

Esmatasandi hoolduse koordinaatsiooni pilootprojekt ja riiklikult rakendatava mudeli loomine

Taust

2015. aasta lõpus otsustas Vabariigi valitsus luua hoolduskoormuse rakkerühma, mille ülesandeks seati lähedaste hooldamisega seotud probleemide kaardistamine ning inimeste vajadustest lähtuvate lahenduste väljatöötamine. Rakkerühma töös osalesid lisaks Riigikantseleile ja ministriumitele mitmed olulised partnerid, sh omasteholdajate ja puuetega inimeste esindajad ¹. 2017. aasta novembris esitas rakkerühm oma töö tulemusena poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Ühe olulise suunana toodi välja vajadus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna parema integreerituse järele pikaajalise hoolduse pakkumisel, mille üheks osaks on ka inimkeskne hoolduse koordinaatsioon ².

Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel esitati 2017. aasta suvel Vabariigi Valitsusele ettepanekud hoolduskoormuse vähendamise esmaste abinõude rahastamiseks aastatel 2018-2021. Ettepanekute pinnalt otsustas valitsus mainitud perioodiks eraldada 16,4 miljonit eurot hoolduskoormuse vähendamiseks. Raha eraldati esmasteks abinõudeks, milles on päeva- ja nädalahoiu toetamine vaimse alaarenguga sügava liitpuudega inimestele, dementsuse diagnoosiga eakatele suunatud teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamine, sügava puudega inimese töötavale pereliikmele täiendava puhkuse võimaldamine ning esmatasandi hoolduse koordinaatsioonisüsteemi piloteerimine³. Käesolev dokument tutvustab lähemalt esmatasandi hoolduse koordinaatsiooni süsteemi arendamise vajadust ning planeeritavat pilootprojekti.

Esmatasandi hoolduse koordinaatsiooni vajadus

Nii hoolduskoormuse rakkerühma töö kui mitmete teiste viimaste aastate arendusprojektide käigus peetud arutelud on näidanud, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid ei toimi tervikliku protsessina ning inimese vaatepunktist on süsteem keeruline ja ebaefektiivne.

¹ <https://riigikantselei.ee/et/hoolduskoormus>

² Riigikantselei (2017). Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Kättesaadav: https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf

³ Sotsiaalministeerium

Rakkerühma lõppraport⁴ toob välja, et koordineerimine sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi (sh kohaliku omava omavalitsuse ja riigitasandi) vahel ei ole piisav, sh puuduvad ühised standardiseeritud hooldusvajaduste hindamise instrumendid, mis võimaldaksid suunata inimest õigele teenusele; puudub süsteemne infovahetus ja terviklik ülevaade inimeste vajadustest ning talle juba pakutavatest teenustest ning koordineeriv roll on üldiselt inimesel endal või tema lähedastel.

Selleks, et sekkumised saaksid olla tõhusad on oluline, et abivajadusega inimene jõuaks õigel ajal õigele teenusele ning erinevad süsteemid töötaksid koos ühiste eesmärkide nimel.

Valdkondade parema integreerimise eesmärgil on töös ka teisi projekte ja algatusi, ent oluline on, et suure ja keerulise hooldusvajadusega inimesed (edaspidi hooldusvajadusega inimesed) ja nende lähedased saaksid terviklikumat abi juba lähiaastatel ning astutaks konkreetseid samme just selle sihtgrupi olukorra parandamiseks. Esimese konkreetse sammuna näeme vajadust piloteerida erinevates Eesti piirkondades esmatasandi hoolduse koordineerimise mudelit. Koordineerimise mudeli aluseks on nii tervishoiu kui sotsiaalhoolekande vajadusi hindava HK positsiooni loomine esmatasandile ning seeläbi hooldusvajadusega inimeste (sh sügava puude ning raske psüühikahäirega inimeste) õigeaegne vajaliku toe pakkumine. Pilootprojekti käigus on võimalik testida koordineeritud lähenemise sobivust erinevates Eesti piirkondades ning töötada välja detailsed ettepanekud ning rahastamismudel süsteemi riiklikuks ümberkorraldamiseks.

Miks on hoolduse koordineerimine esmatasandil oluline?⁵

- hooldusvajadusega inimesed ei ole õigel (sotsiaal või tervisehoiu) teenusel, või ei saa üldse teenust ja on kodus perekonna hooldada.
- Püsiva haiguse ja hooldusteenuse vajadusega inimesed satuvad puuduliku koordineerimise ja jälgimise tõttu sageli kallimale haiglaravi voodikohale. Kodustes tingimustes korraldatud odavamate õendus- ja hooldusteenustega saaks olukorda vältida.
- Hoolduse korraldamisel, vajaduste hindamisel ja teenuste pakkumisel puudub inimese terviklikest vajadustest lähtuv lähenemine, st inimese kui terviku vajadusi ei hinnata komplekselt ja kesket (sektorite ja tasandite vahelist) teenuste koordineerimist ei ole.

⁴ Riigikantselei (2017). Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Kättesaadav: https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf

⁵ Põhjendused toetuvad rakkerühma töö ajal toimunud aruteludele

- hooldusvajadusega inimeste ja nende perekonna administratiivne koormus on suur ning pereliikmed on ise juhtumikorraldajaks, st tuleb erinevate teenuste saamiseks pöörduda erinevate institutsioonide poole, kes ei hinda inimese teenuste vajadust komplekselt.
- Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnas viiakse läbi erinevaid ajamahukaid hindamisi, ent nende tulemused ei ole teise valdkonna spetsialistidele kättesaadavad. Eelnevalt tulenevalt puudub ülevaade, millised hindamised on juba tehtud, millised on inimese vajadused, milliseid teenuseid inimene juba saab või milline on saadud teenuste mõju.

Pilootprojekti kirjeldus

Toetudes hoolduskoormuse rakkerühma ettepanekutele on 2018.-2019. aastal plaanis kuues Eesti piirkonnas läbi viia hoolduse koordinaatsiooni pilootprojekt. Pilootprojekti eesmärk on inimkeskse ja koordineeritud hoolduskorralduse loomine hooldusvajadusega inimestele. Piloodi käigus oleks perearstidel ja sotsiaaltöötajatel (sh haigla sotsiaaltöötajatel) võimalus suunata hooldusvajadusega inimesed HK juurde, kellel on olemas kompetentsid ja õigused inimesed (koostöös seotud võrgustikuga) erinevate hooldusteenustega siduda.

Kes on hoolduskoordinaator (HK)?

- HK on sotsiaaltöötaja või õenduse baasharidusega **esmatasandi töötaja**, kes on saanud pikaajalise hoolduse alase täiendkoolituse (täiendkoolitus peab hõlmama nii sotsiaalhoolekande kui tervishoiusüsteemi teenuste korraldust kui koordineerivaks tööks vajalike hindamisinstrumentide kasutamist). HK on sillaks tervishoiu ning sotsiaalhoolekande vahel ning toetab hooldusvajadusega inimest, tema lähedasi ning ümbritseva võrgustiku liikmeid (eriti perearsti ning sotsiaaltöötajat) keeruliste juhtude lahendamisel ning esialgse toe korraldamisel.
- HK on **lepinguliselt reguleeritud partneriks tervishoiusüsteemile** (perearst või tervishoiukeskus) ning **kohalikule omavalitsusele** tagades pikaajaliste terviseprobleemidega ning nendega seotult hooldusvajadusega inimestele sujuva ülemineku tervishoiuteenustelt sotsiaalteenustele ja vastupidi.
- HK ametikoha rahastamine toimub kombineeritult sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi rahastusest (KOV + perearstikeskus/tervishoiukeskus), nt sarnaselt kooli tervishoiusüsteemile. Teenuste eest, mida inimene vajab, tasub endiselt vastutav osapool ning ka haldusotsuste tegemise õigus jääb süsteemidele endale. HK korraldab koostöö selliselt, et kõik seotud osapooled täidaksid enda rolli ja kohustusi ning inimene

ei jää vajaliku abita. **Täpne HK ametikoha rahastamise mudel töötatakse välja pilootprojektiga paralleelselt kaasates erinevaid osapooli.**

- HK töö eesmärk on erinevate tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutamise korraldamine läbi juhtumikorralduse ja võrgustikutöö, et hooldusvajadusega inimesed saaksid neile vajalikke teenuseid õiges kohas ning väheneks hooldatavate ja nende lähedaste administratiivne koormus.
- HK poolt koordineeritavasse võrgustikku kuuluvad vähemalt:
 - ✓ perearst ja -õde,
 - ✓ KOV ja haigla sotsiaaltöötaja,
 - ✓ SKA ja TK juhtumikorraldaja,
 - ✓ Sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuse osutaja, sh eriarstiabi ja õendusabi teenuse osutajad,
 - ✓ mitteformaalsed ja formaalsed hooldajad,
- HK juurde suunatakse hooldusvajadusega täisealised inimesed, kes vajavad olulist tuge nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandesüsteemi poolelt.
- Võimalusel töötab HK esmatasandi tervishoiukeskuses või roteerub tervishoiukeskuse ja kohaliku omavalitsuse ruumide vahel.
- HK-l on ligipääs nii tervishoiu kui ka sotsiaalteenuste infosüsteemidele (piiratud mahus, tööks oluline info peab olema kättesaadav). Pilootprojekti ajal peab HKle olema tagatud ligipääs STARile ning InterRAI hindamisele, muu infovahetus toimub piloodi ajal võrgustikuliikmete vahel ilma infosüsteemide toeta. Õiguslik alus tagatakse abivajadusega inimese poolt allkirjastatud nõusolekuvormi abil. Pilootprojekti pinnalt tehakse konkreetsed ettepanekud, milline info (millised andmeväljad) peaksid tulevikus olema HK jaoks kättesaadavad.

Mis on hoolduskoordinaatori (HK) ülesanded:

- HK koondab kokku inimese vajaduste seniste hindamiste tulemused, viib ise läbi InterRAI hindamise (eeldusel, et perearst või sotsiaaltöötaja ei ole seda juba teinud), organiseerib vajalikud lisahindamised (nt SKA, perearsti ja KOVide poolt tehtavad hindamised, vajadusel geriaatrilise meeskonna hindamised) ja koostab hindamistulemuste alusel (ja vajadusel koostöös teiste võrgustikuliikmetega) inimesele individuaalse hooldus- ja tervishoiuteenuste plaani (edaspidi Plaan) arvestades varasemalt koostatud plaane ja hindamisi. Plaan on tegevuste katusdokumendiks ning

aitab kõikidel osapooltel (sh inimesel endal ja tema lähedastel) olla ühtses infoväljas ning näha terviklikult, millist tuge inimesele juba pakutakse.

- Korraldab ja vastutab, et inimene jõuaks talle Plaanis kirjeldatud teenustele.
- Nõustab abivajavat inimest/tema lähedasi Plaanis kirjeldatu ellurakendamise osas.
- Tagab oma võrgustikus inimese teenusvajaduse kohta vajaliku infovahetuse (sh jagab vastavalt vajadusele koostatud Plaani) ning korraldab regulaarselt võrgustiku liikmete ühisarutelusid keerukamate abivajajate probleemide lahendamiseks. **Erinevad võrgustikuliikmed teavitavad HKd muudatustest inimese olukorras.** Pärast Plaani tegemist ja inimese sidumist vajalike teenustega annab HK juhtumikorraldusliku vastutuse üle perearstile, pereõele või sotsiaaltöötajale, kes omakorda olukorra muutumisel kaasavad protsessi uuesti HK. Kui pilootprojekt on edukas ja hoolduse koordineerimise mudel rakendub, tuleb arendada lahendus, et perearsti, sotsiaaltöötaja ja HK töölaudadele tekiks mugav viis info vahetamiseks ning olukorra muutumisest teavitamiseks, sealhulgas teavitamiseks teenuse vajaduse muutumisest või lõppemisest, inimese suundumisest statsionaarsele tervishoiu- või sotsiaalhoolekandeteenusele või sealt peatsest koju naasmisest või tema surmast.
- Teeb regulaarselt (arvestuslikult u 2x aastas, pilootprojektis 4x aastas) oma nimistus olevate inimeste olukorra seiret, sh omab ülevaadet sellest kui piirkonnas on mingite teenuste või teenuseosutajatega probleeme (ning teavitab sellest vajadusel teenuste rahastajaid/järelevalveorganeid). HK tulemuspalk sõltub varem kokkulepitud tulemusnäitajatest. Pilootprojektis tulemusrahastamise süsteemi kasutamine nõutud ei ole.

Plaani igapäevast täitmist jälgivad Plaanis vastutajaks määratud osapooled. Kui keegi osapooltest näeb, et Plaani mingeid osi ei täideta või inimese seisukord on oluliselt muutunud, kaasatakse protsessi HK.

Milleni soovime jõuda?

- Esmatasandil on toimiv hoolduse koordineerimise süsteem, kus erinevate osapoolte vastutus ja suhted on paika pandud ning hooldusvajadusega inimeste jaoks on kättesaadavad HKd (sh loodud on seadusandlik alus, et HKd oleksid olemas üle kogu Eesti), kes suudavad koostöös inimest ümbritseva võrgustikuga pakkuda inimestele kvaliteetset tuge, hinnata nende esmased teenusvajadused valdkondade üleselt (sh on välja töötatud HK ametikoha rahastusmudel, asutuste vahelised lepingulised suhted,

erinevate osapoolte õigused ja kohustused ning toimiv kvaliteedisüsteem) ning siduda inimene vajalike teenusepakkujatega.

- HKI on ligipääs tööks olulisele infole (vajalikud andmed, tehtud hindamised) nii kohalikul kui riigitasandil, sh on loodud tehnilised lahendused töö mugavaks korraldamiseks ja läbipaistvuse tagamiseks.
- Esmatasandil on kasutusel InterRAI kontakthindamise instrument, mis toimib ukseavajana süsteemide vahel. Süsteemide sees toimuvad vajadusel jätkuvalt detailsemad vajaduste ja tulemuste hindamised (sh nt InterRAI põhjalikumate vormide abil), ent olulist infot jagatakse ka piirkonna HKga (sh on HK-l juurdepääs kõigile tema piirkonnas tehtud interRAI hindamistele).

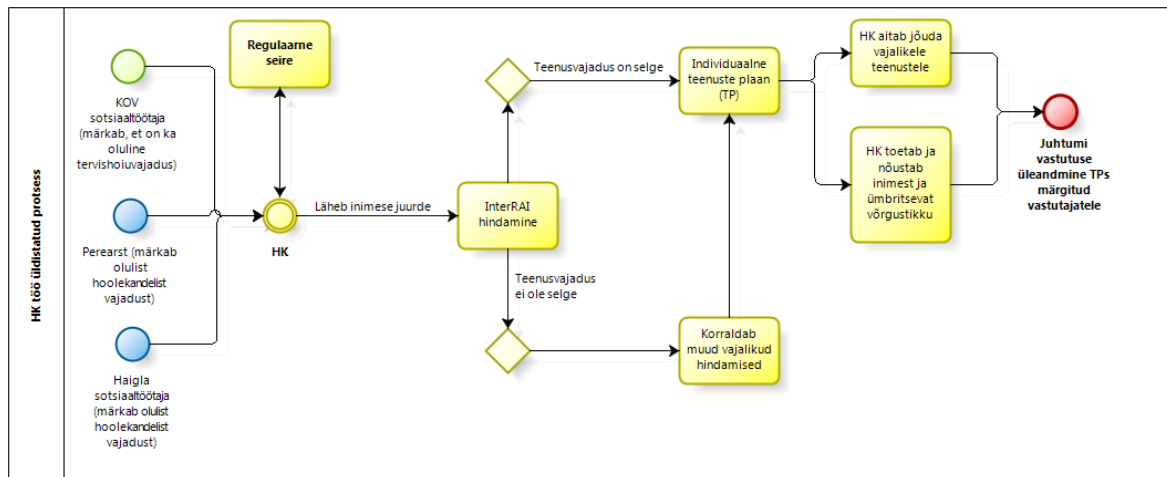
Protsessi skeem vt skeem 1):

1. KOV/haigla sotsiaaltöötaja või perearst suunab hooldusvajadusega inimese (kellel on oluline abivajadus nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandesüsteemi poolelt) HK juurde;
2. HK teeb inimesele InterRAI kontakthindamise (eeldusel, et see ei ole juba eelnevas etapis tehtud) ja vajadusel korraldab täiendavad lisahindamised;
3. Toetudes hindamistulemustele ja olemasolevatele plaanidele koostab HK koostöös teiste spetsialistidega inimesele Plaani⁶;
4. Vastavalt Plaanile aitab HK inimesel leida vajalikud teenused;
5. HK nõustab abivajavat inimest ja tema lähedasi Plaanis kirjeldatu ellurakendamise osas;
6. Annab juhtumi üle teenuste Plaanis määratud vastutajatele;

Paralleelselt tagab HK võrgustikus infovahetuse, sh korraldab regulaarselt võrgustiku liikmete ühisarutelusid keerukamate abivajajate probleemide lahendamiseks.

⁶ Plaani sisaldab kõigi inimesega kokku puutuvate teenuseosutajate juhendeid ning juhendite täitmise ülevaadet. Siinkohal on oluline, et Plaani sisu oleks arusaadav ka inimesele endale ja tema lähedastele ning see võimaldaks toetada sotsiaalse ja tervisliku seisundi säilitamist ja parandamist.

Skeem 1. Hoolduskoordinaatori (HK) töö korraldus



Powered by
bizagi
Modeler

Küsimused, mis vajavad pilootprojekti käigus või sellega paralleelselt vastamist:

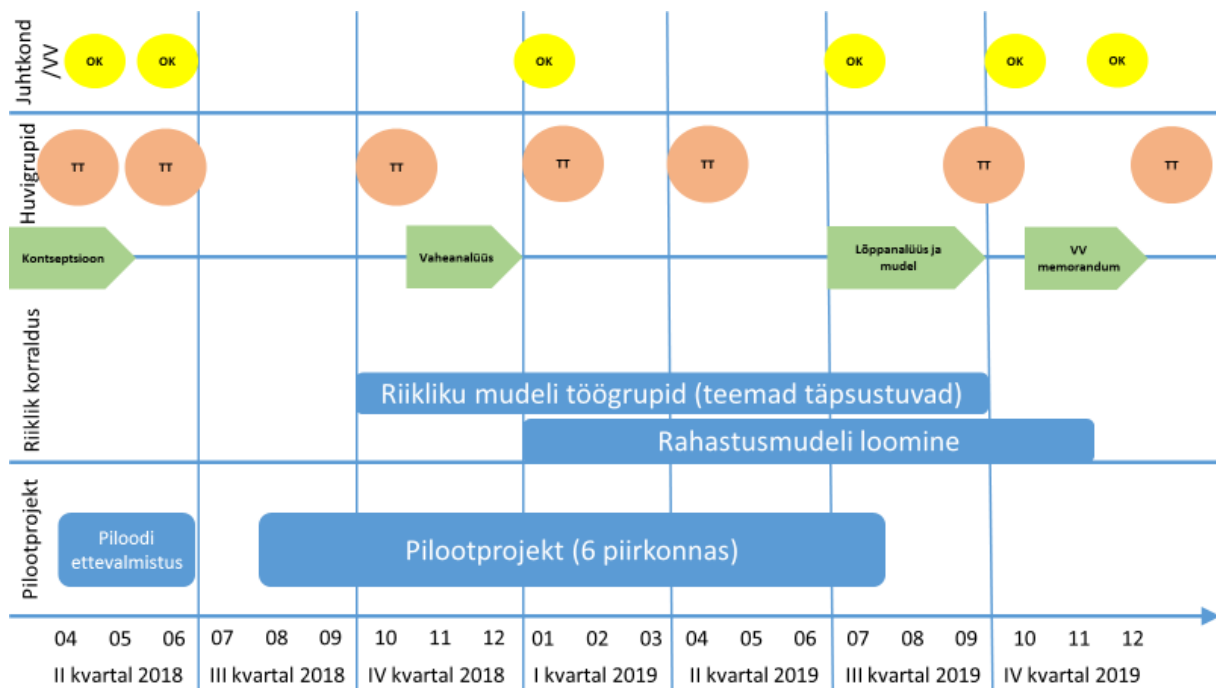
1. Kas HK ametikoha loomine aitab hooldusvajadusega inimeste teenuste korraldamist sujuvamaks ja efektiivsemaks muuta ning kas HK pakub inimesele endale, tema lähedastele ning inimest toetavale tugivõrgustikule (eriti perearstile ja KOV sotsiaaltöötajale) piisavat tuge, mis võimaldab lähedaste hoolduskoormust ning võrgustikuliikmete halduskoormust vähendada? Eelnevale toetudes, kas HK ametikoha loomise tulud kaaluvad üles kaasnevad kulud ja kas hoolduse koordinatsiooni mudelit tuleks riiklikult rakendada? ⁷
2. Kas HK peaks paiknema perearstikeskuses/esmatasandi tervishoiukeskuses või peaks ta roteerima erinevate süsteemide vahel (sh kas ta peaks käima inimesi hindamas teenuseosutajate juures)?
3. Milliseid täiendavaid hindamisvahendeid lisaks InterRAI kontakthindamisele HK ja võrgustikuliikmed vajavad?
4. Kuidas peaks HK suhestuma piirkonna teenuseosutajatega, sh kas mingi osa ajast võiks ta töötada teenuseostajate juures (nt hindama üldhooldekodus tervishoiuteenuse vajadust, statsionaarse õendusabi asutuses sotsiaalhoolekandevajadust jne)?
5. Mis saab olema HK töö täpne sisu, sh mis hetkel peaks HK andma juhtumi osas vastutuse täielikult üle süsteemis olevatele juhtumikorraldajatele (KOV sotsiaaltöötaja,

⁷ Sh on oluline hinnata hoolduskoormusega lähedaste koormuse võimalikku vähenemist.

perearst ning määratud teenuseosutajad)? Eelnevale toetudes, tuleb täiendada HK kompetentside kirjeldust ning kirjeldada koolitusvajadus.

6. Kui palju juhtumeid suudab üks HK aasta jooksul lahendada? Pilootprojekti käigus tuleb kaardistada keerukuse ja ajakulu järgi võimalikud kliendiprofiilid. Sh piiritleda, kes on hoolduskoordinaatori nimistu klient ja kes mitte.
7. Millised peaksid riikliku süsteemi rakendamisel olema HK töö protsessi- ja tulemuste indikaatorid?
8. Mis on need **täpsed andmeväljad**, millele HK erinevates süsteemides peab ligi saama ning milliste osapooltega ning millist infot peab ta jagama?
9. Milliseid seadusandlike ning infotehnoloogilisi muudatusi on vaja süsteemi riiklikuks rakendamiseks?
10. Mis on süsteemi rakendamise kulu üle riigi?
11. Kuidas peaks toimuma HK ametikoha rahastamisskeem? Kas koolitervishoiu rahastamismudeli loogika sobib ka HK ametikoha rahastamiseks ning kuidas täpselt jaguneb rahaline vastutus erinevate osapoolte vahel?
12. Millised tõrked esinesid protsessis ja kuidas neid lahendada?

Pilootprojekti ja riikliku mudeli loomise ajakava:



Piloodi ettevalmistus:

- Jaanuar-aprill 2018 – hoolduse koordineerimise mudeli kirjeldamine ja pilootprojekti kava kokkupanek koostöös partneritega; koolituspartnerite leidmine
- Aprill-Mai 2018 – piloteerijate leidmine avatud konkursiga 6 piirkonnas
- Juuni 2018 – lepingute sõlmimine partneritega
- Juuni-Juuli 2018 – piloodi ettevalmistused

Pilootprojekt ja riikliku mudeli ettevalmistus:

- **August 2018 – pilootprojekti käivitamine, sh koolitused**
- August 2018 – paralleelselt pilootprojektiga äri- ja õigusanalüüsi alustamine
- Oktoober 2018-September 2019 – töögrupid riikliku mudeli ettevalmistamiseks
- 2019 I kvartal – pilootprojekti esmaste tulemuste tutvustamine
- **Juuli 2019 – pilootprojekti lõpp ja lõpptulemuste koondamine**
- Detsember 2019 – pilootprojekti ja analüüsi pinnalt ettepanekud ja otsused edasisteks tegevusteks

Töögruppides ja pilootprojektis tehtud tööd tutvustatakse regulaarselt huvigruppidele ja valideeritakse potentsiaalseid lahendusi.

Eelduslikud koolitusprogrammi moodulid pilootprojektis:

- Hooldus- ja raviteenuste, sh taastusraviteenuste korraldus ja sisu Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis ning hooldusvajadusega seotud toetuste saamise võimalused ja tingimused (abiandmise üldised põhimõtted, õiguslikud alused, olemasolevate teenuste sisu ja korraldus, toetuste saamise tingimused jne);
- InterRAI kontakthindamise instrumendi kasutamine;
- Sekkumised suure ja keerulise hooldusvajadusega inimeste (sh juhtumikorralduse põhimõtted, võrgustikutöö alused jne) toetamisel;
- Plaani täitmine ja jälgimine;
- HK-de supervisioon ja toetamine pilootprojekti vältel.