

Pikaajalise hoolduse teenuseid osutava tööjõu tagamise praktika teistes riikides ja soovitused Eestile

Lõppraport | 2022

Analüüs viidi läbi **Sotsiaalministeeriumi** tellimusel.

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

Haap Consulting OÜ on konsultatsiooniettevõtte, mille põhiteenusteks on analüüside, uuringute ja rahastustaotluste koostamine. Haap Consulting on koostööpartner rohkem kui 100 ettevõttele ja asutusele nii Eestis kui välismaal.

Autorid:

Anni Kurmiste

Zrinka Laido

Kristjan Kaldmaa

Gerli Paat-Ahi

Age Toomla

Linda Tarto

Karl Haljasmets

Laura Kaasik-Aaslav

Priit Purge

Töö valmimisse panustasid:

Uuringu valmimisse panustasid Praxisest ka Kristi Anniste, Maali Käbin, Elisa Kender, Urmo Kübar, Mariliis Öeren ja Kristin Tammeoks ning Haap Consulting eksperdid Laura Kalda ja Marleen Pedjasaar.

Suure panuse andsid ekspertidena analüüsi läbiviimisel Meeli Tuubel, Maarja Seppel, Ketri Kupper, Maarja Kraisk-Leosk, Marion Pajumets, Marion Rummo, Marge Hindriks, Liina Lanno, Jaanika Luus, Kadi Talinurm, Sirlis Sõmer-Kull, Kersti Kask, Katrin Pihl, Annika Sepp, Lilia Raudheiding, Anne Rõhlik, Maris Randma, Kadi Soome, Pille Priilinn-Türk, Margit Paulus, Triinu Õispuu, Hele Plakso, Mare Koppel, Merle Rosman, Kadri Tulp, Terje Teder, Kaja Solom, Kaja Adra, Helle Villem, Agnes Heiskonen, Merike Sumla, Merike Tennof, Alis Tammur, Kaja Rootare, Mare Pariis, Maire Koppel, Anne Quelle, Inga Kurismann.

Täname kõiki pikaajalise hoolduse eksperte, kes osalesid intervjuudel ja fookusgruppides.

Soovitav viide käesolevale väljaandele: Kurmiste A., Laido Z., Kaldmaa K., Paat-Ahi G., Toomla A., Tarto L., Haljasmets K., Kaasik-Aaslav L., Purge P. Pikaajalise hoolduse teenuseid osutava tööjõu tagamise praktika teistes riikides ja soovitused Eestile. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis, Haap Consulting; 2022.

Sisukord

Mõisted	5
Lühendid	8
Lühikokkuvõte	9
1 Sissejuhatus	11
2 Metoodika	14
3 Kirjanduse analüüs	16
3.1 Pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõu probleemide vähendamine	16
3.1.1 Pikaajalise hoolduse tööjõu väärtustamine	16
3.1.2 Pikaajalise hoolduse palgapoliitika	17
3.1.2.1 Rahvusvaheline sotsiaalsektori palgapoliitika	18
3.1.3 Välistööjõu kasutamine	19
3.1.3.1 Alatasustatud, ebaregulaarne ja/või ebakvaliteetne töö	19
3.1.3.2 Töötajate halb tervis ja vähene heaolu	19
3.1.4 Lähenedes valdkonna tööjõunappuse ennetamiseks ja vähendamiseks	20
3.1.4.1 Koolitus- ja toetusprogrammid hooldustöötajatele	21
3.1.4.2 Palgapoliitika ja töötingimuste muudatused ning integratsiooni parendamine	22
3.1.4.3 Tehnoloogiliste töövahendite kasutusele võtmine	23
3.1.5 Pikaajalise hoolduse tööjõuga seotud eesmärgid ja indikaatorid	24
3.1.5.1 Pikaajalise hoolduse töötajate arv	24
3.1.5.2 Töötaja profiil	25
3.1.5.3 Kvaliteedihinnangud	26
3.2 Ülevaade Eesti sotsiaalvaldkonna hooldustöötajate tööjõu olukorrast	27
3.2.1 Pikaajaline hoolduse deinstitutionaliseerimine	28
3.2.2 Hooldustöötajate erialane ettevalmistus	29
3.2.3 Personali voolavus	30
3.2.4 Palgapoliitika	32
3.2.5 Riigi eesmärgid ja edasised tegevused pikaajalise hoolduse valdkonnas	33
3.3 Teiste riikide praktikad sotsiaalvaldkonna tööjõu tagamisel	35
3.3.1 Soome	35
3.3.2 Rootsi	40
3.3.3 Saksamaa	45
3.3.4 Holland	50
3.3.5 Horvaatia	54
3.3.6 Austria	58
3.3.7 Hooldussektori töötajate suhtarv hooldatavate suhtes valitud riikide näitel	63

3.4	Praktikad pikaajalise hoolduse tööjõupuuduse vähendamiseks	65
3.4.1	Lühiajalised koolitusprogrammid	65
3.4.2	Palgapoliitika ja rahastus	65
3.4.3	Rahatšekid	66
3.4.4	Uute hooldusvormide (nt teenusmajade ja teiste kooselumudelite) arendamine	66
3.4.5	Praktika ja töökohapõhine õpe	66
3.4.6	Meedia- ja värbamiskampaaniad	67
3.4.7	Tehnoloogilised lahendused	67
4	Intervjuude ja valideerimisseminari tulemused ning analüüs	68
5	Kokkuvõte ja soovitused	73
	Kasutatud kirjandus	79
	Lisa 1. Riikide võrdlustabel	89

Mõisted

*Mõiste*¹

Kirjeldus

Deinstitutsionaliseerimine

Igasuguse abivajadusega inimestele kogukonnapõhiste teenuste sihikindel arendamine, mis hoiavad ära institutsionaalse hooldusvajaduse. Protsessi käigus liigutakse teenuste osutamisel institutsionaalselt mudelilt kogukonnapõhisele mudelile ehk inimene saab vajaliku toe ja abi kogukondlikult tasandilt, säilitades võimaluse olla kaasatud ja langetada iseseisvalt otsuseid kogukonna poolt pakutavate teenuste kasutamisel.

Hooldustöötaja

Erialase ettevalmistusega töötaja, kes on omandanud tööks vajalikud teadmised ja oskused abivajaja hooldamiseks, juhendamiseks ja rehabilitatsiooniks. Hooldustöötaja on tervishoiu ja hoolekande esmatasandi töötaja, kelle töö eesmärk on abistada abivajajat tervisekahjustuste, funktsionaalsete häirete ja rehabilitatsiooni korral. Hooldustöötaja töötab erineva ea ja kultuuritaustaga inimestega, kes oma elusituatsiooni tõttu või muul põhjusel vajavad abi, hooldust või tuge.

Hoolekandeasutus

Sotsiaalteenust osutav asutus.

Erihooldusteenus

Erihoolekandeteenused on suunatud inimestele, kes vajavad oma vaimse tervise olukorra tõttu igapäevaelus juhendamist, nõustamist, kõrvalabi ja järelevalvet erihoolekande tegevusjuhendaja poolt ning kellele teiste sotsiaalhoolekande abimeetmetega ei ole võimalik vajalikku abi osutada.

Pikaajaline hooldus

Pikaajaline hooldus tähendab hoolduse tagamist inimesele, kes vajab igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, kuna tema füüsilised või vaimsed võimed või töövõime on vähenenud. Pikaajaline hooldus

¹ Mõistete kirjeldused on esitatud vastavalt Sotsiaalhoolekande seadusele ja selle seletuskirjadele ning Sotsiaalkindlustusameti, Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi kodulehel olevatele definitsioonidele.

sisaldab tervishoiuteenuseid, hooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid, mida pakutakse eesmärgiga leevendada ja vähendada valu, juhtida terviseseisundi kulgu, pidurdada ja vältida selle halvenemist, hooldada inimest ja abistada teda iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäeva elu toimingute juures. Käesoleva analüüsi fookusest on välja jäetud tervishoiuteenused ja keskendunud hooldusele ja inimese igapäeva toimetulekut toetavatele teenustele nii institutsionaalses kui koduses keskkonnas.

Pikaajalise hoolduse teenused

Tervishoiuteenused, isikuhooldusteenused ja inimese igapäevast toimetulekut toetavad teenused, mille eesmärk on leevendada ja vähendada valu, juhtida inimese terviseseisundi kulgemist ja aeglustada ning vältida selle halvenemist, pakkuda isikuhooldust igapäevategevustes, abistada iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäevaste toimingute juures, rahaasjade korraldamine. Teenuste hulka kuuluvad iseseisev statsionaarne õendusabi, koduõendus, üldhooldusteenus, koduteenus, isikliku abistaja teenus, puudega lapse lapsehoiuteenus, tugiisikuteenus, institutsionaalsed ja toetavad erihoolekandeteenused.

Pikaajalise hoolduse töötaja

Pikaajalise hoolduse teenuseid osutav töötaja, nii sotsiaal- kui tervishoiuvaldkonna töötaja.

Käesoleva analüüsi fookusest on välja jäetud tervishoiuvaldkonna töötajad (v.a rahvusvahelise praktika kirjeldamisel) ning pikaajalise hoolduse töötaja all käsitletakse vaid sotsiaalvaldkonna töötajaid.

Sotsiaalhoolekanne

Sotsiaalhoolekanne sotsiaalteenuste, sotsiaaltoetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi andmise või määramisega seotud toimingute süsteem, mille eesmärk on toetada inimese iseseisvat toimetulekut ja töötamist ning aktiivset osalust ühiskonnaelus, ennetades sealjuures sotsiaalsete probleemide tekkimist või süvenemist üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil.

Sotsiaalteenus	Inimese või perekonna toimetulekut soodustav mitterahaline toetus. Sotsiaalteenuste pakkumise eesmärk on aidata kaasa inimeste toimetulekuvõime toetamisele ning nende elukvaliteedi säilimisele.
Sotsiaaltöötaja	Sotsiaalhoolekandes töötav vastava erialase ettevalmistusega kõrgharidusega isik.
Üldhooldusteenus	Väljaspool inimese kodu osutatav üldhooldusteenus on kohaliku omavalitsuse üksuse korraldatav sotsiaalteenus, mille eesmärk on turvalise keskkonna ja toimetuleku tagamine täiskasvanule, kes terviseseisundist, tegevusvõimest või elukeskkonnast tulenevatel põhjustel ei suuda kodustes tingimustes ajutiselt või püsivalt iseseisvalt toime tulla.

Lühendid

EL	Euroopa Liit
ESTA	Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon
KOV	Kohalik omavalitsus
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
OSKA2016	Sotsiaaltöö valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse 2016. aasta uuring
OSKA2021	Sotsiaaltöö valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse 2021. aasta uuring
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SKT	Sisemajanduse kogutoodang
USA	Ameerika Ühendriigid

Lühikokkuvõte

Uuringud näitavad, et sotsiaaltöö valdkonnas on üle maailma tööjõupuudus. Pikaajalise hoolduse valdkonnas eeldatakse aina inimkesksemat ja vajaduspõhisemat lähenemist, aga see nõuab ka rohkem inimesega individuaalselt töötavaid töötajaid nagu kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajaid ja juhtumikorraldajaid. Fakt on, et edaspidi hakkab nõudlus kasvama just pikaajalise hoolduse teenuseid pakkuvate töötajate järele.

Analüüsi fookuses on hinnata pikaajalise hoolduse teenuseid osutava tööjõu tagamise praktikaid nii Eestis kui ka võrdlusriikides ja teha soovitusi Eestile olukorra parandamiseks. Eesmärk on ennetada pikaajalise hoolduse valdkonnas kriitiliste tööjõuprobleemide tekkimist.

Rahvusvahelises kirjanduses toodi välja, et enamasti on riikidel poliitiline eesmärk pikaajalise hoolduse tööjõu taseme säilitamine ja tõstmine parema töö kvaliteedi ja koolituste kaudu (1). Madalad palgad, stress, suur töökoormus ja rasked töötingimused muudavad inimeste tööl hoidmise sektoris raskeks, sest vajalike oskustega inimesed ei ole valmis selliste tingimustega töötama. Üks peamine pikaajalise hoolduse tööjõu vähese stimuleerimise ja motiveerimise põhjus seisneb madalamate sotsiaalse, majandusliku ja inimarengu taseme näitajatega Euroopa riikide näitel (2) ebapiisavas rahalises toetuses. Uuringud näitavad, et Euroopa Liidu (edaspidi EL) liikmesriigid maksid 2018. aastal oma pikaajalise hoolduse töötajatele keskmiselt 21% vähem riigi keskmisest tunnitasust. Näiteks Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni (ESTA) 2018. aastal läbi viidud uuringus tõdeti, et sotsiaalvaldkonna madalama astme juhtide alampalgamäär võiks olla ligilähedane vabariigi keskmisele palgale, sest töö nõuab kõrgharidust ja töökoha vastutus on suur (3).

Lisaks muudele meetoditele (nt palga tõstmine, koolitusprogrammide pakkumine, tehnoloogiliste töövahendite pakkumine jms) on pikaajalise hoolduse sektoris tööjõu osakaalu suurendamiseks tavaks järjest enam välistööjõudu värvata. Kui Eestis on välistööjõu osakaal sotsiaalhoolekandes olnud marginaalne, siis välisriikides on taoline praktika järjest enam populaarsust kogumas – ligi 8% kõikidest EL-i hooldustöötajatest on välismaalased. Riikides, kus kodumaine tööjõuturg nõudlust katta ei suuda, on kriitilise tähtsusega selleks välistööjõudu kasutada. Küll aga toob välistööjõu kasutamine kaasa lisaks võimalustele ka kaasnevaid probleeme (nt mittevastavus kvalifikatsiooninõuetele, ebapiisav palk jms), mida riigid lahendama peavad (4,5).

Tuginedes teaduskirjandusele ja dokumentatsioonile ning võrdlusriikide – Soome, Rootsi, Saksamaa, Holland, Horvaatia ja Austria – kogemustele, kaardistati peamised prevaleerivad praktikad, mis võiksid pikaajalise hoolduse tööjõupuudust leevendada:

- Lühiajalised koolitusprogrammid
- Muutused palgapoliitikas ja rahastuses
- Rahatšekkide kasutamine
- Uute hooldusvormide (nt teenusmajade) edasiarendamine

- Praktikate ja töökohapõhise õppe tähtsustamine
- Meedia- ja värbamiskampaaniate kasutamine
- Tehnoloogiliste lahenduste kasutamine.

Individuaal- ja fookusgruppide intervjuude ning valideerimisseminari tulemusel leiti, et aktuaalsed on kõik sotsiaalhoolekande tööjõudu puudutavad probleemid, mida ka sotsiaaltöö valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse 2021. aasta uuringu (edaspidi OSKA2021) raport välja toob. Huvid ja nõudmised töötamisele on muutumas – aina enam väärtustatakse paindlikke tööviise ning oodatakse kõrgemat palganumbrit. Palgapoliitika, töötajate väärtustamine ja tehnoloogiliste töövahendite kasutusele võtmise toetamine on ühed olulisematest meetmetest, mis ekspertide sõnul vajaksid ülevaatamist ja uuendamist. Olulisemad muudatusvajadused pikaajalise hoolduse tööjõu teemal on poliitilised otsused ning seetõttu on vajalik riiklikul tasemel jõuda arusaamani, et pikaajaline hooldus nõuab lisarahastust.

Kokkuvõttes on aga oluline, et **kõik pakutud lahendused töötaksid käsikäes ning täiendaksid teineteist**. Nii teaduskirjanduse seisukohad, rahvusvaheline kogemus kui Eesti ekspertide hinnangud viitavad sellele, et pikaajalise hoolduse tööjõupuudus vajab strateegilist ja laiapõhjalist lähenemist, mille puhul peaksid erinevad meetmed täiendama üksteist. Ükski soovitus ja meede eraldiseisvalt tööjõupuudust lahendada ei võimalda – kõik meetmed on omavahel seotud ning neid peaks ka rakendama koostoimes. Oluline on, et pikaajalise hoolduse tööjõu probleemidega tegelemisel hoitaks pikaegset, ettevaatavat perspektiivi ja strateegiat, mis käsitleks teemat inimkeskselt ja paindlikult, samal ajal innovaatilisi võimalusi soodustades ja nii eksperte kui ka töötajaid kaasates.

1 Sissejuhatus

Pikaajalise hoolduse valdkonnas on ülemaailmne tööjõupuudus - kogukonnapõhised teenused (nt kaitstud töö) nõuavad rohkem tööjõudu kui institutsionaalne lähenemine (6), kuigi just deinstitutionaliseerimine on suund, mida aina enam eelistatakse, ka Eestis. Deinstitutionaliseerimine eeldab sotsiaalvaldkonnas võrreldes institutsionaalse hooldusega palju rohkem ja erineva profiiliga töötajaid ning see on kaasa toonud ka kriitilise tööjõupuuduse. Samal ajal mõjutavad pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõupuudust ka demograafilised muutused, näiteks vananev rahvastik; mida on tõdenud ka Riigikontroll (7,8). Pikaajalise hoolduse valdkonnas eeldatakse aina inimkesksemat ja vajaduspõhisemat lähenemist, aga see nõuab ka rohkem abivajajaga individuaalselt töötavaid töötajaid nagu nt kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajaid ja juhtumikorraldajaid.

Sotsiaaltöö valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse 2016. aasta uuringu (edaspidi OSKA2016) andmetel töötas sotsiaalsektoris ligikaudu 10 000 inimest, neist 3400 tegevusjuhendaja või hooldustöötajana. Ennustati, et 2021. aastaks peab sektori tööjõud suurenema vähemalt 1000 inimese võrra, kellest rohkem kui 2/3 moodustavad tegevusjuhendajad ja hooldustöötajad (7). OSKA2016 prognoosis hõivatute kasvu ning see on ka toimunud – OSKA2021 (9) järgi oli sektoris töötajate arv 2021. aasta seisuga ligi 15 700 (selle arvu sisse ei ole arvestatud mitteametlikke hooldajaid ehk omastehooldajaid). Ootus tööjõule on 3000 uut töötajat järgmise kümne aasta jooksul, kuid lähitulevikus on tööjõu suurendamine aina keerulisem (10).

Vaatamata sellele, et Eestis iga aastaga pikaajalise hoolduse töötajate puudus suureneb (9), ei ole seni veel eriti märgata valdkonna prioriseerimist. Sotsiaalvaldkonda iseloomustavad Eesti keskmisest sissetulekust madalamad palgad, mis muudavad ametikohtade täitmise ja täidetuna hoidmise suureks väljakutseks. Selle probleemiga ei erine Eesti teistest Euroopa Liidu riikidest. COVID-19 pandeemia ja sellega seotud kriitiline olukord sotsiaalhoolekandes tõi veelgi enam välja, kuivõrd tähtis on piisava arvu töötajate olemasolu selleks, et tagada teenuste kvaliteet ja kättesaadavus ka olukorras, kus osa personalist ja teenuse saajatest on haigestunud ja/või peavad viibima karantiinis.

Sotsiaalministeeriumi andmetel oli Eestis 2016. aastal ligikaudu 7000 hooldustöötajat (kodu- ja üldhoolduses), kellest vaid veidi üle 10%-l ehk 750 töötajal oli vastav kutsetunnistus või vastavus standarditele. Üldhoolduses peavad kõik hooldajad vastama nõuetele, kuid abihoidajatele nõuded puuduvad ning andmeid vastavuse kohta ei ole (7). 2020. aastast alates on hooldustöötajal enne töö alustamist kohustuslik läbida hariduslik programm – kas vastava kutseõppe tasemeõppe õppekava või täienduskoolituse õppekava. Kuigi hooldustöötajate järele on suur vajadus, on Haridussilma andmetel on vastuvõtt kutsehariduses hooldustöötaja õppekavadele vähenenud – kui 2018/19. õppeaastal võeti vastu 367 õpilast, siis 2020/21. aastal vaid 249

õpilast (7). OSKA2021 raporti põhjal ületab hooldustöötajate puhul tööjõuvajadus olulisel määral koolituspakkumist – kutseõppe tasemel on hooldustöötajate vajadus kaks korda suurem pakkumisest, sotsiaaltöö kõrghariduse tasemel on koolituspakkumine nõudlusega tasakaalus (9). Euroopa Komisjoni analüüs (11) toob välja, et lisaks traditsioonilistele hooldamisega seotud oskustele on pikaajalise hoolduse puhul olulised ka sotsiaalsed probleemilahendamise oskused ning ka tehnikaalane asjatundlikkus. Samuti on väga vajalik töötajate motiveeritus, ametieetika ja empaatiavõime (12).

Riiklik kohustus on tagada jätkusuutlik sotsiaalhoolekandelistele teenustele osutamine ka siis, kui projektitoetused lõppevad – kuid rahalised ressursid on valdkonnas piiratud. Avaliku sektori pikaajalise hoolduse teenused on rahastatud nii ravikindlustusest kui sotsiaalkaitsest, mistõttu tööjõuvajadus puudutab nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandesüsteemi. Eestis kulutatakse pikaajalisele hooldusele vaid 0,7% sisemajanduse kogutoodangust (edaspidi SKT), samas kui Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (edaspidi OECD) 2018. andmetel kulutavad liikmesriigid keskmiselt 1,5% SKT-st (13). Enim kulutusi (ligikaudu 3,5% SKT-st) teevad OECD andmetel pikaajalisesse hooldusesse riigid nagu Holland, Taani, Norra ja Rootsi (13). Küll aga peab siinkohal tõdema, et pikaajalise hoolduse süsteemid, mh teenused, ja sotsiaalkaitse kulude arvestussüsteemid on riigiti erinevad (13).

Euroopa Komisjoni analüüs osutab mitme liikmesriigi näitel, et pikaajalise hoolduse töötajad tegutsevad avatud tööturul ning moodustavad sageli olulise osa välistööst (12). Näiteks 2018. aastal moodustasid üle Euroopa ligikaudu 5% hooldustöötajatest inimesed, kes töötasid väljaspool enda EL-i koduriiki ning lisaks moodustasid EL-i immigrandid tööst kokku 9,1% (14). Pikaajalise hoolduse töötajate piiriülene liikuvus ning laiemalt tervishoiu- ja hooldustöötajate integreerimine rahvusvahelisele töösturule võib aidata vähemalt osades liikmesriikides tegeleda tööjõupuuduse lahendamise ja tõsta hooldussektori tõhusust. Kuigi Eestis ei ole välistööst pikaajalises hoolduses tööjõu pakkumust veel olulisel määral mõjutamas, osutab Euroopa Komisjoni raport sellele kui tähtsale tegurile, mis ka tulevikus Eesti sotsiaaltöö- ja hooldustöötajate tööjõu pakkumist ja oskuste-teadmiste nõudeid mõjutab (15). Pikaajaline hooldus moodustab sotsiaalhoolekande valdkonnast suure osa ning valdkonna keskmisest madalamad palgad muudavad ametikohtade täitmise ja täidetuna hoidmise suureks väljakutseks. Selle probleemiga ei erine Eesti teistest EL-i riikidest (16).

Analüüsi eesmärk on hinnata pikaajalise hoolduse teenuseid osutava tööjõu tagamise praktikaid nii Eestis kui ka võrdlusriikides ja teha soovitusi Eestile olukorra parandamiseks, selleks, et ennetada pikaajalise hoolduse valdkonnas kriitiliste tööstuprobleemide tekkimist. Lähtuvalt hankekutses püstitatud uurimisküsimustele analüüsitakse eesmärkide täitmist nelja ülesande lõikes:

- Anda ülevaade teaduskirjanduses esitatud peamistest (teoreetilistest) lähenemistest hoolekande valdkonna (fookusega pikaajalise hoolduse teenuseid vahetult osutavale tööjõule) tööjõunappuse ennetamiseks ja vähendamiseks.
- Kirjeldada valitud välisriikide sotsiaalvaldkonna tööjõu olukorda ja tööjõu tagamise ja korralduse süsteeme, seatud eesmärke ning tuua välja süsteemide tugevused ja puudused.
- Koguda Eesti kontekstis esmaseid reaktsioone erinevatele rahvusvaheliselt praktiseeritud lahendustele Eesti hoolekandesektoris töötavatelt ekspertidelt.
- Tuua teiste riikide heale ja ka ebaõnnestunud praktikale, teaduskirjandusele ning Eesti hoolekandesektoris töötavate ekspertide esmastele reaktsioonidele tuginedes soovitusi Eesti hoolekande valdkonna tööjõu tagamise ja korralduse süsteemi parendamiseks ja tõhustamiseks.

2 Metoodika

2022. aastal läbiviidud uuringu teostamiseks vajalikud tegevused jagati nelja etappi, mis olid olukorra kaardistamine, välisriikide praktikate kogumine, ekspertide reaktsioonide kogumine ja tulemusena kokkuvõtte ning soovitude sõnastamine. Etappide põhiülesanded on välja toodud joonisel 1.



Joonis 1. Projekti kulg läbi etappide.

I uurimisetapis kaardistati valdkonna olulised murekohad. Selleks analüüsiti erinevaid eesti- ja ingliskeelseid raporteid ja dokumente ning teaduskirjandust. Etapi käigus toodi välja levinud pikaajalise hoolduse tööjõuga seotud murekohad. Kirjanduse ülevaate ülesanne oli toetada analüüsi kontseptuaalse raami välja töötamist ning koguda tõendeid erinevatest lähenemistest tööjõunappuse ennetamiseks ja vähendamiseks pikaajalises hoolduses, mida saaks kasutada analüüsi järgmiste etappide läbiviimiseks.

Uuringu II etapis kirjeldati teiste riikide sotsiaalvaldkonna tööjõu (fookusega pikaajalise hoolduse teenuseid vahetult osutavale tööjõule) olukorda ja tööjõu tagamise süsteeme. Võrdlusriikide valikul ja olukorra kirjeldamisel lähtuti I uurimisülesande käigus kogutud taustateadmistest. Valitud riikideks osutusid Soome, Rootsi, Saksamaa, Holland, Austria ja Horvaatia. Kõigis nimetatud riikides on aastatepikkune kogemus pikaajalise hoolduse tagamisel ja tehtud empiirilisi hindamisanalüüse. Välisriikide kogemuse analüüsi käigus kaardistati lahendused, mis võiksid Eestisse sobida, aga ka muudatused, mis on ebaõnnestunud, et uuringu tulemusi paremini konstrueerida.

III uurimisülesande raames valideeriti poolstruktureeritud intervjuude (individuaal- ja fookusgrupi intervjuud) abil I ja II etapi all kaardistatud lähenemiste potentsiaalset sobivust Eesti konteksti. Võeti arvesse Eesti tänapäevast ja ajaloolist tausta ning poliitilist diskursust pikaajalise hooldusega seotud reformide ja olukorra teemal. Samuti oli intervjuude käigus võimalik tõstatada seni tähelepanuta jäänud murekohtasid ja võimalikke lahendusi. Sellesse etappi kaasati pikaajalise hoolduse valdkonna tähtsaimate osapoolte: üldhooldus- ja erihooldusteenuseid osutavate hooldekodude, Sotsiaalkindlustusameti, kohalike omavalitsuste, Töötukassa, Haridus-

ja Teadusministeeriumi ning erialaorganisatsioonide esindajad. Kokku viidi läbi 20 individuaal- ja 4 fookusrühma intervjuud, milles osales kokku 37 erinevat osapoolt.

Tuginedes III etapile koostati **IV etapis** algversioon soovitustest, mida arutati valideerimisseminaril. Seminar tõi kokku erinevad olulised valdkonna eksperdid ja selle eesmärk oli kontrollida eelneva töö käigus seatud probleemipüstituse paikapidavust ja jõuda ühisele arusaamisele sobivate lahenduste osas. Seminari tulemused koondati ning analüüsile tuginedes täiendati soovitusi poliitika kujundamiseks. Seejärel koostati lõppraport, mis sisaldab kõiki erinevates etappides kogutud sisendeid ning soovitusi ja kokkuvõtet, et pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõuprobleeme lahendada ja ennetada.

3 Kirjanduse analüüs

3.1 Pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõu probleemide vähendamine

Käesolev peatükk annab ülevaate teaduskirjanduses ja dokumentatsioonis kajastatavatest lähenemistest pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide vähendamise jaoks. Peatüki alguses jäädakse pigem kontseptuaalsele tasandile, alustades pikaajalise hoolduse valdkonna väärtushinnangutest ning lõpetades välistööjõu värbamise temaatikaga, kuid hilisemates alapeatükkides kirjeldatakse ka konkreetseid praktikaid, mis pikaajalise hoolduse valdkonnas tööjõu suurendamiseks on ette võetud.

3.1.1 Pikaajalise hoolduse tööjõu väärtustamine

COVID-19 pandeemia on ebaproportsionaalselt mõjutanud pikaajaliste hoolduse sektorit. Kuigi kriis oli laastav, suurendas see märkimisväärselt pikaajalise hoolduse töötajate nähtavust – tänu suurenenud tähelepanule ja ulatuslikele uudistele pikaajalise hoolduse töötajate vastutuse kohta (17–20), kasvas ka tegevuste arv, mis olid suunatud hooldustöö kvaliteedi parandamiseks.

Tähelepanu pööramine pikaajalise hoolduse töötajatele on äärmiselt vajalik, kuna nõudlus nende töötajate järele suureneb, mis süvendab pikaajalise hoolduse tööjõu- ja värbamisprobleeme. Siiski on oluline mõista, et nõudlus hoolduse järele on samuti muutumas, kuna inimesed elavad keerukate terviseseseisunditega kauem (21). Väärtustamise puudumine kajastub ka hooldustöötajate minimaalsetes koolitus- ja arenemisvõimalustes, silmatorkavalt madalas töötasus, piiratud toetuses ja järelevalves töökohal.

Pikaajalise hoolduse töötajate vähene väärtustamine on ajalooliste protsesside tulemus, sealhulgas mõjutab seda asjaolu, et hooldustööd on teinud just enamasti naised ja üldiselt tasuta (22). Pikaajalist hooldust on süsteemselt alarahastatud, mis tuleneb paljuski neoliberaalsest põhimõttest, et hooldamine on pigem perekondlik kui ühiskondlik vastutus (23). Pikaajalise hoolduse töötajate vähene väärtustamine on aga vastuolus kõrgema moraalse väärtusega, mida hooldustöö tänapäeva kultuuris kannab. Hoolitsemist kiputakse kujundama loomuliku hoolitsuse või kohustusena, mitte tasu vääriva oskustööna. Ka pikaajalise hoolduse töötajad ise tõdevad sageli, et teevad tööd missioonitundest (24,25). Kuigi pikaajalise hoolduse töötajaid on toetanud kultuur, mis omistab altruismile ja teiste abistamisele moraalse väärtuse, ei piisa ainult nendest väärtustest värbamiseks või töö kvaliteedi parandamiseks. Selle asemel on vaja süstemaatilist poliitikareformi, et toetada pikaajalist hooldust ja selle keskmises oleval töötajaid.

Selleks et lahendada pikaajalise hoolduse töjõukriisi, on vaja erinevate riikide struktuure, institutsioone, poliitikaid ja kultuure ühtlustada, et õpitaks väärtustama hooldustöid. See aga nõuab suurt koostööd erinevate osapoolte vahel. Ka COVID-19 kriis viitas kriitilisele koostöövajadusele – sektor on alarahastatud, koordineerimata ja tähelepanuta jäetud, mistõttu ei olnud võimalik õigeaegselt ja edukalt kriitilisele olukorrale reageerida (26). Võib oletada, et COVID-19 pandeemia oli paljudele riikidele äratuseks ning edaspidiste otsuste ja reformide tegemisel arvestatakse senisest palju enam pikaajalise hoolduse valdkonna rahastamise ja prioriseerimisega, sealjuures pikaajalise hoolduse töötajate väärtustamisega.

Eelkõige on oluline tagada, et pikaajalise hoolduse töötajad suudaksid majanduslikult toime tulla, vastasel juhul peavad tööandjad tegelema töjõu voolavusega, kaotades töötajaid teistele sektoritele, mis pakuvad konkurentsivõimelisemat palka, paremaid hüvitisi, stabiilsemat või paindlikkuma tööaega või muid eeliseid (21). Lisaks palkade ja hüvitiste järkjärgulisele tõstmisele on vajalik süstemaatiliselt tunnustada töötajate oskusi ja tegevusi, nt välditavate hospitaliseerimise ja muude kahjulike tervisemõjude vähendamist läbi järelevalve, haigusseisunditest ja kliinilist tähelepanu vajavatest seisunditest teavitamise (27).

On mitmeid poliitilisi strateegiaid, mille abil on võimalik pikaajalise hoolduse töötajate rolli tähtsust ühiskonnas tõsta ja enam väärtustada. See võib seisneda nt täiendava toe ja hüvitise pakkumises, et hüvitada töötajate suuri kohustusi, või tehnoloogiliste töövahendite kasutusele võtmises (28,29). Näiteks on pilootprojektid näidanud, et tehnoloogiate abil toetatud suhtlusviisid võivad hõlbustada õigeaegset reageerimist ja vähendada kulukamate sekkumiste riski (24).

Selleks et pikaajalise hoolduse teenuseid kasutavad inimesed saaksid neile vajalikku abi, on vaja töötada välja poliitiliselt jätkusuutlikud strateegiad pikaajalise hoolduse teenuseid osutava töjõu moraalse ja materiaalse väärtustamise tõstmiseks.

3.1.2 Pikaajalise hoolduse palgapoliitika

Üks peamine pikaajalise hoolduse töjõu vähese stimuleerimise ja motiveerimise põhjus seisneb enamike madalamate sotsiaalse, majandusliku ja inimarengu taseme näitajatega Euroopa riikide näitel (2) ebapiisavas rahalises toetuses. Sellest tulenevalt ei ole pikaajalise hoolduse töötajad sageli rahul palga, töötingimuste ja karjääriväljavaadetega, mis suurendab tööga kaasnevat füüsilist ja vaimset stressi. See omakorda toob kaasa vähenenud soovi tööle asuda ja ning üldise töjõupuuduse pikaajalises hoolduses (1).

Oluline on sissetulekute võrdlemisel meeles pidada, et paljud pikaajalise hoolduse sektori töötajad töötavad osalise tööajaga ja seetõttu jääb nende keskmine sissetulek tunduvalt alla kuu ja aasta lõikes registreeritud täistööajale kohandatud palgaandmetele (4). Samuti esineb just pikaajalise hoolduse valdkonnas töjõu sooline segregatsioon – see mõjutab negatiivselt soolist palgalõhet, ebavõrdset tasustamist ja

tugevdab ametiga seonduvaid stereotüüpe. Pikaajalise hoolduse töötajaid seostatakse naistega ning seetõttu väärtustatakse hooldustöötajaid vähem. Madal palgatase ja ametiga seonduv soostereotüüp heidutavad aga mehi sellele kutsealale sisenemast (30). Pikaajalise hoolduse töötajate hulgas on naised domineerivad (81%), seda on isegi enam kui tervishoius (75%).

3.1.2.1 Rahvusvaheline sotsiaalsektori palgapoliitika

EL-i töötasustruktuuri uuringu uuendatud andmed näitavad, et EL-i liikmesriigid maksid 2018. aastal oma pikaajalise hoolduse töötajatele keskmiselt 21% vähem riigi keskmisest tunnitasust (4). See näitaja on vähehaaval kasvanud võrreldes varasemate aastatega: 2010. aastal maksti 19% ja 2014. aastal 20%. Vastavalt kõigi 27 liikmesriigi üldistele näitajatele, töötab suurem osa hooldusteenuseid osutavatest töötajatest (69,3%) pikaajalise hoolduse sektoris. Suur osa antud sektori tööjõust saab tunduvalt alla riigi keskmise palka (st hooldajad, abiõed). Pikaajalise hoolduse kõige paremini tasustatud ametikohtadel makstav töötasu jääb tavaliselt riigi keskmise palga piiresse (st eriõed, sotsiaaltöötajad, terapeutid) (4).

Mitmes liikmesriigis on pikaajalise hoolduse töötajate palgad avalikus sektoris üldiselt kõrgemad kui erasektoris (nt Austria, Küpros, Tšehhi, Soome, Iirimaa, Poola, Ühendkuningriigid). Vaatamata sellele, et Austrias saavad riiklike hooldekodude töötajad tavaliselt kõrgemat palka kui erasektoris töötavad inimesed, on seal (kui ka Kreekas, Maltal ja Hollandis) tööjõud peaaegu täielikult koondunud erasektoris, mis võib olla kasumit teeniv või mittetulunduslik asutus (4). Näiteks 2018. aastal oli Austrias institutsionaalne hooldus 56% ulatuses koondunud erasektori kätte, koduhooldus oli 100% erasektori all, Maltal oli institutsionaalne hooldus 74% ulatuses erasektori katta ja Hollandis oli nii institutsionaalne kui ka koduhooldus täielikult erasektori käes (4). Vastupidiselt töötab Rumeenias, Slovakkias ja Sloveenias suurem osa pikaajalise hoolduse tööjõust avalikus sektoris. Horvaatias ja Ungaris on avaliku ja erasektori pikaajalise hoolduse töötajate tööhõive jagunemine ligikaudu võrdne.

Uurides palgatasemeid lähemalt, on 24 liikmesriigil (27-st) pikaajalise hoolduse töötajate keskmine tunnipalk riigi keskmisest töötasust 10% võrra väiksem või isegi veel madalam. Pooltes liikmesriikides on pikaajalise hoolduse töötajate sissetulek alla 80% keskmisest töötasust. Jällegi on erandiks Holland, Austria ja Luksemburg, kus töötasu sotsiaalvaldkonnas on vastavalt 94%, 92% ja 91% keskmisest töötasust. Need riigid kuuluvad ka nende kaheksa liikmesriigi hulka (sh ka Rootsi ja Malta), kus kollektiivlepingud on kasutuses peaaegu 100% pikaajalise hoolduse tööjõu puhul (4).

Seetõttu on märgatud, et töötingimuste ja palkade parandamiseks sektoris saab kasutada kollektiivlääbirääkimisi ja -lepinguid. Samas on ametiühingutesse kuulumise ja kollektiivlääbirääkimiste ulatus rahvusvaheliselt ja riikide siseselt ebaühtlane. Näiteks Saksamaal ja Portugalis ei ole palgapoliitika teemad kollektiivlääbirääkimistega hõlmatud. Teistes riikides, näiteks Tšehhis ja Poolas, sõlmitakse kollektiivlepingud ettevõtte tasandil, kuid vähesel määral. Lisaks näitavad OECD uuringu andmed USA ja

Prantsusmaa kohta, et pikaajalise hoolduse töötajate palgatõus on seotud töötajate suurema värbamise, pikema ametiaja ja väiksema voolavusega (1).

3.1.3 Välistööjõu kasutamine

Lisaks muudele meetoditele pikaajalise hoolduse tööjõu osakaalu suurendamiseks on tavaks järjest enam välistööjõudu värvata. Kui Eestis on välistööjõu osakaal sotsiaalhoolekandes olnud marginaalne, siis välisriikides on taoline praktika järjest enam populaarsust kogumas – ligi 8% kõikidest Euroopa Liidu hooldustöötajatest ei ole selle riigi kodanikud, kus nad tööle asuvad (4,5). Geograafiline lähedus, keel, kultuur ja võimalus kõrgemat palka teenida on kõik tegurid, mis motiveerivad välismaale tööle minema. Riikides, kus kodumaine tööjõuturg nõudlust katta ei suuda, on kriitilise tähtsusega selleks välistööjõudu kasutada. Küll aga toob välistööjõu kasutamine lisaks võimalustele ühes ka sellega kaasnevaid probleeme, mida riigid lahendama peavad (4,5).

Järgnevalt toome välja peamised probleemid, mida välistööjõu kasutamisel täheldatud on (5).

3.1.3.1 Alatasustatud, ebaregulaarne ja/või ebakvaliteetne töö

Välistööjõud on üldiselt nõrgemas positsioonis võrreldes kohalike töötajatega, eriti kui töö tegemisel ei toimu järelevalvet avalike asutuste poolt – seetõttu võib tekkida olukord, kus välismaalasest töötaja on alatasustatud. Sellises olukorras on ka tõenäolisem, et töötajat kasutatakse tööandja poolt ära ning mitte ainult rahaliselt, vaid ka psühholoogiliselt. Samuti on täheldatud trendi, et välistööjõud töötab tihti lühikeste ja tähtajaliste töövõtulepingutega, ebaregulaarsete töötundidega (nt öötöö) ja tihti ka patsientidega, kellega kohalikud töötajad ei eelista töötada. Keerulised tööreeglid sihtriigis võivad välistööjõu muuta ebakindlaks ning seetõttu võivad nad olla kuulekamad ja seeläbi ka lihtsamini tööandja poolt manipuleeritavad. (5,31)

Erinevus pikaajalise hoolduse töötajate hooldamise kvaliteedis võib tuleneda sellest, et töötajate kvalifikatsioonis on riigiti erinevused ning lühiajalise viisa alusel töötavaid inimesi ei ole tihti tööandjal otstarbekas välja õpetada. Samuti võivad erinevad arusaamad tekkida kultuuriliste ja sotsiaalsete põhimõtete erinevuste ning keelebarjääri tõttu – hooldust vajavad inimesed ei pruugi olla kvaliteetse hoolduse põhimõtete osas samal arvamusel teisest riigist pärit hooldustöötajatega, mis võib tuleneda sellest, et sihtriigi süsteemid, praktikad ja meditsiiniseadmed erinevad (5,31).

3.1.3.2 Töötajate halb tervis ja vähene heaolu

Välistööjõud võib tihti kannatada terviseprobleemide all, mis tulenevad otseselt nende olukorrast immigrantidena. Terviseprobleemid ja vähenenud heaolu võivad aga veelgi enam halveneda, kui töötaja on alatasustatud ja/või töötab ebaregulaarselt (5).

Terviseprobleemid ja vähenenud heaolu, aga ka muud faktorid võivad mõjutada välistööjõu enda hoolduskoormust ning suurendada seda ebaoproportsionaalselt. Lisaks

on tavapärane praktika, et teisest riigist pärit töötaja töötab ühes riigis ning tema pere resideerub teises – seetõttu võivad kurnatus ja liigsed kohustused otseselt mõjutada töötaja heaolu. See aga tähendab ka suurenenud koormust sihtriigi sotsiaalsüsteemile, et töötajaid toetada. Makrotasandiga seotud probleem on ka see, et välistöõjõu koolituskulude (keeleõpe, kvaliteedikoolitused jms) finantseerimine on kokkuvõttes kasumlik töötaja sihtriigile, kui tegu on pikaajalise töötajaga, mitte koduriigile, mis võib kannatada spetsialistide puuduse käes (5). Tabelis 1 on esitatud peamised probleemid, mis välistöõjõu kasutamisel võivad esineda (32).

Tabel 1. Probleemid välistöõjõu kasutamisel

Tasand	Riik	Probleemid
Riiklik või rahvusvaheline tasand	Sihtriik	Koolitusvajadus
		Eetilised probleemid (kurnatus) Integratsiooniprobleemid
	Koduriik	Tööjõupuudus Kahjumlikud hariduskulutused Sotsiaalkulutused perekonna ülalpidamiseks
Perekonna või hooldusasutuse tasand	Sihtriik	Kultuuriliselt erinevate töötajate juhtimine
	Koduriik	Tööjõupuudus (spetsialistide kaotus ning kõrged värbamiskulutused) Suurem hooldusvajadus mahajäetud perekonnal Vähenenud moraalitunne nendel töötajatel, kes jäävad riiki, kust lahkutakse välismaale tööle
Individuaalne tasand	Sihtriik	Tööjõupuudus (spetsialistide kaotus ning kõrged värbamiskulutused) Suurem hooldusvajadus mahajäetud perekonnal Vähenenud moraalitunne nendel töötajatel, kes jäävad riiki, kust lahkutakse välismaale tööle
	Koduriik	Suurenenud töökoormus Vähenenud moraalitunne

Selleks et tagada võrdsem kohtlemine, ausam tasustamine, rahulolu tööga ja hea tervis välistöõjõu puhul, on vaja, et välistöõjõu kasutamise barjääride lahendamine oleks kõrgem poliitiline prioriteet. Küll aga on oluline mainida, et erilisi ja märkimisväärseid lahendusi probleemidega tegelemiseks ei ole, vaid need on suuresti samad, mis üleüldise pikaajalise hoolduse töökriisiga tegelemisel ning ka teiste sektorite puhul – vaja on selgemat kommunikatsiooni, paremaid töötingimusi, selgeid ja paremaid tasustamistingimusi ning koolituste tagamist. Poliitikamuudatused ei ole alati vaid sektoripõhised (4,33).

3.1.4 Lähenedes valdkonna töõjõunappuse ennetamiseks ja vähendamiseks

Rahvastiku vananemine ja ühiskonna muutused on suurendanud pikaajalist hooldust vajavate vanemaealiste arvu, samas kui tööealiste inimeste osakaal on enamikus

Euroopa riikides vähenenud. Pikaajalise hoolduse töötajad ei ole sageli rahul palga, töötingimuste ja karjääriväljavaadetega, mis suurendab tööga kaasnevat füüsilist ja vaimset stressi. See omakorda toob kaasa vähese värbamise ja tööl hoidmise ning üldise tööjõupuuduse pikaajalises hoolduses (1). Enam kui kahes kolmandikus OECD riigis ulatuvad pikaajalise hoolduse töötajate ülesanded palju kaugemale kui lihtsalt abistamise põhitegevused nagu pesemine, voodist tõstmine või toitmisel abistamine. Sageli tegelevad töötajad tervise jälgimise, hooldusplaanide elluviimise ja tervisekaartide täitmisega (1,27). Sellest tulenevalt soovivad paljud riigid, et pikaajalise hoolduse töötajad läbiksivad vastavaid koolitusi või omaksid vastavat litsentsi ja/või haridust kinnitavat tunnistust. Siiski on paljudel töötajatel võrreldes nõutavate ülesannetega madal kvalifikatsioon (1).

Sellest tulenevalt on enamusel riikidel peamine poliitiline eesmärk pikaajalise hoolduse tööjõu taseme säilitamine ja tõstmine parema töö kvaliteedi ja koolituste kaudu (1). Madalad palgad, stress, suur töökoormus ja rasked töötingimused muudavad inimeste hoidmise sotsiaalhoolekande sektoris raskeks, sest vajalike oskustega inimesed ei ole valmis antud tingimustel töötama. Rohkem kui pooled OECD riikidest on viimasel kümnendil rakendanud erinevaid meetmeid töötingimuste parandamiseks ja töötajate hoidmiseks (1). Järgnevalt toome välja erinevaid teoreetilisi lähenemisi pikaajaliste hoolduse tööjõu värbamiseks ja hoidmiseks, mida peamiselt OECD raportites (1,31) kirjeldatud on.

3.1.4.1 Koolitus- ja toetusprogrammid hooldustöötajatele

On leitud, et pikaajalise hoolduse koolitusprogrammide korraldamine tudengitele ja töötutele võib olla uute töötajate sektorisse meelitamisel efektiivne, näiteks Uus-Meremaal ja Ameerika Ühendriikides (edaspidi USA). Jaapan suutis koolitamise abil suurendada tööjõudu 20% võrra aastatel 2011 kuni 2015. Ühendkuningriigid on kasutusele võtnud praktikaprogrammi, mille abil uusi töötajaid tööle asumisel toetada. Riigid nagu Iisrael, Holland ja USA pakuvad temaatiliste programmide läbimisel ka finantsilist toetust, kui Iirimaa ja Inglismaa toetavad uute töötajate töölevõtmist ka nii, et võetakse tööle puuduliku kvalifikatsiooniga inimesi, kes siis töö ajal koolitusi läbima hakkavad (1,31).

Belgia, Portugal, Taani, Holland, Malta ja Ühendkuningriik on katsetanud ka meediakampaaniaid, mille eesmärk on olnud pikaajalise hoolduse töökohtade kuvand atraktiivsemaks muuta. Ühendkuningriigi kampaania „I Care“ järel kasvas programmis osalejate soov pikaajalise hoolduse tööga tegeleda 35% võrra. Samuti on kampaaniatega proovitud Ühendkuningriigis, Saksamaal ja Norras ka mehi tööle meelitada, et vähendada selles valdkonnas traditsioonilist naistöötajate värbamist. Ka noori on eraldi sihtgrupina proovitud tööle meelitada Saksamaal, Taanis ja Portugalis (1,4,31,34).

Välistöötajate kontekstis tõdeb Eurofoundi uuring aga, et peamised lahendused välistöötajate värbamise barjääridele nagu ebakvaliteetne töö ja erinevused kvalifikatsioonis, on tööalane koolitamine ja keeleõppe tagamine. Kuna pikaajalise

hoolduse teenused vajavad üldiselt ka kommunikatsioonioskusi, on oluline, et töötajad oleksid selleks ka võimelised. Küll aga ei lahenda ametialane koolitamine kõiki probleeme (4,33). Rootsi on loonud abiõe koolitusprogramme, mille abil välistööjõule haridusvõimalusi pakkuda – programmid koosnevad nii tööalasest koolitusest kui ka keeleõppest (nt YFI programm Stockholmis). Loodud on ka kiirkursuseid, mis aitavad välistööjõudu tööturule integreerida. Sarnast lähenemist kasutatakse ka Hollandis (4).

Itaalia toetab välistööjõu kasutamist pikaajalises hoolduses läbi seadusandluse, Ühendkuningriik kategoriseeris 2011. aastal hooldustöötaja eraldi taseme (*Tier 2*), mis tähendab, et tööle kandideerimine on lihtsam ning selleks ei pea läbima residentide tööturu testi (*resident labour market test*) (31).

Selleks et tagada välistööjõu parem integratsioon ja toetada neid riigis elamisel, lõi Kanada programmi *Live-In Caregiver Programme*, mis aitab immigrantidel saada alaline elamisluba pärast kaht aastat hooldajana töötamist. Selleks, et programmi saada, peavad immigrantidel olema täidetud mõningad nõuded, muuhulgas vähemalt 6-kuuline hooldaja kogemus või läbitud koolitus ja piisaval tasemel inglise või prantsuse keele oskus. Pärast kaheaastast töötamist ühe ja sama tööandja juures saab töötaja taotleda alalist elamisluba, pärast mille saamist võib ta jätkata töötamist ka mujal (31).

3.1.4.2 Palgapoliitika ja töötingimuste muudatused ning integratsiooni parendamine

Madalad palgad, stress, kõrge töökoormus ja keerulised töötingimused muudavad pikaajalise hoolduse töötajaskonna stabiilsena hoidmise üpris raskeks. Küll aga on olemas mõningaid edukaid praktikaid. USA, Belgia, Slovakkia, Tšehhi, Luksemburg, Uus-Meremaa, Jaapan ja Prantsusmaa tõestavad, et pikaajalise hoolduse töötajate palgade tõstmine on otseselt seotud rohkemate töötajate leidmisega, pikemate ametiaegadega ja väiksema tööjõu voolavusega (1,31). Küll aga on oluline, et töötasu suurenemine ei tooks kaasa ka töökoormuse ja -ülesannete kasvu ning palgatõusu tuleks täiendada teiste meetmetega, mis tööjõu püsivust toetavad. Riigid, kus pikaajalise hoolduse tööjõudu on peetud püsivamaks, näiteks Belgia, Holland ja Rootsi, on kasutusele võetud ka mehhanisme, mis aitavad eristada palgaastmeid vastavalt kogemusele – see võib samuti olla edukas motivaator pikaajaliste töötajate hoidmiseks. Ka teised finantsilised hüved tulevad tööjõu hoidmisel kasuks – nt lisatasu üle- ja öötöö tundide eest, transpordi kompenseerimine jms (1,31).

Lisaks otsestele finantsilistele boonustele on ka strateegiaid, mis hõlmavad teistsuguseid hüvesid, et tagada meeldiv töökeskkond ning ennetada tööõnnetusi ja haigestumusi, mistõttu omakorda väheneb töölt puudumiste arv, tööjõu voolavus ja paranevad töötajate terviseseisundid. Saksamaa ja Rootsi andmed näitavad, et kõrgemalt hinnatakse tööd, millega kaasnevad lisahüved, küll aga on strateegiaid selles valdkonnas vähe. Näiteks Holland on sellel teemal välja töötanud üleriigilised programmid pikaajalise hoolduse töötajate mitmekülgse teadlikkuse tõstmiseks ja Jaapanis on loodud töökohapõhised nõustamisteenuseid, et ennetada õnnetusi ja

läbipõlemist. Saksamaal loodi 2019. aastal agentuur *Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe*, mille eesmärk on toetada sotsiaal- ja tervishoiusektori töötajaid muuhulgas ka viisade ja kvalifikatsioonitõendite taotlemisega, aga ka näiteks keelekursustega (1,4,31).

Suurema paindlikkuse ja kontrolli tagamine töötajatele võib samuti suurendada tööga rahulolu: Holland, Austraalia, USA ja Jaapan on loonud nõu iseseisvad meeskonnad, mille abil said pikaajalise hoolduse töötajad rohkem autonoomiat. Taolised meeskonnad koosnevad üldjuhul kolmest kuni 15 liikmest, kes ise vastutavad peamiste tööülesannete täitmise eest: tööaja planeerimine, meeskonna tegevuste planeerimine ja koordineerimine, meeskonna distsiplineerimine jne (1,35).

Tihedam integratsioon ja koordineerimine formaalsete ja mitteformaalsete hooldustöötajate (sh omastehooldajate), aga ka teiste osapoolte vahel on oluline. Kolmandik OECD riike on kehtestanud poliitika, mis toetavad pikaajalise hoolduse teenuste paremat koordineerimist ja integratsiooni tervishoiu- ja sotsiaalsektori vahel. Näiteks Portugalis ja USA-s aitavad multidistsiplinaarsed hooldusmeeskonnad kavandada ja luua vanemaealisi toetavaid hooldusplane. Austraalia on näiteks taganud omastehooldajatele ligipääsu hooldusplaneerimise tööriistadele. Malta on tegemas koostööd ülikoolidega, et nende abil suurendada haritud hooldustöötajate osakaalu ja meelitada inimesi valdkonda tööle tulema ning Taani lõi perioodil 2019–2021 hariduskeskuseid üle riigi, et laiemalt tervishoiu- ja sotsiaalalast haridust pakkuda. Nii Taani kui Malta toetavad toetuste ja stipendiumite abil oma õpilasi ning toetusi on aastate jooksul aina suurendatud (1,4).

3.1.4.3 Tehnoloogiliste töövahendite kasutusele võtmine

Innovaatiliste lahenduste ja tehnoloogia kasutuselevõtt on olnud edukas strateegia hooldustöötajate töö toetamiseks, aga samas on palju võimalusi veel kasutamata. Tehnoloogia areng on kaasa toonud koduhoolduse parema koordineerimise võimalusi ning formaalse hoolduse ja haiglaravi tõhustamise, peamiselt just inimestega suhtlemisel, hooldustegevuse monitoorimisel ja andmete kogumise ning analüüsimise parendamisel. Eesti, Norra ja Holland on suured eeskujud abitehnoloogiate, nagu alarmide ja sensorite kasutusele võtmisel. Austraalia on näiteks paremini rakendanud kaughooldusteenuseid tänu *MedicalDirector Helix* rakendusele, mis on pilvepõhine haldusprogramm ettevõtetele. Kanada on aga pannud rõhku monitoorimisele, nõu iseseisvatele meeskondadele ja abistavate tehnoloogiliste lahenduste leidmisele – *CanAssist* on organisatsioon, mille eesmärk on välja töötada erinevaid tehnoloogilisi lahendusi ja teenuseid selleks, et toetada inimesi, kellel on igapäevaelus füüsilised ja kognitiivsed takistused. Lahenduste abil soovitakse suurendada hooldustegevuse tootlikkust, parendada töötingimusi ja hooldamise kvaliteeti. Automatiseerimise ning digitaliseerimise abil on võimalik tööd veelgi efektiivsemaks muuta (1,34,36).

3.1.5 Pikaajalise hoolduse tööjõuga seotud eesmärgid ja indikaatorid

Selleks, et pikaajalise hoolduse tööjõuga seotud eesmärgid mõõta ja nende abil otsuseid langetada, on vaja pidevat andmete analüüsi, mis on fokusseeritud pikaajalise hoolduse tööjõu vajaduste ja arengu üksikasjadele (37). Näiteks lõi Šveits väheste pikaajalise hoolduse valdkonda puudutavate andmete tõttu uue andmekogu hooldekodude kohta, mis sisaldab hooldekodudes viibivate patsientide arvu, viibimisaega, personali suhtarvu elaniku kohta, samuti kvalifitseeritud hooldusõdede osatähtsust, teenuskulu, hoolduse intensiivsust ning asutuse kuluefektiivsustingimusi (12). Sarnaselt on käitunud ka Austria ja leidnud, et läbi vastavate mõõdikute kasutamise tagatakse tõhusam eesmärkide seadmine ja nende elluviimine.

Oluline on tähelepanu pöörata ka sellele, miks on pikaajalise hoolduse tööjõu andmete analüüsimine ebatäpne. Kui juba eesmärkide seadmisel on alusandmete vajadus ebatäpselt määratletud või ei sobi riigi konteksti, on neid andmeid hiljem keerulisem koguda. Rahvusvaheliste andmete kogumisel püsib alati teatav ebakindlus, kuna regulatsioonid ja nõuded võivad olla riigiti erinevad ning seetõttu võivad olla erinevalt ülesehitatud ka standardid, mille järgi teenuste kvaliteeti ja tööjõu mahtu hinnatakse. Tihti on probleemiks andmete puudulikkus, mis omakorda teeb eesmärkide täitmise raskesti mõõdetavaks. Seda on oluline meeles pidada rahvusvahelisi näitajaid omavahel võrreldes (37).

Üldises vaates on peamiste näitajatena kasutatud mõõdikuid nagu (37):

- Pikaajalise hoolduse töötajate arv
- Töötaja profiil (sh haridus, kutse)
- Töötasu
- Motiveeritus
- Hooldusteenust osutavate asutuste käive
- Kvaliteedihinnangud

Arvestades pikaajalise hoolduse tööjõu suurt volavust hooldusasutustes, on uuritud oluliste piirkondlike organisatsioonide töötajate volavuse mõjutegureid (37). Saadud tulemused on viidanud sellele, et tööjõu arendamise projektidel, mis suurendavad töötajate väljaõpet ja pakuvad sellega seotud hüvesid, on teatud potentsiaal tööjõu volavuse vähendamiseks. Samuti on trendidega kaasa liikunud koduhoolduse nõudluse kasv, mille tõttu hinnatakse ka asutuste ja koduteenuste vahelist personali voolu ja võrreldakse mõlema osakaalu (37).

Järgnevalt on välja toodud peamised mõõdikud, mille abil rahvusvaheliste allikate alusel pikaajalise hoolduse tööjõu probleemide olemust hinnatakse.

3.1.5.1 Pikaajalise hoolduse töötajate arv

Tavapäraselt hinnatakse pikaajalise hoolduse tööjõuressursse hooldustöötajate ametinimetuse alla registreeritud töötajate arvu pealt ning regulaarselt jälgitakse selle arvu kasvu- või kahanemise trende. Täpsemalt mõõdetakse hooldustöötajate osakaalu

mitmete teiste näitajate järgi, näiteks uuritakse formaalsete hooldustöötajate (või tervishoiutöötajate) suhtarvu, kas abivajajate või kogu elanikkonna suhtes nii institutsionaalsetes kui ka kodustes tingimustes. Antud näitaja põhjal saab hinnata hooldustöötajate suhtarvu ja jaotust piirkondade või hooldustingimuste lõikes. Näiteks nii paistavad silma riigid, kus näib olevat rohkem hooldustöötajaid institutsionaalse hoolduse saajate kohta, nagu USA, Taani ja vähemal määral Uus-Meremaa. Samuti näitavad andmed, et Saksamaal, Kanadas ja Šveitsis on koduhoolduses vähem töötajaid ühe abivajaja kohta (38).

Siinkohal tuleb eri riikide vahelises analüüsis tähele panna, mille põhjalt andmeid on kogutud, kuna näitajad võivad olla alahinnatud või arvatud erinevalt. Näiteks Šveitsi ja Kanada andmete puhul kaasatakse hooldatavate hulka ka mõned mitteametliku hoolduse saajad ning Šveitsi andmed sisaldavad lisaks ADL-idele (*Activities of Daily Living*) ka IADL-e (*Instrumental Activities of Daily Living*) (38).

3.1.5.2 Töötaja profiil

Töötaja profiili mõõdiku eesmärk on välja selgitada, missuguse taustaga pikaajalise hoolduse töötajaid on valdkonnas rohkem, mis on kindlad nõuded nende osas ning mis on põhilised puudused. Pikaajalise hoolduse teenuste kvaliteeti hinnatakse peamiselt töötajate väljaõppe põhjalt. Täpsemalt võrreldakse formaalsete ja mitteformaalsete hooldustöötajate osakaalu valdkonnas. Rahvusvaheliselt hõlmavad formaalsed hooldustöötajad professionaalseid hooldusõdesid ja hooldustöötajaid, kes pakuvad hooldusteenuseid kodus või hooldusasutustes (lisaks haiglatele) ning ka tervishoiutöötajaid, kes osutavad teenuseid kodus või asutustes (v.a haiglad), kuid kes ei ole kvalifitseeritud või sertifitseeritud õed (38). Mitteformaalsete hooldajate alla kuuluvad peamiselt omastehooldajad, kes võivad olla pereliikmed või lähedased ning välistöötajad, kellel ei ole vastavat kutsetunnistust või sertifikaati.

Hindamisel on oluline tuvastada kindlad andmeallikad, mille põhjal näitajaid võrreldakse. Näiteks on väga paljudes riikides (sh Austraalias ja Eestis) omastehooldajad registreerimata, seega on nende arvestus tõenäoliselt pidevalt muutuv (12). Samuti on keerulisem hinnata institutsioonivälist töötajate ja ka kaudselt palgatud töötajaid. Üks viis omastehooldajate väljaselgitamiseks on uurida riigis töötute või osalise tööajaga meeste ja naiste osakaalu, kelle alahõivatuse põhjus on laste või puuduliku töövõimega täiskasvanute eest hoolitsemine. Siiski on näiteks Taanis ja Rootsis erandlikult võimalik läbi kohalike omavalitsuste pereliikmeid hooldajateks tunnistada ja tööle registreerida, mis toob omakorda kaasa segaduse formaalsete ja mitteformaalsete töötajate kategoriseerimises. Seega on andmete puudulikkus peamine põhjus, miks on keeruline hinnata muutusi omastehooldajate osakaalus (12).

Sama kehtib ka välistöötajate puhul. Välistöötajate osakaalu hindamine on eri riikides erinev, kuid üldiselt kehtib Euroopa tasemel igal pool sarnane muster. Välismaalt pärit pikaajalise hoolduse töötajad ei ole sageli tööõigusega kaitstud ja neil puudub tihti ametlik kvalifikatsioon. Tihti on välistöötajate töötingimused halvad, neid ei kontrollita,

neile makstakse üldjuhul ümbrikupalka ja neid ei registreerita töötajaks. Seetõttu on välistööjõud ära kasutamise suhtes väga haavatav. Paljudes riikides on siiski välistööjõu roll mitteformaalses hoolduses märkimisväärne, sest tulenevalt professionaalsete hooldusteenuste eest pakutavast kõrgest hinnast pöörduvad tööealised lähedased suurest lähedase hooldusvajadusest just nende poole, et aidata abivajajat (12).

3.1.5.3 Kvaliteedihinnangud

Välja on võimalik tuua kolme erinevat viisi kvaliteedi mõõtmiseks (38):

- Kontrollipõhine – regulaarne kvaliteedikontroll ja hinnangud, järelevalve (nt Austraalia, Taani, Hollandi, Singapur ja Inglismaa);
- Andmepõhine – andmete kogumine ja avalik aruandlus (Kanada, Uus-Meremaa, Rootsi ja USA ja Korea Vabariik);
- Professionaalsusel põhinev – haridustase ja tööjõu väljaõpe (Jaapan, Saksamaa ja Šveits). Samas peamiselt hinnatakse eesmärkide täitmist rahaliste vahendite kasutamise põhjal. Euroopas on olnud erinevaid suundumusi, nagu näiteks hooldusravi rahastamise vähendamine, abisaajatelt nõutava omaosaluse suurendamine, pikaajalise hoolduskindlustuse osamaksemäärade tõstmine või abikõlblikkuse hindamise karmistamine. Samuti on parandatud hüvitiste saamise tingimusi. Kuid on ka neid riiklike programme, kus puuduvad selged pikaajalise hoolduse rahastamis- ja rakendusstrateegiad (12).

3.2 Ülevaade Eesti sotsiaalvaldkonna hooldustöötajate tööjõu olukorrast

Viimasel aastakümnel on võetud suund nii Euroopas kui Eestis deinstitutionaliseerimisele, avahooldusele ja perede vabadusele hooldustöötaja valikul (39). See on aga kaasa toonud kriitilise tööjõupuuduse. Paljudel ametisolevatel hooldustöötajatel puudub erialane kvalifikatsioon, sest värvatud on ka neid, kes kvalifikatsiooninõuetele ei vasta. Seda tehakse selleks, et tagada vajalik hulk hooldustöö tegijaid. Süsteemi kitsaskohad tulid eriti esile seoses COVID-19 pandeemiaga, kus hooldekodud seisis silmitsi asjaoluga, et haigestumise ja karantiini tõttu ei ole võimalik hooldustöötajaid tööle rakendada. Eesti on plaaninud juba pikemat aega reformida pikaajalise hoolduse süsteemi, mis praegu jagab vastutuse tervishoiusüsteemi ja sotsiaalsüsteemi vahel. Tervishoiusüsteem pakub õendusabi, geriaatrilist hindamisteenust ja hooldusravi kodus. Sotsiaalhoolekanne tegeleb aga hoolekandeesutuste, päevahoiuteenuste, koduhoolduse ja eluasemeteenustega (40). Läbi on viidud ka pilootprojekte (41–44), et paremini lõimida sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonda, kuid kui tervishoiusüsteemi hallatakse keskselt, siis sotsiaalsüsteemi haldab enamuses kohalik omavalitsus. Seega on Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi sees nii horisontaalsed kui ka vertikaalsed barjäärid, mida ilmestab aina suurenev tööjõupuudus.

Pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõuressursside vähesusele või puudulikkusele on viidanud mitmed Eestis läbiviidud uuringud. Näiteks Bugarszki jt (6) viitavad asjaolule, et kogukonnapõhised teenused (sh erinevad koduteenused) vajavad abivajaja kohta rohkem tööjõudu kui hooldamine institutsioonis. Personali teemal tuuakse korduvalt välja ka kasvav vajadus tugisikute järele (45). Ressurssidest tulenevatele riskidele (teenuse kättesaadavus ja kvaliteet ning sotsiaalteenuste rahastamise jätkusuutlikkuse probleem) viitab ka Sotsiaalministeeriumi tellitud sotsiaalteenuste kvaliteedianalüüs (46). Täiskasvanute hooldamises on 85% teenusesaajatest 65-aastased või vanemad. Demograafiliste muutuste tõttu on suurenenud aasta-aastalt vajadus täiskasvanutele suunatud hooldusteenuse järele ja seda eriti vanemaealiste puhul. Viimastel aastatel on suurenenud majutusega teenust pakkuvate hooldekodude arv igal aastal mõne asutuse võrra (aastaks 2022 umbes 180-ni), mis on võimaldanud pakkuda teenust järjest rohkematele inimestele – seetõttu on suurenenud vajadus hooldustöötajate järele. 2011. aastast on lisandunud keskmiselt 100 hooldustöötajat aastas, mis on keskmisena teinud hõivetõusuks 6,2% aastas (7).

Eesti hooldustöötajate sooline tasakaal on kaldu naiste suunas, ainult 6% tööjõust on mehed ehk valdkonda iseloomustab sooline ebavõrdsus. Tavaliselt on keskmine hooldustöötaja elu jooksul vähemalt ühe korra töövaldkonda vahetanud ning hooldustöö on tema teine või kolmas amet. Hooldustöötaja hariduslik taust on peamiselt kutseharidus (36%), üldkeskharidus (28%) või kõrgharidus (17%). Samuti on hooldustöötajate seas üle 300 eri õppekava läbinuid, kellel pole tööle vastavat erialast

haridust. Teistelt ametitelt sotsiaalsektorisse tulnute eelmine amet on paljudel juhtudel klienditeenindaja (nt müüja või koristusteenindaja). Seejuures on märgata, et teatud ametikohad konkureerivad samasuguse profiiliga tööjõu pärast ning pakuvad ka sarnast palgataset ja töötingimusi ning toimub nõ ringi liikumine. Sellest tulenevalt lähevad enamus hooldustöötajaid juba hariduse omandamise ajal tööle (9).

2020. aastal moodustas hooldustöötajate arv (umbes 9000 töötajat) ligikaudu 57% kõigist sotsiaaltöö põhikutsealadel töötajatest. Kutseõppe põhiselt on hooldustöötajate arv kasvanud, kolme aasta keskmisena on igal aastal lisandunud umbes 250 hooldustöötaja kutseala lõpetajat. 2021. aasta oktoobri seisuga oli põhikutsealade kehtivate väljastatud kutsetunnistuse arv pisut üle 4000, millest enamus, 1780 lõpetajat, olid kutsealalt hooldustöötajad. Samas kutseala omandamine ei taga seda, et inimene läheb erialasele töökohale, hooldustöötaja õppe lõpetanutest ligikaudu 80% töötab hooldustöötajana. Seega sotsiaalhoolekande sektoris ei seisne tööjõupuuduse probleem üksnes hariduse omandamises, vaid töökohal püsimises (9).

3.2.1 Pikaajaline hoolduse deinstiitutsionaliseerimine

Iga aastaga vajab pikaajalist hooldust Eestis aina enam inimesi ja eelkõige on kasv tingitud vananevast elanikkonnast - rahvastikuproгноoside kohaselt 2030. aastal vanemaeliste osakaal 24% ja 2060. aastal juba 30%. Pikaajalise hoolduse kontekstis ei sõltu teenuste vajaduse kasv vaid kõrgemaeliste inimeste arvu kasvust, vaid ka inimeste tervislikust seisundist ja iseseisvast toimetulekuvõimest vanemas eas – seega aitaks riigis hoolduskoormuse kasvu pidurdada hea tervise säilimine võimalikult kõrge eani. Täna on Eesti kõrgemas eas (vanuses 65+) inimesed võrreldes oma Euroopa eakaaslastega oluliselt halvema tervisega ja vajavad igapäevaseks toimetulekuks rohkem kõrvalist abi (47). Pikaajalise hoolduse korraldus jaguneb Eestis kahe tasandi vahele – kohalik ja riiklik tasand. KOV-i vastutusalas on korraldada kohalikke hoolekandeteenuseid, riigi vastutusalasse jääb abivahendite korraldamine, rehabilitatsiooniteenused ja erihoolekandeteenused psüühilise erivajadustega inimestele. Tervishoiuvaldkonnas vastutab riik ambulatoorse õendusabi (sh koduõendus, vähihaigete kodune toetusravi, geriaatiline hindamine) ja statsionaarse õendusabi eest. Kuna teenused on erinevate süsteemide vastutusalas, siis on neid ka keeruline integreerida.

Sarnaselt muu Euroopaga on ka Eesti võtnud eesmärgiks luua hooldusvajadustega inimestele võimalused iseseisvaks toimetulekuks ja kogukonnas elamiseks ning ennetada vajadust ööpäevaringseks hoolduseks. Samuti on sarnaselt teistele riikidele Eestis piiratud eelarve ja järjest enam suurenev pikaajalist hooldust vajavate inimeste arv (48). Edukaks deinstiitutsionaliseerimiseks ei piisa sellest, et varem asutustes pakutavad teenused tõstetakse üle kogukondadesse (49). Protsessiga kaasneb sageli teenusepakujate hulga kasv – kui varasemalt pakkusid teenuseid suured hoolekandetasutused, siis nüüd erinevad väiksemad ja mobiilsemad teenusepakujad. Sellega seoses võivad esile kerkida probleemid teenuste kvaliteediga, kuna

kvaliteedikontrolli teostamine on ressursimahukam ja keerukam (39). Arvestada tuleb ka seda, et teenuste osutamine kodus, mitte institutsioonis ei pruugi olla kõigi teenusevajajate jaoks sobivaim ja eelistatud variant. Sobivus sõltub paljuski sellest, kuidas on inimese elupiirkonnas kodused teenused kättesaadavad. Kui teenusepakkujaid ei ole, neid on vähe või nende hinnad ei ole taskukohased, siis võib inimese olukord deinstitutionaliseerimise tulemusena hoopis halveneda ja sellega koos suureneb kiiresti ka inimese intensiivsema hoolduse vajadus ehk kasvavad hoolduskulud (50–52).

Kuigi on prognoositud, et nõudlus isikliku abistaja teenuse järele kasvab 60%, on enamuse KOV-id pigem eriarvamusel ja suunavad abivajajaid hooldekodudesse. See on peamiselt tingitud peale tööjõu puuduse ka regionaalsetest takistustest, kus klientide elukohad võivad paikneda hõredalt ja teenusepakkumine võib muutuda veelgi kulukamaks, kuid ka vähesest teadlikkusest abivajajate olemasolust (9).

2020. aasta näitajate kohaselt oli suurem osa hooldustöötajaid jagunenud võrdselt tervishoiuasutuste ja koduhooldajate vahel. Palju rõhutati plaani, et koduhooldusteenu pakkumine muutub tulevikus aina vajalikumaks. Kliendid ei soovi jääda lähedaste hooldada ning eelistatakse pigem saada professionaalseid hooldusteenu kodust. Seega on planeeritud lähiaastatel liikuda pikaajalise hoolduse asutusekesksest süsteemist kogukonnapõhisele sotsiaalsüsteemile, et pakkuda inimese iseseisva toimetulevõimekuse säilitamiseks hooldus- ja tugiteenu eelkõige väljaspool hooldusasutusi. Selleks modelleeritakse ka teenusepakkumise süsteem rohkem inimkeskseks, et määrata kliendile teenuseid vastavalt vajadusele (9).

3.2.2 Hooldustöötajate erialane ettevalmistus

Nii erinevatel hooldusteenu osutavatel asutustel kui ka omavalitsusel on raske värvata tänaste sotsiaalvaldkonna ülesannete täitmiseks vajalikke spetsialiste. Täna süsteemis puudub piisav hulk vastavate teadmiste ja oskustega spetsialiste (mõningate ametite puhul on ka eelduseks mh sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi tundmine), kes suudaksid abivajajatele kvaliteetset teenust pakkuda. Selleks on vajalik vastavate kompetentsidega spetsialistide ettevalmistamine kõrg- või kutseharidussüsteemi ja/või täienduskoolituste kaudu. Viimane eeldab valdkondliku tööjõu kompetentside kaardistamist ja koolitusvajaduse hindamist, millest kujuneb omakorda sisend õppekavade koostamisse/uuendamisse või koolitusprogrammide koostamisse (53).

2020. aasta jaanuarist jõustus sotsiaalhoolekande seaduse § 22, mis muuhulgas sätestas töötajate ettevalmistuse nõuded väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenu teenuseosutajale. Nõuetekohaselt peab teenust vahetult osutaval hooldustöötajal olema täidetud vähemalt üks kolmest tingimusest:

- 1) läbitud hooldustöötaja kutsestandardis kirjeldatud õpiväljundite saavutamisele suunatud kutseõppe tasemeõppe õppekava;
- 2) läbitud hooldustöötaja kutsestandardis kirjeldatud õpiväljundite saavutamisele suunatud täienduskoolituse õppekava;
- 3) kutseseaduse alusel omistatud hooldustöötaja kutse.

Hooldekodus hooldustöötajana töötamiseks vajaliku ettevalmistuse nõude täitmiseks on kolm võimalust (54–56):

- 1) Läbitud on hooldustöötaja kutsestandardis kirjeldatud õpiväljundite saavutamisele suunatud kutseõppe tasemeõppe õppekava. Õppetöö kestab üldjuhul kaks aastat ja õppekava maht on 120 EKAP-d (Eesti Kutsehariduse Arvestuspunkti). Hooldustöötajaks saab õppida Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis, Järvamaa Kutsehariduskeskuses, Haapsalu Kutsehariduskeskuses, Pärnumaa Kutsehariduskeskuses, Valgamaa Kutseõppekeskuses ja Kuressaare Ametikoolis. Õpe lõpeb kutseksamiga ja kõrgkoolil on esmakutse (hooldustöötaja kutsestandardile tase 4) andmise õigus. Kõrgkooli lõpetamisel saadav esmakutse annab õiguse töötada hooldustöötajana ja see on eluaegse kehtivusega, mis tähendab, et seda taastõendada ei ole vaja.
- 2) Läbitud on hooldustöötaja kutsestandardis kirjeldatud õpiväljundite saavutamisele suunatud täienduskoolituse õppekava. Täienduskoolituse õppekava läbinul tekib õigus töötada hooldustöötajana, kui tal on nelja kuu pikkune praktiline töökogemus hooldustöötajana. Koolitus peab olema üles ehitatud hooldustöötaja kutsestandardis kirjeldatud õpiväljundite saavutamisele ning selle maht peab olema vähemalt 96 tundi. Koolitus peab sisaldama 16 tundi nõuetekohast esmaabikoolitust. Kui töötaja on need tingimused täitnud, loeb SKA seda üldhooldusteenuse osutajale tegevusloa andmisel nõuetekohaseks ettevalmistuseks.
- 3) Inimesel on kutseseaduse alusel antud hooldustöötaja kutse. Kutset hooldustöötaja tase 3 saab taotlema vahetult töötav inimene, läbides hooldustöötaja eriala kompetentsidele vastava täienduskoolituse mahus 78 tundi või ainult õppetööga seotud praktika läbinud inimene, kelle koolituse maht on vähemalt 208 tundi. Kutseseaduse alusel antud hooldustöötaja kutse omandamine on töötaja investeering oma töökarjääri.

3.2.3 Personali voolavus

Hooldustöötajate tööjõuvajadus ületab tasemeõppe koolituspakkumist. Järgnevatel aastatel tööjõuvajadus suuresti kasvab ning koolituskohtade lisamine ja kutse omandajate arvu suurenemine ümber- ja täiendusõppe kaudu võib probleemi mõnevõrra leevendada, kuid juurpõhjusti (madal palk ja ebasoodsad töötingimused) see kuidagi ei likvideeri. Seetõttu ei lisandu sektorisse ka piisavalt uusi töötajaid ja ka

seniste hooldustöötajate voolavus on suur. Sealjuures on mure tööjõu voolavusega kõigil sotsiaalvaldkonna põhikutsealadel. Selle põhjus on nii palgatase, töökoormus ja pinge kui ka töö vähene väärtustamine ühiskonnas.

2019–2020 lõpetas kokku valdkonna põhikutsealadel töötamise ligi 1800 inimest (ligikaudu 12% kõigist töötajatest). Samas peab arvestama ka seda, et nende hulka kuuluvad need, kes lõpetasid üldse töötamise või asusid tööle mõne teise valdkonna ametitesse, sh välismaal. Nende hulka ei ole arvatud neid, kes asusid tööle teise tööandja juures samal põhikutsealal, näiteks kui hooldustöötajad asusid tööle teises hooldekodus. Samuti pole 1800 inimese seas neid, kes 2019. aastal töötasid näiteks tegevusjuhendajana, kuid 2020. aastal hoopis tugiisikuna. Kõige enam oli oma senise töö lõpetanute seas hooldustöötajaid, kellest ligi 1000 leidis endale muu rakenduse valdkonnast väljas või lõpetas töötamise. Samas oli ja on neid põhikutsealadel hõivatute seas ka kõige enam (9).

Personali liikumise trende mõjutavad mitmed tegurid. Ühest küljest on hooldustöötajate poolt tekkinud aina suurem surve muuta töökorraldus paindlikumaks ja töövormid mitmekesisemaks (57). See annab hooldustöötajale võimaluse teha lühemat karjääri ühel töökohal (sh projektipõhine töö) ja vahelduseks töötada mitmel kohal korraga, et luua endale sobilik töögraafik töö- ja eraelu tasakaalustamiseks. Sellest tulenevalt on üks peamine motivaator hooldusvaldkonnas töö jätkamiseks paindlikud töövõimalused. Teisest küljest mõjutavad neid ka valdkonnaülesed tööturu trendid, kus projekti- või platvormipõhine töökultuur aina rohkem hoogu kogub (9).

Tööjõupuuduse leevendamiseks on uuritud viise, kuidas nutikalt välistööjõudu kaasata. Tööandjad suhtuvad välistööjõu värbamisse sotsiaalvaldkonda positiivselt ja eksperdid näevad selles suurt potentsiaali, siiski võib probleemiks osutuda välistööjõu ebapiisav eesti keele oskus. Suurimat potentsiaali välistööjõu värbamisel nähakse pikaajalises hoolduses, samas tunnustatakse, et see ei ole lihtne, kuna nii erivajadustega kui ka vanemaaliste klientide puhul on siiski vajalik suhelda nendega emakeeles (9).

Personali liikumise tõttu on küsitav ka töötajate piisav kvalifitseeritus – abivajajate probleemid muutuvad üha komplekssemaks, mis toob kaasa vajaduse väga spetsiifiliste teadmiste ja oskuste järele, sealhulgas teadmised keerulisematest psüühilistest ja füüsilistest erivajadustest. Kaasnev probleem on ka teabetehnoloogia olemasolu, mis nõuab pikaajalise hoolduse töötajalt arvutite ja muu tehnoloogia kasutamise oskust ning andmete põhjal järelduste ja prognooside tegemise oskust. OSKA2021 raportis on rõhutatud asjaolu, et uudsete tehnoloogiliste lahenduste kasutuselevõtu suurendamine aitab kaasa sotsiaalvaldkonna arengu eesmärkide saavutamisele, nagu näiteks teenustele ligipääsetavuse parandamine ja teenuste suurem inimesekeskus (9).

3.2.4 Palgapoliitika

Keskmine brutokuupalk oli Statistikaameti andmetel Eestis 2021. aastal 1548€. Sotsiaaltöö valdkonna põhikutsealadel oli samal aastal keskmine palk sellest märkimisväärselt madalam. Palgauuringute järgi mõjutab palka suurel määral töötaja sugu, vanus, haridustase, ametipositsioon ja elukoht. Haridustasemeid võrreldes moodustab kutse- ja keskharidusega töötajate palgatase kõrgharidusega töötajate keskmisest palgasemest vaid ligi 70%. Pikaajalise hoolduse töötajate palkasid mõjutab ka see, et sektoris töötavad valdavalt naised, kelle tööd väärtustatakse ühiskonnas madalamalt. Naiste keskmine palk on meeste omast madalam, mistõttu on töötavate spetsialistide sooline jaotus üks suurimatest palgaseme mõjutajatest (9).

Personali palgasemeid mõjutab ka asjaolu, et KOV-idel on väga erinev võimekus abivajajatele teenuseid osutada ning seetõttu võib vajaminevate spetsialistide puudusel klient jääda abita. Omakorda võivad väiksemates piirkondades vähesest ressursidest tulenevalt erineda ka hooldajate oskused ja palgasemed (9).

Ideaalis soovitakse pikaajalises hoolduses vähendada teenusesaajate arvu töötaja kohta, pakkuda kvaliteetsemaid ja rohkem sihistatud teenuseid, kasvatada valdkonna töötajate töötasu ning parandada nende töötingimusi. Selge on, et need eesmärgid nõuavad täiendavaid rahalisi ressursse kas teenusesaajate omaosaluse toel või riigi ja omavalitsuste poolt. Kui valdkond suuremat rahalist tuge ei saa, jääb püsima ka mure tööjõu kvalifitseerituse ja selle püsivuse pärast (9).

Nii Eestis, Lätis kui ka näiteks Bulgaarias reguleerib, juhib ja osutab pikaajalist hooldust enamjaolt avalik sektor, enamasti kohalike omavalitsuste poolt või registreeritud sotsiaalteenuste osutajate kaudu. Kollektiivläbirääkimised pikaajalises hoolduses on Eesti ja Läti avalikus sektoris piiratud. Eestis hõlmab valdkondlik kollektiivleping tervishoiuvaldkonnas töötavaid õdesid ja hooldajaid, kuid ainult neid, kes töötavad riiklikult rahastatavates organisatsioonides (mis võivad töötada erasektoriga koostöös) tervishoiusektoris (rahastatakse Haigekassa kaudu) (4).

OSKA2021 uuringu kohaselt on sotsiaalvaldkonna põhikutsealade keskmine palk ligi 400€ väiksem kui riigi keskmine palk. Ka kutsealade võrdluses on palgatase erinev – kui sotsiaalvaldkonna juhid said 2020. aastal keskmiselt 1725€ kuus, siis hooldustöötajate keskmine palk oli vaid 991€ kuus. Uuring rõhutab ka seda, et naiste keskmine palk on meeste omast madalam ja hooldustöötajate sooline jaotus üks suurimaid palgaseme mõjutajaid. Lisaks soole mõjutavad palgataset veel vanus, haridustase, elukoht ja ametipositsioon (9).

Riigikontrolli 2021. aasta auditaruandest, mis uuris vanemaealiste sotsiaalsete probleemide märkamist omavalitsustes, selgus, et ühiskonna vananemisest tuleneva tervishoiuvaldkonna kogukulude suurenemise ja ressursipuuduse lahendamine on peamiselt KOV-i prioriteetide seadmise küsimus (58). Sama väljendati ka OSKA2021

raportis, kus täheldati, et nii Eestis kui ka mujal maailmas mõjutab valdkonna käekäiku suurel määral see, mil määral riik ning KOV-id tegevusi ja teenuseid rahastavad (9,58).

Samas väidab Riigikontrolli auditiaruanne, et keeruline on suunata omavalitsuse juhte hooldusvaldkonda rohkem rahastama, kui seaduslik määratlus nende kohustuste osas on ebaselge. On riike, kus ennetustöö on seaduse tasemel õiguslikult täpsemini reguleeritud, näiteks Taanis ja Soomes ning mõnevõrra ka Rootsis, Tšehhis ja Slovakkias, mis mingil määral tagab ka suurema rahastuse ka pikaajalisele hooldusele. Seega võib rahastuse tõstmine takerduda juriidiliste nõuete ja kriteeriumite taha, mida pole suudetud kindlalt määratleda (58).

Euroopa sotsiaalpoliitika võrgustiku (ESPN) poolt 2018. aastal avaldatud Eesti pikaajalise hoolduse sektori raporti põhjal on leitud, et EL-i poolt seatud pikaajaliste teenuste ja sissetulekute normide järgimine survestab Eesti hoolekandekulutusi veelgi, mis omakorda muudab jätkusuutlikkuse suureks väljakutseks. Hoolimata sellest, et Eestis on avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele väiksemad kui teistes EL-i liikmesriikides, tuleb enamik hoolduskulusid (sh palgad) rahastada abivajajate endi vahenditest. Juurdepääs teenustele on suuresti abisaaja elukohast, kuna enamus teenuseid koonduvad ainult maakondlikesse tõmbekeskustesse. Sellest lähtuvalt hangivad enamik vanemaealisi hooldusteenuseid oma riiklikust pensionist, millest sageli ei piisa isegi kõige odavama hooldekodu kulude katmiseks (59).

Üldiselt paistab, et omavalitsuste ebavõrdne hooldusteenuste rahastamine ning üldine tervishoiu ja sotsiaalhoolekande killustatus toob kaasa ebaefektiivsuse pikaajaliste hooldusteenuste osutamisel. Euroopa Komisjoni raportis järel dati, et üleüldiselt tuleks Eestis kogu pikaajalise hoolduse rahastamismudel ja sellega kaasnevalt palgapoliitikasüsteem ümber mõelda (59).

3.2.5 Riigi eesmärgid ja edasised tegevused pikaajalise hoolduse valdkonnas

Sotsiaalpoliitika kehtiv alusdokument on „Heaolu arengukava 2016-2023“. See koondab töö-, sotsiaalkaitse-, soolise võrdõiguslikkuse ning võrdse kohtlemise poliitikate strateegilised eesmärgid aastateks 2016 - 2023, andes tervikvaate nimetatud poliitikavaldkondade peamistest väljakutsetest, eesmärkidest ja tegevussuundadest (60). Samuti on koostamisel „Heaolu arengukava 2023-2030“ (61).

Kehtiv arengukava toob välja vajaduse sotsiaalteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamise ning inimeste ühiskonnaellu kaasavate toetavate teenuste arendamise järele. Muuhulgas tuuakse välja, et sotsiaalteenuste arendamisel lähtutakse eesmärgist, et inimesed saaksid elada harjumuspärasel keskkonnas (kodus) nii kaua kui võimalik. Ühe mõõdetava eesmärgina tuuaksegi välja, et mitteinstitutionaalsete teenuste (nn avahoolduseenused) ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse saajate suhtarv suureneks ehk avahooldusteenuste kasutajate arv teenust vajavate inimeste hulgas kasvaks ning ületaks institutsionaalset teenust saavate inimeste arvu (60). Koostamisel olevas heaolu arengukavas on samuti välja toodud, et Eesti hoolekandepoliitika

ülesanne on toetada inimeste töötamist, ühiskonnaelus osalemist ning iseseisvat ja väarikat elu kodus nii kaua kui võimalik (61). Dokument osutab, et pikaajalise hoolduse, eelkõige üldhooldusteenuse rahastamisel on praegu peamine vastutus inimestel endil, seejuures on inimese omaosalus teenuse eest tasumisel aastate jooksul järjepidevalt kasvanud, kuid tänane teenuse rahastusmudel ei ole jätkusuutlik. Murekohaks on ka kvalifitseeritud tööjõu puudus. Samuti ollakse seisukohal, et inimeste abivajaduse süvenemist oleks võimalik edasi lükata erinevate nutikate lahendustega, ent paraku hoolekandesektoris kasutatakse innovaatilisi lahendusi vähe, mistõttu vajaks uute tehnoloogiate ja töövõtete juurutamine ning teenuste innovatsioon järele aitamist. Riik on aga prioriteediks seadnud tehnoloogiate kasutamise suurendamise, mis aitaksid inimest igapäevaelu toimetulekuga ning heaolu säilitamisega (61).

Heaolu parandamiseks oleks vaja lähiaastatel arendada iseseisvat väarikat elamist toetavate teenuste sh digiteenuste pakkumist, lihtsustada abi andmise korraldust, tugevdada valdkondadevahelist koostööd, sh koostööd kohalike omavalitsustega. Samuti tuleks arendada valdkonnas töötavate spetsialistide teadmisi ja oskusi ning julgustada uudsete lahenduste kasutuselevõttu sotsiaalvaldkonnas. Oluline on soodustada ühiskondlike hoiakute muutumist põlvkondadevahelist sidusust väärtustavaks (sh arvestada vanemaealiste elukogemust) ning toetada vanemaealiste inimeste ühiskondlikku aktiivsust ning aktiivsena, tervena ja väarikana vananemist (61).

Hetkel riigieelarve strateegia kohaselt ajakohastatakse pikaajalise hoolduse jätkusuutlikku korraldust ja rahastusmudeleid. Väljatöötamisel on toetuspakett omastehooldajate hoolduskoormuse leevendamiseks ning pikaajalise hoolduse vajaduse vähendamiseks (9). Eesmärk on vähendada teenusevajajate ja lähedaste koormust üldhooldusteenuse rahastamisel. Lisaks näevad tulevikuplaanid ette erihoolekande toetavate teenuste osalist üleviimist omavalitsuste tasandile, samuti on plaanis korrastada erihoolekande baasrahastust (9). On murettekitav, et kuna Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest rahastatavate teenuste jätkusuutlikkus põhineb enamjaolt samuti baasrahastustel, võivad teenused jääda rahastuseta, kui toetuse andmine lõpetatakse. Ka OSKA2021 raportis tuuakse välja, et riigi plaanitavad kärped pidurdavad nii teenuste mahu kasvu kui ka kättesaadavust abivajajatele. Lisaks on plaanis kaasata pikaajalisesse hooldusesse rohkem vabatahtlikke (9).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et riigi fookuses on edasisteks suundadeks pikaajalise hooldusvajaduse valdkonnas koduselamist toetavate teenuste kättesaadavuse parandamine, maksekoormuse vähendamine üldhooldusega seotud teenuste osas; tööjõuga seotud küsimuste lahendamine ning hooldusteenuste rahastamiseks jätkusuutlikke lahenduste leidmine.

3.3 Teiste riikide praktikad sotsiaalvaldkonna tööjõu tagamisel

Järgnevalt on kirjeldatud valitud võrdlusriikide praktikaid pikaajalisele hoolduse tööjõu tagamisel. Iga riigi puhul on antakse lühike ülevaade riigi demograafilisest olukorrast, pikaajalise hoolduse korraldusest, muutustest ja reformidest valdkonnas, valdkonna tööjõust ja sellega seonduvatest probleemidest ja meetmetest pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks. Lisaks on riikide lõikes loodud võrdlustabel Lisas 1., mis kirjeldab lühidalt väljakutseid tööjõu tagamisel, riigi süsteemi peamiseid eristuvaid praktikaid ja tulevikutrende. Peatüki lõpus on antud ülevaade ka hooldussektori töötajate suhtarvudest hooldatavate suhtes valitud riikide näitel.

3.3.1 Soome

Sissejuhatus

Ühest küljest on Soome olnud üks esimesi riike maailmas, mis alustas modernsete ja kodupõhiste hooldusteenuste arendamist ja ülesehitamist vanemaealistele ning kus tänaseni järgitakse pikaajalises hoolduses Põhjamaadele omast universaalset hooldusmudelit (kõikidele riigi elanikele on tagatud juurdepääs hooldusele). Teisest küljest on Soome jäänud alates 1990ndatest aastatest tunduvalt alla teistele Põhjamaadele nii pikaajalise hoolduse arengus kui rahastuses. Soome poliitikat on alates 1990ndatest mõneti kritiseeritud, kuna riik on üritanud pikalt vältida pikaajalise hooldusega seonduvaid küsimusi ja vastutuse võtmist. Üheks kriitikakohaks on olnud aastatepikkune poliitiline hoiak, mis väldib pikaajalise hoolduse kulude tõstmist, kuid samal ajal pole piisavalt tähelepanu pööratud vanemaealiste vajadustele vastava hoolduse kvaliteedi arendamisele (62).

Pikaajalise hooldusega seotud küsimused olid ja on siiani poliitilisel tasandil aktuaalsed ning aktiivselt otsitakse võimalusi, kuidas tagada valdkonna jätkusuutlik rahastus (63). Survet riigipoolsele rahastusele mõjutab tööealise elanikkonna järkjärguline vähenemine ja rahvastiku kiire vananemine: Soome on Euroopas rahvastiku keskmise vanuse poolest kõrgemate seas (64). 2019. aastal elas Soomes 5,5 miljonit inimest, kellest 21,8% moodustasid üle 65-aastased elanikud. 2030. aastaks ennustatakse populatsiooni koguarvule sarnast suurusjärku, kuid üle 65-aastaste osakaal rahvastikus suureneb prognooside kohaselt 25,8%-ni. On näha kiiret üle 75-aastaste elanike osakaalu kasvu – 2019. aasta 9,3% pealt tõuseb nende osakaal 2030. aastaks 13,7%-ni ning kasv jätkub ka järgnevatel kümnenditel (11).

Pikaajalise hoolduse korraldus

Vaadates tänast süsteemi, siis pikaajaline hooldus tugineb Soomes avalikele teenustele, mille tagamise kohustus lasub seadusest tulenevalt kohalikel omavalitsustel (65). Pikaajalise hoolduse teenuseid pakutakse Soomes avaliku ja erasektori pakkujate abil.

Kohalikud omavalitsused pakuvad teenuseid ise või ostavad neid erinevate lepingutega erasektorilt või kolmandalt sektorilt (64).

Viimaste aastakümnete jooksul on Soome pikaajalises hoolduses aset leidnud mõned põhimõttelised muutused. Institutsionaalses hoolduses on toimunud üleminek traditsioonilistelt hooldekodudelt erinevatele teenusmajadele, kus inimesed saavad endale rentida toa või korteri asutuses, milles kohapeal on saadaval päevane või ööpäevaringne järelevalve (62). Seda on selgelt näha ka 2019. aasta statistikas, mille järgi ainult üks protsent üle 75-aastastest elanikest kasutab institutsionaalset hooldust ja 7,3% elavad teenusmajades. Koduhooldust omakorda saab 16,5% üle 75-aastastest elanikest (66). Kokku sai koduhooldust 2020. aastal 208 000 inimest, kellest 55% sai regulaarset ja 43% intensiivset hooldust. 59% regulaarsel koduhooldusel olevatest inimestest külastas hooldustöötaja vähemalt korra päevas ja 18% intensiivset hooldust saavatele klientidele tehti kolm või enam külastust päevas (67). Selgelt on näha, et Soome liigub edasi deinstitutionaliseerimisega, mille puhul soositakse inimese võimalikult kaua kodus elamist või kogukonnapõhist hooldamist. Samal ajal on deinstitutionaliseerimisega kaasnenud ka hulgaliselt kriitikat, kuna peamine eesmärk on olnud kulude vähendamine, mitte teenuste kvaliteedi tagamine erinevates Soome piirkondades. Koduhoolduse tase on kohati nõrgenenud, abivajajad ei saa neile piisavalt vajalikku hooldust, mille tulemusel on kasvanud järjekorrad institutsionaalsele hooldusele (62).

Regionaalne ebavõrdsus on täna üheks peamiseks pikaajalise hoolduse pakkumise kitsaskohaks Soomes, sest kõik KOV-id pole võimelised pakkuma erinevaid teenuseid vajaminevas ulatuses. Soomes oli 2021. aasta seisuga kokku 309 kohalikku omavalitsusüksust, mis erinesid suuresti oma rahaliselt võimekuselt ja rahvaarvult. Näiteks elab kõige väiksemates KOV-ides vähem kui sada inimest. Enam kui pooled Soome KOV-id on valdavalt alla 6000 elanikuga üksused (68). Sellest tulenevalt tekib probleem pikaajalise hoolduse pakkumisel, kuna kõik KOV-id, vaatamata nende rahalisele võimekusele, on kohustatud seadusest tulenevalt tagama oma territooriumil hoolduse pakkumise. Probleem puudutab eelkõige väiksemaid KOV-e, kus on tööaliste elanikega võrreldes kõrgem vanemaealiste osatähtsus. Pikaajalise hoolduse nõudlus kasvab kõige kiiremini väiksemates KOV-ides, kus on kõige nõrgemad hooldusteenuste pakkujad (64).

Muutused ja reformid pikaajalises hoolduses

Parandamaks sotsiaalteenuste kvaliteeti ja tagamaks tervishoiuteenuste kättesaadavust, on Soome valitsus jõudnud pikkade aruteluaastate järel lõpuks kokkuleppele sotsiaal- ja tervishoiureformis (SOTE), mis jõustub 2023. aastal. Reformi vajadust põhjendatakse vanemaealiste arvu kasvuga, madala sündimusega ning riigile laekuvate maksude järkjärgulise vähenemisega. Reformi tulemusel toimub varasemaga võrreldes märkimisväärne muudatus – pikaajalise hoolduse korraldamise kohustus võetakse KOV-idelt ära ja korralduse eest hakkavad vastutama nn maakondlikud

heaoluteenuste nõukogud. 309 KOV-i jaotatakse 21 erineva maakondliku heaoluteenuste nõukogu vahel, mis hakkavad vastutama pääste-, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste organiseerimise eest. Eraldiseisvaks üksuseks jääb pealinn Helsingi, mis vastutab enda piirkonna teenuste pakkumise eest (69).

Reformi vastuvõtmist kiirendas ka COVID-19 kriis, kuna 2019. aastal nähti, kui raske on tagada ühtlast teenuste kvaliteeti ja tööjõudu hooldusteenuste pakkumisel. Vanemaealiste hooldus sai ka üheks keskseks teemaks 2019. aasta parlamendivalimistel, kus käidi välja idee määratleda seadusega hooldajate ja hooldatavate suhe, et tagada riigiülevalt vajaminev tööjõud teenuste pakkumiseks. 2020. aastal võttis Soome valitsus vastu otsuse, millega 2023. aastal tõuseb suhe 0,7 hooldaja/õeni ühe hooldatava kohta (ehk seitse hooldajat kümne hooldatava kohta) (64). Kavandatud muudatused toimuvad järkjärguliselt: 2020. aastal on määraks 0,5, 2021. aastal 0,55, 2022. aastal 0,6 ja 2023. aastaks 0,7 (70).

Antud määrad rakenduvad intensiivset ööpäevaringset hooldust pakkuvatele asutustele. Ühe olulise täiendusena määratletakse selgemalt töötajad, kes sellesse kategooriasse kuuluvad. Nendeks on õed, praktiseerivad õed (madalama kvalifikatsiooniga õed, kellel on õigus teatud hooldusülesandeid ise täita), hooldus- ja õendusabilised ning füsioterapeudid. Varasemalt loeti ka hooldusasutuste tugipersonal (koristajad, kokad, pesupesijad jne) hooldajate sekka, kuid enam nad 0,7 määra arvutamisel arvesse ei lähe (71).

Kohati on reform tööjõu tagamiseks saanud suure kriitika osaliseks. Esiteks oldi skeptilised, kas Soomes on üldse piisavalt tööjõudu, et vastata uutele nõutud määradele. Teiseks on pikaajalise hoolduse sektoris keskmisest madalam palk ja raske töö. Kolmandaks toob reform hooldajate ja hooldatavate uue suhtemääraga kaasa suured kulud, kuid samal ajal ei pööra rõhku hoolduse kvaliteedi tagamisele. Praegu koosneb Soome tööjõud pikaajalises hoolduses peamiselt hästi koolitatud ja vastava kvalifikatsiooniga spetsialistidest, kellel on püsiv töökoht koos erinevate karjääri-võimalustega. 2019. aastal teenisid registreeritud õed 90%, praktiseerivad õed 69% ja hooldusabilised 58% keskmisest erasektori palgast (3386€) (11). 2017. aasta andmetel oli Soomes pikaajalise hoolduse sektoris ligikaudu 50 000 professionaalset töötajat, kes pakkusid ööpäevaringset hooldust. Nendest 35 000 töötasid erinevates hooldekodudes või teenusmajades ja 15 000 töötajat olid seotud koduhooldusteenuste pakkumisega. Reformi tulemusel on vaja juurde vähemalt 4400 õde (sh praktiseerivat õde), mida on võrreldes reformieelse ajaga 15% rohkem ja mis toob riigile kaasa 238 miljoni euro suuruse iga-aastase lisakulu (72). Arvestades samal ajal vananeva rahvastiku ja hooldusvajaduse kasvu, siis 2030. aastaks on hinnanguliselt tervishoiusektoris vaja juurde vähemalt 30 000 inimest (73).

Tööjõud ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

Õe õpingud kestavad 3,5-4,5 aastat vastavalt eriala valikule. Õde peab rakendus-kõrgkoolis läbima 210 ainepunkti, tervishoiuõde või parameedik 240 ning ämmaemand

270 ainepunkti (74). Valdava osa tänastest pikaajalise hoolduse töötajatest moodustavad praktiseerivad õed, kes on peamiselt seotud koduhoolduse pakkumisega, raskemate terviseprobleemide korral teostavad koduhooldust õed. Toetatud teenusmajades on samuti valdavaks tööjõuks praktiseerivad õed (65). Praktiseerivad õed on nii tervishoiu- kui ka sotsiaalhooldustöötajad. Praktiseerivad õed kantakse Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuala Lubade- ja Järelevalveameti (VALVIRA) vastavasse registrisse, mis näitab nende kvalifikatsiooni. Kutsekvalifikatsioon hõlmab praktiseerivatel õdedel kaheksat pädevusvaldkonda: 1) puuetega inimeste hooldus; 2) õendus ja hooldus; 3) podiatria; 4) vaimse tervise ja sõltuvusraviga seonduvad pädevused; 5) vanemaealiste hooldus ja rehabilitatsioon; 6) elutoetus (BLS, *Basic Life Support*) ja erakorraline ravi; 7) suutervis; 8) laste hooldamine ja noorte haridus (74).

2018. aasta andmetel töötas Soomes 74 824 erialase kvalifikatsiooniga praktiseerivat õde (75). Praktiseerivate õdede kõrval töötavad ka madalamapalgalised hooldusabilised, kes ei oma üldjuhul täielikku väljaõpet, vaid on läbinud üksikud osad tavapärasest kolme aasta pikkusest praktiseeriva õe koolitusest. Seepärast ei tohi nad kasutada töönimetust „praktiseeriv õde“. Tihti töötavad sisserännanud Soomes madalamapalgaliste hooldusabilistena, ehkki on oma päritolumaal omandanud kõrgema kvalifikatsiooni, näiteks läinud õe õppe.

Valdav osa välistööjõust on pärit Rootsist, Eestist ja Venemaalt (64). Nende osakaalu on keeruline andmete puuduse tõttu statistiliselt hinnata, kuid hinnanguliselt oli Soomes vahemikus 2012–2015 välismaalt pärit praktiseerivate õdede suurusjärg 2–5% (16). Arvestades migratsiooni rolli Euroopa pikaajalise hoolduse valdkonnas, siis antud suurusjärg on ka Soomes suure tõenäosusega kasvanud. Välistööjõu kasutamist peetakse oluliseks tööjõu jätkusuutlikkuse tagamisel ning Soomes peaks juurdekasv olema vähemalt 34 000 inimest aastas, et aidata leevendada tööjõupuudust erinevate sektorite lõikes (76). Hetkel on pikaajalise hoolduse sektoris mitmeid erinevaid kitsaskohti ja barjääre, mis avaldavad jätkuvalt negatiivset mõju tööjõu tagamisele. Näiteks:

- Vahemikus 2020-2029 siirdus ligikaudu 33% pikaajalise hoolduse töötajatest pensionile. Osakaal on suurem praktiseerivate õdede seas, mis on 49% (16).
- Valdkond pole enam noortele atraktiivne, mis tuleneb keskmisest madalamast palgast ja raskest tööst. Samuti on näha, et väheneb kandideerimine kõrgkoolidesse õendusega seotud erialadele. Lisaks kujutab endast probleemi õenduseriala tudengite soov eriala vahetada (2019. aasta uuringus ligikaudu 25% tudengitest) (77). Erialavahetus on aktuaalne probleem ka praeguste töötajate seas.
- Paljud praktiseerivad õed töötavad väljaspool tervishoiusektorit. Põhjusena tuuakse välja madalad palgad, raske füüsiline ja vaimne koormus ning osati keerulised töötingimused (78).

- Töötajad on rahulolematud ebapiisavate vanemaealistele mõeldud koduhooldusteenustega. Kohati saavad erihoolet vajavad vanemaealised vähem teenuseid kui varem, näiteks oli 2018. aasta riigipoolne eelarve vanemaealiste abistamiseks 2016. aastaga võrreldes väiksem. Probleemid kvaliteetsete teenuste pakkumisega panevad paljusid hooldajaid muretsema ning kahtlema, kas nad suudavad oma tööga sellisel kujul jätkata pensionieani (64).
- Praegune töösüsteem ei võimalda töötajatele piisavat professionaalset vabadust. Seepärast eelistatakse lühiajalisi lepinguid või tükitöid, mis on Soomes populaarseks muutunud. Samal ajal toob see kaasa kaks probleemi: hooldatavat abistavad pidevalt erinevad inimesed, mis ei võimalda klienti ja tema erivajadusi paremini tundma õppida ning ajutisi töölepinguid on kergem katkestada, mis võib kaasa tuua töötajate õiguste rikkumise (79).
- Välistööjõu palkamine on keeruline protsess, kuna Soomes on seadusega kehtestatud hooldustöötajatele kvalifikatsiooninõuded, millele teisest riigist tulnud inimene ei pruugi vastata (80).

Meetmed pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks

Varasemalt on Soomes pikaajalise hoolduse tööjõu tagamiseks läbi viidud erinevaid algatusi. Oskustööjõu tagamiseks on loodud täiendavaid õppevõimalusi ja -asutusi. Loodud on hooldusabilise kvalifikatsioon, mida on võimalik saada 9-kuulise väljaõppega ning mille tulemusel on töötaja võimeline täitma teatud abistavaid rolle hoolduse pakkumisel (78). Värskest on loodud TOKASA projekti raames 3,5 aasta pikkune õenduskraadi programm välismaalastele, mida viiakse läbi inglise keeles, programmis pannakse rõhku ka soome keele õpetamisele (81). Töötingimuste parandamiseks on läbi viidud erinevaid programme ja projekte (KASTE ja HYVÄ), mille eesmärk on olnud hoida töötajaid tervishoiusektoris ning samal ajal pöörata tähelepanu töötajate heaolule, vältimaks varajast pensionile minekut. Sektorile suunatud strateegiana on läbi viidud kampaaniaid, julgustamaks mehi valima õe või praktiseeriva õe eriala. Samuti on läbi viidud kampaaniaid valdkonna atraktiivsuse kasvatamiseks ja õppimisvõimaluste laiemaks tutvustamiseks. Mobiilsuse suurendamiseks on tehtud kampaaniaid, et kaasata Hispaania ja Filipiinide tööjõudu. Lisaks viidi 2012. aastal läbi kampaania „Efektiivne õe värbamine“, mille eesmärk oli tutvustada võimalusi Soomes töötamiseks ja selgitada EL-i välistest riikidest pärit töötajate värbamisprotsessi (78).

EL-i välistest riikidest pärit välismaalaste värbamisega tegelevad peamiselt erinevad värbamisfirmad, aga ettevõtted ja asutused võivad seda ka ise teha. Viimastel aastatel on meedias kajastust saanud Filipiinidelt pärit immigrandid, keda on vahendajad oma lubadustega petnud (sh rahaliselt). Filipiinide suhtes esineb ka erimeelsusi. Näiteks teatas Tampere linn soovist palgata filipiinlasi linna hooldekodusse, kuid Soome Praktiseerivate Õdede Ametiühing (SUPER) kritiseeris otsust ja soovitas rõhku panna

olemasolevate töötajate hoidmisele. Lisaks tõi SUPER esile keelebarjääri, mis võib suunata erialase haridusega filipiinlased töötama õe või praktiseeriva õe asemel madalamal positsioonil hooldusabilistena (82). See peegeldub osaliselt kriitikana ka valitsuse suunal, sest Soome „raiskab“ immigrantidest õdede haridust, kuna seadustest tulenevalt nende kvalifikatsiooni riiki saabudes langetatakse ning tänaseni pole sellele selget lahendust leitud. Esineb ka süsteemseid vastuolusid, kus näiteks VALVIRA hinnangul pole vaja filipiinlastelt, kes on läbinud kodumaal nelja-aastase õendusõppe, nõuda Soomes omandatud diplomit. Vastupidiselt VALVIRA-le julgustavad hooldus-teenust pakkuvad firmad filipiinlastest õdesid läbima õppe Soomes, kuna mitmed kohalikud omavalitsused nõuavad erasektoris töötavatelt hooldajatelt Soome õppeasutusest pärit diplomit (83).

3.3.2 Rootsi

Sissejuhatus

Rootsi rahvaarv oli 2019. aastal 10,2 miljonit inimest, 2030. aastaks tõuseb see arv hinnanguliselt 11,1 miljoni inimeseni ning jätkab mõõdukat kasvu. Tegemist on sarnaselt teiste Euroopa riikidega vananeva ühiskonnaga, kuid vanemaealiste osakaalu kasv on pigem tagasihoidlik ja jääb tunduvalt alla EL-i keskmisele. 2019. aastal oli üle 65-aastaste elanike osakaal rahvastikust 19,9% ning 2030. aastal hinnanguliselt 21,3%. Rootsi puhul on kasvu märgata eelkõige üle 75-aastaste elanike hulgas, kelle osakaal 2019. aastal oli 9% ja mis tõuseb 2030. aastaks prognooside kohaselt 11,3%-ni. Sealsed pikaajalise hoolduse teenused on valdavalt keskendunud üle 80-aastaste elanike suurema hooldusvajadusega elanikkonnale ning Rootsi tulevast hooldusvajadust hinnatakse tihti just nende osakaalu järgi. 2019. aastal sai üle 80-aastastest elanikest formaalset hooldust 36% (193 000 inimest), seda kas kodus või hooldusasutuses. Praeguse teenuste kättesaadavuse ja ühiskonnatrendide jätkumise korral ennustatakse 2030. aastaks formaalset hooldust vajava elanikkonna 50% suurust kasvu (291 000 inimeseni) (11).

Pikaajalise hoolduse korraldus

Rootsi süsteemi iseloomustab suurel määral koduhooldusele toetumine ning juba 1950ndatest alates on peamine hoolduspoliitika eesmärk olnud vanemaealiste kodus vananemise toetamine (84). Rootsil on iseloomulik universaalne hoolduspakkumine, samuti iseloomustatakse Rootsit kui „hooldusvastutuslikku kultuuri“, sest hoolduse tagamise eest vastutab avalik sektor. Kaheks iseloomulikuks jooneks on see, et seadusest tulenevalt pole juriidiliselt kohustatud hooldust pakkuma mitte lähedased, vaid avalik sektor ning KOV-id vastutavad hoolduse organiseerimise ja rahastuse tagamise eest (läbi kohaliku omavalitsuse maksutulude) (85). Siiski on Rootsis lähedastel hooldamises suur roll ning mitteformaalse hoolduse osakaal on kasvanud. Põhjuseks on kärped institutsionaalse hoolduse teenustes, mida pole koduhooldus-teenustega asendatud ning mis omakorda toob kaasa täiendava vastutuse peredele (86).

Rootsis on kokku 290 KOV-i, kes vastutavad kohalikul tasandil sotsiaalteenuste, koduhoolduse ja institutsionaalse hoolduse pakkumise eest. Riiklikul tasemel seatakse poliitilised ja majanduslikud suunised, mida regioonid ja KOV-id peavad järgima. KOV-ide üle teostab järelevalvet 21 regiooni, mis samuti vastutavad regiooniülese hoolduspoliitika suuniste väljatöötamise ja elluviimise eest. KOV-idel on pikaajalise hoolduse korraldamisel, sh maksustamisel, väga suur autonoomsus. Iga KOV otsustab ise, millises ulatuses pakutakse või tellitakse erasektorilt erinevaid teenuseid ning milline on kohalik maksumäär tekkivate kulude katmiseks. Kohalikest maksudest kaetakse ligikaudu 90% hoolduskuludest, ülejäänud 4–6% jääb inimese enda kanda ja 5% tuleneb riigieelarvest. Samuti väljendub autonoomsus ka hindamiskriteeriumites, mille alusel otsustatakse, millist abi ja millises ulatuses vajatakse (64).

Rootsis on peamiselt kaks eraldi liiki pikaajalise hoolduse teenuseid: koduhooldusteenused ja hooldekodude teenused, mis kujutavad endast erinevaid vanemaealistele mõeldud teenusmaju. Koduhooldus on kõige levinum ja soositum ning see sisaldab erinevaid abistavaid teenuseid nagu poes käimine, koristamine, pesemine, toidu tegemine, isikuhoolduse teenused jne. Koduhooldust saab täiendada erinevate tervisteenustega, mis hõlmavad ödede poolt pakutavat arstiabi ja rehabilitatsiooni ning mida on võimalik saada ööpäevaringselt. Institutsionaalne hooldus toimub peamiselt erinevates teenusmajades, kus on saadaval arstiabi jt teenused. Samuti pakutakse ka päevahooldusteenuseid, kuid nende roll on pigem sotsiaalse keskkonna tagamine (11). Institutsionaalses hoolduses on enamik asutusi kortermaja-tüüpi, koos õueala või aiaga ja ühiste koosviibimisaladega. Vanemaealistel on võimalik endale tuba/korterit üürida ning sisustada see meelepäraselt. Hoolduspoliitikas lähtutakse kesksest põhimõttest, et iga inimene, elab ta oma kodus või asutuses, peab saama võrdväärset ja inimkesket abi. Sellise põhimõtte järgimine on muutunud üha keerukamaks, kuna vajatakse üha rohkem spetsiaalset hooldust, mida võrreldes asutustega on kodus keeruline tagada (64).

Keskmine vanus institutsionaalsele hooldusele suundumisel on Rootsis 86 eluaastat. Ligikaudu kaks kolmandikku institutsionaalsel hooldusel olevatest inimestest on erinevate kognitiivsete probleemide ja dementsusega, mis on ka peamised põhjused asutusepõhisele hooldusele siirdumiseks. Ülejäänud kolmandikul on üldjuhul rasked tervisehäädad ja suurem toimetulekuvõime langus. Kasvav vanemaealiste osakaal toob Rootsis esile ühe peamise koduhoolduspoliitikast tulenenud probleemi – institutsionaalsete voodikohtade arv oluliselt vähenenud (64).

Muutused ja reformid pikaajalises hoolduses

1992. aastal viidi läbi reform, mis kohustas regioone ja KOV-e hoolduse eest vastutama ning seoses deinstitutionaliseerimise trendiga vähendati institutsioonide ressursse. OECD andmetest on näha, et vahemikus 2005–2019 langes hooldekodudes voodikohtade arv tuhande üle 65-aastase elaniku kohta 88,4-lt 68,1-le (87). See on tekitanud arutelusid institutsionaalsele hooldusele juurdepääsu üle, kuna

asutuspõhise hoolduse saamise õigus on avalikkuse hinnangul muutunud mõnes KOV-is väga keeruliseks ning võib olla, et ka väga kõrge vanus, üksi elamine, väga kehv terviseseisund pole kohati piisavad argumendid voodikoha saamiseks asutushooldusel (64).

Paralleelselt käib debatt tööjõu tagamise üle. Selles osas on Sotsiaalteenuste akt väga napisõnaline ning institutsionaalse hoolduse puhul mainitakse, et tööjõud peab olema piisav, et tagada hea kvaliteediga hooldus. Kuna KOV-id on teenuste korraldamisel autonoomsed ning üldsõnalist akti tõlgendatakse väga erinevalt, on hooldusteenuste mahus ja kvaliteedis riigisisest suured erisused. 2020. aastal töötas Rootsis kokku 128 647 öde, kellest 1107 töötasid vanemaealistele spetsialiseerunult (88). Institutsionaalses hoolduses oli 2017. aastal 0,3 hooldustöötajat ning 0,04 öde ühe voodi kohta päevasel ajal. Seega pole hooldekodudes ööpäevaringselt (üldjuhul ödedele ja arstidele helistatakse vajadusel) saadaval ödesid ja see seab piiranguid kvaliteetsele hooldusele. Vastava kvalifikatsiooni küsimus muutub üha olulisemaks, kuna kognitiivsete häirete ja dementsusega inimeste hooldamine nõuab hooldajatelt erioskusi (64).

Tööjõud ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

2019. aastal oli pikaajalise hoolduse sektoris tööl hinnanguliselt 12 töötajat (avalikus sektoris) 1000 inimese kohta, mis on üks töötaja vähem kui 2011. aastal (89). Nendest 7% on öed ning valdava osa tööjõust moodustavad ödede assistendid, kellele järgnevad lihtsamaid ülesandeid (nt poes käimine) täitvad hooldusabilised. Öed peavad läbima kolmeaastase bakalaureuseõppe, ödede assistendid peavad omama vastavat kolmeaastast keskeriharidust ning hooldusabilised peavad läbima vähemalt 800-tunnise hoolduskoolituse. Ainult öde on seadusega reguleeritud ametikoht, kuid probleemiks on ödede assistentidele ja hooldusabilistele puuduvad ametialased regulatsioonid ja nõuded (v.a koolitusnõuded) (90). Rootsi Munitsipaaltöötajate Ametiühing (*Kommunal*) on alates 2016. aastast nõudnud ödede assistentide kvalifikatsiooni reguleerimist, mille tulemusel oleks võimalik elukutse atraktiivsust ja teenuste kvaliteeti tõsta. Praegu toimub nende koolitamine paljudes erinevates vormides ning pole selge, milliseid ülesandeid nad peaksid täitma ning tööandja vaatest pole teada, mis on nende oskused. Seda on täheldatud ka KOV-ide töötajate värbamises, kus üha enam palgatakse väheste oskustega töötajaid, mis omakorda tekitab ebakindlust teenuste tagamise kvaliteedis. Enamus assisteerivatest ödedest on koolitatud KOV-ide poolt läbi täiskasvanutele mõeldud haridusprogrammide, kuid hooldamist on teatud piirini võimalik õppida ka keskkoolis. Kvalifikatsiooni ühtlustamiseks tegi Rootsi valitsus ettepaneku hiljemalt 2025. aastaks kehtestada ödede assistentidele kaitstud ametinimetust, mis eeldab, et öde assistendina tööle asumiseks on vaja kindlat tõendit (91). Oskuste parandamine ja tõendamine on üheks keskseks teemaks, kuna igal viiendal hooldajal puudub piisav väljaõpe (92).

Rootsi hooldussektor sõltub tulevikus üha enam välismaa päritolu hooldustöötajatest, kuid suures mahus välistöötajate siirdumist hooldussektorisse pole märgata. Erinevad valitsuse initsiatiivid ja mitmete KOV-ide enda algatused pööravad tähelepanu eelkõige värskest riiki saabunud välistöötajate koolitamisele ja võimalikule värbamisele (90). Valdavalt koolitatakse värskest saabunuid õdesid assistentideks. Analoogsete programmide eesmärk on pakkuda integreeritud kutse- ja keeleõpet, mis võimaldaks värskest riiki saabunuid võimalikult kiiresti tööturule suunata (16).

Rahvastikust moodustasid 2018. aastal 18% välismaal sündinud; see näitaja on kasvanud 1990ndatest alates ligi kaks korda. Pool välismaal sündinutest on pärit Aasiast, Aafrikast ja Lõuna-Ameerikast. Hooldussektori töötajad moodustasid 2018. aastal 32% välismaal sündinud, kellest kaks kolmandikku olid Aasia, Aafrika või Lõuna-Ameerika päritolu. Enam kui pool välismaal sündinud töötajast töötab Rootsi suurlinnades ja neid ümbritsevates piirkondades (90). Üheks probleemkohaks Rootsis on valdkonnas töötamise kvalifikatsiooninõuete vähene reguleeritus ehk hooldussektorisse sisenemiseks on mitmeid erinevaid võimalusi. Rootsile on iseloomulikuks jooneks välistöötajate suundumine hooldusabilisteks, kuna tihti on nad sunnitud selle tee valima teiste töövõimaluste puudumise tõttu, mis omakorda võib kaasa tuua suureneva väljaõppeta töötajate kasutamise. Suure osa hooldussektorist moodustavad eraettevõtted. Uuringud näitavad, et avalikus sektoris töötavatel hooldajatel on paremad palgad, töötingimused ja väljaõpe võrreldes kasumile suunatud eraettevõtetes töötavate hooldajatega (90). Palkade puhul makstakse just erasektoris tihti tunnipõhise tasu või sõlmitakse lühiajalisi töölepinguid (16). Rootsi immigrantide seas on suurem tõenäosus töötada lühiajaliste lepingute alusel ning tihti soovivad nad rohkem töötunde ja suuremat palka, kuna kohalike rootslastega võrreldes on nende palgatase madal. Lisaks tuuakse probleemina esile ka kohalikega võrreldes suuremat tõenäosust langeda rassismi ohvriks, kuna suur osa sisserännanuid on pärit väljastpoolt Euroopat (90).

Lisaks on veel teisigi probleeme, mis pikaajalist hooldust iseloomustavad:

- Hooldajatel on keskmisest madalam palk. Õdede assistentide keskmine palk on ligikaudu 80% ja hooldusabilistel 70% Rootsi keskmisest (11).
- Hooldussektori ametid on väheatraktiivsed ning oodata on vastava kutseharidusega töötajate puuduse süvenemist 2017. aastal oli puudujääk üle 2000 töötaja, kuid 2025. aastaks hinnatakse suurusjärguks 56 000 ja 2035. aastal 143 000 puuduolevat töötajat (16).
- Suureneb võimalike töölt lahkujate osakaal. Lisaks esineb rahulolematust oma erialavaliku üle – neli õde/õdede assistenti kümnest pole rahul oma töötingimuste ja madalate palkadega (16).
- Tulenevalt rasketest töötingimustest ja rahulolematusest võtavad naissoost hooldustöötajad, kes moodustavad suure enamuse töötajatest, ligikaudu kaks korda rohkem haiguslehti kui teistel erialadel töötavad naised (92).

- Rootsis on hinnanguliselt 55% kõikidest hooldajatest tööl osalise koormusega. 25% töötajatest saavad tasu tunnipõhise, nulltunnilepingu või ajutise töövõtulepingu alusel. Sellest tulenevalt ollakse oma töölepingute suhtes ebakindlad. Sellised lepingud esinevad peamiselt erasektoris. Rohkem on ajutised töövõtulepingud levinud välistöötajate hulgas (16).

Meetmed pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks

Rootsi pikaajalise hoolduse hiljutised muudatused on keskendunud peamiselt koduhooldusteenuste kvaliteedi tõstmisele (nt kodude kohandamine) ja erinevate valdkondade rahastusele. Vahemikus 2010–2015 viis valitsus läbi programmi hoolduskoordinatsiooni parandamiseks, kuid enne COVID-19 pandeemiat pole ellu viidud märkimisväärseid reforme ega rahastust oluliselt suurendatud. Erinevate reformide tulemusena on kujunenud süsteem, mida on keeruline ühtselt hallata. Rootsi kulutused suurenevad ja tööjõuvajadus kasvab, kuid väga keeruline on hinnata, kuidas KOV-id eraldatud ressursse kasutavad (93).

Enamasti väljendub valitsuse tegevus rahastuse suurendamises KOV-idele, kes vastutavad pikaajalise hoolduse organiseerimise ja rahakasutuse eest. Alates 2017. aastal eraldati iga-aastaselt 0,92 miljardit eurot töövõimaluste loomiseks, mille eesmärk oli palgata juurde assisteerivaid õdesid. Lisaks panustati vahemikus 2015–2018 täiendavalt 0,64 miljardit eurot tööjõu värbamiseks ning hinnanguliselt aitas see luua juurde 19 000 uut töökohta. COVID-19 pandeemia ajal eraldati KOV-idele 0,23 miljardit eurot täiendava abina, mille peamine eesmärk oli vähendada hooldajate ja tervishoiutöötajate töölt lahkumist (11).

2020. aastal eraldas valitsus 220 miljonit eurot initsiatiivile „Vanemaealiste hoolduse tõstmiseks“, mis jaotus aastate 2020–2021 peale. Selle eesmärk oli luua 10 000 uut töökohta, et julgustada inimesi õdede assistentideks ja hooldusabilisteks õppima minna. Programmi läbinutele pakutakse tähtajatut töölepingut hooldussektoris. Lisaks võis programmi kasutada enda täiendavaks harimiseks töö kõrvalt ning riik kompenseeris KOV-idele kõik töötunnid, mis KOV-i töötajal hooldajaõpingute käigus tekkisid. Siiski on see programm saanud tagasihoidliku rahastuse tõttu kriitikat. Positiivse külje pealt nähakse programmis ühte esimest sammu kvalifikatsioonide ja kvaliteetsema hariduse arendamise suunal (94). 2021. aastal eraldas valitsus 430 miljonit eurot eesmärgiga vähendada suurt hulka tunnipõhiseid lepinguid hooldustöötajate seas ja samal ajal suurendada registreeritud õdede arvu hooldekodudes. Rahastus oli tulemuspõhine ehk KOV-id, kes täitsid teatud kriteeriume ja eesmäärke, said rahastusest osa (93).

3.3.3 Saksamaa

Sissejuhatus

Euroopa Liidu suurima rahvaarvuga riigis Saksamaal oli 2019. aastal 83 miljonit elanikku ning järgmiseks kümnendiks ennustatakse selle marginaalset kasvu. Saksamaal toimub kiire ühiskonna vananemine, 2019. aastal oli üle 65-aastaste elanike osakaal 21,5% rahvastikust, kuid 2030. aastaks tõuseb see hinnanguliselt 25,4%-ni. Arvuliselt tõuseb vanemaealiste osakaal 17,9 miljonilt 21,2 miljonini ehk lisandub 3,3 miljonit inimest. Üle 75-aastaste elanike osakaal oli rahvastikust 2019. aastal 11,4% ning 2030. aastaks tõuseb see 12,1%-ni (11). Demograafiliste muutuste tulemusel on Saksamaa järgneva kümnendi suurimaks probleemiks eelkõige piisava tööjõu tagamine hooldussektoris.

Pikaajalise hoolduse korraldus

Saksamaa tervishoiu ja pikaajalise hoolduse süsteemi otsustusõigus on jaotatud föderaalvalitsuse ja liidumaade valitsuste vahel (95). Saksamaa föderaalvalitsus kehtestab tervishoiu- ja sotsiaalhooldusteenuste pakkumise õigusliku raamistiku, samas kui peamised juhtimisotsused jäetakse teenuseosutajate ja maksvate organisatsioonide teha. Pikaajalise hoolduse osas lasub peamine otsustusõigus ühelt poolt pikaajalise hoolduse kindlustusfondidel ja teiselt poolt hoolde- või kogukonnanaholdusteenuste osutajatel. Pikaajalise hoolduse kindlustusfondid peavad seaduse järgi tagama elanikkonna nõudlusele vastavate teenuste osutamise. KOV-idel ja kohalikel ametivõimudel ei ole õigust otsustada selle üle, milliseid teenuseid nende piirkonnas osutatakse (64).

Pikaajalist hooldust tagatakse Saksamaal läbi kindlustuspoliiside. Iga inimene maksab 3,05% (jaguneb võrdselt tööandja ja töötaja vahel) oma palgast pikaajalise hoolduse riiklikku kindlustusmaksset ning samaaegselt peab igal elanikul olema kohustusliku tervisekindlustuse kõrval ka eraldi pikaajalise hoolduse kindlustus. Iga liidumaa otsustab ise, kuidas riigi poolt makstavaid toetusi kasutada. Luuakse sätted, mille abil reguleeritakse toetusmäärad ja kohustused kõikidele osapooltele, ka teenusepakkujatele. Teenusepakkujad on kohustatud vastutama pakutavate teenuste kvaliteedi eest, kuid liidumaadel paiknevad KOV-id peavad tagama selleks sobiliku infrastruktuuri olemasolu (11).

Teenustest saavad hooldusvajadusega inimesed valida peamiselt kolme erineva toetusvõimaluse vahel (11):

- Rahaline hooldustoetus hoolduse vajajale, mis on peamiselt ette nähtud koduhoolduseks. Saadav rahaline toetus on mõeldud mitteformaalsete hooldajate toetamiseks.
- Mitterahaline koduhooldus, mille raames professionaalne hooldustöötaja külastab regulaarselt hoolduse vajajaid. Teenusepakkujal on leping

kindlustusfirmaga ning abi pakutakse vastavalt abivajaduse raskusastmele.

- Hooldekodude puhul on inimestele tagatud ööpäevaringne hooldamine. Kindlustus tagab hooldamise ja ravi ning sotsiaalse toe vastavalt abivajaduse raskusastmele. Inimesed on kohustatud maksma toitlustuse ja ööbimiskoha eest

Saksamaal on pikaajalises hoolduses ametlikult töötamine reguleeritud kas föderaalvalitsuse või liidumaavalitsuse poolt. Vastava kvalifikatsiooniga töötamiseks tuleb immigrandil esitada enda eelnev töökogemus ja tõendid koolitustest või haridusest, mille järel ametivõimud otsustavad, kas inimene on sobiv antud erialal töötama ja kas tema oskused on piisavad (96). Täiendav immigrantide koolitamine on üheks keskseks praktikaks vajaminevate erialaste ametkohtade täitmiseks. Näiteks töötas 2019. aastal Saksamaal ligikaudu 10 000 hooldajat Bosnia ja Hertsegoviinast, kellest tuhat võttis osa valitsuse poolt toetatud koolitusprogrammidest, et täita haiglates ja hooldekodudes spetsialistidele mõeldud ametikohti. Lisaks pannakse rõhku kohalikele töövahendusfirmadele, mis edastavad otse sobivaid pakkumisi potentsiaalsetele kandidaatidele, hoides sellega tunduvalt kokku aega sobiva töö otsimiseks. Eraldi on loodud ka MYSKILL programm, mis lubab Saksa standarditele mittevastavat kutseharidust omavatel inimestel sooritada teste, et oma oskuseid tõestada (97).

Muutused ja reformid pikaajalises hoolduses

Vähemalt palka, teenuste kvaliteeti ja tööjõupuudust on varasemalt adresseerinud paljud reformid ja erinevad initsiatiivid. Kvaliteedi tõstmiseks on alates 2008. aastast suurendatud järelevalvet (sh etteteatamata inspeksioonid), millega soovitakse tagada seadustele vastav ja kvaliteetne hoolduspakkumine. Lisaks viidi 2017. aastal läbi ka „Hooldaja eriala reformi akt“, millega moderniseeriti hooldajaks õppimise protsessi ja üleüldiselt sooviti valdkonna atraktiivsust tõsta. Finantseerimise tõhusamaks muutmiseks tõsteti riiklik pikaajalise hoolduskindlustuse maksemäär palgast 3,05%-ni (lasteta inimestele lisandub +0,25%), et kanda kulusid täiendavate hüvede pakkumise eest. Lisaks on vahemikus 2008–2019 arvukalt läbi viidud mitteformaalsetele hooldajatele suunatud algatusi ja neile määratud toetusi, mille peamine eesmärk on hoida kulusid stabiilsena nii lühi- kui pikaajalises vaates. Tööjõu tagamise eesmärgil on rakendatud järgnevaid meetmeid (11):

- Föderaalvalitsus on kehtestanud õigusliku aluse hooldustöötajate palgatingimuste parandamiseks. Lisaks on pööratud rohkem tähelepanu välistöajate värbamisele, sõlmides näiteks 2019. aastal spetsiaalseid värbamislepinguid hooldustöötajate leidmiseks Mehhikoga, Filipiinidega ja Kosovoga.
- Mitmed erinevad meetmed on vastu võetud eesmärgiga tõsta töötajate palkasid. Lisaks on tulenevalt 2018. aasta „Hoolduse tööjõu tugevdamise

aktist“ kehtestatud rohkematele koduhooldusteenuse pakkujatele kollektiivlepingud, mis aitavad töötajate ja tööandjate suhet reguleerida ja tagada paremaid töötingimusi.

- Eelnevalt mainitud akti raames nähti ette hooldekodudesse 13 000 uue pikaajalise hoolduse professionaalide töökoha loomist, mille kulud kaetakse kohustusliku tervisekindlustuse fondidest.

„Hoolduse tööjõu tugevdamise akt“ sai ka palju kriitikat, kuna selle raames pöörati tähelepanu ainult hooldekodude töötajatele, kuid unarusse jäeti ambulatoorse ravi ja rehabilitatsiooni pakkumine haiglates. Täiendavalt väljendatakse kriitilist suhtumist valitsuse suunas, kuna jääb ebaselgeks, kuidas ja millises ajaraamis need töökohad luuakse ning kust võetakse inimesed, kes neid töökohti täitma hakkavad (98).

Tööjõud ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

Saksamaal saab pikaajalise hoolduse tagamisel lähitulevikus olema kõige kriitilisemateks väljakutseteks inimeste kõrge omaosaluse vähendamine ja tööjõu tagamine. Inimeste igakuine keskmine omafinantseering 2020. aastal oli hooldekodudes 2015€, mis jagunes: 786€ pikaajalise hoolduse teenuste tarbimise eest; 774€ majutuse ja toitlustuse eest; 455€ investeringutasu, mis aitab katta hooldekodu arenduskulusid. Omafinantseeringu suurenemist põhjustab lisaks teenuste kallinemine, nõudluse kasv ja riiklik soov kaasata hooldajaid tööturule paremate palkade pakkumisega (99). Saksamaal kattis 2017. aastal kõikidest pikaajalise hoolduse kuludest kohustuslik riigipoolne kindlustus 68,1%, erakindlustus 2,5% ning ülejäänud osa tuli maksta hoolduse saajal või ta lähedastel. Juhul, kui inimene ise ei suuda enda kulusid katta, siis tuleb seda teha hooldatava lastel enda säästudest või kinnisvara arvelt (11). Kuna lähedastel on suur finantskohustus, siis 2019. aasta „Lähedaste koormuse vähendamise“ akti tulemusel hakkas 2020. aastast kehtima 100 000€/aastas sissetuleku piir hooldatava lastele. Juhul, kui laste sissetulek jääb alla 100 000€/aastas, ei ole nad enam kohustatud panustama hooldekodu kulude kandmisesse (100).

Samuti esineb probleeme koduhoolduse eest tasumisel ning valdava osa hooldusest viivad läbi mitteformaalsed hooldajad. Suurt toetumist neile näitab ka 2019. aasta hooldusesaajate statistika, kus 4,1 miljonist hooldatavast sai 20% hooldust hooldekodudes ja koduhooldust sai 3,31 miljonit (80%) inimest. Koduhooldus omakorda jagunes kaheks – 2 miljonit said mitteformaalset hooldust lähedastelt ning 1 miljon said koduhooldusteenust.

Pikaajalise hoolduse spetsialistide puudujääk on üheks suuremaks probleemiks, seda eriti hooldekodudes. Seadused sätestavad, et vähemalt 50% hooldekodude töötajatest peavad olema spetsialistid, kuid paljud asutused ei vasta sellele nõudele. Eraettevõtted on sellele vastu, kuna nende arvates suurendaks see tööjõukriisi veelgi. Teisest küljest leitakse, et eraettevõtete kriitika tuleneb kartusest saada vähem kasumit. Lisaks on probleemiks spetsialistide vähene palk – 2017. aastal teenis spetsialist 2744€/kuus ning assistent 1944€ (keskmine 3209€/kuus) (64). Spetsialistideks on valdavalt öed, kellel on

vastav haridus. Assistentid on üldjuhul õdede assistendid ja hooldajad, kes töötavad koduhoolduse pakkumises ja hooldekodudes (101).

Vaadates tööjõuprobleeme erinevate sektorite lõikes, siis koduhoolduses on tööjõuvajadus üks kriitilisemaid. Erinevad organisatsioonid ning eriti linnad ja maapiirkonnad konkureerivad omavahel tööjõu pärast. Linnades esineb omakorda suur konkurents tervishoiu ja pikaajalise hoolduse sektorite vahel. Teiseks liigutakse koduhooldusest üle paremate palkadega haiglatesse või hooldekodudesse. See tekitab suurt tööjõu voolavust, mis kohati on põhjustatud ka kehvast juhtimisest erinevates asutustes ning vähestest arenemisvõimalustest. Täiendavalt on probleemne ka ebarealistlikud ootused koduhoolduses töötavate õdede töökoormusele, mis on ka üheks levinumaks töökohavahetuse põhjuseks (102).

Üleüldised töötingimused pikaajalises hoolduses on Saksamaal kehvad ning hooldajad kannatavad suure psühholoogilise ja füüsilise pinge all. Seda võimendavad veel suur tööjõupuudus ja keerulised töötunnid (vahetustega töö, öine töö, nädalavahetustel töötamine).

2019. aastal läbiviidud uuringu põhjal tunnetasid töötajad, et kõige enam mõjutas neid (64):

- pideva ajasurve all töötamine;
- raske füüsiline töö;
- tunnete varjamine;
- ohverdused pakutava hoolduse kvaliteedis.

Keeruliste töötingimuste ja madalamate palkade tõttu on pikaajalises hoolduses, eelkõige koduhoolduses, tööl immigrandid, kes on peamiselt pärit Ida-Euroopast. COVID-19 kriis tõi esile Saksamaa suutmatuse tagada piisavas mahus kvaliteetset tööjõudu, kuna ajutiste piiride sulgemise tõttu tekkis suur tööjõu puudujääk (64).

Valdava osa immigrantidest moodustavad Kesk- ja Ida-Euroopast (Slovakkias, Poolast ja Rumeeniast) pärit immigrandid. Enamasti on nendeks naised, kes töötavad peamiselt ööpäevaringses koduhoolduses, hooldades ühte või enam vanemaealist. Tüüpiliselt saabutakse riiki vahetuste kaupa 2–12 nädalaks ning tavaliselt jagavad kaks või enam teistest riikidest pärit töötajat vahetusi. Riigis veedetud aja elavad nad hooldatava juures. Välistööjõudu vahendavad ja palkavad peamiselt värbamisagentuurid, kes organiseerivad ka reisi Saksamaale (103).

Hinnanguliselt moodustasid pikaajalise hoolduse tööjõust 12% 2019. aastal välistööjõud. Vahemikus 2012–2015 tõusis välistööjõu osakaal sektoris 28% ning eeldatavasti on see kasvanud ja kasvab ka edaspidi (16). Siiski on keeruline anda hinnangut välistööjõu täpse osakaalu kohta, kuna paljud töötajad on ametlikult registreerimata ja vaba tööjõu liikumise põhimõtte tõttu puudub ülevaade nende riiki sisenemise kohta. Registreerimata töötamine suurendab riski kehvemate töötingimuste tekkeks ega võimalda saada sotsiaalseid hüvesid või täiendavat riigipoolset väljaõpet (103). Lisaks

on Saksamaad kohati kritiseeritud selle eest, et „pigistatakse silm kinni“ odavat ja paindlikku hooldust pakkuvale tööjõu ees, soovides samal ajal mitteametlikult töötamist riigis vähendada (104).

Meetmed pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks

Toetamaks mitteformaalseid hooldajaid, kellele Saksamaa süsteem suurel määral tugineb, pakub riik neile mitmeid erinevaid hüvesid (11):

- õigust hooldamisest puhkust võtta kuni kuus nädalat aastas, mille ajal tagatakse hooldatavale asendushooldus;
- osalist asutusepõhist hooldust raske abivajadusega inimestele, mis võimaldab saada abi öö- või päevahoiuga hooldusasutustes;
- ajutist institutsionaalset hooldust, mida pakutakse raskemate terviseprobleemidega perioodidel või pärast haiglast väljakirjutamist;
- spetsiaalseid voodeid ja muid tarvikud ning kodu kohandamist paremaks hooldamiseks;
- hooldamiskursuseid ja infot mitteformaalsetele hooldajatele;
- lähedastele hooldamisalast nõustamist hooldatava vajadustest sõltuvalt.

Mitteformaalsete hooldajate toetamisega soovib Saksamaa vähendada survet kasvavale tööjõuvajadusele. 2019. aastal töötas ametlikult pikaajalise hoolduse sektoris 1,2 miljonit inimest, kellest hinnanguliselt kaks kolmandikku töötasid osalise tööajaga (11). OECD hinnangul oli asutuspõhise hoolduspakkumisega seotud 593 000 inimest (87). Saksamaa pikaajalist hooldust seostatakse enamasti suure professionaalide puudujäägiga, sest inimeste vajadused kasvavad kiiremini kui seda suudavad sektoris töötavad inimesed pakkuda. Hinnanguliselt on 2030. aastaks sektoris puudu 186 000 täiskohaga töötajat (11). Tööjõuga seoses on üheks probleemiks ka deklareerimata must tööjõud, kes töötavad ööpäevaringsete hooldajatena kodudes. Hinnanguliselt on ligikaudu 180 000–200 000 sellist majapidamist, kus töötab ligikaudu 300 000–350 000 hooldajat. See probleem on omane riikidele, kus hooldamine ja selle nõuded on vähem riigi poolt reguleeritud. Lisaks on suure tõenäosusega hooldajateks immigrandid (16). Probleemiks on ka töötajate kasvav pensionile minek, kuigi uute vastava haridusega töötajate sisenemise tase sektorisse on jäänud stabiilselt samaks (102).

Parandamaks hariduse kättesaadavust ja tõstmaks eriala atraktiivsust, tagab Saksamaa tasuta õppimise kõikides õenduseriala pakkuvates koolides. Lisaks loodi 2020. aastal üldõenduse eriala, mis koondab enda alla varasemalt eraldi seisnud erialad (üldise, geriaatrilise ja pediaatrilise õenduse). Sellega soovitakse pakkuda õdedele erinevaid karjäärivõimalusi, võimaldades neil keskenduda neile sobiva suuna peale ja selle põhjal valida kas haiglas, lastega või vanemaealistega töötamise (1). Peamiselt toimub õpe kolmeaastase kutseõppena, millest kaks aastat moodustab üldõpe ning millele järgnevalt saab valida, kas jätkatakse üldõenduse erialal või spetsialiseeritakse geriaatriale või pediaatriale (105).

Täiendavalt pakutakse Saksamaal õppekavade ühildamist, mis lubab üheaastase õe assistendi koolitusprogrammi läbinutel edasi pürgida õeks saamise suunas. See tähendab, et kolme aastast õenduseriala väljaõppest arvestatakse maha üks aasta. Sellega lühendatakse õpingupikkust kolmelt aastalt kahele, millega soovitakse parandada karjäärivalikuid ja inimeste motivatsiooni (1).

3.3.4 Holland

Sissejuhatus

Hollandi rahvaarv oli 2019. aastal 17,3 miljonit inimest ning 2030. aastaks kasvab see hinnanguliselt 18 miljoni inimeseni. Riigis on märgata kiiret üle 65-aastaste elanike arvu kasvu – 2019. aastal oli neid 3,3 miljonit ehk 19,2% rahvaarvust, kuid 2030. aastaks ennustatakse ligikaudu miljonilist kasvu, ulatudes 4,2 miljonini (23,5% rahvaarvust). Üle 75-aastaste elanike osakaal oli 2019. aastal 8,1% ja ning nad moodustavad 2050. aastal üle poole kõikidest vanemaealistest. Vananemisega seotud probleemid on aktuaalsed eelkõike linnavälistes maapiirkondades, kust noored lahkuvad ja rahvastik kahaneb. Järgneva 15 aasta jooksul on kahaneva rahvaarvuga piirkondades hinnanguliselt üle 30% elanikest vanemad kui 65 aastat, mis esitab suuri väljakutseid piirkondlikuks hoolduse pakkumiseks (11).

Pikaajalise hoolduse korraldus

Holland oli esimene riik, mis tagas 1969. aastal universaalse ligipääsu hooldusele (106). Praegusel ajal kerkib Holland teiste riikide seast esile oma kõrgete kulutustega pikaajalises hoolduses. Hollandit tuuakse tihti pikaajalise hoolduse korraldamise eeskujuriigiks, kuid jätkusuutliku ning kvaliteetse hoolduse tagamisega esineb ka neil tulevikus suuri väljakutseid. Peamised väljakutsed on seotud vananeva rahvastikuga, kasvavate kulutustega ja suure tööjõupuudusega.

Hollandis vastutab pikaajalise hoolduse järelevalve, kvaliteedi ja regulatsioonide eest Tervishoiuministeerium. Ministeeriumi all tegutsevad kolm peamist pikaajalise hooldusega seotud osakonda, mille ülesanded tulenevad vastavatest aktidest: institutsionaalse hoolduse osakond (Pikaajalise hoolduse akt), sotsiaalhoolekande osakond (Sotsiaaltoetuse akt) ja kodus pakutavate õendusteenuste osakond (Tervisekindlustuse akt) (64). Erinevate aktidega kaetakse pikaajalise hooldusega seotud valdkonnad ja nende rahastusskeemid, mis on järgnevad (11):

- Sotsiaaltoetuse akt (WMO) hõlmab inimesi, kellel on vaja erilist abi toimetulekuks ja igapäevaelus osalemiseks ning mis keskendub peamiselt koduhooldusele. Rahastus tuleneb riigieelarvest ning vähesel määral ka hoolduse saajate omaosalusest (2019. aastal alates 19€/kuus).
- Tervisekindlustuse akt (ZVW) katab inimesi, kes vajavad (eri)arstiabi, ravimeid ja toetavaid seadmeid. Rahastamine toimub läbi kohustuslike tervisekindlustuspoliiside, mille eest kõik elanikud peavad maksma.

- Pikaajalise hoolduse akt (WLC) katab inimesi, kes vajavad ööpäevaringset järelevalvet. Rahastus tuleb Pikaajalise Hoolduse Fondist, mis koosneb: riiklikust panusest, sissetulekust sõltuvatest kindlustusmaksetest (maksuameti poolt automaatselt palgast kinnipeetav osa) ja inimeste isiklikust sissetulekupõhisest omaosalusest.

Kogu pikaajalise hoolduse pakkumine läbi erinevate rahastusskeemide on väga keerukas, kuid selle abil on suudetud tagada riigi poolt laialdane teenuste valik. Inimestele on saadaval teenused, mis hõlmavad (sotsiaalseid) tugiteenuseid ja igakülgset tervishoiualast tuge. Sotsiaalse abi raames on tagatud majapidamisteenused, kodukohandused, transport, sotsiaalne tugi ja igapäevased tegevused, samuti päevahoolekanne. Abivajajatele on tagatud üld- ja eriarstiabi, terviseseisundit toetavad seadmed, piirkondlik või ööpäevaringne öendushooldus kodus, hooldekoduteenus, transport, igapäevategevused jt toetavad teenused (11).

Muutused ja reformid pikaajalises hoolduses

Tulenevalt üha kasvavatest pikaajalise hoolduse kuludest viidi 2015. aastal läbi tulevikule orienteeritud suurejooneline reform, mis põhineb Sotsiaalteenuste aktil. Reformil oli neli peamist eesmärki: 1) normatiivne ümberkorraldus; 2) üleminek asutusepõhiselt hoolduselt kodu-/kogukonnapõhisele hooldusele; 3) pikaajalise hoolduse detsentraliseerimine; d) kulude täiendav kokkuhoid (107).

Reformiga sooviti samuti muuta hooldamine kliendikeskseks ning edendada „kodus vananemise“ põhimõtet, mille abil loodetakse pikas perspektiivis kulusid kokku hoida. Võeti selge suund asutusepõhiselt hoolduselt kodu- ja kogukonnapõhisele hooldusele – ehk ainult raskemate terviseprobleemidega inimestel on õigus saada asutusepõhist hooldust. Reformiga pandi suurem kohustus ja rõhuasetus mitteformaalsetele hooldajatele ja nende toetamisele, et vähendada koormust tööjõule. Siiski sai mitteformaalsetele hooldajatele toetumine suure kriitika osaliseks. Kriitikute arvates ülehindas valitsus mitteformaalsete hooldajate kasutamata potentsiaali, mis tõi lähedastele kaasa lisakohustused ja suurendas nende niigi kõrget hoolduskoormust (107).

Detsentraliseerimise ehk kõige suurema muutuse raames anti keskne vastutus KOV-idele, kelle ülesandeks sai sotsiaal- ja koduhooldusteenuste tagamine ning kellele on jäetud „vabad käed“ hoolduse korraldamiseks vastavalt kohaliku piirkonna vajadustele ja võimekusele. Teenuseid tellitakse erasektorilt või MTÜ-delt ehk avalik sektor ei paku teenuseid ning teenuseid osutavad erasektoris töötavad inimesed. Teenuste tagamiseks saavad KOV-id valitsuselt igal aastal kindla summa, millega nad peavad tagama teenuste pakkumise kõikidele abivajajatele (108).

Tööjõu tagamise küsimus muutus reformijärgselt hoolduse keskseks teemaks. Reformi järgselt oli näha mitmeid negatiivseid arenguid (1):

- 2015. aasta reform suurendas KOV-ide rahalisi kohustusi, mis viis hinnaläbirääkimisteni madalamate tariifide saavutamiseks eraettevõtjatega. Lisaks suleti reformi tulemusel paljud hooldekodud ja koondati hooldajaid.
- Vahemikus 2012–2016 vähenes hooldajate arv viiendiku võrra. 2012. aastal oli 10,6 pikaajalise hooldusega seotud töötajat 100 vanemaealise kohta, kuid 2016. aastal oli kõigest 8 töötajat 100 vanemaealise kohta.

Lisaks kannatasid eelkõige koduabi saavad inimesed, kuna nad said vähem tunde teenust või lõppes ajutiselt teatud piirkondades teenuste pakkumine. Paljud inimesed suundusid tööle väljapoole hooldussektorit. Peamised põhjused töölt lahkumiseks ja teise sektorisse suundumiseks põhjuste olulisuse järjekorras (11):

- 1) (ebaõnnestunud) karjäärivõimalused;
- 2) keerukad tööülesanded;
- 3) töökorraldus ja juhtimine;
- 4) tööõhkkond ja koostöö;
- 5) töö sisu;
- 6) sõidukaugus tööle;
- 7) palk ja töötingimused;
- 8) eraasjad;
- 9) lepingu liik ja lepingulised tunnid;
- 10) töötunnid.

2015. aasta reformile järgnenud meetmed on suunatud konkreetselt vanemale elanikkonnale ning puudutavad peamiselt institutsionaalse ja koduhoolduse pakkumise kvaliteeti ja taskukohasust ning (mitteametlikku) tööjõudu. Erinevad meetmed (manifest „Väärikas vananemine“ (2017), programm „Kodus vananemine“ (2018), „Vanemate inimeste hoolduse pakt“ (2018)) käsitlevad teenuste kvaliteeti ja üksildusega võitlemist, kuid rõhku pannakse ka mitteformaalsete hooldajate ja vabatahtlike kaasamisele hooldamisse. 2018. aastal alustati programmi „Töötamine tervishoius“, mis on suunatud hästi haritud tööjõu tagamisele ning mille raames viiakse läbi (11):

- tegevusi pikaajalise hoolduse atraktiivsuse tõstmiseks (nt erinevad kampaaniad);
- töötingimuste parandamine (töö kvaliteet ja töökoha kindluse tõstmine);
- parem haridus ja koolitamine (sh taaskoolitamine ja ümberõpe);
- uudselt töötamine (erinevad koostöövõimalused ja innovatiivsete lahenduste kasutamine, mis võimaldavad vähendada koormust tööjõule ja mitteformaalsetele hooldajatele).

Tööjõud ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

Hollandi tänane pikaajalise hoolduse süsteem toetub suurel määral mitteformaalsetele hooldajatele. Nende arvu suurendamine on olnud poliitiline eesmärk juba 2007. aastast

ning nähakse, et ka tulevikus toetub hooldamine olulisel määral neile (64). Hollandis on mitteformaalse hooldusega seotud hinnanguliselt 5 miljonit inimest, kellest omakorda 830 000 on seotud intensiivse hooldamisega. Professionaalidena sektoris töötavate inimeste suhtarv on 8 inimest 100 üle 65-aastase elaniku kohta (64).

Tööjõu tagamine on üks olulisemaid poliitilisi eesmärke, kuna 2022. aastal on tervishoius ja hoolduses hinnanguliselt täitmata 80 000 töökohta. Varasemate valitsuse hinnangute põhjal ennustati suuremat tööjõuvajadust, kuid näitajat langetati, sest sektorisse lisandus oodatust rohkem uusi liitujaid ning paljud inimesed naasid hooldussektorisse (sh kuna gised õenduse tudengid või eelnevalt karjääri vahetanud) (16). Samas vajadus hooldajate ja õdede järele kasvab, sest valitsuse arvestuste kohaselt tõuseb nõudlus institutsionaalse hoolduse järele 2017. aasta 119 000 voodikoha pealt 2040. aastaks 242 000 voodikohani. Lisaks muudavad olukorra keeruliseks institutsionaalse hoolduse soovijate järjekorrad, mis ulatuvad hinnanguliselt 18 000 inimeseni ja mis pidevalt kasvavad, tulenevalt kohtade puudusest turul (11).

Kõikidelt pikaajalise hoolduse töötajatelt nõutakse keeleoskust ning koolitust või haridust, mis vastaks Hollandi kvalifikatsiooniraamistikule (võrdväärne Euroopa kvalifikatsiooniraamistikuga). Hooldajatel, abistajatel, assistentidel ja erahooldajatel peab olema vähemalt algtase (A2) hollandi keeles ja vastav väljaõpe, mida tuleb tunnistusega tõendada. Õdedelt eeldatakse kõrgharidust ja vähemalt B1 keeletaset (109).

Õdede elukutse atraktiivseks muutmiseks on loodud karjääripõhine arenguvõimalus. Õeks saamiseks tuleb läbida vastavad õpingud regionaalses hariduskeskuses (3–3,5 aastat) või bakalaureuseõpe ülikoolis (4 aastat). Võimalik on jätkata magistriõpinguid ülikoolis, et saada kõrgem kvalifikatsioon, mis võimaldab neil töötada „õenduse spetsialistina“. Süsteem julgustab õdesid sektoris jätkama ning läbima täiendavaid koolitusi oskuste arendamiseks. See võimaldab neil karjääriredelil tõusta, kandideerides spetsiifilisi teadmisi nõudvatele ametitele. Lisaks on oluline roll tervishoiuasutustel, kus õed töötavad ning mis julgustavad edasiõppimist, tagamaks oma piirkonnas vajalikke töökohtade täitmine (110). Koostöös KOV-ide ja valitsusega toetatakse erinevates regionides ka praktikavõimalusi (16).

Tööjõu tagamisel on praegu ja tulevikus veelgi enam olulisel kohal immigrandid, kes 2019. aastal moodustasid 5,7% pikaajalise hoolduse tööjõust. Vahemikus 2010–2017 immigrantide arv pikaajalise hooldusega seotud töötajate seas vähenes, vaatamata reformile ja täiendavatele värbamiskatsetele (16). Arvestades suurenevat vajadust hooldajate järgi välistööjõu osatähtsus aga kasvab.

Hollandis toimub välismaalaste värbamine kahel moel: läbi värbamisettevõtete ja otsevärbamise kaudu hooldust pakkuvate ettevõtete poolt. Peamiselt palgatakse naisi, kes on pärit Poolast või Slovakkias ja omavad kas või väheselgi määral põetamise ja hooldamise kogemust (111). Üleüldiselt otsitakse Euroopa Liidus töölisi hiljuti EL-iga liitunud Ida-Euroopa riikidest. Immigrantide osakaal kasvab eelkõige nende hooldustöötajate seas, kes hooldavad kodus vanemaealisi ööpäevaringselt (LIMC, *live-in*

migrant care) (112). Välistöötajad hooldab enamasti intensiivse abivajadusega vanemaealisi, kellel on näiteks dementsus või Alzheimeri tõi. Neid värvatakse ainult EL-i riikide seast, et nad saaksid perioodiliselt koju naasta. Üheks põhjuseks nende värbamisel on maksumus, kuna kodune hooldaja on tihti hooldekoduga võrreldes odavam. Kuna Hollandis on pikaajalise hoolduse sektoris immigrantide kodumaaga võrreldes kõrged palgad, siis on nad kohati nõus töötama ka madalama palga eest, sest kodumaal on tasu veelgi väiksem (104). Siiski võib täheldada, et esimese generatsiooni immigrantidel on keerulisem leida enda kvalifikatsioonile vastavat tööd, seda kas tulenevalt keeleoskustest või sellest, et välismaal omandatud diplomid ei aktsepteerita (113).

Meetmed pikaajalise hoolduse töötajaprobleemide lahendamiseks

Olulisel kohal on Hollandi soov rakendada innovatiivseid lahendusi, mis aitaksid toetada hooldamist ja vähendada hooldajate koormust. Tehnoloogiate kasutuselevõtu vajadust ja (kulu)efektiivsust hindab Riiklik Tervishoiu Instituut, kes nõustab Tervishoiuministeriumit uudsete lahenduste osas. Ministerium omakorda otsustab, kas ja millises ulatuses neid uusi lahendusi (nt uudsed hooldust toetavad seadmed) rakendada ning kas lisada need saadavate hüvede hulka (108). Töötajavajaduse katmiseks pööratakse lisaks tähelepanu vabatahtlikkusele, kohalikele ühingutele ja uudsetele hooldamismudelitele. Kõige enam on tähelepanu pälvinud Buurtzorgi ehk naabruskonnahooldus, mis sai alguse juba 2006. aastal ning aastate jooksul on selle kasutamine suurenenud. Naabruskonnahoolduse eesmärk oli vähendada ülemäärast bürokraatiat ja hierarhiat hooldajate seas ning luua tähenduslikke (inimesekeskseid) suhteid kliendi ja hooldaja vahel. Tegemist on tunnipõhise hooldamisega, mis aitab efektiivsemalt ja vajaduspõhisemalt rakendada töötajate n-ö isemajandavate tiimide abil, mitte läbi erinevate teenuspakkujate. Isemajandavad tiimid tegutsevad piirkonnapõhiselt ning neil on seitse rolli: 1) keskne roll; 2) majapidaja; 3) informeerija; 4) arendaja; 5) planeerija; 6) tiimimängija; 7) mentor. Erinevate rollide abil tagatakse tiimi toimimine ning rollides saab tiim ise kokku leppida (1). Selle abil on võimalik tiimidel pakkuda paindlikumalt ja soodsamalt kvaliteetset inimesekeskset hooldust võrreldes teiste teenuspakkujatega. 2015. aastal oli Buurtzorgides tööl 8000 öde, kes jaotusid 700 tiimi peale ning hooldasid 2014. aastal 65 000 klienti (114).

3.3.5 Horvaatia

Sissejuhatus

Horvaatias elab ligikaudu neli miljonit inimest (115). Üle 65-aastaste elanike osakaal 2020. aastal on jõudnud 21,3%-ni, võrreldes 2011. aasta rahvaloenduse andmetega, mille kohaselt oli see 17,7%. Horvaatia statistika keskbüroo 2019. aasta andmetel on inimeste oodatav eluiga keskmiselt 78,5 aastat: naistel 81,6 aastat ja meestel 75,4 aastat.

Pikaajalise hoolduse korraldus

Pikaajaline hooldus on peamiselt korraldatud sotsiaalhoolekandesüsteemi raames. Praegu osutatakse seda enamasti hooldusasutustes, kus on ametlike teenuste suur puudus. Ootejärjekorrad maakondlikesse hooldekodudesse on pikad, samas kui erasektori teenusepakkujad on paljudele jälle rahaliselt kättesaamatud. Vastavalt Euroopa elukvaliteedi uuringule kuulub Horvaatia Euroopa kolme suurima omaste-hooldajate arvuga riigi hulka (pärast Itaaliat ja Eestit) (116). Vanemaealiste hooldust osutatakse nii institutsionaalses kui ka mitteinstitutsionaalses (koduses ja kogukonnapõhises) keskkonnas. Formaalselt hooldust osutatakse kas avaliku sektori, eraõiguslike teenusepakkujate või mitteametliku rahastuse kaudu. Lisaks võivad maakonnad, linnad ja omavalitsused rahastada päevakeskusi, koduabiteenuseid ja muid kogukonnanahoolduse vorme, kuigi selliseid teenuseid osutatakse riigis ebahühtlaselt ja enamiku sidusrühmade sõnul on need endiselt märkimisväärselt vähe arenenud. Vanemaealiste mitteformaalne hooldus on korraldatud asendusperekonnas, peretüüpi kodudes (5–20 kasutajat) ja erinevate kogukonnapõhiste teenuste kaudu, nagu koduhooldus, päevakeskused, gerontoloogiakeskused jne (117).

Värsked andmed näitavad, et Horvaatias on kokku 168 vanemaealiste hooldekodu, 2 neist on riiklikud, 45 maakondlikud ja 121 muud ehk erahooldekodud (118). Teenuste kasutajate arv kõigis vanemaealiste hooldekodudes on 16 522 inimest, kellest 155 vanemaealist on majutatud kahte riikliku hooldekodusse. 45 maakondlikus hooldekodus elab 9583 vanemaealist inimest ja 121 mitteriiklikus hooldekodus elab 6784 inimest. 2012. aastal oli koduhoolduse saajaid 15 500 inimest (118).

Koduhooldusteenuseid osutatakse kahel erineval alusel. Ühest küljest saab õigust koduhooldusele ja hooldusravile kasutada kooskõlas sotsiaalhoolekande seaduse sätetega sotsiaalhoolekande keskuse otsuse alusel. Tegemist on vajaduspõhise otsusega (perekonna sissetulek ei tohi ületada 200 eurot pereliikme kohta kuus), mida määratakse ainult neile hooldust vajavatele inimestele, kellele ei suudeta tagada vajalikku hooldust ja abi oma perekonnaringis.

Vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele on Horvaatias olemas määrus, mis käsitleb hooldekodude klassifitseerimise kriteeriumeid. See määrus näeb ette kriteeriumid vanemaealiste hooldekodudele vastavalt pakutavate teenuste liigile, ulatusele ja kvaliteedile, töötajate arvule ja pädevusele, ruumide, seadmete ja varustuse arvule, suurusele, otstarbele ja kvaliteedile. Vastavalt sellele määrusele on vanemaealiste hooldekodud jagatud kolme kategooriasse: esimene, teine ja kolmas kategooria. Otsuse hooldekodule kategooria määramise kohta teeb töö- ja sotsiaalhoolekandeministri määratud ekspertkomisjon. Hooldekodu, kes on hiljem parandanud kasutajale pakutavate teenuste liiki ja kvaliteeti, personali arvu ja pädevust, ruumide, seadmete ja varustuse arvu, suurust, otstarvet ja kvaliteeti, võib taotleda liigitamist kõrgemasse kategooriasse kui see, millesse ta on hetkel liigitatud. Esimese kategooria hooldekodus peab olema sotsiaaltöötaja, kõrgharidusega õed, füsioterapeut, koristaja, ökonomist,

laohoidja, kokad, abikokad teenindajad ja pesijad. Personali arv on reglementeeritud hooldekodus elavate hooldatavate arvuga. Samas kolmanda kategooria hooldekodud ei ole kohustatud tööle võtma füsioterapeuti või tegevusteraapia spetsialisti. Tegevusteraapeudi tööd võib teha ka sotsiaaltöötaja, kes ei ole nende tervishoiuteenuste osutamiseks koolitatud (119).

Horvaatia peab tugevdama kogukonnapõhiste ja kodus osutatavate hooldusteenuste võrgustikku. Horvaatias on EL-i keskmisega võrreldes suhteliselt vähe vanemaealiste hooldustöötajaid ja nende töötingimused on keskmisest kehvemad. Seetõttu on esmatähtis vajaduste prognoosimine, hooldustöötajate värbamine, koolitamine ja hoidmine. Eriti vajalik on reformide läbiviimine, et toetada mitteametlike hooldajate arvu kasvu ja arendada vanemaealistele mitteinstitutionalisi hooldusteenuseid. Mitteametlikud hooldajad vajavad suuremat toetust, muu hulgas ka paindlike töötingimuste, töökaitse ja kaotatud palka kompenseerivate toetuste kaudu. Horvaatia on astunud asjakohaseid samme selles suunas, näiteks Zaželi programmi kaudu. Sellega toetatakse haavatavatesse ühiskonnagruppidesse kuuluvate naiste töölevõtmist, kellest mõned on hakanud vanemaealiste koduhooldajateks (suurendades seeläbi ka koduhoolduse kättesaadavust ja taskukohasust). Viimastel aastatel lubas Horvaatia valitsus sotsiaalhoolekandesüsteemi tööandjate aastas tööle võtta 330 välismaalast, kuid aasta keskpaigaks oli kasutatud vaid näiteks 87 kvooti (120).

Töötajad ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

Kokku töötab hooldekodudes 6690 inimest (sealhulgas direktorid, juhid, professionaalsed töötajad ja haldus- ja tehnilised töötajad). Sellest 63 inimest töötab riiklikes vanemaealiste hooldekodudes, 3850 töötajat maakondlikes vanemaealiste hooldekodudes ja 2778 töötajat eraõiguslikes vanemaealiste hooldekodudes (118). Mitteriiklikes vanemaealiste hooldekodudes töötavad 2129 spetsialisti, kelle hulgas on kõrgharidusega sotsiaaltöötajad, kõrgharidusega õed, füsioterapeudid, tegevusteraapeudid, hooldajad ja muud erialaspetsialistid. Lisaks pakuvad 79 riiklikku ja maakondlikku gerontoloogiakeskust multidistsiplinaarset ambulatoorse tervishoiu teenust vanemaealistele inimestele (121). Töötajate ja hooldatavate suhtarvuks hinnatakse 0,32 (sh avalikes hooldekodudes: 0,34) ja erahooldekodudes 0,29 (16).

Horvaatias töötavast 30 000 õest on umbes 7000 kõrgkooli või ülikooli kutsekvalifikatsiooniga. Horvaatias koosneb õendusharidus keskastme kutseharidusest, millele järgnevad bakalaureuse- ja magistriõpe. Vanemaealiste hooldaja peab osalema praktikast ja teooriast koosneval kursusel 500 tunni ulatuses (kestvus kokku on 3 kuud).

Vanemaealiste inimeste koduhoolduse õigus hõlmab toitlustamist, majapidamist, isikliku hügieeni ja muude igapäevaste vajaduste täitmist. Seda rahastatakse riigieelarvest nende abisaajate puhul, kes vastavad kriteeriumitele, samas ka teisel on võimalik teenust saada, kui nad maksavad selle eest omavahenditest. Samuti rakendatakse lepingute alusel programme "Vanemaealiste koduhooldus" ja

"Vanemaealiste päevahooldus ja koduhooldus", kus töö on suunatud eelkõige vähearenenud piirkondadele, vähem arenenud teenuste ja suure vanemaealiste osakaaluga piirkondadele.

Horvaatia pikaajalise hoolduse jätkuv probleem on, et see on hajutatud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi vahel, mis mõjutab negatiivselt pakutavate teenuste kättesaadavust ja piisavust. Järjekorrad maakondlikesse hooldekodudesse on pikad, samas kui erasektori teenusepakkujad on paljudele rahaliselt kättesaamatud. See suurendab nõudlust institutsionaalsete hooldusvormide järele (122) ja võib suurendada ka omastehooldajate koormust. Horvaatia on üks suuremaid vanemaealiste hoolduskoormusega riike, kus näiteks 24% 50–64-aastastest naistest ja 13% sama vanadest meestest teatasid, et peavad vähemalt mitu korda nädalas hoolitsema vanemaealiste sugulaste eest (123).

2019. aastal moodustas välistöötajad (kolmandate riikide kodanikud) 2% Horvaatia töötavast elanikkonnast ja vähem kui 1% kõigist heakskiidetud töölubadest oli avaliku tervishoiusektori, peamiselt arstide ja õdede jaoks (120). Nagu mõnes teises liikmesriigis, töötab Horvaatias pikaajalise hoolduse sektoris väga vähe immigrante (alla 1%) (16).

Horvaatia parlament võttis vastu aktiivse rändepoliitika aastateks 2013–2015 (ametlik väljaanne nr 27/13), kuigi see ei ole konkreetselt seotud pikaajalise hooldusega. Kehtestatud on töölubade kvoodisüsteem, milles on määratletud tegevused ja ametid, mille jaoks võib sisserändajaid tööle võtta, ning igal aastal väljastatavate töölubade arv. Varasemad andmed näitavad, et kõige rohkem töölobe anti välja Bosnia ja Hertsegoviina kodanikele, millele järgnesid Makedoonia, Hiina, Slovakkia, Itaalia, Serbia, Montenegro, Saksamaa, Sloveenia ja Austria (124). Kvootide süsteem oli jõus kuni 2021. aastani, sest sageli jäid need kvoodid ootamatute sündmuste, näiteks majandus- või tervisekriisi tõttu, täitmata.

Uus välismaalaste seadus jõustus 2021. aasta jaanuaris ja kvoodi-süsteem asendati turutesti süsteemiga. Tööhõiveamet viib enne elamis- ja tööloa taotlemist sise-ministeeriumist läbi tööturutesti (120). Tööturutest peab kinnitama, et riigis ei ole piisavalt Horvaatia või EL-i kodanikke, kes vastavad tööandja nõuetele (120).

Meetmed pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks

On leitud, et koduhooldusprogrammid tõstavad tööhõive määra, kuna läbi nende programmide võetakse tööle uusi hooldajaid. Näiteks töötas 2011. aastal lepingu-põhistes koduhooldusprogrammides vanemaealistele inimestele teenuste osutamisel 1045 inimest, kellest 82% olid naised ja kes kuulusid riiklikult prioriseeritud tööhõivegruppidesse, nagu ilma töökogemuseta noored (7%), pikaajalised töötud (46%) ja üle 50-aastased töötud (18%).

Horvaatias on koduhoolduses välja töötanud spetsiifilised vanemaealiste hoolduse mudelid, mida teised riigid saaksid samuti kasutusele võtta. Näiteks ilma sugulasteta vanemaealised inimesed võetakse teise perekonna poolt hoole alla. Selline teenus on

ametlikult korraldatud ja rahastatud riigieelarvest, kusjuures tasu on seotud individuaalsete hooldusvajadustega. Iga sellist peret toetab sotsiaaltöötaja ja abivajaja võib igal ajal pöörduda lisaks sotsiaaltöötaja poole. Praegu elab Horvaatias umbes 4 500 vanemaealist inimest adoptiivperes. Valitsus soovib, et see arv suureneks, kuid on samas mures hoolduskvaliteedi ja ohutuse tagamise pärast (121).

Horvaatias on välja töötatud spetsiifiline vanemaealiste hooldustöötaja amet, mida nimetatakse *gerontodomačica*. Seda võib tõlkida nagu "vanemaealisi inimesi abistav daam/kodutüdruk", kes abistab oma kliente igapäevaeluga seotud tegevustes ja majapidamistöodes. Selle ameti koolitamiseks on olemas ametlik koolitus- ja kvalifikatsiooniprogramm, mida korraldab Euroopa Liidu poolt tunnustatud vanemaealiste inimeste kaitse ja hoolduse tugikeskus. Vastavalt eeskirjadele peab *gerontodomačica* läbima 160-tunnise praktika- ja teooriakursuse (kokku kestvus 3 kuud) (121).

3.3.6 Austria

Sissejuhatus

Austria rahvaarv on umbes sama suur kui Rootsis: 8,34 miljonit. Austria kogurahvastikust on 19% üle 65-aastased ning 2,6% vanemad kui 85 aastat (125). Demograafilised suundumused näitavad, et aastaks 2040 suureneb üle 65-aastaste elanike osakaal 26%-ni (125). Töötajate/hooldavate hinnanguline suhtarv on koduhoolduses: 0,13 ja hooldekodudes: 0,54 (16).

Pikaajalise hoolduse korraldus

Hoolduskorralduse õigusliku raamistiku loomine on Austrias liidumaade ülesanne, millest tulenevalt on eri liidumaades hooldusvõimalustes suuri erinevusi. Vastavalt riiklikele juhiste peaks iga liidumaa eraldi kindlaks määrama töötajate tehnilise kvalifikatsiooni ja arvu hooldekodudes, kuid samas peavad töötajad olema kvalifitseeritud. Hooldekoduteenuse pakkuja on kohustatud tagama nõuetekohase arstiabi, lähtudes subsidiaarsuse põhimõttest. Piirkondlikult on hooldekodudes erinev arv pikaajalise hoolduse töötajaid. Kõik koduabiliste, õendusabiliste ja sertifitseeritud kõrgema astme hooldustöötajate õigused ja kohustused on aga tagatud tervishoiu- ja haiglaraviseadusega.

Sotsiaal- ja tarbijakaitseministeeriumi tellitud uuring (2005) näitas, et Austrias on 779 pikaajalise hoolduse asutust ja umbes 54 000 pikaajalise hoolduse kohta (126). Suurem osa Austria vanemaealistest inimestest, kes on haiged või puudega või vajavad tuge, saavad siiski nn mobiilseid teenuseid (koduõendus, koduhooldus, koduabi ja mobiilne toitlustamine). Sotsiaaltöötaja või õe poolt pakutav nõustamine toimub tavaliselt hooldatava kodus. Kodune õendusabi ja isikuhooldus on siiski erinevad teenused. Isikuhooldus ja kodune abi loetakse sotsiaalteenusteks ja need on hõlmatud hooldushüvitistega vastavalt föderaalsetele seadustele (*Bundespflegegesetz*) või mõnele

liidumaade poolt kehtestatud seadusele (*Landespflegegesetz*). Neid hüvitisi tuleb kohalikust omavalitsusest taotleda.

Igal liidumaal kohaldatakse erinevat koduhoolduse hinnapoliitikat (127). Suurimad piirkondlikud erinevused on väidetavalt teenuste kvaliteedi osas. Seetõttu on vaja riiklikke standardeid hindamiseks ja hoolduse osutamiseks. Üha enam räägitakse personalipuudusest (128) ja koduhoolduse valdkonnas töötamise pingetest (129): 20% tervishoiutöötajatest kurtis, et nad peavad tegema ületunde, kusjuures tööpäevad kestavad kuni 14 tundi (vastas 27% intervjuueeritud õdedest), samas kui 22% õdedest tundis end emotsionaalselt koormatuna ja 20% füüsiliselt ülekoormatuna.

Töäjõud ja sellega seonduvad probleemid pikaajalises hoolduses

Lisaks institutsionaalses hoolduses töötavatele 49 793 täistööajaga inimesele mobiilses, pool- ja statsionaarses hoolduses ja õenduses, oli Austrias 2020. aasta lõpus lisaks registreeritud 60 123 aktiivset füüsilisest isikliku hooldustöötajat, kes töötavad 24-tunnise hooldajana eramajapidamistes (130). Need on peaaegu eranditult pendelrändajad (131). Osalise tööajaga töötamise suure osakaalu tõttu oli see aga ainult 12 791 täistööaja ekvivalendina. Naiste osakaal hooldustöötajate hulgas jäi vahemikku 92,2% (koduhooldus ja hooldusteenused) kuni 85,7% (institutsionaalne hooldus ja hooldusteenused). Peamiselt on välistöäjõud pärit Rumeeniast ja Slovakiast, kuigi viimastel aastatel on siin toimunud muutusi. Kui 2008. aasta juulis oli peaaegu 80% kõigist Kutsekojas registreeritud hooldustöötajatest pärit Slovakiast ja vaid veidi alla 7% Rumeeniast, siis 2017. aasta lõpuks oli 43% pärit Rumeeniast ja 39% Slovakiast, teiste päritoluriikide hulka kuuluvad Ungari (6%), Horvaatia (5%), Bulgaaria (2%) ja Poola (2%) (132).

Hooldustöö kestel elas välistöäjõud enamasti hooldust vajava inimese majapidamises (*live-in* mudel). Suuremate geograafiliste vahemaade puhul, (nt Rumeeniast või Bulgaariast pärit hooldajate puhul või läänepoolsete provintside hooldusvajadusega inimeste puhul) võivad vahetused mõnikord kesta kaks kuni kolm kuud (132).

Diplomeeritud tervishoiutöötaja (BSc) on lõpetanud kursuse „Tervishoid ja õendusabi“, mis kestab 6 semestrit. Pärast õpinguid on kvalifitseeritud õdedel võimalus keskenduda erikoolitusele nagu näiteks geriaatriline hooldus. Koolituse kestus hooldusassistendi (õendusabiline - *Pflegeassistentz*) ametikohal on üks aasta täiskoormusega või 21 kuud poole kohaga. Samas on võimalik edasi õppida aasta veel ja saada järgmine tase või õendusabitöötaja tunnistus, mis kestab üks aasta täiskoormusega või 21 kuud poole kohaga.

Hooldekodudes töötab ka koduabiline, kelle koolitus on seadusega reguleeritud ja hõlmab 200 tundi teooriat ja 200 tundi praktikat. Koolituse sisuks on näiteks esmaabi, hügieen, farmakoloogia, toitumine ja dietoloogia, ergonoomika ja mobilisatsioon, majapidamine, gerontoloogia ja kommunikatsioon.

Austria on üks neljast EL-i riigist, kus on suurim välistööjõu osakaal pikaajalise hoolduse sektoris (14%) (16). Austrias on umbes üks 20-st pikaajalise hooldusega seotud välisriigist pärit töötajast sisserännanu (5%) ja enamik neist on pärit EL-i riikidest (95%) (16).

Praegu töötab Austrias 60 000 inimest pikaajalises hoolduses, kellest 18 000 on sertifitseeritud hooldustöötajad, 30 000 hooldusabilised ja 12 000 koduabilised. Arvutuste kohaselt vajatakse kuni 2030. aastani täiendavalt 31 400 inimest. Viimastel aastatel on ööpäevaringsest hooldusest saanud kindel osa hooldusmaastikul. 2017. aasta mais sai 24-tunnise hoolduse eest toetust 25 289 inimest, 85 287 inimesel oli isikliku hooldustöötaja kutsetunnistus. Sotsiaalministeeriumi andmetel on enamik neist pärit Slovakkias ja Rumeeniast. Praegu saab viis kuni kuus protsenti kõigist Austrias hooldajatoetust saavatest inimestest ööpäevaringset hooldust (130).

Erinevatel kutsealadel (õed, õendusabilised, sotsiaalhooldajad, koduabilised, sotsiaaltöötajad) on lubatud pakkuda mobiilset teenust. Õe hariduse omandamine kestab 3 aastat ja lõpeb õe diplomiga. Õed peavad oma teadmisi uuendama viie aasta jooksul vähemalt 40 tunni jagu. Koduabiliste koolitust korraldavad tavaliselt koduhooldusteenuseid osutavad organisatsioonid. Täiskoormusega õpe kestab neli kuud (teooria ja praktika kokku 400 tundi), osalise koormusega õpe kestab seitse kuud. Alates 2007. aasta juulist võib samuti seaduslikult pakkuda 24-tunnist hooldust eramajapidamises inimene, kes ei tööta üheski asutuses, kuid ta peab siiski olema töötajana registreeritud. Hooldajatel peab olema sotsiaalkindlustus Austrias või nende päritoluriigis. (131)

Hooldekodudes on Austrias aga umbes 90 000 inimest ning seal töötab umbes 42 000 spetsialisti (umbes 33 200 täiskohaga töötajat) (130). Sotsiaalhooldustöötajad on peamiselt tööle võetud hooldusravi eesmärgil, mitte sotsiaalabi osutamiseks.

Järgnevalt toome välja järgmiste liidumaade pikaajalise hoolduse korralduse kirjelduse.

Burgenland (Burgenländisches Altenwohn- und Pflegeheimgesetz)

Kuni 21 elanikuga hooldekodude puhul peaks hooldusteenistuse juhi töömaht olema 30% täistööaja ekvivalendist (38 tundi). Samuti peaks olema vähemalt üks tervishoiu- ja õendushoolduse alase täieliku väljaõppe saanud inimene, kellel on tõendatud oskused palliatiivses hoolduses ja haava hoolduses ning läbitud hügieenikoolitus. Hooldekodud peavad tagama minimaalse personalitaseme, arvestades elanike hooldusvajadust. Hooldusvajadusega elanike ning hoolduspersonali arvu ja kvalifikatsiooni suhe määratakse kindlaks järgmiselt (133):

- Kuni 36 elanikuga hooldekodudes peab olema üks hooldaja (vanem tervishoiu- ja hooldusteenistus) öövahetuses, või kui hooldaja ei ole vanem tervishoiu- ja hooldusteenistus, siis täiendav „valvekord“, kes on vanem tervishoiu- ja hooldusteenistuse liige.

- 37 kuni 96 elanikuga hooldekodude puhul peaks öösel olema kohal 2 hooldajat, kellest üks peaks olema tervishoiu- ja õendusosalase haridusega.
- Üle 97 elanikuga hooldekodude puhul peaks öösel olema tagatud 3 hooldajat, kellest üks on tervishoiu- ja õendusosalase haridusega.

Kärnteni liidumaa (Kärtner Heimgesetz)

Kärnteni liidumaal on määruses määratletud töötajate arv elanike kohta:

- Hooldekodudes, kus on 12 elanikku, peab olema vähemalt kaks abitöötajat, kelle töökoormus vastab kahele täistööajale ekvivalendile, ja iga täiendava 10 elaniku kohta üks täiendav abitöötaja, kes töötab täiskoormusega.
- Hooldekodudes, kus on 37 ja rohkem elanikku, peab kahel hooldustöötajal, kelle töökoormus vastab täistööajale, olema sertifitseeritud tervishoiu- ja hoolduspersonali kvalifikatsioon. Ülejäänud hoolduspersonalist peab rohkem kui pooltel täistööajale vastavatest töötajatest olema hooldustöötaja või spetsialiseerunud sotsiaalhooldustöötaja kutsekvalifikatsioon, mis on keskendunud tööle vanemaealiste inimestega.
- Kuni 60 voodikohaga hooldekodudes võib 50% täistööajale vastavast hoolduspersonalist olla määratud hooldusjuhile. Hooldekodu juht peab tagama, et vähemalt üks hooldaja igas asutuses on tõendatult läbinud täiendkoolituse elu lõpu hoolduse valdkonnas ning et on olemas inimene, kes on läbinud hügieenialase erikoolituse ja haavahoolduse täiendkoolituse. Hoolduspersonali toetamiseks tuleb vajadusel tagada järelevalve.

Ülem-Austria (Alten- und Pflegeheimverordnung)

Ülem-Austrias peab hooldekoduteenuse osutaja tagama: Kuni 60 elanikuga hooldekodude puhul on vähemalt üks töötaja igapäevaselt valves ja üks töötaja öövahetuses. 60 või enama elanikuga hooldekodudes on vähemalt kaks töötajat öövahetuses ja üks täiendav valvekord väljaspool päevast tööaega (134).

Tirol (Tiroler Heimgesetz)

Vastavalt määrusele peab teenuseosutaja vähem kui 50 inimesega hooldekodude puhul arvestama pakutavate teenuste valikut, elanike arvu ja nende liigitamist hooldusvajaduste osas ning asjakohase hoolduse tagamist. Hooldekodude puhul, kus on üle 50 inimese, vastutab hooldekodu juht majanduslike, haldus-, tehniliste ja personaliküsimuste juhtimise eest. Hooldekodu pidajad usaldavad hooldekodu juhtimise sobivale eksperdile, kellel on õigus teostada tervishoiu ja hoolduse kõrgema astme teenust ja kellel on kutsealane kvalifikatsioon. Seda eksperti nimetatakse ka "õendusabiteenistuse juhiks" (135).

Viin (Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz)

Vastavalt määrusele ei tohi elanike suhtarv vastavalt nende hooldus- ja hooldusvajadustele, sealhulgas hooldus- ja hoolduspersonali arv, langeda allapoole, kus ühe täiskohaga töötava hooldaja kohta on 20 hooldekodu elanikku. Samas hoolduse tasemel 7 peab iga hooldatava kohta olema üks täiskohaga töötav hooldaja (136).

Kokkuvõttes tabelis 2 on esitatud liidumaade vahelised erinevused hooldekodude töötajate arvu osas (137). Killustatus ja iga liidumaa võimalus seadusandlikult enda sees vastavaid norme korrigeerida, on viinud olukorrani, kus pikaajalise hoolduse tase varieerub.

Tabel 2. Töötajate arv liidumaades (täistööaja ekvivalendina)

Liidumaa	Diplomeeritud (BSc) tervishoiutöötajad	Hooldusassistent (kutsealane)	Kodune abiline	Töötajate arv kokku
Burgenland	10,9	10,9	-	21,9
Kärnten	5,9	20,7	3,0	30,1
Alam-Austria	11,1	17,6	5,7	34,4
Ülem-Austria	6,7	23,3	3,3	33,3
Salzburg	9,7	25,3	4,0	39,0
Steiermark	6,4	19,3	6,4	32,2
Tirol	4,6	17,1	11,1	32,7
Voralberg	13,8	18,0	3,1	35,4
Viin	13,7	22,8	9,1	45,7

Töötajate ja teenusesaajate suhtarv on oluline tingimus hoolduse ja töö kvaliteedi seisukohalt ning see mõjutab personalivajadusi. Suhtarvud võivad erineda olenevalt kasutajate vajadustest, kellaajast, ja/või pikaajalise hoolduse töökoha ja keskkonna tüübist (nagu nt Soomes) ning võivad erineda ka riigi sees (näiteks piirkonniti), nagu näiteks Austrias. Austrias on piirkonniti personali suhtarvud järgnevad:

- *Burgenland* – konkreetne mudel, sõltuvalt numbrist, kohtade arvust, igapäevast tundide arvust, päevane/öövahetus;
- *Kärnten* – 1:2,4;
- *Alam-Austria* – sõltuvalt elanike hooldusvajadusest, nt tase 1 (madalaim): 1:20, tase 3: 1:10, tase 7 (kõrgeim): 1:1,4;
- *Ülem-Austria* – sõltuvalt elanike hooldusvajadusest, nt tase 1 (madalaim): 1:24, tase 3: 1:4, tase 7 (kõrgeim): 1:1,5;
- *Steiermark* – sõltuvalt elanike hooldusvajadusest, nt tase 1 (madalaim): 1:12, tase 3: 1:4, tase 7 (kõrgeim): 1:1,2;
- *Tirol* – päeval – sõltuvalt elanike hooldusvajadusest, nt tase 1 (madalaim): 1:10, tase 3: 1:3, tase 7 (kõrgeim): 1:1,9, öösel – 2,75-3,2 töötajat 30 elaniku kohta (tase 3);
- *Viin* - sõltuvalt elanike hooldusvajadusest, nt tase 1 (madalaim): 1:20, tase 3: 1:2, tase 7 (kõrgeim): 1:1.

Meetmed pikaajalise hoolduse tööjõuprobleemide lahendamiseks

Meetodid, mida Austrias on rakendatud tööjõu suutlikkuse suurendamiseks kriisi ajal (138,139):

- tööjõuvõimekuse suurendamine pensionile jäänud hooldustöötajate ja muus sektoris töötavate ametliku väljaõppe saanute poolt;
- inimesed, kellel ei ole ametlikku hooldustöötajate väljaõpet, võiksid teostada toetavaid tegevusi;
- riiklikud ja piirkondlikud valitsused korraldasid lisatoetusi isiklikele hooldajatele (välistööjõule), kes otsustasid jätkata hooldamist pandeemia ajal;
- kaubanduskoda pakkus välistööjõule nõustamisteenust;
- COVID-19 tulemusel loodud veebipõhised tugivõrgustikud hooldekodude töötajatele.

3.3.7 Hooldussektori töötajate suhtarv hooldatavate suhtes valitud riikide näitel

Euroopa Komisjoni raport *"Long-term care: trends, challenges and opportunities in an ageing society"* toob esile Euroopa Liidu riikide pikaajalise hoolduse süsteemide kirjeldused ja statistika koos erinevate hinnangutega tulevikuks (11). Pikaajalise hoolduse süsteemide ülesehitus erineb riikide lõikes ning samuti erineb kogutav statistika. Euroopa Komisjoni raport lähtus saadaolevatest andmetest, mis pärinevad Eurostatist, OECD-st, ja muudest teemakohastest allikatest.

Üldjuhul on pikaajalise hoolduse töötajate arvud hinnangulised ning neid esitatakse eelkõige üle 65-aastaste elanike kohta (11). Euroopa Komisjoni raportis saadi töötajate arv saja üle 65-aastase elaniku kohta järgnevalt: jagati formaalse hooldussektori pikaajalise hoolduse töötajate koguarv üle 65-aastaste elanikega, mis korrutati 100-ga (andmete allikad: OECD, EL-i Tööjõuküsitlused). Antud andmetest ja loogikast lähtudes on raporti põhjal tuletatud hinnanguline hooldustöötajate ja hooldatavate suhtarvud.

Tabel 3. Hooldustöötajate suhtarvud üle 65-aastaste hooldatavate suhtes

	Soome	Rootsi	Saksamaa	Holland	Austria	Horvaatia	Eesti
Rahvaarv (mln)	5,5	10,2	83,2	17,3	8,9	4,1	1,3
≥65a elanike arv (mln)	1,2	2,0	17,9	3,3	1,7	0,8	0,3
Pikaajalise hoolduse töötajate ametlik arv 100 ≥65a kohta	7,6 (kokku 91 200)	12,4 (kokku 248 000)	5,1 (kokku 912 900)	8,0 (kokku 264 000)	4,1 (kokku 69 700)	1,7 (kokku 13 600)	5,4 (kokku 16 200)
Pikaajalise hoolduse teenuse saajad (≥65a)	203 400	203 200	2 964 100	484 900	415 400	239 600	85 100
Tuletatud hooldustöötajate suhtarv ühe ≥65a hooldatava suhtes	0,45	1,22	0,31	0,54	0,16	0,06	0,19

3.4 Praktikad pikaajalise hoolduse tööjõupuuduse vähendamiseks

Tuginedes välismaistele kogemustele ja teaduskirjandusele koondati valik praktikatest, mida on kasutatud, et pikaajalise hoolduse valdkonna tööjõupuudust vähendada. Meetmete valikul tugineti neile, mis leidsid kajastust nii teaduskirjanduses kui teistes dokumentides ning teiste riikide praktikates. Erinevad meetmed kategoriseeriti üldisemate valdkondade alla (nt kõik koolitused, programmid, kursused jms rühmitati „Lühiajalised koolitusprogrammid“ alla). Parimate praktikate kaardistamise eesmärk oli luua ülevaade meetmetest, mis võiksid olla sobilikud, et pikaajalise hoolduse tööjõupuudust leevendada või ennetada. Parimate praktikate kaardistus oli sisend projektis läbiviidavate intervjuude struktureerimiseks.

3.4.1 Lühiajalised koolitusprogrammid

Lühiajaliste koolitusprogrammide all on mõeldud koolitusi ja muid programme, et omandada teatud kvalifikatsiooni. Koolitusprogramme on võimalik kasutada nii kohaliku tööjõu koolitamiseks, kui ka välistööjõu värbamiseks ja koolitamiseks.

Näited. **Austrias** on 4-kuuseid programme, **Soomes** 9-kuuseid hooldusabilise kvalifikatsiooni koolitusprogramme. Peale koolitust on õppur võimeline täitma teatud abistavaid rolle hoolduse pakkumisel. Riik lõi ka TOKASA projekti raames 3,5 aasta pikkuse õenduskraadi programmi välismaalastele, mida viiakse läbi inglise keeles ja milles rõhutakse ka soome keele õpetamisele. Ka teistes riikides leidub programme, mille eesmärk on tasu eest või tasuta pakkuda ingliskeelseid kutsekvalifikatsiooni koolitusi. **Rootsi** lõi abiõe programmi, mille abil sisserändajatele haridusvõimalusi pakkuda – programmid koosnevad nii tööalasest koolitusest kui ka keeleõppest. Aastatel 2011–2015 suutis **Jaapan** koolitamise abil suurendada hooldusvaldkonna tööjõudu 20% võrra. **Taani** lõi aastatel 2019–2021 üle riigi hariduskeskuseid, et laiemalt tervishoiu- ja sotsiaalalast haridust pakkuda. Oma õpilasi toetatakse stipendiumite abil ning neid on aastate jooksul ka suurendatud.

3.4.2 Palgapoliitika ja rahastus

Meetme all on mõeldud nii seda, et pikaajalise hoolduse palgapoliitikat muuta (töötasude tõstmise näol) ning näiteks ka riigimaksude või sotsiaalkindlustuse suurendamine või kehtestamine. Eesmärk on antud valdkonda suurem rahastus tekitada ja seeläbi palgataset tõsta. Riiklikud palgaastmed või palkade miinimummäärade kehtestamine oleks abiks sektorisse tööjõu leidmisel.

Näited. Mitmetes riikides on palgatõus toonud kaasa töötajate suurema värbamise, pikemad ametiajad ja väiksema töötajate voolavuse. **Hollandis** on kasutusel sotsiaalkindlustuse süsteem, mis on leevendanud rahalist survet riiklikule süsteemile.

3.4.3 Rahatšekid

Meetme eesmärk on hoolduse teenuste rahastamisel toetada inimesi nn rahatšekkidega, mille abil nad peavad ise hoolduse tagama. See võimaldaks paindlikumat lähenemist teenustele ja aktiveeriks valdkonnas tegutsevaid inimesi, kes oleksid huvitatud raha teenimisest.

Näited: Rahatšekkide mõte on suunata hoolduskohustus rohkem individuaalsele tasemele. Eeldus on, et inimesed suudavad ise efektiivsemalt hoolduse tagada. **Saksamaalt** pärineb näide, kus tagatakse rahastus, et pikaajaline hooldus tagada individuaalselt.

3.4.4 Uute hooldusvormide (nt teenusmajade ja teiste kooselumudelite) arendamine

Kooselulised mudelid lahendavad nii kodus elamise kui hoolduse tagamise probleemi. Töötajad elavad abivajajatega samas hoones (või lähedal) ja seega hoiavad klientidel pidevalt silma peal, samas hooldatavatel on oma elamine ning säilib iseseisvus. Hooldaja töökoormus väheneb veidi, sest hooldatavad on lähestikku.

Näited: **Saksamaal** ja **Austrias** on levinud mudel, kus hooldaja elab koos perega oma hooldatava juures samas majas. Ka **Soomes**, teistes **Põhjamaades** ning **Hollandis** on teenusmajade mudel levinud. Sisuliselt on tegu hoone või kogukonnaga, kus hooldust vajavad inimesed elavad iseseisvalt, kuid hooldaja on lähedal ja lihtsasti kättesaadav. Teenusmajade mudelid ja põhimõtteid on erinevaid (nt kas hooldatav peab olema piisavalt iseseisev või mitte). Võimalik lahendus ka välistööjõu kaasamisel, kuna eluase on samuti tagatud.

3.4.5 Praktika ja töökohapõhine õpe

Riiklikult toetatakse praktikatel osalemist nii praktikapakkujatele kui ka praktikantidele. Nii näiteks noortel, kes tööelu alles alustavad, kui ka inimestel, kes ümberõppega tegelevad, pole tarvis läbida tasustamata praktikaid. Samas on tööandjatel keeruline praktikaid tasustada, kuna sotsiaalvaldkond on rahalises kitsikuses ning väljaõpe nõuab suurt lisaressurssi. Selle lahendamiseks võiksid sobida riiklikud stipendiumid praktikal osalemiseks nii Eesti kui ka välisriigi tööotsijale. Ka riigi hallatavad hooldusasutused võiksid tasutatud praktikatele rõhku panna.

Näited: **Ühendkuningriik** on kasutusele võtnud praktikaprogrammi, mille abil uusi töötajaid tööle asumisel toetada. **Iirimaa** ja **Inglismaal** on loodud ka regulatsioon, millele tuginedes on võimalik võtta tööle puuduva kvalifikatsiooniga inimesi, keda töötamise ajal koolituste ja praktikate abil harima hakatakse.

3.4.6 Meedia- ja värbamiskampaaniad

Meedia- ja värbamiskampaaniate eesmärk on parandada sotsiaalvaldkonna mainet ning luua positiivne kuvand pikaajalise hoolduse sektorist kui tööandjast. Meedia- ja värbamiskampaaniaid on võimalik luua kahele erinevale sihtgrupile:

Sihtgruppidele, kes ei ole tavapärased hooldustöötajad, et neid tööle meelitada. Teha kampaaniad, mis tõstavad pikaajalise hoolduse tööde ja ametite mainet.

Suunatud kampaaniad välistööjõu sihtriikidesse – sihistatult otsitakse tööjõudu kindlatest riikidest, kust abi võiks ja tahaks saada.

Näited: Meediakampaaniatest on ülemaailmselt väga palju näiteid. **Belgia, Portugal ja Ühendkuningriik** on meediakampaaniate abil püüdnud suurendada hooldussektorisse sisenevate üliõpilaste osakaalu – sektori mainet on püütud muuta atraktiivsemaks. **Norra ja Ühendkuningriik** on suunanud kampaaniaid ka meeste sihtgrupile, et vähendada valdkonna traditsiooniliselt naistekeskset mainet. **Soomes** on tehtud kampaaniaid, et leida tööjõudu Hispaaniast ja Filipiinidelt. Ka **Kanadas** on reklaamkampaaniaid suunatud sihtriikidesse, kust riik sooviks endale hooldajaid leida.

3.4.7 Tehnoloogilised lahendused

Riiklikult tuleks soodustada innovaatiliste lahenduste väljatöötamist hooldussektorile, et tööd lihtsustada. Teadus- ja arendustöö toetamine just tehnoloogiliste lahenduste vallas aitaks hooldussektoril neid kasutada ja seeläbi hoolduskoormust ja tööjõupuudust vähendada. Tagada oleks vaja ajakohane ja täielik infrastruktuur, piisav internetiühendus, aga samas ka piisav teadlikkus lahendusvõimalustest. Probleemiks võib pidada ka seda, et praegune sotsiaalsektori rahastus on suhteliselt jäik ning arvestades sotsiaalteenuste riiklikku tähtsust on vähe ruumi on katsetamiseks ja innovatsiooniks. Samuti oleks oluline, et tehnoloogiate kasutamist toetaks ka haridus.

Näited: Tehnoloogiliste lahenduste näiteid on ülemaailmselt palju ja nende kasutamine pikaajalise hoolduse sektoris on viimasel ajal kasvanud, kuid see on endiselt piiratud rahastamistõkete tõttu, samuti töötajate vähese IT-alase kirjaoskuse tõttu ning ei ole riiklikult eriti toetatud meede. **Kanadas** on loodud ülikooli juurde eraldi organisatsioon, mis tegutseb spetsiifiliselt tehnoloogiliste lahenduste välja töötamisega selleks, et toetada hooldustegevusi. Ka **Austraalias, Norras ja Hollandis** on mitmeid lahendusi loodud. **Eestis** on samuti kasutusel olnud mitmeid innovaatilisi töövahendeid, nagu nt Koduanduri teenus, mille abil on võimalik distantsilt jälgida inimese liikumisaktiivsust ja kodutemperatuuri. Nutika ravimikarbi teenuse abil saab jälgida, kas inimene võtab ravimeid õiges koguses.

4 Intervjuude ja valideerimisseminari tulemused ning analüüs

Projekti raames viidi läbi individuaal- ja fookusrühma intervjuud, et uurida pikaajalise hoolduse teenuseid pakkumatelt või nendega seotud sihtrühmadelt, milline on nende arvates olukord pikaajalise hoolduse töøjõuga, millised on nende reaktsioonid välismaistele ja teaduskirjandusest kogutud praktikatele ning milliseid meetmeid võiks rakendada, et töøjõudu efektiivsemalt tagada ning hoida.

Kokku viidi läbi 20 individuaalintervjuud ning 4 fookusgrupi intervjuud – kokku 37 eksperdiga. Sihtrühmad, keda intervjueriti, olid Sotsiaalkindlustusamet (n=2), erialaorganisatsioonid (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon ning Eesti Puuetega Inimeste Koda) (n=3), Töötukassa (n=1), Haridus- ja Teadusministeerium (n=1), hooldekodud (n=7), kohalike omavalitsuste eksperdid (n=5) ning kohaliku omavalitsuse hallatav asutus, kes pakub teenust (n=1). Kaks fookusgruppi viidi läbi hooldekodude esindajate seas ning kaks KOV-ide esindajate hulgas.

Intervjuude kui ka teaduskirjanduse ja dokumendianalüüsi tulemusel koostati algversioon soovitustest, mida valideeriti seminaril, kus osalesid sotsiaalvaldkonna eksperdid. Ekspertid olid erialaorganisatsioonidest, hoolde- ja erihooldekodudest, KOV-idest, Sotsiaalkindlustusametist, Sotsiaalministeeriumist ning Haridus- ja Teadusministeeriumist. Valideerimisseminari eesmärk oli teada saada, millised tegurid soodustavad ja millised tegurid takistavad koostatud soovitude rakendamist ja kuidas takistavatest teguritest lahti saada.

Järgnevalt esitatakse intervjuude (nii individuaal- kui ka fookusgruppide intervjuud) ja valideerimisseminari tulemused.

Ekspertide sõnul on aktuaalsed kõik pikaajalise hoolduse töøjõudu puudutavad probleemid, mille OSKA2021 raport välja toob. Demograafilised trendid näitavad, et hooldussektori töøjõuvajadus kasvab aastatega oluliselt. Tõdeti, et tunda on suuremat nihet selles, kuidas inimesed töötavad. Huvid ja nõudmised töötamisele on muutumas – aina enam väärtustatakse paindlikke tööviise (nt ise võimalus tööaega valida, osalise koormusega töötada) ning oodatakse kõrgemat palganumbrit – nii nagu ka teiste ametite puhul nagu õpetajad või õed. Palganumber on aga just see, mis pikaajalise hoolduse valdkonna puhul hoiab potentsiaalseid töötajaid eemale.

„Olgem ausad, hoolekandesektoris töötavate inimeste töötasu on tegelikult niivõrd palju madal ja alla igasugust keskmist, nõuded on suured, ootused sellele töötajale on suured, vastutus on suur, et personali liikumine tegelikult on ikkagi väga-väga suur.“

SKA esindaja (intervjuu)

„Nüüd, mis on kindlasti on probleemiks, on töötasu. See on see, mis on kõige suurem pidur terves hoolekandesektoris tegelikult kvalifitseeritud tööjõu leidmiseks.“

Hooldekodu esindaja (intervjuu)

Palgapoliitika on üks olulisematest meetmetest, mis ekspertide sõnul vajab ülevaatamist ja uuendamist. Tegu on poliitilise otsusega ning seetõttu on vajalik riiklikul tasemel jõuda arusaamani, et pikaajaline hooldus nõuab lisarahastust. Küll aga ei toetatud, ega peetud mõistlikuks rahatšekkide kontseptsiooni – toetuste jagamist nii, et ka vastutus hoolduse korraldamiseks langeb inimestele endile. Olulisem on inimese vajaduspõhine toetamine – hooldus peaks olema tagatud vastavalt individuaalsetele vajadustele ja võimalustele, seda tõdesid kõik osapooled. Rahatšekkide lahenduse puhul jääb ka oht, et neid ei kasutata eesmärgipäraselt ning samuti ei lahenda see ekspertide sõnul tööjõupuudust

Ekspertide sõnul on lisaks ebapiisavale palgale probleemne pikaajalise hoolduse valdkonna ametite halb maine, mida meedias kajastatud negatiivsed kogemuslood on rõhutanud. Meedia abil on tekkinud hooldustööst kuvand, et see töö on väga koormav ja ebameeldiv ning on seostatav väga halbade töötingimuste, ebameeldivate tööülesannete ja madala palgaga, kuigi tegelikkuses võib olla olukord palju positiivsem. Valdkonna töö mainet oleks ekspertide sõnul vaja paremini kujundada. Kuid kindlasti on oluline, et ei piirduks vaid mainega, on vajalik, et reaalselt toetataks töötajaid, nt heade töötingimuste, tugiteenuste, supervisiooni, nõustamiste ja muuga.

Kasutamata on jäänud positiivsete sõnumitega kampaaniate ja meetmete potentsiaal. Ekspertid nõustuvad, et võimalusi näiteks toredate kliendilugude ja hooldustöö positiivsete külgede jagamiseks on mitmeid ja kasutada saaks erinevaid kanaleid (nt raadio, sotsiaalmeedia jms). Sihtrühmi, kelleni võiks jõuda, on mitmeid, mistõttu oleks oluline läheneda kommunikatsioonile strateegiliselt ning konkreetsete kokkulepitud ja selgete sõnumitega. Mainekujunduseks võib kaaluda ka teisi lahendusi, nagu näiteks hooldekodude tutvustamiseks mõeldud avatud uste päevad või muudki.

KOV-ide esindajad on aga kriitilised, sest surve KOV-idele abi tagamiseks hooldekande valdkonnas on väga suur ja regioonide eripärade tõttu võib teenusepakkujaid ja töökäsi puudu olla. Probleemiks on ka see, et eelarve võib olla puudulik ning riigipoolne tugi ei ole alati kättesaadav, kuid on ülimalt oluline. Lisaks rahalisele toetusele peavad KOV-ide töötajad oluliseks, et riigipoolsete muudatuste kommunikatsioon võiks toimuda selgemalt ja läbipaistvamalt ning, et nende eksperdid (nii linna- ja vallavalitsuse kui ka volikogude tasandil) võiksid olla rohkem kaasatud. Lisaks eelnevale võiks riik korraldada seminare või infopäevaid ja tagada juhendmaterjale. Kvaliteedinõuete, infomaterjalide ning juhiste väljatöötamisel on kindlasti oluline kaasata ka praktikuid

ja eksperte nii erialaorganisatsioonidest, teenusepakkujate hulgast kui ka hooldustöötajate hulgast

„Tegelikult meil ei ole ressursse, et neid asju niimoodi tagada, nagu riik räägib. Tagajärg võib olla see, et need töötajad, kes täna on, hakkavad ka lahkuma.“

KOV-i esindaja (intervjuu)

„Me oleme altpoolt öelnud, et kui te annate pikaajalisele hooldusele nagu mingi raha, siis palun silt külge, sellepärast, et pärast on see kõik betoonis.“

KOV-i esindaja (intervjuu)

Kõik osapooled hindavad, et kvalifikatsiooninõuded on sotsiaalvaldkonnas väga olulised ja tagavad selle, et tööd tehtaks kvaliteetselt. Kokkuvõttes on probleemne, et tihti ei vasta töötasu kvalifikatsiooninõuetele. Madal palganumber ei tõmba kõrgelt kvalifitseeritud inimesi pikaajalisesse hooldusesse tööle, mistõttu on paratamatult vaja võtta tööle madalamalt kvalifitseeritud inimesi. Selliste töötajate värbamisel tuleb aga arvestada koolitusvajadustega ehk tööandja peab tegema lisainvesteeringuid töötajate koolitamiseks. Samuti võib koolitamise kõrval olla keeruline töötada, kuna töö- ja õppekoormus on korruga väga suur. Oluline on mõelda, kuidas selles olukorras toetada nii tööandjat kui töötajat/õppijat.

Praktikate ja töökohapõhise õppe toetamist ja paindlikku korraldamist peetakse oluliseks lahenduseks, et tutvustada tööd ja selle olemust. Praktikate ja töökohapõhise õppe puhul rõhutati tasustamise olulisust nii juhendajatele kui praktikantidele, aga juhendajate puhul on sama tähtis ka muu tugi – koolituse ja vajaliku aja tagamine, et juhendamist võimalikult edukalt läbi viia ja koormust kontrolli all hoida.

Ka koolituste ja õppeprogrammide pakkumisel on võimalusi arenguks – koolitused võiksid toimuda ekspertide hinnangul paindlikult, mugavalt ja inspireerivalt ehk koolitatavatele sobivas vormis. Koolituste pakkumisel on oluline riigipoolset tuge parandada. Piiratud rahaliste ressursside juures on ainult tööandjale kanda jääv kulutuste koorem liiga suur. Riigipoolse toetuse korral oleks võimalik koolituste läbimist ka kohustuslikuks muuta. Pikaajalises perspektiivis oleks oluline koolitustele kvaliteedialane järelevalve paika panna.

Tulevikuvaates peetakse aga oluliseks, et hooldajate ja hooldatavate suhtarvud saaksid paremini läbi arutletud ning reguleeritud, et vähendada hooldajate töökoormust. Töökoormus on samuti üks probleemidest, mis töötajaid hooldussektorist eemale hoiab, sest ühel hooldajal võib olenevalt olukorrast olla liialt palju kliente, mis võib üle jõu käia.

Hetkeseisuga on teenusepakkujate tagada see, et hooldajaid oleks hooldatavate jaoks piisavalt, kuid praktikad on erinevad, mistõttu on erinevusi kvaliteedis nii teenusepakkujate kui ka regioonide lõikes. Suhtarvude reguleerimise teeb aga keeruliseks see, et peamiselt pakuvad hooldusteenuseid erasektori asutused ning nõude kehtestamisel peaks riik tagama ka rahastuse. Siiani aga rahastusallikat leitud ei ole. Seega kui suhtarvud oleksid reguleeritud ning riigi poolt oleks tagatud ka toetus, võiks leeveneda ka tööjõupuudus. Suhtarvude reguleerimise puhul on aga oluline, et võetaks arvesse nii regionaalseid erinevusi ja võimalusi, aga ka kliendiprofiile – seetõttu peaks regulatsiooni kaalumisel olema kaasatud kõik seotud osapooled (teenusepakkujad, töötajad, erialaorganisatsioonid jt).

Teenusepakkujate ja töötajate jaoks on hooldustöö puhul palju ebakindlust ja segadust, regiooniti ja teenusepakkujate lõikes on kasutusel erinevad praktikad tasustamisel ja töötingimuste tagamisel. Selleks et luua ühtsemad praktikad, aga ka selleks, et tuua selgust vastutamisel ja tagada teenusesaajate võrdne kohtlemine, on ekspertide hinnangul oluline, et vaadataks üle pikaajalise hoolduse teenuste, eriti üldhoolduse rahastusmudel. Rahastusmudeli muudatus võiks tuua kaasa selgust ja usaldust erinevates osapooltes ning lihtsustaks kliendi teenuse teekonda. Üldhoolduse rahastusmudeli muudatust komponendipõhiseks (selgineb, millist osa teenusest tasuvad KOV-id, millist riik ja millist klient) toetasid ka mitmed osapooled, kuid näiteks KOV-ide esindajad on murelikud ning kardavad suurenenud survet nende rahalistele vahenditele. Samas hinnati, et hirme aitaks leevendada läbipaistev kommunikatsioon, parem osapoolte koostöö ja kaasamine, tingimuste ja võimaluste läbirääkimine. Samuti on rahastusmudelite teema juures suur roll ka erasektori hooldekodudel, kes võiksid senisest enam panustada oma süsteemide läbipaistvuse parandamisele.

„Ei saa nõuda kvaliteeti seal, kus raha sisse ei raatsi panna.“

Erialaorganisatsiooni esindaja (intervjuu)

Uute hooldusvormide loomine ja tehnoloogia kasutusele võtmine võiks samuti aidata tagada paremaid töötingimusi ja töökoormust ning teenusesaajate paremat hooldamist. Ekspertidid toetavad uute hooldusvormide kaalumist, nende puhul põhimõtetes kokku leppimist ja nende loomist. Innovaatiliste lahenduste kasutusele võtmine nii hooldusvormide (nt teenusmajad) kui ka tehnoloogiliste seadmete kujul aitaksid edukamalt tagada piisavat abi, samas ära hoides abi- ja toetusvajaduse süvenemist. Mõlema variandi rakendamisel on oluline, et tehakse innovaatilisi, kuid tarkasid ja tulevikku vaatavaid investeeringuid. Riigipoolne tugi ning baastingimuste ja -võimaluste kehtestamine ja kaardistamine on hädavajalik, et teemaga edasi minna. Enne konkreetsete meetmete rakendamist on oluline, et kaardistatud oleksid kohalikud vajadused ja nõudmised, välismaised praktikad ja loodud ka infomaterjale ning

juhendeid, et teemasid laiemalt tutvustada. Oluline on tagada tõendus- ja kogemuspõhiste lahenduste kasutamine.

Suur küsimus on ka see, kuidas sotsiaalvaldkonnas oleks võimalik kasutusele võtta välistööjõudu. Riiklik poliitika on, et soodustatakse pigem ekspertide värbamist – rändepoliitika piirab kolmandatest riikidest inimeste värbamist, sest töötasu ei tohi jääda alla keskmise palga. Seetõttu on oluline riiklikul tasandil kokku leppida hooldussektori jaoks soodsad ning kindlad põhimõtted, mida välistööjõu rakendamisel peaks järgima – tegu on poliitilise prioriteedi küsimusega. Värbamine on praeguste piirangute tõttu keeruline, kuna tavaliselt peab tööandja katma ise ka kulutused nt koolitustele ja keelekursustele – hetkel riigipoolset tuge piisavalt ei ole. Töötajate värbamine, koolitamine, toetamine ja töö hoidmine peaks toimima süsteemselt ja tulevikku vaatava perspektiiviga. Samas tõdevad näiteks eksperdid, et murekohad eestlastest töötajate ja välistööjõu puhul on sarnased – tagama peab sobiva palga ja head töötingimused. Oluline on kaaluda, kas välistööjõu värbamine on mõistlik ja kulutõhusam, kui kohalike värbamine, sest ka Eestis on palju kasutamata tööjõudu. Nõudmised töökohale on nii kohalike kui välistööjõu puhul samad. Ainus erand on enamasti keeleoskus, mis välistööjõu puhul on kõige kriitilisem koolitusvajadus. Osade intervjuueeritavate sõnul võib välistööjõu värbamisel tekkida probleeme, sest olenevalt kogukonnast ei pruugita olla valmis välismaalaste tööletulekuks. Üks KOV-i esindaja sõnus, et ka Ukraina päritolu inimestega, kes Eestisse on sõja tõttu tulnud, on vähesel määral konflikte tekkinud.

„Kui on välis[tööjõud] või mitte välis[tööjõud], seal mitte mingit vahet ei ole, tegelikult lihtsalt asutused peavad mehitama oma meeskonnad. Kui on tark ja kompetentne inimene ja on vastavat eriala õppinud, siis ma arvan, et ei ole mingit erilist vahet, kas ta on seest või väljast.“

KOV-i esindaja (intervjuu)

5 Kokkuvõte ja soovitused

Tuginedes kogu eelneva analüüsi tulemustele ja järeldustele on uuringumeeskond koostanud rahvusvahelise praktika ja ekspertide tagasiside põhjal soovitused pikaajalise hoolduse tööjõu tagamiseks Eestis.

1. SOOVITAME UUENDADA VALDKONNA TÖÖJÕU PALGAPOLIITIKAT JA KEHTESTADA MIINIMUMNÕUDED.

Nii Eestis kui välismaal on üheks suurimaks probleemiks kvalifitseeritud tööjõu leidmisel valdkonda madal palk. Ühiskondlik arusaam, et palkasid oleks vaja tõsta, on olemas, kuid puudu jääb poliitilisest otsustamisest, et rahastust suurendada. Seetõttu on oluline **kaaluda valdkonnas palga miinimummäära kehtestamist riiklikul tasandil** – see peab toimuma erinevate osapoolte, nagu ministeeriumite, allasutuste, erialaorganisatsioonide, teenuseosutajate ja teiste koostöös. Rahastusallikat on aga keeruline leida ning see nõuab suuri pingutusi. Tuleb alustada mõtteviisi muutusest, kus nii riik, teenuse saaja kui ka teenuse osutaja on valmis vastutust võtma. Tähtis on hoida **tulevikku vaatavat, läbimõeldud ja sihtotstarbelist perspektiivi**, et kulutusi parimal moel ja efektiivselt planeerida – see võib kokkuvõttes tulla kulutõhusam, kui pidevalt uute kulutuste tegemine ning tagajärgede likvideerimine. Alternatiivse võimalusena (ja ühtlasi pikemaajalisema protsessina) saaks kogu valdkonna rahastuse suurendamiseks kaaluda hoolduskindlustuse rakendamist, et seeläbi tulevikus hooldussektori palgapoliitikat muuta.

2. SOOVITAME PIKAAJALISE HOOLDUSE VALDKONNA TÖÖTAJATELE TAGADA PAINDLIKKE LÜHIPROGRAMME JA KOOLITUSI.

Pikaajalise hoolduse valdkonnas oleks nii olemasolevatele kui uutele töötajatele oluline **tagada paindlikud lühiõppeprogrammid ja koolitused**. Koolituste puhul peaks arvesse võtma pikaajalise hoolduse valdkonna reguleeritud kvalifikatsioonivajadusi ning et nende läbimine oleks töötajate jaoks mugav ja inspireeriv (töökohal toimuvad koolitused, paindlikud õppimisvormid, sobiva suurusega õppegrupid, sobilik hind, mitme erineva hooldusasutuse töötajatest koosnevad õppegrupid, e-õpe jms). Sealjuures on oluline tagada haridusasutuste omavaheline koostöö ning koostöö riigi, haridusasutuste ja hooldusasutuste vahel. Eristada võiks ka valdkonnas juba töötavatele inimestele suunatud programme ning uute töötajate välja koolitamiseks mõeldud programme. Tähtis on aga **riigipoolne tugi koolituste pakkumisel** – kuigi Töötukassa näol on tugi olemas, jäävad koolituskulud sageli siiski tööandja kanda. Sedavõrd piiratud ressursside juures on piisaval hulgal töötajaid koolitada keeruline. Riikliku toe ja rahastuse korral oleks töötajaid rohkem võimalik koolitustele saata ning osalemine neile kohustuslikuks muuta. Koolitustel osalemist saaks ka siduda motivatsioonipakettidega (nt kõrgem töötasu või muud boonused koolituste läbimisel).

Lisaks koolituste pakkumisele võiks regulaarselt uuendada nimekirja olemasolevatest koolitustest, et lihtsustada nende leidmist ja neil osalemist. Pikaajalise meetmena võiks kaaluda koolituste üle järelevalve sisseviimist, mis aitaks tagada koolituste kvaliteeti.

3. SOOVITAME KOKKU LEPPIDA JA RAKENDADA SOODSAD PÕHIMÕTTED VÄLISTÖÖJÕU VÄRBAMISEL SOTSIAALVALDKONNAS.

Nii kogu Euroopas kui ka Eestis on aktuaalsemalt päevakorras välistööjõu rakendamine pikaajalise hoolduse osutamisel. Riiklik poliitika on, et soodustatakse teadus- ja arendustöötajate, tippspetsialistide ja -juhtide ning ettevõtjate värbamist – rände- poliitika on sotsiaalvaldkonna jaoks pigem piirav, sest kolmandatest riikidest ei ole võimalik alla keskmist palka saavaid töötajaid värvata. Seetõttu on oluline riiklikul tasandil **kokku leppida hooldussektori jaoks soodsad ning kindlad põhimõtted, mida välistööjõu rakendamisel peaks järgima** – tegu on poliitilise prioriteedi küsimusega, kas võimaldada sotsiaalvaldkonna töötajatel teenida ka alla riikliku keskmise palga, nagu pikaajalise hoolduse töötajad teenivad.

Kui Euroopa Liidu tasandil toimub tööranne hõlbustatult, siis peaks kolmandate riikide töötajate puhul leidma võimalusi, kuidas pädevusi ja oskusi ühtlustada, juhul kui välistööjõu kvalifikatsioonis on erisused. Töötajate värbamine, koolitamine, toetamine ja töö hoidmine peaks toimima süsteemselt ja tulevikku vaatava perspektiiviga ning ka töötasud peaksid ka välistööjõu oskustele ja tööülesannetele vastama. Kokku peab leppima ka selles, **mis tasemel peaks välismaalt tulnud inimene tööle asudes keelt oskama** ja kas selle omandamine saaks olla järkjärguline. Samuti peab tagama selle, et koolituste ja toetuse tagamise vastutus ei jääks tööandjale, vaid oleks koordineeritud keskselt riigi poolt.

Samas on tähtis välja selgitada, kas välistööjõu värbamine on mõistlikum ja kulutõhusaim viis tööjõupuuduse leevendamiseks. Oluline on hinnata, kas ka kohaliku elanikkonna seas on kasutamata tööjõudu, sest **nõudmised töökohale** (piisav palk ja koormus, head töötingimused jms) **on nii kohalike töötajate kui ka välistööjõu puhul samad**. Enne teiste meetmete rakendamist ei ole mõistlik välistööjõu värbamisega alustada.

4. SOOVITAME TÄHTSUSTADA TASUSTATUD PRAKTIKATE JA TÖÖKOHAPÕHISE ÕPPE MÕJU POTENTSIAALSE TÖÖJÕU MOTIVEERIMISEL.

Tulenevalt nii rahvusvahelisest kui ka mõningast Eesti kogemusest saab väita, et tasustatud praktikad ning töökohapõhised õppevormid on olnud väga edukad uute töötajate värbamisel. Tavapärane võiks olla see, et **praktika oleks läbitud kahes osas**: esimeses osas ja õpingute alguses võiks õppija läbida tutvumispraktika, mille käigus tekib õppuril mõistmine õpitava eriala kohta, ning teises osas võiks praktika olla juba sisulisem ja toimida koostöös asutuse töötajatega, et õppija saaks ka tegelikku töösse panustada. **Praktikate ja töökohapõhise õppe läbimine peaks olema piisavalt tasustatud nii õppijale kui praktika puhul ka juhendajale**, et ühest küljest motiveerida rohkem

õppimise kõrval ka praktilist kogemust omandama ja teisalt, et praktikandil tekiks juba hea side potentsiaalse töökohaga, kuhu lõpetamise järel tööle minna. Juhendajale on samuti õpetamise eest lisatasu saamine oluline, kuid sama oluline on tagada ka vajalik koolitus ja tugi, et ta oleks pädev praktikante juhendama. Samuti peaks toetama juhendajat töö korraldamisel, et juhendamine ei tekitaks muude tavapärase tööülesannete kõrval lisakoormust. Kuigi praktika tasustamine on hetkel vaid töökoha enda teha ning mitmetes kohtades toimib hästi, peaks vähemalt riigi, sh avalik-õiguslikes ja KOV-ide osalusega hoolekandeesutustes tasustatud praktikad heaks tavaks muutuma ja olema eeskujuks nende korraldamisel, et motiveerida ka teisi hoolekandeesutusi tasustatud praktikaid kehtestama.

5. SOOVITAME TÄHELEPANU PÖÖRATA PIKAAJALISE HOOLDUSE VALDKONNA POPULARISEERIMISELE.

Pikaajalise hoolduse valdkond on lisaks alarahastusele ka alaväärtustatud ja seetõttu ei ole see paljudele atraktiivne töökoht. Pikad, ööpäev kestvad vahetused ja vajadus olla tihti 24/7 kättesaadav ei ole enam paljudele atraktiivne. Meedia käsitleb pikaajalise hoolduse valdkonnas tihti vaid negatiivseid aspekte ning positiivsed kogemused ja lood jäävad tahaplaanile või üldse kajastamata. Meediakanalite (nii raadio-, tele-, sotsiaalmeedia) vahendusel võiks teha **kampaaniaid, mis rõhutaks valdkonna olulisust ja positiivseid külgi**. Muuhulgas võiks tuua näiteid meeldivatest kliendilugudest või toimunud vahvatest üritustest. Osapoolte koostöös võiks kaaluda ka kaasaegse keske infokanali loomist, mille abil pikaajalise hoolduse valdkonna uudiseid, tööpakkumisi, üritusi, kampaaniaid jms avaldada, või olemasolevate ära kasutamist (nt läbi erialaorganisatsioonide), kuid selle kaudu sõnumite edastamisel peab meeles pidama, et info peaks jõudma kindlasti piisavalt laia publikuni, kelleks võivad olla nii gümnaasiumi lõpetavad noored, töötud kui ka vanuses 50+ inimesed. **Sõnumid tuleb esitada selgelt ja konkreetselt ning kooskõlastatult kõigi osapooltega** (erialaorganisatsioonid, teenusepakkujad, töötajad). Oluline on seejuures erinevate osapoolte koostöö, strateegiliste partnerluste arendamine ja inimeselt inimesele jagatud sõnumid (nt vanemaealiselt vanemaealisele). Kuna hooldusasutustel puudub üldiselt võimekus, oskused ja ressursid, et meediakampaaniatega ise tegeleda, oleks oluline, et teema oleks keskselt koordineeritud osapool(t)e poolt, kellel on lisaks pühendumusele olemas valdkondlik pädevus.

Lisaks meediakampaaniatele võib kaaluda ka teisi lähenemisi, milleks võivad olla näiteks avatud uste päevade korraldamist sotsiaalasetustes. See võimaldaks laiemale üldsusele ja huvitatud inimestele tutvustada asutuste tööd ja rõhutada positiivseid sõnumeid. Avatud uste päevade korraldamine võiks olla hea esmase kokkupuute koht nii noortele ja potentsiaalsetele töötajatele, kui ka tulevastele klientidele. Avatud uste päevad võiksid uute hooldusvormide (nt teenusmajade) tutvustamisel olla väga vajalikud.

Küll aga on positiivse maine loomisel oluline, et see käiks käsikäes teiste meetmetega – kampaaniatest ja üritustest üksi ei piisa, vaid tagatud peab olema ka parem töötasu, töötingimused ja tugi.

6. SOOVITAME KOKKU LEPPIDA HOOLDAJATE JA HOOLDAVATE SUHTARVUD.

Probleem, et sotsiaalvaldkonna töötajatel on suur töökoormus, on aastaid olnud aktuaalne. Arvestades, et tööjõupuudus aina süveneb, ei ole murele loomulikku leevendust oodata. Seetõttu oleks ühe lahendusena võimalik kaaluda **hooldajate ja hooldatavate suhtarvude reguleerimist**, mida peetakse tööandjat abistavaks meetmeks ning mis ka välisriikide kogemusel toimunud on. See võiks parandada töötajate töötingimusi ja vähendada kvaliteedierinevusi nii teenusepakkujate kui ka regioonide lõikes. Samas tähendab riiklik suhtarvude reguleerimine ka seda, et **nõuete kehtestamisega peaks kaasnema ka rahaline toetus**, sest suhtarvude reguleerimine iseseisva meetmena tööjõudu valdkonda juurde ei too. Suhtarvude reguleerimisel on oluline arvesse võtta **regionaalseid erinevusi (hajaasustus, linn) teenuste pakkumises ja sihtrühmade (erihoolekande kliendid, dementsusega inimesed, üldhoolduse kliendid jne) lõikes**. Selleks, et nii regionaalseid erinevusi kui ka kliendiprofiile arvesse võtta, on vaja, et suhtarvude reguleerimisel annaksid sisendit kõik seotud osapooled (teenusepakkujad, töötajad, erialaorganisatsioonid jt) – tähtis on kaardistada, millised peaksid olema suhtarvud vastavalt erinevustele, millised on võimalused ja ootused. Suhtarvude reguleerimine aitaks kaasa teenuse osutamisel läbipaistvusele, vähendada hooldajate töökoormust ja muuta töökorraldust selgemaks. Oluline on, et meede toimiks koostöös teiste meetmetega, et sellel ka efekt oleks.

7. SOOVITAME LUUA UUSI HOOLDUSVORME.

Teiste riikide kogemus näitab, et teenusmajad ja teised kooselulised mudelid aitavad kodulähedase hoolduse põhimõtteid järgida samal ajal, kui on tagatud piisav abi ja seeläbi ära hoitud abi- ja toetusvajaduse süvenemine. Positiivsed kodu- ja välismaised kogemused, näited ning selgitustöö soodustavad uute hooldusvormide kasutusele võtmist. Ka Eestis oleks **vaja kokku leppida, mis on uute hooldusvormide, nt teenusmajade rakendamisel peamised põhimõtted ning kuidas neid luua ja kuidas ühendada teiste teenustega (nt ööpäevaringse hooldusega)**. Tähtis on, et uute hooldusvormide puhul lähenetaks inimkeskselt – tagatud peaks olema inimese soovidele ja vajadustele vastav keskkond, elukaaslasega kooselu võimalus, paindlikud reeglid ja ligipääsetavus. Uute hooldusvormide loomisel peaks tegema innovaatilisi, kuid tarkasid ja tulevikku vaatavaid investeeringuid. Sellel teemal on oluline, et oleks tagatud **riigipoolne tugi ja kehtestatud saaksid baastingimused**, enne meetmete rakendamist on tähtis, et kaardistatud oleks kohalikud vajadused ja nõudmised, välismaised praktikad ja seeläbi loodud ka juhendeid. Oluline on tagada ka konkurents ja valikuvõimalus inimestele, et soodustada kliendile sobiva koha leidmist. Kuigi võib olla tavapärane, et uute hooldusvormide kasutusele võtmise juures hoiab inimesi tagasi hirm ja soovimatus oma kodust lahkuda, siis mõttemaailma muudatuse juures on

oluline roll just positiivsete praktikate võimendamisel ja kampaaniameetmetel – uute hooldusvormidega tutvumine kohapeal käies aitaks luua meeldivat kuvandit ja hirmu vähendada.

8. SOOVITAME SENISEST ENAM PANUSTADA PIKAAJALISE HOOLDUSE OSUTAMISE KVALITEEDI PARANDAMISSE JA PRAKTIKATE ÜHTLUSTAMISSE.

Töötingimustes ja -tasudes, töötajate ülekoormuses ning kvaliteedis tekitab erinevusi ka see, et teenusepakkujatel ning erinevates regioonides on erinevad arusaamad kvaliteedist ning pikaajalise hoolduse raames osutavatest teenustest Erihoolekanne on eeskujulik näide – olemas on kvaliteedinõuded ja mitmeid juhiseid, mida peetakse abistavaks ja oluliseks. Ka pikaajalise hoolduse teenuste puhul võiks **riiklikult tasemelt**, kus on selge suund ja arusaam pikaajalise hoolduse põhimõtetest ja kvaliteedinõuetest, **tulla** kvaliteedijuhiseid, täpsustatud **nõuded teenuste eesmärkidele ja nende sisule** (sh tegevustele, mis on vajalikud teenuste eesmärkide saavutamiseks), **infomaterjali ja toetavaid meetmeid** (nt koolituspäevi, loenguid, kirjalikke materjale) kohalikele omavalitsustele ja teenusepakkujatele, et toetada ja selgitada valdkonna ning teenuste pakkumise eripärasid ja nõudeid sellele. Kvaliteeti aitaks tagada ja praktikaid ühtlustada **riiklikult tasandilt tulevate nõuete kehtestamisega**, nt kohustuslike koolituste läbimiseks, hindamiseks ja järelevalve tagamisega. Samas on **kvaliteediraamistike väljatöötamisel oluline kaasata praktikuid** (erialaorganisatsioone, teenusepakkujaid ja töötajaid), et nõudmised oleksid realistlikud ja mitte liialt koormavad. Nagu on olemas sotsiaalvaldkonna juhtide erialaorganisatsioon Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukoda (ESJN), võiks kaaluda ka sotsiaalvaldkonna töötajate esindusorganisatsiooni loomist, kes muuhulgas võiksid panustada kvaliteediraamistike välja töötamisele. Koostöö nii asutuste üleselt kui ka nende endi sees on oluline, et jõuda ühtsete praktikateni.

9. SOOVITAME MUUTA PIKAAJALISE HOOLDUSE TEENUSTE OSUTAMISE RAHASTUST.

Pikaajalise hoolduse teenuste rahastusmudeli muutmine on teema, mis vajab ekspertide sõnul ülevaatamist, et aidata luua selgust kohustustes – milline osapool, miks, kui palju ja mille eest tasuma peaks teenuste osutamisel. Hetkel on rahastuspraktikad teenusepakkujate lõikes erinevad ning see tekitab segadust nii klientides, pereliikmetes, riigi- ja KOV-i ametnikes kui teisteski. Rahastusmudeli muudatus võiks kaasa tuua ka rohkem usaldustunnet, kui riigi- ja kohaliku omavalitsuse poolset toetust tunnetatakse rohkem, ja julgustunnet, et vajadusel abi küsida. Lisaks sellele aitaks rahastusmudeli selgemaks muutmine paika panna kindla teenuseteekonna ja lihtsustaks selle kommunikeerimist. Oluline ongi, et süsteemi muutmisega käiks kaasas ka läbipaistev ja efektiivne kommunikatsioon, et muudatustest rääkida ja olukord selgemaks muuta. Riigi tasandil on juba plaani võetud üldhoolduse rahastusmudeli muutmine komponendipõhiseks ehk kinnitatakse ära, millise osa üldhoolduse maksumusest tasuvad KOV-id, millise osa riik ja millise

teenusesaajad. Samuti on valdkonna ekspertide hinnangul oluline, et seotud osapooled oleksid rohkem kaasatud, nende arvamusi oleks arvesse võetud ja uuritud ning et kaalutud oleks ka muid võimalikke alternatiive ning põhimõtteid, kuidas täpselt komponente sisustada (nt võiks riigipoolne tugi olla koolituste tagamisel või olmetingimuste parandamisel). Teenusepakkujad saavad panustada sellesse, et nende rahastusmudelid oleksid läbipaistvad ja teenusesaajale lihtsalt hoomatavad.

10. SOOVITAME TOETADA TEHNOLOOGILISTE TÖÖVAHENDITE KASUTUSELE VÕTMIST JA TÖÖS HOIDMIST.

Nii Eesti kui ka teiste riikide kogemused näitavad, et teatud tehnoloogiliste lahenduste (nt andurid, jälgimisseadmed, ravimite meeldetuletused, dokumenteerimisprogrammid jms) kasutusele võtmine võib edukalt leevendada töötajate töökoormust ning samuti on nende järele ekspertide sõnul reaalne kriitiline vajadus. Ka tööandjad ja töötajad on pigem positiivselt meelestatud ja motiveeritud uusi lahendusi proovima, kuid pigem ettevaatlikult peab tutvustama tehnoloogilisi lahendusi vanemaealistele ja peredele, kes võivad seadmetesse skeptiliselt suhtuda. Kuigi valmidus tehnoloogiat rohkem kasutada on pigem kõrge, on regiooniti puudu teadmistest konkreetsete lahenduste kohta ja võimalustest neid hankida, sest seadmete soetamine on tihti liiga kulukas. Lisaks on suur probleem, et kiire ja ligipääsetav internet ei ole kõikjal siiani kättesaadav, mis seab suured piirangud tehnoloogiliste lahenduste kasutamisele. Seetõttu on oluline, et **riik toetaks interneti leviala parandamist ja välja töötataks jätkusuutlik toetussüsteem tehnoloogiliste töövahendite ostmiseks ning nende töös hoidmiseks**. Toetussüsteemi detailne ülesehitus (nt kas KOV-i või riigipoolne tsentraalne otsetoetus, tsentraalne seadmete hankimine) on vaja koostöös osapooltega paika panna. Selleks, et mõista, millised tehnoloogilisi lahendusi toetada, mis on kasutajasõbralikud ja lihtsad ning sobilikud, **oleks vaja uuringu abil kaardistada usaldusväärseid ja tõenduspõhiseid võimalusi**. Selle teemalise info kättesaadavust võiks tagada riik, kuid töövahendite kasutamise valiku peaks siiski tegema teenuseosutaja oma vajadusi arvestades ning pidades silmas, et ka ühe maakonna piires võivad soovid ja võimalused oluliselt erineda. Soodustada võiks ka kohalike kogemuste jagamist – mis on töötanud, mis mitte – läbi infopäevade või koolituste. Oluline on, et tehnoloogiate kasutamisele eelneks ka vastav koolitus ja et ka tasemeõppes muutuks IT- ja tehnoloogiaalane haridus prioriteetsemaks.

KOKKUVÕTTES on oluline, et meetmed käiksid käsikäes ja täiendaksid üksteist. Nii teaduskirjanduse seisukohad, rahvusvaheline kogemus kui ekspertide hinnangud viitavad sellele, et pikaajalise hoolduse tööjõupuudus vajad strateegilist ja laiapõhjalist lähenemist, mille puhul peaksid erinevad meetmed täiendama üksteist. **Oluline on, et pikaajalise hoolduse tööjõu probleemidega tegelemisel hoitaks pikaajagset, ettevaatavat perspektiivi ja strateegiat, mis käsitleks teemat inimkeskselt ja paindlikult, samal ajal innovaatilisi võimalusi soodustades ja nii eksperte kui ka töötajaid endid kaasates ning erinevaid meetmeid koostoimeliselt rakendades.**

Kasutatud kirjandus

1. OECD. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. OECD; 2020. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en
2. Borshch V, Shchur R, Chuvakov O. Motivation and Stimulation Mechanism of Medical Staff in Developing Countries: Main Challenges and Ways of It's Improving in Ukraine. Baltic Journal of Economic Studies. 2018;4(4):56–61.
3. ESTA. ESTA töö- ja palgatingimuste uuringu kokkuvõte. Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon; 2018. https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2018/10/Uuringu_kokkuvote_2018_04.10.2018.pdf.
4. Dubois H, Leoncikas T, Molinuevo D, Wilkens M. Public services. Long-term care workforce: Employment and working conditions. Luxembourg: Eurofound; 2020. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20028en.pdf
5. Lamura G, Barbabella F, Chiatti C, Di Rosa M. Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options. 2013. https://www.researchgate.net/publication/258859028_Migrant_long-term_care_work_in_the_European_Union_Opportunities_challenges_and_main_policy_options
6. Bugarszki Z, Medar M, Ewijk JP van, Wilken JP, Narusson D, Saia K, et al., toimetajad. Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks riikide praktikate alusel: lõppraport. Tallinn: Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste instituut; 2016.
7. Jöers-Türn K, Leoma R. Tulevikuvaade töäjõu- ja oskuste vajadusele: Sotsiaaltöö valdkond. Kutsekoda SA; 2016.
8. Riigikontroll. Esmatähtsate avalike teenuste tulevik - Riigikontrolli aastaaruanne Riigikogule, 2020.
9. Pihl K, Krusell S. Sotsiaaltöö: 2021. a uuring. Tallinn: OSKA Kutsekoda; 2022.
10. Pihl K, Krusell S. Tulevikuvaade töäjõu- ja oskuste vajadusele: sotsiaaltöö. Uuringu lühiaruanne. Tallinn: SA Kutsekoda. https://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2017/01/OSKA_sotsiaaltoouuringuaruanne_terviktekst_2021.pdf
11. Euroopa Komisjon. Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles. Publications Office of the European Union; 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
12. Spasova S, Baeten R, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN). European Commission; 2018.
13. Masso M, Paat-Ahi G, Kiissel A, Purge P. Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus; 2021.

14. Lampre F, Stevenson D, Leser M, Horecky J, Mattersberger M. Long-term care 2030. European Ageing Network; 2018.
15. Haljasmets K, Pedjasaar M, Kaldmaa K, Tarto L, Pedjasaar V, Salu J. Pikaajalise hoolduse tulevik. Arenguseirekeskus. 2021. <https://arenguseire.ee/uurimissuunad/pikaajalise-hoolduse-tulevik/>
16. Eurofound. Long-term care workforce: Employment and working conditions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20028en.pdf
17. Almendrala A. 'It hurts our soul': Nursing home workers struggle with thankless position. Kaiser Health. 2020. <https://californiahealthline.org/news/it-hurts-our-soul-nursing-home-workers-struggle-with-thankless-position>
18. Lyons A. Coronavirus has completely upended the lives of caregivers.. Courier. 2020. <https://couriernewsroom.com/2020/04/30/coronavirus-upended-caregivers/>
19. Quinton S. Staffing nursing homes was hard before the pandemic. Now it's even tougher. Stateline. 2020. <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/blogs/stateline/2020/05/18/staffing-nursing-homes-was-hard-before-the-pandemic-now-its-even-tougher>
20. Woods B. Home health-care workers in US at tipping point amid coronavirus outbreak. CNBC. 2020. <https://www.cnbc.com/2020/04/14/home-health-care-workers-at-tipping-point-amid-coronavirus-outbreak.htm>
21. Scales K, Grant R. Nursing assistants have training standards for a reason. PHI. 2020. <https://phinational.org/nursing-assistants-have-training-standards-for-a-reason/>
22. Gurtler S. The ethical dimension of work: A feminist perspective. Hypatica. 2005;
23. Eckenwiler L. Women on the move: Long-term care, migrant women, and global justice. Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2011;
24. Scales K. Envisioning the future of home care: Trends and opportunities in workforce policy and practice. PHI. 2019; <https://phinational.org/resource/envisioning-the-future-of-home-care-trends-and-opportunities-in-workforce-policy-and-practice/>
25. Lepore MJ. Care workers' motivations for employment in long-term care, assisted living, and particular facilities: Reconciling inconsistent values. Georgia State University; 2008. https://scholarworks.gsu.edu/sociology_diss/34
26. Khimm S, Strickler L. The government counts 26,000 COVID-19 deaths in nursing homes. That's at least 14,000 deaths too low. NBC News. 2020. <https://www.nbcnews.com/health/health-news/government-counts-26-000-covid-19-deaths-nursing-homes-s-n1221496>
27. Stone RI, Bryant NS. The future of the home care workforce: Training and supporting aides as members of home-based care teams. Journal of the American Geriatrics Society. 2019;
28. Drake A. Direct care work is real work: Elevating the role of the direct care worker. PHI. 2020;

29. Scales K. Leveraging technology to support—not supplant—the home care workforce. Health Affairs Blog. 2019. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190805.54553/full/>
30. Burchell B, Hardy V, Rubery J, Smith M. A new method to understand occupational gender segregation in European labour markets. European Commission; 2014.
31. OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD; 2011. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page192
32. Lamura G, Chiatti C, Barbabella F, Di Rosa M, European Commission, Directorate-General for Employment SA and I, et al. Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies: Germany, 23-24 October 2013. Luxembourg: Publications Office; 2014. <http://dx.publications.europa.eu/0.2767/91049>
33. Spencer S, Martin S, Bourgeault IL, O'Shea E. The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States. International Organization for Migration; 2010. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs41.pdf>
34. Social Protection Committee, European Commission. 2021 Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Luxembourg; 2021. <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2021/07/KE-09-21-202-EN-N-1.pdf>
35. Yeatts DE, Cready C, Ray B, DeWitt A, Queen C. Self-Managed Work Teams in Nursing Homes: Implementing and Empowering Nurse Aide Teams. Gerontologist. 2004;44(2):256–61.
36. CanAssist. Vision, Mission and Goals. 2016. <https://www.canassist.ca/EN/main/about-us/vision-mission-and-goals.html>
37. Moio K. Long-term Care Workforce Development Final Report, 2019 Budget proviso ESHB 1109 Nursing Care Quality Assurance Commission. Washington DC, US: Washington State Department of Health; 2021.
38. Dyer SM, Valeri M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, et al. Research Paper 2 – Review of International Systems of Long-term Care of Older People. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. 2019. <https://agedcare.royalcommission.gov.au/publications/research-paper-2-review-international-systems-long-term-care-older-people>
39. Aaben L, Paat-Ahi G, Nurm Ü. Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise mõju hindamise raamistik. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2017.
40. Toots A, Malmstein R. COVID kui võimaluste aken pikaajalise hoolduse reformile. Sotsiaaltöö. 2020;3. <https://tai.ee/et/sotsiaaltoe/covid-kui-voimaluste-aken-pikaajalise-hoolduse-reformile>
41. Aavik-Märtmaa G. Teekond katsetustest rakendatava mudelini. Sotsiaaltöö korraldus. Sotsiaaltöö. 2020;1.
42. Kupper K. Uued algatused hoolekandes. Sotsiaaltöö korraldus. Sotsiaaltöö. 2018;3.

43. Luide U. Hoolduse koordineerimine – pilootprojekt ja riiklik mudel. Sotsiaalministeerium; 2019.
44. Sotsiaalkindlustusamet. Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses. Pilootprojekti kirjeldus. Sotsiaalkindlustusamet; 2020.
https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/contenteditors/Erihoolekanne/liga_2._pilotprojekti_kirjeldus.pdf
45. Riigikantselei, Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium. KOV koostöövõimaluste mõjude analüüs pikaajaliste hooldusteenuste korraldamisel. 2021.
46. Vana T. Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks. Sotsiaalministeerium; 2013.
https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/sotsiaalteenuste_kvaliteet_uuringu_l6pparuanne.pdf
47. World Bank. Reducing the Burden of Care in Estonia: Interim Report. 2017.
48. European Commission, Economic Policy Committee. The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. European Commission; 2015.
49. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ. Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents: A Literature Review. Med Care Res Rev. 2010;
50. World Health Organization. Innovation in deinstitutionalization. 2014.
http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/
51. Shen GC, Snowden LR. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. Int J Ment Health Syst. 2014;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253>
52. Mulheir G. Ending Institutionalisation An analysis of the financing of the deinstitutionalisation process in Bulgaria. Lumos. 2015;
https://wearelumos.org/sites/default/files/Finance_B_G_online_final_2.pdf 26.
53. Paat-Ahi G, Purge P, Tillemann K, Randväli A. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2021. https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/05/Erivajadustega-inimeste-abivajaduse-hindamine-ja-teenuste-osutamine_lo%CC%83ppraport_10.02.pdf
54. Luus J. Miks me vajame erialase ettevalmistusega hooldustöötajaid? Sotsiaaltöö. 2021;1.
<https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/miks-me-vajame-erialase-ettevalmistusega-hooldustootajaid>
55. Tartu Tervishoiu Kõrgkool. Hooldustöötaja. Tartu Tervishoiu Kõrgkool.
<https://www.nooruse.ee/oppimine/kutseope/hooldustootaja/>
56. Sotsiaalhoolekande seadus. RT I, 07.06.2022, 6; 2022.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/123082019013?leiaKehtiv>
57. EPSCO. Future of Work: Making It eEasy. EPSCO; 2017. <https://www.eu2017.ee/political-meetings/future-work-making-it-e-easy>

58. Drell A, Arm A, Rutus R. Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Riigikontroll; 2021.
<http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>
59. Paat-Ahi G, Masso M. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care – Estonia. European Commission; 2018.
60. Sotsiaalministeerium. Heaolu arengukava 2016–2023. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2016.
https://www.sm.ee/heaolu-arengukava-2016-2023?view_instance=0¤t_page=1&sort_property=0&sort_direction=asc
61. Sotsiaalministeerium. Heaolu arengukava 2023-2030. 2022. <https://www.sm.ee/heaolu-arengukava-2023-2030>
62. Kröger T. Looking for the Easy Way Out: Demographic Panic and the Twists and Turns of Long-Term Care Policy in Finland. Jing T kui, Kuhnle S, Pan Y, Chen S, toimetajad. Aging Welfare and Social Policy: China and the Nordic Countries in Comparative Perspective. Springer International Publishing; 2019. (International Perspectives on Aging).
https://doi.org/10.1007/978-3-030-10895-3_6
63. Anttonen A, Karsio O. Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. Journal of Social Service Research. 2016;42.
<https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>
64. Ylinen T, Ylinen V, Kalliomaa-Puha L, Ylinen S. Mechanisms of Coordination between healthcare policy and other public policy sectors to speed up the response to the Coronavirus crises: Finland. 2021; <https://digital.csic.es/handle/10261/227266>
65. Salin S, Laaksonen H. Management of Nursing Homes and Sheltered Housing in Finland. 2018;
66. Finnish Institute for Health and Welfare. Ageing policy - THL.
<https://thl.fi/en/web/ageing/ageing-policy>
67. Finnish Institute for Health and Welfare. Home Care 2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>
68. Association of Finnish Municipalities. Finnish municipalities and regions.
<https://www.localfinland.fi/finnish-municipalities-and-regions>
69. Soome Valitsus. Reform of healthcare, social welfare and rescue services.
<https://soteuudistus.fi/en/frontpage>
70. Soome Sotsiaal -ja Tervishoiuministeerium. Personnel sizing in enhanced service housing and long-term institutional care for the elderly. <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus>
71. Kangas O, Kalliomaa-Puha L. Finland: Follow-up on the increase in the nurse-client ratio in the long-term care system. Brüssel: Euroopa Komisjon; 2021. (ESPN Flash Report 2021/62).
<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23368&langId=en>

72. Kalliomaa-Puha L, Kangas O. Finland to improve the quality of long-term care by increasing the number of nurses per patient. Brüssel: Euroopa Komisjon; 2021. (ESPN Flash Report 2021/13). <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23368&langId=en>
73. Yle News. Expert: Finland needs 30k more healthcare workers by 2030. 2021. <https://yle.fi/news/3-11782213>
74. The Finnish Union of Practical Nurses. Practical nurse's education, training and registration. <https://www.superliitto.fi/in-english/practical-nurse-training/>
75. Statista. Number of practicing nurses employed in Finland from 2004 to 2018. Statista. 2022. <https://www.statista.com/statistics/463428/practicing-nurses-employment-in-finland/>
76. Soome Sotsiaal -ja Tervishoiuiministerium. National Programme on Ageing 2030 : For an age-competent Finland. 2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162596>
77. Yle News. The number of applicants for nursing studies is falling by the thousands as the sector treads from crisis to crisis - the reputation of education has also suffered. 2020. <https://yle.fi/uutiset/3-11195636>
78. Euroopa Komisjon. Bottleneck Vacancies in Finland. 2014. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12652&langId=en>
79. Yle News. Union „worried“ about surge in social and health care temps. 2020. <https://yle.fi/news/3-11528281>
80. Näre L, Cleland Silva T. The global bases of inequality regimes: the case of international nurse recruitment. Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal. 2020; <https://doi.org/10.1108/EDI-02-2020-0039>
81. Nord News. Nord News. 2021. <https://nord.news/2021/08/10/new-degree-program-for-immigrants-aims-to-solve-finlands-nursing-shortage/>
82. Nord News. The Association of Nurses criticizes efforts to recruit Filipino nurses. 2021. <https://nord.news/2021/08/29/the-association-of-nurses-criticizes-efforts-to-recruit-filipino-nurses/>
83. Yle News. Filipino nurses undervalued, underpaid in Finland. 2019. https://yle.fi/uutiset/osasto/news/filipino_nurses_undervalued_underpaid_in_finland/10750592
84. Meinow B, Wastesson JW, Kåreholt I, Kelfve S. Long-Term Care Use During the Last 2 Years of Life in Sweden: Implications for Policy to Address Increased Population Aging. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020300281>
85. Meagher G, Szebehely M. Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences. Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts. 2013.
86. Schön P, Heap J. ESPN thematic report on challenges in long-term care: Sweden. European Commission, Brussels. 2018; <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19870&langId=en>

87. OECD. OECD Statistics. Long-Term Care Resources and Utilisation. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
88. Socialstyrelsen. Statistical Database, Health Care Practitioners. Socialstyrelsen. 2022. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val_eng.aspx
89. OECD. Ageing and long-term care - Figure 10.19. Long-term care workers per 100 people aged 65 and over, 2011 and 2019 (or nearest year). OECD; 2021.
90. Simmons C, Rodrigues R, Szebehely M. Working conditions in the long-term care sector: A comparative study of migrant and native workers in Austria and Sweden. Health & Social Care in the Community. 2021; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13657>
91. Nordic Labour Journal. Swedish assistant nurses want higher status through legal recognition – Nordic Labour Journal. 2020. <http://www.nordiclaborjournal.org/i-fokus/in-focus-2020/article.2020-02-16.0943649321/article.2020-02-16.1137073218>
92. Stranz A, Szebehely M. Organizational trends impacting on everyday realities. Routledge Handbooks Online; 2018. <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315612805-4>
93. Schön P, Fritzell J. Sweden: Substantial increase in the long-term care budget. Brüssel: Euroopa Komisjon; 2021. Report No.: ESPN Flash Report 2021/30. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=24579&langId=en>
94. Fritzell J, Heap J, Schön P. Sweden: boosting education and employment of the longterm care workforce in the wake of the pandemic. Euroopa Komisjon; 2020. Report No.: ESPN Flash Report 2020/46. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22946&langId=en>
95. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341674>
96. Kuratorium Deutche Altershilfe. Information brochure for a gainful migration to Germany for nursing care professionals. 2021. https://drive.google.com/file/d/13_ICO3Rbr9JPtsahcigtNmNv55JBqZ4B/view
97. International Centre for Migration Policy Development. Long-Term Care Provision Current trends and the impact of Covid-19. ICMPD; 2021. https://www.icmpd.org/file/download/54489/file/Trend_Assessment-care_mobility_Covid.pdf
98. Gerlinger T. Germany: Improving staffing and workforce availability in healthcare and long-term care. Euroopa Komisjon; 2018. Report No.: ESPN Flash Report 2018/71. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20534&langId=en>
99. Gerlinger T. Long-term care insurance in Germany: Facing a paradigm shift in financing? Euroopa Komisjon; 2020. Report No.: ESPN Flash Report 2020/63. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=23304&langId=en>
100. Barber SL, van Gool K, Wise S, Wood M, Or Z, Penneau A, et al. Pricing long-term care for older persons. World Health Organization; 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344505>

101. Rapp T, Ronchetti J, Sicsic J. Are long-term care jobs harmful? Evidence from Germany. *Eur J Health Econ.* 2021;22(5):749–71.
102. Gruber EM, Zeiser S, Schröder D, Büscher A. Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany. *Health & Social Care in the Community.* 2021;29(3). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13324>
103. Santini S, Socci M, Fabbietti P, Lamura G, Teti A. Factors Worsening and Mitigating the Consequences of the COVID-19 Outbreak on the Overall Health of Informal Caregivers of Older People with Long-Term Care Needs Living in Germany and in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1694>
104. King-Dejardin A. The Social Construction of Migrant Care Work At the intersection of care, migration and gender. 2019. http://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_674622/lang--en/index.htm
105. I Am Expat. Generalist nursing courses in Germany: Get free training & great job prospects. I Am Expat. 2021. <https://www.iamexpat.de/career/employment-news/generalist-nursing-courses-germany-get-free-training-great-job-prospects>
106. Costa-Font J, Zigante V. Building ‘implicit partnerships’? Financial long-term care entitlements in Europe. *Policy Sci.* 2020;53(4).
107. Maarse J, Jeurissen P. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy.* 2016;120. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016000282>
108. The Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles: Netherlands. 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
109. Nursework. Before working in Holland as a nurse or caregiver. Nursework. <https://nursework.nl/en/before-working-in-holland-as-a-nurse-or-caregiver/>
110. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2016;18.
111. Bruquetas-Callejo M. Long-Term Care Crisis in The Netherlands and Migration of Live-in Care Workers: Transnational Trajectories, Coping Strategies and Motivation Mixes. *International Migration.* 2020;58(1). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/imig.12628>
112. Da Roit B, van Bochove M. Migrant Care Work Going Dutch? The Emergence of a Live-in Migrant Care Market and the Restructuring of the Dutch Long-term Care System. *Social Policy & Administration.* 2017;51(1):76–94.
113. van Walsum S. Regulating Migrant Domestic Work in the Netherlands: Opportunities and Pitfalls. *Canadian Journal of Women and the Law.* 2011;23. <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cjwl.23.1.141>
114. The Commonwealth Fund. Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands’ Buurtzorg Model. 2015. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>

115. Croatian Health Statistics Yearbook 2019. Zagreb, Croatia: Croatian National Institute for Public Health; 2020.
116. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, toimetaja. Second European quality of life survey: overview. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009.
117. Dobrotić I, Prpić I. Eldercare trends in Croatia. 2013; <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.24664.90889>
118. Izvjesce o zaposlenicima u ustanovana socijalne skrbi u RH u 2020. Zagreb, Croatia: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, RH; 2021.
119. Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe. N 121/2000 2000.
120. Butkovic H, Samardzija V, Rukavina I. National Report Croatia. Foreign Workers in Croatia: Challenges and Opportunities for Economic and Social Development. Institute for Development and International Relations; 2020.
121. Successfully adapting health and social care to an older population in Croatia. Policy Note. The World Bank; 2020.
122. Bodiroga-Vukobrat N. Country Document 2013: Pensions, health care and long-term care – Croatia. European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion; 2013. http://socialprotection.eu/files_db/1356/HR_asisp_CD13.pdf
123. Dzakula A, Sagan A, Pavic N, Loncarek K, Sekelj-Kauzlaric K. Croatia: Health system review. Health Systems in Transition. World Health Organisation; 2014.
124. Bozic S. Strengthening cross border cooperation in the Western Balkans regarding migration managment, Croatia. Migration Flows in Southeast Europe, a compendium of National Perspectives. Belgrade; 2007.
125. Österreich Zahlen. Daten. Fakten. Statistik Austria; 2021.
126. Homolova-Garms V. Home care across Europe.- Case studies . Austria. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organisation; 2013. <http://www.nivel.nl/en/home-care>.
127. Quantum. Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich. Studie im Auftrag der Republik Österreich, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK). Klagenfurt: Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH (Hrsg.); 2007. <http://www.quantum-gmbh.at>, last visit 17.03.2010.
128. Krajic K, Nowak P, Rappold E. Pflegenotstand in der mobilen Pflege, Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Endbericht, Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch, die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute; 2005.
129. Hickel S, Palkovich T, Lang G. Belastungen, Ressourcen und Gesundheit bei Beschäftigten in der Austria 9 mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisbericht einer Fragebogenerhebung in den Gesundheits- und Sozialen Diensten des Wiener Roten Kreuzes. Ergebnisbericht des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes (Langfassung). Vienna: Wiener Roten Kreuz; 2003.

130. Services/Social services. Vienna: Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK); 2021.
www.sozialministerium.at/en/Topics/Care/Services-Social-Services.html).
131. Österle A. 24-Stunden-Betreuung und die Transnationalisierung von Pflege und Betreuung: Aktuelle Dimensionen und wohlfahrtsstaatliche Implikationen. Im Ausland zu Hause pflegen Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung,. Wien, Österreich; 2016.
132. Leiblfinger M, Prieler V. Elf Jahre 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Eine Policy- und Regime-Analyse. Linz: Linz: Katholische Privat-Universität Linz; 2018. <http://www.wiege-linz.at/band9>
133. Residential and Nursing Home Act (Burgenländisches Altenwohn- und Pflegeheimgesetz), 2019.
134. Residential and Nursing Home Regulation (OÖ Alten- und Pflegeheimverordnung). 2020.
135. Nursing Home Act (Tiroler Heimgesetz),. 2021.
136. Residential and Nursing Home Act (Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz). 2020.
137. Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes. Rechnungshof Österreich; 2020.
138. Schmidt A, Lechsenring K, Stafinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of Long-Term Care services in Austria. International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE; 2020.
139. Simmonds C, Leichsenring K, Schmidt A, Patel D. COVID-19 and the Long-Term Care system in Austria. LTCcovid International Living report on COVID-19 and Long-Term Care. TCcovid, Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science; 2021.

Lisa 1. Riikide võrdlustabel

Riik	Väljakutsed tööjõu tagamisel	Süsteemi peamised eristuvad praktikad	Tulevikutrendid
Soome	<p>Soome rahvastik on üks Euroopa vanimaid ning vanemaealiste osakaal kasvab kiiresti (väheneb tööealine elanikkond ja sellest tulenev maksude laekumine).</p> <p>2020–2029 siirdub pensionile 33% hoolduse valdkonna töötajatest.</p> <p>Esile kerkivad väljakutsed: madal eriala atraktiivsus (sh noorte seas); vähene professionaalne vabadus (eelistatakse lühiajalisi töid); soov eriala vahetada ja töötada väljaspool sektorit.</p> <p>Migrantide värbamine välismaalt keeruline protsess, kuna hooldustöötajate kvalifikatsioonid on rangelt seadusega reguleeritud.</p>	<p>Alates 2023. aastast hakkab ööpäevaringset hooldust pakkuvatele asutustele kehtima kohustuslik 0,7 töötaja nõue ühe hooldatava kohta.</p> <p>Valdkonnas töötamine on õdedele, praktiseerivatele õdedele ja hooldusabilistele seadusega reguleeritud.</p> <p>Loodi spetsiaalselt välismaalastele mõeldud õenduskraadi programm (3,5 aastat ja rõhk ka soome keele õppimisel).</p>	<p>2023. aastal jõustub SOTE (Sotsiaal - ja Tervishoiu) reform, millega võetakse KOV-idelt ära kohustus hooldust korraldada. 309 KOV-i jaotatakse 21 heaoluteenuste maakonna vahel, mis peaks tagama teenuse parema kvaliteedi ja kättesaadavuse.</p> <p>Tulevikus nähakse suurt rolli immigrantidel. Igal aastal peaks saabuma 34 000 immigranti, mis aitaks leevendada tööjõupuudust erinevates sektorites. Pikaajalise hoolduse valdkonnas nähakse potentsiaali Aasiast pärit töötajate näol (nt Filipiinidelt pärit tervishoiutöötajad).</p>
Rootsi	<p>Kodus hooldamine on muutunud keerulisemaks, kuna üha rohkem vajatakse erihoolust, mida on väljaspool asutusi keeruline tagada.</p> <p>Rootsis peab seadusest tulenevalt olema „piisavalt“ töötajaid, et tagada „hea kvaliteediga“ hooldus. KOV-id on teenuste korraldamisel autonoomsed ning üldsõnalist akti tõlgendatakse väga erinevalt (hooldusteenuste mahus ja kvaliteedis on riigisiselt suured erisused).</p> <p>Probleemiks on: valdkonna keskmisest madalam palk; kiiresti kasvav vajadus kutseharidusega töötajate järele;</p>	<p>Hoolduspoliitika eesmärk on kodus vananemise toetamine. Pikaajalise hoolduse teenused on valdavalt keskendunud suurema hooldusvajadusega üle 80-aastastele.</p> <p>Iga KOV ise vastutab tööjõu tagamise ja valdkonna rahastamise eest (KOV-i kohalikud maksud moodustavad 90% rahastusest).</p> <p>Riik ja KOV-id üritavad värvata ja koolitada värskelt riiki saabunud immigrante. Kolmandik hooldussektoris töötavatest inimestest on pärit välismaalt.</p> <p>Erinevad riigipoolsed programmid, mille eesmärk on julgustada inimesi õppima</p>	<p>Suureneb võimalike töölt lahkujate osakaal. Neli õde/abiõde kümnest pole rahul oma palga ja töötingimustega.</p> <p>Kuna ainult õde on seadusega reguleeritud ametikoht, siis Rootsit iseloomustab valdkonna vähene reguleeritus. 2025. aastaks soovitakse luua ka abiõdedele kaitstud ametinimetuse, mis peaks eriala atraktiivsemaks muutma.</p> <p>Kuna KOV-id on suure autonoomsusega, siis riik üritab oma rahastuses seada kriteeriume. Ainult nende täitjad saavad osa rahastusest. Selle tulemusel saab riik kindel olla, et raha kasutatakse eesmärgipäraselt.</p>

Riik	Väljakutsed tööjõu tagamisel	Süsteemi peamised eristuvad praktikad	Tulevikutrendid
	<p>rahulolematus ja raske töö (naissoost hooldajad võtavad keskmisest kaks korda rohkem haiguslehti võrreldes teiste erialadega riigis).</p> <p>Levinud on osalise koormusega töötamine. Rohkem esineb ajutisi töölepinguid immigrantide seas.</p>	<p>abiõdedeks või hooldusabilisteks (nt initsiatiiv 10 000 töökoha loomiseks "Vanemaealiste hoolduse tõstmiseks"). Seadusest tulenevalt puudub lähedastel kohustus hooldamiseks. Kõik teenused tagab avalik sektor.</p>	
Saksamaa	<p>65+ ealiste osakaal tõuseb 2030. aastaks ligi 5% võrra. Demograafilistest muutustest tulenevalt on lähikümnendi suurim probleem piisava tööjõu tagamine hooldussektoris.</p> <p>Madalad palgad võrreldes riigi keskmisega.</p> <p>Oluline roll immigrantidel (ligikaud 12% pikaajalise hoolduse tööjõust), kuid probleemiks on mitteametliku tööjõu osakaal (300 000+ töötajat, eelkõige ööpäevaringsed välismaalt pärit hooldajad).</p> <p>Esineb probleeme seoses raske füüsilise tööga, pideva ajalise surve all töötamisega (kuna vähe töölisi) ning kohati tuuakse esile ohverduste toomist pakutava hoolduse kvaliteedi arvelt.</p>	<p>Süsteem toetub väga suurel määral lähedastele (ligikaudu 2,12 mln mitteformaalset hooldajat).</p> <p>Õenduseriala saab Saksamaal õppida tasuta. 2020. a loodi üldõenduse eriala (üldine, geriaatriline, pediaatriline õendus). Sellega soovitakse tõsta eriala atraktiivsust ja parandada karjäärivõimalusi (nt spetsialiseerumine kindlale suunale).</p> <p>Saksamaa on sõlminud eraldi värbamislepinguid hooldajate leidmiseks Mehhikoga, Filipiinidega ja Kosovoga.</p>	<p>Omafinantseeringu vajadus kasvab pidevalt, eriti hooldekodudes. Eesmärk on tagada teenuste parem kvaliteet ja palgad, kuid omakorda väheneb inimeste suutlikkus hooldekodu kohta rahastada.</p> <p>Välistööjõu osatähtsus hinnanguliselt kasvab. Saksamaa loob erinevaid koolitusprogramme (nt Bosnia ja Hertsegoviina päritolu töötajad) ja kutsehariduse tõendamise võimalusi riigis töötamiseks (nt MYSKILL).</p>
Holland	<p>Holland panustab maailmas kõige rohkem (4,1% SKT-st) pikaajalisse hooldusesse. Siiski ka nendel on suureks probleemiks kasvavad kulud, mida sooviti 2015. aastal vastuvõetud sotsiaalteenuste aktiga kokku hoida.</p> <p>Sotsiaalteenuste akti raames pandi täiendavaid kohustusi mitteformaalsetele hooldajatele vähendamaks tööjõuvajadust. See sai suurt kriitikat tulenevalt juba niigi nende suurest eelnevast koormusest.</p>	<p>Hästi välja kujunenud erinevad karjäärivõimalused. Oluline roll ka hooldust pakkuvatel asutustel, mis suunab töötajaid end täiendama vastavalt nende tulevastele vajadustele.</p> <p>Toetatakse suurel määral mitteformaalsetele hooldajatele.</p> <p>Eelistatakse EL-i siseseid töötajaid. Värbamine toimub läbi värbamisettevõtete</p>	<p>Välistööjõu osakaal tulevikus kasvab, vaatamata ajutisele vähenemisele perioodil 2010–2017.</p> <p>2022. aastal oodatakse hinnanguliselt 80 000 töötaja puudujääki hooldussektoris. Varasemalt hinnati puudujääki suuremaks, kuid seda prognoosi langetati, sest sektorisse lisandus oodatust rohkem uusi liitujaid ning ka inimesi, kes naasid tööle (nt kunagised õenduse tudengid, kes töötasid teisel erialal).</p>

Riik	Väljakutsed tööjõu tagamisel	Süsteemi peamised eristuvad praktikad	Tulevikutrendid
	<p>Peamised probleemid, mida töötajad näevad, olulisuse järjekorras: (ebaõnnestunud) karjäärivõimalused; keerukad tööülesanded; töökorraldus ja juhtimine; tööõhkkond ja koostöö; töö sisu; sõidukaugus tööle; palk ja töötingimused; eraasjad; lepingu liik ja lepingulised tunnid; töötunnid.</p>	<p>või otse värbamisena hooldust pakkuva ettevõtte poolt.</p> <p>Migrandid hooldavad enamasti kodudes intensiivse abivajadusega vanemaealisi, kellel on näiteks dementsus või Alzheimeri tõbi. Neid värvatakse ainult EL-i riikidest, et nad saaksid perioodiliselt koju naasta.</p> <p>Levinud on naabruskonnahooldus ehk Buurtzorgi mudel (tunnipõhine hooldus).</p> <p>Üritatakse rakendada tehnoloogilisi toetavaid lahendusi, mis võimaldab vähendada tööjõuvajadust.</p>	
Horvaatia	<p>Ootejärjekorrad maakondlikesse hooldekodudesse on pikad, samas kui erasektori teenusepakkujad on paljudele rahaliselt kättesaamatud.</p> <p>Vastavalt Euroopa elukvaliteedi uuringule (81) kuulub Horvaatia Euroopa kolme suurima omastehooldejate arvuga riigi hulka (pärast Itaaliat ja Eestit).</p> <p>Horvaatia pikaajalise hoolduse jätkuv probleem on, et see on hajutatud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemide vahel, mis mõjutab negatiivselt pakutavate teenuste kättesaadavust ja piisavust.</p> <p>Pärast Horvaatia ühinemist EL-iga (2013) lahkusid paljud õed teistesse liikmesriikidesse. Hinnanguliselt oli õdede puudus pikaajalise hoolduse sektoris üle 1 000 inimese.</p>	<p>Vanemaealiste mitteformaalne hooldus on korraldatud asendusperekonnas, peretüüpi kodudes (5-20 hooldatavat) ja erinevate kogukonnapõhiste teenuste kaudu, nagu koduhooldus, päevakeskused, gerontoloogia-keskused.</p> <p>Vanemaealised inimesed ilma pereta "adopteeritakse" teise perekonna poolt, mis on ametlikult korraldatud ja rahastatud riigieelarvest.</p> <p>Spetsiifiline vanemaealistele hooldustöötaja <i>gerontodomaćica</i>, kes abistab oma kliente igapäeva eluga seotud tegevustes ja majapidamistöodes.</p> <p>Hooldekodude ja sotsiaalhoolekandeametustest ametlikust statistikast on võimalik teada saada, kui palju on vanemaealistele hooldekodusid ja kui palju neis töötajad või</p>	<p>Valitsus soovib, et nn adoptiivperede arv suureneks, kuid on mures kvaliteedi ja ohutuse tagamise pärast.</p> <p>Horvaatia parlament võttis vastu aktiivse rändepoliitika aastateks 2013–2015 (ametlik väljaanne nr 27/13), kuigi see ei ole konkreetset seotud pikaajalise hooldusega. Kehtestatud on töölubade kvoodisüsteem, milles on määratletud tegevused ja ametid, mille puhul sisserändajaid võib tööle võtta, ning igal aastal väljastatavate töölubade arv. Uute töölubade kvoot 2013. aastal oli 289, millest 15 kuulus tervishoiu valdkonda. Hooldustöötajate puhul on ametliku sektori poolt tööle võetud spetsialistide arv suhteliselt väike, kuna Horvaatia hooldusteenuste katvus on väike.</p>

Riik	Väljakutsed tööjõu tagamisel	Süsteemi peamised eristuvad praktikad	Tulevikutrendid
		elanikke. Samuti oli lihtne infot saada, millise haridusega inimesed töötavad hooldekodudes, samuti on kättesaadavad nende arvud ja pädevus piirkonniti.	Võimalikud meetmed on pikaajaliste hooldustöötajate sissevoolu ja töö hoidmise parandamine. Horvaatia valitsus tõi 2019. aastal "otsuses välismaalaste töölevõtmise lubade igaaastase kvoodi kehtestamise kohta", esmakordselt välja ka hooldajad ja õed. Horvaatias on välja arendatud mõned programmid, millega toetatakse haavatavatesse rühmadesse kuuluvate naiste töölevõtmist, kellest mõned on hakanud vanemaealiste koduhooldajateks (suurendades seeläbi ka koduhoolduse kättesaadavust ja taskukohasust.
Austria	Õigusliku raamistiku loomine on liidumaade ülesanne, hooldusvõimalustes on suuri erinevusi. Vastavalt riiklikele juhistele peaks iga liidumaa eraldi kindlaks määrama töötajate tehnilise kvalifikatsiooni ja arvu, kuid töötajad peavad olema kvalifitseeritud ja piisaval arvul kättesaadavad. Kõik koduabiliste, õendusabiliste ja sertifitseeritud kõrgema astme hooldustöötajate õigused ja kohustused on tagatud tervishoiu- ja haiglaraviseadusega	Tööjõuvõimekuse suurendamine pensionile jäänud hooldustöötajate ja teistes sektorites töötavate ametliku väljaõppe saanute hooldussektorisse taasvärbamise kaudu. Inimesed, kellel ei ole ametlikku hooldustöötajate väljaõpet, võiksid teha toetavaid tegevusi. Riiklikud ja piirkondlikud valitsused korraldasid lisatoetused isiklikele hooldajatele (välistööjõule), kes otsustasid jätkata hooldamist pandeemia ajal.	Suurimad piirkondlikud erinevused on teenuste kvaliteedi osas. Seetõttu on vaja riiklike standardeid hindamiseks ja hoolduse osutamiseks.

Riik	Väljakutsed tööjõu tagamisel	Süsteemi peamised eristuvad praktikad	Tulevikutrendid
	<p>2020. aasta lõpus oli Austrias registreeritud üle 60 000 aktiivse füüsilisest isikliku hooldustöötaja, kes töötavad 24-tunnise hooldajana eramajapidamistes ning pendeldavad Austria ja oma päritoluriigi vahel iga kahe kuni nelja nädala tagant</p> <p>Alates 2007. aastast võib eramajapidamises seaduslikult 24-tunnist hooldust pakkuda üks inimene, kes ei tööta üheski asutuses, kuid ta peab olema registreeritud.</p> <p>Hooldajatel peab olema sotsiaalkindlustus Austrias või nende päritoluriigis.</p>	<p>Kaubanduskoda pakkus välistööjõu nõustamisteenust.</p> <p>Vastusena COVID-19-le loodi veebipõhised tugivõrgustikud hooldekodude töötajatele.</p>	