõdik erineb tegevusnõudest selle poolest, et tegevusnõue ütleb, mida tuleb teha, kuid mõõdik näitab, kui järjepidevalt, õigel ajal ja tulemuslikult seda tehakse ning kas kõrvalekalle sihttasemest vajab juhtimisreaktsiooni. Koduteenuse näitel võib kvaliteedimõõdik olla näiteks planeeritud kodukülastustest teostatud külastuste osakaal, kliendi vajaduste kordushindamise õigeaegsus, märgatud kodukeskkonna riskide dokumenteerimise osakaal või kliendi tajutud turvatunde muutus.

Heale kvaliteedimõõdikule esitatakse mitu metoodilist nõuet. Wagner jt (2020, lk 3) toovad süstemaatilises ülevaates välja neli põhinõuet, milleks on valiidsus, reliaablus, teostatavus ja tundlikkus muutuse suhtes. Nendele kriteeriumidele lisatakse selles peatükis asjakohasus ehk seotus teenuse eesmärgi ja hinnatava kvaliteediprobleemiga. Asjakohasuse eraldi rõhutamine on vajalik, sest koduteenuse eesmärk on seaduses sõnastatud mitmemõõtmelise mõistena ning eesmärgiga nõrgalt seotud mõõdikud ei võimalda hinnata, kas teenus saavutab oma sihti. Sarnast loogikat toetavad Caughey jt (2025, lk 6), kelle kohaselt rahvusvahelises kirjanduses tunnustatakse asjakohasust kui kvaliteediindikaatori valikukriteeriumi. Valiidsus tähendab, et mõõdik mõõdab seda kvaliteediaspekti, mille hindamiseks see on loodud. Reliaablus tähendab, et mõõdik annab sarnastes tingimustes sarnase tulemuse sõltumata hindajast või ajast. Teostatavus tähendab, et andmete kogumine on võimalik olemasolevate tööprotsesside, infosüsteemide ja töötajate ressursi piires. Tundlikkus muutuse suhtes tähendab, et

mõõdik on kasulik ainult siis, kui see aitab märgata tegelikku muutust teenuse kvaliteedis (Karimi-Dehkordi *et al.*, 2024, lk 8).

Teadusallikatele tuginedes lähtutakse praktilisest põhimõttest, et mõõdik peab olema korraga sisuliselt põhjendatud, organisatsioonis kogutav ja juhtimisotsustes kasutatav. Mõõdik ei ole eesmärk iseeneses, vaid juhtimisinfo, mille kaudu saab tuvastada kvaliteediprobleeme, jälgida muutusi ja otsustada parendustegevuste üle. Seetõttu ei sobi kvaliteedijuhtimissüsteemi sellised näitajad, mida on lihtne koguda, kuid mille seos teenuse seadusliku eesmärgiga on nõrk. Samuti ei sobi mõõdikud, mille kogumine oleks sisuliselt asjakohane, kuid milleks organisatsioonil puuduvad realistlikud andmeallikad, tehniline võimekus või töötajate ressurss. Sama põhimõtet kasutatakse empiirilises osas mõõdikute valikul ja prioriteetide seadmisel.

Koduteenuse kvaliteedimõõdikud võivad kirjeldada erinevaid kvaliteedi tasandeid. Struktuurimõõdikud kirjeldavad teenuse osutamise eeldusi, näiteks töötajate arvu, pädevust, töökorraldust, juhendite olemasolu, infosüsteeme ja abivahendeid. Protsessimõõdikud kirjeldavad teenuse osutamise viisi, näiteks abivajaduse hindamise õigeaegsust, hooldusplaani ajakohasust, külastuste toimumist, riskide märkamist ja dokumenteerimist. Tulemusemõõdikud kirjeldavad teenuse mõju kliendile, näiteks toimetuleku säilimist, kukkumiste või haiglaravi vajaduse vähenemist või institutsionaalse hoolduse edasilükkumist. Kogemusmõõdikud kirjeldavad kliendi või töötaja subjektiivset kogemust, näiteks turvatunnet, usaldust, informeeritust, kaasatust või töötaja tunnetatud valmisolekut teenust kvaliteetselt osutada (McCullough *et al.*, 2023, lk 161; Zheng *et al.*, 2024, lk 4).

Mõõdikute tüübid erinevad ka andmekogumise loogika poolest. Struktuuri- ja protsessimõõdikud on enamasti sündmuspõhised või tegevuspõhised näitajad, mida saab koguda jooksvalt teenuse osutamise käigus. Tulemuse- ja kogemusmõõdikud kirjeldavad pigem kliendi või organisatsiooni seisundit kindlal ajahetkel ning vajavad perioodilist hindamist või tagasiside kogumist (Wagner *et al.*, 2020, lk 4). Mõlemad mõõdikute tüübid on koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemis vajalikud, sest struktuuri- ja protsessimõõdikud annavad kiire operatiivse signaali, kuid tulemuse- ja kogemusmõõdikud näitavad, kas teenus loob kliendi jaoks soovitud muutust või väärtust (Caughey *et al.*, 2025, lk 8).

Kvaliteedi mõõtmise teoreetilise raamistiku valikul lähtutakse viiest kriteeriumist, mis peavad olema täidetud, et raamistik sobiks töö eesmärgiga. Esimene kriteerium on võime eristada teenuse osutamise eeldusi, tegevusi, mõju ja kliendi kogemust ning ühendada need ühte mõõtmissüsteemi. Teine kriteerium on kohandatavus konkreetse organisatsiooni töökorraldusele, mis tähendab, et raamistikku ei pea rakendama tervikuna ja eelkonfigureeritud kujul, vaid seda saab kohandada Tallinna Koduteenuse Keskuse olemasolevate andmeallikate, infosüsteemide ja töötajate ressursi piires. Kolmas kriteerium on toimivus avaliku sotsiaalteenuse kontekstis, mis tähendab, et raamistik ei eelda erasektorile omast tulemusjuhtimise või kvaliteedikulu loogikat, vaid arvestab avaliku sotsiaalteenuse eesmärgi, sihtgrupi ja õigusliku raamistikuga. Neljas kriteerium on operatsionaliseeritavus turvalise toimetuleku mõõtmiseks, mis tähendab, et raamistik peab võimaldama sõnastada konkreetseid mõõdikuid, mis kirjeldavad sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvis 17 sätestatud koduteenuse eesmärgi täitmist. Viies kriteerium on metoodiline rangus, mis tähendab, et raamistik peab olema rahvusvaheliselt tunnustatud, teaduslikult valideeritud ning toetama mõõdiku metoodiliste nõuete täitmist.

Nende viie kriteeriumi alusel sobib teoreetiliseks raamistikuks Avedis Donabediani struktuuri, protsessi ja tulemuse mudel, mida laiendatakse kogemuskvaliteedi dimensiooniga ning täiendatakse nelja kaasaegse käsitlusega. Donabediani mudel vastab valitud kriteeriumidele mitmel põhjusel. Esiteks võimaldab mudel eristada teenuse osutamise eelduste, tegevuste, mõju ja kogemuse aspekti ning siduda need ühte mõõtmisloogikasse (McCullough *et al.*, 2023, lk 163). Teiseks ei ole Donabediani mudel sertifitseerimissüsteem ega kohustuslik standard, vaid kontseptuaalne raamistik, mida saab kohandada konkreetse teenuse, organisatsiooni ja andmevõimekuse konteksti. Kolmandaks on mudel laialdaselt kasutusel nii tervishoiu kui ka sotsiaalhoolekande teenuste kvaliteedi hindamisel ning toimib avaliku teenuse kontekstis (Caughey *et al.*, 2025, lk 5). Neljandaks võimaldab mudel sõnastada mõõdikuid teenuse eesmärgi täitmise hindamiseks. Viiendaks on mudel rahvusvaheliselt tunnustatud ja kaasaegsete süstemaatiliste ülevaadete kohaselt endiselt valdkonna juhtiv hindamisraamistik (McCullough *et al.*, 2023, lk 161). Järgnevalt avatakse Donabediani mudel klassikalises kolmemõõtmelises kujus,

seejärel laiendatakse seda Doyle jt (2013) kogemuskvaliteedi dimensiooniga ning täiendatakse nelja kaasaegse käsitlusega.

Donabedian (1988, lk 1745) sõnastas tervishoiukvaliteedi hindamise klassikalise raamistiku, mis eristab kolme dimensiooni, milleks on struktuur, protsess ja tulemus. Mudeli loogika kohaselt loob struktuur eeldused protsessi toimimiseks ning protsess avaldub tulemustes. Hilisemas käsitluses kirjeldas Donabedian (2005, lk 692) seda ahelana, kus iga eelnev element on järgmise eelduseks ning kvaliteedi hindamine peab haarama kõiki kolme dimensiooni samaaegselt. Mudeli struktuuriaspekt kirjeldab tingimusi ja ressursse, mille raames teenust osutatakse, sealhulgas töötajate arvu ja pädevust, töökorraldust, juhiseid, abivahendeid ja infosüsteeme. Protsessiaspekt kirjeldab teenuse osutamisel toimuvat tegevust, sealhulgas vajaduste hindamist, külastuste tegemist, riskide märkamist, dokumenteerimist ja koostööd. Tulemuse aspekt väljendab teenuse mõju kliendile, näiteks iseseisvuse säilimist, turvalise toimetuleku toetamist, riskide vähenemist või institutsionaalse hoolduse vajaduse edasilükkumist.

Donabediani klassikalist kolmikmodelit on hiljem laiendatud neljanda dimensiooniga, mis on koduteenuse kontekstis eriti oluline. Doyle jt (2013, lk 1) viisid läbi süstemaatilise ülevaate, mis tuvastas statistiliselt olulised seosed patsiendi kogemuse ning kliinilise ohutuse ja tulemuslikkuse vahel. See leid tähendab, et kogemus ei ole pelgalt kõrvalteema, vaid iseseisvalt oluline kvaliteedidimensioon, mis ennustab tulemusi. Koduteenuse puhul on kogemusdimensioon määrava tähtsusega, sest teenus avaldub suurel määral kliendi ja töötaja vahelises suhtes ning kliendi subjektiivne kogemus mõjutab nii teenuse tegelikku mõju kui ka usaldust teenuse osutamise vastu (Zheng *et al.*, 2024, lk 5).

McCullough jt (2023, lk 161) süstemaatiline ülevaade kinnitas, et Donabediani mudel on endiselt üks juhtivaid tervishoiu- ja hooldusteenuste kvaliteedi hindamise raamistikke, sest see aitab eristada teenuse osutamise eeldusi, teenuseprotsessi ja teenuse tulemusi kliendi või sihtrühma jaoks. Autorite kohaselt võimaldab mudeli paindlikkus seda kohandada erinevate teenuste konteksti, sealhulgas esmatasandi hoolduse ja koduteenuse spetsiifikale (McCullough *et al.*, 2023, lk 163). Samas tuvastasid autorid süstemaatilises ülevaates ka mudeli piirangu: praktikas piirdub

mudeli rakendamine sageli ühe dimensiooniga, tavaliselt tulemusega, ning struktuuriliste ja protsessifaktorite samaaegne mõõtmine on keeruline (McCullough *et al.*, 2023, lk 172). Selle piirangu leevendamiseks kavandatakse mõõdikud kõigis neljas aspektis.

Donabediani mudeli laiendamine neljanda dimensiooniga toob kaasa olulise meetoodilise eristuse tulemuse ja kogemuse vahel. Mõlemad on teenuse tagajärje mõõtmised, kuid vajavad erinevaid andmekogumismeetodeid ja sagedusi. Tulemuse mõõdikud, nagu kukkumiste arv või hooldusplaani täitmise osakaal, on väliselt jälgitavad ja kogutavad pidevalt. Kogemusmõõdikud, nagu kliendi tajutud turvatunne või töötaja motivatsioon, vajavad perioodilist küsimist, sest need ei ole väliselt jälgitavad (Zheng *et al.*, 2024, lk 3; McCullough *et al.*, 2023, lk 165). See eristus loob aluse mõõdikute süsteemi ülesehitusele, kus iga aspekt nõuab oma andmekogumise ja juhtimisloogika kohandust.

Donabediani laiendatud mudel ei sisalda iseeneses kõiki neid sisulisi rõhuasetusi, mis on koduteenuse kvaliteedi mõistmiseks olulised. Seetõttu täiendatakse Donabediani mudelit nelja kaasaegse käsitlusega, mis ei konkureeri Donabedianiga, vaid rikastavad selle nelja aspekti konkreetsete sisuliste tähelepanekutega. Need neli täiendust on SERVQUAL mudel, mis rikastab kogemusaspekti viie kvalitatiivselt erineva dimensiooni kaudu, Quadruple Aim raamistik, mis lisab töötajate heaolu struktuurieeldusena, Safety-II paradigma, mis suunab protsessijuhtimise tähelepanu resilentsusele ja õnnestumistele, ning isikukeskse hoolduse käsitlus, mis süvendab tulemusaspekti elukvaliteedi ja autonoomia mõõtmiseni.

SERVQUAL mudel rikastab Donabediani mudeli kogemusaspekti. Parasuraman jt (1988, lk 23) sõnastasid mudeli, milles teenuse kvaliteet defineeritakse kui erinevus kliendi ootuste ja tegeliku kogemuse vahel, ning eristasid viit kvaliteedidimensiooni, milleks on käegakatsutavus, usaldusväärsus, reageerimisvõime, kindlustunne ja empaatia. Koduteenuse kontekstis on eriti olulised usaldusväärsus, mis tähendab töötaja järjepidevust ja lubaduste täitmist, ning empaatia, mis tähendab individuaalset tähelepanu ja kliendi vajaduste mõistmist. Zheng jt (2024, lk 3) on näidanud, et just need kaks dimensiooni on koduteenuse kvaliteediindikaatorite kujundamisel klientide

perspektiivist kõige enam esile kerkivad. SERVQUAL mudelit kasutatakse kogemusmõõdikute sisulise sõnastamise toetamiseks, mitte iseseisva raamistikuna.

Quadruple Aim raamistik täiendab Donabediani mudeli struktuuriaspekti töötajate heaolu mõõtmega. Bodenheimer ja Sinsky (2014, lk 573) pakkusid välja Quadruple Aim raamistiku, laiendades Institute for Healthcare Improvement varasemat Triple Aim kontseptsiooni neljanda eesmärgiga, milleks on tervishoiutöötajate heaolu ja tööelu kvaliteet. Töötajate heaolu lisamine mudelisse on koduteenuses eriti oluline, sest koduhooldustöötajad töötavad sageli isoleeritult klientide kodudes ilma vahetute kolleegideta, mis suurendab läbipõlemise riski. Corneliusson jt (2022, lk 6) on kinnitanud, et töötajate motivatsioon ja pühendumus on koduteenuse kvaliteedi tagamise esmane ja sageli vähem nähtav eeldus. Seetõttu käsitletakse töötajate heaolu Donabediani struktuuriaspekti laiendusena, mitte iseseisva tulemusena, sest töötajate seisund kuulub teenuse osutamise eelduste hulka, mis võimaldab kvaliteetset teenust pakkuda.

Safety-II paradigma täiendab Donabediani mudeli protsessiaspekti resilentsuse vaatega. Traditsiooniline Safety-I lähenemine lähtub eeldusest, et kvaliteeti parandatakse vigade ja kõrvalekallete tuvastamise ning ennetamise kaudu. Hollnagel jt (2015, lk 4) on Safety-II valges raamatus näidanud, et selline lähenemine jätab tähelepanuta selle, miks ja kuidas töö ja teenuse osutamine enamasti õnnestub ning millised tegurid seda igapäevaselt toetavad. Braithwaite jt (2015, lk 418) on rõhutanud, et tervishoid ja sotsiaalhooldus on suures osas resilientne süsteem, kus igapäevane edu on palju sagedasem kui ebaõnnestumine, ning kvaliteedijuhtimine peaks seda resilentsust toetama, mitte lüües ülemääraste protseduuride ja kontrollmehhanismidega. Selle analüüsi põhjal on Safety-II paradigma koduteenuse kontekstis eriti asjakohane, sest koduhooldustöötajad teevad igapäevaselt adaptiivset tööd ettenägematutes olukordades. Töötajate võime neid olukordi lahendada on kvaliteedi tagamise seisukohast kriitilise tähtsusega, kuid traditsiooniline ohutuskäsitlus ei pööra sellele tähelepanu.

Isikukeskse hoolduse käsitlus täiendab Donabediani mudeli tulemusaspekti elukvaliteedi ja autonoomia mõõtmega. Ekman jt (2011, lk 249) kirjeldasid isikukeskse hoolduse mudelit kolme rutiini kaudu, milleks on kliendi loo kuulamine ja partnerluse

alustamine, partnerluse kujundamine jagatud otsustamise kaudu ning partnerluse dokumenteerimine hooldusplaanis. Nende mudel rõhutab, et klient ei ole passiivne teenuse saaja, vaid aktiivne partner, kelle narratiiv on hooldusplaani koostamise alus. Koduteenuse kontekstis laiendab isikukeskse hoolduse käsitus Donabediani tulemusaspekti meditsiinilistest näitajatest elukvaliteedi ja autonoomia mõõtmiseni, sest teenuse tulemus ei ole ainult füüsiline seisund, vaid ka kliendi võime juhtida oma elu väärikalt ja oma eelistuste kohaselt.

Donabediani laiendatud mudel koos nelja kaasaegse täiendusega moodustab ühtse kvaliteedimõõtmise teoreetilise raamistiku. SERVQUAL rikastab kogemusaspekti mõõtmist viie kvalitatiivselt erineva dimensiooni kaudu, võimaldades sõnastada kogemusmõõdikud, mis kirjeldavad mitte ainult üldist rahulolu, vaid ka konkreetseid kvaliteedidimensioone. Quadruple Aim lisab töötajate heaolu struktuurieeldusena ning rõhutab, et teenuse kvaliteet sõltub töötajate seisundist. Safety-II suunab protsessijuhtimise tähelepanu resilientisusele, õnnestumistele ja adaptiivsele tööle, mitte ainult vigade tuvastamisele. Isikukeskne hooldus süvendab tulemusaspekti inimese tervikliku heaolu suunas, laiendades seda meditsiinilistest tulemustest elukvaliteedile ja autonoomiale. Need neli täiendust koos Donabediani algupärase struktuur-protsess-tulemus loogikaga ning Doyle jt (2013, lk 1) kogemusdimensiooniga moodustavad töö kvaliteedimõõtmise teoreetilise raamistiku, mille sisustamine konkreetsete mõõdikutega toimub töö empiirilises osas.

Rahvusvaheliselt levinud kvaliteedijuhtimise süsteeme ja standardeid tuleb käsitleda selleks, et selgitada, miks neid ei valitud töö peamiseks teoreetiliseks aluseks ning millist täiendavat otstarvet need koduteenuse organisatsioonis siiski teenida võivad. Need raamistikud ei konkureeri Donabediani mudeliga samal kontseptuaalsel tasandil. Donabediani mudel kirjeldab, mille kaudu kvaliteet ilmneb. ISO 9001, EFQM, CAF ja EQUASS kirjeldavad pigem seda, kuidas organisatsioon kvaliteedijuhtimist korraldab, hindab või sertifitseerib. RAI-HC on standardiseeritud kliendihindamise instrument. Selline eristus on metodoloogiliselt oluline, sest alternatiivseid raamistikke ei lükata tagasi nende sisulise puuduse tõttu, vaid seetõttu, et need vastavad teisele küsimusele kui magistr töö uurimisprobleem. Järgnevalt antakse lühike ülevaade viiest

raamistikust, näidates, miks need ei vasta täielikult töö viiele kriteeriumile ning millist rolli need võivad koduteenuse arendamisel täita.

ISO 9001 on Rahvusvahelise Standardiorganisatsiooni kvaliteedijuhtimise standard, mille keskmes on organisatsiooni protsesside kirjeldamine, nende järjepidev rakendamine ja pidev parendamine (International Organization for Standardization, 2015). ISO 9001 tüüpi kvaliteedijuhtimissüsteem aitab korrastada organisatsiooni protsesse, kirjeldada vastutust ja vähendada töökorralduse varieeruvust. Töö kriteeriumide suhtes on selle piirang aga see, et standardi põhilooika on eelkõige protsessi- ja vastavuspõhine. See ei määratle, millised sotsiaalteenuse tulemus- või kogemusnäitajad kirjeldavad kliendi turvalist toimetulekut. Töö selle analüüsi põhjal võib ISO 9001 Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekstis toetada protsesside korrastamist ja dokumenteerimise ühtlustamist, kuid ei asenda kvaliteedi sisulist mõõtmist, mis on töö fookuses.

EFQM Excellence Model ehk EFQM-i täiuslikkusemudel on terviklik organisatsiooni juhtimise ja enesehindamise raamistik, mille eesmärk on toetada organisatsiooni tulemuslikkust, muutustega kohanemist ja jätkusuutlikku arengut. EFQM-i tugevus seisneb selles, et see käsitleb organisatsiooni laiemalt kui üksikuid protsesse, hõlmates juhtimist, strateegiat, inimesi, partnerlusi, ressursse, protsesse ja tulemusi (European Foundation for Quality Management, 2021). Töö kriteeriumide suhtes ei vasta EFQM siiski dimensionaalse katvuse ega operatsionaliseeritavuse kriteeriumile, sest see on üldine organisatsioonilise küpsuse ja tulemuslikkuse raamistik, mitte koduteenuse spetsiifiline kvaliteedimõõdikute süsteem. Selle analüüsi põhjal võib EFQM Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekstis teenida organisatsiooni juhtimisküpsuse kaardistamise eesmärki, kuid ei defineeri, kuidas mõõta kliendi turvalist toimetulekut koduteenuse seadusliku eesmärgina.

CAF ehk Common Assessment Framework on avaliku sektori organisatsioonidele loodud enesehindamise raamistik, mis on inspireeritud EFQM-i täiuslikkusemudelist ja kohandatud avaliku sektori eripäradele (European Institute of Public Administration, 2023, lk 11). CAF-i eesmärk on aidata avaliku sektori organisatsioonidel hinnata oma juhtimist, töökorraldust ja tulemusi ning kavandada parendustegevusi. CAF-i tugevus on selle avaliku sektori sobivus ja tasuta kättesaadavus, kuid töö kriteeriumide suhtes

on selle piirang sarnane EFQM-ile. Tegemist on diagnostilise enesehindamise tööriistaga, mitte teenuse eesmärgi täitmist mõõtvast süsteemiga, mis ei vasta operatsionaliseeritavuse kriteeriumile. Töö selle analüüsi põhjal võib CAF Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekstis teenida organisatsiooni enesehindamise eesmärgi, kuid ei võimalda hinnata, kas koduteenuse saaja turvaline toimetulek on paranenud või säilinud.

EQUASS ehk European Quality in Social Services on sotsiaalteenustele suunatud kvaliteedisüsteem, mis arvestab valdkonna eripärasid ning tugineb sotsiaalteenuste kvaliteedipõhimõtetele (EQUASS, 2023). EQUASS-i tugevus võrreldes ISO, EFQM-i ja CAF-iga on selle sotsiaalteenuste keskne loogika, milles rõhutatakse isikukesksust, õigusi, kaasamist, töötajate pädevust, eetikat ja tulemusi. Töö kriteeriumide suhtes vastab EQUASS osaliselt avaliku sotsiaalteenuse kontekstis toimivuse ja metoodilise ranguse kriteeriumidele, kuid ei vasta täielikult kohandatavuse kriteeriumile, sest tegemist on välise tunnustamise ja hindamise süsteemiga, mille rakendamine eeldab eraldi ressursse ja ettevalmistust. EQUASS võib koduteenuse organisatsioonide jaoks olla pikaajaline kvaliteedi tunnustamise vahend, kuid ei asenda siin käsitletavat praktilist ja mõõdikupõhist kvaliteedijuhtimissüsteemi.

RAI-HC ehk Resident Assessment Instrument – Home Care on standardiseeritud hindamisinstrument, mida kasutatakse koduteenuse ja pikaajalise hoolduse klientide terviklikuks hindamiseks ning andmepõhise juhtimisinfo loomiseks (Wagner *et al.*, 2020, lk 1). Uuematest Põhjamaade uuringutest nähtub, et interRAI ja RAI-põhiseid andmeid kasutatakse üha enam vanemaealiste koduteenuse klientide abivajaduse, teenusemahu ja hooldusvajaduse hindamisel. Töö kriteeriumide suhtes vastab RAI-HC dimensionaalse katvuse, metoodilise ranguse ja osaliselt operatsionaliseeritavuse kriteeriumitele, kuid ei vasta kohandatavuse kriteeriumile. (Wagner *et al.*, 2020). Wagner jt (2020, lk 7) tuvastasid süstemaatilises ülevaates olulise metoodilise piirangu, milleks on see, et RAI-HC indikaatorite psühhomeetriline valideerimine on osaliselt puudulik ning instrumendi rakendamine eeldab standardiseeritud infosüsteemi ja väljaõppesüsteemi olemasolu. Kuha jt lisavad, et RAI-süsteemi juurutamise edu sõltub oluliselt juhtkonna pühendumusest ja organisatsiooni valmidusest Kuha (2024, lk 2439). Töö selle analüüsi põhjal võib RAI-HC Tallinna Koduteenuse Keskuse jaoks

olla pikaajaline arenguperspektiiv, kuid ei ole praeguses olukorras töö kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli vahetult realiseeritav alus.

Tabel 1. Kvaliteedijuhtimise ja kvaliteedihindamise peamised raamistikud töö viie kriteeriumi suhtes

Raamistik	Põhiloogika	Mõõdiku või hindamise tüüp	Vastavus töö kriteeriumitele	Võimalik otstarve koduteenuse kontekstis
Donabediani laiendatud mudel	Struktuur- protsess- tulemus- kogemus loogika	Struktuuri-, protsessi-, tulemus- ja kogemusmõõdikud	Vastab kõigile viiele kriteeriumile	Teoreetiline raamistik kvaliteedimõõtmiseks
ISO 9001	Protsesside kirjeldamine, juhtimine ja parendamine	Vastavus- ja protsessimõõdikud	Ei vasta dimensionaalse katvuse ega operatsionaliseeritavuse kriteeriumile	Protsesside korrastamine ja töökorralduse ühtlustamine
EFQM	Organisatsiooni terviklik juhtimis- ja tulemuslikkusmudel	Küpsuse ja tulemuslikkuse hindamine	Ei vasta dimensionaalse katvuse ega operatsionaliseeritavuse kriteeriumile	Organisatsiooni juhtimisküpsuse kaardistamine ja parendusalade määramine
CAF	Avaliku sektori enesehindamine	Diagnostiline enesehindamine	Ei vasta operatsionaliseeritavuse kriteeriumile	Avaliku sektori organisatsiooni enesehindamine ja arendamine
EQUASS	Sotsiaalteenuste kvaliteedipõhimõtted ja sertifitseerimine	Kriteeriumi- ja sertifitseerimis- ja õhine hindamine	Ei vasta kohandatavuse kriteeriumile	Sotsiaalteenuse kvaliteedi pikaajaline välise tunnustamise vahend
RAI-HC ja interRAI	Standardiseeritud kliendihindamine ja andmepõhine juhtimisinfo	Struktureeritud hindamisandmed ja indikaatorid	Ei vasta kohandatavuse kriteeriumile	Pikaajaline arenguperspektiiv andmepõhise juhtimise tugevdamiseks

Allikas: autori koostatud Caughey jt (2025), Donabediani (1988, 2005), EQUASSi (2023), European Foundation for Quality Managementi (2021), European Institute of Public Administrationi (2023), International Organization for Standardizationi (2015), McCulloughi jt (2023), Pesoneni jt (2024), Wagneri jt (2020) ja Zhengi jt (2024) põhjal.

Tabelis 1 esitatud võrdlusest järeldub, et Donabediani laiendatud mudel täidab võrreldes ISO 9001, EFQM, CAF, EQUASS või RAI-HC süsteemidega teist rolli. Donabediani mudel annab raamistiku selleks, mida ja kuidas mõõta. Alternatiivsed raamistikud kirjeldavad seda, kuidas organisatsioon võiks oma kvaliteedijuhtimist üldisemalt korraldada või sertifitseerida. Need kaks tasandit ei välista teineteist. Tallinna Koduteenuse Keskus võib pikemas perspektiivis kombineerida Donabediani põhise mõõdikute süsteemi näiteks ISO 9001 protsesside korrastamise või EQUASS sotsiaalteenuste kvaliteedipõhimõtetega, kuid siinse disaini fookus on teoreetilise mõõdikute süsteemi loomisel. Selle operatiivne ja organisatsiooniline kontekst töötatakse välja töö empiirilises osas.

Põhjamaad on Eesti jaoks asjakohased võrdlusriigid, kuna jagavad sarnast universaalset heaoluriigi mudelit ning on koduteenuste kvaliteedijuhtimises teinud märkimisväärsed edusamme. Rootsi kvaliteedijuhtimissüsteemi oluline komponent on avatud võrdluste süsteem, mis võimaldab kodanikel ja otsustajatel võrrelda koduteenuse osutajaid erinevate kvaliteedinäitajate alusel. Broms jt (2024, lk 151) analüüsisid Rootsi hoolduse kvaliteeti ning leidsid, et avalikustatud võrdlusandmed mõjutavad teenuse osutajate käitumist ning soodustavad kvaliteedi parandamist läbipaistvuse ja konkurentsi kaudu. Soomes muutus RAI-hindamissüsteemi kasutamine koduteenuses kohustuslikuks alates 2023. aasta aprillist (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024). RAI-hindamine sisaldab kliendi funktsionaalse võimekuse, kognitiivse seisundi, tervise ja sotsiaalse olukorra terviklikku hindamist, mille põhjal genereeritakse automaatselt kvaliteediindikaatorid. Foebel jt (2015, lk 3) uurisid koduteenuse kvaliteeti kuues Euroopa riigis interRAI koduhoolduse kvaliteediindikaatorite kaudu ning leidsid, et standardiseeritud hindamisinstrument võimaldab kvaliteedi võrdlemist nii organisatsioonide kui ka riikide vahel.

Põhjamaade kogemusest tulenevad neli olulist õppetundi. Rootsi kogemus näitab, et riiklik andmekogumine ja avatud võrdluste süsteem soodustavad kvaliteedi parandamist läbipaistvuse kaudu, mis on koduteenuse osutajate käitumist mõjutav välistegur. Soome praktika standardiseeritud hindamisinstrumendi väärtust kvaliteedi mõõtmisel ja võrdlemisel, näitab, et selle rakendamine eeldab pikaajalist süsteemset investeerimist nii infosüsteemidesse kui ka töötajate koolitamisesse. Mõlema riigi

kogemusest tuleneb, et kvaliteedijuhtimine vajab mitmetasandilist lähenemist, mis sisaldab nii riiklikku koordineerimist kui ka kohaliku tasandi rakendamist. Samuti ilmneb, et kvaliteedi mõõtmine peab olema integreeritud igapäevase töökorraldusega, mitte olema eraldiseisev bürokraatlik tegevus. Need õppetunnid loovad empiirilisele osale praktilise võrdlusaluse, kuid ei asenda kohaliku organisatsiooni kontekstipõhist kohandamist.

Avaliku sektori tulemusjuhtimise eripära tuleb raamistuses eraldi arvestada. Van Dooren jt (2015, lk 19) on rõhutanud, et avaliku sektori tulemusjuhtimine erineb erasektori omast põhimõtteliselt. Avaliku organisatsiooni tulemus ei ole kasum, vaid avaliku väärtuse loomine, ning mõõtmisüsteem peab seda eristust arvestama. Tulemusjuhtimine on tõhus ainult siis, kui mõõdikud on seotud strateegiliste eesmärkidega, vastutused on selgelt jaotatud ning tulemuste põhjal tehakse tegelikke juhtimisotsuseid, vastasel juhul jääb mõõtmine pelgaks aruandluseks (Riigikontroll, 2023, lk 4). Avaliku väärtuse loomise loogika ning avaliku sektori tulemusjuhtimise eripära avatakse põhjalikumalt järgmises alapeatükis koos teenusedisaini meetoodika ja kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise loogikaga.

Kvaliteedimõõtmise teoreetilise alusena kasutatakse Donabediani laiendatud mudelit koos nelja kaasaegse täiendusega. Alternatiivseid kvaliteediraamistikke ei käsitleta sisuliselt sobimatutena, vaid teistsuguse otstarbega tööriistadena: need toetavad organisatsiooni enesehindamist, protsesside korrastamist või sertifitseerimist, kuid ei anna piisavat alust turvalise toimetuleku mõõdikute kujundamiseks. Donabediani raamistik annab mõõtmisloogika, mille organisatsioonis kasutatavaks muutmist käsitleb järgmine alapeatükk teenusedisaini ja avaliku väärtuse vaates.

1.2. Teenuse saaja turvaline toimetulek, teenusedisain ja avalik väärtus kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel

Eelnev alapeatükk määratles kvaliteedijuhtimissüsteemi ja kvaliteedimõõtmise alused ning põhjendas Donabediani laiendatud mudeli kasutamist antud töö kvaliteedimõõtmise raamistikuna. Käesolev alapeatükk seob selle mõõtmisloogika koduteenuse sisulise eesmärgiga ehk teenuse saaja turvalise toimetulekuga ning põhjendab, miks kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli kujundamiseks on vaja lisaks

kvaliteedimõõtmise raamistikule teenusedisaini ja avaliku väärtuse käsitlust. Keskne lähtekoht on, et Donabediani laiendatud mudel annab vastuse küsimusele, mille kaudu kvaliteeti mõõta, kuid ei määra, kuidas muuta see mõõtmisloogika Tallinna Koduteenuse Keskuse tööprotsessides kasutatavaks kvaliteedijuhtimissüsteemiks. Turvalise toimetuleku käsitlus annab süsteemile sisulise eesmärgi, teenusedisain annab meetoodilise viisi süsteemi kujundamiseks ning avaliku väärtuse käsitlus põhjendab, kellele ja millist väärtust koduteenuse kvaliteedijuhtimine peab looma.

Koduteenus koosneb operatiivsel tasandil konkreetsetest tegevustest, mille kaudu abistatakse inimest, kes ei tule oma igapäevatoimingutega iseseisvalt toime (Nõuded koduteenusele, 2023). Teenuse seaduslik eesmärk on aga sõnastatud märksa abstraktsemalt. Lisaks inimese kasuks tehtavale tegevusele tuleb tagada ka teenust saava inimese turvaline toimetulek. Autori hinnangul tekitab nende kahe tasandi ühildamine kitsaskoha, sest ei ole selge, kuidas abstraktset turvalise toimetuleku nõuet praktikas mõõta ja juhtida. Käesolev alalapeatükk pakub sellele kitsaskohale lahenduse, muutes abstraktse seadusliku eesmärgi teoreetiliselt põhjendatud ja mõõdetavateks kriteeriumideks koduteenuse kvaliteedi mõõtmisel.

Eesti sotsiaalhoolekandesüsteemi kohaselt on koduteenus üks kesketest sotsiaalteenuste komponentidest, mille eesmärk on võimaldada abivajajatel säilitada iseseisvus ja elukvaliteet oma harjumuspärasel elukeskkonnas (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Rahvusvahelises kontekstis defineeritakse koduteenust kui professionaalset abi, mida osutatakse inimese kodus eesmärgiga toetada tema igapäevatoimingutes hakkamasaamist ning vähendada vajadust institutsionaalse hoolduse järele (Genet jt, 2011, lk 3). Autor toob esile, et koduteenuste defineerimisel on oluline eristada meditsiinilist koduhooldust, mis sisaldab õendusabi ja raviprotseduure, sotsiaalhoolekandelisest koduteenusest, mis keskendub igapäevatoimingutes abistamisele. Käesoleva töö seisukohast on see eristus oluline, sest kvaliteedijuhtimise loogika ja mõõdikud erinevad sõltuvalt sellest, kas teenuse keskmes on meditsiiniline sekkumine või igapäevatoimetuleku toetamine. Tarricone ja Tsouros (2008, lk 12) on rõhutanud, et kuigi praktikas on mõlemad teenused sageli teineteist täiendavad, erinevad nende rahastusmudelid, professionaalsed pädevused ja kvaliteedijuhtimise traditsioonid oluliselt. Käesolev töö keskendub

sotsiaalhoolekandelisele koduteenusele, kuid arvestab, et teenuse saajad vajavad sageli mõlemat tüüpi abi.

Koduteenuse sihtgrupp on demograafiliselt ja funktsionaalselt mitmekesine. Valdavalt on teenuse saajateks eakad inimesed, kelle funktsionaalne võimekus on langenud vanusega seotud terviseprobleemide tõttu. Lisaks eakatele kuuluvad sihtgruppi puuetega tööealised inimesed, ajutise abivajadusega inimesed pärast haigust või operatsiooni ning teised, kes vajavad igapäevatoimingutes kõrvalabi (Tallinna Linnavolikogu määrus nr 26, 2022). Koduteenuse saajate profiil Euroopas on muutumas ning teenust vajavad üha enam ka keeruliste terviseprobleemidega inimesed, kes eelnevalt oleks suunatud institutsionaalsele hooldusele ehk ööpäevaringssele üldhooldusteenusele (Genet *et al.*, 2011). Koduteenuse saajate vajadused ei piirdu üksnes igapäevatoimingutes vajaliku abiga, vaid sisaldavad samal ajal ka psühhosotsiaalset tuge ja turvatunde säilitamist. Seetõttu peab kvaliteedijuhtimissüsteem olema üles ehitatud piisavalt paindlikult, et arvestada erinevate vajadusprofiilide ja eluolukordadega (Dostálová jt, 2020, lk 496). See tähendab, et kvaliteedijuhtimissüsteem ei saa lähtuda ühest „keskmisest kliendist“, vaid peab võimaldama erinevate riskiprofiilide ja vajadusmuutritega teenuse saajate eristamist.

SHS §-s 17 lõikes 1 on sätestatud koduteenuse eesmärgina täisealise isiku iseseisva ja turvalise toimetuleku tagamine kodustes tingimustes, säilitades ja parandades tema elukvaliteeti (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Seadus kasutab mõistet turvaline toimetulek, kuid jätab selle sisuliselt defineerimata. Selline olukord on problemaatiline mitmel põhjusel. Esiteks muudab see keeruliseks teenuse tulemuste hindamise, sest täpsustamata eesmärgi saavutamist on keeruline järjepidevalt mõõta, sest puudub kokkulepe, millised tunnused näitavad eesmärgi täitmist. Teiseks takistab see kvaliteedistandardite väljatöötamist ning teenuse kvaliteedi võrdlemist erinevate osutajate ja piirkondade vahel. Kolmandaks jääb teenuse saajatele ebaselgeks, mida neil on õigus teenuselt oodata. Riigikontrolli (2023, lk 4) audit kinnitas, et kohalikud omavalitsused ei hinda süstemaatiliselt koduteenuse mõju ega teenuse saajate toimetuleku muutust, mis tuleneb suuresti eesmärgi defineerimata jätmisest.

Turvatunde mõistet on sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kontekstis rahvusvaheliselt põhjalikult uuritud. Silverglow jt (2021, lk 193) viisid läbi kvalitatiivse uuringu eakate turvatunde kohta koduhoolduse kontekstis ning tuvastasid, et turvatunne kujuneb mitme omavahel seotud teguri koosmõjul. Nende uuringu kohaselt on turvatunne dünaamiline ja kontekstuaalne nähtus, mis sõltub nii füüsilisest keskkonnast, suhetest teenuse osutajatega kui ka teenuse saaja sisemistest ressurssidest. Oluline leid oli see, et turvatunne ei ole lihtsalt ohtude puudumine, vaid aktiivne seisund, mis eeldab usaldust, ennustatavust ja kontrolli oma elu üle. Samuti sisaldab turvatunne füüsilist mõõdet ehk kehalist turvalisust koduses keskkonnas, emotsionaalset mõõdet ehk usaldust hooldajate vastu ja ärevuse puudumist ning sotsiaalset mõõdet ehk üksinduse vastandina kogetud seotust (Silverglow *et al.*, 2021, lk 196). Silverglow jt (2022, lk 773 ja 778) uurisid turvatunde teist tahku, keskendudes sellele, kuidas koduhoolduse töötajad tajuvad turvalise hoolduse osutamist. Nende uuring näitas, et töötajad tunnetavad vastutust kliendi turvalisuse eest, kuid kogevad sellega seotud pingeid, eriti olukordades, kus nad peavad tegema otsuseid üksinda ja ebaselgetes olukordades. Käesolevas töös eristatakse kahte seotud, kuid mitte sama mõistet. Turvaline toimetulek viitab teenuse eesmärgi juhtimis- ja hindamisloogikale, turvatunne aga teenuse saaja subjektiivsele kogemusele.

Institute for Healthcare Improvement (edaspidi IHI) (2017, lk 12 -15) on välja töötanud eakasõbraliku tervishoiu raamistiku „*Age-Friendly Health Systems*“, mis käsitleb turvatunnet nelja omavahel seotud aspekti kaudu. Füüsiline turvalisus puudutab keskkonnast tulenevaid riske, sealhulgas kukkumisohtu, ravimite ohutust ja eluruumi kohandatust. Emotsionaalne turvalisus koosneb stressi, ärevuse ja trauma juhtimisest ning psühholoogilisest heaolust. Sotsiaalne turvalisus tähendab toetusvõrgustiku olemasolu, suhteid lähedastega ning sotsiaalset kaasatust. Süsteemne turvalisus puudutab teenuste koordineeritust, info liikumist ja järjepidevust hoolduses (IHI, 2017). Tong jt (2016, lk 215 ja 217) uurisid koduhooldusteenuse ohutusega seonduvaid muresid klientide ja pereliikmete vaatenurgast ning leidsid, et turvalisusega seotud probleemid koduteenuses on mitmekihilised. Kliendid ja pereliikmed ei seosta turvalisust üksnes füüsiliste riskide puudumisega, vaid hindavad seda ka teenuse ennustatavuse, töötajate usaldusväärsuse ja informatsiooni liikumise kaudu (Tong *et al.*, 2016, lk 217). See leid sobitub Silverglow jt (2021, lk 193) kvalitatiivse uuringu

järeldustega, mille kohaselt turvatunne on terviklik ja mitmest omavahel seotud tegurist koosnev kogemus, mida ei saa taandada ühele mõõtmele. Oluline on eristada kahte erinevat, kuid omavahel seotud tasandit, milleks on objektiivne turvaline toimetulek ja subjektiivne turvatunne. Objektiivne turvaline toimetulek viitab mõõdetavatele ja jälgitavatele näitajatele, mis on seotud inimese füüsilise ja funktsionaalse seisundiga ning teenuse osutamise kvaliteediga. Need on näitajad, mida saab hinnata väliselt, näiteks kukkumiste arv, ravimivead, külastuste regulaarsus ja teenuse järjepidevus. Subjektiivne turvatunne kajastab inimese isiklikku kogemust, tajutud turvalisust ja rahulolu teenusega. See on sisemine seisund, mida saab hinnata ainult inimese enda käest küsides (Lette *et al.*, 2020, lk 3, 5, 7, 8). Autor leiab, et mõlemad tasandid on kvaliteedijuhtimise seisukohast olulised ning vajavad erinevaid mõõtmis- ja jälgimismeetodeid. Kvaliteedijuhtimissüsteem, mis jälgib ainult objektiivseid näitajaid, jätab tähelepanuta teenuse saaja tegeliku kogemuse. Süsteem, mis tugineb ainult subjektiivsele tagasisidele, ei pruugi tuvastada tegelikke ohutusriske. Turvalise toimetuleku nelja dimensiooni ja kahetasandilise (objektiivne ja subjektiivne) loogika kokkuviimiseks Donabediani struktuur-protsess-tulemus-kogemus raamistikuga on esitatud tabelis 2, mis on autori süntees, ühendades Donabediani kvaliteediloogika, IHI turvalisuse aspektid ja turvatunnet käsitleva kvalitatiivse kirjanduse.

Tabel 2. Turvalise toimetuleku käsitus Donabediani laiendatud mudeli vaates

Turvalisuse käsitus	Struktuur	Protsess	Tulemus (objektiivne)	Kogemus (subjektiivne)
Füüsiline	Töötajate esmaabikoolitus, abivahendite olemasolu	Kukkumisohu hindamine, ravimite võtmise jälgimine	Kukkumiste arv, õnnetusjuhtumid, ravimivead	„Kas tunnete end kodus füüsiliselt turvaliselt?”
Emotsionaalne	Töötajate suhtlemiskoolitus, supervisioon	Väärikas kohtlemine, privaatsuse tagamine	Ärevuse ja depressiooni skooride muutus	„Kas töötaja kohtleb teid lugupidavalt?”
Sotsiaalne	Lähedaste kaasamise protseduurid	Sotsiaalse isolatsiooni märkamine, suhtluse võimaldamine	Sotsiaalse kaasatuse skoor, kontaktide arv	„Kas tunnete end üksildasena?”
Süsteemne	Infosüsteemid, töötajate arv, eelarve	Teenuse järjepidevus, info edastamine	Külastuste täitmise osakaal, asendamiste arv	„Kas abi jõuab alati õigel ajal?”

Allikas: Autori koostatud Tong jt (2016), Lette jt (2020), Silverglow jt (2021) ja Donabedian (1988) põhjal.

Turvalise toimetuleku tagamine on seotud laiemalt inimväärikuse põhimõttega, mis on sätestatud nii Eesti Vabariigi põhiseaduses kui ka rahvusvahelistes õigusaktides ja lepingutes. Selle seose mõistmine on oluline, sest see raamib koduteenuse kvaliteeti mitte üksnes teenuse osutamise efektiivsuse küsimusena, vaid põhiõiguste tagamise küsimusena. Põhiseaduse §-s 10 on sätestatud, et põhiõigused, vabadused ja kohustused tulenevad põhiseaduse mõttest ning vastavad inimväärikuse ning sotsiaalse ja demokraatliku õigusriigi põhimõtetele (Põhiseadus, 1992). Põhiseaduse kommenteeritud väljaande kohaselt on inimväärikus ühtaegu nii objektiivne väärtuspõhimõte, mis keelab avalikul võimul inimväärikust riivata, kui ka subjektiivne õigus, mis annab igaühele õiguse nõuda väarikat kohtlemist (Madise jt, 2020, § 10, komm. 10). Autori hinnangul tähendab see koduteenuse kontekstis, et teenuse saajal on põhiseaduslik õigus oodata, et teenuse osutamisel austatakse tema väarikust, privaatsust ja autonoomiat. Euroopa tasandil kaitseb eakate õigusi Euroopa sotsiaalharta artikkel 23, mis käsitleb eakate õigust sotsiaalkaitsele ning kohustab osalisriike võimaldama eakatel jääda ühiskonna täieõiguslikeks liikmeteks ning tagama neile iseseisvaks eluks vajalikud teenused. Euroopa Liidu põhiõiguste harta artikkel 25 sätestab eakate õiguse elada väarikalt ja iseseisvalt ning osaleda sotsiaalses ja kultuurielus (Euroopa Nõukogu, 2021; Euroopa Liidu põhiõiguste harta, 2012). Need normatiivsed raamid kujundavad konteksti, milles koduteenuse kvaliteeti tuleb hinnata. Kvaliteet ei ole ainult teenuse osutamise tehniline küsimus, vaid puudutab inimese põhiõiguste realiseerimist.

Eakate hoolduses aitab inimväärikuse tähendust täpsustada Nordenfelti väarikusmudel, mis eristab universaalset inimväärikust, teenete väarikust, moraalse staatuse väarikust ja identiteedi väarikust (Nordenfelt, 2004, lk 71–76). Koduteenuse kvaliteedi seisukohalt on neist eriti olulised universaalne ja identiteedi väarikus: inimene peab olema kaitstud alandava kohtlemise eest ning tal peab säilima võimalus kogeda end otsustava ja väärtusliku isikuna. Pikaajalise hoolduse uuringud on näidanud, et väarikust ohustavad eelkõige privaatsuse puudumine, ootamine, ükskõikne suhtumine ja inimese individuaalsuse eiramine (Franklin *et al.*, 2006, lk 191; Gallagher *et al.*,

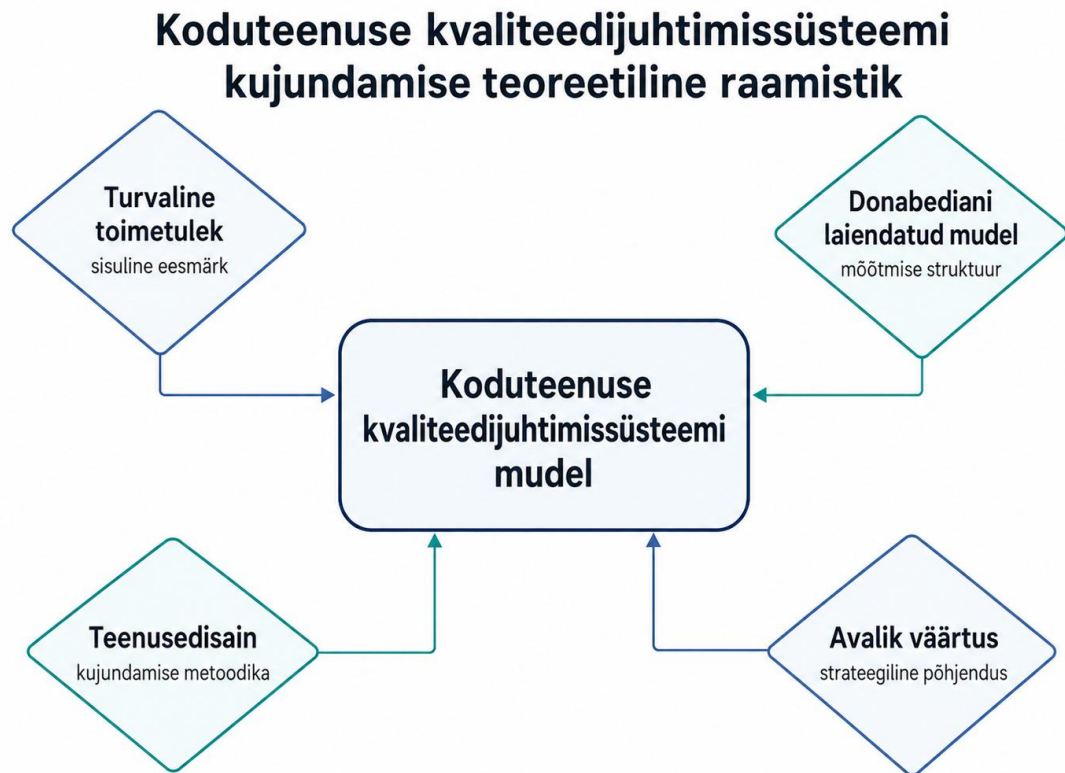
2008, lk 704; Tadd *et al.*, 2011, lk 13). Need riskid on koduteenuses eriti tundlikud, sest teenus toimub inimese privaatses koduruumis. Hilisemad käsitlused kinnitavad samuti, et väärikus hoolduses on mitmekihiline ning sõltub nii tingimusteta lugupidamisest kui ka konkreetsetest hooldustegevustest, mis võivad inimese autonoomiat toetada või kahjustada (Kane & De Vries, 2017; Šaňáková & Čáp, 2019; Pageau *et al.*, 2023). Turvatunne ja väärikus on seetõttu tihedalt seotud: inimene tunneb end turvalisemalt, kui tal on kontroll oma elu üle, tema autonoomiat austatakse ja ta on kaasatud oma hooldust puudutavatesse otsustesse.

Kokkuvõtvalt on turvaline toimetulek mitmemõõtmeline kontseptsioon, mis eristab objektiivset (mõõdetav) ja subjektiivset (kogetav) tasandit. Inimväärkuse normatiivne alus annab kvaliteedijuhtimisele põhiõigusliku mõõtme, sidudes seadusliku kohustuse (SHS § 17) rahvusvahelise ja põhiseadusliku inimõiguste kaitsega. Rahvusvaheline kirjandus osutab samas, et turvaline kodus elamine ei piirdu üksnes füüsiliste riskide vähendamisega, vaid sõltub ka teenuse koordineeritusest, suhete järjepidevusest ja inimese kontrollitundest (Lette *et al.*, 2020; James *et al.*, 2019).

Eelnev allikakäsitlus näitab, et turvalise toimetuleku kontseptsiooni operatsionaliseerimine annab kvaliteedijuhtimissüsteemile sisulise fookuse, kuid ei selgita veel, kuidas muuta see raamistik organisatsiooni igapäevases juhtimises kasutatavaks. Selleks on vaja metoodilist lähenemist, mis seob teenuse saaja kogemuse, töötajate tööpraktikad, juhtide otsustusvajadused ja avaliku teenuse eesmärgid üheks rakendatavaks kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeliks. Siinses raamistikus täidab seda rolli teenusedisain, mida toetab avaliku väärtuse käsitlus.

Teenusedisaini objektiks on kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel, mitte koduteenus tervikuna ega üksik teenusekomponent. See eristus on oluline, sest teoreetiline kvaliteediraamistik ja turvalise toimetuleku kontseptsioon ei moodusta veel valmis juhtimissüsteemi. Need annavad lähteraamistiku, mida tuleb kohandada Tallinna Koduteenuse Keskuse töökorralduse, olemasolevate andmeallikate, töötajate kogemuse ja juhtide otsustusvajadusega.

Joonis 1 koondab peatüki teoreetilise loogika ning näitab, millist rolli täidavad turvaline toimetulek, Donabediani laiendatud mudel, teenusedisain ja avalik väärtus kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli kujundamisel.



Joonis 1. Koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise teoreetiline raamistik. Allikas: autori koostatud Donabediani (2005), Doyle jt (2013), Design Councili (2019), Moore'i (1995), Osborne jt (2022) ja Stickdorni jt (2018) põhjal.

Avaliku sotsiaalteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel on oluline lähtuda avaliku väärtuse loomise vaatenurgast, sest avalik teenus ei eksisteeri organisatsiooni enda jaoks, vaid teenib laiemat ühiskondlikku eesmärki. Mark Moore (1995, lk 71) sõnastas avaliku väärtuse kontseptsiooni, mis suunab tähelepanu lisaks organisatsiooni sisemisele toimimisele ka sellele, millist kasu ja mõju avalikud teenused ühiskonnale loovad. Moore'i strateegilise kolmnurga kohaselt peavad avaliku sektori juhid hoidma tasakaalus kolme komponenti: avalikku väärtust, legitiimsust ja toetust ning operatiivset võimekust, mis on väärtuse loomiseks vajalikud (Moore, 1995, lk 71–73). Osborne jt (2022) rõhutavad avaliku teenuse ökosüsteemi käsitluses, et avaliku teenuse

väärtus ei teki üksnes organisatsiooni sisemises tegevuses, vaid kujuneb teenuse kasutajate, töötajate, teenust korraldavate organisatsioonide ning laiema institutsionaalse keskkonna koosmõjus.

Koduteenuse kvaliteedimõõdikud täidavad avaliku väärtuse vaates kahte ülesannet. Organisatsiooni sees aitavad need juhtida teenuse kvaliteeti; avaliku teenuse vaates aitavad need näidata, kas avalike vahendite kasutamine toetab inimese turvalist kodust toimetulekut. Tabel 3 ei esita lõplikku mõjuhindamise mudelit, vaid näitab, kuidas koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi sisendid, tegevused, väljundid, tulemused ja laiem mõju seostuvad avaliku väärtuse loomise, legitiimsuse ja operatiivse võimekusega.

Tabel 3. Koduteenuse avaliku väärtuse seosed kvaliteedijuhtimissüsteemi loogikaga

Tasand	Sisu koduteenuse kontekstis
Sisendid	Eelarve, personal, infosüsteemid, koolitused, juhendid ja seadusandlik raamistik
Tegevused	Abivajaduse hindamine, hooldusplaani koostamine, kodukülastused, dokumenteerimine, koostöö lähedastega, töötajate juhendamine
Väljundid	Külastuste arv, teenindatud klientide arv, koolitustunnid, dokumenteeritud juhtumid
Tulemused	Inimeste funktsionaalse võimekuse säilimine, rahulolu, turvatunne, töötajate heaolu, teenuse järjepidevus
Mõju	Institutsionaalse hoolduse vajaduse edasilükkamine, eakate elukvaliteedi paranemine, lähedaste koormuse vähenemine, ühiskondlik sidusus
Legitiimsus	Aruandlus volikogule, läbipaistvus kodanikele, seadusest tulenevate kohustuste täitmine, poliitiline toetus teenusele
Operatiivne võimekus	Personali pädevus ja motivatsioon, IT-süsteemide toimivus, juhtimisvõimekus, koostöövõrgustikud

Allikas: autori koostatud Moore'i (1995) ja Osborne jt (2022) põhjal.

Teenusedisain on kujunenud oluliseks vahendiks nii era- kui ka avalike teenuste arendamisel. Lähenemisviis seab keskmesse kasutajate tegelikud vajadused ning ehitab arendusprotsessi üles nende kogemustele tuginedes. Interdistsiplinaarse praktikana ühendab teenusedisain erinevate erialade vaatenurgad, mis aitab jõuda lahendusteni,

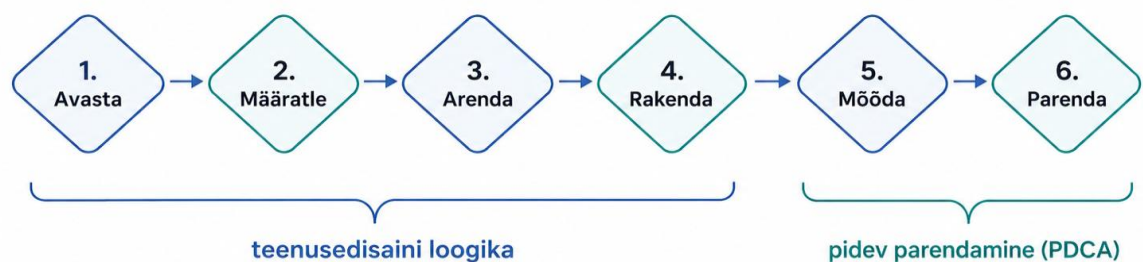
millega teenuse kasutajad end ära tunnevad (Stickdorn *et al.*, 2018, lk 19). Klassikalistest lineaarsetest arendusmudelitest eristavad teenusedisaini kolm läbivat põhimõtet. Kasutajakesksuse põhimõtte järgi ei lähtu arendus üksnes organisatsiooni eeldustest, vaid vaatluste ja uuringute teel kogutud teadmistest. Sidusrühmade kaasamine arendusprotsessi partneritena, sealhulgas nii teenuse saajate kui osutajatena, suurendab lahenduste asjakohasust ja omaksvõtu tõenäosust. Iteratiivne protsessikäsitlus tunnistab, et esimesed lahendusideed vajavad katsetamist ja täpsustamist enne, kui neist saavad toimivad teenused (Stickdorn *et al.*, 2018, lk 21–27).

Avaliku sektori organisatsioonidel on erasektori ettevõtetest oluliselt erinev tegutsemiskeskkond, mis seab teenusedisaini rakendamisele lisatingimused. Avalike teenuste kasutajad on samaaegselt kodanikud, kellel on seadusest tulenevad õigused ja kohustused, mitte pelgalt tarbijad, keda saab kohelda turundusloogika järgi. Uute lahenduste juurutamine avalikus sektoris nõuab samaaegset sobivust õigusliku raamistiku, poliitikaprioriteetide ja demokraatliku legitiimsusega (Bason, 2010, lk 15–17). Brinkman jt (2023, lk 242) tõdevad, et disainmõtlemist peetakse sobivaks keerukate probleemide lahendamiseks ning teenuste, tulemuste, demokraatia ja regulatsioonide parandamiseks, mistõttu avalikud organisatsioonid katsetavad sellega üha enam. Samas ei ole tõhus rakendamine lihtne ülesanne. Brinkman jt (2023, lk 242–243) on näidanud, et avalike organisatsioonide struktuurne kalduvus stabiilsuse ja vastutuse eelistamisele muudab disainmõtlemisele omase eksperimenteerimiskultuuri juurdumise aeglaseks protsessiks, mis vajab teadlikke strateegiaid institutsionaalse ruumi loomiseks.

Kuigi Teenuse Standard 2.0 on esmajoonel suunatud avalike teenuste üldisele ja digitaalsele arendamisele, kasutatakse seda siin tõlgendusliku metodoloogilise toena, sest selle põhimõtted nagu eesmärgistamine, mõõtmine, kasutaja mõistmine, prototüüpimine ja järjepidev parendamine, on asjakohased ka koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel (Justiits- ja Digiministeerium, 2025). Topeltteemandi mudeli kasutamine kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise raamistikuna toob kaasa ühe olulise piirangu. Mudel on oma loogikalt suunatud projektilaadsele arendusprotsessile, millel on eristuvad algus- ja lõpupunktid.

Kvaliteedijuhtimine toimib aga olemuselt ringina, kus andmeid kogutakse pidevalt, hindamine on tsükliline ja parendused tuginevad jooksvatele tulemustele, mitte lõpetatud projektile (Deming, 1986, lk 88). PDCA on laialdaselt rakendatud kvaliteedijuhtimises nii organisatsiooni tasandil kui ka üksikute protsesside parendamisel. Joonisel 2 on kujutatud kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise ja hilisema parendamise loogika, mis ühendab teenusedisaini arendusloogika ja kvaliteedijuhtimise pideva parendamise põhimõtte.

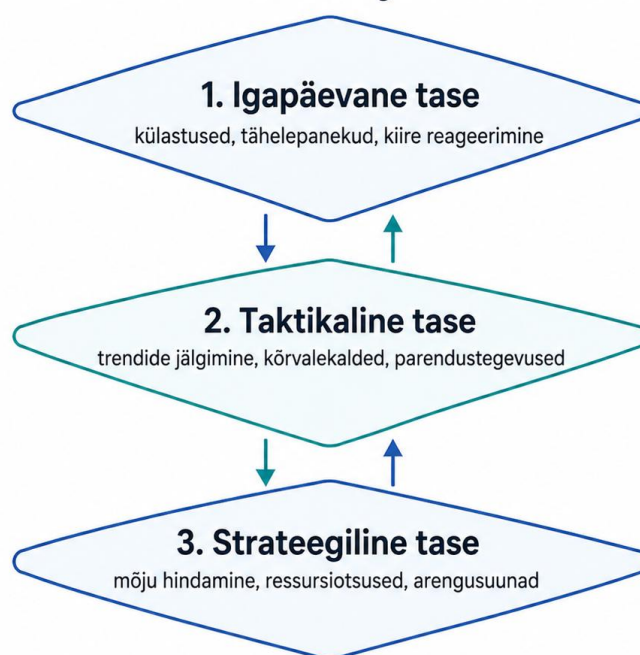
Kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise ja parendamise loogika



Joonis 2. Kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise ja parendamise loogika. Allikas: autori koostatud Design Councili (2019) ja Demingi (1986) põhjal.

Joonisel 2 kujutatud hübriidse mudeli loogika on järgmine. Topeltteemandi avastamis- ja defineerimisfaasid toetavad olemasoleva olukorra ja kvaliteedilünkade mõistmist. Arendamis- ja elluviimisfaasid võimaldavad kujundada mõõdikute ja juhtimisrutiinide ettepaneku. PDCA-tsükel lisab sellele hilisema pideva parendamise loogika. Mudeli tegelik rakendamine ja PDCA-tsükli toimivuse hindamine jäävad töö ulatusest välja, kuid süsteem kujundatakse nii, et seda oleks võimalik pärast valideerimist ja piloteerimist tsükliliselt kasutada. Kolmetasandiline juhtimisrutiin seob kvaliteedimõõdikud igapäevase, taktikalise ja strateegilise juhtimisega, nagu on esitatud joonisel 3.

Kvaliteedimõõdikute kasutamine kolmetasandilises juhtimisrutiinis



Joonis 3. Kvaliteedimõõdikute kasutamine kolmetasandilises juhtimisrutiinis. Allikas: autori koostatud Moore'i (1995), Demingi (1986) ja Van Dooreni jt (2015) põhjal.

Joonis 3 ei esita veel töö lõplikku rakendusmudelit, vaid näitab teoreetilist juhtimisloogikat, mille alusel kvaliteedimõõdikud saavad liikuda operatiivselt tasandilt strateegiliste otsusteni. Igapäevasel tasandil jälgivad üksuste juhid hooldusplaani täitmist ja reageerivad intsidentidele reaalajas, kasutades näiteks kukkumiste registrit ja hooldusplaani täitmise mõõdikut. Igakuisel taktikalisel tasandil analüüsivad teenusejuht, kvaliteedijuht ja üksuste juhid kõigi üksuste koondtrende, tuvastavad mustripõhiseid probleeme ning otsustavad parendustegevuste üle. Kvartaalsel strateegilisel tasandil hindab juhtkond mõjutasandi näitajaid, seostab tulemused avaliku väärtuse lubadusega ning teeb ressursiotsuseid. Selline rutiin tagab, et kvaliteedimõõdikud ei jää üksnes aruandluseks, vaid on juhtimisotsuste aluseks.

Koosloome teoreetiline käsitus on täiendavalt rikastanud avaliku sektori teenusedisaini mõistmist. Osborne ja Strokosch eristavad kolme koosloome tasandit: tarbija koosloome (*consumer co-production*), kus üksik kasutaja osaleb teenuse tarbimise käigus; osaluslik koosloome (*participatory co-production*), kus kasutajate

rühmad osalevad kollektiivselt teenuse planeerimisel; ning transformeeriv koosloome (*enhanced co-production*), mis muudab teenuse olemust ja loob uut avalikku väärtust (Osborne & Strokosch, 2013, lk 34). McMullin (2021, lk 112) on rõhutanud, et sotsiaalteenustes tuleb eristada kooskujundamist (*co-design*), mis puudutab planeerimist ja disaini, ning kaasosutamist (*co-delivery*), mis puudutab teenuse elluviimist. Avaliku teenuse väärtus ei teki ainult organisatsiooni sees, vaid avaliku teenuse ökosüsteemis, kus väärtust kujundavad teenuse kasutajad, töötajad, teenust korraldavad organisatsioonid ning institutsionaalne keskkond (Osborne *et al.*, 2022). Seetõttu ei ole teenuse kasutaja kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamisel passiivne infoallikas, vaid oluline osapool, kelle kogemus aitab mõista, mida kvaliteet teenuse tegelikus kasutusolukorras tähendab.

Uuringus rakendatakse eelkõige osaluslikku koosloomet intervjuude ja fookusgruppide kaudu. Kooskujundamise loogika seisneb selles, et klientide, töötajate ja juhtkonna kogemused kujundavad mõõdikute süsteemi sisu. See erineb puhtalt konsultatiivsetest lähenemistest, kus sidusrühmad annavad tagasisidet, kuid ei mõjuta sisuliselt lahenduse kujunemist. Teenuse Standard 2.0 (Justiits- ja Digiministeerium, 2025) on Eesti avalike teenuste arendamist ja juhtimist suunav juhendmaterjal, mille omanik on alates 2025. aasta jaanuarist Justiits- ja Digiministeerium. Standardit ei käsitleta koduteenusele otseselt kohustusliku raamistikuna, vaid avaliku teenuse arendamise üldise metodoloogilise toena.

Teenuse Standard 2.0 sisaldab 14 põhimõtet, mis kohalduvad horisontaalselt läbi teenuse elutsükli kõigi etappide ehk visioneerimise, planeerimise, mõistmise, määratlemise, lahendamise, valideerimise, arendamise, rakendamise, osutamise ja skaleerimise. Elutsükli mudeliga on seotud viis hindamisväärtust, mis tagavad, et iga arendusetapi tulemused vaadatakse kriitiliselt üle enne järgmisele liikumisele. See loogika on sisuliselt struktureeritud PDCA tsükkel, mis on lõimitud konkreetsetesse otsustuspunktidesse. Töö hübriidse topeltteemant-PDCA mudeli ning Teenuse Standard 2.0 elutsükli mudeli vahel on tihe metodoloogiline peegeldus, sest mõlemad lähtuvad iteratiivsest arendusest, pideva hindamise põhimõttest ja kasutajakesksusest. (Justiits- ja Digiministeerium, 2025)

Koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamise seisukohast on Teenuse Standardist eriti olulised kolm põhimõtet. Põhimõte 2 „Eesmärgista, mõõda ja hinda.

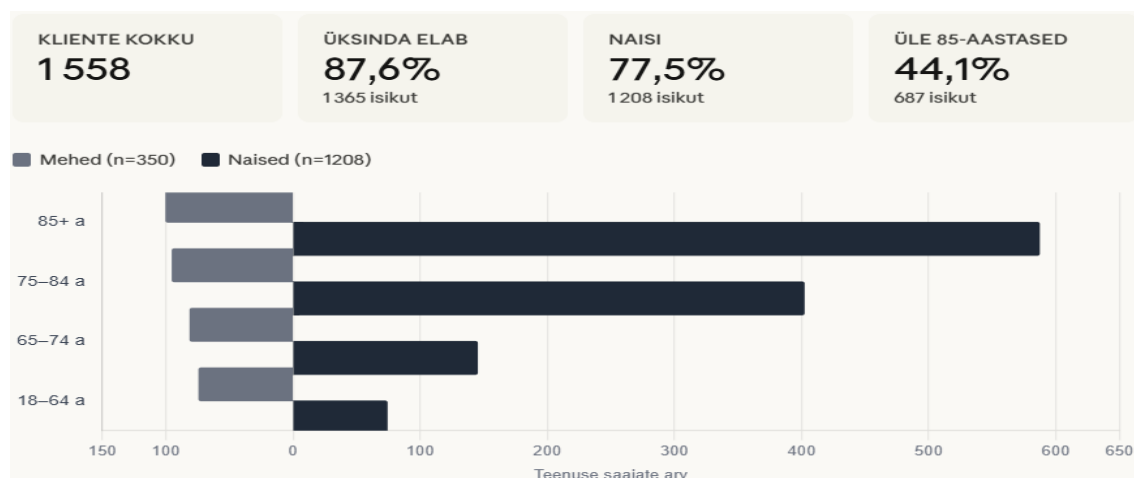
Järjepidevalt” loob kvaliteedijuhtimissüsteemile normatiivse toe, sest töös disainitakse regulaarset hindamist võimaldav 16-mõõdikust süsteem. Standard selgitab, et teenuse vastavust eesmärkidele tuleb hinnata regulaarselt ning tulemuste põhjal teha arengupõhiseid otsuseid; siinses mudelis tõlgendatakse seda loogikat kolmetasandilise juhtimisrutiini kaudu. Põhimõte 3 „Juhi teenust läbi andmete” rõhutab andmete kogumist ja kasutamist juhtimisotsuste alusena, mis haakub Donabediani (1988, lk 1745) protsessi- ja tulemusaspektiga. Põhimõte 13 „Taga järjepidev teenuse osutamine” käsitleb teenuse katkestuste ennetamist ja asendusplaane ning seostub KJS kontekstis töötaja järjepidevuse mõõdikuga. Seetõttu käsitletakse Teenuse Standardit KJS rakendamise normatiivse toena, mitte iseseisva kohustusliku sertifitseerimisraamina. Standardi kasutamine koduteenuse kontekstis eeldab siiski piirangute tunnistamist, sest koduteenus on suure relatsioonilise ja eetilise koormusega sotsiaalteenus. Seetõttu ei kanta standardi tööriistu koduteenusele üle üks-ühele, vaid neid kohandatakse sihtgrupi eripäradega arvestades.

Peatükk lõi aluse koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli kujundamiseks. Donabediani laiendatud mudel annab kvaliteedi mõõtmise struktuuri, turvalise toimetuleku käsitlus sisustab koduteenuse seadusliku eesmärgi, teenusedisain näitab, kuidas muuta raamistik organisatsioonis kasutatavaks, ning avaliku väärtuse käsitlus põhjendab, miks kvaliteedijuhtimine on avaliku sotsiaalteenuse puhul laiemalt vajalik. Nende käsitluste ühendamine võimaldab töö empiirilises osas analüüsida Tallinna Koduteenuse Keskust juhtumina ning kujundada kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli, mis seob mõõdikud, tööprotsessid ja juhtimisotsused teenuse saaja turvalise toimetuleku toetamisega.

2. TALLINNA KODUTEENUSE KESKUSE KONTEKST, UURIMISMETOODIKA JA VALIM

2.1. Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekst, uurimismetoodika ja valim

Tallinna Koduteenuse Keskus on Tallinna linna hallatav asutus, mis loodi 1. juunil 2025 kaheksa linnaosa sotsiaalhoolekande osakonna koduhooldusüksuste konsolideerimise tulemusena (Tallinna Linnavolikogu, otsus 06.02.2025). 2025. aasta seisuga teenindab keskus ligikaudu 1500 klienti kuus, kellest 90 protsenti on üle 65-aastased naised (joonis 4). Personalikulu moodustab 72 protsenti kogueelarve ligikaudu 4,2 miljonist eurost (Tallinna linna eelarve, 2026).



Joonis 4. Tallinna koduteenust 2025. aastal kasutanud klientide vanuseline ja sooline jaotus. Allikas: Tallinna Koduteenuse Keskuse sisestatistika (2025) alusel.

Enne konsolideerimist osutasid linnaosade valitsuste koduteenust osutavad hallatavad asutused teenust iseseisvalt, kusjuures iga linnaosa asutus korraldas teenust oma töökorralduse, dokumenteerimispraktikate alusel. Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti 2024 läbi viidud siseanalüüs näitas, et klientide külastussagedus erines

linnaosade vahel kuni kolmekordselt, dokumenteerimine oli ebaühtlane ning süsteemne tagasiside kogumine puudus. Konsolideerimisreform loob institutsionaalse hetke, mil ühtse kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundamine on võimalik algusest peale, ilma et tuleks ümber kujundada juba väljakujunenud paralleelstruktuure.

Tallinna Koduteenuse Keskuse valimine juhtumiuuringu objektiks on põhjendatud kuivõrd vastavalt Statistikaameti andmebaasile on Tallinna linn Eestis suurima rahvaarvuga kohalik omavalitsus (Statistikaamet, 2026) ning sellest tulenevalt on Tallinna koduteenuse osutaja Eesti suurim koduteenuse osutaja. Flyvbjerg (2006, lk 230) on juhtumiuuringu metodoloogiat analüüsides näidanud, et strateegiliselt valitud üksikjuhtum võib anda rohkem teavet kui suured statistilised valimid, eriti kui juhtumi valik on informatsioonimahukas ja sisaldab olulist õppimisväärtust. Teiseks kinnitab Tallinna juhtumi laiema tähenduse Riigikontrolli (2023) audit, mis kattis kümmet omavalitsust, sealhulgas Eesti nelja suurimat linna ja üle 50 protsendi kõigist Eesti koduteenuse saajatest. Audit tuvastas kõigis auditeeritud omavalitsustes samad viis probleemi, milleks olid mõjueesmärkide ja tulemusnäitajate puudumine, paberikeskne teabehaldus, lünklik kvaliteedikontroll, teenusevajadusega nõrgalt seostatud abivajaduse hindamine ning seadusvastased kitsendused omavalitsuste kordades (Riigikontroll, 2023, lk 105). Tallinna leiud ei ole seega organisatsioonispetsiifilised, vaid esindavad üldist riiklikku väljakutset. Kolmandaks on töö autoril organisatsiooniga otsene seos koduteenuse teenusejuhina, mis tagab kontekstuaalse mõistmise ja juurdepääsu andmetele, kuid eeldab teadlikku reflektiivsust, mida käsitletakse edaspidi.

Tallinn eristub auditeeritud omavalitsustest ühel olulisel viisil, ta on ainus, kes mõõdab juba ühte tulemusnäitajat, milleks on üldhooldusteenusele suunduvate klientide keskmine vanus, mille eesmärk on tõsta see 75-lt 82 eluaastale 2035. aastaks (Riigikontroll, 2023, lk 33). See üks näitaja kinnitab, et mõõtmine on võimalik, kuid ei asenda süsteemset mitmemõõtmelist lähenemist. Narva kogemus näitab, kuhu süsteemne mõõtmine võib viia. Seal toimub kord aastas nii rahuloluuuring kui elukvaliteedi muutuse hindamine ning tulemuseks paranes elukvaliteet 54 protsendil klientidel (Riigikontroll, 2023, lk 63). Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) § 17 lõige 1 sätestab koduteenuse eesmärgina täisealise isiku iseseisva ja turvalise toimetuleku tagamise kodustes tingimustes, säilitades ja parandades tema elukvaliteeti

(Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Seaduse § 14 sätestab sotsiaalhoolekandeline abi osutamise üldkorra ning § 15 reguleerib abivajaduse hindamise kohustust. Oluline on, et SHS sätestab koduteenuse eesmärgi ja üldise korralduse, kuid jätab teenuse sisu, mahu ning kvaliteedi hindamise kriteeriumid kohaliku omavalitsuse korraldada. See loob paratamatult varieeruvuse, mida Riigikontrolli (2023) audit on dokumenteerinud ja käesolev töö empiirilises osas kinnitab. Tallinna Linnavolikogu otsus nr 6 (06.02.2025) on Moore'i (1995, lk 71) legitiimsuse argumendi seisukohalt oluline, sest poliitiline otsustaja on andnud mandaadi teenuse süsteemseks ümberkorraldamiseks, mis loob KJS rakendamiseks vajaliku poliitilise toe. Käesoleva töö KJS mudelit saab seetõttu käsitleda mitte ainult organisatsioonisisese arenguvahendina, vaid ka volikogu otsusest tulenevate eesmärkide operatsionaliseerimisena.

Sotsiaalkindlustusameti (2024a) koduteenuse kvaliteedijuhis pakub soovitusliku raamistiku teenuse kvaliteedipõhimõtete mõtestamiseks, rõhutades isikukesksust, vajaduspõhisust, õiguste kaitset ja organisatsiooni head töökorraldust. Sotsiaalkindlustusameti (2024b) koduteenuse juhend seevastu toetab praktilist teenuse korraldamist kohaliku omavalitsuse tasandil, avades koduteenuse eesmärgi, teenuse sisu ja protsessilist ülesehitust. Mõlemad dokumendid viitavad turvatunde ja kvaliteetse toe olulisusele, kuid ei operatsionaliseeri turvalist toimetulekut mõõdetavateks juhtimisnäitajateks. Antud töös käsitletakse seda lünka autori tõlgenduse kohaselt ühe keskse arendusvajadusena. Eesti heaolu arengukava 2023–2030 (Sotsiaalministeerium, 2023) lisab makrotasandi sihituse, rõhutades andmepõhise sotsiaalpoliitika ja kvaliteetse toe vajadust. Magistritöö uuring tugineb kahele teineteist täiendavale metodoloogilisele lähenemisele, juhtumiuuringule ja disainiteaduse uurimislähenemisele. Yin (2018, lk 15) defineerib juhtumiuuringut kui empiirilist uurimismeetodit, mis käsitleb kaasaegset nähtust selle reaalses kontekstis, eriti olukordades, kus piir nähtuse ja konteksti vahel ei ole selgelt eristatav. Tüpoloogias on käesolev uuring ühe juhtumiuuringu sisseehitatud disainiga (Yin, 2018, lk 49), kus juhtumiorganisatsiooniks on Tallinna Koduteenuse Keskus ning analüüsiüksusteks on erinevad sidusrühmad (kliendid, töötajad, juhtkond) ja organisatsiooni kvaliteedipraktikad. Juhtumiuuring sobib eesmärgiga mitmel põhjusel. Kuivõrd kvaliteedijuhtimissüsteemi disainimine on kontekstist sõltuv, nõuab mitme andmeallika kombineerimist (Yin, 2018, lk 126–127) ning tegemist on kaasaegse

nähtusega, mille üle uurijal puudub eksperimentaalne kontroll. Disainiteaduse (*design science research*, edaspidi DSR) uurimislähenemine täiendab juhtumiuuringut, pakkudes raamistiku artefakti loomiseks ja hindamiseks. Hevner jt (2004, lk 76–77) eristavad käitumisteaduse lähenemist, mis testib teooriat, ning disainiteaduse lähenemist, mis loob praktilisi võimalusi artefaktide kaudu. Peffers jt (2008, lk 54) on formaliseerinud DSR uurimisprotsessi kuueks etapiks, milleks on probleemi tuvastamine ja motiveerimine, lahenduse eesmärkide defineerimine, artefakti projekteerimine ja arendamine, demonstreerimine, hindamine ning kommunikeerimine. Käesolev uuring järgib neid etappe, kohandades neid koduteenuse kontekstiga. Analüüsi käigus tuvastatud teemad tõlgiti teenusedisaini sünteesivahendite abil mõõdikuvajadusteks ja artefakti kujundusotsusteks. Uuriija positsiooni osas rakendatakse Coghlan'i (2019, lk 48) praktiku-uuriija raamistikku, mis tunnistab organisatsioonisisese uurija teadmiste ja vaatenurkade eeliseid ning samas kohustab teadlikule reflektiivsusele kallutuse vähendamiseks.

Andmekogumine tugineb metodoloogilisele triangulatsioonile. Patton (2015, lk 316) eristab nelja triangulatsiooni tüüpi. Koduteenuse uuringus rakendatakse meetodite triangulatsiooni (erinevad andmekogumismeetodid) ning andmeallikate triangulatsiooni (erinevad sidusrühmad ja dokumendid). Andmekogumismeetodid on esitatud tabelis 4. Valimi moodustamine lähtus eesmärgipärase valimi strateegiast (Patton, 2015, lk 264–265). Klientide valim moodustati maksimaalse varieeruvuse põhimõttel, arvestades endist linnaosa, abivajaduse taset, vanust ning eraldi tagades, et esindatud oleksid nii teenusega rahul kui ka vähem rahul olevad kliendid. Juhtkonna valim oli ammendav, kaasates kõik kolm strateegilise juhtkonna liiget. Üksuste juhtide ja hooldustöötajate valim moodustati maksimaalse varieeruvuse põhimõttel, arvestades töökogemust, endist linnaosa ja ameti taset. Selline valim võimaldas katta nii strateegilise, operatiivse kui ka kogemusliku vaate, mis oli kvaliteedijuhtimissüsteemi disainimise seisukohast vajalik.

Klientide kaasamise disainimisel arvestati sihtgrupi eripäradega. Kõik kliendi olid naised ja intervjuud viidi läbi inimese kodus tuttavas keskkonnas, sessioonide kestus oli maksimaalselt 40 minutit, küsimused sõnastati lihtsas igapäevases keeles ning uurija kohandas tempot inimese vajadustele vastavalt. Hooldustöötajate puhul valiti fookusgrupp kolmel põhjusel, nimelt töötajad jagavad ühist professionaalset kogemust,

mis muudab grupivestluse viljakaks, fookusgrupp on ajaliselt tõhusam ning grupivestlus võimaldab tuvastada jagatud kogemusi, mis individuaalintervjuudes ei pruugi avalduda.

Tabel 4. Teostatud andmekogumismeetodid, valim ja ajakava

Meetod	Infoallikas ja tegelik valim	Eesmärk topeltteemandi etapis	Aeg
Dokumendianalüüs	SHS § 17; Tallinna Linnavolikogu otsus nr 6 (2025); SKA koduteenuse kvaliteedijuht (2024); Riigikontrolli audit (2023); Soome RAI süsteemi kirjeldus (THL, 2024); Tallinna linna eelarve 2026	Avastamine: normatiivse raamistiku ja organisatsioonilise konteksti kaardistamine	November 2025
Poolstruktureeritud intervjuud juhtkonnaga	J1–J3: Keskuse juht, osakonnajuhataja, arendus- ja kvaliteedijuht (3 intervjuud, kestus 45–120 min)	Avastamine: organisatsiooni strateegiliste vajaduste ja mõõtmissuutlikkuse kaardistamine	Veebruar–märts 2026
Fookusgrupiintervjuu üksuste juhtidega	J4–J13: kümme üksuse juhti (1 fookusgrupp, kestus 75 min)	Avastamine: operatiivtasandi kitsaskohtade ja töökorralduse kaardistamine	Märts 2026
Fookusgrupiintervjuu hooldustöötajatega	T1–T14: neliteist koduhooldustöötajat (1 fookusgrupp, kestus 65 min)	Avastamine: töötajate igapäevase kvaliteedikogemuse ja ohutustaju mõistmine	Märts 2026
Poolstruktureeritud intervjuud klientidega	K1–K7: seitse teenuse saajat (intervjuud, kestus 30–40 min); K8: üks kirjalik ütlus (95-aastane klient)	Avastamine: turvalise toimetuleku subjektiivse tähenduse ja teenuse kogemuse kaardistamine	Märts 2026
Jooniste koostamine tehisintellekti tööriista abil	Claude (Anthropic, 2025)	Empiiriliste leidude ja teoreetiliste mudelite visuaalne süntees joonisteks	Märts–aprill 2026

Andmeanalüüs tugineb Braun ja Clarke'i (2022, lk 35–36) refleksiivse temaatilise analüüsi kuuele etapile, milleks on andmetega tutvumine, kodeerimine, esialgsete teemade moodustamine, teemade ülevaatamine, teemade defineerimine ja nimetamine ning aruande koostamine. Kodeerimisel kasutati nii deduktiivset kodeerimist (Donabediani neli aspekti, IHI neli dimensiooni) kui ka induktiivset kodeerimist (andmetest kerkivad uued mustrid, nt finantsiline kättesaadavus). Braun ja Clarke (2022, lk 13) rõhutavad, et refleksiivne temaatiline analüüs rõhutab uurija aktiivset rolli

tähenduste loomisel, mis on kooskõlas praktiku-uurija positsiooni teadliku käsitlusega. Uuringu eetilise raamistik tugineb sotsiaalteaduslike uuringute peadele tavadele. Kõik osalejad andsid informeeritud nõusoleku, intervjuud salvestati nõusolekul, salvestised kustutatakse pärast töö kaitsmist ning tulemuste esitamisel kasutatakse kodeerimist. Allolevas tabelis 5 on esitatud uuringusse kaasatud sidusrühmad ning nende roll tulemuste tõlgendamisel ning normatiivne kontekst.

Tabel 5. Uuringusse kaasatud sidusrühmad ning normatiivne kontekst

Sidusrühm	Kood	Osalus uuringus	Roll	tulemuste tõlgendamisel
Strateegiline juhtkond	J1–J3	3 individuaalintervjuud	Organisatsiooni strateegiline ressursid, kvaliteedijuhtimise vastutus	suund,
Üksuste juhid	J4–J13	Fookusgrupp osalejat)	(10 Operatiivtasandi kitsaskohad, töökorraldus, personalijuhtimine	
Koduhooldustöötajad	T1–T14	Fookusgrupp osalejat)	(14 Igapäevatöö kogemus, töötingimused, kliendisuhted, ohutus	
Kliendid	K1–K7; K8 kirjalik	7 individuaalintervjuud, 1 kirjalik ütlus	Teenuse kogemus, turvatunne, mõõde	subjektiivne autonoomia, finantsiline
Klientide lähedased	—	Ei osalenud (metodoloogiline piirang)	Mitteformaalne tugivõrgustik, andmed puuduvad, vt alapeatükk 2.3	nende vt
Normatiivne kontekst	—	Dokumendianalüüs	Normatiivne rahastus, prioriteedid	raamistik, poliitilised

Tabelis 5 esitatud sidusrühmad katavad strateegilise, operatiivse ja kogemusliku vaate. See kolmetasandiline katvus on kvaliteedijuhtimissüsteemi disainimise seisukohast vajalik, sest kvaliteet kujuneb kõigil kolmel tasandil korraga. Juhtimisotsused, töökorraldus ja kliendi kogemus on omavahel seotud ning ühe tasandi andmed ei asenda teiste tasandite infot. Kokkuvõttes avab dokumendianalüüs normatiivse ja organisatsioonilise konteksti, juhtkonna intervjuud toovad strateegilise tasandi vaate, üksuste juhtide ja hooldustöötajate fookusgruppiintervjuud kajastavad operatiivset tegelikkust ning klientide intervjuud annavad kogemusliku mõõtme, mida muud

andmeallikad ei asenda. Tabel 6 näitab, kuidas iga andmekogumismeetod panustab erinevasse analüütilisse kihti ning kuidas meetodid teineteist täiendavad.

Tabel 6. Andmekogumismeetodite seos analüütiliste tasanditega

Meetod	Osalejad	Peamine analüütiline panus
Dokumendianalüüs	—	Normatiivne raamistik, kontekst, rahvusvaheline võrdlus
Juhtkonna individuaalintervjuud	J1–J3	Strateegiline visioon, mõõdikute puudumine, juhtimissuutlikkus, ressursipiirangud
Üksuste juhtide fookusgrupp	J4–J13	Operatiivtasandi kitsaskohad: e-Selver, bürokraatia, töötajate kompetents, otsustusõiguse piiramine
Hooldustöötajate fookusgrupp	T1–T14	Emotsionaalne töö, töötajate turvalisus, suhtluse ajalised piirangud, läbipõlemise risk
Klientide individuaalintervjuud	K1–K8	Autonoomia, töötaja järjepidevus, finantsiline kättesaadavus, sotsiaalse kaasatuse kogemus

Viie sõltumatu andmeallika kooskõllalisus suurendab leidude usaldusväärsust ning võimalikud lahknevused allika vahel on iseenesest analüütiliselt informatiivne. Näiteks finantsilise kättesaadavuse esilekerkimine üksnes klientide andmetest, mitte töötajate ega juhtide omades, on oluline leid omaette. Järgnev alapeatükk esitab uuringu tulemused nende andmeallikate sünteesina, liikudes normatiivse konteksti kaardistamisest empiiriliste leidude esitamiseni turvalise toimetuleku kuue dimensiooni ja Donabediani nelja aspekti lõikes.

2.2. Turvalise toimetuleku dimensioonid ja kvaliteedijuhtimise kitsaskohad koduteenuses

Käesolevas alapeatükis esitatakse uuringu tulemused ja analüüs kahe analüütilise telje kaudu. Esiteks käsitletakse, kuidas turvaline toimetulek avaldub juhtide, töötajate ja klientide kogemustes ning millisteks dimensioonideks see empiiriliste andmete põhjal jaotub. Teiseks analüüsitakse teenuse kvaliteedi peamisi kitsaskohti Donabediani laiendatud struktuuri, protsessi, tulemuse ja kogemuse aspektide lõikes. Kõige olulisem temaatiline leid, mida kinnitavad kõik viis andmeallikat, on turvalise toimetuleku mitmemõõtmeline iseloom. Mitte ükski intervjuueritu ei käsitlenud turvalisust ühedimensioonilisena, kuid dimensioonide suhteline tähtsus erineb märkimisväärselt vastavalt vaatleja rollile ja elukogemusele. Analüüs toetab IHI (2017, lk 12–15) nelja

dimensiooni mudelit empiiriliselt ning laiendab seda kahe induktiivselt kerkiva dimensiooniga.

Füüsiline turvalisus on ainus dimensioon, milles valitseb täielik konsensus kõigi sidusrühmade vahel. Juhtkond, üksuste juhid, töötajad ja kliendid nimetavad kõik füüsilise ohutuse esimese ja kõige otsesema turvalisusdimensioonina. Kliendid kirjeldavad füüsilist ohtu läbi isiklike kogemuste. Klient K5 kirjeldas reaalselt kriisiolukordi: „Ükskord ma ikka kukkusin kodus. Pidin roomama telefoni juurde. Uks oli seestpoolt kinni ja kiirabi tuli aknast sisse.” Klient K2 kirjeldas oma abivahendit: „Mul on käru, millel on kolm jalga ja üks ratas peal, et mul oleks midagi käsi ees kui ma kukun. Aga ta pole ka kuigi kindel.” Need kirjeldused illustreerivad, et füüsiline turvalisus ei ole pelgalt abivahendite olemasolu, vaid terviklik eluruumi kohandamise ja süsteemse valmisoleku küsimus. Üksuste juhid tõid kõige olulisema struktuurilise kitsaskohana esile, et kodukeskkonna ohutushindamise standardiseeritud protokoll puudub (J4–J13). Teoreetiliselt korreleerub see dimensioon IHI (2017) füüsilise turvalisuse aspektiga ning Donabediani (1988, lk 1745) struktuuri ja tulemuse dimensioonidega. Praktikas tähendab see, et füüsilist turvalisust tuleb hinnata kahel tasandil. Esiteks kas teenuseosutajal on olemas eeldused riskide märkamiseks ja ennetamiseks ning teiseks selle järgi, kas need eeldused aitavad tegelikult vähendada kliendi koduses keskkonnas tekkivaid ohte. Esimese tasandi alla kuulub töötajate väljaõpe, juhised, abivahendid ja riskide dokumenteerimise kord. Teise tasandi alla kukkumiste, vigastuste, ravimivigade või muude ohutusjuhtumite vähendamine.

Vaimne ja emotsionaalne turvalisus on dimensioon, kus sidusrühmade rõhuasetused kõige teravamalt lahknevad, ja see lahknevus on iseenesest oluline analüütiline leid. Üksuste juhid ja hooldustöötajad esitavad tugevaima positsiooni: üksindus ja sellest tulenev depressioon on nende hinnangul tegelikult suurem risk kui füüsilised ohud. Üks üksuse juht kirjeldas juhtumit: „Meil on klient, kellel pole mitte kedagi. Ta läks tõenäoliselt lihtsalt sellepärast, et ei tahtnud enam elada. Tal polnud kellega rääkida, kellele minna.” (J5) Hooldustöötaja T3 täiendas: „Kui inimene ei ole enam millestki huvitatud ja silmades puudub säde, siis see on märk, et temaga ei ole kõik korras.” Kliendid räägivad samast nähtusest, kuid vähem otsese sõnastusega. Klient K5 ütles: „Keegi käib kord päevas vaatamas, kuidas mu olukord on. See on mulle oluline.” Klient

K3 sõnas: „*Kõige suurem hirm on see, et kes mind leiab.*” Strateegiline juhtkond tunnistab vaimse turvalisuse dimensiooni, kuid käsitleb seda füüsilise kõrval, mitte ees (J1; J3). Corneliusson jt (2022, lk 6) on selgitanud seda lahknevust süsteemse kallutatusega: füüsilisi väljundeid on lihtsam mõõta, mistõttu need domineerivad kvaliteedikäsitlustes, kuigi tegelik riskipilt on teistsugune. Käesoleva uuringu andmed kinnitavad, et see tendents avaldub ka Tallinna Koduteenuse Keskuse praktikas.

Sotsiaalne kaasatus kerkis eriti klientide intervjuudest kahe erineva kogemuse kaudu. Mitmed kliendid kirjeldavad naabrite ja kogukonna moodustatud mitteformaalset turvavõrku positiivse ressursina: „*Naabrid käivad vaatamas, uurivad, kuidas läheb. See on mulle tähtis. Tean, et keegi teab, kus ma olen.*” (K2) Teisalt kirjeldab osa kliente füüsilist isoleeritust, kus korterivangis olemine ei ole metafoor, vaid reaalsus: „*Ise ma korterist välja ei saa. Arsti juurde ma ei ole veel ilma autota läinud, nii et probleem on lihtsalt, et ma ei saa välja.*” (K5) Jalutamisteenuse olemasolu ei ole kõigile klientidele teada: „*Siin see minu daam, tema ei ole mulle midagi lahti seletanud, et 45 minutit võin jalutama minna temaga.*” (K1) Sama klient kirjeldas, kuidas poes käimine oli talle oluline nii liikumisharrastusena kui sotsiaalse rutiinina, ning et talvel kodus olemise tõttu on kevadel välja minnes jõudu aina vähem (K1). Jalutamisteenus oleks just see, mis aitaks seda probleemi leevendada, kuid teenus ei jõudnud kliendini. See on protsessitasandi konkreetne lünk, mis viitab Parasuraman jt (1988, lk 23) SERVQUAL mudeli kommunikatsioonilüngale.

Töötajate turvalisus kerkis ühe olulisema läbiva teemana kõigist kolmest töötajaid kaasavast andmeallikast ning esindab dimensiooni, mis ei olnud eelnevalt teoreetilises raamistikus eraldiseisva kategooriana ette nähtud. Hooldustöötajad kirjeldasid füüsiliselt ohtlikke olukordi: „*Ühel kliendil oli relv kodus. Ma käisin seal üksi. Keegi ei teadnud, et ma seal olin.*” (T1) Töötaja T2 kirjeldas emotsionaalset koormust: „*Kliendid on vahel väga hirmunud ja vihased. Kõik see läheb sinusse sisse. Pärast päeva lõppu tunned, et oled läbi.*” Üksuste juhid rõhutasid, et töötaja on iga kliendi juures üksi, ilma kolleegide kohalolekuta, mis tähendab, et kriisiolukorras on abi kaugel (J4; J7). Juhataja J1 nimetas kaitsekohustust mõlemas suunas: „*Meil on kohustus kaitsta nii klienti töötaja eest kui töötajat kliendi eest. Praegu pole see korraldus süsteemne.*” Bodenheimer ja Sinsky (2014, lk 574) on rõhutanud, et töötajate

turvalisus on Quadruple Aim'i neljas eesmärk ning selle ignoreerimine avaldub paratamatult kliendi kogemuse langusena. Silverglow jt (2022, lk 778) on lisaks kinnitanud, et töötajate tajutud ohutusemured mõjutavad otseselt töölt lahkumist ja personali voolavust. Käesoleva töö põhjal käsitletakse töötajate turvalisust mitte üksnes töökorraldusliku küsimusena, vaid turvalise toimetuleku süsteemse eeltingimusena.

Väärikus ja autonoomia kerkis juhtkonna tasandil sõnastatult. J2 rõhutas: „Väärikus tähendab inimese võimet oma abivajadust väljendada ning abi saada viisil, mis ei alanda tema inimväärikust.” Kliendid kirjeldavad autonoomia kaotust konkreetsetes igapäevasisituatsioonides. Klient K1 kirjeldas e-Selveri probleemi: „*Ma ei tee seda nimekirja arvutis. Ma tahan silmaga näha, mida ma valin. Mina tean, mis mulle sobib.*” Klient K3 kirjeldas töötajate rotatsioonipoliitikat: „*Mulle ei meeldi, et iga kolme kuu tagant inimene vaheldub. Minu meelest on niisugune väga hea sõbralik kontakt, aga ilmselt ei tohi niisugune sõbralik kontakt olla, sest keegi ütles mulle, et ta on sinu töötaja.*” Sama klient lisas, et pikaajaline töötaja tunneb kliendi soove ette ning märkab, kui midagi olulist on tellimata jäetud. See kirjeldus seostub Nordenfelti (2009, lk 27) identiteedi väärikuse kontseptsiooniga ning Ekman jt (2011, lk 249) isikukeskse hoolduse partnerluspõhimõttega: süsteemne korralduslik otsus (rotatsioon) on vastuolus kliendi turvatunnet loova teguriga.

Finantsiline kättesaadavus on dimensioon, mis kerkis ainult klientide andmetest ning mida eelnevates töötajate ja juhtide intervjuudes ei esinenud. Kirjalikult ütluse andnud klient K8 esitas kõige süstematiseerituma analüüsi: „*Minu pension on 839 eurot. Toit läheb umbes 300, üür 80–160, ravimid 15 ja rohkem. Osatasu koduteenuse eest on 200 eurot kuus. Milleks ma siis ette mõeldud arveid ei maksa? See on ebaõiglane otsus.*” Teine klient märkis, et 95-aastasena tahab ta veel ise hakkama saada, kuid muretseb, et kui vajadus kasvab, kasvavad ka kulud (K7). Nordenfelt (2009, lk 27) on käsitlenud majanduslikku iseseisvust identiteedi väärikuse lahutamatu osana ning Moore'i (1995, lk 71) avaliku väärtuse teooria rõhutab, et avaliku teenuse kättesaadavus on ise avaliku väärtuse näitaja. Finantsiline kättesaadavus ei ole ainult rahaline küsimus, vaid väärikusküsimus. Kui teenus on põhimõtteliselt olemas, kuid faktiliselt kättesaamatu finantspiirangute tõttu, on SHS § 17 eesmärgi saavutamine ohustatud.

Tabel 7. Turvalise toimetuleku kuus dimensiooni.

Dimensioon	Struktuur	Protsess	Tulemus	Kogemus
Füüsiline	Abivahendid, kohandused, lift, ohutusprotokoll	Kukkumise ennetamine, kodukeskkonna audit, ravimite jälgimine	Kukkumiste arv, intsidentide raskusaste	Turvatusne kodu liikumisel
Vaimne ja emotsionaalne	Psühholoogilise toe kättesaadavus, supervisiooni süsteem	Töötaja suhtlemisoskus ja -aeg, üksinduse märkamine	Depressiooninäitajad, elutahe	Üksinduse kogemus, ärevus, rahustatus
Sotsiaalne	Jalutamis- ja seltskonnateenuse olemasolu	Info teenuse võimalustest, rutiini toetamine	Sotsiaalse kontakti sagedus, kogukonnakaasatus	Kaasatuse ja seotuse tunne
Töötajate turvalisus	Ohutusvahendid, kriisiprotokoll, supervisiooni süsteem	Kriisiprotokoll, rotatsiooni kord ja põhjendatus	Tööõnnetuste arv, läbipõlemise näitajad	Töötaja heaolu, motivatsioon ja töökindlus
Väärikus ja autonoomia	Hooldusplaani koostamise kord, kliendi kaasamine	Kliendi kaasatus otsustesse, valikuvabadus, mittesundlik teenuse osutamine	Kliendi eneseväljenduse tase, hooldusplaani vastavus soovile	Väärikus-tunne teenuse saamisel
Finantsiline kättesaadavus	Omaosalustasu arvestuse metoodika, sissetulekupiir	Maksevõimetu kliendi varajane tuvastamine, osatasu ülevaatuse protseduur	Teenusest loobumise finantspõhjused,	Tajutud õiglus ja teenuse taskukohasus

Allikas: autori koostatud Donabediani (1988, lk 1745), Doyle jt (2013, lk 1) ja IHI (2017, lk 12–15) põhjal, täiendatud empiiriliste leidudega.

Teenuse kvaliteedi kitsaskohtade kaardistamine Donabediani laiendatud mudeli nelja tasandi kaupa näitas, et probleemid on kõige teravamad protsessitasandil, kuid avalduvad süsteemselt kõigil neljal tasandil. Struktuuritasandil kerkis kõige olulisema leiuna ebaühtlane teenuse kvaliteet linnaosade vahel. J3 nentis: „Kuigi kõigile linnaosadele kehtivad ühesugused määrused, on nende tõlgendamine ja rakendamine olnud väga erinev.“ Üksuste juhid nimetasid töötajate kompetentsitaset kõige olulisemaks struktuuriliseks eelduseks ning kinnitasid, et algkoolitus on ebaühtlane (J4–J13). Kliendid lisasid struktuuritasandile elemente, mida juhtkond ei maininud: kukkumisanduri olemasolu positiivse süsteemse lahenduse näitena (K5) ning

töövahendite seisukorra probleemi (J2). Finantsilise turvalisuse seisukohalt kuulub struktuuritasandile teenuse omaosalustasu arvestuse meetoodika: Tallinna Linnavolikogu määrus nr 25 § 19 lõige 7 sissetulekupiiri arvestuse loogika ei arvesta tegelikke elamiskulusid, mistõttu kliendid kogevad seda ebaõiglasena.

Protsessitasandil oli kõige selgema konsensusega leid tunnihinnapõhise teenusemudeli vastuolu kontakti kvaliteediga. Hooldustöötajad kirjeldasid: „Kui kliendid vaatavad kellale ja näitavad, et aeg on täis, see tunnihinnasüsteem on orienteeritud toimingutele, mitte suhtlemisele, mis on aga vaimse turvalisuse peamine kandja.” (T1–T4) Üksuste juhid nentisid, et kui kontakt on taandatud toimingute tegemisele kuluvale ajale, muutub klient anonüümseks (J4; J5). E-selveri kohustus oli üksuste juhtide fookusgrupi andmetes eriti konkreetne klaster. Kliendid kinnitasid seda probleemi iseseisvalt, lisades vaatepunkti, mida töötajate andmed ei sisaldanud: tuttav pood on kognitiivne ja harjumuspärane turvakeskkond, mitte pelgalt ostukoht. Bürookraatiakoormus avaldus konkreetset: töötajad täidavad kahte eraldi dokumenti igapäevaselt, mis suurendab halduskoormust (J4–J13). Teenuse võimalustest teavitamise puudujääk kerkis ainult klientide andmetest: üks klient ei teadnud 45-minutilise jalutamisteenusest (K1) — see on protsessitasandi konkreetne lünk, mis ei nõua lisaressursse.

Tulemustasandil puudub praegu süsteemne mõõtmine. J3 tunnistas: „Heaoluküsitluse meetoodika on alles väljatöötamisel, mõõdikud ei ole veel paigas.” J1 kinnitas: „Turvalise toimetuleku täielikku kaetust ei saa praegu kinnitada.” Klientide andmed lisasid iseseisvuse säilitamise aspekti: kliendid kirjeldavad aktiivselt strateegiaid iseseisvuse hoidmiseks nagu igahommikune võimlemine (K2), kahe kepiga liikumine (K3), ise riietumine (K5) ning see on nende jaoks väärisküsimus, mida praegune mõõtmissüsteem ei kajasta.

Kogemusdimensioonil puudub nii klientidelt kui töötajatelt süstemaatiline tagasiside kogumine. Üksuste juhid kirjeldasid reaktiivset mudelit: tagasiside jõuab juhtkonnani peamiselt kaebuste kaudu (J4; J5). Klientide intervjuud näitasid, et klientidel on oma informeeritud arvamused, mida keegi süsteemselt ei kogu. PDCA tsükli loogika kohaselt (Deming, 1986, lk 88) on see reaktiivne mudel planeeri ja teosta faas ilma kontrolli faasita. Tabel 8 toob esile, et peamised kitsaskohad koonduvad protsessi- ja kogemustasandile, kuid nende põhjused ulatuvad sageli tagasi struktuuritasandisse.

Tabel 8. Teenuse kvaliteedi peamised kitsaskohad Donabediani nelja aspekti lõikes

Donabediani aspekt	Peamine kitsaskoht	Empiirilised allikad
Struktuur	Kodukeskkonna ohutushindamise standardprotokoll puudub; töötajate algkoolitus ebaühtlane; IT-süsteemid kattuvad analoogiloogikaga; töövahendite seisukord ebaühtlane.	J3; J4–J13; K5
Protsess	Tunnihinnapõhine teenusemudel soosib toimingute tegemist, mitte suhtlust; e-Selveri kohustus piirab kliendi autonoomiat ja kognitiivset tutvavlikkust; teenuse võimalustest teavitamine ebaühtlane; kahe paralleelse dokumendi täitmise kohustus suurendab halduskoormust.	T1–T14; J4–J13; K1
Tulemus	Süsteemne mõõtmine puudub; heaoluküsitluse metoodika on alles väljatöötamisel; turvalise toimetuleku kaetust ei saa praegu kinnitada.	J1–J3
Kogemus	Tagasiside kogumine on reaktiivne, see jõuab juhtkonnani peamiselt kaebuste kaudu. Klientidel on artikleeritud ja informeeritud arvamused, mida keegi süsteemselt ei kogu.	J4; J5; K1–K8

Klientide intervjuude andmed toovad välja kolm temaatikat, mida töötajate ja juhtide andmetes kas ei esine või esinevad vähese rõhuga. Töötaja järjepidevus kui turvategurit kirjeldas klient K3 järgmiselt: „Mulle ei meeldi, et iga kolme kuu tagant inimene vaheldub. Minu meelest on niisugune väga hea sõbralik kontakt, aga ilmselt ei tohi niisugune sõbralik kontakt olla, sest keegi ütles mulle, et ta on sinu töötaja.” Sama klient selgitas, et pikaajaline töötaja tunneb kliendi soove ette ning märkab, kui midagi olulist on tellimata jäetud. See kirjeldus on teoreetiliselt tähelepanuväärne: see näitab, kuidas süsteemne korralduslik otsus rotatsiooniks on vastuolus kliendi turvatunnet loova teguriga. Parasuraman jt (1988, lk 23) SERVQUAL mudeli usaldusväarsuse dimensioon kirjeldab just seda, teenuse järjepidevust kui kvaliteedi alustala.

Teenuse kohta informeerituse puudujääk on oluline leid, mis osutab süsteemilisele lüngale, mida saab operatiivselt parandada. Klient K1 ei teadnud 45-minutilise jalutamisteenuse võimalusest: „Siin see minu daam, tema ei ole mulle midagi lahti seletanud, et 45 minutit võin jalutama minna temaga.” Samal ajal kirjeldas sama klient, kuidas poes käimine oli talle oluline liikumisharrastusena ning sotsiaalse rutiinina, ning et kevadel on tal vähem jõudu, kuna ta on talvel kodus olnud. Jalutamisteenus oleks just see, mis aitaks seda probleemi leevendada, kuid teenus ei jõudnud kliendini. See

on protsessitasandi mõõdiku kandidaat teenuse võimalustest teavitamise dokumentatsioonis.

Koostöö tervishoiusüsteemiga on klientide andmetest tulenev struktuuriline leid. Kliendid kirjeldasid süsteemseid probleeme perearstisüsteemiga, mis otseselt mõjutavad nende elukvaliteeti ja turvatunnet. Üks klient nentis, et tal ei ole kuue aasta jooksul olnud püsivat perearsti ning asendusrstid kirjutasid retsepte valesti (K6). See on tervishoiu ja sotsiaalteenuste koordineerimise puudujääk, mida koduteenus üksinda ei saa lahendada, kuid mida kvaliteedijuhtimissüsteem peaks suutma vähemalt dokumenteerida ja eskaleerida.

Organisatsiooni juhtimissuutlikkus kvaliteedijuhtimissüsteemi juurutamise seisukohalt on asutamisfaasis, mis loob samaaegselt võimaluse disainida süsteem algusest peale ning esitab väljakutse, et kõik on käigus samaaegselt.

Kvaliteedimõõdikute puudumine on kõige selgema konsensusega leid kogu andmestikust. Kõik kolm strateegilise juhtkonna liiget tunnistasid, et süsteemse mõõtmise võimekus on alles arendamisel (J1–J3). Tagasiside liigub valdavalt reaktiivse loogika järgi. Probleemid jõuavad juhtkonnani peamiselt kaebuste kaudu, mitte süsteemse seire kaudu. Üksuste juhid kirjeldasid, et kaebusi arutatakse koosolekutel, kuid puudub mehhanism, mis võimaldaks andmeid kõigi üksuste lõikes koondada (J4; J5).

Otsustusõiguse piiramine avaldub üksuste juhtide andmetes terava pingena. Mitu üksuse juhti kirjeldasid, et tunnevad end koordinaatoritena, mitte juhtidena: „Küsimustele ei saada selgitusi ja otsus langetatakse väljastpoolt üksust.“ (J5–J8) Coghlan (2019, lk 48) on kirjeldanud tsentraliseerimisreformide tüüpilise otsustusõiguste kontsentreerumist, mis vähendab vahepealsete tasandite professionaalset autonoomiat. Selle olukorra lahendamine on juhtimissüsteemi kujundamisel strateegiliselt oluline.

Digitaalsete vahendite integreerimine on pooleli. Üksuste juhid kirjeldasid ebaühtlast olukorda, kus mõned töötajad kasutavad mobiiliversiooni, teised töötavad paberiga, ning samaaegselt käib süsteemi täiendamine (J4–J13). Reiter ja Klenk (2019, lk 15) on

rõhutanud, et uue avaliku juhtimise paradigmast tulenevad mõõdetavate väljundite eelistused viivad sageli olukorrani, kus IT-süsteemid juurutatakse olemasolevatele analoogiloogika protsessidele, ilma et protsesse ennast ümber kujundataks. Tallinna Koduteenuse Keskuse praegune IT-arendusetapp on sel põhjusel kriitiline: on oht, et digitaalne kiht lisatakse analoogiloogikale seda tegelikult muutmata.

Kokkuvõttes näitab empiiriline analüüs, et Tallinna Koduteenuse Keskuse kvaliteedijuhtimise keskne probleem ei seisne üksnes üksikute mõõdikute puudumises, vaid selles, et koduteenuse seadusest tulenev eesmärk, tööprotsessid, andmekogumine ja juhtimisotsused ei ole veel seotud ühtseks kvaliteedijuhtimise loogikaks. Turvaline toimetulek ilmnes uuringus kuuedimensioonilise nähtusena, mille hindamine eeldab nii objektiivseid näitajaid kui ka teenuse saaja ehk kliendi ja töötaja kogemust kajastavaid mõõdikuid. Analüüs näitas, et mitmed kliendi jaoks olulised kvaliteediprobleemid, nagu töötaja järjepidevus, teenuse võimalustest teavitamine ja finantsiline kättesaadavus, ei pruugi organisatsiooni sisemistes juhtimisandmetes nähtavaks muuta. Seetõttu peab kvaliteedijuhtimissüsteem ühendama strateegilise, operatiivse ja kogemusliku vaate. Need leiud moodustavad aluse järgmises alapeatükis esitatavale kvaliteedijuhtimissüsteemi mudelile, mõõdikute süsteemile ja rakendusettepanekutele.

2.3. Uuringu järeldused ja ettepanekud

kvaliteedijuhtimissüsteemi rakendamiseks Tallinna

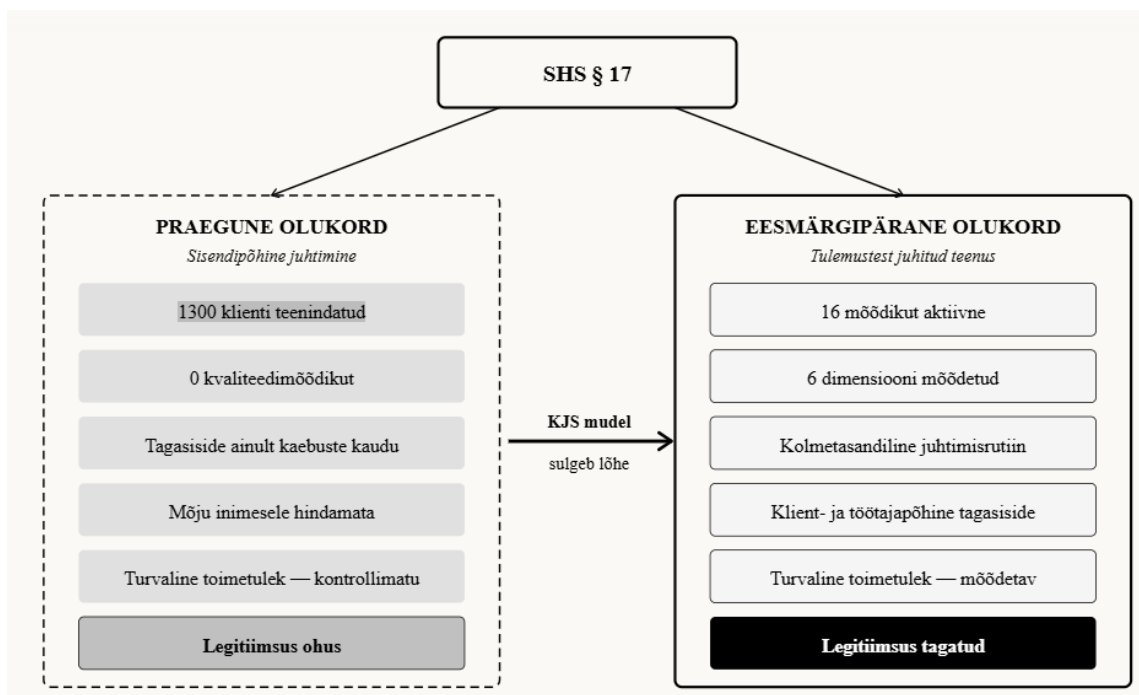
Koduteenuse Keskuses

Käesolev alapeatükk sünteesib uuringu empiirilised tulemused teoreetilise raamistikuga ning esitab kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli koos rakendusettepanekutega. Kui eelnev peatükk näitas, millised turvalise toimetuleku dimensioonid ja kvaliteedijuhtimise kitsaskohad uuringus esile kerkisid, siis käesolev alapeatükk esitab nende põhjal kujundatud disainilahenduse, milleks on kvaliteedimõõdikute süsteemi, juhtimisrutiini ja rakendusettepanekud. Mudelit käsitletakse magistritöö raames kontseptuaalse ja empiiriliselt põhjendatud artefaktina, mille organisatsiooniline valideerimine ja piloteerimine jääb järgmise arenguetapi ülesandeks.

Alapeatükis 2.2 kogutud andmeid sünteesiti teenusedisaini vahendite abil. Persoonad, klienditeekond, teenusekaart ja HMW-küsimused ei ole käesolevas töös eraldiseisvad uurimistulemused, vaid analüütilised sünteesivahendid, mille abil tõlgiti intervjuudest ja fookusgruupiintervjuudest ilmnenu kitsaskohad kvaliteedijuhtimissüsteemi kujundusotsusteks. Persoonad (lisa 2) koostati klientide ja ühe hooldustöötajate intervjuuandmete põhjal. Iga persona põhineb tegelikul intervjuuandmestikul, kliendi vanus, abivajaduse profiil, eluolukord ja teenuse kogemise viis on tuletatud K1–K7 intervjuude temaatilise analüüsi koondtulemustest ning hooldustöötaja persona T1–T14 fookusgruupi andmetest. Persoonad ei ole väljamõeldud tüübid, vaid andmetest koondpildid, mis muudavad abstraktsed teemad juhtkonnale ja disaineritele käegakatsutavaks. Klienditeekond (lisa 3) kujutab teenuse saaja kogemust kuues põhilises kontaktpunktis taotlemisest kuni pideva teenuse saamiseni. Teekond tugineb K1–K7 intervjuuandmetele, kus teenuse saajad kirjeldasid oma kokkupuuteid teenusega. Igas kontaktpunktis on kaardistatud kliendi emotsionaalne seisund ning kriitilised kitsaskohad, mis tuvastati temaatilise analüüsi käigus. Teenusekaart ehk *service blueprint* (lisa 4) seob kliendi nähtava kogemuse ehk *frontstage*'i tagatoa ehk *backstage*-protsesside ja tugisüsteemidega. Teenusekaart koostati J4–J13 fookusgruupiintervjuu andmete põhjal ning see näitas, kuidas struktuurilised puudused mõjutavad, näiteks paralleeldokumenteerimine või otsustusõiguse piiratus, mõjutavad protsessi kliendile nähtaval tasandil.

HMW-küsimused ehk *How Might We* (edaspidi HMW) küsimused (lisa 5) vormistavad tuvastatud kitsaskohad avatud disainiülesannetena, ilma et lahendus oleks ette kirjutatud. Iga HMW-küsimus tuleneb otseselt ühest tuvastatud kitsaskohast ning on seotud konkreetse mõõdiku ettepanekuga. Näiteks küsimus, kuidas teha kukkumiste registreerimist töötajatele nii lihtsaks, et see ei lisa halduskoormust, suunas kukkumiste registreerimise mõõdiku kujundamist. Küsimus, kuidas ennetada töötaja ootamatut vahetumise kliendi vaates toetas töötaja järjepidevuse indeksi valikut. Ahel, kus empiiriline kitsaskoht teisendatakse HMW-küsimuseks ja sealt mõõdikuks, on töö disainiprotsessi metodoloogiline alus ning vastab topeltteemandi defineerimisfaasi loogikale (Design Council, 2019). Uuringu põhiline järeldus on, et Tallinna Koduteenuse Keskuse kvaliteedijuhtimise probleem ei seisne ainult üksikute mõõdikute puudumises, vaid selles, et teenuse eesmärk, tööprotsessid,

andmekogumine ja juhtimisotsused ei ole veel seotud ühtseks kvaliteedijuhtimise loogikaks. Keskus teenindab suurt hulka teenuse saajaid, kelle kohta kehtib SHS paragrahvis 17 sätestatud kohustus tagada turvaline toimetulek kodustes tingimustes, kuid praegune menetlus ei võimalda süsteemselt kinnitada, kas see eesmärk on täidetud. Intsidendide register puudub, heaoluküsitlus on alles kujundamisel ning kaebusi registreeritakse, kuid nende põhjal ei toimu veel süsteemset kvaliteediseiret. Seetõttu on kvaliteedijuhtimissüsteemi loomine vajalik nii organisatsioonisisese kui ka avaliku väärtuse nähtavaks tegemise seisukohast. Joonisel 5 on kujutatud lõhe praeguse ja eesmärgipärase olukorra vahel.



Joonis 5. Praeguse olukorra ja eesmärgipärase tulevikuseisundi vaheline lõhe Tallinna Koduteenuse Keskuses.

Esimesele uurimisküsimusele vastates näitas uuring, et turvaline toimetulek ei piirdu füüsilise ohutusega, vaid hõlmab kuut omavahel seotud dimensiooni: füüsilist turvalisust, sotsiaalset kaasatust, töötajate turvalisust, väärikust ja autonoomiat ning finantsilist kättesaadavust. Teoreetiliselt eeldatud dimensioonid said uuringus empiirilist tuge, kuid andmetest kerkis esile ka kaks dimensiooni, mida eelnev teoreetiline raamistik eraldiseisvana ei sisaldanud. Töötajate turvalisus ilmnis kõigest töötajaid kaasavatest andmeallikatest. Finantsiline kättesaadavus kerkis esile klientide andmetest ning näitab, et teenuse taskukohasus võib mõjutada nii inimese väärikust,

turvatunnet kui ka tegelikku ligipääsu abile. Kliendid kogevad turvatunnet läbi konkreetsete suhete ja keskkondade, samas kui turvalist toimetulekut mõõdetakse objektiivsete kriteeriumidega. Käesolevas töös käsitletakse mõlemat mõõtmistasandit kui teineteist täiendavaid: objektiivsed indikaatorid võimaldavad operatiivjuhtimist, subjektiivsed peegeldavad teenuse tegelikku mõju inimese elule. Turvaline toimetulek koduteenuse kontekstis on käesoleva töö tõlgenduse kohaselt inimese võime elada oma kodus väärikalt ja iseseisvalt, saades vajadusel piisavat ja järjepidevat tuge kuuel omavahel seotud dimensioonil nagu füüsiline ohutus, vaimne heaolu, sotsiaalne kaasatus, töötajate turvalisus, väärikus ning autonoomia ja finantsiline kättesaadavus. See definitsioon muudab SHS § 17 üldise eesmärgi mõõdetavaks ja seob selle kvaliteedijuhtimissüsteemi loogikaga. Turvalise toimetuleku kuue dimensiooni mudel on esitatud joonisel 6.



Joonis 6. Turvalise toimetuleku kuue dimensiooni mudel kahe mõõtmistasandiga. Allikas: autori süntees, Silverglow'i jt (2021), Nordenfelti (2009) ja Moore'i (1995) põhjal, täiendatud empiiriliste leidudega.

Teisele uurimisküsimusele vastates koostati 16-mõõdikust soovituslik kvaliteedisüsteem, mis on struktureeritud Donabediani laiendatud mudeli nelja aspekti lõikes. Mõõdikud peavad olema seotud turvalise toimetuleku dimensioonidega, peavad katma nii struktuuri, protsessi, tulemust kui ka kogemuse tasandi. Ning mõõtmine peab olema võimalik olemasolevaid töövooge ja andmeallikaid arvestades, sest täiendav halduskoormus vähendaks süsteemi kasutatavust. Mõõdikutele on esitatud esialgsed sihttasemed, mõõtmisagedused ja empiiriline alus. Kuna mõõdikuid ei ole käesoleva

töö raames piloteeritud, tuleb sihttasemeid käsitletakse esialgsete ettepanekutena, mida tuleb Keskuses ja Tallinna linna Strateegiakeskuses valideerida. Kõiki 16 mõõdikut ei ole otstarbekas korraga rakendada. Zheng jt (2024, lk 2-3) soovivad koduteenuse kvaliteedisüsteemi käivitada mõne põhimõõdikuga ning lisada tasandeid järk-järgult, mis on kooskõlas Tallinna Koduteenuse Keskuse arenguetapiga. Seetõttu tuleb tabelis 9 esitatud mõõdikuid käsitleda tervikraamistikuna, mille rakendamist tuleks alustada prioriteetsetest ja olemasolevate andmetega kogutavatest mõõdikutest. Joonisel 7 on kujutatud empiirilisel tuvastatud kitsaskohad ja vastavad mõõdikute ettepanekud Donabediani nelja aspekti lõikes.

Aspekt	Tuvastatud kitsaskoht	Ettepanek (mõõdik)
STRUKTUUR Tingimused ja ressursid	Koolitusvajaduse hindamine süsteemitu (J4–J13) Kompetentsitase ebahütlane	→ Koolituste täitmise määr Personaliarvestus · kord aastas
	Osatasu osakaal sissetulekust ei ole mõõdetud (K7) Finantsibajäär tuvastamata	→ Finantsilise kättesaadavuse mõõdik ★ Osatasu arvutus · osatasu määramisel
PROTSESS Tegevused ja töövood	Tunnihind piirab suhtlusaega (T4; J5) Kontakti kvaliteet klientidega madal	→ Hooldusplaani täitmise määr Tööajaraamistik · igakuiselt
	Rotatsioon kahjustab järjepidevust (K3) Töötaja vaheldub 3 kuu järel	→ Töötaja järjepidevuse indeks Personaliarvestus · kord poolaastas
	Jalutamine teenus ei jõua kliendini (K1) Teavitamine juhuslik	→ Teavitamise dokumentatsioon Hooldusplaani logi · iga muutuse korral
TULEMUS Mõju inimesele	Mõõdikuid ei eksisteeri (J1; J3) Kukkumiste registrit ei ole Iseseisvuse muutus jälgimata Institutsioonihoidluses suunamine dokumenteerimata	→ Kukkumiste register Intsidentide register · pidev → ADL-põhine iseseisvuse indeks Abivajaduse hindamine · poolaastas
KOGEMUS Tajutud kvaliteet	Tagasiside ainult kaebuste kaudu (J4; J5) Klientide kogemust ei koguta süsteemselt Töötajate rahulolu hindamata	→ Kliendi heaoluküsitlus Struktureeritud küsimustik · poolaastas Töötaja rahuloluküsitlus · kord aastas

Joonis 7. Empiirilisel tuvastatud kitsaskohad ja vastavad mõõdikute ettepanekud Donabediani nelja aspekti lõikes.

Mõõdikuid ei käsitleta eraldiseisva aruandlusvahendina, vaid protsessi juhtimise tööriistana. Selleks on vajalik eskalatsiooni- ja korrigeerimisloogika, mis tagab, et mõõdik käivitab tegeliku juhtimisreaktsiooni. Kui mõõdiku väärtus langeb alla hoiatuslääve, registreerib üksuse juht põhjuse ja kavandab parandustegevuse. Kriitilise kõrvalekalde korral eskaleeritakse teema teenusejuhi tasandile ning määratakse vastutaja ja tähtaeg. Kui sama mõõdik jääb alla läve kolmel järjestikusel kuul, seatakse see kvartaalse strateegilise ülevaate päevakorda koos ressursitaotlusega. See loogika tagab, et PDCA tsükli „tegutse“-faas (Deming, 1986, lk 88) on organisatsiooniliselt

juurutatud ning vastab Van Dooreni jt (2015, lk 19) kriteeriumile, mille kohaselt mõõdikud peavad viima tegelike juhtimisotsusteni, mitte jääma ainult aruandluseks.

Tabel 9. Soovituslik 16-mõõdikust kvaliteedisüsteem Tallinna Koduteenuse Keskusele

Aspekt	Mõõdik	Sihttase	Sagedus	Empiiriline alus
Struktuur	Töötajate koolituste täitmise määr (sh esmaabi)	$\geq 90\%$	Kord aastas	J4–J13; T1–T14
Struktuur	Kodukeskkonna ohutushindamise dokumentatsioon	100%	Teenuse alguses, 1x aastas	K1; K3; K5
Struktuur	Kliendi-töötaja suhtarv	$\leq 1:8$	Igakuiselt	J1–J3
Struktuur	Omaosalustasu osakaal kliendi netosissetulekust	$\leq 20\%$	Kohe, kord aastas	K8
Protsess	Hooldusplaani täitmise määr (planeeritud vs. teostatud külastused)	$\geq 95\%$	Igakuiselt	J3
Protsess	Töötaja järjepidevuse indeks	≤ 3 töötajat	Kord poolaastas	K3
Protsess	Teenuse võimalustest teavitamine	100% uutest klientidest	Iga uue teenuse lisandumisel	K1
Protsess	Kaebuste registreerimine ja klassifitseerimine	100%, kvartalikokkuvõte	Pidev	J4; J5
Tulemus	Kukkumiste arv	Langev trend	Pidev registreerimine	K1–K6
Tulemus	Institutsioonihooldusse suunamise põhjus (kliendi soovil vs. hädavajadusest)	Hädavajadusest langev trend	Kord aastas	J1
Tulemus	Iseseisvuse säilimise indeks (ADL-hindamine 6 kuu järel)	$\geq 80\%$ säilitab või parandab ADL-skoori	Kord poolaastas	K2; K3; K5
Tulemus	Töötajate läbipõlemisrisk (lühiküsimustik)	$\leq 15\%$ kõrge riskiga	Kord aastas	T1–T14
Kogemus	Kliendi heaoluküsitlus (turvatunne, väärikus, rahulolu, üksindus, 5-pallisel skaalal)	Keskmine $\geq 4,0 / 5,0$	Kord poolaastas	K1–K7
Kogemus	Pereliikmete rahuloluküsitlus	$\geq 80\%$ rahul	Kord aastas	J3; K3
Kogemus	Töötaja rahulolu ja motivatsiooni küsitlus (anonüümne)	$\geq 75\%$ soovitaks tööandjat	Kord aastas	T1–T14
Kogemus	Kliendi tajutud finantsiline õiglus)	$\geq 70\%$ peab õiglaseks	Kord aastas	K8

Allikas: autori koostatud Donabediani (1988, lk 1745), Doyle jt (2013, lk 1), IHI (2017, lk 12–15) ja empiiriliste andmete põhjal.

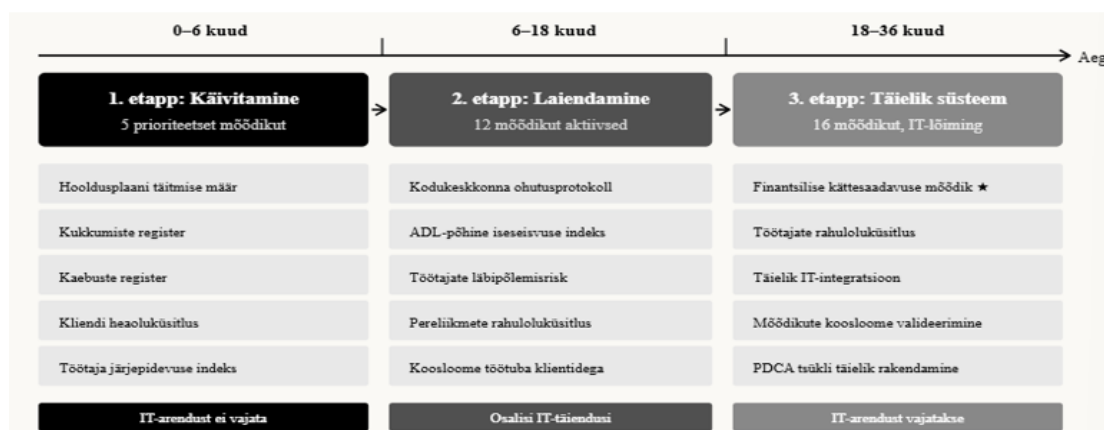
Kolmandale uurimisküsimusele vastates kujundati hübriidne topeltteemant-PDCA mudel, mis struktureeris empiirilise töö avastamisest rakendusettepanekuteni. Avastamisfaasis koguti andmed viiest allikast. Defineerimisfaasis sünteesiti leiud kuueks turvalise toimetuleku dimensiooniks ning seoti need Donabediani nelja aspektiga. Arendamisfaasis teisendati kitsaskohad HMW-küsimusteks ning nendest kujundati mõõdikute ettepanekud. Käesoleva töö raames ei jõutud mudeli organisatsioonilise valideerimise ega piloteerimiseni, mistõttu jääb PDCA-tsükli tegelik käivitamine järgmise praktilise arendusetapi ülesandeks.

Kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel koosneb kolmest kihist. Välimises kihis on legitiimsuse alused: SHS § 17 sätestab seadusliku eesmärgi, Tallinna Linnavolikogu otsus teenuse ümberkorraldamiseks annab poliitilise mandaadi ning heaolu arengukava seab laiemat sotsiaalpoliitilist sihi. Keskmises kihis on mõtmissüsteem, kus kuus turvalise toimetuleku dimensiooni on seotud Donabediani nelja aspektiga ning 16 mõõdikut jaotuvad objektiivseteks ja subjektiivseteks mõõtmistasanditeks. Sisemises kihis toimib juhtimisrutiin, mille kaudu mõõdikute tulemused jõuavad igapäevasesse, igakuisesse ja strateegilisse otsustamisse. Rakendamise seisukohalt tuleb KJS-i käsitleda järkjärgulise arendusena. Esimeses etapis on soovitatav käivitada mõõdikud, mille andmeid saab koguda olemasolevatest töövoogudest või väikese protseduurimuudatusega. Sellised mõõdikud on näiteks hooldusplaani täitmise määr, kukkumiste register, kaebuste registreerimine ja klassifitseerimine, teenuse võimalustest teavitamine ning kliendi heaoluküsitluse lühiversioon. Teises etapis saab lisada mõõdikud, mis nõuavad meetoodika või IT-arenduse täpsustamist. Kolmandas etapis saab liikuda tervikliku 16-mõõdikust süsteemi poole. Tabelis 10 on esitatud KJS rakendamise maatriks, mis struktureerib ettepanekud vastutajate, ajaraamade, vajatavate ressursside ja teostatavushinnangu kaupa.

Tabel 10. KJS rakendamise hindamismaatris

Ettepanek	Vastutaja	Ajaraam	Ressurss	Teostatavus
Hooldusplaani täitmise määr	Kvaliteedijuht	0–3 kuud	Olemasolevad vahendid	IT- Kõrge
Kukkumiste register	Üksuste juhid	0–3 kuud	Standardvorm ja koolitus	Kõrge
Kaebuste register ja kvartalialanalüüs	Üksuste juhid	0–3 kuud	Olemasolevad vahendid	Kõrge
Jalutamisteenuse teavitamine hooldusplaanis	Üksuste juhid	0–6 kuud	Protseduurimuutus	Väga kõrge
Kliendi heaoluküsitlus	Kvaliteedijuht	3–6 kuud	Küsimustiku disain	Kõrge
Töötaja järjepidevuse indeks	Personalijuht	3–6 kuud	Personaliarvestussüsteemi täiendus	Kõrge
Kodukeskkonna ohutusprotokoll	Üksuste juhid ja kvaliteedijuht	6–12 kuud	Metoodika väljatöötamine	Kõrge
Töötajate läbipõlemisrisk	Personalijuht	6–12 kuud	Valideeritud anonüümne küsimustik	Kõrge
ADL-põhine iseseisvuse indeks	Teenusejuht ja juhtkond	12–18 kuud	Hindamismetoodika väljatöötamine	Keskmine
Pereliikmete rahuloluküsitlus	Kvaliteedijuht	12–18 kuud	Küsimustiku disain	Kõrge
Osaluslik hindamissessioon juhtkonnaga	Teenusejuht	12–18 kuud	Fasilitatsioonikoolitus	Kõrge
Finantsilise kättesaadavuse mõõdik	Juhtkond, TSTA	18–36 kuud	Poliitikaotsus, andmekaitse	Keskmine
Täielik 16-mõõdikust süsteem IT-toega	Juhtkond ja IT	24–36 kuud	IT-arenduse integreerimine	Sõltub IT-st

Joonisel 8 on esitatud kvaliteedimõõtmisüsteemi kolm etappi.



Joonis 8. Rakendamise kolm etappi.

Mudeli järgmise arendusetapina tuleb see esitada valideerimiseks Tallinna Koduteenuse Keskusele ja Tallinna linna Strateegiakeskusele, kelle roll on linnaülese mõõdikute süsteemi kujundamine ja seostamine strateegilise juhtimisega. Valideerimise eesmärk ei ole üksnes mõõdikute heakskiitmine, vaid nende teostatavuse, andmeallikate, vastutajate ja sihttasemete täpsustamine. Esmalt on soovitatav valida 4-5 prioriteetset mõõdikut, mida saab piloteerida olemasolevate tööprotsesside ja IT-vahenditega. Piloodi järel tuleb hinnata mõõdikute andmekvaliteeti, kogumiskoormust, juhtimisväärtust ja mõju parendustegevuste käivitamisele. Alles seejärel on põhjendatud liikuda 16-mõõdikust terviksüsteemi järkjärgulise rakendamise juurde. Avaliku väärtuse seisukohalt on oluline eristada KJS väljundeid ja tegelikku mõju. KJS mõõdab teenuse protsesside ja kogemuse kvaliteeti, kuid avaliku väärtuse tegelik mõju avaldub pikemas ajaperspektiivis selles, kas inimesed saavad tänu paremini juhitud koduteenusele kauem turvaliselt kodus elada, kas institutsionaalse hoolduse vajadus lükkub edasi ning kas avalikke ressursse kasutatakse eesmärgipäraselt. Käesolev KJS mudel loob eeldused selle mõju jälgimiseks, kuid kausaalse seose tõendamine eeldab pikemaajalist rakendusuuringut.

Käesoleva töö panus seisneb SHS § 17 üldise eesmärgi operatsionaliseerimises mõõdetavaks kuuedimensiooniliseks raamistikuks ning selle sidumises Donabediani laiendatud kvaliteedimudeliga. Töö üheks oluliseks empiiriliseks panuseks on finantsilise kättesaadavuse esilekerkimine turvalise toimetuleku eraldiseisva dimensioonina Tallinna koduteenuse kontekstis. Kuigi kättesaadavuse teema on sotsiaalteenustes laiemalt tuntud, näitab käesolev uuring, et kliendid kogevad omaosalustasu ja teenuse taskukohasust mitte ainult rahalise, vaid ka väärikuse ja turvatundega seotud küsimusena. Metoodiliselt näitab töö, kuidas teenusedisaini ja kvaliteedijuhtimise lähenemisi saab integreerida avaliku sektori sotsiaalteenuse arendamisel. Uuringu peamine piirang tuleneb juhtumiuuringu olemusest. Tulemused on Tallinna Koduteenuse Keskuse spetsiifilised ning mudeli rakendatavus teistes omavalitsustes vajab eraldi hindamist. Flyvbjergi (2006, lk 230) järgi võib strateegiliselt valitud üksikjuhtum olla analüütiliselt üldistatav, kuid statistiline üldistamine ei ole sellise uurimisdisaini puhul metodoloogiliselt põhjendatud. Mudelis sisalduvad põhimõtted võivad olla kohandatavad teistele Eesti kohalike omavalitsuste koduteenuste osutajatele, kuid sihttasemed ja andmekogumise viisid tuleb seada

vastavalt iga organisatsiooni ressurssidele ja kontekstile. Teine piirang puudutab valimit. Klientide valim esindab teenusel olevaid inimesi osaliselt. Uuringusse ei olnud kaasatud kognitiivsete piirangutega kliente ega suure abivajadusega kliente, kelle intervjuerimine eeldaks eraldi eetilist protokollit. Samuti ei osalenud klientide lähedased, kuigi nad on oluline infoallikas olukordades, kus kliendi kogemust vahendatakse. Fookusgrupi intervjuudes võis esineda aktiivsuse varieeruvust, mistõttu häälekamad osalejad võivad olla andmetes rohkem nähtavad. Kolmas piirang puudutab mudeli valideerimist. Osaluslikud disainitöötoad sidusrühmadega ei toimunud ressursipiirangute tõttu ning KJS mudelit ei piloteeritud käesoleva magistr töö raames. Seetõttu tuleb töö tulemust käsitleda teoreetiliselt ja empiirilisel põhjendatud esialgse artefaktina, mitte lõplikult kinnitatud ega rakendatud kvaliteedijuhtimissüsteemina. Samas ei vähenda see töö väärtust disainiuuringuna, sest magistr töö eesmärk oli välja töötada mudel ja mõõdikute raamistik, mitte hinnata selle rakendamise mõju.

Edasiuurimiseks ja praktiliseks arendamiseks on vajalik KJS mudeli valideerimine Tallinna Koduteenuse Keskuses ja Tallinna linna Strateegiakeskuses, prioriteetsete mõõdikute piloteerimine, andmekogumise koormuse hindamine ning PDCA-tsükli käivitamine praktikas. Eraldi vajab täiendavat uurimist finantsilise kättesaadavuse dimensioon laiemal klientide valimil ja täiendavate finantsandmete põhjal. Samuti tuleb järgmises etapis kaasata klientide lähedased ning leida sobiv eetiline lahendus kognitiivsete piirangutega klientide kogemuse arvestamiseks. Käesolev töö on seega esimene samm pikemas arendustöös, mille eesmärk on muuta koduteenuse kvaliteedijuhtimine Tallinnas andmepõhiseks, inimväärikust toetavaks ja avalikku väärtust loovaks.

KOKKUVÕTE

Käesolev magistritöö käsitles koduteenuse kvaliteedijuhtimise küsimust olukorras, kus seadusandlus seab teenuse eesmärgiks teenuse saaja turvalise toimetuleku tagamise, kuid jätab selle kontseptsiooni sisuliselt defineerimata ning mõõtmiseks operatsionaliseerimata. Riikliku järelevalve hinnangul ei mõõda omavalitsused süsteemselt, kas turvaline toimetulek on tegelikult tagatud, ning olukorrahinnang põhineb sotsiaaltöötajate isiklikul tunnetusel. Töö juhtumiks oli Tallinna Koduteenuse Keskus, milles seni puudus terviklik kvaliteedijuhtimissüsteem, mis võimaldaks teenuse seaduslikku eesmärki süsteemselt hinnata ja juhtida.

Töö teoreetiline raamistik ühendas kvaliteedijuhtimise, koduteenuse sisulise eesmärgi, teenusedisaini ning avaliku väärtuse käsitlused. Kvaliteedi mõõtmise alusena rakendati Donabediani struktuuri, protsessi, tulemuse ja kogemuse mudelit. Teenusedisaini käsitleti metodoloogilise lähenemisena, mis võimaldab teoreetilise raamistiku siduda teenuse osapoolte tegelike kogemustega ning kujundada selle alusel organisatsioonis kasutatav kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel. Avaliku väärtuse käsitlus paigutas kvaliteedijuhtimise avaliku teenuse strateegilise põhjenduse konteksti.

Empiiriline osa põhines juhtumiuuringu ja disainiteaduse uurimislähenemise kombinatsioonil. Andmeid koguti viiest allikast, milleks olid dokumendianalüüs, juhtkonna individuaalintervjuud, üksuste juhtide ja koduhooldustöötajate fookusgruupiintervjuud ning klientide individuaalintervjuud. Uuringusse kaasati strateegilise, operatiivse ja kogemusliku tasandi osapooled. Andmeanalüüs tugines refleksiivsele temaatilisele analüüsile, kombineerides teoreetilisest raamistikust lähtuvat deduktiivset ja andmetest esile kerkivat induktiivset kodeerimist.

Empiirilise analüüsi tulemusel kujunes turvalise toimetuleku käsitlus kuuedimensioonilisena, mis täiendab teoreetilises raamistikus esinenud nelja dimensiooni kahe induktiivse leiuga. Need kuus dimensiooni on füüsiline turvalisus,

vaimne ja emotsionaalne turvalisus, sotsiaalne kaasatus, töötajate turvalisus, väärikus ja autonoomia ning finantsiline kättesaadavus. Füüsiline turvalisus oli ainus dimensioon, mille olulisuses valitses kõigi sidusrühmade vahel täielik konsensus. Töötajate turvalisus kerkis eraldiseisva dimensioonina kõigist töötajate andmeallikatest ning käsitletakse turvalise toimetuleku süsteemse eeltingimusena. Finantsiline kättesaadavus kerkis ainult klientide andmetest, mis näitab, et see dimensioon jääb haldus- ja töötajatasandil süsteemselt varjule. Kliendid kogesid kvaliteeti eelkõige suhete järjepidevuse ja individuaalse kohandamise kaudu, mis kinnitas kogemusdimensiooni mõõdikute vajadust struktuurimõõdikute kõrval.

Empiiriliste leidude ja teoreetilise raamistiku sünteesist kujundati soovituslik 16-mõõdikust koosnev kvaliteedisüsteem, mis jaotub Donabediani laiendatud mudeli nelja aspekti vahel. Mõõdikud käsitlevad teenuse osutamise eeldusi, näiteks töötajate koolitusi, kodukeskkonna ohutushindamist ja omaosalustasu osakaalu kliendi sissetulekust, teenuse osutamise protsessi, näiteks hooldusplaani täitmist, töötaja järjepidevust ja teenuse võimalustest teavitamist, teenuse mõjust tulenevaid tulemusi, näiteks kukkumisi, iseseisvuse säilimist ja töötajate läbipõlemisriski, ning klientide ja töötajate kogemust, näiteks heaolu, finantsilist õiglust ja motivatsiooni. Igale mõõdikule on seatud esialgne sihttase ja kaheastmeline eskalatsioonilävi, mis tagab, et mõõtmine käivitab tegeliku juhtimisreaktsiooni ja parendustegevused, mitte ei jää pelgalt aruandluseks. Viis prioriteetset mõõdikut on rakendatavad olemasolevate vahenditega kuue kuu jooksul.

Töö praktiliseks tulemuseks on kvaliteedijuhtimissüsteemi mudel, mis ühendab hübriidse topettteemant-PDCA loogika, turvalise toimetuleku kuus dimensiooni, Donabediani laiendatud kvaliteediraamistiku ja kolmetasandilise juhtimisrutiini. Mudel koosneb kolmest kihist. Mõõtmisüsteem seob kuus turvalise toimetuleku dimensiooni Donabediani nelja aspektiga ja 16 mõõdikuga. Reageerimisloogika määrab, mis juhtub, kui mõõdik kaldub sihttasemest kõrvale. Kolmetasandiline juhtimisrutiin jaotab vastutused igapäevasele, igakuisele ja kvartaalsele tasandile, kus igaühes toimib PDCA tsükkel. Mudel erineb olemasolevatest normatiivsetest juhistest selle poolest, et see ei piirdu kirjeldusega, mida teha, vaid lisab mõõdetavad kriteeriumid selle hindamiseks.

Töö teaduslik panus seisneb seadusliku turvalise toimetuleku mõiste operatsionaliseerimises mõõdetavaks kuuedimensiooniliseks raamistikuks ning selle sidumises kvaliteedijuhtimise ja teenusedisaini lähenemisega. Olulise empiirilise leiuna kerkis finantsiline kättesaadavus esile turvalise toimetuleku eraldiseisva dimensioonina Tallinna koduteenuse kontekstis. Metoodiliselt näitab töö, kuidas teenusedisaini ja kvaliteedijuhtimise lähenemisi saab integreerida avaliku sektori sotsiaalteenuste arendamisel. Mudeli põhimõtted on analüütiliselt ülekantavad teistele Eesti omavalitsustele, kuid sihttasemed, andmeallikad ja rakendusviisid tuleb kohandada iga organisatsiooni konteksti ja ressurssidega.

Uuringul on mitu piirangut. Tulemused on seotud Tallinna Koduteenuse Keskuse kontekstiga ega ole statistiliselt üldistatavad kõigile omavalitsustele. Klientide valim ei sisaldanud kognitiivsete piirangutega ega suure abivajadusega kliente, samuti ei kaasatud klientide lähedasi. Töö raames ei toimunud osaluslikke valideerimistöötubasid ega kvaliteedijuhtimissüsteemi mudeli piloteerimist, mistõttu tuleb mudelit käsitleda teoreetiliselt ja empiiriliselt põhjendatud esialgse artefaktina.

Edasise arendustöö esimeseks sammuks on mudeli valideerimine Tallinna Koduteenuse Keskuses ja Tallinna linna Strateegiakeskuses, järgnevalt prioriteetsete mõõdikute piloteerimine kolme kuni kuue kuu jooksul ning andmekvaliteedi, kogumiskoormuse ja juhtimisväärtuse hindamine. Finantsilise kättesaadavuse dimensiooni empiiriline kinnistamine eeldab laiemat klientide valimit. Käesolev töö on seega esimene samm pikemas arendustöös, mille eesmärk on muuta koduteenuse kvaliteedijuhtimine Tallinnas andmepõhiseks, inimväärikust toetavaks ja avalikku väärtust loovaks.

VIIDATUD ALLIKAD

- Anthropic. (2025). *Claude* [tehisintellekti tööriist]. <https://www.anthropic.com>
- Bason, C. (2010). Leading public sector innovation: Co-creating for a better society. Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781847426345.001.0001>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic analysis: A practical guide. SAGE.
- Brown, T. (2009). *Change by design: How design thinking transforms organizations and inspires innovation*. HarperBusiness.
- Broms, R., Dahlström, C., & Nistotskaya, M. (2024). Provider ownership and indicators of service quality: Evidence from Swedish residential care homes. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 34(1), 150–163. <https://doi.org/10.1093/jopart/muad002>
- Braithwaite, J., Wears, R. L., & Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: Turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 418–420. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063>
- Coghlan, D. (2019). *Doing action research in your own organization* (5. tr.). SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781529716030>
- Corneliusson, L., Ruotsalainen, S., Sulander, J., Noro, A., & Sinervo, T. (2022). Managers' perspectives of quality of care in service housing and home care services: A qualitative study. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221142938. <https://doi.org/10.1177/23337214221142938>
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Design Council. (2019). *Framework for innovation: Design Council's evolved Double Diamond*. <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/framework-for-innovation/>

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Dostálová, V., Bártová, A., Bláhová, H., & Holmerová, I. (2020). The needs of older people receiving home care: A scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(3), 495–504. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01505-3>
- Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002>
- EQUASS. (2018). *European Quality in Social Services: Certification system*. European Platform for Rehabilitation. <https://equass.be/index.php/certif-system> (vaadatud 11. aprill 2026)
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- European Commission. (2021). *2021 long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society* (Joint report prepared by the Social Protection Committee and the European Commission). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2767/677726>
- Euroopa Liidu põhiõiguste harta. (2012). *Euroopa Liidu Teataja*, C 326, 26.10.2012, 391–407. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ET/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
- Euroopa Nõukogu. (2021). *The right of older persons to dignity and autonomy in care*. Commissioner for Human Rights. <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/the-right-of-older-persons-to-dignity-and-autonomy-in-care>

- European Foundation for Quality Management. (2021). *The EFQM model*. EFQM. <https://efqm.org/the-efqm-model/>
- European Institute of Public Administration. (2020). *The Common Assessment Framework (CAF): The European model for improving public organisations through self-assessment*. EIPA. <https://www.eipa.eu/portfolio/european-caf-resource-centre/>
- Parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalharta. ((1996). *Riigi Teataja II*, 2000, 15, 93. <https://www.riigiteataja.ee/akt/78197>
- Foebel, A. D., van Hout, H. P., van der Roest, H. G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Frijters, D., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Hirdes, J. P., Bernabei, R., & Onder, G. (2015). Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15, 148. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>
- Franklin, L.-L., Ternestedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13(2), 130–146. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa>
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people: A review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11>
- Caughey, G. E., Rahja, M., Harrison, S., Fernando, R., & Inacio, M. C. (2025). Quality Indicators to Monitor Home Care Services for the Older Population: A Scoping Review. *JAMDA*, 26, 105876. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105876>
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C., & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
- Hall, A., Davey, V., McGarrigle, L., Astbury, J., Lazo Green, K., Ahmed, N., Williams, O., Beyer, F., Hanratty, B., & Price, D. (2025). The meaning of “quality” of homecare for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 25, Article 1009. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13057-1>

- Hevner, A. R., March, S. T., Park, J., & Ram, S. (2004). Design science in information systems research. *MIS Quarterly*, 28(1), 75–105.
<https://doi.org/10.2307/25148625>
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: The past and future of safety management*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315607511>
- Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: A white paper*. The Resilient Health Care Net.
<https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-paper.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *Age-friendly health systems: Guide to using the 4Ms in the care of older adults*.
<https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AgeFriendlyHealthSystems.aspx>
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015 Quality management systems — Requirements*. <https://www.iso.org/standard/62085.htm>
- Johansson-Pajala, R.-M., Alam, M., Gusdal, A. K., Marmstål Hammar, L., & Boström, A.-M. (2025). Trust and easy access to home care staff are associated with older adults' sense of security: A Swedish longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 53(3), 250–257.
<https://doi.org/10.1177/14034948241236830>
- James, I., Norell Pejner, M., & Kihlgren, A. (2019). Creating conditions for a sense of security during the evenings and nights among older persons receiving home health care in ordinary housing: A participatory appreciative action and reflection study. *BMC Geriatrics*, 19, Article 351. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1372-z>
- Justiits- ja Digiministeerium. (2025). *Teenuse standard 2.0*.
<https://digiriik.eesti.ee/juhend/teenuse-standard-20>
- Kane, J., & de Vries, K. (2017). Dignity in long-term care: An application of Nordenfelt's work. *Nursing Ethics*, 24(6), 744–751.
<https://doi.org/10.1177/0969733015624487>
- Karimi-Dehkordi, M., Hanson, H. M., Kennedy, M., & Wagg, A. (2024). Mapping quality indicators to assess older adult health and care in community-, continuing-

- , and acute-care settings: A systematic review of reviews and guidelines. *Healthcare*, 12(14), Article 1397. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141397>
- Kuha, S., Vähäkangas, P., & Kanste, O. (2024). Implementation leadership of the Resident Assessment Instrument in healthcare services for older people: An interview study of specialists. *Journal of Advanced Nursing*, 80(6), 2439–2451. <https://doi.org/10.1111/jan.15974>
- Lette, M., Stoop, A., Gadsby, E., Ambugo, E. A., Mateu, N. C., Reynolds, J., Nijpels, G., Baan, C., & de Bruin, S. R. (2020). Supporting Older People to Live Safely at Home – Findings from Thirteen Case Studies on Integrated Care Across Europe. *International Journal of Integrated Care*, 20(4), 1–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5423>
- Madise, Ü., Aaviksoo, B., Kalmo, H., Mälksoo, L., Narits, R., Pruks, P., & Vinkel, P. (Eds.). (2020). *Eesti Vabariigi põhiseadus: Kommenteeritud väljaanne* (5., täiend. vlj.). Iuridicum. <https://pohiseadus.ee>
- Melão, N., Bastida, R., & Alegre, I. (2018). Quality management systems in European social service organizations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(2), 354–372. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-10-2016-0187>
- McMullin, C. (2021). Co-design in public services: A realist synthesis of the evidence. *Policy & Politics*, 49(3), 401–419. <https://doi.org/10.1332/030557320X16028295216554>
- McCullough, K., Andrew, L., Genoni, A., Dunham, M., Whitehead, L., & Porock, D. (2023). An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 46, 159–176. <https://doi.org/10.1002/nur.22291>
- Meyer, A. C., Sandström, G., & Modig, K. (2022). Nationwide data on home care and care home residence: Presentation of a Swedish register-based study on predictors and outcomes in old age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 946–954. <https://doi.org/10.1177/14034948211023635>
- Meynhardt, T. (2009). Public value inside: What is public value creation? *International Journal of Public Administration*, 32(3–4), 192–219. <https://doi.org/10.1080/01900690902732632>

- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.
- Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 103–110. <https://doi.org/10.1023/A:1024110810373>
- Nordenfelt, L. (2009). *Dignity in care for older people*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444316414>
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69–81. <https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b>
- Nõuded koduteenusele. (2023). Sotsiaalkaitseministri määrus nr 40. *Riigi Teataja I*, 04.07.2023, 56. <https://www.riigiteataja.ee/akt/104072023056>
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Osborne, S. P., & Strokosch, K. (2013). It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management*, 24(S1), S31–S47. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12010>
- Osborne, S. P., Radnor, Z., & Strokosch, K. (2016). Co-production and the co-creation of value in public services: A suitable case for treatment? *Public Management Review*, 18(5), 639–653. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1111927>
- Osborne, S. P., Powell, M., Cui, T., & Strokosch, K. (2022). Value creation in the public service ecosystem: An integrative framework. *Public Administration Review*, 82(4), 634–645. <https://doi.org/10.1111/puar.13474>
- Pageau, F., Fiasse, L., Nordenfelt, L., & Mihailov, E. (2023). Dignity and vulnerability: A conceptual analysis in the context of care for older people. *Bioethics*, 37(6), 520–530. <https://doi.org/10.1111/bioe.13153>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40. [https://doi.org/10.1016/0022-4359\(88\)90033-7](https://doi.org/10.1016/0022-4359(88)90033-7)
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE.

- Peppers, K., Tuunanen, T., Rothenberger, M. A., & Chatterjee, S. (2008). A design science research methodology for information systems research. *Journal of Management Information Systems*, 24(3), 45–77.
<https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222240302>
- Reiter, R., & Klenk, T. (2019). The manifold meanings of ‘post-New Public Management’: A systematic literature review. *International Review of Administrative Sciences*, 85(1), 11–27.
<https://doi.org/10.1177/0020852318759736>
- Riigikontroll. (2023). *Koduteenuste korraldus* [Riigikontrolli aruanne Riigikogule].
<https://www.riigikontroll.ee/auditiaruanded/koduteenuste-korraldus>
- Silverglow, A., Johansson, L., & Lidén, E. (2021). A sense of security in older people’s home care: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1161–1170. <https://doi.org/10.1111/scs.12934>
- Silverglow, A., Wijk, H., Lidén, E., & Johansson, L. (2022). Perceptions of providing safe care for frail older people at home: A qualitative study based on focus group interviews with home care staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 771–781. <https://doi.org/10.1111/scs.13032>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2024a). Koduteenuse kvaliteedijuhis.
 Sotsiaalkindlustusamet.
https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/2024-08/Koduteenuse_kvaliteedijuhis_31_07_2024.pdf
- Sotsiaalkindlustusamet. (2024b). *Eesti sotsiaalteenuste üldine kvaliteedijuhis*.
https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/2024-11/eesti_sotsiaalteenuste_uldine_kvaliteedijuhis_12_11_2024.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2023). *Heaolu arengukava 2023–2030*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/2023-02/heaolu_arengukava_2023-2030_pohitekst_30_01_2023.pdf
- Statistikaamet. (2026). *RV029IU: Rahvaarv, pindala ja asustustihedus, 1. jaanuar: Elukoht, aasta ning näitaja* [Andmebaas].

- https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV0291U/table/tableViewLayout2
- Stickdorn, M., Hormess, M. E., Lawrence, A., & Schneider, J. (2018). *This is service design doing: Applying service design thinking in the real world*. O'Reilly Media.
- Tallinna Koduteenuse Keskus. (2025). *Koduteenuse klientide vanuse ja soo jaotus 2025. aastal* [Avaldamata sisestatistika].
- Tossaint-Schoenmakers, R., Verhoef, J., Chavannes, N., Talboom-Kamp, E., & Kasteleyn, M. (2021). The challenge of integrating eHealth into health care: Systematic literature review of the Donabedian model of structure, process, and outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e27180.
<https://doi.org/10.2196/27180>
- Šaňáková, Š., & Čáp, J. (2019). Dignity from the nurses' and older patients' perspective: A qualitative literature review. *Nursing Ethics*, 26(5), 1292–1309.
<https://doi.org/10.1177/0969733017747960>
- Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., & Read, S. (2011). *Dignity in practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS trusts* (NIHR Service Delivery and Organisation Programme Report). NIHR. <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2006044>
- Tallinna Linnavolikogu. (2025). Tallinna Linnavolikogu otsus 06.02.2025 nr 6 koduteenuse ümberkorraldamiseks. Tallinna Linnavolikogu. [Kättesaadav TEELE dokumendihaldussüsteemis]
- Tallinna Linnavolikogu. (2026). Tallinna linna 2026. aasta eelarve. Tallinna Linnavolikogu.
- Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet. (2025). Koduteenuse konsolideerimise eelanalüüs. [Avaldamata organisatsioonisisene dokument]
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (Eds.). (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf
- THL (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos). (2024). *Assessment of service needs with the RAI system*. <https://thl.fi/en/topics/ageing/assessment-of-service-needs-with-the-rai-system>

- Tong, C. E., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2016). Types and patterns of safety concerns in home care: Client and family caregiver perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 214-220.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw006>
- Research*, 23(5), e27180. <https://doi.org/10.2196/27180>
- Van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315817590>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Wagner, A., Schaffert, R., Möckli, N., Zúñiga, F., & Dratva, J. (2020). Home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC): A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20, 366.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05238-x>
- Zheng, Q.-L., Kong, L.-N., Hu, P., & Liu, D.-X. (2024). Identifying quality indicators for home care services: A modified Delphi and Analytic Hierarchy Process study. *BMC Nursing*, 23(1), 494. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02169-4>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE.

Lisa 1. Intervjuukavad

SISSEJUHATUS KÕIKIDELE INTERVJUUDELE

Uuringu tutvustus (kohandatav sihtgrupile)

Tere! Minu nimi on Marin Truman-Puustusmaa ja ma õpin Tartu Ülikooli Pärnu kolledžis teenuste disaini ja juhtimise magistriõppes. Kirjutan magistritööd koduteenuse kvaliteedi parandamisest.

Selle vestluse eesmärk on mõista, mida tähendab Teie jaoks turvaline toimetulek ja hea koduteenuse kvaliteet. Teie vastused aitavad välja töötada süsteemi, mis muudab koduteenuse paremaks.

Vestlus kestab umbes [30-45/45-60] minutit. Vestlus salvestatakse, kuid Teie nime ei avaldata kusagil, Te võite igal ajal keelduda vastamast või vestluse lõpetada. Salvestused kustutatakse pärast töö kaitsmist.

Kas Teil on küsimusi enne alustamist? Kas olete nõus osalema?

KODUTEENUSE KLIENDID

(Individuaalintervjuud, 30-40 minutit)

Intervjuu eesmärk on mõista klientide subjektiivset kogemust turvalisest toimetulekust ja teenuse kvaliteedist, et operatsionaliseerida SHS § 17 lg 1 sätestatud “turvalise toimetuleku” mõiste kliendi perspektiivist. Arvestades sihtgrupi eripära (eakad, funktsionaalsed piirangud), on küsimused sõnastatud lihtsas igapäevases keeles ning intervjuu on struktureeritud viide põhiplokki (Patton, 2015, lk 437–438).

Sissejuhatavad küsimused

Eesmärk on luua usalduslik õhkkond, saada ülevaade kliendi taustast ja teenuse kasutamise kontekstist.

Nr	Küsimus	Märkused
1.1	Kui kaua olete koduteenust kasutanud?	Taustainfo
1.2	Kui tihti koduhooldustöötaja Teie juures käib?	Teenuse maht

Turvatunde üldine mõistmine

Eesmärk on selgitada välja kliendi enda arusaam turvatundest ja turvalisest toimetulekust – mida see mõiste tema jaoks sisuliselt tähendab.

Teoreetiline alus: - *Teoreetiline alus: Silverglow et al., (2021, lk 193) tuvastas, et turvatunne kujuneb usalduse, ennustatavuse ja kontrolli koosmõjul. IHI (2017, lk 12–15) eristab nelja turvalisuse aspekti. Dostálová et al., (2020, lk 496) kinnitab, et koduteenuse saajate vajadused on mitmekihilised.*

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
2.1	Mis tähendab Teie jaoks, et tunnete end kodus turvaliselt?	Turvatunde subjektiivne definitsioon (Silverglow et al., 2021)
2.2	Mis aitab Teil kodus hästi hakkama saada?	Toimetuleku tegurid, iseseisvuse säilitamine (SHS § 17)
2.3	Mis teeb Teile muret, kui mõtlete oma igapäevasele elule?	Tajutud ohud ja riskid, negatiivne turvatunne

Füüsiline turvalisus

Eesmärk on mõista kliendi kogemust füüsilise turvalisusega seotud aspektidest – kukkumisoht, ravimid, keskkond.

Teoreetiline alus: - IHI Age-Friendly Health Systems (2017, lk 12-15): füüsiline turvalisus hõlmab keskkonnast tulenevaid riske, kukkumisohtu, ravimite ohutust - ja süsteemset turvalisust (koordineeritus, järjepidevus). Tong et al. (2016, lk 215) tuvastas, et turvalisuse probleemid koduteenuses on mitmekihilised ning seotud nii füüsiliste riskide kui ka teenuse ennustatavusega.

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
3.1	Rääkige, kuidas Te kodus liigute, millised kohad on Teie jaoks keerulisemad või ebakindlamad?	Füüsiline turvalisus, kukkumisoht (IHI, 2017)
3.2	Mis on teie kodus hästi korraldatud ja mis võiks olla turvalisem?	Keskkonna turvalisus (Tong et al., 2016 – ruumiline turvalisus)
3.3	Kas keegi aitab Teil jälgida, et võtaksite ravimeid õigesti? Kuidas Teil ravimite võtmine on korraldatud?	Ravimite ohutus (Institute for Healthcare Improvement (2017, lk 12-15, edaspidi IHI)
3.4	Kui Teil on vaja kiiresti abi, kuidas Te seda saate?	Süsteemne turvalisus, abi kättesaadavus

Emotsionaalne turvalisus ja väärikus

Eesmärk on mõista kliendi kogemust emotsionaalse turvalisuse ja väärika kohtlemisega – kuidas teda koheldakse, kas ta tunneb end austatuna.

Teoreetiline alus: - Nordenfelt (2003, lk 103; 2009): identiteedi väärikus seostub autonoomia ja enesemääratlemisega - Gallagher *et al.*, (2008, lk 704): väärikut ohustavad privaatsuse puudumine ja individuaalsuse eiramine - Tadd *et al.*, (2011, lk 13): eakad seostavad väärikut autonoomia, identiteedi ja lugupidava kohtlemisega

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
4.1	Kirjeldage palun, kuidas koduhooldustöötaja Teiega suhtleb? Kuidas Te end selle juures tunnete?	Emotsionaalne turvalisus, väärikas kohtlemine (Nordenfelt, 2003)
4.2	Kas töötaja küsib Teie arvamust, kuidas asju teha? Kuidas töötaja Teiega kokku lepib, kuidas ja mida teha?	Autonoomia, mõjutamisvõimalus (Silverglow <i>et al.</i> , 2021)
4.3	Kuidas on Teie privaatsus tagatud, kui töötaja Teie aitab?	Privaatsus kui väärikuse komponent (Gallagher <i>et al.</i> , 2008)
4.4	Kuidas Te saate ise otsustada, millal ja kuidas Teid aidatakse?	Isikukeskne hooldus, kontroll oma elu üle (Ekman <i>et al.</i> , 2011)

Sotsiaalne turvalisus

Eesmärk on mõista kliendi sotsiaalset kaasatust ja üksinduse kogemust – kuivõrd koduteenus toetab sotsiaalseid suhteid.

Teoreetiline alus: - *Institute for Healthcare Improvement* (2017, lk 12-15) edaspidi IHI 2017, sotsiaalne turvalisus tähendab toetusvõrgustiku olemasolu ja sotsiaalset kaasatust - Euroopa sotsiaalharta artikkel 23: eakate õigus jääda ühiskonna täieõiguslikeks liikmeteks

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
5.1	Kas Teil on inimesi, kellega saate rääkida, kui Teil on raske?	Sotsiaalne turvavõrgustik (IHI, 2017)
5.2	Kuidas Te ennast tunnete, kui mõtlete suhtlemisele teiste inimestega? Kas tunnete end vahel üksikuna?	Sotsiaalne isolatsioon
5.3	Millist rolli mängin koduhooldustöötaja Teie jaoks? Kas koduhooldustöötaja on Teile ka vestluskaaslane või pigem ainult abistaja?	Teenuse sotsiaalne dimensioon

Süsteemne turvalisus ja teenuse järjepidevus

Eesmärk on mõista kliendi kogemust teenuse usaldusväärsuse, järjepidevuse ja prognoositavusega.

Teoreetiline alus: - IHI (2017): süsteemne turvalisus puudutab teenuste koordineeritust ja järjepidevust - SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988): usaldusväärsus (*reliability*) kui kvaliteedidimensioon - Silverglow *et al.*, (2021): usaldus (*trust*) kui turvatunde komponent

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
6.1	Kuidas Teil abi saamisega tavaliselt läheb – kirjeldage mõnda näidet, millal abi tuli ja kuidas see toimus.	Usaldusväärsus (SERVQUAL), prognoositavus
6.2	Kas Teie juures käib üks ja sama töötaja või vahetuvad nad tihti?	Järjepidevus, usalduse kujunemine (Silverglow <i>et al.</i> , 2021)
6.3	Kui töötaja ei saa tulla, kas Teile öeldakse sellest ette?	Info liikumine, süsteemne turvalisus (IHI, 2017)
6.4	Mida Te mõtlete, kui vaatate tulevikku – kuidas Teil abi saamisega edaspidi läheb?	Usaldus süsteemi vastu, tulevikukindlus

Kokkuvõtvad küsimused

Eesmärk on sünteesida kliendi arusaam kvaliteetsest teenusest ja koguda parendusettepanekuid.

Teoreetiline alus: - Donabedian (1988): kogemus kui kvaliteedi neljas dimensioon (Doyle *et al.*, 2013 täiendus) - Moore (1995): avalik väärtus kliendi perspektiivist

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
7.1	Mis on Teie jaoks kõige olulisem, et tunneksite end kodus turvaliselt?	Turvatunde prioriteedid, kogemuse dimensioon
7.2	Mis võiks koduteenuse juures olla parem?	Parendusettepanekud kliendi vaates
7.3	Kas on midagi, mida ma ei küsinud, aga mida Te tahaksite öelda?	Avatud lõpetus

KODUHOOLDUSTÖÖTAJAD

(Fookusgrupi intervjuud, 45-60 minutit, 7-8 osalejat grupis)

Intervjuu eesmärk on mõista koduhooldustöötajate perspektiivi turvalise toimetuleku tagamisel, mis võimaldab ja mis takistab kvaliteetse teenuse osutamist ning kuidas nad mõtestavad turvalisust oma igapäevatöös.

Sissejuhatus

Eesmärk on tutvumine, taustainfo kogumine, usalduse loomine.

Nr	Küsimus	Märkused
1.1	Palun tutvustage ennast lühidalt – kui kaua olete koduhoolduses töötanud ja millises linnaosas?	Taustainfo, grupi dünaamika käivitamine

Turvalise toimetuleku mõistmine töötaja vaates

Eesmärk on selgitada välja, kuidas töötajad mõistavad seadusest tulenevat “turvalise toimetuleku” nõuet ja kuidas nad seda oma töös rakendavad.

Teoreetiline alus: - SHS § 17 lg 1: teenuse seaduslik eesmärk - Silverglow *et al.* (2021): turvatunne kui mitmetahuline nähtus - Safety-II (Hollnagel *et al.*, 2015): fookus sellel, mis töötab hästi

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
2.1	Mida tähendab teie jaoks see, et klient saab kodus turvaliselt hakkama?	Turvalise toimetuleku tõlgendus praktikute vaates (SHS § 17)
2.2	Millest te aru saate, et klient tunneb end turvaliselt?	Turvatunde indikaatorid praktikas (Silverglow <i>et al.</i> , 2021)
2.3	Millistes olukordades tunnete, et suudate kliendi turvalisust hästi tagada?	Safety-II: mis töötab hästi (Hollnagel <i>et al.</i> , 2015)
2.4	Millistes olukordades tunnete, et turvalisuse tagamine on keeruline?	Takistused ja väljakutsed

Kvaliteedi neli dimensiooni töötaja vaates

Eesmärk on kaardistada töötajate arusaam kvaliteedist Donabediani mudeli dimensioonides – struktuur, protsess, tulemus, kogemus.

Teoreetiline alus: - Donabedian (1988, lk 1745): struktuur-protsess-tulemus mudel - Doyle *et al.*, (2013): kogemus kui neljas dimensioon

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
3.1	Millised tingimused ja vahendid aitavad teil head tööd teha? (<i>nt aeg, info, vahendid, koolitus</i>)	Struktuur – ressursid ja eeldused (Donabedian, 1988)
3.2	Mis teie igapäevatöös aitab kliendi turvalisust tagada? (<i>nt kuidas te midagi teete, mida jälgite</i>)	Protsess – tegevused ja nende kvaliteet (Donabedian, 1988)
3.3	Kuidas te teate, et teie töö on andnud tulemusi? (<i>nt kliendi seisund, tagasiside</i>)	Tulemus – mõju kliendile (Donabedian, 1988)
3.4	Kuidas te mõistate, et klient on teenusega rahul?	Kogemus – subjektiivne kvaliteet (Doyle <i>et al.</i> , 2013)

Turvalisuse neli aspekti töötaja vaates

Eesmärk on analüüsida, kuidas töötajad tajuvad ja toetavad nelja turvalisuse aspekti oma töös.

Teoreetiline alus: - IHI (2017): füüsiline, emotsionaalne, sotsiaalne ja süsteemne turvalisus - Tabel 1 magistrیتöö: turvalise toimetuleku käsitus Donabediani mudeli vaates

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
4.1	Kuidas te jälgite ja ennetate füüsilisi ohte kliendi kodus? (kukkumine, ravimid, keskkond)	Füüsiline turvalisus (IHI, 2017)
4.2	Kuidas te toetate kliendi emotsionaalset heaolu ja säilitate tema väärikust?	Emotsionaalne turvalisus, väärikus (Nordenfelt, 2003)
4.3	Kuidas te märkate ja toetate üksikuid kliente?	Sotsiaalne turvalisus (IHI, 2017)
4.4	Kuidas mõjutab teenuse järjepidevus (nt töötajate vahetumine) kliendi turvatunnet?	Süsteemne turvalisus (IHI, 2017)

Töötajate heaolu (QUADRUPLE AIM)

Eesmärk on mõista töötajate endi heaolu ja selle seost teenuse kvaliteediga – *Quadruple Aim* 'i neljas dimensioon.

Teoreetiline alus: - Bodenheimer ja Sinsky (2014, lk 573): Quadruple Aim – töötajate heaolu on kvaliteedi eeldus - Corneliusson *et al.*, (2022): personali pühendumus ja positiivne töökeskkond kvaliteeti soodustavate teguritena

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
5.1	Kirjeldage, kuidas teil on aega ja ressursse kvaliteetse töö tegemiseks – mida on piisavalt, millest jääb puudu?	Ressursside piisavus (Donabedian – struktuur)
5.2	Kuidas te end oma töös tunnete – nii füüsiliselt kui emotsionaalselt?	Töötaja turvalisus (Quadruple Aim)
5.3	Mis teid selles töös motiveerib? Mis väsitab?	Töötaja heaolu ja läbipõlemine (Bodenheimer & Sinsky, 2014)
5.4	Kuidas mõjutab teie enda heaolu teenuse kvaliteeti?	Töötaja heaolu ja kvaliteedi seos

Tsentraliseerimise mõju ja kvaliteedijuhtimine

Eesmärk on mõista töötajate kogemust organisatsiooniliste muutustega ja nende ootusi kvaliteedijuhtimissüsteemile.

Teoreetiline alus: - Moore (1995): operatiivne võimekus kui avaliku väärtuse eeldus - PDCA tsükkel (Deming, 1986): pideva parendamise loogika

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
6.1	Kuidas on töö muutunud pärast linnaosade ühinemist üheks keskuseks?	Organisatsiooniline muutus, tsentraliseerimine
6.2	Kuidas te praegu saate tagasisidet oma töö kohta?	Tagasiside ja õppimine (PDCA)
6.3	Millist infot või tuge te vajate, et teha oma tööd paremini?	Operatiivne võimekus (Moore, 1995)

Kokkuvõtvad küsimused

Eesmärk on sünteesida töötajate nägemus kvaliteetsest teenusest ja koguda ettepanekuid.

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
7.1	Kui te peaksite välja tooma kolm kõige olulisemat asja, mis tagavad kliendi turvalise toimetuleku – mis need oleksid?	Kvaliteedi prioriteedid töötaja vaates
7.2	Mida peaks organisatsioon tegema, et te saaksite oma tööd paremini teha?	Parendusettepanekud
7.3	Kas on midagi olulist, mida me ei arutanud?	Avatud lõpetus

Intervjuu lõpetamine (TÖÖTAJAD)

Suur tänu teile kõigile! Teie praktilised kogemused on hindamatu väärtusega, et luua kvaliteedisüsteem, mis päriselt töötab.

Kui teil tekib hiljem mõtteid, võite minuga ühendust võtta [kontaktandmed].

C JUHTKOND

(Individuaalintervjuud, 45-60 minutit)

Intervjuu eesmärk on mõista juhtkonna strateegilist vaadet kvaliteedijuhtimisele, turvalise toimetuleku tagamisele ja avaliku väärtuse loomisele koduteenuses.

Intervjueeritavad: Keskuse juht, kvaliteedijuht, hooldusjuhid/üksuste juhid

Sissejuhatavad küsimused

Eesmärk on taustainfo, rolli ja vastutusala mõistmine.

Nr	Küsimus	Märkused
1.1	Palun kirjeldage oma rolli ja vastutusala koduteenuse korraldamisel.	Kontekst
1.2	Kui kaua olete selles valdkonnas/ametis töötanud?	Kogemus

Turvalise toimetuleku strateegiline mõtestamine

Eesmärk on mõista, kuidas juhtkond tõlgendab seadusest tulenevat turvalise toimetuleku nõuet ja kuidas seda organisatsiooni tasandil operatsionaliseeritakse.

Teoreetiline alus: - SHS § 17 lg 1: seaduslik alus - Moore (1995, lk 71): avaliku väärtuse kontseptsioon - Riigikontroll (2023): puuduvad ühtsed kvaliteedistandardid

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
2.1	Kuidas te mõistate seaduses sätestatud “turvalise toimetuleku” nõuet? Mida see organisatsiooni jaoks tähendab?	Seadusliku nõude tõlgendus juhtimistasandil
2.2	Millist avalikku väärtust koduteenus teie hinnangul loob?	Avalik väärtus (Moore, 1995)
2.3	Kuidas te praegu hindate, kas turvaline toimetulek on tagatud?	Praegune praktika, mõõtmine
2.4	Millised on peamised väljakutsed turvalise toimetuleku tagamisel?	Probleemide kaardistamine

Praegune seis kvaliteedijuhtimises

Eesmärk on kaardistada olemasolev kvaliteedijuhtimise praktika ja tuvastada lüngad.

Teoreetiline alus: - Donabedian (1988): struktuur-protsess-tulemus mudel - Riigikontroll (2023, lk 4): puudub süstemaatiline kvaliteedi hindamine - PDCA (Deming, 1986): pideva parendamise tsükkel

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
3.1	Milliseid kvaliteedinäitajaid te praegu jälgite?	Olemasolevad mõõdikud
3.2	Kuidas te kogute tagasisidet klientidelt ja töötajatelt?	Tagasiside süsteem (PDCA – Check)
3.3	Kuidas te kasutate kogutud infot teenuse parendamiseks?	Parendustsükkel (PDCA – Act)
3.4	Millised on praeguse kvaliteedijuhtimise peamised puudused?	Lünkade tuvastamine

Moore'i strateegiline kolmnurk

Eesmärk on analüüsida kvaliteedijuhtimist Moore'i avaliku väärtuse teooria kolme komponendi kaudu.

Teoreetiline alus: - Moore (1995): strateegiline kolmnurk – avalik väärtus, legitiimsus ja toetus, operatiivne võimekus - Tabel 2 magistritöös: koduteenuse avaliku väärtuse seosed ja mõõdikud

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
----	---------	-------------------

4.1	Millist väärtust loob koduteenus erinevatele osapooltele – klientidele, lähedastele, ühiskonnale?	Avalik väärtus – mida ja kellele luuakse (Moore, 1995)
4.2	Kuidas te tagate teenuse vastavuse seadusele ja poliitiliste otsustajate ootustele? Kuidas te oma tegevusest aru annate?	Legitiimsus ja toetus – poliitiline mandaat (Moore, 1995)
4.3	Kas teil on piisavalt ressursse (personal, eelarve, IT, kompetents) kvaliteetse teenuse osutamiseks?	Operatiivne võimekus – ressursid ja pädevused (Moore, 1995)
4.4	Kuidas on seotud koduteenuse kvaliteet ja üldhooldusteenuse vajadus?	Mõjutasand, kuluefektiivsus

Donabediani dimensioonid juhtimise vaates

Eesmärk on mõista, kuidas juhtkond näeb kvaliteedi nelja dimensiooni ja nende mõõtmise võimalusi.

Teoreetiline alus: - Donabedian (1988): struktuur, protsess, tulemus - Doyle *et al.*, (2013): kogemus kui neljas dimensioon - Tabel 1 magistrیتöö: turvalise toimetuleku käsitus Donabediani mudeli vaates

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
5.1	Millised struktuuritingimused (töötajate arv, kvalifikatsioon, IT, eelarve) on teie hinnangul kvaliteetse teenuse eelduseks?	Struktuur (Donabedian, 1988)
5.2	Millised tööprotsessid (hindamine, planeerimine, dokumenteerimine, järelvalve) vajavad teie hinnangul parandamist?	Protsess (Donabedian, 1988)
5.3	Milliseid tulemusi (kliendi seisund, rahulolu, elukvaliteet) peaks teenus saavutama ja kuidas neid mõõta?	Tulemus (Donabedian, 1988)
5.4	Kui oluline on teie jaoks kliendi subjektiivne kogemus võrreldes objektiivsete näitajatega?	Kogemus (Doyle <i>et al.</i> , 2013)

Kvaliteedijuhtimissüsteemi disain

Eesmärk on koguda sisend kvaliteedijuhtimissüsteemi disainimiseks ehk milliseid mõõdikuid ja protsesse juhtkond vajalikuks peab.

Teoreetiline alus: - Hübriidne topeltteemant-PDCA mudel (magistrیتöö teoreetiline raamistik) - Rootsi ja Soome praktika (Meyer *et al.*, 2022; THL, 2024)

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
6.1	Millised mõõdikud aitaksid teil teha paremaid juhtimisotsuseid?	Mõõdikute vajadus juhtimise seisukohast
6.2	Kui tihti peaks kvaliteeti hindama – igapäevaselt, kuiselt, kvartaalselt?	Juhtimisrutiin (PDCA tsükkel)
6.3	Kes peaks vastutama kvaliteedi jälgimise ja parendamise eest?	Vastutusjaotus

6.4	Mida olete õppinud teiste riikide või linnade praktikast?	Rahvusvaheline (Rootsi, Soome)	võrdlus
-----	--	--------------------------------	---------

Kokkuvõtvad küsimused

Eesmärk on sünteesida juhtkonna visioon kvaliteetsest teenusest ja koguda strateegilisi ettepanekuid.

Nr	Küsimus	Teoreetiline seos
7.1	Milline peaks olema koduteenuse kvaliteet 3 aasta pärast? Mis peaks olema teisiti?	Visioon, strateegiline suund
7.2	Millised on peamised takistused kvaliteedijuhtimissüsteemi juurutamisel?	Rakendamise väljakutsed
7.3	Kas on midagi olulist, mida ma ei küsinud?	Avatud lõpetus

Peamised teoreetilised allikad ja nende kasutus intervjuudes

Teooria/Autor	Põhisisu	Kasutus intervjuudes
SHS § 17 lg 1	Koduteenuse seaduslik eesmärk – turvaline toimetulek	Kõik kavad – lähtepunkt
Donabedian (1988)	Struktuur-protsess-tulemus mudel	Kvaliteedi dimensioonide struktureerimine
Doyle et al., (2013)	Kogemus kui neljas dimensioon	Subjektiivse kvaliteedi küsimused
IHI (2017)	Neli turvalisuse aspekti	Klientide ja töötajate kavad
Silverglow et al., (2021)	Turvatunde komponendid	Klientide subjektiivne kogemus
Nordenfelt (2003, 2009)	Väärrikuse mudel	Emotsionaalne turvalisus, väärrikus
Moore (1995)	Avaliku väärtuse teooria	Juhtkonna strateegiline vaade
Bodenheimer & Sinsky (2014)	Quadruple Aim	Töötajate heaolu
Hollnagel et al., (2015)	Safety-II	Mis töötab hästi
Ekman et al., (2011)	Isikukeskne hooldus	Autonoomia, kaasamine
SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988)	Teenuse kvaliteedi dimensioonid	Usaldusväarsus, empaatia
PDCA (Deming, 1986)	Pideva parendamise tsükkel	Kvaliteedijuhtimise protsess
Rootsi ja Soome praktika	Rahvusvaheline võrdlus	Ekspertide kava

Intervjuukavade seos uurimisküsimustega

Uurimisküsimus	Vastust annavad
1. Kuidas on turvatunne ja turvaline toimetulek defineeritud ning mõõdetud?	Kliendid (blokid 2-6), Töötajad (blokk 2, 4), Juhtkond (blokk 2), Ekspertid (blokk 2)
2. Millised struktuur-, protsessi-, tulemuse- ja kogemusmõõdikud on vajalikud?	Töötajad (blokk 3), Juhtkond (blokk 5, 6), Ekspertid (blokk 3)

3. Kuidas disainida kvaliteedijuhtimissüsteem?	Juhtkond (blokk 3, 4, 6), Ekspertid (blokk 4, 5, 6)
---	---

Lisa 2. Koduteenuse klientide ja hooldustöötaja persoonad empiiriliste andmete põhjal koostatud kasutajapildid KJS mõõdikuvajaduse illustreerimiseks

HK

Helvi Kallas, 78
Aktiivne kodu-hoidja
K1 / K2 profiil

„Ma tahan silmaga näha, mida ma valin. Mina tean, mis mulle sobib.”

OLUKORD

Elab üksi kolmandal korrusel. Kasutab koduteenust kaks korda nädalas. Hommikune võimlemine on igapäevane rutiin. Naabrid käivad vaatamas.

EESMÄRGID

- ✓ Säilitada iseseisvus ja liikumisvabadus
- ✓ Poes ise käia — sotsiaalne rutiin
- ✓ Ise valida, mida süüa ja osta

VALUPUNKTID

- ⚠ E-Selver: ei meeldi, kaotab autonoomia
- ⚠ Ei teadnud jalutamisteenuse võimalusest
- ⚠ Kevadel järjest vähem jõudu, isolatsioon kasvab

TURVALISE TOIMETULEKU DIMENSIOONID

- Füüsiline
- Sotsiaalne
- Väärikus ja autonoomia

SEOTUD KJS MÕÕDIKUD

- ▶ P3 teavitamine
- ▶ T3 iseseisvuse indeks
- ▶ K1 heaoluküsitlus

EL

Ester Leppik, 87
Isoleeritud hooldatav
K3 / K5 profiil

„Kõige suurem hirm on see, et kes mind leiab.”

OLUKORD

Ei saa korterist välja. Koduteenuse töötaja on peamine inimkontakt. Kogeb töötajate 3-kuist rotatsiooni traumana — iga uus töötaja tähendab uut usalduse loomist.

EESMÄRGID

- ✓ Usalduslik, sama töötaja pikalt
- ✓ Keegi teab, kus ta on ja kuidas läheb
- ✓ Järjepidev sotsiaalne kontakt

VALUPUNKTID

- ⚠ Töötajad vahetuvad iga kolme kuu tagant
- ⚠ Üksindus ja depressioon — "silmis puudub säde"
- ⚠ Korterist välja ei pääse — isolatsioon on füüsiline

TURVALISE TOIMETULEKU DIMENSIOONID

- Vaimne ja emotsionaalne
- Sotsiaalne kaasatus
- Väärikus ja autonoomia

SEOTUD KJS MÕÕDIKUD

- ▶ P2 töötaja järjepidevus
- ▶ K1 heaoluküsitlus
- ▶ T1 kukkumiste register

LT**Leida Tamm, 91**

Õigusteadlik maksja

K7 / K8 profiil

„Pension 839€, osatasu 200€ — milleks ma siis ette mõeldud arveid ei maksa?”

OLUKORD

Tunneb seadusi ja arvutab täpselt, mis on jõukohane. Mureseb kulude kasvamise pärast. Kirjutab uurijale kirjaliku ütluse.

EESMÄRGID

- ✓ Teenus rahaliselt jõukohane — väärikusega vananemine
- ✓ Ise hakkama saada nii kaua kui võimalik
- ✓ Mõistetud ja õiglaselt koheldud

VALUPUNKTID

- ⚠ Osatasu ei arvesta tegelikke elukulusid
- ⚠ Hirm, et vajadus kasvab aga raha ei kasva
- ⚠ Sissetulekupiir on reaalne barjäär

TURVALISE TOIMETULEKU DIMENSIOONID

- Finantsiline kättesaadavus
- Väärikus ja autonoomia
- Füüsiline

SEOTUD KJS MÕÕDIKUD

- ▶ S4 osatasu osakaal %
- ▶ K4 tajutud finantsiline õiglus
- ▶ T2 institutsioonile suunamine

KM**Kai Mänd, 44**

Pühendunud hooldustöötaja

T1 / T3 profiil

„Kui inimese silmades puudub säde, siis tean — midagi on valesti.”

OLUKORD

12 aastat koduhoolduses. Töötab iga kliendi juures üksi, ilma vahetu toeta. Tunneb klientide soovid peast. Vastutab kriisiolukorras üksi.

EESMÄRGID

- ✓ Teada, et töö loeb ja on märgatud
- ✓ Otsustusõigus kohapeal, ilma pika kinnitusega
- ✓ Piisavalt aega suhtlemiseks, mitte ainult toiminguteks

VALUPUNKTID

- ⚠ Ohtlikud olukorrad üksi — kriisiprotokoll puudub
- ⚠ Kaks dokumenti päevas — halduskoormus on suur
- ⚠ Tunnihind suunab toimingutele, mitte suhtlusele

TURVALISE TOIMETULEKU DIMENSIOONID

- Töötajate turvalisus
- Vaimne (klientidel)
- Väärikus ja autonoomia (klientidel)

SEOTUD KJS MÕÕDIKUD

- ▶ T4 läbipõlemisrisk
- ▶ K3 töötaja rahulolu
- ▶ P1 hooldusplaani täitmine

Lisa 3 Klienditeekond koduteenuse saamisest kuni pideva teenuse saamiseni, kliendi kogemuspõhine analüüs kitsaskohtade ja mõõdikuvajaduste kaardistamiseks

Ujuv rada	① Taotluse esitamine Pöördumine linnaossa	② Hindamine Kodukülastus ja abivajaduse hindamine	③ Haldusotsus Otsus ja edastamine teenuseosutajale	④ Lepingu sõlmimine Leping ja hooldusplaani koostamine	⑤ Teenuse algus Esimesed külastused	⑥ Pidev teenus Rutiinne teenuseosutamine
Osalejad	Klient / lähedane → Sotsiaalhoolekande spetsialist (linnaosa)	Spetsialist + üksuse juht (ühine kodukülastus)	Spetsialist Haldusotsus → Koduteenuse Keskus	Üksuse juht → klient kodus Leping + hooldusplaani	Koduhooldustöötaja → klient kodus Esimesed 1–3 külastust	Töötaja → klient Regulaarne igakuine teenus
Kliendi tegevused	Pöördub linnaossa (ise/lähedane) Kirjeldab abivajadust Täidab taotlusvormi	Lubab hindajad koju Vastab küsimustele Näitab kodu, kirjeldab probleeme	Ootab haldusotsust Saab kirjaliku otsuse Tutvub tingimuste ja osatasuga	Allkirjastab lepingu Osaleb hooldusplaani koostamisel Räägib oma vajadustest ja rutiinist	Kohtub töötajaga esimest korda Kohaneb uue rutiiniga Hindab, kas töötaja sobib	Saab regulaarset abi Kogeb seisundi muutusi Kujuneb töösuhte kvaliteet
Emotsionaalne seisund	↑ Ambivalentsus Kergendus: samm tehti Häbitunne: peab appi paluma „Ikka loodad, et saad ise hakkama" (K2)	↓ Haavatavus Ärevus: kodu on privaatne ruum Tundub, et hinnatakse tema elu Kõige intiimsem kontaktpunkt	↓ Ootus ja ebakindlus Rahaline ärevus: kui palju maksab? Bürokraatiline ootejärjekord „Milleks ma arveid ei maksa?" (K8)	↑ Lootus ja leevendus Abi tuleb lõpuks kätte Ülekoormatus: palju infot korraga Jalutamisteenust ei tutvustata (K1)	↕ Kohanemisetapp Positiivne: tuttav töötaja Ärevus: võõras töötaja „Kõige suurem hirm: kes mind leiab" (K3)	Kolm erinevat kogemust: Helvi ↑ aktiivne, rahul rutiiniga Leida → pidev rahaline mure Ester ↓ isolatsioon, rotatsioon Sama teenus, kolm kogemust
Kontakt-punktid	Linnaosa sotsiaalhoolekande talitus Telefon / e-post / vastuvõtt Taotlusvorm	Spetsialisti + üksuse juhi ühine kodukülastus Hindamisdokument	Kirjalik haldusotsus Telefon / teade	Üksuse juhi kodukülastus Teenuse osutamise leping	Töötaja esimene külastus Töötaja tutvustus Hooldusplaani läbivaatus koos kliendiga	Regulaarsed kodukülastused Töötaja vahetus (rotatsioon) Erakorraline kriisikontakt Kaebuste kanal (reaktiivne)

Ujuv rada	① Taotluse esitamine Pöördumine linnaossa	② Hindamine Kodukülastus ja abivajaduse hindamine	③ Haldusotsus Otsus ja edastamine teenuseosutajale	④ Lepingu sõlmimine Leping ja hooldusplaani koostamine	⑤ Teenuse algus Esimesed külastused	⑥ Pidev teenus Rutiinne teenuseosutamine
			STAR-süsteem (kliendile nähtamatu)	Hooldusplaani dokument Teenuste loetelu		
Kitsaskohad (Δ)	Δ Pöördumisbarjäär: Häbitunne viib hilinenud taotluseni ✓ Lähedased aitavad pöördumisel	Δ Ohutushindamise protokoll puudub Klient ei tea, mida hindamine hõlmab	Δ Omaosalus selgub PÄRAST abivajaduse hindamist Klient ei tea eelnevalt summat Δ Info liikumine puudub ootamise ajal	Δ Kõiki teenuseid ei tutvustata Hooldusplaani ei ole kliendile arusaadav ✓ Klient tahab planeerimises osaleda	Δ Võõras töötaja tekitab ärevust Rotatsioonimehhanismi loogika on ebaselge ✓ Sama töötaja = usalduse alus	Δ Rotatsioon 3 kuu tagant (K3) Δ Tagasiside tee puudub Δ Finantsiline koormus kasvab (K8) Δ Supervisiooni süsteem puudub
KJS mõõdikud	S4 omaosaluse osakaal * S3 kliendi-töötaja suhtarv	S2 ohutushindamine S1 koolituste täitmine *	S4 omaosaluse * K4 finantsiline õiglus	P3 teavitamine * P1 hooldusplaani täitmine *	P2 töötaja järjepidevus K1 heaoluküsitlus *	P4 kaebuste register * T1 kukkumiste register T3 ADL-indeks T4 läbipõlemisrisk

Lisa 4. Koduteenuse külastuse teenusekaart, kliendile nähtava ja nähtamatu teenuse analüüs praeguste kitsaskohtade kaardistamiseks

Faas	① Hindamine & planeerimine	② Enne külastust	③ Külastuse algus	④ Teenuse osutamine	⑤ Külastuse lõpp	⑥ Järeldused
Kliendi kogemus (nähtav)	Vastab hindamisküsimustele. Allkirjastab nõusolekuvormi ja hooldusplaani. Ei saa valida töötajat. <i>Persoonad: Helvi, Ester, Leida</i>	Ootab töötajat. Ei tea alati, kes tuleb — uus töötaja tekitab ebakindlust. ⚠ Rotatsioon = ärevus	Avab ukse. Tervitab. Kirjeldab päevavajadusi. <i>Ester tunneb kergendust, kui nägu on tuttav.</i>	Saab abi toimingutes. Vestleb töötajaga. Soovib pikemalt rääkida. ⚠ Kellale vaatamine on alandav (T1–T4)	Jätab hüvasti. Ei tea alati, kas sama töötaja tuleb järgmine kord. <i>Helvi küsib jalutamise kohta — ei tea, et see on võimalik.</i>	Kogeb tagajärgi: töötaja vahetus? Keegi märkas muutust? ⚠ Tagasiside tee puudub. Kaebuse esitab <5%.
Füüsiline tõendus	Hindamisprotokoll, nõusolekuvorm, hooldusplaani (koopia kliendile)	SMS / kõne töötajalt enne tulekut (kui korraldus on olemas)	Töötaja tööriietus ja töövahendid	Toit, puhastusained, ostetud kaubad, abivahendid	Hooldusplaani allkiri, järgmise külastuse info	Kaebustevorm (reaktiivne, kliendil harva kasutatav)
Suhtluspiir	↔ Klient ja töötaja kohtuvad siin · Kliendile nähtav piir					
Teenuse nähtav osa (töötaja, klient näeb)	Abivajaduse hindamine koos kliendiga. Kõigi teenuste tutvustamine (jalutamine, sotsiaaltransport, pereabiõde). ⚠ Praegu ebaühtlane — pole standardprotseduuri	Kliendi teavitamine, kui tuleb teine töötaja. Kognitiivselt keerulisele kliendile eelhoiatust. ⚠ Puudub teavitamisprotseduur	Tervitab. Küsib, kuidas klient ennast tunneb. Märkab muutusi: vaimne säde, füüsiline seisund, meeleolu. <i>Kai (persoon T1/T3) tunneb kliendid peast.</i>	Aitab igapäevatoimingutes. Vestleb. Jälgib ohutust: kukkumiskahju, ravimid, kodukeskkond. ⚠ Tunnihind suunab toimingutele, mitte suhtlusele	Küsib tagasisidet. Teavitab järgmisest külastusest. Selgitab, kuidas hädalukorras abi saada.	Vastab klientide hädakõnedele. ⚠ Töötaja on üksi — kriisiprotokoll puudub (T1)
Nähtavuspiir	↔ Siit allapoole klient ei näe, tagatav nähtamatu protsess algab					

Faas	① Hindamine & planeerimine	② Enne külastust	③ Külastuse algus	④ Teenuse osutamine	⑤ Külastuse lõpp	⑥ Järeldused
Kliendile nähtamatu teenuse osa/tagatuba	Hooldusplaani dokumenteerimine TASHIS-es. Omaosalustasu arvestus ⚠ Teenuste loetelu tutvustamine pole standardiseeritud	e-Selveri nimekiri kliendi eest. Marsruudi planeerimine. ⚠ e-Selver sunnib digitaalset valikut, klient kaotab autonoomia (K1)	Avab tööplaani. Kontrollib eelmise külastuse märkmed. Arvestab muutustega kliendi seisundis.	Intsidendid (kukkumised) registreeritakse koheselt. ⚠ Kodukeskkonna ohutusprotokoll puudub standardina	Täidab kaks paralleelset dokumenti: digiplatvorm pluss paber. Kulud ~15–20 min. ⚠ Topeltdokumenteerimine „töötajate peamine bürokraatiakaebus“	Raporteerib üksuse juhile erakorralistest sündmustest. Täidab intsidentide registrit.
Sisepiir	↔ Tugiprotsessid ja süsteemid · Juhtkonna tasand					
Tugi-protsessid & süsteemid	STAR-süsteem. TASHIS süsteem Tallinna LV otsus nr 6 (2025). Teenuse Standard 2.0, põhimõte 2 (mõõda ja hinda).	e-Selveri süsteem. IT-platvorm külastuste planeerimiseks. ⚠ Kaks eraldi IT-süsteemi ei suhtle omavahel	Hooldusplaan andmebaasis. Personaliarvestus: töötaja järjepidevuse andmed. P2 mõõdik: ≤3 erinevat töötajat/klient kuuga	SKA koduteenuse kvaliteedijuhis (2024). Ohutusprotokollid. ⚠ Supervisiooni süsteem töötajatele puudub	Kvartaalne kaebuste analüüs üksuste lõikes. PDCA tsükli kontrollifaas. P4 kaebuste register	Juhtkond: trendanalüüs. Avaliku väärtuse aruandlus volikogule. K1 heaoluküsitluse tulemused poolaastas. <i>Moore (1995) strateegiline kolmnurk: avalik väärtus, legitiimsus, võimekus.</i>
Kitsaskohad	Empiirilisel tuvastatud protsessipunktid, mis vajavad KJS mõõdikuid					
Kitsaskohad (empiiriline)	S4 omaosalustasu arvestus ei arvesta tegelikke elukulusid (K8: pension 839€, osatasu 200€). P3 Kõiki teenuseid ei tutvustata uuele kliendile (K1: ei	P2 Töötaja rotatsioon ilma kliendi teavitamiseta (K3: „iga kolme kuu tagant vaheldub“). S2 Kodukeskkonna ohutushindamine pole standardiseeritud (J4–J13).	P2 Uus töötaja ei tunne kliendi rutiini ega soove (K3). Usalduse loomiseks kulub mitu külastust.	P1 Tunnihinnapõhine mudel soosib toiminguid, mitte suhtlust (T1–T4). T4 Töötaja läbipõlemisrisk kasvab emotsionaalse töö tõttu (T2: „kõik läheb sisse“).	T1 Kukkumisi ei registreerita süsteemselt (J3: „mõõdikud ei ole paigas“). K1 Heaoluküsitluse meetodika puudub (J3).	P4 Tagasiside ainult kaebuste kaudu. <5% klientidest esitab kaebuse. PDCA kontrolli-faas puudub süsteemselt.

Faas	① Hindamine & planeerimine	② Enne külastust	③ Külastuse algus	④ Teenuse osutamine	⑤ Külastuse lõpp	⑥ Järeprotsessid
	teadnud jalutamisteenusest).					
KJS mõõdikud	<i>Seosed Donabediani laiendatud mudeli nelja aspektiga · * = prioriteet (0–6 kuud, ilma IT-arenduseta)</i>					
KJS mõõdikud (seotus)	S4* osatasa osakaal netosissetulekust P3* teavitamise dokumentatsioon S2 ohutushindamise dokumentatsioon	P2 töötaja järjepidevuse indeks (≤ 3 /klient) S1* koolituste täitmise määr S3 kliendi-töötaja suhtarv	P2 töötaja järjepidevuse indeks K1* kliendi heaoluküsitlus	P1* hooldusplaani täitmise määr T3 iseseisvuse säilimise indeks (ADL) T4 töötajate läbipõlemisrisk	T1 kukkumiste arv ja raskusaste K1* kliendi heaoluküsitlus P4* kaebuste register ja klassifitseerimine	K2 pereliikmete rahuloluküsitlus K3 töötaja rahulolu ja motivatsioon T2 institutsioonihoidusse suunamine

Lisa 5 How Might We ehk Kuidas me võiksime? Disainiküsimused empiirilistest kitsaskohtadest KJS mõõdikuteks

Metodoloogiline alus: Brown (2009, lk 72) disainmõtlemine; IDEO (2015) HMW raamistik. Iga küsimus on sõnastatud positiivsena ning raamistab empiirilise kitsaskoha avatud disainiprobleemiks, ilma konkreetset lahendust ette kirjutamata. Seos KJS mõõdikutega näitab disainiotsuse suunda.

1. Füüsiline turvalisus — dimensioon T1.1		
Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW1	Tagada, et iga kliendi kodukeskkond on ohutushindamisega kaetud juba teenuse alguses, enne kui esimene kukkumine toimub? Allikas: K3; K5; J4–J13	→ S2 ohutushindamise dokumentatsioon
HMW2	Muuta kukkumiste registreerimise töötajatele nii lihtsaks, et see ei lisaks täiendavat halduskoormust olemasolevate dokumentide kõrvale? Allikas: K1; K5; J3	→ T1 kukkumiste arv ja raskusaste
2. Vaimne ja emotsionaalne turvalisus — dimensioon T1.2		
Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW3	Süsteemselt märgata kliente, kelle emotsionaalne seisund hakkab halvenema — enne, kui olukord kriitiliseks muutub ja klient isolatsiooni vajub? Allikas: J5; T3; K3; K5	→ K1 kliendi heaoluküsitlus *
HMW4	Anda töötajatele ressursid ja aeg vaimse turvalisuse toetamiseks, ilma et see tuleks	→ P1 hooldusplaani täitmine; T4 läbipõlemisrisk

	muude toimingute arvelt tunnihinnapõhises mudelis? Allikas: T1–T4; J5	
--	--	--

3. Sotsiaalne kaasatus — dimensioon T1.3

Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW5	Tagada, et iga klient saab teenuse alguses teada kõigist neile kättesaadavatest teenustest — kaasa arvatud jalutamisteenus, pereabiõde ja sotsiaaltransport? Allikas: K1 „ei teadnud jalutamisteenusest”	→ P3 teavitamise dokumentatsioon *
HMW6	Vähendada klientide füüsilist isolatsiooni talvekuudel, kasutades ressursse, mis organisatsioonil juba olemas on? Allikas: K5 „ise ma korterist välja ei saa”	→ T3 iseseisvuse säilimise indeks

4. Töötajate turvalisus — dimensioon T1.4

Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW7	Tagada, et töötaja ei ole ohtlikus olukorras kunagi täiesti üksi ja ilma selge kriisiprotokollita, ilma täiendavat personali palkamata? Allikas: T1 „relv kodus”; J1; J4; J7	→ S1 koolituste täitmise määr; kriisiprotokoll
HMW8	Muuta töötajate emotsionaalse koormuse kasv nähtavaks ja mõõdetavaks — enne, kui see	→ T4 töötajate läbipõlemisrisk

	läbipõlemiseks muutub ja mõjutab teenuse kvaliteeti? Allikas: T2 „kõik läheb sisse”; T1–T14	
--	---	--

5. Väärikus ja autonoomia — dimensioon T1.5

Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW9	Vähendada töötajate rotatsiooni klientide jaoks, kellele töötaja järjepidevus on turvatunde alus, ilma organisatsiooni töökorraldust põhjalikult muutmata? Allikas: K3 „rotatsioon kui trauma”	→ P2 töötaja järjepidevuse indeks
HMW10	Muuta hooldusplaani koostamine tõeliseks kahe poole koostöölepeks, kus kliendi soovid on kirjas tema enda sõnadega, mitte vormikeeles? Allikas: K1; K3; Ekman jt (2011, lk 249)	→ P1 hooldusplaani täitmise määr *
HMW11	Lahendada e-selveri autonoomiaprobleem nii, et digitaalne efektiivsus ja kliendi valikuvabadus ei ole omavahel vastuolus? Allikas: K1 „tahan silmaga näha, mida valin”	→ P1; K1 heaoluküsitlus

6. Finantsiline kättesaadavus — dimensioon T1.6

Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW12	Teha osatasu arvestuse klientidele läbipaistvaks juba enne haldusotsuse tegemist, nii et finantsiline üllatus ei toimu pärast? Allikas: K8 „pension 839€, osatasu 200€”	→ S4 osatasu osakaal netosissetulekust

HMW13	Varakult tuvastada kliendid, kellele osatasu on tegelikkuses ülemäära koormav, enne kui nad teenusest loobuvad? Allikas: K8; K7; SHS § 14	→ K4 tajutud finantsiline õiglus
--------------	---	----------------------------------

7. Süsteemsed protsessikitsaskohad — kõiki dimensioone läbivad

Nr	Kuidas me võiksime...	KJS mõõdik
HMW14	Lõpetada topeltdokumenteeringimine nii, et töötaja täidab ühe süsteemi, mis teenib kõiki juhtimisvajadusi, mitte kahte paralleelset dokumenti? Allikas: J4–J13 „kaks dokumenti päevas“	→ P1; S3 kliendi-töötaja suhtarv
HMW15	Tagada, et tagasiside ei kogu ainult kaebuseid, vaid peegeldab süsteemselt ka seda, mis teenuses hästi toimib? Allikas: J4; J5; K1–K8	→ P4 kaebuste register *; K1 heaoluküsitlus *

SUMMARY

DESIGNING A MUNICIPAL HOME CARE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM TO ENSURE SAFE COPING. A CASE STUDY OF TALLINN

Marin Truman-Puustusmaa

Home care services play a central role in supporting the independent and dignified living of older adults and other people with daily care needs in their familiar home environment. In Estonia, the Social Welfare Act § 17(1) defines the goal of home care as ensuring the independent and safe coping of adults in home conditions while preserving and improving their quality of life. However, the legislation does not specify how safe coping should be substantively understood, measured, or managed. National audit findings have shown that local governments do not systematically measure whether safe coping is ensured, and situation assessment relies on social workers' personal perception. The central problem of this master's thesis arose from this situation. While the legal goal of home care is established, Tallinn Home Care Centre has lacked a comprehensive quality management system for assessing the achievement of this goal.

The aim of the master's thesis was to develop a quality management system model for Tallinn Home Care Centre that enables systematic assessment and management of service recipients' safe coping. Three research questions were posed. First, how is safe coping definable and measurable in the home care context? Second, which quality indicators are necessary for assessing home care quality, and how are they operationalisable at the organisational level? Third, how to design, apply service design methodology, a quality management system that supports safe coping and considers organizational resources?

The theoretical framework integrated quality management, home care purpose, service design, and public value perspectives. Donabedian's structure-process-outcome model, extended with the experience dimension, was applied as the basis for quality measurement. This extended framework enables assessment of not only organisational

preconditions and activities but also the impact the service has on the client's life and how clients and workers experience the service. Service design was used as a methodological approach for translating the theoretical framework into an organisationally usable quality management system model. Public value theory added strategic justification, framing home care quality management not merely as internal control but as the public service's capacity to demonstrate the value created with public resources.

The empirical part combined case study and design science research approaches. Data was collected from five sources, namely document analysis, individual interviews with management, focus group interviews with unit managers and home care workers, and individual interviews with clients. Strategic, operational, and experiential stakeholders were included in the study. Data analysis was based on reflexive thematic analysis combining deductive coding derived from the theoretical framework and inductive coding emerging from the data.

The empirical analysis resulted in a six-dimensional conceptualisation of safe coping, complementing the four theoretical dimensions with two inductive findings. These six dimensions are physical safety, mental and emotional safety, social inclusion, worker safety, dignity and autonomy, and financial accessibility. Physical safety was the only dimension showing complete consensus across all stakeholder groups. Worker safety emerged as a distinct dimension from all worker-related data sources and is conceptualised as a systemic precondition of safe coping. Financial accessibility emerged only from clients' data, indicating that this dimension remains systemically invisible at the administrative and worker levels. Clients experienced quality primarily through relationship continuity and individual adaptation, which confirmed the need for experience indicators alongside structural indicators.

Based on the synthesis of empirical findings and the theoretical framework, a recommended 16-indicator quality system was designed, distributed across the four aspects of Donabedian's extended model. The indicators address service preconditions, service processes, service outcomes, and client and worker experience. Each indicator has an initial target level and a two-stage escalation threshold, ensuring that measurement triggers actual managerial response and improvement activities, not merely reporting. Five priority indicators are implementable with existing resources within six months.

The practical outcome is a quality management system model that integrates the hybrid double-diamond and PDCA logic, the six dimensions of safe coping, Donabedian's extended quality framework, and a three-level management routine. The model consists of three layers. The measurement system connects the six dimensions of safe coping with Donabedian's four aspects and the 16 indicators. The response logic determines what happens when an indicator deviates from its target level. The three-level management routine distributes responsibilities across daily, monthly, and quarterly levels, with a PDCA cycle operating at each level. The model differs from existing normative guidance in that it does not stop at describing what should be done but adds measurable criteria for assessing this.

The thesis' scientific contribution lies in operationalising the legal concept of safe coping into a measurable six-dimensional framework and connecting it with quality management and service design approaches. As an important empirical finding, financial accessibility emerged as a distinct dimension of safe coping that previous home care quality literature has not addressed separately. Methodologically, the thesis demonstrates how service design and quality management approaches can be integrated in the development of public social services. The model's principles are analytically transferable to other Estonian local governments, though target levels, data sources, and implementation approaches must be adapted to each organisation's context and resources.

The study has several limitations. Results are tied to the Tallinn Home Care Centre context and are not statistically generalisable. The client sample did not include those with cognitive limitations or extensive care needs, nor were close family members included. Participatory validation workshops and piloting of the quality management system model did not take place. Therefore, the model should be considered a theoretically and empirically grounded preliminary artefact.

The first step of further development is validating the model in Tallinn Home Care Centre and the city's Strategic Centre, followed by piloting priority indicators over a three-to-six-month period and assessing data quality, collection burden, and management value. Empirical consolidation of the financial accessibility dimension requires a broader client sample. The thesis represents the first step in longer development work aimed at making

home care quality management in Tallinn data-based, dignity-supporting, and public-value-creating.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

1. Mina, Marin Truman-Puustusmaa, annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Kohaliku omavalitsuse koduteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi disain turvalise toimetuleku tagamiseks Tallinna näitel“, mille juhendajad on Anne Rähn ja Kalvi Almonsen, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi 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.

Marin Truman-Puustusmaa

18.05.2026 (töö lõpliku esitamise kuupäeva)