

**TAOTLUS TOETUSE SAAMISEKS INIMKESKSE HOOLEKANDE- JA TERVISHOIUSÜSTEEMI
KOORDINATSIOONIMUDELI RAKENDAMISEKS KOHALIKUL TASANDIL**

Taotlen sotsiaalkaitseministri 07.12.2021. a määruse nr 46 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine kohalikul tasandil“ (edaspidi *määrus*) alusel toetust valdkondadeülese koordinatsioonimudeli (edaspidi *koordinatsioonimudel*) rakendamiseks määruses ette nähtud tingimustel.

1. Üldandmed

<ul style="list-style-type: none">Taotleja nimi, registrikood, juriidiline aadress Tartu Linnavalitsus, registrikood 75006546 Raekoja plats 1a, 50089 Tartu linn
<ul style="list-style-type: none">Partnerid: Nimi, registrikood, juriidiline aadress OÜ Tartu Kesklinna Perearstikeskus, registrikood 10534369 SA Tartu Ülikooli Kliinikum, registrikood 90001478
<ul style="list-style-type: none">Taotleja kontaktandmed (aadress, telefon, e-post, kontaktisik) Tartu linnavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuosakond, Raekoja plats 3, Tartu linn Kontaktisik tervishoiuteenistuses hoolduskoordinaator Ave Tooming, 5919 6630.
<ul style="list-style-type: none">Arvelduskonto number, viitenumber, pank Arvelduskonto number EE401010102030203008, viitenumber 30109213000001, pank SEB Pank
<ul style="list-style-type: none">Taotletav summa (toetuse taotlemise eelarvevormist) 90000 eurot

2. Taotleja visioon koordinatsioonimudeli rakendamiseks

Taotleja kirjeldab visiooni, vastates küsimustele 2.1.–2.7. Visiooni pikkus on kuni 10 A4 lehekülge ning see arvestab maakonna või paikkonna tervise- ja heaoluprofiili.

2.1. Palun sõnastage:

a) toetuse kasutamise eesmärgid enda piirkonnas:

Projekti toetussummade eest tasutakse 2 hoolduskoordinaatori töötasud, projektijuhtimise tasud, töövahendid, transpordi- ja koolituskulud. Korraldatakse võrgustikukohtumisi, praktikate jagamisi. Toimub koduteenuse kui ühe olulisima kompleksvajadusega inimesele mõeldud teenuse disainimine kliendile ja tema lähedastele sobivaks.

Sujuvam klienditeekond sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahel. Juhtumimeeskonna ja

piirkondlike võrgustike kohtumiste tulemusel paraneb ka eraldiseisvate spetsialistide omavaheline suhtlus ja koostöö, mille tulemusel paraneb kliendi heaolu ja teenuste kättesaadavus.

Võimalusel korraldatakse kogemuste vahetamiseks ja toimivate praktikate väljaselgitamiseks välislähetusi, et ammutada uusi ideid sotsiaal- ja tervishoiu sektori parema koostöö korraldamiseks (nt surmatoetaja, hospiits jne). Tartu piirkonnas on projektiga seotud palju eakaid ja palju kliente projekti jooksul sureb – oluline on teadmine, kuidas toetada surijat, tema lähedasi ning kuidas töötajana tulla toime kliendi kaotusega.

b) millised on soovitud muutused piirkonnas:

Igale inimesele leitakse talle sobilik teenus. Hoolduskoordinatsiooni ning sotsiaal- ja tervishoiusektori parema koostöö läbi tagatakse inimesele võimalus olla võimalikult kaua oma kodus. Lahendused leitakse ka juhtudel, kui inimese abivajadus on nii suur, et vajadus oleks ööpäevaringse teenuse järele, kuid inimene ei ole valmis oma kodust lahkuma. Paraneb infovahetus Tartu Ülikooli Kliinikumi sotsiaaltöötajate ja linna sotsiaalvaldkonna töötajate vahel kliendi paremaks teenindamiseks.

Tartu linnas on keeruline inimesel leida uut perearsti (vahetada perearsti), eriti kui inimene on eakas, suurte terviseprobleemidega või välisriigist tulnu. Perearsti leidmine sõltub palju isiklikest suhetest ning hoolduskoordinaatori paiknemine tervisekeskustes võimaldab luua perearstidega parema suhte (perearstil on oluline teada täpsemat tausta, et ta oskaks hinnata oma võimekust inimest teenindada).

2.2. Millised on piirkonna abivajajate rühmad, arvestades piirkonna tervise- ja heaoluprofiili¹, sealhulgas:

a) kui palju on piirkonnas potentsiaalseid abivajajaid (sh valdkondadeülest koordineeritud abistamist vajavaid inimesi):

Sihtrühma suurus on ca 35 000 inimest, mis hõlmab eakaid ja puudega inimese toetuse saajad, sh puudega lapsed ja vanaduspensionäre.

b) millised on kõige levinumad probleemid/piirangud, mille tõttu abivajajad ei saa oma vajadustele vastavat abi:

Üksikud eakad vajavad abi tervishoiuteenuste korraldamisel (aegade broneerimine, arstivisiidid jne). Sageli on tegemist eakatele keerulise ja tihti ka võimatu ülesandega (interneti ja arvuti puudumine, oskuste puudumine), milleks aga tervishoiusüsteemis eraldi aega ette nähtud ei ole.

Multiprobleemsed kliendid, kelle puhul ei taha vastutust võtta ei tervishoiuteenuse osutaja ega hoolekandesüsteem, kuid vajadus teenuste järele on (sh abivajadus ei pea olema seotud puude määramisega). Neil puhkudel on oluline, et kliendil oleks nõ juhtumikorraldaja, kes võtab vastutuse, suhtleb erinevate osapooltega ning aitab leida kliendile parima võimaliku lahenduse, sidudes sotsiaal- ja tervisteenused.

Selgusetus, kumba süsteemi inimene kuulub. Igas süsteemis on omad spetsialistid, kes valdavad imeliselt enda eriala, kuid ei orienteeru (ega peagi orienteeruma) teistes süsteemides. Teadmatuse tõttu võib aga klient jääda talle vajalikust abist ilma või saada talle vajalikud teenused liiga hilja või väga suure ringiga (nt lähedaste ajakulu lahenduste otsimisel, hoolduskoormuse suurenemine lahenduse saabumiseni jne).

Hoolduskoordinaator saab siin kohal olla see, kes orienteerub mõlemas süsteemis hästi, korraldab võrgustikukohtumisi, mitmeid spetsialiste hõlmavaid juhtumiarutelusi ning viib

¹ Maakondade tervise- ja heaoluprofiilid on leitavad siit: <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tervise-edendamine-paikkonnas/tervise-ja-heaoluprofiil/valminud-terviseinfo>. Lisaks saab tugineda maakondade tervise ja heaolu ülevaadetele, mis on leitavad siit: <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamine/tervise-edendamine-paikkonnas/tervise-ja-heaoluprofiil/maakondade-tervise-ja-heaolu-ulevaated>.

kliendi ja teenusepakkuja omavahel kokku.

Kliendi lähedased, kes on sattunud järsku väga keerulisse olukorda ja ei orienteeru teenustes ega tea täpselt, kuhu pöörduda ning millist abi on neil võimalik saada. Nt siiani väheste kõrvalise abiga toime tulnud eaka lähedased, kui eakas on üleöö saanud raske terviserikke, mille tulemusel on ta voodikeskne ning vajab suuremahulist isikuabi. Terviserikke tekkimisel kutsutakse kiirabi, inimene viiakse haiglasse ning järgmisel hetkel teatatakse, et inimene kirjutatakse haiglast välja – tervishoiusüsteemi poolt on justkui kõik tehtud, kuid inimese lähedased on jäänud oma murega omapäi. Nii mõnigi kord osutatakse haiglas tervishoiuteenuseid, kuid patsient/lähedased ei kohtu sotsiaaltöötajaga enne koju suundumist.

c) milliste abivajajate toetamine toimib piirkonnas hästi ning milliste abivajajate toetamisel on kõige enam raskusi:

Hästi toimib abi andmine olukorras, kus inimene vajab tuge ühest valdkonnast või konkreetse teenuse näol. Sel juhul on abi üldjuhul kiire ja inimene saab talle vajaliku teenuse. Kõige enam väljakutseid tekib multiprobleemsete klientidega (nt psüühikahäire), kus ei ole alati üheselt selge, millist abi klient vajab, samas nõuab kõigisse tema probleemidesse süvenemine ja kõikehõlmava abi korraldamine aega ning mõistmist kahe süsteemi võimalustest, mida piiratud arstivisiidi aeg või sotsiaaltöötajaga kohtumine ei võimalda.

Järjest enam peab toetama väga suure hooldusvajadusega inimeste kodust hooldust, kuna inimene ei soovi oma kodust lahkuda. Sel juhul on vaja kombineerida mitme osapoole ressursse ning planeerida teenuste logistikat, et inimese abivajadus oleks päeva ja nädala lõikes adekvaatselt kaetud.

2.3. Palun kirjeldage:

a) millised on abivajajate toetamisel piirkonna võimalused ja raskused, sealhulgas valdkondadevahelise koostöö ja koordineerimisega seotud võimalused ja raskused:

Abivajajate toetamiseks on piirkonnal pakkuda lisaks kohustuslikele sotsiaalteenustele mitmeid teenuseid, mis ei kuulu kohustuslikus korras pakutavate teenuste alla, vaid oleme arendanud innovaatilisi lisateenuseid (nt heaolumeister) ja elus hoidnud projekti käigus saadud lahendusi (nt hoolduskoordinaator).

Pidevalt näeme vajadust koduteenuse mahu suurendamiseks, kuna tartlaste soovid ja ootused on aasta aastalt muutunud. See on linnale suur väljakutse, et tagada nii teenuse mahu suurendamine kui kvaliteedi hoidmine ja tõstmine kombineeritult teiste teenustega.

b) ning kuidas on plaanis nendega seotud riske maandada ja probleeme lahendada:

Jätkuvalt on raskuseks tervishoiusüsteemi ja sotsiaalsüsteemi omavaheline haakimine, mida saab parandada vaid koostööd edasi arendades. Sotsiaalteenuste osutajaid on vähe (nt koduteenused), tervishoiuteenustele on järjekorrad pikad (nt iseseisev statsionaarne õendusabi, psühhiaatriline abi ja teised eriarstid). Koduteenuse mahtu oleks vaja suurendada ja kvaliteeti parandada, lahendamiseks otsime võimalusi osaleda projektides ning viia läbi teenuse disainimine.

2.4. Palun kirjeldage:

a) milline on taotleja ja partnerite huvi projektis osaleda:

Projekti eesmärk ja ühine huvi on koostöö jätkamine ja edasiarendamine, läbi mille tagatakse patsiendikeskne käsitlus ning võimaldatakse tervishoiutöötajatel keskenduda oma erialasele tööle, vähendades nende koormust sotsiaalvaldkonna küsimustega tegelemisel. Inimene jõuab õigel ajal õigele teenusele ning ei jää ringlema tervishoiusüsteemi, kuna ei saa õigel ajal toetavaid teenuseid, mis aitaksid haiglaravile sattumist vältida. Nii perearstidel kui Kliinikumil on võimalus oma kliendid otse hoolduskoordinaatori vastuvõttu suunata, kuna hoolduskoordinaatorid paiknevad mugavalt suuremat tervisekeskuste koosseisus. Tihe infovahetus haigla sotsiaaltöötajatega

võimaldab inimese haiglas viibimise ajal teha veelgi paremaid ettevalmistusi ravi lõppemiseks ning plaanida edasisi tegevusi inimese toimetuleku toetamiseks.

b) ja roll/vastutus projektis, näidates ära, kes ja mille eest vastutab:

Tartu linnavalitsuse vastutus on projekti juhtimine, võrgustikutöö-koolituste-kohtumiste korraldamine. Tartu linnavalitsus tagab hoolduskoordinaatorile töötasu, vajalikud töövahendid ja koolitusvõimalused. Samuti on tagatud tugistruktuur (raamatupidamine, juriidiline nõustamine, arvutiabi jmt). Hoolduskoordinaator tagab info kiire liikumise erinevate osapoolte vahel (klient/patsient, perekond, perearst, pereõde, sotsiaaltöötaja, insuldikoordinaator) ning toetab perearste ja haigla sotsiaaltöötajaid patsiendile igakülgse abi korraldamisel (nt sotsiaaltransport, koduteenused jne). Üheskoos osaletakse koduteenuse disainimises.

Perearstide panuseks projektis on pakkuda hoolduskoordinaatorile tööruum enda keskuses, osaleda juhtumite aktiivses lahendamises ning teha seejuures igakülgset koostööd hoolduskoordinaatoriga. Vajadusel ja võimalusel koolitustel ja võrgustikukohtumistel/juhtumiaruteludel osalemine. Perearstid annavad oma patsientidele infot hoolduskoordinaatori kohta, suunavad vastuvõtule. Hoolduskoordinaatori ja perearstide vahel toimub kiire infovahetus, vastavalt vajadusele dokumentide väljastamine (nt saatekirjad, raviplaanid).

Kliinikumi sotsiaaltöötajate panuseks projektis on teha hoolduskoordinaatoriga igakülgset koostööd, võimalusel ja vajadusel osaleda võrgustikukohtumistel ning juhtumiaruteludel. Vastavalt vajadusele ja võimalusele koolitustel osalemine. Sotsiaaltöötajate ja hoolduskoordinaatori vahel toimub kiire infovahetus, vastavalt vajadusele dokumentide väljastamine (nt isikliku abivahendi kaardi taotlemine, puude vormistamine) juba enne patsiendi haiglast lahkumist. Sotsiaaltöötajad annavad oma patsientidele infot hoolduskoordinaatorist ning vajadusel suunavad patsiendi/lähedased vastuvõtule. Ühtlasi käib tihe suhtlus Kliinikumi spordimeditsiini- ja taastusravikliiniku osakondadega (sotsiaaltöötaja, õed, hooldajad, arstid) patsientide nõustamisel ning koju/ravile suunamisel – see koostöö jätkub ning tiheneb uue projekti raames.

2.5. Milliseid osapooli lisaks taotlejale ja partneritele soovitakse piirkondlikku võrgustikku kaasata:

Tartu perearstikeskused on kaasatud pidevalt kogu projekti vältel. Samuti on pidevalt kaasatud Tartu linna piirkonnakeskuste hoolekandespetsialistid ja eestkostespetsialistid, vastavalt vajadusele ka lastekaitsepspetsialistid.

Kliinikumi sotsiaaltöötajatega koostöö toimub vastavalt klientidele ja nende vajadustele.

Juhtumipõhiselt kaasame koduõed, Sotsiaalkindlustusameti, Töötukassa, Päästeameti, Tartu Kiirabi, Politsei, Vähiliidu, eakate organisatsioonid, hooldekodud, koduteenuse pakkujad, abivahendeid müüvad firmad jne.

2.6. Kuidas plaanite korraldada määruse lisas 4 kirjeldatud ülesannete täitmise? Palun andke ülevaade sellest,

a) millised osapooled peavad olema koordineerimismudeli rakendamisse kaasatud ning mis on nende tõenäoline roll;

Hoolduskoordinaatorid vastutavad kõigi lisas 4 toodud ülesannete täitmise eest, kaasates vastavalt vajadusele teisi osapooli sotsiaal- ja tervishoiusektorist.

b) milliste ülesannete täitmiseks tuleb piirkonnas palgata täiendavat tööjõudu ja anda olemasolevale personalile täiendavaid projektiga seotud ülesandeid ning millise koormusega võib osta teenust sisse?

Tartu linnavalitsuses on olemas vajalikud kompetentsid nii raamatupidamiseks kui vajadusel juriidiliseks nõustamiseks. Tartu linnas töötab 3 hoolduskoordinaatorit, kes vastutavad lisas 4 kirjeldatud ülesannete täitmise eest võrdses mahus. Lisaks ostetakse

teenuse disainimise, koolituste ja ürituste korraldamisega seotud teenuseid.

2.7. Milline on piirkonna prognoos väljundinäitajate saavutamise kohta kvartalite kaupa (väljundinäitajad on sätestatud jätkuprojektide puhul määruse § 3 lõikes 3 ja uute projektide puhul määruse § 3 lõikes 4)?

I kvartali lõpuks on töösse võetud 16 kompleksjuhtumit, millega tegeletakse projekti lõpuni või inimese lahkumiseni teenuselt (surma tõttu, ööpäevaringsele asutushooldusele suunamise tõttu jne). Projekti jooksul võetakse töösse rohkem kui 16 kompleksjuhtumit.

Juhtumimeeskonna koosolekuid viiakse alates projekti algusest läbi keskmiselt kord kuus, vajadusel sagedamini (kokku vähemalt 12 korda).

Piirkondliku võrgustiku liikmete kohtumisi viiakse läbi keskmiselt kord kvartalis, vajadusel sagedamini (kokku vähemalt 5 korda).

Toimivat praktikat jagatakse pidevalt alates projekti algusest. Suuremaid kohtumisi planeeritakse keskmiselt 1 kord poolaastas (kokku vähemalt 2 korda).

Kinnitus Euroopa Sotsiaalfondist rahastatava toetuse taotluse juurde

Käesolevaga kinnitab taotleja, et:

- ta on tutvunud määrusega kehtestatud nõuete ja tingimustega, on nendega nõus ning kinnitab, et esitatud taotlus on määruse nõuete ja tingimustega kooskõlas;
- ta ei ole saanud taotluses kirjeldatud tegevuste elluviimiseks toetust teistelt finantseerijatelt;
- tal ei ole varem saadud toetuste kohta aruande esitamise võlgnevust;
- tal ei ole tähtjaks tagastamata toetuse jääki ega maksmata tagasinõuet;
- ta ei ole Sotsiaalministeeriumi ega selle hallatava asutuse ametnik (töötaja) ega nendega seotud isik;
- tema suhtes ei ole algatatud pankrotimenetlust ega sundlikvideerimist ning puuduvad maksuvõlad;
- toetuse saamisel kasutatakse eraldatud toetust sihipäraselt ja otstarbekalt taotluses kirjeldatud eesmärkide täitmiseks ja tulemuste saavutamiseks;
- ta on teadlik perioodi 2014–2020 struktuuritoetuse seaduse § 39 lõike 10 alusel kehtestatud toetuse saamisega kaasnevatest avalikkuse teavitamise nõuetest ning kohustub seda järgima;
- ta on teadlik, et perioodi 2014–2020 struktuuritoetuse seaduse § 39 lõikes 3 nimetatud toetuse saamisega seotud andmed avalikustatakse;
- ta on teadlik, et toetuse andmisest võidakse taganeda ja sealjuures tuleb aluseta saadu tagasi maksta või taotluse rahuldamise otsus võidakse tunnistada kehtetuks.

Kuupäev (*digitaalallkirjas*)

(*Allkirjastatud digitaalselt*)

Taotleja allkirjaõigusliku isiku nimi: Merle Liivak