

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Heli Mölder

**TERVISHOIU- JA SOTSIAALVALDKONNA
INTEGREERIMINE NING
JUHTUMIKORRALDUS PSÜHHIAATRIAS
NELJA EESTI HAIGLA NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Ewe Alliksoo, MA

Pärnu 2024

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Heli Mölder

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioonist ning juhtumikorraldusest	6
1.1. Sotsiaaltöö ja tervishoiu integratsioon	6
1.2. Juhtumikorraldus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas	10
1.3. Juhtumikorralduse kasutamine psühhiaatrilises ravimeeskonnas mujal maailmas ja Eestis	13
2. Uuring sotsiaaltöö ja tervishoiu integratsioonist ning juhtumikorralduse kasutamisest psühhiaatrilises ravimeeskonnas	16
2.1. Ülevaade uuringus osalevast neljast Eesti tervishoiuasutusest	16
2.2. Uuringu metoodika ja valimi kirjeldus	18
2.3. Uuringu tulemused	20
2.3.1. Valdkondade vaheline koostöö ja integratsioon	20
2.3.2. Juhtumikorraldus ja sotsiaaltöötaja roll juhtumikorraldajana	23
2.4. Uuringu arutelu, järeldused ja ettepanekud	26
Kokkuvõte	31
Viidatud allikad	33
Lisad	39
Lisa 1. Intervjuu küsimused spetsialistidele	39
Lisa 2. Intervjuu küsimused eksperdile	40
Summary	41

SISSEJUHATUS

Erinevad sotsiaalsed tegurid aitavad kaasa tervisenäitajate paranemisele. Seetõttu on hakatud üha enam otsima võimalusi, kuidas kasutada valdkondade vahelisi ressursse aitamaks inimest tema tervise taastamisel või stabiliseerimisel.

Vähene tähelepanu sotsiaalsetele, tervist mõjutavatele teguritele võib põhjustada suuri kulutusi tervishoiule ja mõjutada tervisetulemusi (Bradley *et al.*, 2017, lk 61). Kui patsient saab tervishoiust abi oma probleemidele, pole nad teadlikud, milliseid toetavaid teenuseid on neil võimalik saada ning nad ei tea kuhu pöörduda. See võib kaasa tuua tagasilanguse ja vajaduse haiglaravi järele (Eesti Haigekassa, 2020, lk 27). Maailmapanga poolt Eestis tehtud tervishoiusüsteemi analüüsist selgus, et Eestis on ebaselge, kes vastutab ja kelle roll on koordineerida patsientide liikumist tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahel (Kurowski *et al.*, 2015, lk 35).

Eriti aktuaalne on stabiilne toetus psüühikahäiretega isikutele. Tervisekassa on 2021. aastal kirjeldanud depressiooniga tööealise inimese raviteekonna. Probleemina tuuakse välja, et psüühikahäirega inimese jaoks puudub tervikliku toe pakkumine, ülesanded ja vastutus pole erinevate osapoolte vahel selgelt jaotatud, puudub koordineeritud tegevusplaan, erinevad teenusepakkujad ei toimi ühtse meeskonnana ja puudub tagasiside süsteem. Abivajaja probleemide lahendamiseks on vaja integreeritud koostööd nii omavahel kui ka sotsiaalsüsteemi ja kogukonnaga, kuid puudu jääb juhtumikorraldajatest/koordinaatoritest, mistõttu lõimitud teenuste osutamine on keeruline. (Eesti Haigekassa, 2021, lk 17)

Eri valdkondade integreerimata jätmisel ja teenuste mitte koordineerimisel pole võimalik tagada psüühiliste probleemidega isikutele iseseisvat toimetulekut. Eelnevast tulenevalt on lõputöö eesmärk välja selgitada juhtumikorralduse kasutamise võimalused psühhiaatrias ning teha seotud osapooltele ettepanekud sotsiaaltöö ja tervishoiu paremaks integreerimiseks.

Uurimisküsimusteks on:

1. Kuidas toetab juhtumikorralduslik lähenemine psühhiaatrilises ravimeeskonnas erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integreerimist?
2. Milline on sotsiaaltöötaja kui juhtumikorraldaja roll erinevate teenuste koordineerimisel?

Töö koosneb kahest osast. Esimene osa on teoreetiline käsitlus sotsiaaltöö ja tervishoiu integratsioonist ning juhtumikorralduse kasutamisest teenuste integreerimisel. Uuritakse, kuidas mujal maailmas on lähenetud abivajajale tervikliku toe pakkumisele ja kuidas on koordineeritud tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vaheline koostöö. Lisaks tuuakse välja juhtumikorraldusliku meetodi kasutamise võimalused erinevate teenuste integreerimiseks üldiselt ja konkreetsemalt psühhiaatria valdkonnas ning kuidas liigutakse Eestis tervishoiu- ja sotsiaaltöö integreerimise poole. Teaduskirjanduse leidmiseks kasutati andmebaase ScienceDirect, Researshgate, Pubmed, Google Scholar jms. Töös käsitletakse abivajajat samatähenduslikuna olenevalt tegevusvaldkonnast. Tervishoius kasutatakse mõistet „patsient“ ja sotsiaalvaldkonnas „teenuse saaja“.

Töö teises osas antakse ülevaade uuringus osalevast neljast Eesti tervishoiuasutusest. Uurimismeetodina kasutatakse kvalitatiivset uurimisviisi ning uuringu käigus saadud andmed kõrvutatakse teoreetiliste lähtekohtadega. Uuringu tulemuses tuuakse välja valdkondade vahelise integratsiooni ja juhtumikorralduse kasutamise praktika ning tehakse järeldused. Kogutud andmete alusel koostatakse seotud osapooltele ettepanekud sotsiaaltöö ja tervishoiu paremaks integreerimiseks.

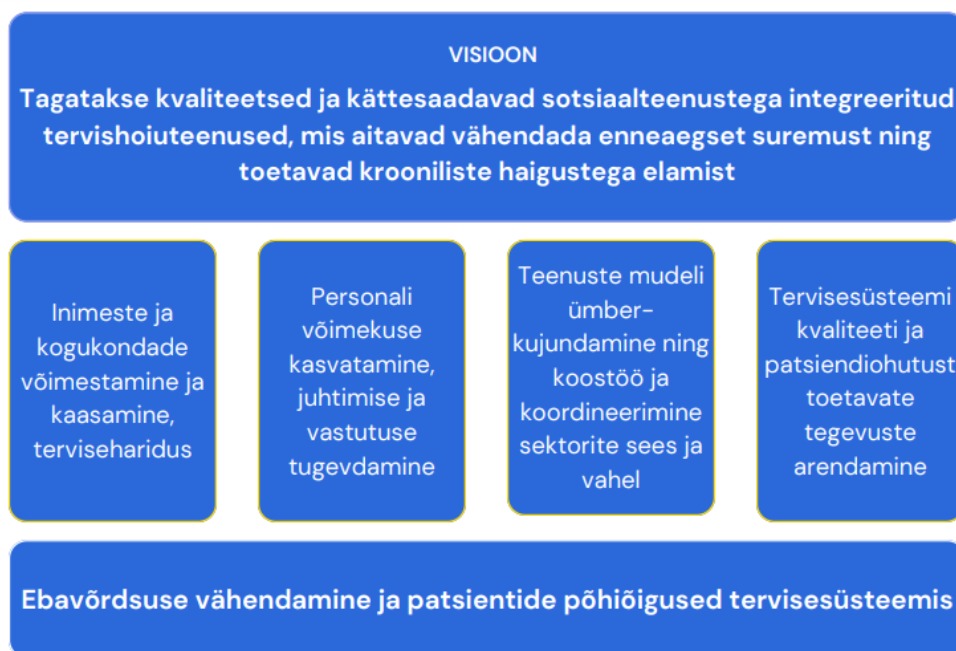
1. TEOREETILINE ÜLEVAADE SOTSIAAL- JA TERVISHOIUVALDKONNA INTEGRATSIOONIST NING JUHTUMIKORRALDUSEST

1.1. Sotsiaaltöö ja tervishoiu integratsioon

Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemid on pakkunud parimal võimalikul moel abi inimestele, kes seda vajavad. Aga haiguskeskne lähenemine jätab tähelepanuta tervise ja heaolu aluseks olevad põhjused, milleks on tervise- ja sotsiaalprobleemide omavaheline seotus. See on eriti oluline integreeritud ravi kontekstis, kuna inimesele ja elanikkonnale keskendunud vaatenurk võib siduda tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi. Kahjuks pole nimetatud valdkonnad suutnud piisaval määral teha koostööd, et õige teenus oleks õigel ajal ja õiges kohas inimestele tagatud. Ressursside piiratuse tingimustes on vaja üle vaadata, kas ja kuidas saab teenuseid osutada selliselt, et poleks nende dubleerimist ja tervishoiusüsteemis inimest ravidest ei tekiks olukorda, kus sotsiaalprobleemide lahendamata jätmise korral halveneks inimese olukord uuesti ja ta satub uuesti tagasi tervishoiusüsteemi.

Integreeritud koostöö mudelite raames ravi ja hooldust saanutel on paremad ravitulemused võrreldes tavahooldust saavate patsientidega (Cubillos *et al.*, 2021, lk 47–48). Patsientide puhul, kellel on mitmesugused ja keerulised terviseprobleemid, näiteks vaimse tervise häirete all kannatavad patsiendid, on oluline kombineerida erinevaid tegevusi erinevate teenuste osutajate poolt. Teenuste koordineerimine on hädavajalik. (Gandre *et al.*, 2020, lk 1) Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization, 2021, lk 9) soovib välja töötada kogukonnapõhiseid vaimse tervise ja sotsiaalhoolekande teenused ja integreerida need erinevate ravi etappidega, kusjuures on oluline tervishoiusüsteemi erinevate teenuseosutajate vaheline tõhus koostöö ja ravi järjepidevus.

Eesti on seadnud eesmärgiks leida parimad võimalikud lahendused, et tagada inimesele tema vajadustest lähtuv parim toimetulek ja seada kõikide tegevuste juures esikohale inimene. Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 30) on ühe prioriteedina väljatoodud inimkeskse tervishoiu käsitlus, kus on olulised mitmekülgsed, võrdsed, inimkesksed ja lõimitud terviseteenused. Pakutavate teenuste tervikliku käsitluse puhul on oluline integreeritud ravi ja teenuste osutamine, mis peab lähtuma tervishoiu ja sotsiaaltöö koostööst, asutuste ja süsteemide kooskõlastatud tegevusest nii era- kui avaliku sektori vahel (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 35). Kavandatava esmatasandi tervishoiu arengukava üheks prioriteediks on tihedam koostöö sotsiaalsüsteemiga ja koostöö peab toimuma tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ning kogukonna vahel (Reim, 2023). Seetõttu ongi Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi 2023–2027 üheks ülesandeks teostada analüüs ja teha ettepanekud integreeritud sotsiaal- ja tervisevaldkonna korraldus- ja rahastusmudeli loomiseks (Vabariigi Valitsus, 2023, lk 49). Uue integreeritud teenuste mudeli käsitlus on toodud joonisel 1.



Joonis 1. Inimkeskse tervishoiu ja integreeritud teenuste mudel. Allikas: Sotsiaalministeerium, 2021, lk 32

Integratsioon ei ole eesmärk isenesest, vaid viis tervishoiu- ja hooldustulemuste parandamiseks. Edukas integratsioon on koordineeritud, ühendatud ja sujuvalt toimivate

teenuste kavandamine, tellimine ja osutamine, et toetada inimeste tervislikku, iseseisvat ja väarikat elu. (Department of Health & Social Care, 2022, lk 16) Oluline on arvestada, millised on teenuse saajate ja teiste asjaomaste sidusrühmade vajadused ning olemasolevad ressursid. Pole olemas ühte erinevate teenuste integratsiooni mudelit, mis sobib igasse olukorda. Oluline on analüüsida protsesse, mis toetavad integreerumist konkreetses keskkonnas ja juhendada tuleb soovitud eesmärkidest. (Pike & Mongan, 2014, lk 123)

Siiani puudub mõistetes ühine määratlus ja usaldusväärne analüütiline raamistik integratsiooniprotsesside kirjeldamiseks. Erinevaid mõisteid kasutatakse mitmetähenduslikult olenevalt eesmärgist ja erialalisest käsitlusest. (Nolte & Pitsforth, 2014, lk 3) Boon jt (2009, lk 720) uuringu tulemustest selgus, et integratsioon eeldab koostööd, kuid koostöö ei nõua integratsiooni. Mitchell jt (2020, lk 1) leidsid, et integratsiooni visioon saavutatakse läbi partnerluse ja koostöö. Ka Axelsson ja Axelsson (2006, lk 79–80) kirjeldasid, et integratsioon on eelkõige koostöö küsimus erinevate organisatsioonide vahel. Erinevad valdkonnad on kaasatud inimese heaolu tagamise, kuid neil pole sealjuures ühist hierarhiat, mistõttu toimub integratsioon tavaliselt koostöö, täpsemalt valdkondade vahelise koostöö kaudu. Selleks, et eristada erinevaid integratsioonivorme, võib eristada kahte, vertikaalset ja horisontaalset integratsiooni. Vertikaalne integratsioon toimub organisatsiooni üksuste vahel, horisontaalne integratsioon toimub eri organisatsioonide vahel. Erinevus koostöö ja horisontaalse integratsiooni vahel on see, et koostöö eeldab lisaks kõrget vertikaalse integratsiooni taset asutuse sees.

Valdkondade vahelise integratsiooni edendamiseks võib kasutada mitmeid erinevaid organisatsioonilisi korraldusi, kuid tihti toimub sektorite vaheline koostöö tervise valdkonnas peamiselt multidistsiplinaarsete meeskondade vormis (Axelsson & Axelsson, 2006, lk 86). Multidistsiplinaarsed on meeskonnad, kus kasutatakse erinevate erialade spetsialistide teadmisi ja oskusi, kuid see ei tähenda tingimata koostööt, üksikud spetsialistid töötavad iseseisvalt. Interdistsiplinaarsetes meeskondades aga püüeldakse sügavamale koostööle, seal koordineeritakse ravi kokkulepitud raviplaani alusel. Interdistsiplinaarseid meeskondi iseloomustavad ühised eesmärgid, selged rollid, vastastikune usaldus, tõhus suhtlemine ning mõõdetavad protsessid ja tulemused,

kusjuures patsiendi huvid seatakse esikohale. (Jennings & Astin, 2017, lk 77–78) Transdistsiplinaarsed meeskonnad hõlmavad kattuvaid oskusi, sealhulgas hägustuvad traditsioonilised ametialased piirid, mitme eriala spetsialistid vahetavad teadmisi ja oskusi ja teevad eesmärkide saavutamiseks ühiseid otsuseid integreerides ravi ja muid vajalikke sekkumisi (Martin *et al.*, 2022, lk 765).

Leutzi (1999, viidatud Leichsenring *et al.*, 2015, lk 9 vahendusel) uuringu kohaselt saab tervishoiu ja sotsiaalsüsteemide vahelist koostööd käsitleda erinevate integreerumistasemete järgi:

- sidemed erinevate eriala spetsialistide ja institutsioonide vahel (ingl *linkage*), kus spetsialistid teevad omavahel koostööd, teatakse kellega vajadusel ühendust võtta, kuid teenused jäävad eraldiseivaks;
- teenuste koordineerimine (ingl *coordination*), mis keskendub teabe jagamisele ja erinevate valdkondade omavahelisele koostööle, samas kui süsteemid on omavahel eraldatud;
- täielik integratsioon (ingl *full integration*), mis loob uue funktsionaalse üksuse erinevatest süsteemidest või teenuse pakkujatest, kes koonduvad ühise organisatsiooni alla, kus teenused on lõimitud ja toimub ressursside ühine kasutamine.

Täieliku integratsiooni saavutamiseks on vaja terviklikku poliitikakujundamist, see on eriti oluline jätkusuutliku integreeritud rahastamise ja integreeritud andmete jagamise toetamiseks (Uribe *et al.*, 2023, lk 58)

Patsient ja tema lähedased vajavad mitmekülgselt abi tervisest tulenevate probleemide lahendamiseks. Paremaks ravitulemuseks on tihti vajalik koordineerida erinevaid teenuseid, mida osutavad erinevad teenusepakkujad. Siinjuures saab sotsiaaltöö ja tervishoiu integreerimisega abi vajajale toimetulekuks sobivad teenused kindlustada. Integratsioon oma olemuselt on koostöö ja koostöö koordineerimine tema erinevates vormides ja tasemetel. Kuid olenemata sellest, milline on eri valdkondade vaheline integratsioonimudel, tuleb esikohale seada inimene ja kindlustada talle tema vajadustest lähtuv toimetulek.

1.2. Juhtumikorraldus tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas

Juhtumikorraldust kasutatakse erinevates sotsiaaltöö valdkondades. See lähenemine võimaldab isikupärastatud teenuste pakkumist, arvestades iga kliendi unikaalseid vajadusi. Tervishoiu valdkonnas on samuti muutunud aktuaalseks koordineeritud teenuste osutamine ja selle rakendamiseks kaalutakse juhtumikorralduse põhimõtte rakendamist ka tervishoius.

Juhtumikorraldust peetakse üheks parimaks võimaluseks tervishoiu, sotsiaalteenuste ja teiste sektorite teenuste lõimimisse, sest see aitab toetada keeruliste tervisehäiretega inimesi nende tervenemise teekonnal. Juhtumikorraldus toetab tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande koordineerimist, integreerimist ja juhtimist paljude erinevate tervise seisundite puhul. (Lukersmith *et al.*, 2016, lk 1) Juhtumikorraldus on koostööpõhine lähenemisviis ravi ja muude vajalike teenuste tagamiseks, mille puhul juhtumikorraldaja koos meeskonnaga hindab, planeerib, rakendab ja koordineerib teenuseid, seades patsiendi vajadused prioriteediks ning teeb seda tihedas koostöös erinevate teenuste osutajatega. Juhtumikorraldus on kõige levinum sekkumisviis pikaajaliste ja korduvate tervise- ja sotsiaalteenuste abi vajavate isikute aitamiseks (Hudon *et al.*, 2019, lk 451, 453)

Kanada riiklik juhtumikorraldusvõrgustik (National Case Management Network of Canada, 2009, viidatud Hudon *et al.*, 2016, lk 2) on määratlenud kuus juhtumikorralduse etappi:

- patsiendi juhtumikorralduse käsitlemise vajalikkuse kindlaksmääramine;
- patsiendi vajaduste hindamine;
- patsiendile eesmärkide seadmine ja dokumenteerimine kooskõlastatud sekkumisstrateegias;
- individuaalsetes hooldusplaanides sisalduvate teenuste planeerimine, sealhulgas patsiendi enesejuhtimise toetus;
- patsiendi vajaduste ja edusammude perioodiline ümberhindamine;
- üleminekuprotsessi toetamine.

Juhtumikorralduslik lähenemine saab vähendada kulusid ja tõsta teenuste osutamise kvaliteeti, suurendada meeskonnaliikmete enesetõhusust. Meeskond saab leida inimese

seisukohalt vaja minevad õiged ressursid ja seda õigeaegselt. See vähendab mittevajalike tervishoiuteenuste osutamist, patsiendi sattumist statsionaarsele ravile või võimaldab vähendada ravil viibimise kestvust. (Cardwell Feagin *et al.*, 2024, lk 22, 28)

Juhtumikorralduse rakendamine vajab toetavat keskkonda. Juhtumikorraldust ei saa rakendada väljaspool integreeritud teenuste osutamist ja seda töömeetodit ei saa rakendada ilma juhtumikorraldaja osaluseta multidistsiplinaarses meeskonnas. Koostöö aitab juhtumikorraldajal vähendada killustumist erinevate teenuste vahel ja spetsialistidest moodustatud meeskonnad aitavad kaasa uute pädevuste suurendamisele. (de Stampa *et al.*, 2014, lk 7) Kõrge intensiivsusega juhtumikorralduslik sekkumine on parima mõjuga. Esmane hindamine toimub multidistsiplinaarses meeskonnas, kus töötatakse välja hooldusplaani koos mitmete teenuse osutajatega. (Hudon *et al.*, 2019, lk 456)

Tervishoiu on juhtumipõhise lähenemise korral tavapäraseks meeskonna liikmeteks hoolduskoordinaatorid, kogukonna esmatasandi tervishoiutöötajad, erinevate erialade arstid, sh psühhiaatrid, geriaatrid, sotsiaaltöötajad, meditsiiniõed. Igal liikmel on meeskonnas kindel roll. Vaatamata iga meeskonna liikme ainulaadsele rollile on oluline, et meeskond saaks regulaarselt kokku plaanitud kohtumistel, et arutada patsientide eesmärke ja hooldusvajadusi ning vajaduse korral vaadata üle hooldusplaani. (Cardwell Feagin *et al.*, 2024, lk 20) Oluline on tõhus suhtlemine kõigi tervishoiutöötajate ja teenuseosutajate vahel. Juhtumikorraldusse peaks kaasama ka kogukonnapõhiseid organisatsioone. Tõhus suhtlemine võiks toimuda näiteks veebipõhiselt. Juhtumikorraldaja paiknemine esmatasandi raviasutuses võib hõlbustada suhtlemist ja toetust. (Khanassov *et al.*, 2014, lk 462) Juhtumikorraldaja teeb kindlaks tervishoiu- ja sotsiaalteenuste võrgustikus ning kogukonnas olevad ressursid, mis on patsiendile sobivad. Need võivad olla erinevad tervishoiu spetsialistid, kogukonna esindajad, sotsiaalteenuseid tundvad spetsialistid. Juhtumikorraldaja suhtleb meeskonna liikmetega, kaasab neid protsessi, korraldab kohtumisi, kuhu kaasatakse ka patsient ja tema lähedased. (Danish *et al.*, 2020, lk 5)

Selleks, et saavutada väärtuspõhise ravi eesmärke ja parandada elanikkonna tervisetulemusi peavad tervishoiusüsteemid kasutama kutsealade vahelisi meeskondi, kuhu kuuluvad ka sotsiaaltöötajad. Nad omavad teadmisi sotsiaalsete riskiteguritega

tegelemisel ja aitavad sellega kaasa haavatavate patsientide tervisetulemuste saavutamisel. (Lombardi *et al.*, 2024, lk 114)

Integreeritud hoolduses on oluline roll sotsiaaltöötajatel, sotsiaalteenuste tundmise tõttu osutavad nad patsientidele vajalikke teenuseid. Sotsiaaltöötajate põhifunktsioonid integreeritud hoolduse puhul on järgmised:

- kogukonna ressursside kaasamine,
- hooldusplaani/juhtumiplaani koordineerimine ja haldamine,
- erinevate kliiniliste sekkumiste pakkumine (Fraser *et al.*, 2018, lk 206).

Sotsiaaltöötajad kasutavad oma töös standardiseeritud juhiseid, et hinnata patsientide ravi edenemist, viivad läbi funktsionaalseid analüüse, et hinnata tervise seisundi ja sekkumiste mõju patsientidele. Lisaks tuvastavad sotsiaaltöötajad keskkonnategureid, mis võivad häirida patsiendi ravi ning juhendavad ja võimestavad patsiente. Sotsiaaltöötaja on ka hoolduse koordineerija rollis ja koos õdedega vastutavad nad krooniliste haigustega patsientide eest. (Fraser *et al.*, 2018, lk 203, 206) Sotsiaaltöötaja kui juhtumikorraldaja töötab koos patsiendi ja teiste osapooltega välja hooldusplaani. Hooldusplan võib sisaldada suunamisi tervishoiu- ja sotsiaalteenustele, nõustamist vaimse tervise probleemide korral ja patsiendi aktiveerimist abi kindlustamisega seotud küsimustes. Juhtumikorraldaja koordineerib abi ka peale aktiivseid sekkumisi ja hõlbustab suhtlemist tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajate vahel. (Hudon *et al.*, 2019, lk 453)

Toetudes kirjandusele on juhtumikorraldusliku meetodi kasutusele võtmine parimaks võimaluseks sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna integreerimisel. Juhtumikorralduse rakendamine võib erinevates organisatsioonides olla erinevalt korraldatud, sealhulgas võivad meeskonnas koos töötada erinevad spetsialistid, kuid alati on töö korraldamiseks vajalik juhtumikorraldaja. Sotsiaaltöötaja kui juhtumikorraldaja koordineerib eri valdkondade ja spetsialistide vahelist tööd. Sealjuures on oluline pakkuda abivajajale just talle sobivaid teenuseid lähtudes tema tervise seisundist ja vajadustest.

1.3. Juhtumikorralduse kasutamine psühhiaatrilises ravimeeskonnas mujal maailmas ja Eestis

Vaimse tervise sotsiaalsete aspektidega tegelemine on võtmetähtsusega. Kuna vaimse tervisega kimpus olijatel on probleemid kompleksed, on vaja tegeleda mitte ainult kliinilise raviga, vaid ka inimese sotsiaalsete probleemide ja tema lähivõrgustikuga. Keegi peab kogu ravi protsessi koordineerima ja korraldama psühhiaatriliste ravimeeskondade koostööd erinevate teenuste osutajatega.

Psüühiliste probleemidega isikutele on oluline asjakohase hoolduse tagamine nii, et kasutusele oleks võetud kõik vajalikud ressursid. Vaimse tervise arstidel ja ravimeeskonnal on hoolduse koordineerimine põhiline töövahend. Psühhiaatrilise abi osutamisel on oluline vaimse ja füüsilise tervise, sotsiaalteenuste ja hoolduse koordineerimine. Aastate jooksul on psüühikahäiretega inimeste kogukondliku hoolduse pakkujad võtnud ühel või teisel kujul kasutusele juhtumikorralduse. (Arya, 2020, lk 1) Patsientide suutlikkus osaleda ravi planeerimisel on individuaalselt erinev ja sugulased on psüühikahäiretega pereliikmetele abi leidmisel olulised teenuste vahendajad (Carlsson & Brommels, 2022, lk 6; Del Vecchio *et al.*, 2015, lk 634). Vaimse tervise eest hoolitsemine nõuab rohkem meeskonnatööd psühhiaatrite, sotsiaaltöötajate, psühholoogide ja juhtumikorraldajate vahel, sest vaimse tervise visiidid on haiguste olemuse tõttu tavaliselt pikemad (Kilbourne *et al.*, 2018, lk 33). Psühhiaatriaosakonnad teevad koostööd esmatasandi arstiabi ja sotsiaalteenustega ja seda koordineerivad mitmed selleks spetsialiseerunud üksused (Carlsson & Brommels, 2022, lk 7). Tänu interdistsiplinaarse meeskonna toetusele on võimalik psüühikahäiretega inimestel vältida haiglaravi, kohaneda keskkonnaga ja elada iseseisvalt. See on võimalik pakkudes erinevaid sotsiaalteenuseid, abistada sotsiaaltoetuste taotlemisel, luua kontakt ja teha vajadusel koostööd haigla meeskonnaga, esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatega ning kohalike sotsiaalosakondade töötajatega. Oluline on ka kogukonna ja perekonna harimine. (Peritogiannis & Gioti, 2021, lk 227) Integreeritud juhtumikorralduse edukus sõltub vaimse tervise valdkonnas asutuste vahelise võrgustiku olemasolust ja sellest, et spetsialistid saaksid kasutada erinevaid ressursse (Sohn & Mi Jang, 2019, lk 121). Psühhiaatrilised multidistsiplinaarsed ravimeeskonnad kasutavad erinevaid meetodeid

töös inimestega, võttes arvesse indiviidi bioloogilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte (Đečević *et al.*, 2015, lk 373).

Mida suurem on potentsiaalsete koostööpartnerite arv, seda olulisem on formaalne juhtumikorraldaja roll, kes võtab kogu vastutuse patsientidele vajaliku ravi ja sotsiaalteenuste koordineerimise ees. Kõiki hoolekandeteenuseid tundev juhtumikorraldaja on kõige paremas positsioonis, tal on võimalus suurendada eri osapoolte vahelist integratsiooni. Juhtumikorraldajal on abistav roll patsiendiinfo edastamisel arstile, vastuvõttude meelde tuletamist, majandusliku olukorra jälgimist ja patsiendi saatmist esmatasandi arstiabi, sotsiaalkindlustusameti ja tööhõiveameti vastuvõttudele. Tihti on juhtumikorraldaja rollis sotsiaaltöötaja. (Carlsson & Brommels, 2022, lk 6)

Sotsiaaltöötajad omavad põhjalikke teadmisi klientide eluolu ja perekonna kohta, nende analüüsi- ja sekkumisoskused aitavad kaasa abi vajajate psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele. Sotsiaaltöötajad tegelevad kliendi ja tema laiema leibkonnaga, sotsiaalsete sidemete ja võrgustikuga, ravi korraldamisega, sissetulekute saamise ja muu inimese jaoks vajalikuga. (Jain *et al.*, 2024, lk 1,8) Psüühikahäirega patsiendid ja nende pereliikmed soovivad ka ise rohkemaid teenuseid kui ainult meditsiiniteenused (Kilbourne *et al.*, 2018, lk 36).

Eestis on seadusega pandud kohalikule omavalitsusele kohustus tagada psüühikahäirega isikule sotsiaalteenuste kättesaadavus vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele (Psühhiaatrilise abi seadus, 1997, § 9). Tervisekassa arengukavas (Tervisekassa, 2022, lk 6) on üheks eesmärgiks liikuda integreeritumate teenuste osutamise poole ning teha koostööd sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna vahel. Selle eesmärgi poole liikumisel kasutatakse raviteekonna põhist käsitlust, mis kirjeldab, kuidas inimest komplekselt tema probleemide puhul aidata. Raviteekondade arendamise põhimõteteks on inimkesksus, integreeritus ja ressursside efektiivne kasutamine. (Tervisekassa, 2023, lk 1) Gartner jt (2022) defineerivad raviteekonda järgmiselt: „Patsiendikeskne raviteekond on pikaajaline ja kompleksne sekkumine, kus kasutatakse süsteemset lähenemist konkreetsele patsiendirühmale, kes läbib kogu teekonna ennetamisest kuni taastumiseni või palliatiivse hoolduseni“ (lk 18). Raviteekonna põhise lähenemise puhul on selge, kuidas ja kes teenust osutab, kuidas inimene liigub erinevate raviappide ja spetsialistide

vahel. Seda tööd aitab koordineerida sotsiaaltöötaja. Heaks näiteks on siin insuldi raviteekond, kus on teenuse lõimimisse kaasatud koordinaator, kes integreerib omavahel sotsiaalvaldkonna, tervishoiu ja kogukonna teenused, (Paalma, 2023, lk 72) ning depressiooniga tööealise inimese raviteekond (Eesti Haigekassa, 2021, lk 17).

Eestis on Haigekassa poolt 2020. aastal läbi viidud psüühika- ja käitumishäire diagnoosidega patsientide ravi kvaliteedi kliinilise auditi aruandest selgub, et sotsiaalteenuste puudumine oli põhjuseks esmakordselt tahtest olenematule haiglaravile sattumiseks kolmandikul kõikidest juhtudest (Eesti Haigekassa, 2020, lk 13). Auditist selgus, et vähe kaasati raviprotsessi inimese lähedasi ja kohaliku omavalitsuse spetsialiste. Auditis pakuti lahenduseks kasutada juhtumikorralduse meetodit, et tõhustada koostööd patsiendi perekonna ja kohaliku omavalitsuse vahel, mis aitab vältida olukorda, kus inimene vajab haiglaravi sotsiaalsete probleemide tõttu. (Eesti Haigekassa, 2020, lk 18)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et Eestis soovitakse liikuda psüühiliste probleemidega inimeste toimetuleku parandamisel integreeritud teenuste poole ja seda juhtumikorralduse põhimõttel.

2. UURING SOTSIAALTÖÖ JA TERVISHOIU INTEGRATSIOONIST NING JUHTUMIKORRALDUSE KASUTAMISEST PSÜHHIAATRILISES RAVIMEESKONNAS

2.1. Ülevaade uuringus osalevast neljast Eesti tervishoiuasutusest

Eestis osutavad psühhiaatrilist abi eraraviasutused ja haiglavõrgu arengukava haiglad. Haiglates osutatakse kliinilist abi ja psühholoogilist tuge nii statsionaarselt, ambulatoorselt kui päevaravis. Järgmised andmed on saadud Tervisekassa ärianalüüsi infosüsteemi andmebaasist, millele on avalik juurdepääs haiglate töötajatel (Tervisekassa, *s. a.*). Psühhiaatrilise abi maht, mida rahastab Tervisekassa, oli 2023. aastal kokku 57,9 miljonit eurot. Haiglad osutasid teenuseid 53 miljoni euro eest ja hankepartnerid ehk eraettevõtted 4,8 miljoni euro eest. Seega haiglate osakaal on 92%. Psühhiaatria eriala teenuseid osutatakse Tervisekassa andmetel kuuteistkümnes haiglas, nendest üheksas haiglas väga väikeses mahus. Käesoleva uuringu puhul keskendutakse neljale suuremale raviasutusele, kelle maht tervishoiuasutuste peale kokku moodustab psühhiaatria erialal 79%. Nendeks on sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, sihtasutus Pärnu Haigla ja sihtasutus Viljandi Haigla.

Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla on regionaalhaigla, kes identifitseerib ennast Eesti juhtiva tervishoiu asutusena ja tervishoiusektori innovatsiooni eestvedajana. Põhja-Eesti Regionaalhaigla koosseisus on seitse suurt kliinikut, sealhulgas psühhiaatrikliinik. Psühhiaatrikliiniku koosseisus on kaheksa statsionaarset osakonda ja ambulatoorne vastuvõtt. Statsionaaris on 200 voodikohta. Kliinikus saab erakorralist psühhiaatrilist abi ja teostatakse kohtupsühhiaatrilisi ekspertiise. Teenuseid osutatakse inimestele alates depressioonist kuni tahtest olenematu ravini. (Regionaalhaigla, *s. a.*)

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum on regionaalhaigla ja ainuke Eesti ülikoolihaigla. Kliinikum on uute arstide kasvulava ja residentuuribaasiks. Kliinikumis on 19 kliinikut ja seitse erialaspetsiifilist keskust. Kliinikumis on 963 ravivoodit. Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliiniku koosseisus on ambulatoorse psühhiaatria keskus, laste ja noorukite vaimse tervise keskus, üldpsühhiaatria-, sõltuvushäirete- ja akuutpsühhiaatria keskus. Psühhiaatriakliiniku statsionaaris on 103 ravivoodit. (TÜ Kliinikum, s. a.)

Sihtasutus Pärnu Haigla on Pärnumaa ja osaliselt ka Lääne-, Saare- ja Hiiumaa elanikke teenindav keskhaigla. Suveperioodil suureneb teenindatavate arv oluliselt tänu sise- ja välituristidele. Pärnu Haigla koosseisus on neli kliinikut, üheksa kiirabibrigaadi ja seitse meditsiinilist teenistust, kes teenindavad kliinikuid. Haiglas on 429 voodikohta. Üheks kliiniliseks üksuseks on psühhiaatriakliinik, mis koosneb statsionaarsest, päevaravi ja ambulatoorsest osakonnast. Psühhiaatriakliiniku koosseisu kuulub päevakeskus, kus osutatakse psühhiaatria päevastatsionaari teenust ja sotsiaalteenustena erivajadusega inimeste hoolekande teenuseid. Psühhiaatriakliiniku statsionaaris on akuutraviüksus, ebastabiilse remissiooni üksus, üldpsühhiaatriaüksus ning depressiooni- ja ärevushäirete üksus ning teenuseid osutatakse 66 voodikohal. (Pärnu Haigla, 2023)

Sihtasutus Viljandi Haigla on Eesti suurim üldhaigla. Haigla koosseisus on seitse kliinikut ja kolm keskust. Psühhiaatriakliiniku koosseisus on akuut- ja üldpsühhiaatria osakond, ambulatoorne osakond, sundravi osakond, laste- ja noorukite psühhiaatria osakond ja tegevusmaja. (Viljandi Haigla, s. a.)

Aitamaks kaasa integreeritud koostööle eri tervishoiutasandite ja sotsiaalsüsteemi ja kogukonna vahel hakkas Tervisekassa alates 2023. aastast rahastama juhtumikorraldaja teenust tervishoius. Tervishoiuteenuste loetellu lisati teenus „Juhtumikorraldus psühhiaatrias (1 kuu)“. Teenuse eesmärgiks on koondada patsiendi teekonna koordineerimise vastutus ühele ravimeeskonna võtmetöötajale ehk juhtumikorraldajale. Tema tööülesannetena on kirjeldatud kontakti loomine inimesega ja vajadusel tema lähedastega, koostöös meeskonnaga inimese toimetuleku hindamine, hooldusplaani koostamise koordineerimine ja rakendamise jälgimine, vajalike teenuste ja erinevate abi osutajatega koostöö korraldamine, nõustamine ning motiveeriv sekkumine patsiendi raviteekonda. (Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu, 2024, § 81, lg 13) Kõik uuringusse kaasatud haiglad on alates 2023. aastast hakanud kirjeldatud juhtumipõhist

lähenemist kasutama. Uurimaks, kuidas juhtumikorraldus aitab integreerida sotsiaalvaldkonda tervishoiuga, viiakse nendes haiglates läbi vastav uuring.

2.2. Uuringu metoodika ja valimi kirjeldus

Uuring viidi läbi kvalitatiivsel uurimismeetodil. Kvalitatiivse uurimismeetodiga saab uurida inimeste kogemusi, arusaamu ning tõlgendusi protsessidest ja nende tähendustest (Moser & Korstjens, 2017, lk 272). Kvalitatiivse uurimisviisi puhul on eesmärk saada vastuseid, mida uuritavad peavad oluliseks edastada ja seda nende endi sõnadega (Sheppard, 2020, lk 241). Kvalitatiivse uurimisviisi puhul kasutatakse andmete kogumisel sageli intervjuud. Intervjuu käigus saab koguda andmeid, mida teiste uurimisviiside puhul on raske saada. (Õunapuu, 2014, lk 170) Intervjuud kasutades saab jõuda vastaja tegelikele mõtete ja tunneteni (Lagerspetz, 2021, lk 141). Andmekogumise meetodiks kasutati poolstruktureeritud intervjuud, sest see võimaldab ette planeerida esialgsed küsimused ja neid jooksvalt muuta, et hoida intervjuul fookust. Intervjuu kava koostamisel on tuginetud töö teoreetilises osas kasutatud kirjandusallikatele. Intervjuu kavas olevad küsimused on toodud lisa 1.

Valim koostati mittetõenäosusliku ettekavatsetud valimina, mille puhul uurija valib valimi lähtudes eriteadmistest uuritava grupi kohta (Õunapuu, 2014, lk 143, 172). Valimi moodustamise aluseks on tervishoiuasutuste psühhiaatria osakondades töötavad sotsiaaltöötajad, kes teevad juhtumikorralduslikku tööd. Üldkogumiks on nelja haigla statsionaarsetes ja päevaravi psühhiaatriameeskondades töötavad sotsiaaltöötajad ja juhtumikorraldajad. Kokku töötab eelpool kirjeldatud asutustes kaheksa vastavat spetsialisti. Kõikidele tehti ettepanek osaleda intervjuul. Uuringus osalemiseks andis nõusoleku seitse sotsiaaltöötajat/juhtumikorraldajat. Peale spetsialistidega läbi viidud intervjuude viidi läbi ekspertintervjuu ühe haigla psühhiaatriakliiniku juhatajaga, kes on ka Eesti Psühhiaatrite Seltsi aktiivne liige. Ekspertintervjuu küsimused koostati pärast spetsialistidega tehtud intervjuusid (vt lisa 2). Intervjuud viidi läbi perioodil 19. veebruar kuni 8. märts 2024. Intervjueeritavatele anti koodid intervjuudele vastamise järjekorras. Alljärgnev tabel 1 sisaldab täpsemat informatsiooni intervjuude toimumise kohta, aja ja kestvuse kohta.

Tabel 1. Intervjuude toimumise kava

Intervjueeritava kood	Intervjuu toimumise koht	Intervjuu toimumise kuupäev	Intervjuu ajaline kestvus (min)
ST1	Haigla	19.12.2024	27
ST2	Microsoft Teams	21.02.2024	53
ST3	Microsoft Teams	26.02.2024	46
ST4	Microsoft Teams	27.02.2024	29
ST5	Haigla	28.02.2024	57
ST6	Microsoft Teams	04.03.2024	58
ST7	Microsoft Teams	08.03.2024	41
Ekspert	Haigla	08.03.2024	58

Intervjueeritavatest kaks spetsialisti töötavad sihtasutuses Põhja-Eesti Regionaalhaigla, kaks sihtasutuses Tartu Ülikooli Kliinikum, kaks sihtasutuses Pärnu Haigla ja üks sihtasutuses Viljandi Haigla. Uuringu küsimustele vastajad, v.a ST6, on pikaajalise töökogemusega, mistõttu on saadud vastused igati usaldusväärsed. Olenemata ametikohast tegid viis uuringus osalejat nii sotsiaaltööd kui tegelesid ka juhtumikorraldusega. ST5 tegi ainult juhtumikorralduslikku tööd.

Andmete analüüsimeetodina kasutati töös teksti kvalitatiivset sisuanalüüsi ja teostati horisontaalne analüüs. Horisontaalne analüüs hõlbustab mitme juhtumiuuringu puhul nende ühisjoonte võrdlemist või uurimisküsimuste vastuste erinevuste leidmist (Cruzes *et al.*, 2015, lk 1639). Intervjuud salvestati küsides selleks luba ning seejärel intervjuud transkribeeriti. Kaks intervjuud transkribeeriti käsitsi ja kuue intervjuu transkribeerimiseks kasutati vastavat veebipõhist keskkonda tekstiks.ee (Olev & Alumäe, 2022). Pärast töö kaitsmist helisalvestused kustutatakse. Uuringu andmete analüüs teostati käsitsi, intervjuu käigus saadud vastused sisestati töötlemiseks programmi Microsoft Excel. Tabelis kõrvutati esitatud küsimustele saadud vastuseid. Koostati risttabel, kus iga küsimus kõrvutati saadud vastusega intervjueeritavate kaupa. Tabeli alusel leiti mitme vastaja puhul esines sarnane vastus või kuidas vastused erinesid, vastused grupeeriti kategooriate kaupa, milleks olid koostöö ja integratsioon ning juhtumikorraldus ja sotsiaaltöötaja roll selles. Saadud vastused seostati teoorias käsitletud vastava temaga. Ekspertintervjuu analüüsiti eraldi ja seostati spetsialistidele esitatud küsimustega.

2.3. Uuringu tulemused

2.3.1. Valdkondade vaheline koostöö ja integratsioon

Uuringu küsimused keskendusid eri valdkondade ja spetsialistide vahelise koostöö ning teenuste integreerimise võimaluste väljaselgitamisele.

Uuringu tulemustest selgus, et kõik respondendid teevad oma asutuses kõige rohkem koostööd raviarstiga, õdedega, sh vaimse tervise õdedega, ja psühholoogidega ning ravimeeskonnad kohtuvad regulaarselt. Vastajad ST1 ja ST7 teevad lisaks koostööd tegevusjuhendajatega, pereterapeutidega ja haigla teiste osakondade spetsialistidega. Asutusesiseselt teevad intervjueritavad (ST2, ST5–ST7) eri spetsialistidega koostööd vastavalt vajadusele, sest mitte kõik patsiendid ei vaja sotsiaaltöötaja sekkumist. Uuriti, kuidas sotsiaaltöötaja saab teada, milline patsient vajab tuge sotsiaalsüsteemist ja millal on aktuaalne juhtumikorralduse meetodi kasutamine. Enamikel juhtudel (ST2–ST4, ST6, ST7) teavitab patsiendi võimlikust sotsiaalprobleemist raviarst või õde. Ühe haigla puhul (ST4) kirjeldas juhtumikorraldaja, et vaatab üle kõik eelmisel õhtul või öösel haiglasse tulnud patsiendid eesmärgiga aru saada, kas nad vajavad muud tuge peale kliinilise ravi.

Intervjuude käigus sooviti teada, milliste asutustega teevad spetsialistid koostööd. Selgus, et keegi, va ST1, perearstidega üldjuhul koostööd ei teinud. ST1 vastas, et vahel käiakse koos abi vajajaga perearsti juures kui selleks vajadus tekib ja inimene ise ei saa sellega hakkama. Kõikide haiglate sotsiaaltöötajad ja juhtumikorraldajad tegid kõige rohkem koostööd kohalike omavalitsustega. Kahel juhul nimetasid respondendid (ST2, ST5), et nad suhtlevad tihedalt lastekaitse spetsialistidega. Kõik respondendid kirjeldasid, et kohaliku omavalitsuse töötajatega suhtlesid haigla spetsialistid eelkõige siis kui patsient oli haiglas. Kui abivajaja haiglast lahkub, siis kontakt tihti kaob ja ei teata, kas inimene saab vajalikku abi. Osad patsiendid jäävad ambulatoorsele jälgimisele ja siis on inimese toimetulek paremini teada. Keerukamate juhtude puhul haigla sotsiaaltöötaja tunneb inimese käekäigu vastu huvi ka peale seda, kui ta on statsionaarselt ravilt lahkunud (ST2, ST3, ST7). Mis juhtudel see nii on, jäi uuringus selgusetuks.

Oluliste koostööpartneritena nimetasid kõik respondendid sotsiaalkindlustusametit ja töötukassat. Töötukassaga koostööna nimetasid intervjueritavad eelkõige töövõime

hindamise vajadust, sest vahel pole patsiendil ravikindlustust. Sotsiaalkindlustusametiga teevad haigla spetsialistid koostööd, et leida patsientidele peale haiglast lahkumist sobivad erihoolekande teenused. Uurides, kuidas toimub asutuste vaheline suhtlemine ja koostöö, vastasid kõik respondendid, v.a ST1, et nad suhtlevad teiste asutuste spetsialistidega isiklike kontaktide kaudu ja süsteemset korraldust tervishoiust sotsiaalsüsteemi üleminekul ei ole. ST1 koordineeris koostööd tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel.

ST2, ST3 ja ST6 puhul toimub koostöö eri asutuste spetsialistide vahel isiklike kontaktide alusel, kuid teenused jäävad eraldiseivaks. ST1, ST4 ja ST5 töös toimub eri süsteemide vahel teabe jagamine ja teenuste omavaheline koordineerimine. Kõikide vastajate puhul toimus nii asutusesisena vertikaalne koostöö ja integratsioon kui horisontaalne asutuste ning valdkondade vaheline koostöö ja integratsioon. Meeskonnatöö vormilt oli kõikidel juhtudel tegemist multidistsiplinaarsete meeskondadega, kus kasutatakse erinevate erialade spetsialistide teadmisi ja oskusi, kuid üksikud spetsialistid töötavad iseseisvalt. Ainult ühel juhul (ST1) oli osaliselt tegemist interdistsiplinaarse meeskonnatööga.

Uuringus osalevates haiglates enamikes osutati haiglas ainult psühhiaatrilisi tervishoiuteenuseid. Ühes haiglas (ST1, ST5) olid integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenused psühhiaatriakliiniku päevastatsionaaris. Seal osutati vaimse tervise probleemidega isikutele lisaks tervishoiu päevaravi teenusele ka erihoolekande teenuseid, milleks on igapäevaelu toetamise, toetatud elamise ja töötamise toetamise teenused. Täiendavalt osutati tugiisiku teenuseid kohaliku omavalitsusele, tänu millele sai paremini koordineerida spetsialistide koostööd. Tihe koostöö oli omavalitsuse sotsiaaltöötajatega. Ekspert pidas sellisel viisil teenuste integreerimist ülioluliseks, sest see aitab kaasa tervisliku seisundi ja inimese iseseisva toimetuleku paranemisele.

Kõige olulisem, et abivajaja ei jääks abita. Koos meeskonnaga saab pakkuda teenuse saajale paremat abi. Näiteks on päevastatsionaaris on alati olemas õde, keda saab koos tegevusjuhendajaga kaasata probleemide korral. Võimalus on tervise halvenedes kohe kaasata ka psühhiaater, kuna tegemist on sama asutusega.
(ST1)

Intervjuude käigus uuriti, kuidas toimub patsiendi ja tema lähedaste kaasamine ravi protsessi. Kõikide haiglate spetsialistid, v.a ST6, kaasasid patsienti ja tema lähedasi kohe probleemide arutelusse ja eesmärkide seadmisesse, et aidata kaasa inimese tervenemisele ning tagada tema parem toimetulek. ST7 sõnas: „Ma lähen ja vestlen patsiendiga, vaatame, et mis on tema murekohad, kus on tema ressursid, et kuidas me saame siis üheskoos teda aidata. Sealjuures alati kaasame ka lähedasi, kui inimesel on neid ja inimene ise on seal juures.“

Erinevate teenuseosutajate ning erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahelist integratsiooni pidasid kõik vastajad ülioluliseks. ST2 sõnul on: „Tervishoiu ja sotsiaaltöö integratsioon väga oluline, haigus kestab läbi elu ja inimest peab toetama. Kui me ei toimi teenustega väljapoole, siis tuleb inimene haiglasse ringiga tagasi.“ ST7 lisas: „Erinevate valdkondade koostöö, see on väga oluline, ma isegi ei kujutaks ette, kuidas saaks seda tööd teha niimoodi, kui sotsiaalvaldkond ei tee tervishoiuga koostööd“. Kõik uuringus osalejad tõid välja, et integreeritud teenustega on psüühikahäiretega isikutel võimalik haigust kontrolli all hoida. Ekspert kinnitas samuti, et koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel on vajalik, et inimene ei satuks erakorraliselt statsionaarsele ravile.

Kolm vastajat (ST4, ST5, ST7) tõid välja, et patsientide jaoks on oluline erinevad osapooled haigla juurde kokku tuua. See võimaldab teenuse saajatel tutvuda spetsialistidega, kellega neil tuleb peale haiglast lahkudes kokku puutuda. Selgus, et see on psüühikahäiretega inimestele ülioluline, et nad jätkaksid teenustega ka peale haiglast lahkumist. Kõikides haiglates toimusid haigla spetsialistide vahelised korrapärased koosolekud, kuhu kaasati ka sotsiaaltöötajad. Mõnedes ravimeeskondades (ST1, ST4, ST5) tehti seda igapäevaselt, mõnedes üks kord nädalas (ST2, ST3, ST6).

Kõik respondendid tõid tõsise probleemina välja andmekaitse nõuetest tulenevad raskused, mis takistavad eri institutsioonide vahelisel koostööd. Selgus näiteks, et tervishoiu sotsiaaltöötajatel puudub ligipääs rahvastikuregistrisse, nad ei saa andmeid, millisesse omavalitsusse on patsiendid sisse kirjutatud ja kas inimesele on seatud eestkoste. Telefonitsi ja e-kirja teel pole võimalik saada andmeid sotsiaalkindlustusametist ja töötukassast selle kohta, kas inimesele on tehtud töövõime hindamine või määratud puue või kas ta on juba saamas mingeid sotsiaalteenuseid. Info

edastamiseks on vajalik inimese nõusolek. Lisaks ei tohi teistele osapooltele edastada infot abivajaja terviseandmete kohta. ST3 sõnas: „Psühhiaatrilise abi seadus on takistuseks info vahetamisel. Näiteks patsient tuleb haiglasse, siis kuskilt ei ole näha, kas tal on eestkoste. Ja andmekaitse – kui mina helistan töötukassasse, siis vastatakse, et mulle ei anta infot, kas töövõime hindamine on tehtud.“ Vastaja ST6 oli andmekaitsega seotud probleemide osas väga kriitiline ja lausus: „Ühesõnaga andmekaitse ja andmete vahetus on väga valus ja väga habras teema. Et ma küsin, et mille jaoks ma üldse seda tööd teen, kelle tarbeks ma seda tööd teen? Ma ei saa seda inimest täisväärtuslikult aidata.“ Osad vastajad (ST3, ST4, ST6, ST7) tunnistasid, et nad ei järgi alati andmekaitse nõudeid, kui on hädavajalik inimest aidata.

Ekspert kinnitas, et regulatsioonidest tulenevalt on keeruline abi vajajat aidata, eriti problemaatiline on terviseandmetega seonduv. Et suhelda erinevate institutsioonidega on vajalik inimese nõusolek, aga eriti psüühiliste häiretega inimeste puhul on seda raske saada. Ja inimene võib sellest nõusolekust ka loobuda. Inimesega seotud probleeme ei saa komplekselt lahendada kui erinevate valdkondade vaheline infovahetus ei toimi. Ekspert kinnitas, et Eesti Psühhiaatrite Selts on probleemi lahendamiseks pöördunud erinevate ministriumide poole.

Kõikide haiglate spetsialistid kasutavad koostööks isiklikke kontakte, süsteemne andmevahetus puudub. Toodi välja ühiste andmete kasutamise vajadus eelkõige kohaliku omavalitsuse vastava infosüsteemiga.

Uuringus osalenud spetsialiste tegid murelikuks ka pikad järjekorrad erihoolekande teenuste saamiseks. ST 7 tõi välja, et kõige pikemad järjekorrad on ööpäevaringsete erihooldusteenuste saamiseks ja eriti raske on saada väljaspool kodu osutatavale üldhooldusteenusele psüühikahäirega inimestel, sest paljud teenuse pakkujad ei oska nende inimestega toime tulla.

2.3.2. Juhtumikorraldus ja sotsiaaltöötaja roll juhtumikorraldajana

Uuringu käigus selgitati välja, kuidas juhtumikorralduse meetodi kasutamine saab kaasa aidata eri valdkondade ja teenuste vahelisele integratsioonile ning milline roll on selles sotsiaaltöötajatel.

Paljud vastajad (ST1, ST2, ST4, ST5, ST7) pidasid juhtumikorraldusliku meetodi kasutamist eri spetsialistide ja valdkondade integreerimisel väga oluliseks. ST1 ja ST7 nentisid, et juhtumikorraldus aitab kaasa inimkesksele lähenemisele, kõik tegevused ja sekkumised on suunatud konkreetse inimese vajadustest lähtuvalt. Kõikides tervishoiuasutustes toimusid juhtumite arutelud oma asutuse spetsialistide vahel. Mõned respondendid (ST2, ST3, ST6) ei saanud päris täpselt aru, milles täpselt seisneb juhtumikorraldus, nad nimetasid võrgustikukohtumisi meeskonna koosolekuteks või aruteludeks. Kuid uurides lähemalt, mida need arutelud endast kujutavad, selgus, et nad kasutasid oma töös patsientidega juhtumikorraldust.

Uurija palus respondentidel konkreetsemalt kirjeldada, kuidas aitab juhtumikorraldus kaasa eri teenuste integreerimisele. Kõikide vastajate sõnul kutsuti juhtumikorralduse käigus kokku võrgustikke, kus osalesid lisaks oma asutuse töötajatele spetsialistid väljastpoolt. Nendeks olid kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad, lastekaitse töötajad, sotsiaalkindlustusameti spetsialistid ja muude sotsiaalteenuseid pakutavate asutuste töötajad. ST7 kirjeldas seda nii:

Inimene on väga hirmul, tal on ju niigi raske tulenevalt oma psüühilisest seisundist. Ja kui meie saame siin haiglas temaga väga hea ja usaldusliku kontakti, et siis tegelikult see juhtumikorraldus aitab väga palju juurde. Me seome inimest siin teenusepakujatega või siis kohalike omavalitsuste töötajatega.

Kolm vastajat (ST1, ST5, ST7) pidasid oluliseks patsiendi ja tema lähedaste motiveerimist, sest esineb olukordi, kus ei olda valmis pakutavat abi vastu võtma. Paludes täpsemalt kirjeldada, kuidas spetsialistid patsiendiga tööd teevad, kirjeldasid kõik respondendid, et igal eriala esindajal on omad ülesanded, millega nad tegelevad individuaalselt. ST2 sõnas: „Igaüks saab ülesanded ja vastutab oma lõigu eest: raviarst vastutab ravitegevuse eest, õde teeb õendustoiminguid, sotsiaaltöötaja organiseerib sotsiaaltööd, jne“.

Küsimusele, millise eriala spetsialist peaks olema juhtumikorraldaja, vastasid kõik, et selleks peaks olema sotsiaaltöötaja, kuna tal on laialdased teadmised kogu sotsiaalsüsteemist. Ekspert arvas, et juhtumikorraldaja võiks olla sellelaadse väljaõppega inimene, mitte tingimata sotsiaaltöötaja, aga sellisel juhul peab sotsiaaltöötaja olema meeskonna liige. Kuna sotsiaaltöötajad tegid ka juhtumikorraldaja tööd, siis nad

võrdsustasid juhtumikorraldaja rolli sotsiaaltöötaja rolliga juhtumikorralduses. Küsimustele vastajad kirjeldasid, et sotsiaaltöötaja/juhtumikorraldaja roll on luua esmane kontakt patsiendiga, koguda esimene anamnees (ST4, ST5), vajadusel kokku kutsuda võrgustik (ST1, ST2, ST5, ST7), koos seada ühised eesmärgid ja jälgida inimese liikumist eesmärgi suunas kogu raviteekonna jooksul (ST1, ST2, ST5, ST7). Kõik vastajad tõid välja, et oluline on koordineerida koostööd eri asutuste ja spetsialistide vahel ning vajalik on inimeste ja tema lähedastega suhtlemine, ravimeeskonna koosolekutel osalemine.

Uuringu käigus selgitati kui tihedalt kaastakse patsient ja tema lähedased võrgustiku kohtumistele. Osade respondentide (ST2, ST3, ST6) vastustest selgus, et patsiente kaasatakse raviprotsessi vajadusel, samas neli intervjueeritavat (ST1, ST4, ST5, ST7) vastasid, et koostööd patsiendi ja lähedastega tehakse tihedat, koos seatakse ühised eesmärgid kuhu tahetakse jõuda.

Et aru saada, kuidas toimub eesmärkide seadmine ja jälgimine, uuriti, kas koostatakse vastav hooldusplaan või juhtumiplaan, kas on kehtestatud juhtumikorralduse protsessi kirjeldus ja kuidas toimub dokumenteerimine. Selgus, et juhtumikorralduse toimimise kirjeldust üheski haiglas ei olnud ja eraldi hooldusplaani keegi vastajatest ei teinud. Ainult ühes haiglas (ST1), kus osutati ka sotsiaalteenuseid, koostati vastavad tegevusplaanid. Juhtumikorraldajad ja teised haigla spetsialistid dokumenteerisid tegevusi haiglate infosüsteemides ehk raviplaanides. Teiste asutuste spetsialistid (ST2-ST7) tegid seda oma asutuste vastavates haigla infosüsteemides.

Kõik respondendid nentisid, et neile on kasuks tulnud oma töös eelkõige töökogemus. Samas leiti, et oleks väga vajalik juba õpingute käigus õpetada, millised psüühikahäired on olemas ja kuidas konkreetsel juhul saab inimest aidata, sest paljudel sotsiaalprobleemidega inimestel on mõni psüühikahäire. ST5 ja ST7 leidsid, et juhtumikorraldust võiks laiendada ka teistesse haigla osakondadesse ja ravimeeskondadesse. Ekspert leidis samuti, et haigused, mille puhul sotsiaalne toimetulek on häiritud, on oluline rakendada juhtumikorraldust:

Me teinekord oleme statsionaaris tegelenud sotsiaalküsimuse lahendamisega rohkem kui võib-olla kuskil mujal osakonnas, aga see on meie paratamatus. /.../ Haigusgrupid, mis on seotud krooniliste haigustega ja eriti eakate grupiga, kus on mingisugune haigestumine, mis ohustab sotsiaalset toimetulekut, need on

tegelikult need valdkonnad, kus juhtumikorraldus peaks olema ikkagi terves meditsiinis kasutusel.

Uuringus osalejad pidasid juhtumikorralduse kasutamise vajalikuks, sest koostöö on sellisel viisil kõige tulemuslikum. Kõige tulemuslikumaks juhtumikorraldajaks peeti seejuures sotsiaaltöötajat tema laialdaste sotsiaalvaldkonna teadmiste tõttu.

2.4. Uuringu arutelu, järeldused ja ettepanekud

Käesolevas peatükis kõrvutatakse uuringu tulemusi teoreetiliste lähtekohtadega ning tehtavate järelduste alusel teeb töö autor seotud osapooltele ettepanekud, mis aitavad kaasa tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimisele ja koostööle.

Peritogiannis ja Gioti (2021, lk 227) leidsid, et haiglaravi vältimiseks on vajalik teha koostööd erinevate spetsialistidega haiglas ja sotsiaalsüsteemis. Kilbourne jt (2018, lk 33) tõid oma töös välja, et vaimse tervise eest hoolitsemine nõuab rohkem meeskonnatööd psühhiaatrite, sotsiaaltöötajate, psühholoogide ja juhtumikorraldajate vahel. Intervjuud kinnitasid varasemaid väiteid ja selgus, et psüühiliste probleemidega isikute puhul on ravi tihti pikaajaline ja probleemid kompleksed ning meeskonda kaasati oma asutuses eelpool kirjeldatud spetsialiste selleks, et ravi oleks paremini koordineeritud.

Carlsson ja Brommels (2022, lk 6) kirjeldasid, et parim tulemus patsientide aitamises saavutatakse, kui psühhiaatriaosakonnad teevad koostööd esmatasandi arstiabi ja sotsiaalteenustega. Intervjuude käigus selgus, et esmatasandi arstiabiga vastajatel koostöö puudus.

Kõik vastajad pidasid vaimsete tervise häirete all kannatavate patsientide puhul väga oluliseks kombineerida erinevaid tegevusi erinevate teenuste osutajate poolt nagu seda kirjeldasid Gandre *et al.* (2020, lk 1) ning Pike ja Mongan (2014, lk 123). Reim (2023) tõi välja, et prioriteediks peab olema tihedam koostöö sotsiaalsüsteemiga. Kõige tihedam koostöö oli intervjueritavatel kohalike omavalitsuste, töötukassa ja sotsiaalkindlustusametiga.

Leutzi (1999, viidatud Leichsenring et al., 2015, lk 9 vahendusel) uuringu kohaselt saab tervishoiu ja sotsiaalsüsteemide vahelist koostööd käsitleda erinevate integreerumistasemetega järgi. Uuringus osalejate kirjelduse põhjal selgus, et kolmel juhul oli tegemist kõige madalama integreerituse tasemega, kus spetsialistid teevad omavahel koostööd, kuid teenused jäävad eraldiseivaks. Neljal juhul oli tegemist järgmise teenuste integreerimise etapiga ehk teenuste koordineerimisega. Meeskondade koostööd jaotati multi-, inter- ja transdistsiplinaarseteks koostöö vormideks ((Jennings & Astin, 2017, lk 77–78; Martin et al., 2022, lk 765). Respondentide koostöö kirjelduse alusel oli pea kõikidel juhtudel tegemist multidistsiplinaarsete meeskondadega, ainult ühel juhul oli osaliselt tegemist interdistsiplinaarse meeskonnatöoga. Axelsson ja Axelsson (2006, lk 79–80) eristasid horisontaalset ja vertikaalset integratsiooni. Kõikide vastajate puhul toimus nii asutusesisene vertikaalne kui valdkondade vaheline koostöö ja integratsioon.

Lukersmith jt (2016, lk 1) ning Sohn ja Mi Jang (2019, lk 121) näentavad, et juhtumikorraldus on üheks parimaks võimaluseks tervishoiu, sotsiaalteenuste ja teiste sektorite integreerimisel ja selle edukus sõltub vaimse tervise valdkonnas asutuste vahelise võrgustiku olemasolust. Uuringust selgus, et osad vastajad olid teadlikud juhtumikorralduse rakendamise põhimõtetest ja rakendasid seda, aga juhtumikorralduse protsessi polnud asutuses kirjeldatud. Ühes haiglas küll rakendati juhtumikorralduslike komponente teenuste integreerimisel, aga spetsialistid ei olnud endale seda sellisena teadvustanud.

Danish jt (2020, lk 5) kirjeldasid, et juhtumikorraldaja suhtleb meeskonna liikmetega, kaasab neid protsessi ja korraldab võrgustiku kohtumisi jne. Paalma (2023, lk 72) tõi välja, et sotsiaaltöötaja juhtumikorraldajana aitab koordineerida, kuidas inimene liigub erinevate ravietaappide ja spetsialistide vahel, integreerib omavahel sotsiaalvaldkonna, tervishoiu ja kogukonna. Uuringust selgus, et juhtumikorraldajad hindavad inimese toimetulekut, koordineerivad meeskonnatööd, kuhu kaasatakse lisaks oma haigla töötajatele spetsialiste ka teistest sotsiaalvaldkonnaga tegelevatest asutustest. Juhtumikorraldaja kutsub kokku võrgustiku, lepib kokku tegevuste täitmise jälgimise, annab tagasisidet meeskonnale eesmärkide täitmise kohta, suhtleb kõikide osapooltega sh inimeste ja tema lähedastega. Kuid kõik vastajad tõdesid, et juhtumikorraldusega saab haigla sotsiaaltöötaja tegeleda ainult siis, kui patsient saab tervishoiuteenuseid. Kui

inimene liigub edasi sotsiaalsüsteemi, siis nemad enam otseselt ei sekku ehk Hudon jt (2019, lk 453) poolt kirjeldatud peale aktiivseid sekkumisi abi koordineerimist uuringule vastajad ei teostanud. Kuigi patsient haiglast lahkus, siis juhtumikorraldus tavaliselt ei lõppenud, vaid juhtumikorraldaja rolli võttis üle järgmine spetsialist sotsiaalvaldkonnas.

Carlsson ja Brommels (2022, lk 6) leidsid oma uuringus, et tihti oli juhtumikorraldaja rollis sotsiaaltöötaja. Jain jt (2024, lk 1, 8) leidsid, et sotsiaaltöötajad omavad põhjalikke teadmisi sotsiaalvaldkonnast, mistõttu nende analüüsi- ja sekkumisoskused aitavad kaasa abi vajajate psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele. Kõikide uuringu küsimustele vastajate puhul tegi juhtumikorraldaja tööd sotsiaaltöötaja ja nad leidsid, et sotsiaaltöötaja oma sotsiaalvaldkonna teadmistega on kõige parem spetsialist sellega tegelema. Ekspert leidis aga, et juhtumikorralduse tehnilist tööd võiks teha assistent, aga sel puhul peab meeskonnas olema kindlasti sotsiaaltöötaja.

Fraser jt (2018, lk 206) ning Hudon jt (2019, lk 453) hinnangu alusel peaks sotsiaaltöötaja kui juhtumikorraldaja koos patsiendi ja teiste osapooltega välja töötama hooldusplaani ning aitama seda koordineerida ja hallata. Ükski vastajatest hooldusplaani ei koostanud, tegevuste dokumenteerimine toimus haigla infosüsteemides raviplaani koosseisus. Patsientidele pakutud teenuste ja sekkumiste kohta infot välistele osapooltele ei saa edastada. Kõige suurema probleemina tõid respondendid välja andmekaitsest tulenevad piirangud, mis takistavad info edastamist ja tegevuste koordineerimist erinevate teenuste osutajate vahel. Spetsialistid leidsid, et abiks oleks, kui haigla sotsiaaltöötajad saaksid kasutada kohalike omavalitsuste infosüsteemi ja seal omavahel inimese toimetulekut puudutava infot vahetada.

Jain jt (2024, lk 1, 8) tõid välja, et oluline on kaasata raviprotsessi inimene ja tema lähivõrgustik, mis aitab kaasa parema ravi tulemuse saamiseks. Uuringu tulemustest selgus, et osades tervishoiuasutustes kaasati eesmärkide seadmisesse ja ravi protsessi patsiente ja talle lähedasi inimesi tihti, osades harvem.

Töö autor uuris lisaks, milliseid oskusi on sotsiaaltöötajatel vaja psüühikahäiretega inimeste aitamiseks vaja. Küsimustele vastajad leidsid, et väga oluline on kas sotsiaaltöötaja põhiõppes või eraldi kursusena käsitleda erinevaid psüühikahäireid, milles need seisnevad ja kuidas nendega toime tulla.

Uuringus osalejad ja ka ekspert leidsid, et juhtumikorralduse põhimõtteid võiks rakendada ka teistes meditsiinilistes ravimeeskondades, see aitaks kaasa inimesele parima vajaliku toe pakkumisele ja inimesekeskele teenuste osutamisele nagu seda on kirjeldatud Tervisekassa arengukavas (Tervisekassa, 2022, lk 6), Rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2021, lk 30) ja nagu on eesmärgiks seatud Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis 2023 (Vabariigi Valitsus, 2023, lk 49).

Uuringu tulemustest lähtuvalt saadi vastused uurimisküsimustele. Spetsialistide hinnangul on juhtumikorralduse meetod heaks võimaluseks integreerida omavahel sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid. Seda töö koordineerib juhtumikorraldaja, kelleks on reeglina sotsiaaltöötaja. Respondendid leidsid, et kõige tulemuslikumalt saab juhtumikorraldaja tööd teha ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integreerimisele kaasa aidata sotsiaaltöötaja, sest ta tunneb kõige paremini sotsiaalvaldkonda ja selle võimalusi. Uuringust selgus, et juhtumikorraldaja/sotsiaaltöötaja:

- koordineerib koostööd spetsialistide ja asutuste vahel;
- kaasab lisaks oma haigla töötajatele spetsialiste ka teistest sotsiaalvaldkonnaga tegelevatest asutustest;
- korraldab võrgustiku kohtumisi, kus seatakse inimese paremaks toimetulekuks eesmärgid ja selle saavutamiseks vajalikud tegevused;
- jälgib kokku lepitud tegevusi ja annab meeskonnale eesmärkide täitmise kohta tagasisidet;
- jälgib, et kõige keskmeks oleks inimene ja tegevused oleks tema vajadusi arvestavad;
- suhtleb inimeste ja tema lähedastega.

Uuringu tulemusena on autoril ettepanekud, kuidas saaks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonda paremini integreerida ja inimest tema probleemide korral paremini toetada:

- Ettepanek tervisekassa raviteenuste osakonnale – rakendada erinevate raviteekondade kasutuselevõtul juhtumikorraldust ning kaasata juhtumikorraldajana sotsiaaltöötaja tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna paremaks integreerimiseks.
- Ettepanekud uuringus osalenud tervishoiuasutustele:
 - Integreerida psühhiaatrias sotsiaalteenused ja psühhiaatria päevaravi teenused psühhiaatriakliiniku päevaravi üksuses.

- Kirjeldada asutusepõhine juhtumikorralduse toimimise protsess.
- Rakendada hooldusplaan ehk juhtumiplaan, kus saab jälgida inimese suunamist erinevatele tervishoiu- ja sotsiaalteenustele ning kirjeldada sekkumiste tulemusi.

Teorias toodud lähtekohad ühtisid olulises osas uuringu käigus saadud vastustega. Leidis kinnitust tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö ja integreerimise vajalikkus ning juhtumikorralduse olulisus selles. Selles protsessis on oluline sotsiaaltöötaja roll juhtumikorraldajana. Töös toodud ettepanekud aitavad kaasa psüühikahäiretega isikute probleemide lahendamisele ja nende iseseisvale toimetulekule.

KOKKUVÕTE

Üha rohkem inimesi kannatab krooniliste terviseprobleemide, sh psüühiliste probleemide all. Psüühiliste probleemidega isikute puhul on ravi pikaajaline, mistõttu tuleb lisaks meditsiinilisele sekkumisele tegeleda nende sotsiaalsete probleemidega. Abivajajatel on raske orienteeruda vajaliku abi saamiseks erinevate teenuseosutajate poolt pakutavates teenustes ja see pärsib nende igapäevast toimetulekut.

Teooriast selgus, et abivajaja parema toimetuleku tagamisel on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimine läbi koostöö ja selle koordineerimise andnud häid tulemusi. Koostöö erinevad vormid ja teenuste integreerituse tasemed määravad mil määral on teenused omavahel integreeritud. Teaduskirjanduse andmetel on juhtumikorraldus vahendiks eri valdkondade spetsialistide koostöö koordineerimiseks. Tihti oli juhtumikorraldaja rollis sotsiaaltöötaja. Teaduskirjanduse põhjal selgus, et nii Eestis kui mujal maailmas on psüühikahäiretega isikute probleemide lahendamisel juhtumikorraldus ning tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimine veel olulisem. Enamik autorid toovad välja inimese ja tema lähedaste kaasamise olulisuse eesmärkide seadmisel ja kõikides teenuse osutamise etappides.

Uuring teostati nelja Eesti tervishoiuasutuse psühhiaatria üksuses ja intervjueeritavateks olid haiglate seitse sotsiaaltöötjat/juhtumikorraldajat. Eraldi teostati ekspertintervjuu. Teostatud uuringu tulemusena said esitatud uurimisküsimused vastuse. Kõik respondendid pidasid erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahelist integratsiooni oluliseks. Integratsiooni aluseks on koostöö. Uuringus osalejad tegid kõige rohkem koostööd oma asutuse spetsialistidega, kohaliku omavalituse töötajatega ja sotsiaalkindlustusametiga, esmatasandi tervishoiuteenuste osutajaga koostööd ei tehtud. Koostöö väliste osapooltega toimus eeskätt isiklike kontaktide kaudu, pooltel juhtudel toimus koostöö süsteemne koordineerimine. Täieliku integratsioonini polnud keegi jõudnud, sest see vajab poliitilist sekkumist. Töö toimus kõikidel juhtudel

multidistsiplinaarsetes meeskondades, kus erinevad spetsialistid teevad tööd vastavalt oma valdkonnale ja eesmärkidele iseseisvalt.

Ühes tervishoiuasutuses olid tervishoiu- ja sotsiaalvaldkond integreeritud psühhiaatriakliiniku päevakeskuses, kus osutati nii ravi kui erihoolekande teenuseid. Lisaks tehti kohaliku omavalitsusega koostööd läbi tugiisiku teenuse osutamise. Eksperdi hinnangul on selline koostöömudel väga vajalik, et inimesed ei satuks erakorraliselt haiglasse ja on vaheetapiks muudele teenuste saamisele seoses pikkade ravijärjekordadega. Autori arvates on samuti selline koostöömudel ja erinevate teenuste integreerimine parim tulemus psüühikahäiretega isikutele.

Juhtumikorraldust teostati kõikides psühhiaatrilistes ravimeeskondades kaasates meeskonda vajaminevate erialade esindajaid. Juhtumikorralduse protsesse polnud üheski tervishoiuasutuses kirjeldatud ja individuaalseid hooldus- või juhtumiplaane ei koostatud. Dokumenteerimine toimus haiglate tervishoiu infosüsteemides koos ravipõhise kirjeldusega. Inimest ja tema lähedasi kaasati eesmärkide seadmisel ja raviprotsessi kõikidel vastajate puhul, osades meeskondades vajadusel, osades kõikidel juhtudel. Piiranguks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimisel pidasid kõik vastajad andmekaitsest tulenevaid nõudeid. Juhtumikorraldajana töötasid sotsiaaltöötajad ja kõik respondendid pidasid seda vajalikuks, sest sotsiaalvaldkonna tundmine annab sealjuures hea eelise. Mõned vastajad ja ekspert tõid välja juhtumikorralduse rakendamise vajalikkuse ka teiste meditsiiniliste erialade ravimeeskondades.

Tervisekassale tehakse ettepanek lisaks psühhiaatria erialale ka teistesse haiguspõhistesse raviteekondadesse kaasata juhtumikorraldaja. Haiglate psühhiaatria üksustele tehakse ettepanek kaaluda päevaravi teenuse osutamist integreerides sinna erihoolekande teenuseid ning kaaluda juhtumikorralduse protsessi kirjeldamist koos patsiendi individuaalse hooldusplaani juurutamisega.

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimise võimalusi on vajalik edasi uurida. Eeskätt on oluline leida lahendus inimese toimetulekut puudutava info paremaks kogumiseks ja andmevahetuseks eri valdkondade vahel, et tulemuslikumat koostööd tehes psüühikahäiretega inimesi paremini aidata.

VIIDATUD ALLIKAD

- Arya, D. K. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, Article 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Boon, H. S., Mior, S. A., Barnsley, J., Ashbuty, F. D., & Haig, R. (2009). The Difference Between Integration and Collaboration in Patient Care: Results From Key Informant Interviews Working in Multiprofessional Health Care Teams. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 32(9), 715–722. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2009.10.005>
- Bradley, E. H., Sipsma, H., & Taylor, L. A. (2017). American health care paradox—high spending on health care and poor health. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(2), 61–65. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcw187>
- Cardwell Feagin, F., Hearld, L. R., Carroll, N. W., O'Connor, S., & Sen, B. (2024). Does Interdisciplinary Care Team Care Management Improve Health Quality and Demonstrate Cost-Effectiveness? *Medical Care Research and Review*, 81(1), 19–30. <https://doi.org/10.1177/10775587231197846>
- Carlsson, K. S., & Brommels, M. (2022). Integrated Health and Social Services for People With Chronic Mental Health Problems: People Are More Important Than Processes. Insights from a Multiple Case Study in Swedish Psychiatry. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 845201. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.845201>
- Cruzes, D. S., Dybå, T., Runeson, P., & Höst, M. (2015). Case studies synthesis: a thematic, cross-case, and narrative synthesis worked example. *Empirical Software Engineering*, 20, 1634–1665. <https://doi.org/10.1007/s10664-014-9326-8>

- Cubillos, L., Bartels, S. M., C. Torrey, W. C., Naslund, J., Uribe-Restrepo, J. M., Gaviola, C., Díaz, S. C., John, D. T. Makeda J. Williams, M. J., Cepeda, M., Gómez-Restrepo, C., & Marsch, L. A. (2021). The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych Bulletin*, 45(1), 40–52. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.35>
- Danish, A., Chouinard, M.-D., Aubrey - Bassler, K., Burge, F., Doucet, S., Ramsden, V. R., Mathieu Bisson, M., Cassidy, M., Condran, B., Lambert, M., Penney, C., Sabourin, V., Warren, M., & Hudon, C. (2020). Protocol for a mixed-method analysis of implementation of case management in primary care for frequent users of healthcare services with chronic diseases and complex care needs. *BMJ Open*, 10, Article e03824. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038241>
- Đečević, M., Janković, U., & Čekerevac, A. (2015). The social paradigm in psychiatry as a link between social work and psychiatry in theory and practice. *Ljetopis socijalnog rada*, 22(3), 371–392. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v22i2.79>
- Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Giacco, D., Tarricone, I., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2015). The role of relatives in pathways to care of patients with a first episode of psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 631–637. <https://doi.org/10.1177/0020764014568129>
- Department of Health & Social Care. (2022). *Joining up care for people, places and populations*. <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-social-care-integration-joining-up-care-for-people-places-and-populations>
- de Stampa, M., Vedel, I., Trouvé, H., Ankri, J., Saint Jean, O., & Somme, D. (2014). Multidisciplinary teams of case managers in the implementation of an innovative integrated services delivery for the elderly in France. *BMC Health Services Research*, 14, Article 159. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-159>
- Eesti Haigekassa. (2020). *Akuutpsühhiaatria (tahtest olenematu ravi korral) teenusel viibivate orgaaniliste psüühikahäiretega-, skisofreenia ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega diagnoosidega patsientide ravi kvaliteet*. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Psy_auditi_aruande_loplik_1.pdf

- Eesti Haigekassa. (2021). *Depressiooniga tööealise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused*. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/depressiooni-raviteekond#tab-materjalid>
- Fraser, M. W., Lombardi B. M., Wu, S., de Saxe Zerden, L., Richman, E. L., & Fraher, E. P. (2018). Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(2), 175–215. <https://doi.org/10.1086/697567>
- Gandre, C., Beauguitte, L., Lolivier, A., & Coldefy, M. (2020). Care coordination for severe mental health disorders: an analysis of healthcare provider patient-sharing networks and their association with quality of care in a French region. *BMC Health Services Research*, 20, Article 548. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05173-x>
- Gartner, J.-B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*, 22, Article 558. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Lambert, M., Dufour, I., & Krieg, C. (2016). Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJ Open*, 6, Article e012353. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012353>
- Hudon, C., Chouinard, M., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., Poitras, M.-E., Lambert, M., Vignon Zomahoun, H. T., & Légaré, F. (2019). Characteristics of Case Management in Primary Care Associated with Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *The Annals of Family Medicine*, 17(5), 448–458. <https://doi.org/10.1370/afm.2419>
- Jain, S., Pillai, P., & Mathias, K. (2024). Opening up the ‘black-box’: what strategies do community mental health workers use to address the social dimensions of mental health? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59, 493–502. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02582-1>
- Jennings, C., & Astin, F. (2017). A multidisciplinary approach to prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 77–87. <https://doi.org/10.1177/2047487317709118>

- Khanassov, V., Vedel, I., & Pluye, P. (2014). Barriers to Implementation of Case Management for Patients with Dementia: A Systematic Mixed Studies Review. *The Annals of Family Medicine*, *12*(5), 456–465. <https://doi.org/10.1370/afm.1677>
- Kilbourne, A., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*, *17*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Kurowski, C., Finkel, E., Ploetz, M., & Anderson, J. (2015). *Health Care Integration Indicators. Background Paper to The State of Health Care Integration in Estonia*. World Bank Group. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/summary_report_hk_2015.pdf
- Lagerspetz, M. (2021). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinna Ülikool.
- Leichsenring, K., Rodrigues, R., Winkelmann, J., & Falk, R. (2015). *Integrated Care, Competition and Choice - Removing barriers to care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden*. Swedish Ministry of Health and Social Affairs. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1537/1>
- Lombardi, B. M., de Saxe Zerden, L., Prentice, A. & Downs, S. G. (2024) Social workers roles in achieving health quality metrics in primary care: a quality improvement case study. *Social Work in Health Care*, *63*(2), 102–116. <https://doi.org/10.1080/00981389.2023.2292542>
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*, *16*(4), Article 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Martin, A. K., Green, T. L., McCarthy, A. L., Sowa, P. M., & Laakso, E.-L. (2022). Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *15*, 765–772. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197>
- Mitchell, C., Tazzyman, A., Howard, S. J., & Hodgson, D. (2020). More that unites us than divides us? A qualitative study of integration of community health and social care services. *BMC Family Practice*, *21*, Article 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01168-z>

- Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *European Journal of General Practice*, 23(1), 271–273. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093>
- Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* World Health Organization. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2530944>
- Olev, A., & Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, 10, 409–421. <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>
- Paalma, E. (2023). Raviteekonna jätkumine väljaspool haigla seinu. *Sotsiaaltöö*, (4), 71–73. <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/raviteekonna-jatkumine-valjaspool-haigla-seinu>
- Peritogiannis, V., & Gioti, P. (2021). The scope of the interventions of an interdisciplinary mental health service in the treatment of psychotic disorders in rural Greece. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 4(4), 225–231. <https://doi.org/10.26386/obrela.v4i4.120>
- Pike, B., & Mongan, D. (2014). *The integration of health and social care services*. Health Research Board. <http://hdl.handle.net/10147/315536>
- Pühhiaatrilise abi seadus. (1997). *Riigi Teataja I*, 16, 260; *Riigi Teataja I*, 11.03.2023, 7. <https://www.riigiteataja.ee/akt/PsAS>
- Pärnu Haigla. (2023, 30. oktoober). *Haigla*. <https://www.ph.ee/et/haigla>
- Regionaalhaigla. (s. a.). *Psühhiaatrikliinik*. <https://www.regionaalhaigla.ee/et/psuhhiaatrikliinik-1>
- Reim, A. (2023, 3. november). Esmatasandi tervishoiu arengukava sotsiaalsüsteemi vaatest. *Sotsiaaltöö*, (4). <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/esmatasandi-tervishoiu-arengukava-sotsiaalsusteemi-vaatest>
- Sheppard, V. (2020). *Research Methods for the Social Sciences: An Introduction*. Pressbooks. <https://pressbooks.bccampus.ca/jibcresearchmethods/>
- Sohn, S., & Mi Jang, S. (2019). Social workers' experiences of integrated case management for low-income individuals with mental illness in South Korea. *International Social Work*, 62(1), 119–132. <https://doi.org/10.1177/0020872817712563>

- Sotsiaalministeerium. (2021). *Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030*.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Tervisekassa. (2022). *Tervisekassa arengukava 2022–2025*.
<https://www.tervisekassa.ee/media/464/download?inline>
- Tervisekassa. (2023). *Raviteekondade arendamine*.
<https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/raviteekondade-arendamine>
- Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu. (2024). *Riigi Teataja I*, 27.03.2024, 12.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/127032024012>
- Tervisekassa. (s. a.). *Ärianalüüsi infosüsteem*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZmUwNjk2OTMtOWQ3Ni00YmYwLWl0NzEtOTc2MmZkYTZmNjcwIiwidCI6ImI2NTJiMDFhLWNiYjEtNDRiOS05MjM0LTE5NmU4ZDM1YmNhYyIsImMiOjI9>
- TÜ Kliinikum. (s. a.). TÜ Kliinikumi statistika. <https://statistika.kliinikum.ee/>
- Uribe, G., Mukumbang, F., Moore, C., Jones, T., Woolfenden, S., Ostojic, K., Haber, P., Eastwood, J., Gillespie, J., & Huckel Schneider, C. (2023), How can we define social care and what are the levels of true integration in integrated care? A narrative review, *Journal of Integrated Care*, 31(5), 43–84. <https://doi.org/10.1108/JICA-08-2022-0045>
- Vabariigi Valitsus. (2023). *Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2023–2027*.
<https://valitsus.ee/media/6721/download>
- Viljandi Haigla. (s. a.). *Üldinfo*. <https://vmh.ee/uldinfo/>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. DSpace. <http://hdl.handle.net/10062/36419>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Lisa 1. Intervjuu küsimused spetsialistidele

Mis on Teie kvalifikatsioon ja kui kaua olete asutuses psüühikahäiretega inimestega töötanud?	Autori koostatud
Millises ravimeeskonnas (statsionaar, ambulatoorne, päevaravi) Te töötate ?	Autori koostatud
Milline on erinevate spetsialistide vaheline koostöö teie asutuses?	Kilbourne <i>et al.</i> , 2018, lk 33
Milline on koostöö perearstidega?	Carlsson & Brommels, 2022, lk 6 Khanassov <i>et al.</i> , 2014, lk 462
Milline on koostöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel?	Reim, 2023 Axelsson & Axelsson, 2006, lk 79–80
Kuidas toimub patsiendi, tema lähedaste ja kogukonna kaasamine ravi protsessi?	Jain <i>et al.</i> , 2024, lk 1,8 Peritogiannis & Gioti, 2021, lk 227
Kui oluliseks peate koordineerida ja integreerida erinevaid teenuseid erinevate teenuste osutajate vahel?	Gandre <i>et al.</i> , 2020, lk 1 Pike & Mongan, 2014, lk 123
Kes meeskonnas koordineerib eri valdkondade asutuste vahelist koostööd?	Cardwell Feagin <i>et al.</i> , 2024, lk 20
Mil viisil aitab Teie hinnangul juhtumikorraldus kaasa eri teenuste vahelisele integreerimisele?	Lukersmith <i>et al.</i> , 2016, lk 1 Sohn & Mi Jang, 2019, lk 121
Kuidas toimub juhtumikorralduse meetodi rakendamine?	Danish <i>et al.</i> , 2020, lk 5
Kes koostab patsiendi hooldusplaani ja kes jälgib selle täitmist?	Fraser <i>et al.</i> , 2018, lk 206 Hudon <i>et al.</i> , 2019, lk 456
Kuidas juhtumikorralduse kasutamine ja erinevate teenuste kombineerimine on aidanud kaasa psüühikahäiretega isikute ravi tulemustele?	Peritogiannis & Gioti, 2021, lk 227
Millise eriala spetsialist sobiks juhtumikorraldaja rolli?	Carlsson & Brommels, 2022, lk 6
Milline on/oleks sotsiaaltöötaja kui juhtumikorraldaja roll meeskonnas?	Fraser <i>et al.</i> , 2018, lk 206 Hudon <i>et al.</i> , 2019, lk 453
Millised teadmised on sotsiaaltöötajal vajalikud, et psüühikahäiretega patsienti paremini aidata?	Autori koostatud

Lisa 2. Intervjuu küsimused eksperdile

Kui oluline on tervishoiu- ja sotsiaaltöö integreerimise vajadus psüühikahäiretega isikute aitamiseks?	Arya, 2020, lk 1 Cubillos <i>et al.</i> , 2021, lk 47–48
Kuidas peaks olema tervishoiu- ja sotsiaaltöö vaheline koostöö koordineeritud?	Pike & Mongan, 2014, 2014, lk 123
Kuidas peaks toimuma abi saajat puudutav infovahetus erinevate teenuse osutajate vahel arvestades andmekaitse nõuetega?	Autori koostatud
Milline on juhtumikorralduse meetodi kasutamise mõju abi saaja toimetulekule?	Peritogiannis & Gioti, 2021, lk 227
Kuidas on juhtumikorraldusse kaasatud patsient, tema lähedased ja kogukond?	Jain <i>et al.</i> , 2024, lk 1,8
Milline on sotsiaaltöötaja roll juhtumikorraldajana?	Fraser <i>et al.</i> , 2018, lk 206 Hudon <i>et al.</i> , 2019, lk 453
Kui vajalik on laiendada juhtumikorralduse meetodit ka teistesse meditsiinilistesse ravimeeskondadesse?	Autori koostatud

SUMMARY

HEALTH AND SOCIAL INTEGRATION THROUGH CASE MANAGEMENT IN FOUR ESTONIAN HOSPITAL PSYCHIATRIC TEAMS

Heli Mölder

For individuals with mental health problems, treatment is long-term, so their social problems need to be addressed in addition to medical intervention. It is difficult for those in need of help to find their way around the services offered by different service providers to get the help they need, and this prevents them from coping independently.

In the theoretical part, various scientific articles were analyzed, and it became clear that the integration of the healthcare and social fields through cooperation and coordination has given good results in ensuring better coping for the person in need of help, and case management helps to coordinate the cooperation between specialists in different fields. Both in Estonia and in other parts of the world, case management and the integration of health and social care are particularly important in solving the problems of persons with mental disorders. Most authors highlight the importance of involving the person and their loved ones in setting goals and in all stages of service provision.

In the second part of the work, the author conducted a study that was carried out in the psychiatric units of four Estonian hospitals, and the interviewees were seven social workers/case managers. An expert interview was conducted separately. Qualitative research methods and semi-structured interviews were used to conduct the study, and qualitative content analysis of the text and horizontal analysis were used to analyze the data obtained.

All respondents considered the integration between different social and health services to be important. Integration is based on cooperation with the specialists of one's institution,

local government employees, and the Social Insurance Board. Cooperation with other institutions took place primarily through personal contacts; in half of the cases, systematic coordination of cooperation took place. No one had reached full integration because it needed political intervention. In all cases, the work took place in multidisciplinary teams, where different specialists work independently according to their fields and goals.

In one healthcare institution, the healthcare and social sectors were integrated into the day center of the psychiatric clinic, where both treatment and special care services were provided. According to the experts, such a model of cooperation and the integration of various services is the best result for persons with mental disorders.

Case management was performed in all psychiatric care teams, but case management processes were not described in any healthcare facility, and no individual care or case plans were prepared. All respondents considered the requirements arising from data protection to be a limitation in the integration of the healthcare and social spheres. The person and their loved ones were involved in goal setting and the treatment process for all respondents. All respondents considered it necessary for case management to be done by a social worker, as knowledge of the social field gives a good advantage. The necessity of implementing case management in treatment teams of other medical specialties was also pointed out.

As a result of the conducted research, the presented research questions were answered. As a result of the work, the Health Insurance Fund is proposed to include a case manager in other disease-based care pathways in addition to the specialty of psychiatry. Hospital psychiatry units are proposed to consider providing day care services by integrating special care services and to consider describing the case management process along with the implementation of an individual patient care plan.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Heli Mölder, annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimine ning juhtumikorraldus psühhiaatrias nelja Eesti haigla näitel,

mille juhendaja on Ewe Alliksoo,

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

1. 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 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Heli Mölder

15.05.2024