

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Gerda Mälk

**INTEGREERITUD REHABILITATSIOONI TEENUSE  
ROLL INSULDIPATSIENDI RAVITEEKONNAL EESTI  
HAIGEKASSA INSULDI JUHTPROJEKTI  
ARENDUSPROJEKTIDE NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun, MA

Pärnu 2021

Soovitan suunata kaitsmisele

Kandela Õun

/digiallkirjastatud/

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

Anu Aunapuu

/digiallkirjastatud/

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Gerda Mälk

/digiallkirjastatud/

## SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade insuldipatsiendi rehabilitatsioonist	7
1.1. Sotsiaaltöö ja rehabilitatsioon tervishoius .....	7
1.2. Ülevaade sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioonist Eestis.....	10
1.3. Isheemiline insult ja insuldipatsiendi raviteekond .....	13
1.4. Insuldipatsiendi integreeritud teenuse käsitlemine rahvusvahelises praktikas .....	17
2. Uurimus ja meetodika	20
2.1. Ülevaade Eesti Haigekassa Insuldipatsiendi raviteekonna arendusprojektist ..	20
2.2. Uuringu eesmärk ja kavandamine .....	24
2.3. Uuringu tulemused .....	26
2.4. Tulemuste arutelu ja ettepanekud .....	39
Kokkuvõte	43
Viidatud allikad	45
Lisad	51
LISA 1 Insuldipatsiendi raviteekond .....	51
Summary	52

## SISSEJUHATUS

Tervishoiusektori üks suurimaid väljakutseid on viimasel aastakümnel olnud koostöö loomine sotsiaalvaldkonnaga, mis tagaks edukamad ravitulemused tänu isikute toimetuleku paremale toetamisele. Valdkonnas töötavad spetsialistid ja patsiendid on andnud märku, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid ei moodusta loogilist tervikut ning selle tõttu on abi saamine keeruline ja tihti ka ressursside kasutamine ebaefektiivne (World Health Organization, 2016, lk 1). Sageli juhtub, et patsiendid ei liigu pärast akuutravi lõppu tervishoiust sotsiaalsüsteemi üle ja jäävad ilma vajaliku abi ja teenusteta. Seda põhjustab süsteemse infovahetuse puudumine eriarstide, sotsiaaltöötajate, kohaliku omavalituse ja perearstide vahel. Senini on olnud koordineeriv roll vaid abivajajal endal või tema lähedasel (Mötus *et al.*, 2019, lk 5–7).

Insult on mitmetahuline sotsiaalne ja meditsiiniline probleem. Insult on peaaegu verevarustuse häirest tingitud ajurabandus, kus hapniku puuduse tõttu tekib rakusurm (Nurm, 2017, lk 12). Insulti haigestub Eestis igal aastal 4500 inimest ja kogu maailmas saab insuldi diagnoosi 15 miljonit inimest aastas. Tänu vananevale rahvastikule ennustatakse Euroopa riikides aastatel 2015–2030 insuldijuhtude arvu kasvu 35%. Eesti eripära on aga see, et võrreldes muu Euroopaga haigestuvad Eestis insulti rohkem just tööealised inimesed (Jaska & Kurvits, 2017, lk 558). Insult ei ole riikidele ainult tervishoiu küsimus, vaid selle probleemiga tegelemine eeldab poliitilisel tasandil lahendusi (Asser, 2017, lk 379). Insuldipatsientide rehabilitatsioon on olnud viimase kümne aasta jooksul väga aktuaalne teema. Ka 2010. aastal Eesti Haigekassa eestvedamisel tehtud insuldiaudit, kus Eesti tippneuroloogid hindasid 400 erinevat insuldahaige haiguslugu, selgus, et patsientide ravikäsitlus haiglates on erinev ja esineb tõsiseid puudujääke varajase taastusravi korraldamisel. Arstide hinnangul vajab Eesti riiklikku insuldistrateegiat ja töörühm tegi ettepaneku suurendada inimeste teadlikkust insuldist (Kõrv *et al.*, 2010, lk 409, 413–414).

Kuna tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni probleem ei ole vaid insuldi valdkonna probleem, siis 2015. aastal lõi Vabariigi Valitsus hoolduskoormuse rakkerühma, kuhu kuulusid valdkonnas töötavad eksperdid ja ministriumide esindajad. Töögrupi eesmärgiks sai raskelt haigestunud lähedase hooldamisega seotud probleemide kaardistamine ning vajaduspõhiste lahenduste väljatöötamine. Ühe olulisema probleemina toodi välja vajadus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkondade parema integreerituse järele ning ühe lahendusena esitleti inimesekeskset hoolduse koordineerimise programmi (Riigikantselei, 2017, lk 3). Aastatel 2018–2019 viis Sotsiaalministeerium läbi pilootprojekti hoolduskoordinaatori rakendamiseks, kus selgus, et keerulise ja püsivalt haigestunud patsiendi efektiivne integreeritud rehabilitatsiooni teenus vajab valdkonnapõhist lähenemist, kuna universaalset lahendust igale valdkonnale on raske juurutada (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 39).

Insuldipatsiendi raviteekonna teenuseid on viimasel kümnel aastal maailmas palju uuritud. Erinevates rahvusvahelistes uuringutes on olnud palju erineva disainiga sekkumisi, mis näitavad, et kodus elavatele insuldihaigetele suunatud teraapiapõhised rehabilitatsiooni teenused parandavad iseseisvust igapäevases elus (Tummers *et al.*, 2012, lk 4–6). Läbi erinevate professionaalsete sekkumiste ja patsiendi raviteekonna koordineerimise on võimalik insuldi läbi teinud inimest hõlpsamini taasühiskonnastada ja ennetada ka korduva insuldi riski (Bodechtel *et al.*, 2016, lk 1). Eesti Haigekassa koostöös eriala spetsialistidega soovivad aga välja selgitada, milline on sekkumine, mida Eesti patsient vajab ja milline pakutava sekkumise tüüp annab parimad tulemused. Loodav teenus peaks kõigi eelduste kohaselt hakkama siduma endas sotsiaalset ja meditsiinilist rehabilitatsiooni. Senini on insuldi pikemaajaliste rehabilitatsiooniteenuste väljatöötamist piiranud tõendite puudumine konkreetsete sekkumiste ja teenusemudelite tõhususe kohta. Insuldi üle elanud inimestele ja nende peredele on pikaajalise toetuse pakkumine hetkel piiratud (Kubo, 2020, lk 33). Hästi kavandatud randomiseeritud kontrollitud uuringud on vajalikud, et pakkuda tõendusbaasi kogukonna insulditeenuste arendamise kohta. Mitmed uuringud ja praktikad maailmas on näidanud, et integreeritud teenus on see võimalus pakkuda paremaid ravitulemusi, suunata patsiendid kiiremini tagasi kogukonda (Fisher & Elnitsky, 2012, lk 442). Integreeritud insulditeenus on teenusepakujate võrgustik, kes teevad koostööd insuldihaigete akuutravi, rehabilitatsiooni ja kroonilise faasi ajal. Insuldihoolduse pakkumisega tegeleb suur hulk

erialasid ja organisatsioone, nagu haiglad, hooldekodud, rehabilitatsioonikeskused, üldarstid ja koduteenused (Vat *et al.*, 2016, lk 1–4). Insulditeenuste eesmärk on pakkuda ühtset ja patsiendikeskset integreeritud hooldust. See nõuab piirkondlikku keskkonda koos kõigi asjaomaste tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande sidusrühmade ning kohaliku kogukonnaga, kes teevad koostööd multidistsiplinaarse, koordineeritud hoolduse ja toetuse pakkumiseks. (Mõtus *et al.*, 2019, lk 4–6)

Tuginedes eelnevale on lõputöö uurimisprobleem selles, et insulti haigestunud inimesed ei jõua pärast akuutravi lõppu vajaliku integreeritud rehabilitatsiooni teenuseni.

Käesoleva lõputöö eesmärk on välja selgitada integreeritud rehabilitatsiooni teenuse roll insuldipatsiendi raviteekonnal ja muudatusettepanekute tegemine rehabilitatsiooni teenuse pakujatele ja rahastajatele. Eesmärgist tulenevalt on autor püstitanud järgmised uurimisküsimused:

- Millist mõju avaldab insuldikoordinaatori teenus insuldipatsiendi toimetulekule?
- Millist lisandväärtust annavad patsiendile ja tema lähedastele arendusprojekti loodud insuldi digilahendus, insuldikonsiilium, raviplaan, ühtne inforuum ja kogukonnateenused?

Eesmärkide saavutamiseks on järgmised uurimisülesanded:

- Anda teoreetiline ülevaade sotsiaaltööst ja rehabilitatsioonist tervishoius, insuldist ja insuldipatsiendi raviteekonnast.
- Kavandada teooria põhjal intervjuude küsimustik ja viia läbi ekspertintervjuud insuldikoordinaatoritega.
- Analüüsida saadud tulemusi ja nendest lähtuvalt teha Eesti Haigekassale ja insuldipatsiendi raviteekonna teenust piloteerivatele haiglatele ettepanekuid teenuse parendamiseks.

Uurimistöö koosneb kahest suurest peatükist, millest esimeses antakse teoreetiline ülevaade sotsiaaltööst tervishoius, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsioonist ja insuldipatsiendi raviteekonnast. Lõputöö teine peatükk on empiiriline osa, kus antakse ülevaade uurimistöö kavandamisest, andmete analüüsist ja analüüsi tulemusel tehtud järeldustest.

# 1. TEOREETILINE ÜLEVADE INSULDIPATSIENDI REHABILITATSIOONIST

## 1.1. Sotsiaaltöö ja rehabilitatsioon tervishoius

Tervishoiualane sotsiaaltöö on eriala sotsiaaltöö valdkonnas, mis on mänginud tervishoiuasutustes olulist rolli juba alates 20. sajandi algusest. Tervishoiuasutuse sotsiaaltöötaja on inimene, kes juhendab raskustesse sattunud inimese sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenuste juurde. Tervishoiuasutuses tehtav sotsiaaltöö ja seal pakutav rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on aidata kliendil saavutada ja säilitada optimaalne tervislik seisund, et nad saaksid oma igapäevaellu naasta ja seal tõhusalt toimida. Raskelt haigestunud inimene ja tema lähedaste teejuhti sotsiaaltöötaja näol on hakatud ajas üha enam hindama ja erinevate erialade spetsialistid näevad selle teenuse vajalikkust.

Eesti Sotsiaaltöötaja Eetikakoodeks on sätestanud, et sotsiaaltöö on oma loomult inimeste muresid leevendav, juhendav, arendav ja rehabiliteeriv. Üldinimlikke väärtusi kandes abistab sotsiaaltöötaja oma volituste piires kõiki iseseisvas toimetulekus abivajavaid isikuid. (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni eetikakomitee, 2005, lk 1) Sotsiaaltööd defineeritakse järgmiselt:

„Sotsiaaltöö on nii praktiline põhinev kui ka akadeemiline teadusala, mis aitab kaasa sotsiaalsetele muutustele ja arengule, inimeste võimustumisele ja vabanemisele ning edendab sotsiaalset ühtekuuluvust. Sotsiaaltöös on tähtsal kohal sotsiaalne õiglus ja inimõigused, kollektiivne vastutus ja erinevuste austamine. Toetudes sotsiaaltöö teooriatele, sotsiaal- ja inimteadustele ning pärimusteadmistele, ärgitab sotsiaaltöö inimesi ja struktuure ületama elus ettetulevaid raskusi ning suurendama heaolu.“ (Selg, 2014, lk 9)

Sotsiaaltöö hõlmab endas mitmeid erinevaid valdkondi, nagu erihoolekanne, lastekaitse ja sotsiaaltöö tervishoius. Sotsiaaltöö tervishoius on üha enam väärtustatud eriala. Kui

varasemalt on sotsiaaltöötaja roll tervishoius olnud tagada kõikidele inimestele võrdselt hea teenus sõltumata inimese majanduslikust ja sotsiaalsest seisusest, siis tänapäeval nähakse tervishoiu sotsiaaltöötajat professionaalse koordineerijana (Van Ewik, 2008, lk 66). Eestis praktiseerivad sotsiaaltöötajad ambulatoorses ja statsionaarses haiglaravis kõikides regionaal- ja keskhaiglates, aga ka enamikes maakonnahaiglates, taastusravikeskustes, hooldushaiglates ja esmatasandi ambulatoorsetes ravikeskustes. Sotsiaaltöötaja teenuse vajalikkust kinnitab ka dokument „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“, kus on kinnitatud teenuse kättesaadavuse vajalikkust mitte ainult regionaalhaiglate tasemel, vaid ka tervisekeskustes peaks sotsiaalteenus olema kättesaadav (Sotsiaalministeerium, 2014, lk 7).

Sotsiaaltöö roll tervishoiusüsteemis jaguneb erinevateks etappideks, kus sekkumine ja kliendi vajadusi hinnatakse erinevate meetoditega. Aktiivravi pikkus sõltuvalt haigusest ja diagnoosist on väga erinev ning jaguneb peamiselt järgmisteks etappideks: ambulatoorne ravi, taastusravi ja hooldusravi. Nendes etappides teeb sotsiaaltöötaja koostööd arstide, õdede, füsioterapeutide, logopeedide, patsientide lähedaste ja vajadusel ka kohaliku omavalitsusega. Kui arstidel ja õdedel on peamiselt üks kindel eriala, siis raviasutuse sotsiaaltöötaja tegeleb erineva diagnoosiga, eri vanuses ja erineva sotsiaalse taustaga patsientidega (Narusson, 2003, lk 222–227). Kogu aktiivravi ja järelravi ning sellega kaasnevaid teenuseid saame ühiselt nimetada patsiendi rehabilitatsiooniks. Rehabilitatsioon on tervishoiustrategia, kus erinevate valdkondade eksperdid ja spetsialistid teevad mitmekülgset tehnilist koostööd, et arendada abivajaja toimetulekut ühiskonnas. Parandamiseks ja taastamiseks inimeste funktsiooni piiravate teguritega keskkonnas, olgu selleks siis meditsiinilised ja/või sotsiaalsed piirangud, on oluline koondada kokku erinevad spetsiifilised teenused. Selle käigus arendatakse inimeste sotsiaalset funktsioneerimist, abistatakse kohendada elutingimusi ja toetatakse töötamist. Rehabilitatsiooni eesmärk on inimese võimalikult suure iseseisvuse saavutamine (Fugl-Meyer, 2016, lk 758–760).

Rehabilitatsiooni kohta võib kirjandusest leida mitmeid erinevaid mõisteid ja eksperdid on vastavalt oma erialale kasutanud erinevaid lähenemisviise. Rehabilitatsioon on teenus, mis on suunatud ühiskonnas haavata saanud isikute toimetuleku parandamisele. (Haukanõmm, 2012, lk 27–28). Eestis jaguneb rehabilitatsioon suures pildis sotsiaalseks

ja tööalaseks rehabilitatsiooniks (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015). Patsiendi raviteekondi vaadeldes ja erinevate teenuste olemust lahti mõtestades kohtab peamiselt kahte mõistet: rehabilitatsioon ja taastusravi. Esmapilgul tunduvad need olevat enda olemuselt samad teenused. Taastusravi on tervishoiuteenus, mida rahastatakse Eesti Haigekassa eelarvest. Tegemist on aktiivse meditsiinilise raviga häiritud funktsiooni taastamiseks või tekkinud puudega kohanemiseks. Rehabilitatsioon on aga sotsiaalteenus, mis hõlmab endas ka meditsiinilist rehabilitatsiooni ehk taastusravi. (Hanga, 2014, lk 14)

Sotsiaaltöötaja on patsiendile toeks rehabilitatsiooni protsessis ja sotsiaalsete probleemide lahendamisel. Sotsiaalsete probleemide põhjused võivad olla väga erinevad, nagu majanduslikud probleemid, keelebarjäär, religioossed põhjused ja suutmatus tulla enda haigusega toime (Allen ja Spritzer, 2015, lk 36–38). Sotsiaaltöötaja peamine roll on toetada patsienti ja tema lähedasi saamaks hakkama haigusega, mis võib mõjutada neid majanduslikult ja emotsionaalselt. Sotsiaaltöötaja nõustab sotsiaalhoolekannet puudutavate seaduste osas ja aitab leida lahendusi erinevate hooldusteenuste kasutamiseks (Browne, 2012, lk 32–33). Sotsiaaltöötaja roll on analüüsida patsiendi sotsiaalmajanduslikku seisukorda ning võimaluste piires teda abistada ja toetada probleemide lahendamisel. Siinkohal on oluline koostöö kohaliku omavalitsusega ja patsiendi liikumine ühest sotsiaalsüsteemist teise ilma, et teenus katkeks (Narusson, 2003, lk 222–227).

Iga abivajaja on täiesti unikaalne ja ei ole olemas kõigile toimivat universaalset teenust. Rehabilitatsiooniteenuse õnnestumise üheks oluliseks osaks on abivajaja kaasamine kõigis etappides. Spetsialistid peavad suutma luua usaldusliku suhte ja läbi selle suunama inimest enda elus ise otsuseid tegema ja kontrolli haarama. Rehabilitatsioon on mitmekülgne nõustamine ja suunamine, mille käigus aidatakse inimesel püstitada teadlikke eesmärke ja toetatakse tegevusi nende eesmärkide saavutamiseks. Abivajaja peab selgelt tunnetama, et need on tema isiklikud mitte teenuse osutaja eesmärgid (Riggall, 2012, lk 81–83). Koostöö kliendiga on abistamisprotsessi õnnestumise aluseks. Sotsiaalnõustamine eeldab patsiendi haigusloosse süvenemist ja tema probleemide mõistmist ning tulevikus tekkivate probleemide ennetamist. Patsiendi ja tema lähedaste toetamine eeldab järjepidevat suhtlemist ning usaldusliku vastastikust infovahetust. Iga patsient on erinev ja eeldab erinevat lähenemist. Vastavalt patsiendi diagnoosile,

vajadustele ja eesmärkidele koostab sotsiaaltöötaja kliendile abistamisprotsessi plaani/kava. Kuna kogu protsess on pidevas muutuses, on vajalik koostada personaalne konkreetse inimese vajadusi arvestav rehabilitatsiooniplaan. Eesmärk on leida individuaalsetest vajadustest lähtuvad lahendused töötamise, elamise, taastusravi ja sotsiaalsuse parandamiseks või taastamiseks. (Brashler, 2012, lk 224–226)

Sotsiaaltöötaja töö on väga hinnatud töö, kuna raviarstil ja õel ei ole ajalist ressursi patsiendi sotsiaalsete probleemidega tegeleda. Aja jooksul on sotsiaaltöö funktsioon ja mõju tervishoiuasutustes märkimisväärselt laienenud, et muuta patsientide raviteekonda sujuvamaks. Sotsiaaltöötajate eriline roll on aidata patsientidel ja nende peredel haiguste ja puudega toime tulla. Lisaks haiglaravil olevate patsientide ja nende perede abistamisele pakuvad sotsiaaltöötajad mitmekülgset abi erialaarstidele ja rehabilitatsiooniteenuste pakujatele. Sotsiaaltöötajast on saanud oluline lüli tervishoiuasutuse ja kohaliku omavalitsuse ning kogukonna vahel. Sotsiaaltöö ja rehabilitatsioon tervishoius hõlmab endas mitmeid erinevaid teenuseid, mida abivajaja vajab erinevatel rehabilitatsiooni etappidel.

## **1.2. Ülevaade sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioonist Eestis**

Mitte ainult Eesti riik, vaid kogu maailm vaevleb vananevast ühiskonnast tingitud probleemide käes. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna piiratud ressursidega on vaja leida uusi ja innovaatilisi lahendusi, mis aitaks eelarveid suurendamata luua paremaid tulemusi andvaid teenuseid. Ühine eesmärk on vähendada institutsionaalset hooldust ja suunata inimesed iseseisvamale toimetulekule.

Tervishoiu üks suurimaid väljakutseid on olnud koostöö loomine sotsiaalvaldkonnaga, mis tagaks edukamad ravitulemused tänu isikute toimetuleku paremale toetamisele. Valdkonnas töötavad spetsialistid ja patsiendid on andnud märku, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid ei moodusta loogilist tervikut ning selle tõttu on abi saamine keeruline ja tihti ka ressurside kasutamine ebaefektiivne (World Health Organization, 2016, lk 1). Patsiendid ei liigu pärast akuutravi lõppu tervishoiust sotsiaalsüsteemi üle ja jäävad ilma vajaliku abi ja teenusteta. Seda põhjustab süsteemse infovahetuse puudumine

eriarstide, sotsiaaltöötajate, kohaliku omavalituse ja perearstide vahel. Senini on olnud koordineeriv roll abivajajal endal või tema lähedasel. (Mõtus *et al.*, 2019, lk 5–7)

Euroopa riikide tervishoiusüsteemid seisavad juba pikka aega silmitsi üha vananeva elanikkonna ja ka suurema hulga krooniliste haigustega inimestega, kellel on tekkinud hooldusvajadus. Üha suuremal arvul inimestel tekivad vajadused mitmekülgse tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande järele, mis nõuavad tavapärasest sektorist erinevat tüüpi teenuseid, nagu esmatasandi hooldus, pikaajaline hooldus ja sotsiaalhooldus. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016, lk 5) Tervishoiuteenuste killustatus on aga paljudes riikides endiselt sageli esinev probleem. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni mitmetes uuringutes ja raportites on kinnitatud fakti, et tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsiooni suunas tuleb liikuda. See tähendab, teenused peavad olema patsiendi ümber loogiliselt ühendatud, kooskõlastatud ja organiseeritud, et tagada häid tulemusi patsiendi rehabilitatsiooni teekonnal (World Health Organization, 2015b, lk 6–7). See on tinginud olukorra, mis kutsub esile tervishoiu- ja sotsiaalteenuste evolutsiooni, mis pakub praktilisi võimalusi valdkondade integreerimiseks (Spitzer & Davidson, 2013, lk 960).

Maailmas hakati juba ligi 20 aastat tagasi väärtustama ühtset meeskonnatööd ja erinevate teenuste integratsiooni vajadust heade tulemuste saavutamisel. 2005. aastal läbiviidud uuringu tulemused näitasid juba 16 aastat tagasi, et meeskonna tegevusele ja erinevate erialade integreerimisele suunatud jõupingutused, sealhulgas koostöö planeerimine ja probleemide lahendamine ning tagasiside teabe kasutamine, parandavad taastusravi tõhusust. (Strasser *et al.*, 2005, lk ?)

Eesti kulutab võrreldes teiste Euroopa riikidega sisemajanduse koguproduktist tervishoidu keskmisest vähem (Eurostat, 2020, lk5). Kogu süsteem põhineb solidaarsusel, kus inimesed panustavad ühisesse tervisekindlustusse. Selle süsteemi pikaajaline jätkusuutlikkus on aina suurenevate kulude valguses seatud kahtluse alla. 2018. aastal avaldatud raport toob Eesti tervishoiu peamiste probleemidena välja ravi kättesaadavuse sotsiaalmajanduslikult ebavõrdsetes gruppides. Probleemi üheks lahenduseks on e-tervise süsteemi efektiivne arendamine ja rakendamine. (Habricht *et al.*, 2018, lk 19–20) Hetkel kehtiva rahvastiku tervise arengukava üheks suureks eesmärgiks oli pikendada inimeste eluiga. Kahjuks ei ole aga inimese elueaga sünkroonis paranenud tervena elatud

eluaastate hulk. Sellest saab järeldada, et Eesti inimesed elavad küll kauem, aga haigena ja seeläbi koormavad nad tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi. (Sotsiaalministeerium, 2020a, lk 7)

Tulenevalt vananevast elanikkonnast, kehvadest terviseandmetest ja arvestades piiratud ressursse lõi Vabariigi Valitsus 2015. aastal hoolduskoormuse rakkerühma, kuhu kuulusid valdkonnas töötavad eksperdid ja ministeeriumide esindajad. Rakkerühmale seati eesmärgiks kaardistada lähedaste hooldamisega seotud probleemid ja selle põhjal välja töötada inimeste vajadustest lähtuvad lahendused. Ühe olulisema probleemina toodi välja vajadus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkondade parema integreerituse järele ning ühe lahendusena esitleti inimesekeskse hoolduse koordineerimise programmi. (Riigikantselei, 2017, lk, 3-4)

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni Euroopa regiooni riikide kinnitatud tervise konventsioon sätestab samuti üheks peamiseks arendamist vajavaks valdkonnaks integreeritud teenustega ja patsiendikeskse tervishoiu loomise (World Health Organization, 2013, lk 3–4). See annab võimaluse suurendada tervishoiu potentsiaali ja kasutada tervishoiu ressursse efektiivsemalt. Aastast aastasse kasvab püsivalt haigestunud ja hooldust vajavate patsientide hulk ning tervishoius olevad ressursid vajavad ümber struktureerimist ja üheks võimalikuks lahenduseks näevad Maailma Tervishoiu Organisatsiooni eksperdid just integreeritud teenuseid. (World Health Organization, 2016, lk 24–26) Ka rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 on mitmed integreeritud teenuste valdkonda mõjutavaid eesmärgid. Järgneva 10 aasta jooksul näeb riigi rahvatervise poliitika ette võitluses ebavõrdsuse vähendamise ja innovaatiliste lähenemiste kasutamist, mis kujutab endast tervisevaldkonna kaasajastamist funktsionaalsete lahenduste näol. Samuti koostööd erinevate valdkondade vahel, mis toimiks mitmetasandiliselt ja hõlmaks avalikku ja erasektorit. Uudne lähenemine on ka kogukonna kaasamine tervise toetamisel. Ressursside efektiivsemaks kasutamiseks loodab riik luua ka paremini lahendatud tervisetabe süsteemid, kus andmed on rohkem koondatud ja nende levitamine patsiendi raviteekonna asjaosalistele lihtsam. (Sotsiaalministeerium, 2020b, lk 6, 12)

Integreeritud teenuse mõte kajastab endas väärtust muuta paremaks patsiendi ja tema lähedaste kogemus paranemise teekonnal saavutamaks paremaid tervisetulemeid

efektiivsemal viisil. Integreeritud teenuse eesmärk on liita omavahel killustunud teenused ja võimaldada patsiendile paremini koordineeritud teenuse kättesaadavust. Eristatakse horisontaalset ja vertikaalset integratsiooni, kus horisontaalne integratsioon hõlmab organisatsioonide koostööd ja vertikaalne integratsioon võtab enda alla tervishoiu majandusliku poole. Integratsiooni eristatakse ka integreerimise intensiivsuse järgi. Täielik integratsioon on terviklike teenuste loomine erinevaid ametlikke ressursse ühendades. Koordineerimine on tegutsemine olemasolevate organisatsiooniliste üksuste kaudu. Ja kolmandaks astmeks on linkimine, mis oma olemuselt on patsiendi suunamine õigesse teenust osutavasse üksusesse. (Shaw *et al.*, 2011, lk 14)

Integreeritud teenused loovad järjepidevuse ja turvatunde. Riigil on poliitika kujundamise ja rahastuse leidmise kõrval ka teisi olulisi rolle. Püsivalt haigestunud inimese vaatest, keda taasühiskonnastatakse, on oluline riigi tahe inimeste ja kogukondade võimestamisel. Riigi loodav vastava valdkonna poliitika peaks inimesi kaasama ja pakkuma kogukonnas terviseharitust, et vähendada diskrimineerimist kogukonnas.

### **1.3. Isheemiline insult ja insuldipatsiendi raviteekond**

Insult on üks sagedasemaid neuroloogilisi haigusi, mis põhjustab surma või puude. Insuldi põhjuseks on verevarustuse häire mõnes peaaegu piirkonnas, mis pärsib neuroloogilisi funktsioone. Insult nõuab kohest ja kiiret sekkumist, mille järel on inimesel võimalik funktsionaalse taastusraviga taastuda. Insulti on võimalik ennetada ravides insulti põhjustavaid haigusi ja harrastada tervislikku eluviisi.

Insult on kogu maailmas enim invaliidsust tekitav haigus, nii on see ka Eestis. Eesti Haigekassa ravikvaliteedi aruande andmetel sai 2019. aastal Eestis isheemilise insuldi 3495 inimest, kellest surid esimese 30 päeva jooksul 628 patsienti. Tööealisi inimesi vanuses 19-64 eluaastat oli nende seas 682 inimest. Kõikidest insuldi diagnoosi saanud patsientidest suunati 30 päeva jooksul taastusravile 818 inimest. (Eesti Haigekassa, 2020a)

Insult on trombi poolt põhjustatud veresoone ummistus, mis tekitab verevarustuse katkemise ajus ja mille tagajärjel tekib ajukoe kahjustus. Sagedaseim insuldi kahjustus on ühe kehapoole osaline või täielik halvatus, raskused rääkimisel, neelamisraskused,

nägemishäire ja häiritud mälu. Inimesed, kes varasemalt elasid iseseisvat elu, satuvad üleöö suurtesse raskustesse, kus lisaks tervisemuredele tekivad ka mitmed sotsiaalsed probleemid (Eesti ravijuhend, 2017, lk 10–11). Uuringud on kinnitanud, et edukas insuldiravi ja korduva insuldi ennetamine eeldab sotsiaalset tuge patsiendile ja tema lähedastele (Strasser *et al.*, 2005, lk 403,405).

Kliiniliste sümptomite järgi saab isheemilist insulti eristada progresseeruvalt halvenevate sümptomite kaudu. Isheemilisele insuldile on iseloomulikud fokaalsed neuroloogilised sümptomid, nagu tundlikkuse häire või halvatus jäsemetes ja näos ning kognitiivsete oskuste häire. (L. Puusepa nim. Neuroloogide ja Neurokirurgide selts 2004, lk 16–17)

Insuldi aktiivravi on Eestis tipptasemel, aga probleemid esinevad pigem akuutravi, ehk neuroloogilise haiglaravi aktiivse sekkumise lõpus, kui patsient lahkub haiglaravilt. Insuldipatsiendi raviteekond algab sümptomite äratundmisest, ravist haiglas ja edasi järgneb väga pikk teekond inimese üldise võimekuse taastamisel, mis toimub koostöös sotsiaalsüsteemiga (L. Puusepa nim. Neuroloogide ja Neurokirurgide selts, 2004, lk 11). Sellel teekonnal osalevad haigla, patsiendi kodu ja ka hooldekodu ning kõigi nende vaatest tingituna/sõltuvalt on patsiendi raviteekond erinev. Insuldi saanud patsient ja tema lähedased seisavad pärast insulti ja akuutravi lõppu silmitsi mitmete muredega igapäevaelu korraldamisel. Kahjuks puuduvad hetkel vajalikud teenused selle teekonna sujuvaks muutmiseks ja puudub vajaliku info liikumine erinevate institutsioonide vahel (Kubo, 2020, lk 34).

Insuldi kordumise risk on esimese 12 kuu jooksul väga suur, mida saab vältida vaid väga kindla raviskeemi järgimisega. Insult põhjustab reeglina erineval tasemel invaliidsust. 2016. aastal avaldatud uuringus esitati patsientide hooldustoetuse ja kogukonda tagasisuunamise programmi tulemused, mis näitasid, et toetades ja koordineerides ägeda insuldi läbi elanud patsiente rehabilitatsiooni, väheneb 12 kuu jooksul korduva insuldi risk. (Kitzman *et al.*, 2017, lk 567). Erinevate integreeritud mudelite efektiivsust püsivalt haigestunud inimeste taasühiskonnastamisel kinnitavad mitmed uuringud. Integratsioon peab hõlmama nii vaimse kui ka füüsilise tervise toetamist, kogemusnõustamist ja sotsiaalteenuste pakkumist (Fisher & Elnitsky, 2012, lk 442).

Neuroloogid kinnitavad, et insulti on võimalik ennetada järgides tervislikke eluviise. 2018. aastal läbiviidud läbilõikeuuring Eesti noortest, kes on saanud insuldi, näitab, et inimeste tervisekäitumine ei ole pärast insulti oluliselt muutunud. Uuring viidi läbi noorte insuldiregistrisse kantud patsientide põhjal, kus võrreldi 18–54-aastaste inimeste tervisekäitumist suitsetamise, toitumise ja tervisespordiga tegelemise osas. Suitsetamise levimuses ei olnud erinevusi insuldi läbi elanud inimeste ja Eesti üldrahvastiku osas. Toitumiskäitumises erinesid tulemused vaid soola kasutamise osas. Insuldi läbi teinud inimesed tarbivad vähem soola. Selle uuringu andmetel insuldi läbi teinud inimesed, kelle füüsiline tervis seda küll võimaldaks, tervisesporti enamasti ei tee (Saapar, 2018, lk 27–29).

Aastatel 2018–2019 viis Sotsiaalministeerium läbi pilootprojekti hoolduskoordinaatori rakendamiseks, kus selgus, et keerulise ja püsivalt haigestunud patsiendi efektiivne integreeritud rehabilitatsiooniteenus vajab valdkonnapõhist lähenemist, kuna universaalset lahendust igale valdkonnale on raske juurutada (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 39). Sellest tulenevalt on Eesti Haigekassa loonud pilootprojekti insuldipatsiendi raviteekonna paremaks korraldamiseks. Hetkel kasutusel olev meetodika keskendub pigem ravi võimalikult suurele mahule mitte kvaliteedile. Eesmärk on luua isheemilise insuldiga patsientidele väärtuspõhine raviteekond, kus teenused on omavahel lõiminud ja patsiendikesksemad ning erinevate osapoolte koostöö sujuv. Pilootprojekti eesmärk on panna erinevat teenust pakkuvad osapooled mõtlema ja analüüsima paremaid ja toimivamaid lahendusi (Mõtus *et al.*, 2019, lk 4).

Eesti Haigekassa kokku kutsutud töötoas osalesid kokku 40 valdkonna spetsialistid. Töötoas kaardistati insuldipatsiendi raviteekond, mis koosneb paljudest valdkondadest ja erinevatest spetsialistidest (Lisa 1). Samuti kaardistati valdkonnas olevad probleemsed kohad, viidi läbi intervjuud patsientidega ja nende lähedastega. Samuti intervjueriti tervishoiutöötajaid ja teisi võtmeisikuid. Töötoas lepiti kokku valdkonna arendusvajadustes ja kujundati soovituslik raviteekond (Mõtus *et al.*, 2019, lk 4).

Võtmeisikud ja teenuseosutajad tõid välja peamiste probleemidena ebapiisava ennetuse, puudused infoliikumises ja koostöös ning taastusraviga seotud mureküsimumused. Ennetuse poole pealt toodi välja, et Eesti inimesed ei ole teadlikud, et tegelikult on insult suuresti ennetatav elustiili haigus. Vastavad nõustamisteenused aga puuduvad. Infoliikumise osas

on suureks probleemiks infosulg esmatasandi ja eriarstiabi vahel. Puudub kindel struktuur, kes peaks jälgima insuldipatsiendi käekäiku pärast akuutravi lõppu. Samuti on puudulik tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö ning patsiendid ei jõua neile vajalike sotsiaalteenusteni. (Kubo, 2020, lk 34-35) Taastusravis hakkab silma, et teenus ei ole piisavalt paindlik. Füsioteraapia koduteenus on alakasutatud, kuid statsionaarse taastusravi kohti on puudu. Insuldipatsient, keda ei suunata kohe pärast akuutravi lõppu taastusravile, võib jääda kriitilise tähtsusega taastumise ajaaknas vajalike teenusteta. Samuti jäävad tihti märkamata ja sekkumiseta patsientide vaimse tervise probleemid. See kõik kinnitab suurt vajadust valdkond ümber struktureerida. (Mõtus *et al.*, 2019, lk 5)

Insuldi läbinud inimeste lähedaste vaates on patsiendi raviteekond pikk ja keeruline ning puudub ühtne lähenemine. Suureks probleemiks on vähenenud iseseisvus ja selleks vajalike teenuste ja abivahendite kättesaadavus. Info vajalike teenuste olemasolust ja tingimustest ei jõua patsiendini ega tema lähedasteni. Tänu sellele on lähedaste hoolduskoormus suur ja kannatada saab kogu perekonna füüsiline, vaimne ja finantsiline seis. Patsientide ja lähedaste parem teadlikkus haigusest, raviteekonnas ja sotsiaalteenustest on otseses seoses paremate ravitulemustega (Dean, 2012, lk 833). Patsiendid soovivad olla pidevas infoväljas kogu raviteekonna jooksul (Mõtus *et al.*, 2019, lk 6–7). Vaja on integreerida erinevaid teenuseid ja teha kättesaadavamaks ka koduõendusteenus, mis vabastab haiglakohti ja võimaldab inimesel olla oma koduses keskkonnas. Koduõendusteenust reguleeritakse Eestis Sotsiaalministri määrustega. Selle teenuse eesmärk on toetada patsientide toimetulekut kodudes ja kogukonnas. Spetsialistid hindavad, et koduõendusteenust peaks patsientidele pakkuma seitse päeva nädalas ja ööpäevaringselt, kuna see ei ole kallim kui institutsionaalne hooldus (Eesti Õdede Liit *et al.*, 2015, lk 12).

Töörühmas välja toodud peamiseks arendusvajaduseks on patsiendikeskne lähenemine, et patsient ja tema lähedane saaks õigel hetkel vajalikku infot oma haiguse, selle ravi, taastumise ning vajalike sotsiaalteenuste kohta. Obligatoorne on patsiendi ja tema lähedase nõustamine kogu raviteekonna vältel. Vajalik on luua patsiendile ladus liikumine ühest raviteekonna etapist teise, samuti sujuv kulgemine tervishoiusüsteemist sotsiaalsüsteemi. Selleks on vaja luua koordineeriv roll, kes oleks esimeseks kontaktiks ja „teejuhiks“ patsiendile ning tema lähedastele. Patsiendile peaks võimaldama teenuseid võimalikult elukoha lähedal, mis eeldab kogukonnateenuste arendamist. Vajadus on

arendada koduteenust, kogemusnõustaja teenust ning luua ka transporditeenus (Mõtus *et al.*, 2019, lk 10–12).

Ühtse raviteekonna teenuse arendamise võtmeroll on hästitoimival IT-lahendusel, mis võimaldaks luua ühtse raviplaani, mis oleks kõigile osapooltele vajalikus mahus nähtav ja kättesaadav. Raviplaani peab endas sisaldama raviskeemi, eesmärgi, vajalikke teenuseid, kontakte jne. Raviplaani on dokument, mis liigub koos patsiendiga andes igale järgnevale spetsialistile ja teenuseosutajale infot patsiendi seisundist ning eesmärkidest (Mõtus *et al.*, 2019, lk 13).

Poliitika ja teenuse kujundajatel ning rahastajatel on insuldi pikemaajaliste rehabilitatsiooniteenuste väljatöötamist piiranud Eesti konteksti sobivate tõendite puudumine konkreetsete sekkumiste ja teenusemodelite tõhususe osas. Nii PAIK-projekti, kui ka insuldipatsiendi juhtprojekti eesmärk on kindlaks teha integreeritud rehabilitatsiooniteenuse kliiniline ja kulutõhusus ning sotsiaalne kasu.

#### **1.4. Insuldipatsiendi integreeritud teenuse käsitlus rahvusvahelises praktikas**

Insuldi üle elanud inimesed kannatavad sageli nii füüsilise tervise kui ka paljude psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemide tõttu. Seepärast on insuldipatsientide asjakohase tervishoiuteenuse osutamiseks vaja keerukat koordineerimist, mis kaasab mitmeid erinevaid teadusharusid ja organisatsiooni tüüpe. Paljud patsiendid ei saa spetsialistilt vajalikku abi just siis, kui nad seda kõige enam vajavad. Tihti jäävad patsiendid haiglasse ilma meditsiinilise vajaduseta oodates hooldekodu, rehabilitatsioonikeskusesse üleminekut või professionaalset kodukohandust.

Poliitiline teadlikkus insuldi koormusest on viimastel aastatel kasvanud, kuid on siiski kogu Euroopas märkimisväärselt erinev. Ehkki tähelepanuväärseid edusamme on tehtud, on insuldihoolduse korraldamisel Euroopas endiselt suur heterogeensus. Euroopa insuldi organisatsioon on andnud välja tegevuskava aastateks 2018–2030. Tegevuskavas on seatud eesmärgid seitsmes valdkonnas: esmane ennetus, insulditeenuste korraldamine, ägeda insuldi juhtimine, sekundaarne ennetus, rehabilitatsioon, insuldi tulemuste ja kvaliteedi hindamine ning elu pärast insulti. Suures pildis on eesmärk, et Euroopa riikide

insuldiravi hõlmaks endas kogu raviahelat ja kaasaks sinna sotsiaalvaldkonna ja kogukonna. Sellega soovitakse vähendada üldist insultide arvu 10% kogu Euroopas. Need on suured muudatused, mis eeldavad vastavaid rahvatervisega seotud poliitilisi otsused ja rahalist tuge teenuste väljaarendamisel. Aastaks 2030 loodab organisatsioon ideaalis näha, et igas Euroopa riigis luuakse insuldi tugiorganisatsioonid, mis teevad insuldi riikliku plaani väljatöötamisel, rakendamisel ja auditeerimisel tihedat koostööd. (Norrving *et al.*, 2018, lk 310–311)

Integreeritud teenuste loomine insuldipatsiendile on mitme Euroopa riigi prioriteet. Insuldi integreeritud raviteekond on pidevas muutuses ja liigub humaansemate lahenduste suunas. 2016. aastal tehtud uuringu katseandmed näitavad, et insuldijärgne juhtumikorraldaja poolt organiseeritud hooldus suurendab sekundaarsete ennetuslike eesmärkide saavutamist (Bodechtel *et al.*, 2016, lk 7). Suurepärane eeskuju insuldipatsiendi raviteekonna koordineerimisel on Holland. Hollandis saab igal aastal insuldi 47 000 inimest. Seal on eesmärk pakkuda oma elanikkonnale kulutõhusaid ja patsiendikeskseid insuldi raviteekonna teenuseid. Selle väljakutse lahendamiseks on viimastel aastatel rakendatud mitmeid reforme ja uusi poliitikavaldkondi. Uued poliitikavaldkonnad keskenduvad suurenenud vastutusele hoolduse ja hoolekande eest omavalitsuse detsentraliseeritud tasandil. Teine muudatus on kohalike ringkonnaõdede kasutuselevõtt ja suurema vastutuse üleandmine tsiviilisikutele ja kohalikele kogukondadele endile. Hollandis saavad insuldihäiged integreeritud hooldust tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujate koostöövõrgustikes ja valdkond on viimastel aastatel jõudsalt arenenud just integreeritud hooldusteenuse suunas, mis võimaldab inimesel taastuda oma koduses keskkonnas. (Vat *et al.*, 2016, lk 1–4)

Arvestades insuldi kõrget esinemissagedust ja pidevalt suurenevaid kulusid tervishoiuressurssidele, on jätkusuutlikkuse aspektist oluline kindlaks teha insuldi rehabilitatsiooni kulutõhusad ja tõenditel põhinevad teenused. 2012. aastal läbi viidud uuring andis ülevaate senini kõigist insuldipatsiendi integreeritud hoolduskavade suhtelise kulu või kulutõhususe kohta võrreldes tavalise raviga. Viidi läbi süstemaatiline kuluanalüüside ja majanduslike hinnangute kirjanduslik ülevaade. Uuringusse oli kaasatud kokku 15 erinevat insuldipatsiendi teadusuuringut, millest 10 olid läbi viidud Euroopas, kaks Austraalias ja Kanadas ning üks Hongkongis. Erineva disainiga

uuringutest tuli välja, et kuigi sageli nõuab insuldipatsiendile sobilike teenuste arendamine suuremat investeringut kui tavapärase haiglaravi, siis tervisetulemid olid integreeritud teenuseid saavatel patsientidel paremad ja insuldi kordumise risk väiksem. (Tummers *et al.*, 2012, lk 4–6)

Kuna ressursid on piiratud nii tervishoius, kui ka sotsiaalsüsteemis, siis on uute efektiivsete teenuste juures kasutatud palju innovaatilisi digilahendusi. Näiteks teeb eruroopa insuldi assotsiatsioon koostööd MAGICappiga, mis on veebipõhine tööriist arstidele, spetsialistidele ja patsientidele mis annab digitaalselt struktureeritud insuldi alast kliinilist teavet ning annab arstidele ja patsientidele teha raviteekonnal teadlikke tervishoiualaseid otsuseid. (European Stroke Organisation, *n.d.*). Eesti patsientidel aitab insuldist tingitud elukorralduse muudatustega toime tulla Regionaalhaigla mobiilirakendus. Äpp annab patsiendile infot haiguse, ravimite, erinevate teenuste ja ka kodukeskkonna kohandamise kohta. (Regionaalhaigla, 2021)

Integreeritud teenuste eesmärk ressursside efektiivse kasutamise kõrval on ka inimeste teavitamine ja harimine ning läbi selle ennetada insuldi kordumist. On selge, et inimeste digivõimekuse pideva kasvamise foonil on digiinnovatsioon rehabilitatsiooniteenuste arendamisel olulisel kohal. Maailma praktikaid vaadates ja nendest õppides on võimalus ka Eesti patsientidele luua hästi toimiv teenus.

## **2. UURIMUS JA METOODIKA**

### **2.1. Ülevaade Eesti Haigekassa Insuldipatsiendi raviteekonna arendusprojektist**

Järgnev peatükk annab ülevaate Eesti Haigekassa rahastatud insuldipatsiendi raviteekonna arendusprojektidest.

Eesti Haigekassa juhatus algatas 2019. aastal insuldipatsiendi raviteekondade arendusprojektide rahastamise. Rahastajana nägi Eesti Haigekassa ette, et algatatud juhtprojekti eesmärk on parandada ja taastada patsiendi insuldijärgset elukvaliteeti ja töötada välja toimiv terviklik raviteekond tervisetulemeid mõõtes (Eesti Haigekassa, 2019, lk 1). Neli suuremat insuldi aktiivravi pakkuvat haiglat Eestis on SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla.

Need neli haiglat koostöös insuldipatsiendi raviteekonna teiste osapooltega peavad leidma lahenduse kuuele arendusvajadusele, mis töötati välja insuldipatsiendi teenusedisaini töötoas (Eesti Haigekassa, *s.a*):

1. Patsiendikeskne lähenemine, mis tagab patsiendile ja tema lähedastele asjakohase teabe ja kaasatuse otsuste langetamisel.
2. Ühtne raviplaan, mis annab kõigile insuldipatsiendi raviteekonnale patsiendiga kokkupuutuvatele osapooltele ühtse teabe patsiendi ravist ja eesmärkidest.
3. Spetsialistide koostöö ja selge rollijaotus patsiendi raviteekonnale.
4. Raviteekonda koordineeriva rolli loomine, mis tagaks patsiendile ja tema lähedasele sujuva juhtimise raviteekonna ühest etapist teise.
5. Patsiendi individuaalsetele vajadustele vastavate kodu- ja kogukonnateenuste arendamine.

6. Raviteekonna tulemuste ja tervisetulemite mõõtmise süsteem, mis aitaks kõiki osapooli arvesse võttes tulemusi ja kasutegureid võrrelda.

Arendusprojekti eesmärk on välja töötada uued toimivad lahendused, millele saab tagada rahastuse ja mille võib võtta laiemalt kasutusele.

Arendusprojektid selgitati välja kahe-etapiliste taotlusvoorudega ja nelja arendusprojekti toetab Eesti Haigekassa innovatsioonifondist 1 073 800 euroga. Arendusprojektid algasid 2020. aasta suvel ja kestavad 2021. aasta lõpuni (Eesti Haigekassa, 2019, lk 1–3).

Pilootprojektis osalevad neli suuremat meditsiiniüksust, kes piloteerivad poolteise aasta jooksul erinevaid insuldipatsiendi raviteekonna teenuseid ja digilahendusi.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla on Eesti juhtiv tervishoiuasutus ja tervishoiusektori innovatsiooni eestvedaja, kelle põhiväärtuseks on professionaalne pühendumine ja koostöövalmidus, hoolivus ja vastutustundlikkus. (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, 2019, lk 2–3). Raviasutus peab insuldipatsientide suurimateks probleemideks infopuudust, vähest insuldi ennetust ja sotsiaal-, tervishoiu ning esmatasandivaldkonna kesist koostööd (Põhja-Eesti regionaalhaigla, 2020).

Põhja Eesti Regionaalhaigla (PERH) eesmärk on arendusprojektiga välja arendada viis raviteekonna integreerimise lahendust ja selgitada välja kõige paremini toimiv lahendus, mida võtta laialdasemalt kasutusele insuldipatsiendi aitamise (Eesti Haigekassa, *s. a.*):

1. Personaalne juhtumikorralduse teenus, kus Insuldiõde-juhtumikorraldaja nõustab patsiente ja nende lähedasi ning koordineerib patsiendi jõudmist erinevate teenuste juurde raviteekonna ühe aasta vältel.
2. Digitaalse juhtumikorraldaja rakendus, ehk testitakse mobiili-äppi, mis jagab patsiendile ravi etapile vastavat infot ja meeldetuletusi ning küsib jooksvalt tagasisidet patsiendi heaolu ja tervise kohta.
3. Insuldi konsiilium, mis on multidistsiplinaarne patsiendi nõustamine erinevate osapooltega, mille tulemusena valmib eesmärgistatud individuaalne raviplaan.
4. Ühtne inforuum tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel, kus infovahetus toimib tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemi asutuste vahel.

5. Insuldijärgne tugi- ehk nõustamisprogramm, kus jagatakse kogemusi, kaastakse kogukonda ja luuakse tugisüsteemi patsiendile ja lähedastele.

PERH arendab loetletud teenuseid välja koostöös erinevate spetsialistidega, nagu perearstid, linnaosavalitsused, vallavalitused, Sotsiaalkindlustusamet ja erinevad hoolekande ja rehabilitatsioonikeskused. (Eesti Haigekassa, s. a.)

Teine projektis osalev haigla on Tartu Ülikooli Kliinikum (TÜK), mis on juhtiv Tervishoiuasutus ja Ülikoolihaigla Lõuna-Eestis, kus on 17 erineva teraapiaala kliinikut, kes osutavad statsionaarset ja ambulatoorset arstiabi. TÜKi eesmärk on tagada Eesti meditsiini areng läbi integreeritud ravi-, õppe- ja teadustöö (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2018, lk 1).

Tartu Ülikooli Kliinikum peab valdkonna nõrgimateks kohtadeks, et puudub ühtne kokkulepitud rollijaotus insuldipatsiendi raviteekonnal. Insuldipatsiendi käsitus oleneb suuresti, millisesse haiglasse patsient satub ja see tekitab ebavõrdsust ning patsiendi taastusraviteenusteni jõudmine on keerukas. TÜKi eesmärk on arendusprojekti käigus luua sujuv ja inimkeskne insuldipatsiendi koostöövõrgustik, mis oleks üheselt mõistetav kõigile osapooltele. (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2020)

Vajadus on luua sillad eriarstiabi, esmatasandi ja sotsiaalvaldkonna töökorralduse vahele. Selle saavutamiseks on loodud viis testitavat lahendust (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2020):

- Ladus raviteekond, ehk erinevate insuldiraviga tegelevate Lõuna-Eesti haiglate, perearstide ja sotsiaalpartnerite ühendamine insuldipatsiendi raviteekonna sujuvamaks muutmiseks.
- Insuldikoordinaatori teenus koos videokonsultatsioonide, koduteenuse ja erinevate digilahendustega.
- Vestlusringid ja kogemusnõustamise gruppide loomine.
- Tõendus põhise meeskonnatöö loomine õendus- ja hooldustegevustes.
- Rikastatud keskkond õendusabil viibivatele patsientidele koostöös MTÜ Eesti Abi- ja Teraapiakoerte Ühingu ja MTÜ Helikooliga.

Projekti lõppedes saab testitud lahenduste pealt teha järeldusi töötavate mudelite osas ja neid võib hakata püsivamalt igapäeva töös katsetama (Eesti Haigekassa, *s. a.*).

Kolmas piloteeritav projekt on „Isheemilise insuldiga patsiendi raviteekonna arendus Ida-Virumaa regioonis“ Ida-Viru Keskhaigla seisukohalt vajavad insuldiravis lahendamist mitmed probleemid. Peamiselt näevad nad, et patsiendid jäävad pärast insulti sageli üksi ja kogu toimetulek jääb patsiendi ja tema lähedaste korraldada. Mitte ainult insulti haigestunud isik, vaid ka tema lähedaste toimetulek kannatab, sellega koos ka nende sissetulek ja töövõime. Puudulik on kommunikatsioon erinevate teenuseosutajate vahel ja puudub kontroll saadud teenuse ja selle kvaliteedi osas ning mõõdukate neuropsühhiaatriliste insuldi jääknähtudega patsiendid jäävad ebasoodsasse olukorda. (Ida-Viru Keskhaigla, *s.a*)

Ida-Viru Keskhaigla viis testitavat lahendust nende probleemide lahendamiseks on (Eesti Haigekassa, n.ds. a.):

- Digitaalne raviplaan, mis on kõiki osapooli kaasav ja patsiendi individuaalsetest vajadustest lähtuv.
- Raviteekonna koordinaator, kes jälgib raviplaani ja on patsiendi ja koostööpartnerite kontaktiks.
- Koostöö meeskondade vahel, kes korraldavad patsiendi raviplaani ja profülaktika eesmärkide täitmist.
- Lähedaste kaasamine ravi- ja taastusraviprotsessi.
- Teadlik ja võimestatud kogukond, kelle kaudu tõstetakse üldsuse teadlikkust insuldist.

Haigla soovib pilootprojektiga viia insuldiravi ühtsetele standarditele ja muuta kogukonna mõtteviisi insuldist ning läbi selle parandada insuldi läbi teinud inimeste elukvaliteeti (Eesti Haigekassa, *s. a.*).

Neljas arendusprojekt viiakse läbi Lääne-Tallinna Keskhaiglas „Katkematu raviteekonna loomine insuldi läbi teinud inimestele“. Projekti on kaasatud mitmeid koostööpartnereid, nagu perearstid, õendusabikliinikud, linnaosavalitsused ja kõrgkoolid. Peamise probleemina näeb ka Lääne-Tallinna Keskhaigla, et insuldipatsientidel puudub sujuv ja koordineeritud raviteekond. Samuti ei liigu erinevate osapoolte vahel info. Lahendustena

luuakse projektis patsientidele terviklik raviplaan ja raviplaani koordineeriv roll. Kasutatakse TaCaS intervjuude mudelit, mis annab ülevaate patsiendi hirmudest ja ootustest raviteekonnal. Eesmärgiks on luua terviklikult toimiv insuldi läbi teinud patsiendi raviteekonna mudel ja läbi selle parandada inimese insuldijärgseid tervisetulemeid. (Lääne-Tallinna Keskhaigla, s. a.)

Kõigi nelja haigla projektide eesmärgid insuldipatsiendi raviteekonna koordineerimisel on samad, kuid eesmärkide saavutamise viisid on erinevad. Haiglad on kolmest erinevast Eesti piirkonnast, mis võimaldab Haigekassal teha pilootprojektide põhjal järeldusi Eesti patsientidele üldiselt.

## **2.2. Uuringu eesmärk ja kavandamine**

Uurimuse empiirilise osa läbiviimiseks kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit, sest kasutegurite hindamiseks tuleb arvestada insuldipatsiendi raviteekonda koordineerinud ekspertide kogemusi ja seisukohti. Teema uudsuse ja arendusjärgus olemise tõttu oli respondentide arv väike. Eestis tegutseb neljas haiglas kokku kaheksa insuldikoordinaatorit. Tegemist oli kõikse valimiga (Õunapuu, 2014, lk 142). Valimi moodustasid 2020. aastal Eesti Haigekassa arendusprojektis alustanud haiglate insuldikoordinaatorid. Projektis alustasid Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum. Igas haiglas töötab kaks insuldikoordinaatorit, mis teeb kokku kaheksa spetsialisti erinevatest Eesti piirkondadest. Kuna valim hõlmas endas kolme Eesti suuremat meditsiinistaapi, siis võimaldas see teha järeldusi kogu Eesti kohta.

Võimalikult vahetute arvamuste saamiseks viidi läbi anonüümsed ekspertintervjuud. See tähendab, et intervjueritavad pakuvad siin huvi ekspertidena ja nad annavad eksperthinnanguid. Tegemist oli struktureeritud intervjuudega, kus küsimused olid eelnevalt formuleeritud ja järjestatud kindlate temade kaupa, et vältida korduv intervjuu tegemise vajadust (Õunapuu, 2014, lk 171). Intervjuudes kasutatavad küsimused olid enamasti avatud ja eksperdid said siiralt avaldada oma teadmisi, tundeid, mõtteid, hoiakuid, seisukohti ja vaateid (Laherand, 2008, lk 176–177, 199). Küsitlusmeetodi kasutamine andis paindliku eelise ka tundlikumate hinnangute andmiseks, et

respondendid said vastata neile sobival ajal ning anda ka läbimõeldumaid vastuseid (Andres, 2012, lk 48).

**Tabel 1.** Insuldikoordinaatorite intervjuude küsimused

Küsimused	Allikas
Millise valdkonna erialast haridust te omate ja milline on olnud teie eelnev töökogemus?	Lõputöö autori küsimus
Kui suur on koordinaatori patsientide arv ja mitu töötundi kulub keskmiselt ühe patsiendi raviteekonna koordineerimisele?	Lõputöö autori küsimus
Millistest tööülesannetest koosneb insuldikoordinaatori tööpäev ja kuidas on patsiendid koordinaatori rolli omaks võtnud?	Mõtus <i>et al.</i> , 2019, lk 10–12
Kuidas hindate koostööd ja info liikuvust insuldipatsiendi raviteekonna erinevate osapoolte vahel?	Vat <i>et al.</i> , 2016, lk 1–4 World Health Organization, 2016, lk 24–26
Kuidas hindate integreeritud teenuse mõju insuldipatsiendi toimetulekule ja millist lisandväärtust see patsiendile annab?	Fisher; Elnitsky, 2012, lk 442
Kirjelda millist lisandväärtust annavad patsiendile ja tema lähedastele erinevad insuldi digilahendused ja raviplaani olemasolu?	Mõtus <i>et al.</i> , 2019, lk 13 Norrving, 2018, lk 1, 6
Kirjelda millist lisandväärtust patsiendile ja tema lähedasele anna insuldi konsiiliumi toimumine?	Mõtus <i>et al.</i> , 2019, lk 10-12
Kuidas töötab integreeritud insuldipatsiendi raviteekonnal ühtne inforuum ja millist lisandväärtust see patsiendile annab?	Mõtus <i>et al.</i> , 2019, lk 10-12
Milliste patsientide puhul oli Sinu meelest insuldikoordinaatori kasutegur kõige suurem?	Lõputöö autori küsimus
Kirjelda oma Insuldipatsiendi projektist saadud kogemusi: mis oli suurim väljakutse? Mis oli suurim õnnestumine ja mis oli suurim pettumus? Millised on sinu soovitusel koordinaatori töö paremaks muutmiseks?	Lõputöö autori küsimus

Intervjuude läbiviimiseks edastati haiglate projektijuhtidele LimeSurvey keskkonna ankeet, mis paluti edastada projektis osalevatele insuldikoordinaatoritele. Andmeid koguti ajavahemikul 31.03.2021–11.04.2021. Selle aja jooksul laekus respondentidelt kaheksa anonüümset intervjuud, mis on 100% võimalike respondentide üldarvust. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Kõik laekunud ankeedid olid täidetud lõpuni ning poolikuid ankeete ei laekunud. Respondendid kodeeriti initsiaalidega IK1

kuni IK8. Küsimustele vastamise maht oli respondentiti erinev. Mõni väljendas oma mõtteid ja tundeid laiemalt ja osa seisukohti olid lühikesed ja konkreetsed.

Intervjuude põhisosas esitati insuldikoordinaatoritele küsimused, mis kajastavad järgnevaid teemasid (vt tabel 1).

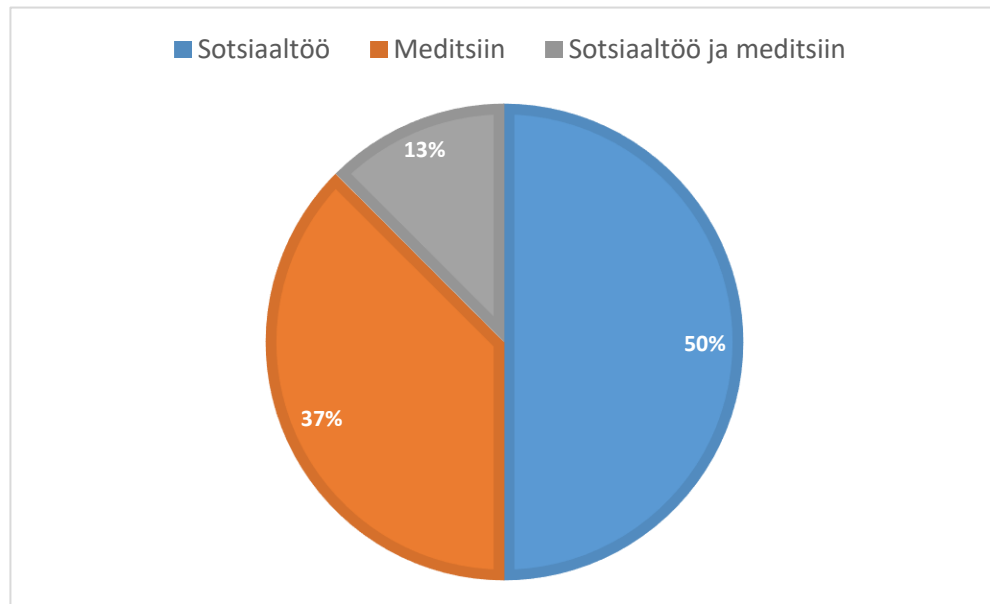
Andmeid analüüsiti induktiivselt, kasutati kodeerimist ja kategooriate loomist. Analüüsides kodeeriti uuringus osalenud koordinaatorid initsiaalide ja numbritega. Analüüsi käigus lahterdati koordinaatorid kolme kategooriasse erialase hariduse ja eelneva töökogemuse järgi. Intervjuudes esitatud küsimused kodeeriti teemade kaupa. Meditsiinitaustaga inimeste vastused värviti siniseks, sotsiaaltöölalast kogemust väljendas kollane ja mõlemat valdkonda punane värv. See andis lisavõimaluse analüüsis jälgida ja eristada erineva eelneva kogemusega inimeste vastuseid.

### **2.3. Uuringu tulemused**

Kõigil uuringus osalenud koordinaatoritel on meditsiiniline ja/või sotsiaaltöölalane haridus. Meditsiiniline haridus oli kolmel insuldikoordinaatoril, sotsiaaltöölalane neljal koordinaatoril. Ühel vastanutest oli nii meditsiiniline kui ka sotsiaaltöölalane haridus. Meditsiiniharidus oli omandatud Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja sotsiaalteaduste bakalaureuseõpe on lõpetatud Tartu Ülikoolis (IK2). Kahel uuringus osalenud koordinaatoril oli omandatud ka Tartu Ülikooli magistrikraad terviseteadustes (IK3, IK6). Vaata joonist 1.

Kõigil uuringus osalenud ja insuldi arendusprojektis töötavatel insuldikoordinaatoritel on väga professionaalne erialane taust. Viis insuldikoordinaatorit on varasemalt töötanud haigla sotsiaaltöötajana (IK1, IK2, IK4, IK7, IK8). Kolm vastanut on eelnevalt töötanud kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajana (IK2, IK4, IK8). Kaks projektis kaasa teinud koordinaatorit omavad varasemat töökogemust noorsootöös ja on pidanud ka juhiabi ametit (IK3, IK6). Meditsiini valdkonnas omavad kogemust samuti neli koordinaatorit, kes on varasemalt töötanud intensiivraviõena, taastusraviõena, pereõena ja töötervishoiuõena (IK2, IK3, IK5, IK6). Üks koordinaator on tegutsenud koolitajana tervishoiuvaldkonnas (IK3). Üks vastanutest tõi välja, et on varasemalt töötanud kuus aastat haigla sotsiaaltöötajana, seitse aastat kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajana ja

omab lisaks veel 15 aastat töökogemust meditsiiniõena (IK2). Kõik varasemad töökogemused on täpsemalt kirjeldatud joonises 2.



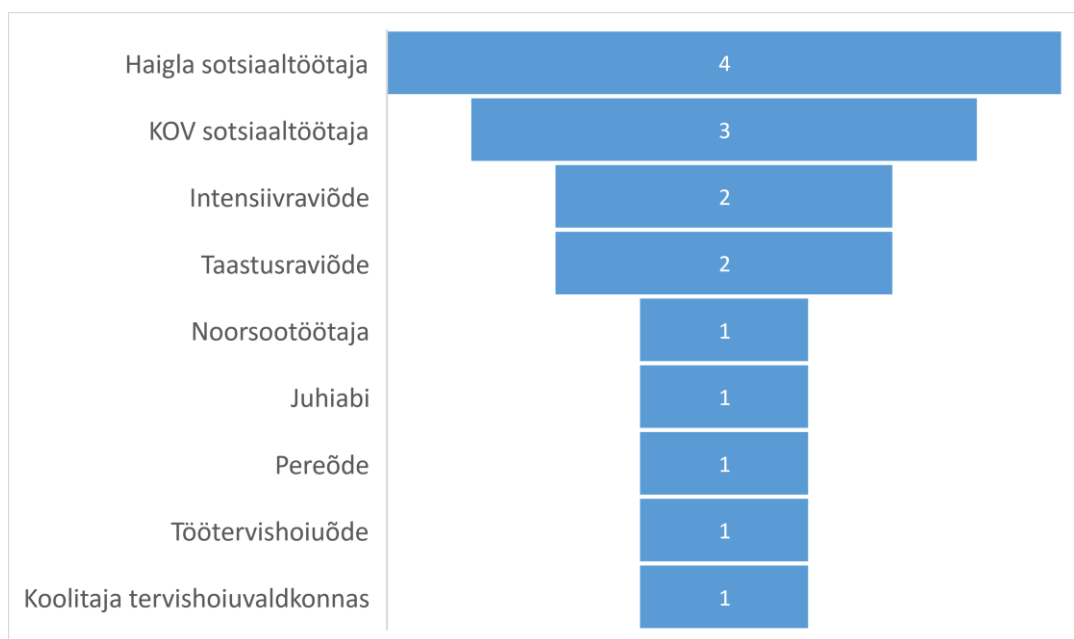
### Joonis 1. Insuldikoordinaatorite erialane haridus

Insuldiprojekti on kaasatud väga tugevad spetsialistid, kellel on nii erialane haridus kui ka eelnev töökogemus sotsiaalvaldkonnas ja haigla töös. Insuldipatsienti koordineerides vajab koordinaator tugevaid teadmisi sotsiaalvaldkonnast ja ka meditsiinist, et viia läbi tervist edendavat ja toetavat nõustamist. Keegi ei ole tulnud insuldikoordinaatoriks ilma eelneva põhjaliku kogemusega otse koolipingist. Koordinaatorite professionaalne taust ning sotsiaal- ja haiglatöö eelnev kogemus annab suure eelise insuldikoordinaatori töös õnnestumisele ja ka võimaluse kohe iseseisvalt patsientidega tööle hakata.

Selleks, et saada täpsem ülevaade insuldikoordinaatorite töökoormuse kohta, paluti koordinaatoritel teises avatud küsimuses täpsustada patsientide arvu ja kui mitu töötundi kulub keskmiselt ühe patsiendi koordineerimisele. Uuringus selgus, et töökoormus on koordinaatoritel väga erinev. Koordineeritavate patsientide arvud jäävad vahemikku 30–43, keskmiselt on ühel koordinaatoril 35 insuldipatsienti.

Kõik kaheksa uuringus osalenud koordinaatorit kinnitasid enda vastustes, et töö patsiendiga jaguneb kahte faasi:

- algusfaas, kus toimub patsiendi värbamine programmi, esmane nõustamine, konsiiliumi korraldamine ja võrgustiku loomine;
- hilisem jälgimise faas, kus patsient on suundunud koju ja jääb regulaarsele jälgimisele.



**Joonis 2.** Insuldikoordinaatorite eelnev töökogemus.

Nendes kahes faasis on töömaht väga erinev. Esimeses etapis, kus patsiente alles värvatakse programmi, võib koordinaatorite hinnangul kuluda ühele patsiendile 6–20 töötundi. Töötundide arv sõltub patsiendi haigusloost, tema sotsiaalsest taustast ja emotsionaalsest seisundist. Algusfaasis on kontakt patsiendi ja koordinaatori vahel 1–2 korda nädalas. Kolme-nelja kuu möödudes muutuvad kontaktid harvemaks ja koordinaator kontakteerub patsiendiga 1–2 korda kuus. Iga kontakt patsiendiga dokumenteeritakse, mis on samuti ajamahukas tökohustus. Isegi kui regulaarsed kõned patsiendile võtavad raviteekonna vältel 3–4 tundi tööaega, siis sinna lisandub 15–35 töötundi administratiivset tööd, nagu informatsiooni otsimine, kõnede ettevalmistamine

ja nende hilisem dokumenteerimine. Koordinaatorid (IK1, IK3, IK8), kelle tööülesanneteks olid ka projekti patsientide värbamine, konsiiliumide korraldamine ja sekundaarse preventsiiooni nõustamine, tõid välja, et värbamisprotsess, konsiiliumide läbiviimine ja nõustamine võtavad palju aega ning koordinaator ei jõua väga paljude patsientidega tegeleda. „Patsiendid ja raviteekonnad on väga erinevad, mõndadega tegelen teatud perioodil päevi ning teiste teekonda ei pea üldse koordineerima vaid vajab abi näiteks ravimite teemal.“ (IK6)

Esimese kolme kuu jooksul alates insulti haigestumisest võib ühe patsiendiga seotud kontakt (insuldikoordinaator võtab ühendust: patsiendi raviarstid, perearst, lähedased, sotsiaaltöötajad haiglast/KOV-ist, patsient ise) olla igapäevane, kuid keskmiselt on kontakt ühe patsiendi kohta kord nädalas (lisanduvad ootamatud lahendamist vajavad probleemid). Alates 4. kuust keskmiselt 1–2 korda kuus. Kontaktile lisandub dokumentatsiooni vormistamine/dokumenteerimine ning informatsiooni otsimine/haldamine. (IK3)

Insuldikoordinaatoritel on hea ja täpne ülevaade, milline on esimese kolme kuu protsess alates patsiendi insulti haigestumisest ja kui ajamahukas see on. Kuna raviteekonnad alles kestavad, siis oli koordinaatoritel raske hinnata täpset töömahtu hilisemas jälgimise faasis. Läbivalt kumas intervjuudes, et töökoormus on iga patsiendiga erinev ja sõltub patsiendi olukorrast ja tema koostöövalmidusest.

Insuldikoordinaatori roll on patsientide poolt väga hästi vastu võetud. Seitse insuldikoordinaatorit kinnitasid, et patsiendid on kogu koordinaatori poolt pakutud toe eest väga tänulikud ja keegi ei ole pakutud teenusest loobunud. Veel toodi välja positiivse märgina, et patsiendid julgevad pöörduda oma murega ja helistavad probleemide tekkimisel koordinaatorile. Ka patsientide lähedastelt on saanud vaid positiivne tagasiside ja tänulikkus. Koordinaatori vajadust sõltuvalt patsiendi seisundi raskusastmest või lähedaste olemasolust eristada ei saanud ja seda koordinaatorid esile ei toonud. Paljude intervjuueeritavate sõnul on üksikud patsiendid väga tegusad, ise motiveeritud ning saavad hästi hakkama. Teisel patsiendil võivad olla küll lähedased, aga omavaheliste probleemsete suhete tõttu patsiendil abi neist ei ole.

Insuldikoordinaator IK3 on toonud välja, et patsiendid hindavad, et on olemas tugiisik, kelle poole pöörduda, kui ei tea täpselt, kuhu peaks murega pöörduma. Insuldikoordinaator on universaalne probleemilahendaja, ühenduslüli tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel ning ainuke isik, kes viibib läbivalt patsiendi kõrval alates ägedast haigestumisest kuni viimaste raviteekonna etappideni.

Peamised teemad, millega patsiendid insuldikoordinaatori juurde pöörduvad on:

- korralduslikud küsimused, nagu millal toimub haiglast lahkumine, millal algab taastusravi;
- info erinevate sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste kohta;
- üldine teenuste navigeerimine, ehk millal, kuhu ja kelle poole pöörduda;
- info ravimite ja nende kõrvaltoimete kohta;
- elustiiliga seotud küsimused, näiteks dieedi pidamisest ning kas ja kui palju võib liikuda;
- emotsionaalsed probleemid, nagu üksindus ja kurvameelsus.

Insuldikoordinaatorite eesmärk on küll üks, aidata patsienti tema keerulisel raviteekonnal, kuid ülesanded ja tööjaotus on siiski erinevad. Kolm koordinaatorit tõid välja, et nende esmaseks ülesandeks on patsientide värbamine insuldiprojekti (IK1, IK6, IK7). Projekti värbamine toimub vahetult pärast insulti, kui patsient viibib neuroloogiaosakonnas ravil ning koosneb mitmest erinevast tegevusest, mis esmalt algab patsiendi kriteeriumidele vastavuse hindamisest ja raviarstiga konsulteerimisest. Teiseks on patsiendile ja/või lähedastele projekti tutvustamine ja nõusoleku küsimine kaasamiseks (allkirjastatud kirjalik nõusolek).

Seitse insuldikoordinaatorit kaheksast nimetasid oma peamiseks tööülesandeks patsiendi raviteekonna koordineerimist. Raviteekonna planeerimine algab insuldi konsiiliumist, mis toimub vahetult enne patsiendi haiglast lahkumist. Teekond koostatakse erinevate spetsialistide, osakondade ja organisatsioonide vahel. Koordinaator tagab infovahetuse ja koostöö kõigi raviteekonna teenuseosutajate vahel ning dokumenteerib ja kaardistab selle. Vajadusel abistab teenustele aegade broneerimisega.

Patsient läks lähedasega koju. Andmebaasist hakkas silma, et talle on väljastatud saatekiri ambulatoorsesse taastusravisse. Kui temaga mõni päev hiljem

kontakteerusin, et küsida, kuidas tal läheb ja millal ta taastusraviarstile läheb, siis tuli välja, et ei patsient ega ka lähedane ei olnud teadlikud, et neil selline saatekiri üldse on. Võtsin ühendust taastusravi arsti assistendiga ja andsin info edasi. Selline koordineerimine ja silma peal hoidmine on väga vajalik (IK2).

Kõik kaheksa insuldikoordinaatorit tõid enda põhiliste tööülesannetena välja kolm ülesannet, milleks on infovahetuse korraldamine ja üldiste korralduslike küsimuste lahendamine, patsiendi ja tema lähedaste nõustamine ning patsiendi teenustele navigeerimine. Kõige olulisem ülesanne on, et nad on esmaseks kontaktiks patsiendile ja tema lähedasele ning hoiavad ennast kursis patsiendi sotsiaalsete ja tervisealaste muredega ning abistavad pakkudes probleemidele praktilisi lahendusi. Töös tuleb ette ka väga palju ootamatuid olukordi, mis nõuavad kiiret reageerimist ja lahendamist. Kaks koordinaatorit (IK2, IK8) on toonud näiteks olukorrad lemmikloomadega ja probleemid lähedastega. „Ühel patsiendil oli kodus lemmikloom ja tema eest ei saanud keegi hoolitseda. Pidin suhtlema Eesti Loomakaitse Seltsiga, et organiseerida ka loomale eluväärne olemine tema peremehe haiguse ajal. Hästi juhtumipõhine töö ja käigu pealt orienteerumine.“ (IK8).

Teenuste navigeerimise osas abistab koordinaator patsienti, et ta jõuaks õigeaegselt vajaliku teenuseni. Aitab patsienti ja tema lähedasi orienteeruda nii pakutavates sotsiaalteenustes kui ka taastusravile jõudmisel. Patsiendid vajavad abi telefoninumbrite leidmisel ja vastuvõtuaegade broneerimisel. Viis koordinaatorit kaheksast, neist neli sotsiaalvaldkonna töökogemuse ja haridusega, tegelesid ka patsientide töövõime hinnangu täitmisega ja aitasid esitada taotlust abivahendite saamiseks. Samas kinnitasid koordinaatorid, et ülekoormuse vältimiseks on nad esmalt siiski suunajad ja vajaliku teabe andjad. Kui patsient ise ei ole suuteline vastavaid taotlusi täitma ja tal puuduvad ka abistavad lähedased, alles siis teeb neid asju tema eest koordinaator. „Mina pakun lahendusi, kust saab näiteks vajaliku aparatuuri, kus registreeruda vastuvõttudele ja suunan esmalt ka KOVi sotsiaaltöötaja poole. Oluline on patsienti ka perearstile suunata, sest ravida saab ainult arst.“ (IK2).

Suuri erinevusi esineb patsientide nõustamise pakkumises. Näiteks sotsiaalvaldkonna inimesed nõustasid pigem sotsiaalteenuste osas ja suunasid patsiendi perearsti/pereõe jälgimisele koos raviplaani. Samas meditsiinihariduse ja eelneva töökogemusega

koordinaatorid toovad välja, et pakuvad patsiendile ka sekundaarset preventsiiooni ehk ennetustööd ning sotsiaalteenuste osas suunati patsient haigla või KOVi sotsiaaltöötaja juurde. See aitab vähendada insuldi kordumise riski ja jaguneb kolmeks valdkonnaks: muudatused elustiilis, medikamentoosne riskitegurite mõjutamine ja spetsiifiline insuldiravi. Siin nõustatakse patsienti muutma tema elustiilist tingitud riskitegureid, nagu suitsetamine, alkoholi tarbimine, unetus, kõrge vererõhk, ülekaal ja füüsiline inaktiivsus (IK7). Samuti motiveeritakse patsienti võtma korrapäraselt ravimeid ja jälgima oma tervist.

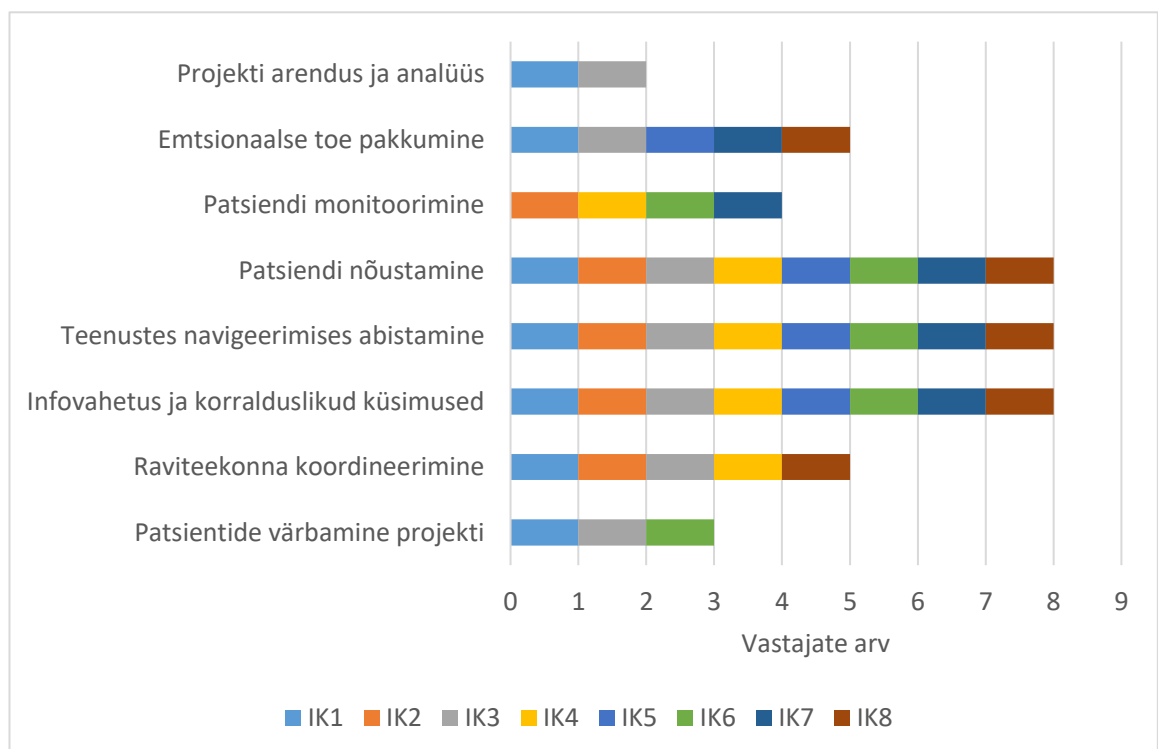
Patsiendi tervislikul seisundil hoitakse silma peal kogu programmi vältel ja seda teevad suuremal ja vähemal määral kõik koordinaatorid. Vajadusel tehakse raviplaani muudatusi, muudetakse visiidiaegu ja suheldakse spetsialistidega.

Üks emotsionaalselt raskemaid tööülesandeid sellel raviteekonnal on olla patsiendile emotsionaalne tugi. Patsienti tuleb ära kuulata ja rahustada ning sageli võivad olla probleemid väga isiklikud. Kolm koordinaatorit tõid intervjuudes välja patsientide lohutamise vajalikkuse (IK1,IK2, IK7). See motiveerib patsienti ja annab inimesele tunde, et keegi mõistab nende läbielamisi.

Kaks koordinaatorit kaheksast tõid oma ülesannetena välja ka projekti arenduse ja analüüsiga seotud teemad (IK3, IK7). Ülevaate kõigist intervjuudes kirjeldatud tööülesannetest saab jooniselt 3.

Töö autor küsis insuldi koordinaatoritelt koostöö ja info liikumise kohta erinevate osapoolte vahel. Peamiselt kasutatakse infovahetuseks helistamist, e-kirjade saatmist, Pipedrive keskkonda ja koosolekuid. Koordinaatorid hindasid koostööd organisatsioonisiseste partneritega väga heaks. Organisatsioonisisesteks partneriteks peeti erinevate erialade arste, osakondade õdesid, füsioterapeute, tegevusterapeute, logopeede, haigla sotsiaaltöötajaid ja projektijuhte. Organisatsioonivälise partneritena toodi intervjuudes välja perearstikeskused, partnerhaiglad, kohalikud omavalitsused/linnaavalitsused, Töötukassa juhtumikorraldajad, Sotsiaalkindlustusamet, abivahendite pakkujad ja akuutravi haiglad.

Koordinatuurid tundsid, et neil on tugev projektimeeskonna tugi. Samuti tõdesid nad, et koostööpartnerid on nad omaks võtnud. Samas toodi välja, et alguses tekitas keerulisi olukordi partnerite teadmatuse insuldikoordinaatori täpsest rollist, ehk milline täpsemalt on koordinaatori funktsioon ning see vajab palju selgitustööd. Selgitustööd on tehtud nii organisatsioonisisestele kui ka -välistele partneritele, vastavad infopäevad ja koosolekud. Koordinatuurid tõid välja, et selgitustööd on vaja kindlasti jätkata, kuna hoolimata pingutustest pole info kõikideni jõudnud. „Koostöö ja infoliikuvus on sõltuvalt osapooltest väga erinev, ühtset joont ei ole. Kõige keerulisem on ilmselt raviarstide ja perearstide tabamine.“ (IK3). „Koostöö on olnud sujuv. Info liikuvusega on mõningaid probleeme olnud, mis tuleneb ilmselt töötajate suurest töökoormusest“ (IK8).



**Joonis 3.** Insuldikoordinaatori tööülesanded

Kaheksast koordinaatorist kolm hindab koostööd väliste osapooltega heaks. Kolm koordinaatorit leiavad, et infovahetus ja koostöö ei ole nii hea ja edukas, kui ta ideaalis olla võiks. Üks koordinaatoritest ei osanud hinnangut anda ja üks intervjuueeritav jättis küsimusele vastamata.

Koordinaatorid töid intervjuudes välja, et perearstid on üldiselt rahul, et koordinaatorid nende patsientide raviteekonna koordineerimisega tegelevad, kuna see vähendab perearstide töökoormust. Samas toodi välja ka erinevaid kitsaskohti koostöös perearstidega ja peamiselt mainiti, et perearste on keeruline kätte saada. Raskusi tuleb ette nii suhtluses perearstide kui ka teiste raviasutustega ning seda põhjusel, et asutustel puudub harjumus omavahel suhelda. „Ilma insuldikoordinaatorita ei oleks kindlasti sellist ühtset infokogumit raviteekonna erinevate etappide kohta, sest asutused ei ole harjunud omavahel suhtlema“ (IK3).

Infoliikuvuse parandamiseks on üks intervjueeritav teinud ettepaneku tagada koordinaatorile ligipääs teiste haiglate andmebaasidele, et patsiendiga toimuvat paremini jälgida. Kuna kõikidel osapooltel ei ole patsiendi kohta täit infot, siis tihti tekivad probleemid info jagamisel ja tänu sellele pikeneb patsiendi ravile jõudmise aeg (IK1).

Intervjuudes paluti koordinaatoritel anda oma hinnang, kas ja millist lisandväärtust annab integreeritud insuldipatsiendi raviteekonna koordineeritud teenus patsiendile ja tema lähedastele. Kõik kaheksa insuldikoordinaatorit hindasid teenust väga vajalikuks ja kasutoovaks. Peamiselt toodi välja lisandväärtustena, et patsiendile annab teenus turvatunde, vähendab raskesse olukorda sattunud perekonna stressi ja aitab suures inforuumis hakkama saada. Insuldikoordinaator IK2 on öelnud, et isegi, kui tal on vähe võimalusi patsiendi probleemide lahendamisel, siis moraalne tugi, mida patsiendid teenusest saavad on hindamatu väärtusega. Sotsiaalsüsteemi hindasid koordinaatorid keeruliseks ja patsiendid ei suuda sageli seal üksi toime tulla. „On juhtunud, et patsient ei saa vajalikku abi piisavalt kiiresti ja see on tekitanud tunde, et ma ei ole saanud patsienti aidata“ (IK4). Kokkuvõtvalt võib intervjueeritavate ütluste põhjal kinnitada, et raviteekonna koordineeritud teenus säästab aega, patsientide närve ja vajalikud lahendused teenustele saamisel saabuvad kiiremini.

Kuues teema intervjuudes oli erinevad teenuse raames loodud ja testitavad digilahendused ning raviplaan. Insuldikoordinaatorid mainisid intervjuus viit lahendust:

- raviplaan;
- videokonsultatsioon;
- e-vestlusring;

- insuldi-äpp;
- konsiilium.

Insuldikoordinaatorid hindasid üheselt patsientide digivõimekuse madalaks. Patsiendid ei oska ID-kaardi, Mobiil-ID või Smart-ID kaudu süsteemi siseneda. Eriti suuri probleeme esineb venekeelsete patsientide hulgas, kes keelduvad digilahendusi kasutamast. Nendelt patsientidelt, kes digilahendusi kasutavad, on saanud koordinaatorid positiivset tagasisidet. „Digilahendustest videokonsultatsioon ning e-vestlusringid on olnud toeks, küll aga ainult digivõimekatele lähedastele/patsientidele, keda on insuldipatsientide populatsioonis väga vähe. E-vestlusringid on /muutumas populaarseks ka elanikkonna ja spetsialistide seas, neid on võimalik internetist ka järele vaadata“ (IK3). Digilahendustest toodi esile ka konsiiliumi positiivset mõju ja suurt väärtust, kuna videosilla vahendusel sai teostada konsiiliume koos lähedastega ja see aitas hoida patsiendi lähedasi ka koroonapiirangute ajal protsessis sees (IK5).

Kuigi digivõimekus on patsientide seas madal, siis palju kasu näevad koordinaatorid insuldi-äpist ja on hinnanud seda digilahendust tõenduspõhise info allikaks, mis on lihtsas keeles ja mugavalt hallatava tekstiga ning patsient võib leida sobiva info vastavalt millises etapis ta on ja millised mured/küsimused on tekkinud (IK6).

Intervjuudest tuli välja, et insuldikoordinaatoritel on erinev arusaam raviplaani olemusest. Osa koordinaatoritest tõlgendasid raviplaani kui vaid arstide poolt koostatud digilugu. Seda jälgivad koordinaatorid ise haigla infosüsteemist. Teiste koordinaatorite jaoks oli raviplaani efektiivne erinevate spetsialistide loodud tööriist patsiendi raviteekonna planeerimiseks.

Koordinaatorid tõid välja, et raviplaani on neile kindlasti abiks oma töö korraldamisel ja läbi selle tekib ka kasutegur patsientidele. Koordinaatorid kasutasid patsientide teekonna koordineerimiseks erinevaid lahendusi: Excel tabel, MS Word, Teleskoop rakendus, Pipedrive lahendus, HEDA haigla infosüsteem ja teised haigla IT-süsteemid. Tavaliselt raviplaani prinditakse välja ja edastatakse patsientidele ja tema lähedastele. Koordinaatorid selgitasid, et raviplaani saavad kasutada ka patsiendid ja see motiveerib neid.

Raviplaan loob patsientidele selguse ja koondab olulise informatsiooni ühele lehele (IK6). Raviplaan aitab patsientidel püstitada selgeid eesmärke ja annab nendest eesmärkidest kõigile osapooltele hea ülevaate. Esineb aga patsiente, kes raviplaani ei täida ja siis on ka selle reaalne kasutegur olematu (IK7). „Raviplaan on kirjutatud arusaadavas keeles, välja toodud kõik vajalikud kontaktid, mis on silmade ees“ (IK5). Raviplaan aitab realselt korduvat insulti vältida motiveerides inimesi tegema muutusi oma elustiilis. Raviplaan on oluline tööriist korduva insuldi ennetamisel. Seal seatud eesmärgid on patsiendil kogu aeg silmade ees ja seal on eesmärgid, mida pidevalt koos patsiendiga arutame. Raviplaani eesmärkide saavutamisel on suur roll ka perearstil (IK4).

Koordinaatorid tõid probleemina välja, et spetsialistid jätavad sagedasti dokumenteerimise raviplaani tegemata ning koordinaator peab andmete saamiseks spetsialistidele eraldi üle helistama või haigla infosüsteemist informatsiooni otsima. See kulutab asjatult koordinaatori aega.

Kahel koordinaatoril puudus kokkupuude konsiiliumiga ja seega ei osanud nad selles osas seisukohta võtta. Ülejäänud kuue koordinaatori mõtted konsiiliumi kohta olid positiivsed ja nad usuvad, et patsiendile omab see suurt väärtust ja kindlasti peaks konsiiliumidega ka tulevikus jätkama. Sellest võiks saada hea tava. Põhiliste väärtustena toodi esile:

- Konsiiliumis esitletakse raviplaani ja patsient saab ülevaate edasistest tegevustest ja eesmärkidest (IK1, IK5, IK6, IK7).
- Konsiilium on koht, kus suhelda raviarsti ja teiste spetsialistidega ning saada vastused oma küsimustele (IK1, IK5, IK6, IK7).
- Spetsialistid saavad patsiendile ja tema lähedastele selgitada erinevaid riskifaktoreid (IK1, IK5, IK6).
- Annab patsiendile kindlustunnet ja tekitab usalduse koordinaatorite ja teiste spetsialistide vastu (IK1, IK5, IK6, IK7).

Insuldikoordinaator koondab ühtsesse inforuumi vajaliku info, mille ta saab digisüsteemidest, patsiendilt/lähedaselt ja teistelt ravimeeskonna osapooltelt. Insuldikoordinaator IK3 on toonud välja, et ühtse inforuumi tulemusena peaks kogu info olema koondunud koordinaatori kätte ning kantud ühtsesse infovälja (digilahendusse), kus kajastub patsientide raviteekondade ülevaade. Andmetele pääsevad ligi patsiendiga

seotud tugimeeskonna liikmed, kes saavad teha ka sissekandeid. Patsiendid on spetsialistide vaateväljas ja ei kao süsteemist ära. Kui insuldikoordinaatorid kasutavad ühtset digilahendust aktiivselt, siis teised osapooled teevad sinna sissekandeid vähe, põhjendades seda ajapuudusega, mis ei võimalda infot mitmesse erinevasse andmebaasi sisestada (dubleerimise probleemid). Patsiendi jaoks võimaldab ühtne informatsioon vältida info killustumist, see on kättesaadav ühest kohast (IK1). „Tulevikus võiks olla erinevad digilahendused teineteisega kooskõlas ja teineteist täiendavad“ (K4).

Informaatori probleemidena tuli intervjuudest välja, et info siiski ei liigu piisavalt kiiresti ja on spetsialistide, kes ajapuuduse tõttu ei sisesta vajalikku infot. Samuti toodi välja probleeme perearstidega: „Perearstidel ja pereõdedel on vähene huvi oma klientide tervisliku seisundi kohta“ (IK2). Keeruline on see, et partnerid ei dokumenteeri alati tehtud teenuseid raviplaani. Näiteks käis patsient taastusraviarsti juures ja teenus on osutatud, aga kui palun sisestada info raviplaani, siis seda nad ei tee. Kas neil pole aega või tahtmist, ei tea. „Samuti perearstide puhul teatas kaks perearsti, et nad ei soovi täita raviplaani. Palju võtab aega, et pead partneritele helistama ja paluma – palun täitke, teil on veel täitmata“ (IK4).

Insuldikoordinaatorid hindasid, et kõige suurem kasu on integreeritud teenusest järgmistele patsientidele:

- patsiendid, kellel ei ole lähedasi,
- patsiendid, kellel on keerulised peresuhted,
- patsiendid, kellel on erinevate lisateenuste vajadused,
- patsiendid, kellel on keeruline anamnees ja palju kaasuvaid haigusi,
- sõltuvusprobleemidega patsiendid,
- patsiendid, kes pärast insulti iseseisvalt enam hakkama ei saa.

Projekti kestel suurimateks väljakutseteks nimetasid koordinaatorid raskelt haigete patsientide motiveerimist. Vanemaealised inimesed ei ole väga altid kaugteenuseid kasutama ja Covid-19 piirangute raames tuli palju just kaugteenuseid rakendada. Suurim väljakutse oli saada hakkama praeguses Covid-19 olukorras, kus otsesuhtlus patsientidega on häiritud, usaldussuhe tuleb sageli luua kaugsuhtluse (telefoni) teel. Vanemaealised patsiendid kardavad nakatumisohu tõttu ambulatoorsele taastusravile ja

arsti/õe vastuvõtule minna (IK8). Insuldikoordinaatori töö on emotsionaalselt väga kurnav ja stressirohke (IK3). Palju on rööprähklemist ja läbipõlemise oht on suur (IK4, IK5). Samuti oli koordinaatoritel raske tulla toime patsientide surmaga, mis põhjustas emotsionaalset stressi (IK6). Veel toodi välja teenuste kvaliteet haiglate vahel on väga erinev ja hooldekodusse kohta saada on keeruline ning vajalikud teenused, nagu kodukohandus jne, ei jõua patsiendini piisavalt kiiresti (IK3, IK7, IK8).

Positiivse kogemuse said koordinaatorid nähes, kuidas teenus on inimest reaalselt aidanud ja patsiendid on tänulikud. Insuldikoordinaator IK3 kinnitab, et õnnestumised on kõik hetked, kui patsient või lähedane tänab, annab tagasisidet positiivsest tervisedünaamikast või kui koordinaator näeb ise, et patsient, kes oli 3 kuud tagasi väga kehvast seisusest, on nüüd iseseisev ja rõõmus inimene.

Viiel intervjuueritil olid väga põhjalikud ja praktilised ettepanekud tulevikus teenuse parendamiseks ja koordinaatorite töö efektiivsemaks muutmiseks. Esmalt tõid kõik üheselt välja, et insuldikoordinaatorite töö vajab ühtlustamist ja ühtset ametijuhendit. Insuldikoordinaator peaks omama põhjalikke teadmisi nii sotsiaalteenustest kui ka insuldist ja insuldi ennetusest ning koordinaatoreid tuleks vastavalt sellele koolitada. Teenus tuleks muuta spetsiifilisematele sihtrühmadele, näiteks inimestele, kellel puuduvad lähedased ja teenuse osutamise aeg peaks olema lühem. Üldine soovitus tulevikuks, kui kõik projektid on piloteeritud, et ilmselt on insuldikoordinaatori teenust vaja inimeste spetsiifilisele grupile, teenuse kestus võiks olla üks kvartal alates akuutetapi algusest (IK3). Insuldikoordinaatorite töö latusamaks muutmiseks on vaja tagada koordinaatoritele ligipääs andmebaasidele, sealhulgas ka teiste haiglate andmebaasidele, et patsiendiga toimuvat paremini jälgida (IK2). Tagada koordinaatoritele supervisioon või muu vaimse tervise alane tugi, kuna töö on emotsionaalselt väga kurnav ja läbipõlemise oht suur (IK4).

Insuldikoordinaatorite intervjuud olid sisukad ja intervjuude analüüs andis piisavalt infot uurimisküsimustele vastamiseks. Intervjuudes kirjeldasid vastanud enda kogemusi projektiga ja tõid välja olulisemad tööülesanded, samuti kasutegurid ja puudujäägid.

## 2.4. Tulemuste arutelu ja ettepanekud

2020. aasta suvel alustasid nelja insuldi raviteekonna arendusprojekti raames tööd kaheksa insuldikoordinaatorit. Antud uurimustöös uuriti insuldikoordinaatoritelt, kui insuldi raviteekonna ekspertidelt, nende mõtteid, tundeid ja arvamusi antud teenuse kohta ja seda eesmärgiga selgitada välja insuldipatsiendi raviteekonna väärtus.

Eestis töötab igas regionaal-, kesk ja maakonnahaiglas sotsiaaltöötaja. Sotsiaaltöötaja roll on ajajooksul nõustavast rollist muutumas koordineerivaks rolliks. Insuldipatsiendi raviteekonna koordineerimine ja sekundaarne preventatsioon eeldab oskust toetavalt nõustada patsienti ja tema lähedasi, sotsiaalala põhjalikku tundmist ja ka teadmisi insuldist ja taastusravist (Fisher & Elnitsky, 2012, lk 442). Uuringust selgus, et hetkel ametis olevad kaheksa koordinaatorit omavad haridust ja eelnevat töökogemust nii sotsiaalvaldkonnas, kui ka meditsiinis. Seega võib pidada kõiki koordinaatoreid oma eriala ekspertideks ja on arendusprojektides oma kogemuspagasiga suur väärtus. Respondendid rõhutasid ka ise intervjuudes mõlema eriala kogemuse olulisust. Sotsiaalteenuse põhjalik tundmine on vajalik patsientide kogukonda tagasi suunamisel ja taastusravi korraldamisel tuleb suureks kasuks haiglatöö kogemus ja selle tundmine.

Teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse probleemid on piirkonniti väga erinevad, seda on kinnitanud nii Eesti Haigekassainsuldi juhtrühm ja ka neuroloogide seltsi koostatud raport (Mõtus, et al, 2019, lk 5; Kõrv *et al.*, 2010, lk 409). Erialase hariduse olemasolu ja eelnev töökogemus võimaldab küll koordinaatoritel muuta tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna töö paremaks, kuid oluliseks peeti ka ühtsete tööjuhendite loomist. See on oluline, et tagada üle Eesti võrdselt kvaliteetne teenus. Ametijuhend mitte ainult ei kaardista konkreetseid tööülesandeid, vaid aitab ka välistada erinevate ülesannete ja etappide dubleerimise. Juhenditega peaks reguleerima ka koordinaatorite baaskoolituse, mis hõlmaks nii sotsiaalvaldkonna teemasid, kui ka sekundaarset preventiooni.

Patsientide sotsiaalsed probleemid ja nende probleemide tekkepõhjused võivad olla väga erinevad. Taasühiskonnastamisel on oluline nende probleemide lahendamine ((Fisher & Elnitsky, 2012, lk 442). See kajastus ka insuldikoordinaatorite intervjuudes, et tavapärase tervise ja sotsiaalteenuste nõustamise kõrval tuli tegeleda ka pereprobleemide, emotsionaalse ebastabiilsuse ja ka olme probleemidega. See eeldab koordinaatoritelt

oskuslikku lähenemist ja probleemide lahendamise oskust. Enamik koordinaatoreid pidasid väga oluliseks patsiendile mitmekülgse toe pakkumist ja leidsid, et see peaks olema üks osa raviteekonna teenusest. Emotsionaalse toe pakkumine annab patsiendile turvatunnet ja motivatsiooni ning oma seeläbi väga suurt kasutegurit. Ka Riggall on välja toonud, et iga abivajaja on unikaalne ja rehabilitatsiooni õnnestumiseks on vajalik mitme külgne nõustamine (Riggall, 2012, lk 81–83).

Juhtprojekti eesmärk integreeritud teenuse loomisel on luua ühtne inforuum, kus info liiguks sujuvalt erinevate osapoolte vahel. Eesti Haigekassa näeb seda infot koondava dokumendina ette raviplaani, mis annaks kõikidele raviteekonna osapooltele ühtse teabe patsiendi seisukorrast, ravist ja eesmärkidest. Raviplaani valmimise oluliseks alustalaks on konsiiliumid (Brashler, 2012, lk 224–226). Ravikonsiilium on multidistsiplinaarne nõupidamine patsientide haiguse raskusastme ja edasise ravi määramiseks ja nende tegevuste tutvustamiseks (Mõtus *et al.*, lk 6–7). Koordinaatorite hinnangul annab antud sekkumine patsiendile ja tema lähedastele kindlustunnet ja spetsialistide ühine arutelu tekitab usalduse raviteekonnal osalevate spetsialistide vastu. Konsiiliumi teenus koos raviplaaniga on oluline patsiendi seisundi ja eesmärkide kaardistamise koht, mis omad praktilist väärtust spetsialistidel ja annab emotsionaalset väärtust patsiendile. Inimeste parem teadlikus oma haigusest, eesmärkidest, parem ligipääsetavus sotsiaalteenustele parandab otseselt ka ravitulemusi (Dean, 2012, lk 833).

Digilahendused patsiendile, nagu digitaalne juhtumikorraldus, on suure lisandväärtusega. See annab patsiendile olulist informatsiooni ja meeldetuletusi erinevatest ravietaappidest. (European Stroke Organisation, *n.d.*; Regionaalhaigla, 2021). Kahjuks on aga insuldikoordinaatorite hinnangul Eesti patsientide digivõimekus madal. Samas tuleks kindlasti digilahendusi kasutusele võtta ja neid edasi arendada ja vajadusel ka patsiente koolitada neid rakendusi kasutama.

Raviteekonna arendusprojektide eesmärk on luua toimiv tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsioon, et need kaks valdkonna töötaksid teineteist toetavalt ja võimaldaksid patsiendil liikuda ühest süsteemist teise (Mõtus *et al.*, 2019, lk 4). Insuldikoordinaatorid toovadki koostöö nõrga kohana välja infosulu. Selle probleemi lahendamiseks on vajalik luua toimivad digitaalsed infovahetuse tööriistad, mis lihtsustaks erinevate

organisatsioonide spetsialistide tööd. Samuti on oluline luua ligipääsud andmebaasidele, et patsiendi oluline info ei jääks koordinaatorile teadmata.

Oma tööd insuldikoordinaatorina pidasid respondendid vajalikuks ja patsientide poolt väärtustatuks. Koordinaatorid polnud süsteemset tagasisidet oma tööle patsientidelt, lähedastelt, asutuse siseselt või koostööpartneritelt veel saanud ning seda antakse alles projekti lõppedes. Patsientidelt ja lähedastelt aga saavad koordinaatorid pidevalt jooksvat tagasisidet ja see on olnud positiivne ja avaldatud on palju tänulikkust. Arendusprojekt on senini näidanud, et on mitmeid praktilisi lisandväärtusi, mida koordinaatori roll patsiendile annab, nagu näiteks patsientide jõudmine kiiremini meditsiinilistele ja sotsiaalsetele rehabilitatsiooni teenustele. Patsientide nõustamine ravimite võtmisel ja haiguse riskitegurite selgitamisel ning läbi selle panustatakse otseselt korduva insuldi ennetusse. See näitab, et insuldikoordinaatori teenus tagab patsiendi keskse lähenemise, mille tulemusena saavad patsient ja tema lähedased asjakohase teabe ja tagab patsiendi sujuva liikumise raviteekonna ühest etapist teise. Ka juba 2005 aastal tehtud uuring kinnitas, et koordineeritud raviteekond parandab taastusravi tulemusi (Strasser *et al.*, 2005). Küll aga toovad päris mitmed respondendid välja, et insuldikoordinaatori teenus ei ole vajalik igale insuldi läbi teinud patsiendile ja teenus peaks olema rohkem fokuseeritud kindlale sihtgrupile. Samuti ei peaks koordineerimine kestma kõigile patsientidele terve aasta, vaid võiks samuti lähtuda patsiendi vajadustest. Koordinaatorite intervjuudest võib järeldada, et enim vajavad inimesed abi esimesel kolmel kuul pärast insulti haigestumist.

Käesoleva lõputöö teooria ja läbiviidud uuringu põhjal saab teha järgmised järeldused ja ettepanekud:

1. Insuldipatsiendi raviteekonna integreeritud teenus omab patsiendi toimetuleku parandamisel ja ravi eesmärkide saavutamisel olulist kasutegurit. Samas ei ole teenus vajalik eranditult kõigile insuldi läbi teinud isikutele ja teenuse võiks suunata kitsamale vajaduspõhisele sihtrühmale.
2. Insuldipatsiendi raviteekonna koordineeritud teenuse kvaliteedi ühtlustamises on vajalik luua detailne insuldikoordinaatori ametijuhend. Ametijuhendi rakendamine aitab vältida insuldikoordinaatori, sotsiaaltöötaja ja kohaliku omavalitsuse tugiisiku

teenuste dubleerimist ning osapoolte vastutus oleks paremini reguleeritud.

3. Patsiendi tervisekäitumise ja korduva insuldi ennetamise kõrval tuleks pöörata tähelepanu ka patsientide ja tema lähedaste vaimsele tervisele.
4. Patsiendi abivajaduse märkamiseks ja õigeaegseks sekkumiseks on vajalik raviteekonna osapoolte teavitamine, koolitamine ja vajadusel motiveerimine.
5. Võrgustikutöö paremaks muutmiseks on hädavalik luua ühtne andmebaas patsiendi haigusloo, eesmärkide ja teenuste plaanidega.

Need ettepanekud aitaksid muuta koordinaatorite töö efektiivsemaks ja muudaksid insuldipatsiendi raviteekonna koordineerimise tulemuslikumaks.

## KOKKUVÕTE

Käesoleva lõputöö eesmärk oli välja selgitada integreeritud rehabilitatsiooni teenuse roll insuldipatsiendi raviteekonnal. Teooria osas selgitati alustuseks sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni rolli tervishoius. Tervishoius pakutav sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenus hõlmab endas mitmeid erinevaid valdkondi, mille eesmärk on aidata patsiendil pärast rasket haigust naasta tagasi tavaellu.

Teoriast selgub, et insult on üks sagedasemaid neuroloogilisi haigusi, mis põhjustab inimesi surma või püsiva puude. Eestis on insuldi akuutravi kõrgel tasemel ja väga efektiivne. Küll aga on probleemne insuldi läbi teinud inimese jõudmine hädavajalike rehabilitatsiooni teenusteni. Teenuseid on palju ja osutatakse erinevate teenusepakkujate poolt: tervise jälgimist teostab perearst, taastusravikliinikus saab rehabilitatsiooni teenuseid, sotsiaalteenuseid pakub kohalik omavalitsus, abivahendite taotlemine, töövõime hindamine jne. Patsiendil ja tema lähedastel on raskusi nende teenuste vahel orienteeruda, sest puudub ühtne hoomatav informatsioon. Samuti on teenuste kättesaadavus piirkondlikult väga erinev. Tulemuseks on see, et patsiendil on raskusi igapäevaellu naasmisega, ilmnevad sotsiaalsed probleemid, tervis halveneb ja tekivad korduvad insuldid, mis sageli lõppevad surmaga.

Nii Eesti kui ka Euroopa poliitikakujundajad, raviarstid, eriala spetsialistid ja organisatsioonid on üksmeelel, et insuldipatsient vajab integreeritud rehabilitatsiooni teenuseid ja sinna juurde koordineerivat rolli, kes abistaks patsienti ja tema lähedasi sellel keerulisel raviteekonnal. Hetkel on Eestis pakutavad kodu- ja kogukonnateenused insuldi läbi teinud inimesele ja tema lähedastele praktiliselt olematud. Teenused on laiali valgunud, puudub konkreetne rollijaotus spetsialistide vahel.

Keeruline olukord on andnud võimaluse uuteks väljakutseteks tervishoius ja süsteemis. Eesti Haigekassa insuldi juhtprojekti eesmärk on arendusprojektide käigus välja töötada ja testida lahendusi insuldipatsiendi raviteekonna integreerimiseks ja läbi selle muuta

efektiivsemaks tervishoiu ressursside kasutamine. Testitakse insuldikoordinaatori rolli erinevate lähenemistega, mis hõlmavad endas sekundaarset preventsiiooni, sotsiaalteenuseid ja funktsionaalseid elukvaliteedile suunatud teenuseid. Lisaks patsiendilt ja tema lähedaselt saadud hinnangutele kogub Eesti Haigekassa ka patsientide tervisetulemeid, et hinnata teenuse efektiivsust. Kirjeldatud pilootprojekt viiakse läbi 2020. aasta juunist kuni 2021 aasta detsembrini. Tänu koroonapiirangutest tingitud viivitustele lõpetatakse projekt tõenäoliselt alles aastal 2022.

Uurimistöö empiirilises osas viidi läbi struktureeritud anonüümsed ekspertintervjuud kaheksa insuldikoordinaatoriga. Andmed redutseeriti uurimisküsimuste ja teemade kaupa ning saadud tulemusi võrreldi olemasolevate teooriatega. Uuringust selgus, et keskmiselt on igal koordinaatoril 35 patsienti. Insuldikoordinaatorite peamised tööülesanded olid patsiendi raviteekonna koordineerimine, infovahetus, patsiendi teenustele navigeerimine ja nõustamine. Koordinaatori vajadus sõltub patsiendi seisundi raskusastmest. Koordineerimine on esimese kolme kuu jooksul pärast inimese insulti haigestumist kõige intensiivsem, sest siis toimub patsiendi haiglast lahkumine, kodu kohandamine, taastusravi jne. Koordinaatori roll nõuab paindlikkust, sest iga patsient oma probleemidega erinev. Parema koordineerimise tagamiseks on vaja arendada koostööd erinevate raviasutuste vahel ja luua infovahetuseks vajalikud digilahendused. Projekt on olnud koordinaatorite hinnangul edukas ja näidanud selgeid kasutegureid patsientide paranemise teekonnal.

Töö autor hindab, et uurimistöö eesmärk sai saavutatud, kuna saadi hea põhjalik sisend insuldipatsiendi raviteekonnale kõikidelt Eestis tegutsevatelt insuldikoordinaatoritelt. Uurimuse järeldustest tuleb selgelt välja raviteekonna integreeritud teenuse kasutegurid ja patsiendile antav lisandväärtus. Uurimisküsimusele, millist mõju avaldab insuldikoordinaatori teenus insuldipatsiendi toimetulekule, andis uuring vastuseks, et teenus annab patsiendile emotsionaalset ja praktilist tuge ning läbi selle parandab ravitulemusi ja kiirendab kodusse keskkonda uuesti sisseelamist. Teisele uurimisküsimusele, mis uuris arendusprojektis loodud lahenduste lisandväärtust patsiendile, saime kinnitust, et loodud lahendused tervikuna moodustavad ühenduslüli patsiendi, tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel ning patsientidel on rohkem infot ja nad jõuavad kiiremini vajalike tervishoiu- ja sotsiaalteenusteni.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Allen, K. M.; Spitzer, W. J. (2015). *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends*. Sage Publications.
- Andres, L. (2012). *Survey Formats*. In *Designing & Doing Survey Research*. <https://dx-doi-org.ezproxy.utlib.ut.ee/10.4135/9781526402202.n4>
- Asser, T. (2017). Kallid minutid ja tunnid. *Eesti Arst*, 96(7), 379. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.13587>
- Bodechtel, U., Barlind, K., Helbig, U., Arnold, K., Siepmann, T., Pallesen, L. P., Puetz, V., Reichmann, H., Schmitt, J., & Kepplinger, J. (2016). The stroke east Saxony pilot project for organized post-stroke care: a case-control study. *Brain and Behavior*, 6(5), Article e00455. <https://doi.org/10.1002/brb3.455>
- Brashler R. (2012). Social Work Practice and Disability Issues. In S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of Health Social Work* (2nd ed, pp. 219–236). John Wiley & Sons, Inc.
- Browne T. (2012). Social Work Roles and Health-care Settings. In S. Gehlert & T. Browne (Eds.), *Handbook of Health Social Work* (2nd ed, pp. 20–40). John Wiley & Sons, Inc.
- Dean, S-G.;Ballinger C. (2012). *The future for interprofessional rehabilitation teams*. In S. G. Dean, R. J. Siegert & W. J. Taylor (Eds.), *Interprofessional Rehabilitation A person-centred approach*. Wiley Blackwell.
- Eesti Haigekassa. (2019). *Eesti Haigekassa Insuldi juhtprojekti arendusprojektide toetamise kord*. Eesti Haigekassa juhatuse otsus nr 422. [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Innovatsioon/Otsus\\_nr\\_422\\_Insuldi\\_juhtprojekti\\_arendusprojektide\\_toetamise\\_kord.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Innovatsioon/Otsus_nr_422_Insuldi_juhtprojekti_arendusprojektide_toetamise_kord.pdf)
- Eesti Haigekassa. (2020a). *Neuroloogia indikaator 8: Esimese kuu jooksul pärast insuldi haigestumist taastusravi saanud patsientide osakaal* [andmebaas]. [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Indikaatorid/2019\\_tulemuse](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Indikaatorid/2019_tulemuse)

- d/neuro\_8.xlsx
- Eesti Haigekassa. (2020b). *Neuroloogia indikaator 9: Ägeda insuldihaige 30. päeva suremus* [andmebaas].  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Indikaatorid/2019\\_tulemused/neuro\\_9.xlsx](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/kvaliteet/Indikaatorid/2019_tulemused/neuro_9.xlsx)
- Eesti Haigekassa. (s. a.). *Insuldi juhtprojekt. Arendusprojektid*.  
<https://www.haigekassa.ee/insuldi-juhtprojekt/arendusprojektid>
- Eesti ravijuhend. (2017). *Insuldi järgse taastusravi juhend*.  
[https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/file/INSULDI\\_TR/insuldi-taastusravijuhis-2017.pdf](https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/file/INSULDI_TR/insuldi-taastusravijuhis-2017.pdf)
- Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni eetikakomitee. (2005). *Sotsiaalala töötaja eetikakoodeks*.  
[https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2016/11/Eetikakoodeks\\_Avaldatud-ST.pdf](https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2016/11/Eetikakoodeks_Avaldatud-ST.pdf)
- Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa, Koduõenduse seltsing. (2015). *Koduõenduse Tegevusjuhend*. <https://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6671/2/Koduoendus2015.pdf>
- European Stroke Organisation. (n.d.). *MAGICAPP- improving patient care through trustworthy guidelines, evidence, summaries, policy and decision aids*. <https://eso-stroke.org/magicapp/>
- Eurostat. (2020). *Highest proportion of government expenditure goes to social protection and health*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10474879/2-27022020-AP-EN.pdf/4135f313-1e3f-6928-b1fd-816649bd424b>
- Fisher, M. P., & Elnitsky, C. (2012). Health and Social Services Integration: A Review of Concepts and Models. *Social Work in Public Health, 27*(5), 441–468.  
<https://doi.org/10.1080/19371918.2010.525149>
- Fugl-Meyer, K. S. (2016). A Medical Social Work Perspective on Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine, 48*(9), 758–763. <https://doi.org/10.2340/16501977-2146>
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., & van Ginneken, E. (2018). Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition, 20*(1).  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330201/HiT-20-1-2018-eng.pdf>
- Haukanõmm, M. (2012). Riiklikud sotsiaalteenused puudega inimestele. K. Hanga & H.

- Voog (toim), *Heade praktikate kogumik* (lk 27–32).  
<https://www.digar.ee/arhiiv/et/download/112258>Jaska, A., & Kurvits, T. (2017).  
 Insuldiõdede roll ja selle kujunemine Eestis. *Eesti Arst*, 96(9), 558–559.  
<https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.13819> . Hang
- Ida-Viru Keskhaigla. (s.a). *Ida-Viru Keskhaigla jätkab insuldiravi pilootprojektis uute lahenduste väljatöötamist.* <http://www.ivkh.ee/et/patsiendile-ja-kuelastajale/accepted-medical-specialists-or-health-centers/77-ivkh-uudised/755-idaviru-keskhaigla-jaetkab-insuldiravi-pilootprojektis-uute-lahenduste-vaeljatooetamist.html>
- Kitzman, P., Hudson, K., Sylvia, V., Feltner, F., & kLovins, J. (2017). Care Coordination for Community Transitions for Individuals Post-stroke Returning to Low-Resource Rural Communities. *Journal of Community Health*, 42(3), 565–572.  
<https://doi.org/10.1007/s10900-016-0289-0>
- Kubo K. (2020). Insuldipatsiendi raviteekond muutub sujuvamaks. *Sotsiaaltöö*, 3, 33–37.
- Kõrv, J., Gross-Paju, K., Haldre, S., Jaakmees, H., Kreis, A., Kullamaa, S., Liigant, A., Lüüs, S-M., Taba, P., & Õunapuu, A. (2010). *Insuldikäsitus Eestis: hetkeseis ja suundumused.* *Eesti Arst*, 89(6), 409–415.  
<https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/10723/5908>
- L. Puusepa nim. Neuroloogide ja Neurokirurgide selts. (2004)., Insuldi Eesti ravijuhend.  
[http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Insuldi\\_ravijuhend.pdf](http://www.enns.ee/Ravijuhendid/Insuldi_ravijuhend.pdf)
- Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Infotrükk.
- Lääne-Tallinna Keskhaigla. (s. a.). *Projekt: Katkematu raviteekonna loomine insuldi läbi teinud inimestele.* <https://www.keskhaigla.ee/insult>
- Mõtus, M., Pääbo, L., & Grigorjan, L. (2019). *Insuldipatsiendi raviteekonna parem korraldus.* Eesti Haigekassa.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/Insuldipatsiendi\\_raviteekonna\\_parem\\_korraldus\\_EHK\\_2019.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Insuldipatsiendi_raviteekonna_parem_korraldus_EHK_2019.pdf)
- Narusson, D. (2003). Sotsiaaltöötaja tegevusvaldkonnad Eesti raviasutustes. *Eesti Arst*, 82(3), 222–227.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso,

- V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Nurm, M. (2017). *Insuldi taastusravi*. Põhja-Eesti Taastusravikeskus.
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2020, 19. veebruar). *Insuldipatsiendi raviteekond muutub sujuvamaks*. <https://www.regionaalhaigla.ee/et/insuldipatsientide-raviteekond-muutub-sujuvamaks>
- Regionaalhaigla. (2021). Insuldipatsientidele hakkab toeks olema Regionaalhaigla uus mobiilirakendus. <https://www.regionaalhaigla.ee/et/insuldipatsientidele-hakkab-toeks-olema-regionaalhaigla-uus-mobiilirakendus>
- Riggall, S. (2012). *Using Counselling Skills in Social Work*. SAGE Publications, Inc
- Riigikantselei. (2017). *Hooliva riigi poole: Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks*. [https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07\\_+Pkp+7+Hoolduskoormuse\\_rakkeruhma\\_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c](https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_+Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c)
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2019). *SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla arengukava aastateks 2019–2021*. [https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Regionaalhaigla\\_arengukava\\_2019.pdf](https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Regionaalhaigla_arengukava_2019.pdf)
- SA Tartu Ülikooli Kliinikum. (2018). *Sihtasutuse Taru Ülikooli Kliinikumi põhikiri*. <https://www.kliinikum.ee/haiglast/dokumendid/pohikiri/>
- Saapar, M. (2018). *Noorelt insuldi haigestunud patsientide insuldijärgne tervisekäitumine* [Magistritöö, Tartu Ülikool, Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut]. DSpace. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/62042>
- Selg, M. (2014). Sotsiaaltöö professioni ülemaailmne definitsioon. *Sotsiaaltöö*, (3), 9–14.
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011) *What is integrated care? An overview of integrated care in NHS*. Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 01.04.2021, 14. [https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?lei\\_aKehtiv](https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?lei_aKehtiv)

- Sotsiaalministeerium. (2008). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020*.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf)
- Sotsiaalministeerium. (2014). *Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020*.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/tervishoiu\\_arengusuunad\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf)
- Sotsiaalministeerium. (2020a). *Üleriigiliselt rakendatava inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise kontseptsioonidokument*. Töödokument.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/uleriigiliselt\\_rakendatava\\_inimesekeskse\\_hoolekande\\_ja\\_tervisehoiusteemi\\_koordineerimise\\_kontseptsioon.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/uleriigiliselt_rakendatava_inimesekeskse_hoolekande_ja_tervisehoiusteemi_koordineerimise_kontseptsioon.pdf)
- Sotsiaalministeerium. (2020b). *Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030*.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/rta\\_2020-2030.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/rta_2020-2030.pdf)
- Spitzer, W. J.; Davidson K.W. (2013). Future Trends in Health and Health Care: Implications for Social Work Practice in an Aging Society. *Social Work in Health Care*, 52 (10).
- Strasser, D. C., Falconer, J. A., Herrin, J. S., Bowen, S. E., Stevens, A. B., & Uomoto, J. (2005). Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3), 403–409.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.04.046>
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (2020). *Kliinikumis saab alguse insuldipatsiendi inimkeskne raviteekond*. <https://www.kliinikum.ee/kliinikumis-saab-alguse-insuldipatsiendi-inimkeskne-raviteekond/>
- Tummers, J. F., Schrijvers, A. J., & Visser-Meily, J. M. (2012). Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12, Article e193. <https://doi.org/10.5334/ijic.847>
- Van Ewijk, H. (2018). Haavatavus. *Sotsiaaltöö*, 2, 63–66.
- Vat, L. E., Middelkoop, I., Buijck, B. I., & Minkman, M. M. (2016). The Development of Integrated Stroke Care in the Netherlands a Benchmark Study. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), Article 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.2444>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on*

*integrated health services delivery.*

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)

World Health Organization. (2013). *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All series; no. 6. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

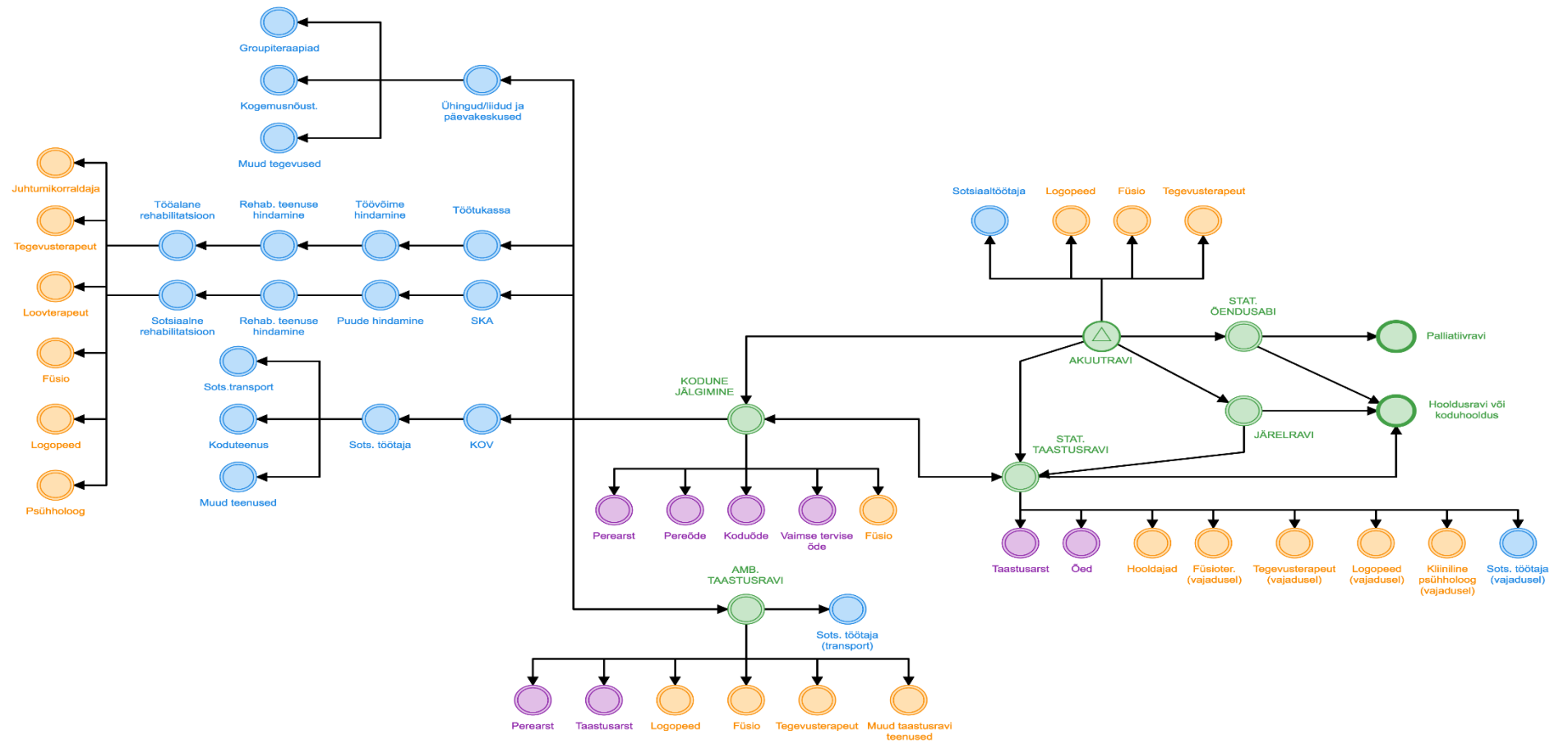
World Health Organization. (2015a). *Sustainable Development Goals*. [https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_1)

World Health Organization. (2015b). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>

World Health Organization. (2016). *Integrated care models: an overview*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf)

Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. [http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu\\_kvalitatiivne.pdf?sequence=1](http://dspace.utlib.ee/dspace/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf?sequence=1)

# LISA 1. Insuldipatsiendi raviteekond



# **SUMMARY**

## **THE ROLE OF INTEGRATED REHABILITATION SERVICE ON THE TREATMENT ROUTE OF STROKE PATIENT AT THE EXAMPLE OF ESTONIAN HEALTH INSURANCE FUND STROKE MANAGEMENT DEVELOPEMENT PROJECT**

Gerda Mälk

The aim of this research is to find out the role of an integrated rehabilitation service in the treatment of a stroke patient. With this aim in mind, the author has asked two research questions: what impact does the stroke coordinator service have on the stroke patient's livelihood, and what is the added value of a digital stroke solution, stroke council, treatment plan, common information space, and community services for clients and related development projects?

The research consists of two major chapters, the first of which provides a theoretical overview of social work in health care, the integration of health care and social care, and the treatment path of a stroke patient. The second chapter of the research is the empirical part, where a questionnaire of interviews and expert interviews with stroke coordinators were designed on the basis of theory and the results obtained were analyzed.

Stroke is one of the most common neurological diseases that causes death or disability. A stroke is caused by a disorder of the blood supply in some areas of the brain that inhibits neurological functions. Stroke affects 4,500 people in Estonia every year and 15 million people are diagnosed with stroke worldwide every year, and due to the aging population, a 35% increase in the number of stroke cases is forecast for 2015–2030. Stroke survivors often suffer from physical health as well as many psychological and social problems. Therefore, the provision of appropriate healthcare for stroke patients requires complex coordination involving a wide range of disciplines and different types of organizations.

Rehabilitation of stroke patients has been a very topical issue for the last ten years. One of the biggest challenges in the health care sector in the last decade has been to establish cooperation with the social sphere, which would ensure more successful treatment results due to better support for individuals' coping. Professionals and patients in the field have pointed out that health and social care systems do not form a logical whole, which makes it difficult to obtain help and often inefficient in the use of resources. It is often the case that patients do not move from the healthcare system to the social system after the end of hospital treatment and patients are left without the necessary help and services. This is due to the lack of systematic information exchange between specialists, social workers, local government and family doctors. Until now, only the patient and the patient's family had played a coordinating role.

With limited resources in the health and social field, new and innovative solutions need to be found to create better-performing services without increasing budgets. The aim is to reduce institutional care and lead people to more independent living. Integrated services create consistency and a sense of security. In addition to policymaking and funding, the state has other important roles. From the point of view of a chronically ill person who is being re-socialized, the will of the state to empower people and communities is important.

The empirical part of the study was conducted using a qualitative research method to assess the experiences and views of the experts who coordinated the stroke patient's treatment journey. Anonymous structured expert interviews were conducted to obtain as direct opinions as possible. This was a comprehensive sample that included all hospital stroke coordinators who started the development project of the Estonian Health Insurance Fund in 2020. For the interviews, the LimeSurvey environment questionnaire was sent to the hospital project managers, who were asked to send it to the stroke coordinators involved in the project. Data were collected from 31.03.2021 to 11.04.2021. During this time, eight anonymous interviews were received from respondents, which is 100% of the total number of potential respondents. The data were reduced by research questions and topics and the results were compared with existing theories. Respondents were coded with the initials IK1 to IK8.

There are currently eight stroke coordinators in Estonia. The study showed that on average each coordinator has 35 patients. The main tasks of the stroke coordinators were to coordinate the patient's treatment journey, exchange information, navigate the patient's services and advise. The demand for a coordinator depends on the severity of the patient's condition. Coordination is most intense in the first three months after a stroke occurs, then the patient leaves the hospital, adjusts home and receives rehabilitation. According to the respondents, the role of the coordinator requires flexibility as each patient has different problems. In order to ensure better coordination, it is necessary to develop cooperation between different medical institutions and create digital solutions for the exchange of information. According to the coordinators, the project has been successful and has shown clear benefits in terms of patients' recovery.

The author of the research evaluates that the aim of the research was achieved because a good thorough input for the stroke patient's treatment journey was received from all stroke coordinators operating in Estonia. To the research question about the impact of the stroke coordinator service on the stroke patient's coping, the study answered that the service provides emotional and practical support to the patient, thereby improving treatment outcomes and accelerating reintegration into the community. The second research question which examined the added value of the solutions in the development project for the patient, confirmed that the developed solutions as a whole form a link between the patient, between health and social system, also patients have more information and faster access to necessary health and social services.

Based on the theory of this dissertation and the conducted research, the following conclusions and suggestions can be made:

- The integrated service of the stroke patient's treatment route has a significant benefit in improving the patient's coping and achieving the treatment goals. At the same time, the service is not necessary for all people who have had a stroke and the service could be targeted at a narrower target group based on needs.
- In harmonizing the quality of the coordinated service of the stroke patient's treatment route, it is necessary to create a detailed job description for the stroke coordinators. The implementation of the job description will help to avoid duplication of services between

the stroke coordinator and the social worker and the local government support person, and the responsibilities of the parties would be better regulated.

- In addition to the patient's health behavior and the prevention of recurrent stroke, attention should also be paid to the mental health of patients and their family members.
- In order to notice the patient's need for help and intervene in a timely manner, it is necessary to inform, train and motivate the parties involved in the treatment journey.
- To improve networking, it is imperative to create a unified database of patient medical records, goals, and service plans.

These proposals would help make the work of the coordinators more efficient and make the coordination of the stroke patient's treatment journey more effective.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Gerda Mälk ,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

Integreeritud rehabilitatsiooni teenuse roll insuldipatsiendi raviteekonnal Eesti Haigekassa insuldi juhtprojekti näitel, mille juhendaja on Kandela Õun, MA

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Gerda Mälk 19.05.2021