

Teekond katsetustest rakendatava mudelini



Gerli Aavik-Märtmaa

hoolekande osakonna nõunik, sotsiaalministeerium

Abivajava inimese jaoks on tervishoiu ja hoolekande piirid tihti kunstlikud. Abivajaduse tekkides ei ole inimesele oluline, kas vajalikku teenust rahastab kohalik omavalitsus, sotsiaalkindlustusamet või haigekassa – ootus on, et riik tuleb raskel hetkel appi.

Inimese vajadustest lähtuvate toetussüsteemide arendamiseks on vaja liikuda valdkondadevahelise koordineerituse ja parema integreerituse suunas. Hoolduskoormuse rakkerühma tööle toetudes alustas sotsiaalministeerium 2018. aastal esmatasandi hoolduse koordineerimise mudeli (edaspidi koordineerimismudel) väljatöötamist.

Ainult koordineerimismudel ei lahenda muidugi kõiki süsteemi probleeme, seetõttu on pikaajalise hoolduse ajakohastamisel fookuses ka teised küsimused. See reform on üks lähiaastate suurimaid ülesandeid ja üle riigi rakendatava koordineerimismudeli loomine on üks selle osa.

Loodaval koordineerimismudelil on kolm peamist eesmärki:

- vähendada hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste asjaajamisega seotud koormust;
- pakkuda abivajadusega inimestele õiget abi võimalikult vara, et ta tuleks kauem oma kodus iseseisvalt toime;
- koguda senisest paremini infot süsteemi kitsaskohtadest, nt teenuskohtade vähesus, järjekorrad, erinevused teenuste korralduses.

Rakkerühma tööle toetudes pandi kõigepealt kokku esmane kontseptsioon. Aastajooksul katsetati seda kuues Eesti piirkonnas. Projekti raames loodi piirkondlike hoolduskoordineerimise (HK) ametikohad, kelle peamine ülesanne oli olla sillaks kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja perearsti vahel ning korraldada inimesele asjakohane tugi seal, kus abivajadust märgatakse.

Visioonist katseprojektini

Abivajaduse väljaselgitamiseks kasutati interRAI kontakthindamist, koondati varasemad hindamistulemused ja vajaduse korral korraldati lisahindamisi. Koos abivajava inimese ja tema võrgustikuga selgitati välja, mis tuge inimene vajab, pandi kokku valdkondadevaheline teenuste plaan ning HK juhtimisel lepiti kokku, millal ja mis teenuseid peab inimene saama. HK ei andnud lihtsalt soovitusi paberil, vaid aitas korraldada vajalikke tegevusi ja kohtumisi. Samuti jälgis ta, et kokkuleppeid täidetakse ning abivajaja saaks tarviliku abi. Kui mõnda teenust ei olnud võimalik saada, otsis ta muu lahenduse.

Aastajooksul liitus projektiga 245 abivajadusega inimest, ent esmase nõustamise

saajaid oli umbes poole rohkem. Katseprojekt näitas, et kompleksse teenusvajaduse korral on väga tähtis, et keegi toetusvõrgustikust võtaks juhtiva rolli ja hoiaks kõiki osalisi, sh abivajadusega inimest ja tema lähedasi, ühises infoväljas. Projekti ülevaadetest selgus, et üks inimene võis vajada kuni kuut erinevat hindamist ning kuni 10 teenust. Kinnitust sai ka tõsiasi, et tervikliku abivajaduse hindamiseks on sobivaim koht inimese kodu, sest nii märgatakse asjaolusid, mis ei tarvitse arsti või sotsiaaltöötaja kabinetis jutuks tulla.

Eesti oludes on sobivaim ühtmoodi kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvesse võttev mudel.

Nii mõneski Eesti kohas on sarnase tervikjuhtumi lahendaja rolli juba võtnud nt KOVi sotsiaaltöötaja või keegi teenusepakkujaist. Aruteludest on siiski selgunud, et enamasti puuduvad üksikjuhtumite puhul raamkokkulepped, mis võimaldaksid keerulistest olukordades kiirelt sekkuda. Keerulistel puhkudel on vaja ka korrakindlat seiret – nii on kindel, et inimeste vajadused on kaetud ka aja möödudes. Kahjuks ei ole selline korrakindel tegutsemine veel Eestis kuigi levinud.

Väikse riigi suured erinevused

Katseprojekti käigus nägime, et piirkondade vajadused ja võimalused on väga erinevad – mis toimib ühes piirkonnas, ei toimi alati teises. Nii näiteks käsitasid ka tööd alustanud hoolduskoordinaatorid oma ülesandeid erinevalt. Mõnel juhul oli enim kasu sellest, kui keskenduti keeruliste üksikjuhtumite lahendamisele; teisel juhul aga sellest, kui panustati piirkondlike koostöösuhete arendamisele.

Nii katseprojekt kui ka teised samal ajal

arenevad koostööalgatused näitasid, et juhiroll koordineerimismudeli kasutuselevõtmisel ei tarvitse alati olla kohalikul omavalitsusel – sama rolli võib täita ka esmatasandi tervishoiukeskus, kohalik haigla või hoopis mõni eesrindlik teenusepakkuja või kodanikuühiskonna organisatsioon. Koordineerimismudeli töörühm arutas võimalike lähenemiste plusse ja miinuseid ning välja valiti neist kolm:

- ühtmoodi kirjeldatud ja kõigis Eesti piirkondades ühtviisi rakendatud mudel;
- ühtmoodi kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvesse võttev mudel;
- ühtmoodi kirjeldamata mudel ehk olemasoleva olukorra säilitamine.

Eri lähenemiste eeliseid ja kitsaskohti analüüsesid jõuti töörühmas otsusele, et Eesti oludes on sobivaim ühtmoodi kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvesse võttev mudel. Koordineeritud ja inimesekeskne tugi peab olema üle Eesti küll ühtviisi kättesaadav, aga samal ajal peab säilima võimalus ära kasutada kohapealseid vahendeid, kompetentse, toimivaid koostöösuhteid ning muudki toetavat.

Mudeli rakendamiseks tuleb kokku leppida nii koordineerimismudeli eesmärgid, soovitud tulemused kui ka ülesanded, mida tuleb täita igas Eesti piirkonnas. Need ülesanded saab jagada kolme suuremasse gruppi:

- üksikjuhtumite lahendamisega seotu;
- üksikjuhtumite ülesed piirkondlikud tegevused;
- piirkondade ülesed riiklikud ülesanded.

Tihti jäädakse kinni esimesse üksikjuhtumite lahendamisega seotud ülesannete gruppi, kuid sel juhul tegeletakse eeskätt n-ö tulekahjude kustutamiselega. Oluline on, et koordineeritud ja inimkeskne tugi oleks ühtviisi kättesaadav üle Eesti ning et piirkonnad

saaksid hästi ära kasutada kohapealseid vahendeid ja kompetentse, lähtudes seejuures oma inimeste vajadustest ning võimalustest. Üks viis selleks on analüüsida, millised on piirkonna inimeste kaetud ja katmata vajadused ning leppida kokku ülesanded, mis tuleb täita igal pool, ent jätta piirkondade otsustada, kes täpselt mingit rolli täidab. Riik saab toetada abistavate juhendamaterjalide ja koolitustega, ühtlustada hindamisvahendeid, luua eeldused andmevahetuseks valdkondade vahel ning pakkuda tuge andmete ristkasutamise ja analüüsi korralduses. Toimiva koordineerimismudeli korral on täidetud kõigi kolme grupi ülesanded.

Mõistlikud eesmärgid

2018. ja 2019. aastal ellu viidud katseprojekt näitas ilmekalt, et muudatusi tehes tuleb seada realistlikud eesmärgid. Usalduse ja koostöökultuuri loomine piirkondades, kus seda valdkondade vahel veel ei ole, ning koostööarendamine seal, kus asjaga on juba alustatud, nõuab nii aega kui ka sihipearast tööd.

Koordineerimismudel peab olema piisavalt paindlik, et saaks õppida oma kogemustest ja teha vajalikke muudatusi.

Mudeli eduka rakendamise eelduseks on see, et piirkonnas tegutsevate osaliste (KOV, perearstikeskuse, piirkonna haigla, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujate jt) vahel oleksid selged kokkulepped, mis on kelle ülesanne ning kas ja mis ülesannete jaoks on vaja lisatöövõimude ning milline peab sel juhul olema kompetents. Nii näiteks võib ühes piirkonnas tekkida täiesti uus HK roll, teises kandis aga võivad üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesanded jaguneda nt KOVi sotsiaaltöötaja, pereõe ja üldhaigla sotsiaaltöötaja vahel ning juurde võib vaja olla hoopis võrgustikujuhti,

kes korraldab üksikjuhtumite üle tööd ja kokkulepete sõlmimist. Mudeli rakendamisel kogu riigis on oluline ka see, et lepitaks kokku, millised riigiasutused jäävad piirkondi toetama ning kes vastutavad koordineerimismudeli riiklike ülesannete täitmise eest.

Milline on rahvusvaheline kogemus?

Koordineerimismudeli ettevalmistamisel tehti kohalikele huvirühmadele ja valdkonna ekspertidele lisaks koostööd ka rahvusvahelise organisatsiooniga International Foundation of Integrated Care (IFIC). Kogemusi vahetati eri riikide ekspertidega, ent Eesti mudeli arendamiseks viis IFIC ellu ka 16 koordineerimismudeli võrdluse, kesken- dudes eestkätt täidetavatele ülesannetele, vajalikele kompetentsidele, rakendamise eeldustele ja tulemustele (Lindblom 2019). Rahvusvaheline kogemus näitab, et rangelt defineeritud mudelid on enamasti ressursimahukad. Olukordades, kus kvalifitseeritud töövõimude napib, ei tarvitse need olla tegelikult jätkusuutlikud, võib-olla saab neid rakendada ainult üksikutes kogukondades.

Allpool järgnevalt on esitatud olulisemad õppetunnid teiste riikide kogemustest ja ka mudeli rakendamise eeldused.

- Koordineerimismudeli heaks toimimiseks tuleb anda aega, selle töös hoidmist tuleb toetada koolitus- ja arendustegevuste, hindamisinstrumentide, juhendite jm töövahenditega. Koostöösuhete loomisel võivad osalised vajada kõrvalist tuge ja jõustamist.
- Osalistel peab tekkima mudeli suhtes omanikutunne ja kaasatus. Seepärast peavad piirkonnad saama mudelit kohandada oma vajaduste järgi. Tekkima peaks ka ühesugune arusaam, oluline on teadmiste jagamine. Osalistele tuleks luua kõiki organisatsiooni kaasav foorum / platvorm,

- kus saab vahetada kogemusi ja parimaid praktikaid ning ühtlustada arusaamu.
- Oluline on lähtuda piirkonna elanike tegelikest vajadustest – selle eeldus on, et nii piirkondlik kui ka riiklik vajadus on mudeli loojatele ja rakendajatele teada. Vajaduste väljaselgitamiseks ning otsustamiseks, kes vajavad koordineeritud tuge, tuleb luua riskihindamise mudelid ning toimivad seiresüsteemid.
 - Rakendatav mudel peab suutma arvesse võtta nt tööjõu ja kompetentside olemasolu ning võimekust pakkuda vajalikke teenuseid ja tuge. Koordinatsioonimudel peab olema piisavalt paindlik, et saaks õppida oma kogemustest ja teha vajalikke muudatusi.
 - Koordinatsioonimudeli toimimise eelduseks on süsteemis töötavate spetsialistide motivatsioon, oskused ja kompetentsid. Tuleb panustada sellesse, et mudeliga seotud töötajad pidevalt ei vahetuks.
 - Saavutada tuleb usaldus nii eri valdkondade kui ka tasandite vahel, vältides seejuures liigset hierarhilisust juhtimisstruktuurides.
 - Rahastus- ja motivatsioonistiimulid peavad toetama koordineerivate ülesannete täitmist.

Järgmised praktilised sammud

2018. ja 2019. aastal ellu viidud katseprojekt kinnitas koordinatsioonimudeli vajalikkust, ent näitas ka, et esialgne kontseptsioon, mille fookuses on eeskätt hoolduskoordinaator uue ametikohana, ei tarvitse olla seatud eesmärkide täitmiseks parim lahendus kõikjal Eestis.

Pilootprojekti lõppedes alustas sotsiaalministeerium ettevalmistusi, et jõuaksime lähiaastatel kogu riigis rakendatud koordinatsioonimudelini. Tagada tuleb ka koostööd toetav õigusruum ning leida lisarahastus.

8–12 piirkonnas on plaanis alustada paindliku mudeli rakendamist juba 2020. aastal, et

luua häid näiteid, täiendada koordinatsioonimudeli kirjeldust ja praktilisi töövahendeid ning tuvastada arendusvajadusi.

Nüüd ei otsita enam vastust küsimusele, kas koordinatsioonimudelit on vaja, vaid keskendutakse sellele, kuidas toetada koordinatsioonimudeli toimimist parimal moel, kas ja mil moel vajavad täiendamist juhendmaterjalid, mis muudatusi ja täiendusi on vaja koolitusprogrammi jne. Partnerpiirkondade leidmiseks kuulutab sotsiaalministeerium kevadel välja avaliku konkursi, kuhu on oodatud toetust taotlema kõik huvilised.

Viidatud allikas

Lindblom, S. (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination. *International Foundation of Integrated Care*. 