



SOTSIAALMINISTEERIUM

Klient, patsient ja inimene – meie ühistest väljakutsetest täna ja tulevikus

Rait Kuuse

Sotsiaalala asekanstsler

11.09.2019

Tänane ettekanne/mõtisklus

- Elust kantud näited
- Head ühised praktikad
- Sotsiaaltööst tervishoius
- Tubliduse auhinnad!



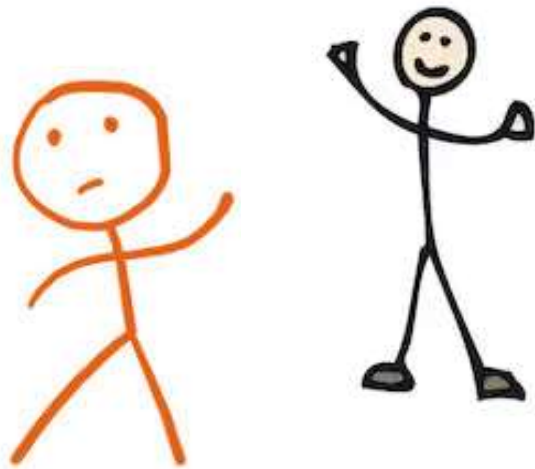
PILT: <https://www.interview-skills.co.uk>



SOTSIAALMINISTEERIUM

Head näited – pilootprojektid!

Hea näide 1. Psühhoosi esmahaigestunud. Teenusedisainist muudatusteni



Kaie ja Kaarel

- ✓ Eestis kokku u **13 000 skisofreeniasse haigestunud inimest**
- ✓ Esmakordselt haigestub igal aastal u **300 inimest**
- ✓ Enamasti tegemist noorte inimestega (kooli- või tööealised)
- ✓ **U 75% on taastumise prognoosiga** – 25% puhul paranemine õige ravi puhul hea, 50% puhul iseseisev toimetulek rahuldav ja võimalik
- ✓ Hetkel rehabilitatsioonisüsteemi jõudmise vastutus kliendil ning tihti seda puudliku haiguskriitika tõttu ei tehta.
- ✓ Koju läinud inimesed ei tule haigusega iseseisvalt toime, tekib vajadus rehospitalseerimiseks.
- ✓ Puudu jäänud rehabilitatsiooniteenus viib tihti ööpäevaringse hooldusteenuse vajaduseni.

Tulemused!

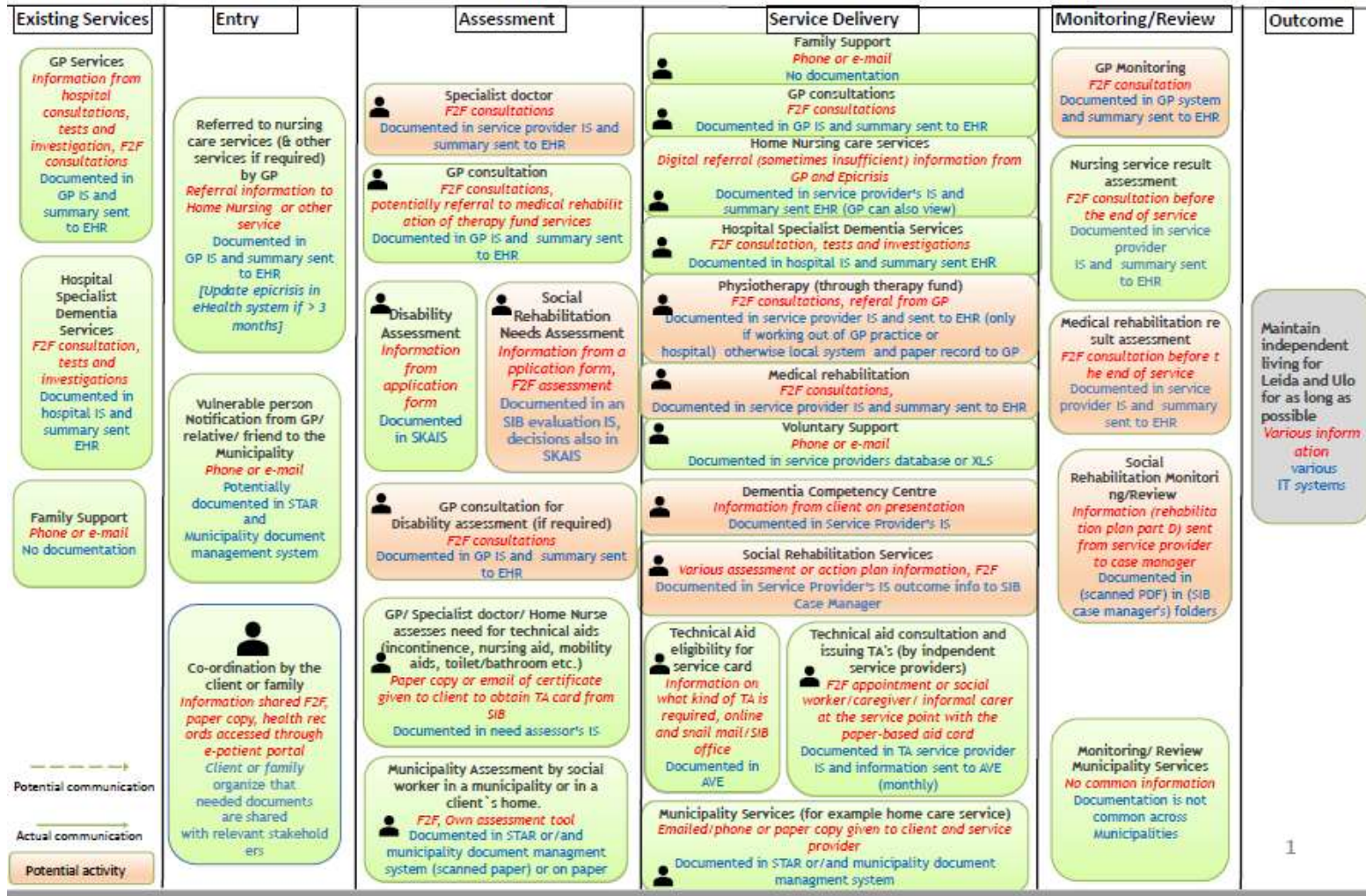
Teenusedisaini protsessi tulemusel otsustati käivitada pilootprojekt integreeritud lähenemise kontseptsiooni testimiseks ja uue lähenemise väljatöötamiseks.

- ✓ SKA ja SOM otsisid hankega partnerid ja uut lähenemist asusid testima PERH ja TVTK;
- ✓ Peamine uuendus – kui ravimeeskond märkas, et esmahaigestunu vajaks ka rehabilitatsiooni, anti märku TVTK-le, kes alustas juba haiglaravi ajal kontakti loomist. Puue või vähenenud/puuduv töövõime ei olnud abi saamise aluseks ning piisas passiivsest nõusolekust abi vastu võtta;
- ✓ 18 kuu vältel töötati 18 inimesega, kellest 11 jäid projektiga seotuks, 10 puhul toimetulek paranenud ja 1 muutusteta;
- ✓ Hetkel ettevalmistamisel SHS muudatused, et esmahaigestunud saaks reh.teenusele suunata **ravimeeskonna liikme hinnangu alusel** (st ilma puude või vähenenud/puuduva töövõimeta) ning väljaspool reh.teenuse järjekorda;

Näide 2. Koordinatsioonimudeli loomine

Leida

Leida is 84 and lives with her 86 year-old husband Ülo. Children live abroad but the neighbours are very helpful and supportive. Leida has vascular dementia and Ülo is now struggling to cope with her needs. They live on a small pension and rely on money sent from their children abroad. They do not wish to receive social services as they are not a "troubled" family but their GP is concerned about their ability to remain living independently without some support.



Erinevad võimalused koordinatsiooni ja integratsiooni parandamiseks

August 2018 – juuli 2019 SOM juhitud hoolduskoordinatsiooni pilootprojekt kuues Eesti piirkonnas:

- ✓ Konkursil osalemise eelduseks eelnev koostöökokkulepe vähemalt 2 perearstiga, koostöö täiendavate osapooltega (nt piirkondlik haigla) tervishoiusüsteemist andis lisapunkte;
- ✓ Pilootpiirkondades loodi uus hoolduskoordinaatori roll, kes oli sillaks eestkätt perearstide ja KOV(ide) vahel (esmaohtumine inimesega enamasti tema kodus);
- ✓ Piloodis töötati u 500 inimesega, ametlikult liitus projektiga 245;
- ✓ Pilootprojekt ja paralleelselt toimunud arutelud näitasid, et mõnes piirkonnas töötas uue rolli loomine hästi, teistes oli eestkätt vaja võimendada süsteemis juba töötavaid osapooli ning jätkusuutlik mudel peaks olema paindlikum
- ✓ Piloodis testisime uut rolli, kes oli eestkätt keeruliste üksikjuhtumite lahendaja; piloodi lõpuks näeme, et eestkätt on piirkonda vaja võrgustikutöö käivitajat, mõnes piirkonnas ka täiendavaid üksikjuhtumite lahendajaid

Hoolduskoordinaatori näide Saaremaalt

Olukorra kirjeldus:

- Sotsiaalne pool – vanaduspensionär, liikumispuue, eluruumi teenusel, lähedasi pole, toimetulekukus vajab juhendamist/nõustamist.
- Tervis – diabeet, pikalt aastate jooksul käinud sidumas jalga perearsti juures, vajadus jala amputeerimiseks, millest klient on pikalt keeldunud, võtab tugevaid valuvaigisteid, toitub ebatervisklikult.

Eesmärk:

- Tervisliku seisundi parandamine koos võimalikult iseseisva toimetuleku säilitamisega.

Tulemus hetkel:

Klient on saanud vajaliku ravi jala amputeerimise näol, taastusravi koos proteesi valmistamisega ning vajalikud abivahendid ja sotsiaalteenused iseseisva toimetuleku säilitamiseks.

Edasine tegevus:

Motiveerida ja abistada klienti proteesi kasutamisel, et toetada tema iseseisvamat toimetulekut.

Abistamine:

- Koduõendusteenus ja sidumine pereõe juures;
- Sotsiaaltransporditeenus valla piires;
- Koduteenus;
- Sooja toidu koju toomise teenus;
- Jala amputeerimine;
- Sotsiaaltransporditeenus mandrile ja tagasi;
- Õendusabiteenus ITK-s;
- Taastusraviteenus ITK-s (proteesi tegemisega);
- Abivahendialane nõustamine;
- Sotsiaalnõustamine.

Osapooled:

- Klient/patsient;
- Hoolduskoordinaator;
- Perearst;
- Saaremaa valla sotsiaaltöötaja;
- Kuressaare Hoolekanne sotsiaaltöötaja ja koduhooldusteenuse meeskond;
- Kuressaare Haigla kirurg, koduõendusteenuse juht, sotsiaaltöötaja;
- ITK amputatsioonijärgse taastusravi osakonna sotsiaaltöötaja;
- Siinorite Transportteenus OÜ;
- Invaru abivahendiettevõtte.

Erinevad võimalused koordinatsiooni ja integratsiooni parandamiseks

Erinevad võimalused koordinatsiooniks:

- ✓ Tartu linn jätkas ka pärast pilooti HK mudelit, kus esmatasandi tervishoiu juures (perearstikeskuses) töötab hoolduskoordinaator, kes on keeruliste juhtude lahendaja ja erinevate süsteemide siduja;
- ✓ Saaremaal koostöölepe Saaremaa omavalitsuste ja Kuressaare haigla vahel süsteemse koostöö jätkamiseks, eraldi hoolduskoordinaatorit ametis ei ole, ent seda rolli kannavad omavalitsuste sotsiaaltöötajad;
- ✓ Viljandis PAIK projekt, kus koordinatsioonimudeli juhiks piirkondlik haigla

Kõik mudelid toimivad ja piirkondadel endal teadmine, milline lähenemine nende jaoks parim!



Pilt: www.toppr.com

Kokkuvõtvalt integratsioonist

A red rectangular box with the white text "NB!" inside, serving as a warning or important note.

Integratsiooni ja koordinatsiooni parandamiseks on oluline, et:

- ✓ *eesmärgid oleksid ühiselt kokku lepitud (sh üldised teenuste ja valdkondade ülesed mõõdikud)*
- ✓ *inimese toetamise teekonnad lähtuksid inimeste vajadustest ning süsteemis olevad motivatsioonistiimulid (sh raha) toetaks seda*
- ✓ *andmed jookseksid kokku nii üksikinimese juhtumi põhiselt, süsteemis töötavatele osapooltele (haiglad, KOVid, Tod) ning ka poliitikakujundajatele.*

Mõtteid sotsiaaltööst tervishoiust

- Haiglates on sotsiaaltöötajad 😊
- Sotsiaaltöötaja kui ressurss
- Sotsiaaltöö eesmärk: probleemilahendaja või abistaja?
- Kuidas ja millal toimub on koostöö KOV/lähedaste jt?

Tubliduse auhinnad!

PERHi Psühhiaatrikliinik - on olnud võtmepartneriks psühhooosi esmahaigestunute mudeli arendamisel ning ka piloodi väliselt teeb süsteemset koostööd TVTK-ga, et psüühikahäirega inimestele terviklikku tuge pakkuda. Neil on integratiivraviosakond ehk lähenetakse ravile inimkeskselt ja terviklikult.

Viljandi Haigla - PAIK projektiga on võtnud valdkondade ülese koordinatsioonimudeli loomise Viljandimaal enda ülesandeks. Nii süsteemselt ilmselt ükski teine haigla veel valdkondade ülese koordinatsiooni teemadega ei toimetata.

Kuressaare haigla - suvel sõlmis Saaremaa KOV-ga koostöölepe. Haigla oli aktiivselt HK piloodis kaasas ja nad nägid loogilise jätkuna koostöö jätkamist piirkonna KOV-ga.

Pärnu Haigla - on olemas sotsiaalravi teenistus ning koostöö Pärnu KOViga on olnud juba aastaid süsteemne ja pidev. Samuti on sealne psühhiaatrikliinik väga eesrindliku ja inimkeskse lähenemisega.



Pilt: <https://lood.delfi.ee/perejakodu>

Meie ühine vastutus

- ✓ Inimest mõtestame me teisiti kui patsienti, klienti
- ✓ Olla esimene märkaja, sh haigla on seda paljudel juhtudel (eriti lapse abivajaduse osas)
- ✓ Teha head koostööd ja olla selles proaktiivne
- ✓ Kasutada võimalust liidri rolli võtmiseks
- ✓ Sõlmida alati otsad kokku



Pilt: www.tlu.ee

Mida ma tahtsin selle kõigega ütelda?

Patsient või klient,
aga ikkagi inimene



Allikas: www.pilguheit.ee



SOTSIAALMINISTEERIUM

Tänan!