



SOTSIAALMINISTEERIUM

Hoolduse koordineatsioon – pilootprojekt ja riiklik mudel

Ulli Luide

Sotsiaalministeerium/nõunik

20.11.2019

Taustaks ja meeldetuletuseks

2017. a lõpus esitas hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm VV-le poliitikasuunised **Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks.**

Olulise suunana toodi välja vajadus **sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna parema integreerituse järel** pikaajalise hoolduse pakkumisel, mille üheks osaks on **inimkeskne hoolduse koordineerimine!**

Sellest kasvas välja **hoolduse koordineerimise pilootprojekt** (01.08.2018-31.07.2019), milles osales 6 Eesti piirkonda:

Saaremaa koos Muhu ja Ruhnuga, Tori, Tallinn (Haabersti), Rakvere, Tartu, Tõrva koos Otepää ja Valgaga.

Koordinatsioonimudeli peamised eesmärgid:

- hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste **koormuse vähendamine asjaajamisel;**
- abivajadusega inimestele **asjakohase abi pakkumine** võimalikult vara (sh pikendades seeläbi kodus toimetuleku aega);
- senisest parema **info kogumine süsteemsete kitsaskohtade kohta** (nt puuduvad teenuskohad, järjekorrad teenustele, regionaalsed erisused praktikates jne).

Hoolduskoordinatsiooni pilootprojekti lähtekohad

- Eesmärgiks oli üldise kontseptsiooni testimine ja detailsema mudeli väljaarendamine koostöös piirkondadega.
- Sihtgrupiks olid suure ja keerulise hooldusvajadusega täisealised inimesed, kes vajasid pikemaajaliselt abi nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemist.
- HK oli sillaks esmatasandi juhtumikorraldajatele ja toetas hooldusvajadusega inimest, tema lähedasi ja võrgustiku liikmeid, aga lahendas ka keerulisi üksikjuhtumeid.
- Vajaduse hindamiseks kasutati InterRAI kontakthindamist.

Tulemused: pilootprojekti klient

- Piloodis kliente kokku 245, piloodi jooksul suri 36 inimest (15%).
- Peamiselt on HK kliendiks eakad: ülekaalukalt esindatud vanusegrupp 80+ ja 70+.
- Info kliendi kohta tuli ennekõike KOV sotsiaaltöötajalt, pereliikmelt, perearstilt või teenuseosutajalt ja hindamine viidi läbi ennekõike koduses keskkonnas.

Hindamiste vajadus

- Kliendid hinnati InterRAI kontakthindamisega ja vaid 15 ei vajanud lisahindamisi.
- Üldjuhul vajati korraka mitut hindamist, kõige enam kolme või kaht hindamist.
- Üldjuhul vajati pigem sotsiaalvaldkonda kuuluvaid hindamisi.
- **Kõige sagedamini vajati** koduteenuse, abivahendivajaduse ja puude raskusastme hindamist.

Teenuste saamine

Kõige enam vajati sotsiaalteenuseid, kuid nende kõrval oli oluline roll ka tervishoiuteenustel.

Projektipiirkondades olid pigem hästi kättesaadav:

- sotsiaalnõustamine (sh eestkostevalane nõustamine) (96%)
- sotsiaaltransporditeenus (93%)
- iseseisev statsionaarne õendus (87%)
- koduõendus (83%)
- eriarst (82%)
- abivahendialane nõustamine (79%)
- koduteenus (70%)

Probleemid teenuste saamisel

Teenusele mittejõudmise põhjused:

- Abivajaja (või lähedase) vastumeelsus või madal motivatsioon (ei soovita sekkumist või kodust lahkumist, raske olukorda tunnistada ja abi vastu võtta).
- Ootejärjekorrad on pikad (võib olla vajadus leida kiire lahendus).
- Teenuse puudumine või võimetus osutada piisavas mahus.
- Inimese tervislik seisund halvenes/muutus teenusvajadus.
- Surm.

Kõige rohkem oli probleeme **kodu kohandamise teenuse** ja **ambulatoorse füsioteraapiaga**. Ka intervallhooldust ja elulõpuhooldust peeti kehvasti kättesaadavaks teenuseks.

Koostööpartnerite ring

Koostööpartnerite ring väga lai ja sõltus inimese individuaalsetest vajadustest.

Peamisteks partneriteks:

- KOV sotsiaaltöötajad;
- sotsiaalteenuse osutajad;
- perearstid ja pereõed;
- tervishoiuteenuse osutajad;
- pereliige, tuttav.

Peamised õppetunnid

- Peamine puuduv lüli on **piirkondliku võrgustiku juhtimine**. Juhtumikorraldaja roll juhtumites tuleb kokku leppida, aga see ei pea olema alati HK – seda toetab ka rahvusvaheline kogemus;
- Koostöö käivitamine ja usalduse loomine piirkondades **võtab aega!**
- Keeruliste juhtude toetamiseks võib olla vajalik selgem **õiguslik alus andmete jagamiseks**;
- Koordinatsiooniüksused võiksid olla 20-50 000 inimest (olenevalt demograafilisest pildist, asustustihedusest jne), **arvestades perearstide nimistute, KOVide, haiglate, SKA ja ETK üksuste paiknemist** – KOV koostööformaate vaja soodustada selleks;
- InterRAI kontakthindamine hea „**ukseavaja**“ ütlemaks, kas inimene vajab tuge tervise, sotsiaali või mõlema poolt, ent on oma selgete piirangutega;
- KOV poolel oleks mõistlik teha kokkulepped, **millised on parimad instrumendid** ja standardiseerida loetud valik instrumente.

Riiklik koordinatsiooni mudel

Pilootprojektiga paralleelselt valmistati ette riikliku koordinatsiooni mudeli kontseptsiooni.

Töögrupis on läbi arutatud: milline peaks koordinatsioonimudel välja nägema (erinevad alternatiivid), mis ülesannetest ja millistest osapooltest koosnema, milliseid kompetentse on vaja, milliseid IT-alaseid arendusi on vaja, kui suured peaks olema koordinatsioonipiirkonnad, kes ja kuidas peaks piirkondi toetama jne.

Kontseptsioonidokument annab neile ja mitmetele muudele küsimustele vastuse.

Millised on koordinatsioonimudeli osad?

1. Üksikjuhtumite lahendamiseiga seotud ülesanded

vajaduste märkamine ja väljaselgitamine; inimese ja tema lähedaste toetamine ja nõustamine; eesmärgi seadmine ja teenuste plaani koostamine; abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö; dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade kaardistamine

2. Üksikjuhtumite ülesed piirkondlikud ülesanded

piirkondlike võimaluste ja ressursside kaardistamine ja arendamine; abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö; dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade kaardistamine

3. Piirkondade ülesed riiklikud ülesanded

üldise raami loomine ja arendamine; riiklike võimaluste ja ressursside kaardistamine ja arendamine; abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö; dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade kaardistamine

Töögrupis välja töötatud alternatiivid

MUDEL 1. ÜHTSELT KIRJELDATUD JA PIIRKONNITI ÜHTVIISI RAKENDATUD

Lisaks koordineerimismudeli eesmärgile ja oodatavatele tulemustele, sihtgruppidele ja töövahenditele on keskselt ja ühetaoliselt kirjeldatud kõikide koordineerimismudeli osapoolte (KOV, perearst, haigla sotsiaaltöötaja, koduõde jne) ülesanded ja nõutud kompetentsid.

Tugevus: Rolliselgus, riigi jaoks lihtsus mudeli juhtimisel, piirkondlik võrdsus
Nõrkus: jäikus, innovatsioonivaenulikkus, tööjõukulukas

MUDEL 2. ÜHTSELT KIRJELDATUD ENT RAKENDUSES PIIRKONDLIKE ERIPÄRASID ARVESTAV

Piirkondlike ja üksikjuhtumite lahendamisega seotud ülesannete **katmiseks tehakse kokkulepped piirkondades**, arvestades seejuures piirkonna võimalusi ja ressursse. Samal ajal on keskselt paigas mudeli eesmärk, erinevate tasandite ülesanded, rahastusmudel, tulemusindikaatorid, hindamisvahendid jne.

Tugevus: Paindlik, innovatsioonisõbralik, võimalus kasutada piirkondlike võimalusi
Nõrkus: käivitamine töömahukas, keerukused piirkondade vahel liikudes

MUDEL 3. ÜHTSELT KIRJELDAMATA

Olemasoleva olukorra säilitamine, kus igal piirkonnal on vabadus ise otsustada, kas ja kuidas koordineerimise piirkonnas parandada sh kas ja kuidas teha koostööd erinevate omavalitsuste vahel koostööd.

Tugevus: Säilib maksimaalne KOV autonoomia
Nõrkus: Tõenäoliselt säilib status quo

Edasised sammud

- Aasta lõpuks valmib riikliku mudeli dokument;
- Töögrupp on pidanud sobivaimaks **mudelit 2** (ühtselt kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestav mudel);
- Paindliku mudeli rakendamiseks on oluline, et paigas oleks selge raam, millest piirkondlikku mudelit kujundades lähtuda;
- Erinevate protsesside kokkutoomine andmevahetuse parandamiseks (HIK, PAIK IT jne);
- 2020. paindliku mudeli rakendamisega alustamine 8-12 piirkonnaga (ESF-ist, konkurss partnerite leidmiseks kevadel);
- Eesmärk enne üle-riigilist koordinatsioonimudeli rakendamist testida paindliku mudeli raami; luua parem arusaamine, millist tuge piirkonnad vajavad; koguda häid siseriiklikke praktikaid jne;



SOTSIAALMINISTEERIUM

Aitäh

Ulli Luide

Ulli.Luide@sm.ee