

# Tervishoid ja hoolekanne arenevad kumbki omas mullis

**Kai Saks – Taru Ülikooli Kliinikumi sisekliinik**

Aastaid on räägitud pikaajalise hoolduse vajadusega inimeste seisundi igakülgsest hindamisest, et suunata abi vajaja õigel ajal just temale sobivatele teenustele ning vähendada korduvate hospitaliseerimiste ja hooldusasutusse suunamise vajadust. Me vajame ühtset baasmetoodikat hooldusvajadusega haigete seisundi ja teenuste vajaduse hindamiseks nii tervishoius kui ka hoolekandes. Areng toimub mõlemas süsteemis, kas kusagil kokku ka saadakse?

On teada, et inimese tervis mõjutab tema toimetulekut ja vastupidi. Hädaline vajab abi, tihti nii tervishoiu- kui ka hoolekandesüsteemist. Enne abi andmist on vaja hinnata, milline abi on kõige asjakohasem, arvestades seejuures nii tervise kui ka toimetulekuga seotud probleeme. Kõige kallim teenus (nt aktiivravi) ei pruugi aidata inimest kõige paremini, kui tema tervisehädasid süvendavad toimetulekuprobleemid. Kui aga vajalik abi ei jõua abivajajani õigel ajal, siis võib tõesti tekkida vajadus aktiivraviteenuse järele, millel on aga oma kitsam eesmärk – lahendada/leevendada ägedaid või ägenenud tervisprobleeme.

Tervishoius on viimased kakskümmend aastat toetatud pikaajalise hooldusega inimeste hindamiseks interRAI metoodikat. See on praegu kohustuslikuna kasutusel geriaatrilise seisundi hindamisel (Tervisekassa teenus koodiga 3027), mida viib läbi geriaatriameeskond, kuhu kuuluvad arst, õde ja sotsiaaltöötaja. Aastatel 2018–2019 töötati Sotsiaalministeeriumi tervisevaldkonnas välja detailne tegevuskava interRAI tarkvara loomiseks ning ristkasutamiseks kogu Eestis nii

tervishoius kui ka hoolekandes uue loodava hindamisinstrumentide keskkonna raames. Riigihange tarkvara tegemiseks lubati korraldada 2020. aasta algul. Siis aga tuli pärgviirus, niisamuti osutus projekt oodatust kallimaks ning see pandi pausile.

Viimase viie aasta jooksul on selle metoodika kohandamisega Eesti jaoks tegelenud ka Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakond. InterRAI metoodika skriiningvormi ehk interRAI kontakthindamise vormi kasutati hoolduse koordinaatorite pilootprojektis, seejärel kohandati vormi, lähtudes pilootprojektis saadud kogemustest ning pakutud uuendustest (Kanada töögrupi juhtimisel). Kohandatud vorm sai valmis 2021. aasta kevadel.

Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon (EGGA) on erialaorganisatsioon, kuhu kuuluvad nii arstid, õed kui ka sotsiaaltöötajad, lisaks teisi vananemistest huvitatud inimesi. InterRAI kasutamise litsents on Eestis Sotsiaalministeeriumil, kuid kohandamise ja koolitamisega seotud vastutust on siiani kandnud EGGA. Sestap oli ühing huvitatud, millised on ministeeriumis kahe sektori ühiste hindamisinstrumentide rakendamise plaanid pärast viiruseepideemia leevenemist. Eriti praeguses olukorras, kui käimas on suur pikaajalise hoolduse reform.

2022. aasta lõpul korraldas EGGA teabepäeva sihiga saada teavet, milline on olnud tervishoiu ja hoolekandesektori koostöö areng viimase paari aasta jooksul ning mis on plaanis edaspidi. Teema juhatas sisse Kai Saks EGGA juhatusest. Probleemidest kahe sektori koostöös ja arenguperspektiividest kõneles

sotsiaalkaitseminister Signe Riisalo, tervishoiu vaatest koostööle rääkis Kaily Susi ministeeriumi tervisesüsteemi osakonnast. Kolme aasta tagustest ettevalmistustest hindamisinstrumentide keskkonna ja interRAI kasutuselevõtu kohta tegi ettekande upTIS-i juht Taavi Annus. Ettevalmistustest hooldusvajaduse hindamise instrumendi juurutamiseks seoses 2023. aasta hoolekandereformiga rääkis sotsiaalministeeriumi pikaajalise hoolduse planeerimise juht Ketri Kupper. Ettekanded on kättesaadavad EGGA kodulehel <http://www.egga.ee/>.

Käsitletut lühidalt kokku võttes rõhutati taas koostöö vajadust, sobivaimaks vormiks peeti head isikutevahelist kontakti tervishoiu- ja hoolekandetöötajate vahel. Samas tuli välja, et tegelikult pole vastutuselad selgelt jagatud, erineva taustaga teenusepakkujad ei tea, mida partneritelt oodata, iga teenusepakkuja alustab uuesti abivajaja seisundi hindamisega, puudub juurdepääs teises sektoris tehtud hindamistele, seetõttu puudub ülevaade ka abivajaja seisundi muutumise kohta. Tervishoius kasutatakse sagedamini valideeritud hindamisvahendeid, hoolekandes on pilt väga kirju, erinevad teenusepakkujad kasutavad sageli oma loodud, sageli valideerimata küsimustikke või lihtsalt küsitlemist, vaatlust ja hindamist oma kogemusele tuginedes. Sellest tulenevad ka suured erinevused sarnases seisundis inimestele teenuste määramisel. Hädavajaliku terviseinfo kättesaamine on sotsiaaltöötajatele tihti suur probleem.

Taavi Annus selgitas, et hindamisinstrumentide keskkonna arendamine on tervishoiu poole pealt

planeeritud jätkuma 2024. aastal. Ketri Kupper teavitas, et pikaajalise hoolduse reformi käivitamiseks vajalik hindamismetoodika pole veel valmis ning püütakse kohandada metoodikat, mida siiani kasutati hoolekandes psüühilise erivajadusega inimeste seisundi ja teenuste vajaduse hindamiseks. Kui sotsiaalkaitseministrilt küsiti, mis metoodika on sotsiaalvaldkonnas valitud pikaajalise hoolduse vajadusega inimeste seisundi hindamiseks, siis oli vastus väga üllatav: valitud on rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon (RFK). See vastus tekitas hulga uusi küsimusi (klassifikaator pole seisundi hindamise vahend; RFK metoodika sobib seisundi kirjeldamiseks taastusravis ja rehabilitatsioonis, kuid mitte pikaajalise hoolduse vajadusega haigetel), kuid need teemad jäid seekord siiski arutamata. Paraku jäid ministeeriumi vastusega ka teabepäeva fookuses olnud küsimused, kuidas tagada hooldusvajadusega inimese seisundi ja vajaduste hindamine sarnastel alustel nii tervishoiu kui ka sotsiaaltöös. Kuidas võimaldada tulemuste ristkasutamist nende valdkondade vahel?

Pärast ettekandeid korraldati EGGA liikme Kadri Orase juhtimisel paneelarutelu, milles osalesid Kairit Lindmäe Eesti sotsiaaltöötajate assotsiatsioonist, õdede liidu president Anneli Kannus, Merike Siht Eesti sotsiaalasutuste juhtide nõukojast, Angelika Lall iseseisva

õendusabi ühenduse juhatusest, Kaily Susi sotsiaalministeeriumist ja Kai Saks EGGAst. Arutleti kahel teemal, konspektiivselt on välja toodud põhiseisukohad.

### **Millised on praegu toimivad head näited kahe süsteemi koostööst?**

Spetsialistid, kes töötavad kahes süsteemis, näiteks hoolduskoordineatorid, õed hooldekodudes, sotsiaaltöötajad haiglas.

Head isiklikud suhted, näiteks väikeses kogukonnas, ministeeriumis, eri asutustes. Sageli purunevad need suhted paraku koos spetsialisti lahkumisega.

Haigla ja omavalitsuse vahelised juhtumiarutelud, ka veebi teel. Hea praktika Tartu linnast.

### **Kuidas aidata koostööd parandada, milline võiks olla esimene samm?**

Kindel rollide jaotus, spetsialistide pädevuste kirjeldamine, usaldusteise poole vastu.

Üks link erinevate süsteemide vahel ja üks „nupp“, kuhu teavitada (nagu PAIK-teenuses).

Hea praktika kiire ning kõvahäälne jagamine ja laiendamine.

Ühine määrus, mis reguleeriks tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööd.

Perearstide õppekavasse loeng sotsiaaltööst.

Vaid ise saame enda vastu usaldust tõsta.

Avada üleriigiline sotsiaalabi kriisi telefon.

Ühine hindamisinstrument kahe süsteemi jaoks, näiteks on olemas interRAI tarkvara haigla infosüsteemis eHL, kasutamine kahe süsteemi vahel juriidilise seina taga.

Eesti haigekassa hinnakirjas võiks olla „sotsiaaltöötaja nõustamise“ kood.

Tervishoid oleks valmis oma hindamise andmeid jagama, aga kuidas?

### **KOKKUVÕTE**

Paraku pidi pärast ürituse lõppu tunnistama, et nii tervishoid kui ka hoolekanne näevad jätkuvalt koostöö vajadust, kuid areng toimub pigem paralleelselt, kokkupuutepunktid on eeskätt isikupõhised, üksteise tehtud hindamisi kas ei teata, neile puudub juurdepääs või neid ei usaldata. Ehk siis kipub jätkuma vanaviisi: entusiastlikult omas mullis.

Kui paneks siiski ressursid kokku, teeks valmis ja võtaks kasutusele hindamiskeskonna koos kvaliteetsete hindamisvahendite kättesaadavusega nii tervishoiu kui hoolekandeteenuste pakkujatele? Ühine keel on vajalik kõigile osapooltele arusaadavate otsuste tegemiseks teenustele suunamisel, kombineerides teenuseid nii tervishoiu kui ka hoolekande valdkonnast. Ehk väheneks siis ka nn sotsiaalsetel näidustustel hospitaliseerimise vajadus?