

Insuldi raviteekonna koordinaatorite intervjuud

Detsember 2020

Taust

2019. aasta kevadel haigekassa eestvedamisel toimunud insuldipatsiendi raviteekonna teenusedisaini töötuba tõi välja, et inimese jaoks on insuldijärgne raviteekond keeruline ja killustunud, sh ei arvestata patsiendi ja tema lähedaste vajadustega, mõningaid teenuseid pakutakse ebapiisavas mahus või teenused puuduvad ning esinevad probleemid raviteekonna osapoolte vahelises info liikumises ja koostöös. Ühe arendusvajadusena toodi välja koordineeriva rolli loomise vajadust: „Vaja oleks luua koordineeriv roll kas lisaks olemasoleva töötaja tööülesannetele või täiesti uue töötaja näol. Koordinaator peaks olema patsiendile ja lähedastele esimeseks kontaktiks ning juhtima neid teekonna järgmisesse etappi, kus koordineerimise võib (aga ei pruugi) üle võtta järgmine koordinaator.“¹

2020 aasta suvel alustasid tööd neli insuldi raviteekonna arendusprojekti: Põhja-Eesti Regionaalhaigla projekti (PERH), Tartu Ülikooli Kliinikumi projekti (TÜK), Ida-Viru Keskhaigla projekt (IVKH) ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla projekt (LTKH). Arendusprojektid kestavad 2021 a lõpuni.

Metoodika

Intervjuude eesmärgiks oli uurida insuldi raviteekonna koordinaatorite töö iseloomu. Töö eesmärgi täitmiseks seati alljärgnevad uurimisküsimused:

- mis on koordinaatorite taust ja motivatsioon?
- kui suur on koordinaatori patsientide arv ja kas see on optimaalne?
- kuidas on koordinaatori roll omaks võetud?
- millised on koordinaatori peamised tööülesanded?
- milline on olnud koordinaatorite senine töökogemus?
- kuidas kasutab koordinaator raviplaani?
- kellelt ja kuidas saab koordinaator tagasisidet oma tööle?
- milline olnud senine töökogemus?
- millised on soovitud koordinaatori töö paremaks muutmiseks?

Uurimisküsimustele vastuste saamiseks viis haigekassa perioodil 3. detsember kuni 16. detsember IPP koordinaatoritega läbi semistruktureeritud intervjuud. Intervjuud viidi läbi video teel (*MS Teams* ja *Zoom*). Uuringul osalesid kõigi nelja insuldi pilootprojekti koordinaatorid:

- PERH: 2 koordinaatorit,
- TÜK: 2 koordinaatorit,
- LTKH: 2 koordinaatorit,
- IVKH: 1 koordinaator.

¹ Mõtus, M., Pääbo, L., Grigorjan, L. (2019). Insuldipatsiendi raviteekonna parem korraldus.

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Insuldipatsiendi_raviteekonna_parem_korraldus_EHK_2019.pdf

Kokku viidi läbi seitse umbes 1,15 tunnist intervjuud. Intervjueerimisel kasutati küsimustikku, mida testiti eelnevalt ühe intervjuuga ning intervjuu küsimusi kohandati vastavalt intervjueeritava tagasisidele.

Koordinaatorite taust ja motivatsioon

Koordinaatorite keskmine vanus oli 40 aastat, kusjuures kõige noorem koordinaator oli 27aastane ja vanim 60aastane. Kõigil koordinaatoritel oli meditsiiniline ja/või sotsiaalvaldkonna alane haridus. Meditsiinilise haridusega oli kokku viis koordinaatorit, sotsiaaltöö alane haridus oli kolmel koordinaatoril.

Kõikidel koordinaatoritel oli varasem meditsiini või sotsiaaltöö valdkonna töökogemus ehk ükski koordinaator ei olnud koordinaatorina tööle asunud nõ 'otse koolipingist'. Intervjueeritavate poolt rõhutati varasema töökogemuse, eriti haiglatöö kogemuse olulisust. Intervjueeritavad olid enne koordinaatorina tööle asumist töötanud pereõena, töötervishoiuõena, intensiivraviõena, kiirabi õena, vaimse tervise õena, taastusravi osakonna õena, linnaosavalitsuse sotsiaaltöötajana ning haigla sotsiaaltöötajana.

Keskmine koordinaatorina töötatud aeg oli intervjueeritavatel 4 kuud, kusjuures kõige pikem koordinaatorina töötatud aeg oli 7,5 kuud ja kõige lühem aeg 2 kuud. Seitsmest koordinaatorist viis töötasid koordinaatorina täiskohaga. Kaks koordinaatorit töötasid projektis (LTKH) osakoormusega oma põhitööle lisaks (kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja).

Peamiste põhjustena, miks koordinaatori töö huvitas ja otsustati ametipostile kandideerida, tõid intervjueeritavad välja:

- uus ja põnev töö/projekt,
- soov ennast arendada ja õppida,
- saab aidata inimesi,
- võimalus kaasa rääkida ravikorralduse patsiendikesksemaks muutmisel,
- võimalus parandada ravi jätkusuutlikust,
- võimalus töötada nii meditsiini kui ka sotsiaalteemadega,
- võimalus muuta tervishoiu ja sotsiaal valdkonna koostööd paremaks,
- teised soovitasid (töökaaslased, patsiendid),
- tööandja pani fakti ette, et vaja projektis osaleda.

Koolitused

Intervjueeritavad olid üldjuhul projekti raames toimunud koolituste sisu ja mahuga rahul. Enamikul juhtudest said koordinaatorid enne tööle asumist koordinaatorite baaskoolituse, mis andis ülevaate insuldi etioloogiast, patsiendi raviteekonnast, sotsiaalvaldkonna teemadest ning üldistest töökorralduslikest aspektidest (programmid, aruandlus, koostööpartnerid jne). Kolme projekti puhul viisid koolituse projekti alguses läbi neuroloogia osakonna neuroloogid ja/või projektijuht. Ühe projekti puhul korraldas baaskoolituse Viljandi haigla PAIK tiim (TÜK). Ühe koordinaator sõnul, kes liitus projektiga hilisemas faasis, ei saanud ta projektiga liitudes eraldi koolitust, vaid ta tutvus projekti ja insuldi tutvustavate infomaterjalidele iseseisvalt. Pideva iseõppimise ja enesetäiendamise vajadust tõid välja kõik koordinaatorid:

„Reaalselt on nii, et pead ise palju juurde õppima iga konkreetse juhtumi käigus. Inimesed on erinevad ja neil on väga erinevad vajadused. Vajalik enesetäiendamise jooksvalt läbi isiklike tutvuste ja kontaktide, konkreetsete teenuseosutajatega ühendust võttes jne.“ (KO1)

Koolituse lisavajadusena töid meditsiinitaustaga koordinaatorid välja sotsiaalvaldkonna teenustesse süvitsi mineva koolituse: sotsiaalne rehabilitatsioon, tööalane rehabilitatsioon, sotsiaalne transport, abivahendid ning sotsiaalvaldkonnaga seotud seadusandlus:

„Vaja oleks just sotsiaalvaldkonna ja sellega seonduva seadusandluse kohta lisakoolitust: võimalikud teenused, eestkosted, patsiendi õigused rehabilitatsioonile, soodustused jne.“ (KO5).

Koordinaatori rolli definitsioon ja omaksvõtt

Kolmes projektis töötasid koordinaatorid täiskohaga (TÜK, PERH, IVKH) ning kuulusid haigla neuroloogiaosakonna koosseisu, kusjuures koordinaatorile oli võimaldatud osaline kodutöö. Ühe projekti puhul (LTKH) töötasid koordinaatorid täiskohaga kohaliku omavalitsuse sotsiaalosakonnas (sotsiaaltöötajad) ning olid projekti kaasatud oma põhitööle lisaks. Kõik koordinaatorid said tööülesandeid projektijuhtidelt. Koordinaatorite ametinimetused olid: insuldikoordinaator (TÜK), insuldiõde-juhtumikorraldaja (PERH), insuldiprojekti koordinaator (IVKH) ja insuldikoordinaator/KOV sotsiaaltöötaja (LTKH).

Koordinaatorid defineerisid oma rolli kui asjade korraldajat ja organiseerijat, kes on esmaseks kontaktiks patsiendile ja lähedastele nende murede lahendamisel ning tagab raviteekonna sujuva toimimise läbi raviteekonna tegevuste koordineerimise:

„Meie rolliks on olla põhikontaktiks patsiendile ja tema lähedastele ning jälgida, et patsient nõ ära ei kaoks. Me aitame leida vastused nende küsimustele ja lahendused probleemidele.“ (KO2).

„Koordinaator on organiseerija, kes vaatab, et kõik kokkulepitu ja vajalik tehtud saaks ning on kontaktiks ja toeks patsiendile ja tema lähedastele. Koordinaator on ühendav lüli eri osapoolte vahel.“ (KO1).

Ühes projektis (PERH) oli koordinaatori roll seotud insuldiõde rolliga, sisaldades lisaks eelpoolnimetatule ka sekundaarse preventsiiooni nõustamist: ravimid, elustiil (liikumine, toitumine, suitsetamisest loobumine jne). Üks intervjuueeritav tõi välja, et koordinaatori roll dubleerib haigla sotsiaaltöötaja rolli (struktuur, kus koordinaator asus kohalikus omavalitsuses):

„Ma mõtlesingi, et mis haiglakoordinaator?/.../ Miks me duubeldame? See on ju haigla sotsiaaltöötaja igapäevane töö./.../ Vähemalt kui mina seda tööd pikalt tegin, siis see oligi minu tööülesanne. Põhimõte oli sama: sa nõustad klienti, annad talle soovitusid jne. Ega haigla sotsiaaltöötaja ei saagi neid asju teostada./.../ aga sa annad selle info kohaliku omavalitsusele edasi. Põhiline on see, et info liiguks edasi õigele spetsialistile /.../“ (KO6).

Organisatsiooni siseste partneritena töid koordinaatorid välja arste (neuroloogid, taastusravi arstid jne), osakondade õdesid (neuroloogia, taastusravi, õendusabi), osakondade vanemõdesid, füsioterapeute, tegevusterapeute, logopeede, haigla sotsiaaltöötajaid, projektijuhte, teisi KOV töötajaid (LTKH).

Organisatsiooni väliste partneritena nimetati perearstikeskusi (perearstid, pereõed), partnerhaiglaid, kohalikke omavalitsusi/linnavalitsusi, Töötukassa juhtumikorraldajaid, Sotsiaalkindlustusametit, abivahendite pakkujaid ja akuutravi haiglaid (LTKH).

Koordinaatorid tundsid, et neil on tugev projektimeeskonna tugi. Samuti tundsid nad, et koostööpartnerid on nad omaks võtnud. Samas toodi välja, et algus oli keeruline ning koordinaatori roll ja funktsioon on vajanud palju selgitustööd. Seda on tehtud nii organisatsiooni sisestele kui ka välistele partneritele: infopäevad, koosolekud jne. Koordinaatorid tõid välja, et selgitustööd on vaja kindlasti jätkata, kuna hoolimata pingutustest pole kõikideni info jõudnud:

„Seletustööd (oma rollist) võiks ma siamaani teha, sest on tegelikult veel väga palju inimesi, kes lõpuni polegi vast aru saanud, et mis ma seal siis õieti teen./.../“ (KO3).

„Arstid saavad küll aru, mis projekt see selline on. Õed ka. Leidub ka neid, kes küsivad, kas ma olen ajakirjanik, et ma kogu aeg filmin patsienti/.../“ (KO5).

„Alguses sotsiaaltöötajatel oli võib-olla kõige suurem segadus, miks me (koordinaatorid) ei tee abivahendi kaarti või kes me sellised oleme.“ (KO1).

Koordinaatorid tõid 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:

„Patsiendid on helistanud mulle ja küsinud, miks perearst ei tule? Siis ma helistan perearstile ja küsin, miks nad ei ole patsiendiga kohtunud?/.../ tuletan meelde, et teil on projektist tulenev kohustus selle inimese juurde teha visiit või helistada. Miks te seda eirate?/.../“ (KO6)

„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.“ (KO5).

„Ja eakate patsientide puhul, kui perearst ütleb, et las ta (patsient) kirjutab mulle e-kirja, siis ma võtan ühendust./.../Mis e-kiri?! Patsientidel tihti nuputelefon. Või siis ütlevad, et las patsient teeb pildi oma jalast ja saadab mulle. See ei toimi nii! Nad on eakad vene inimesed, kel on nuputelefonid.“ (KO6)

Koordinaatori peamised tööülesanded

1. Patsientide värbamine projekti: kriteeriumidele vastavuse hindamine, raviarstiga konsulteerimine ja nõusolek patsiendi kaasamiseks, patsiendile ja/või lähedastele projekti tutvustamine ja nõusoleku küsimine kaasamiseks (allkirjastatud kirjalik nõusolek). Patsientide värbamisega olid seotud kahe projekti koordinaatorid: TÜK ja PERH.
2. Raviteekonna koordineerimine eri spetsialistide, osakondade, organisatsioonide ja tasemete vahel: konsiiliumi töö koordineerimine, infovahetus ja koostöö kõigi raviteekonna teenuseosutajatega, dokumenteerimine, vajadusel visiidiaegade broneerimine:

„Konsiiliumile olen saanud väga positiivset tagasisidet nii neuroloogidelt, erinevate spetsialistide kui ka lähedastelt. Eriti praegusel koroona ajal, kus lähedased ka ei näe

ju patsienti tihti. Nad räägivad arstiga küll ja saavad infot, aga just see, et tuleb veel füsioterapeut või logopeed sinna juurde ja toimub koos arutamine kuidas patsient hakkama saab ja mis oleks just tema parim järgmine teekond.“ (KO3)

„Inimene läks lähedasega koju. Vaatasin andmebaasist, et talle on antud saatekiri ambulatoorsesse taastusravisse. Kui ma talle mõni päev hiljem helistasin, et kuidas tal läheb ja millal ta taastusravi arstile läheb, siis tuli välja, et ei patsient ega ka lähedane olnud teadlikud, et neil selline saatekiri üldse on. Tõenäoliselt oli see neil kõrvust mööda läinud /.../ Võtsin ühendust taastusravi arsti assistendiga ja andsin info edasi. Nüüd taastusravi arst helistab ise patsiendile ja tegeleb edasi./.../“ (KO2)

„Meil oli üks patsient, kellel ei olnud kodu. Ta jäi ratastooli ja siis ma pidin talle hästi kiiresti 2-3 nädala jooksul hooldekodu koha organiseerima. Kui mind ei oleks selles projektis olnud, siis oleks see asi läinud sellele kliendile (patsiendile) palju ajamahukamaks.“ (KO6).

3. Infovahetus ja korralduslikud küsimused patsiendi ja lähedastega: kõik koordinaatorid on esmaseks kontaktiks patsiendile ja lähedastele ning teevad patsientidele regulaarseid kõnesid. Samuti tegeletakse erinevate ootamatute olukordade ja probleemide lahendamise (koduloomad, probleemsed lähedased):

„Kui ma helistan ja nendega räägin, siis valdavalt igast kõnest tuleb välja midagi, mis võiks paremini olla ja millele lahendamisele ma saan kaasa aidata./.../ma arvan, et pigem oluline, et helistad ja uurid ise (patsiendile) ning kuulad ja märkad.“ (KO1)

„Suhtlemist patsientidega ja lähedastega on palju. On mõned lähedased ja patsiendid, kes helistavad väga tihedalt. Teekonna alguses on helistamist rohkem, mõnes etapis helistavad vähem. Kui nad on juba mõni aeg kodus olnud, esmased akuutsed ja organisatoorsed asjad ära lahendatud, siis nad ei helista enam mulle iga nädal.“ (KO1).

„Kahe nädala jooksul peale patsiendi haiglast väljakirjutamist helistan ise patsiendile või lähedasele ja uurin kuidas neil läheb. Ütlen, et peate minema sinna ja sinna vastuvõtule või teenusele (tuletan aegu meelde).“ (KO5).

„Hiljuti oli juhtum, kus patsiendil oli loom kodus ja tema eest ei saanud keegi hoolitseda. Suhtlesin siis Eesti Loomakaitseseltsiga, et organiseerida ka loomale eluväärne olemine. Hästi juhtumipõhine töö ja käigu pealt orienteerumine.“ (KO1).

„/.../teinekord peresiseste suhete teemad...mul on kahtlus, et poeg võib ära kasutada (patsiendi)/.../pojal alkoholiprobleemid/.../teinekord keeruline, kui palju ma võin üldse peresisestesse probleemidesse sekkuda.“ (KO7).

4. Teenustes navigeerimise aitamine: aitab patsienti orienteeruda pakutavates teenustes, annab infot kuhu, millal ja kelle poole pöörduda:

„Kui ongi nii, et näiteks kellegi (teenuseosutaja) telefoninumber on ära kadunud, siis ma saan seda küsida sotsiaaltöötajalt. Temal on see info olemas. Aga sellist asja, et mina abivahendi kaarti välja kirjutaks või töövõime taotlust teeks – see ei kuulu minu tööülesannete hulka. See jääb ikkagi sotsiaaltöötaja teha!“ (KO1).

„Võimalikult palju delegeerime. Mina pakun lahenduse, kust ta saab näiteks aparaadi, millega 'verepaksust mõõta'. Nuputan esiteks välja, mis ta mõtleb selle all, otsin välja teenusepakujate info ja viin nad kokku.“ (KO1)

„Ma olen helistanud ühele tütrele ja tema ütleb, et 3 kuud on väljakirjutamisest möödas, ema on halvas seisundis – ise ei kõnni, ei saa isegi voodile istukile tulla. Ja tema rääkis kuidas nad pesevad ema. Nad panevad lihtsalt tekid ja lapid vannituppa laiali ja pesevadki ema nii, sest ema vanni sisse ei saa. Ma küsisin, kas olete abi saamiseks kusagile pöördunud? Kuna ema raskes seisus, siis teil ju olemas erinevad õigused saada toetust. Või kas olete mõelnud abivahendeid tellida või nii edasi. Aga inimene lihtsalt ei tea...“ (KO5).

„Küsin, kas olete kuulnud, et lamatiste profülaktikaks kasutatakse spetsiifilist madratsit ja seda saab Invarust laenutada. Ning kui arst kirjutab saatekirja, siis on see teile palju soodsam./.../ Või invarust kõik need pesemisevahendid ja hooldusvahendid./.../“ (KO6)

5. Nõustamine: kahe projekti koordinaatorite tegevuste hulka kuulus ka sekundaarse preventsiiooni alane nõustamine (PERH, IVKH): ravimid (raviskeem, kõrvalnähud jne), elustiil (liikumine, toitumine, suitsetamine jne):

„Uurin, kas nad said aru oma raviskeemist /.../, et see on eluaegne ravikuur. Patsiendid ikka küsivad, et kas nüüd äkki ikka aitab (ravimitest) ja kui kaua ma ikkagi ravimeid võtma peaks? Patsiendid tahavad minna ka mingite alternatiivide peale üle, näiteks punane riis või mõned kapslid, mida nad reklaamina kusagilt ajalehest näinud ja arvavad, et need oleks head./.../“ (KO3)

Ühe projekti (LTKH) koordinaatorite ülesandeks oli sotsiaalteenuste alane nõustamine.

„Mul on olnudki, et on olnud töövõimelises eas patsient, kellel on kaks aastat pensionini ja siis ma nõustan teda, et mis siis nüüd teha – kas peaks olema enneaegne pension või töövõimetus/.../samuti eluaseme kohandamist oleme eelnevalt nõustanud – näiteks uksepiidad, et vaadata, et üks oleks nii lai, et ratastooliga sisse mahuks ja.../.../“ (KO7).

6. Patsiendi monitoorimine: patsiendi seisundil silma peal hoidmine ja vajadusel plaani muudatuste tegemine; visiidiaegade broneerimine (insuldiõe 3. kuu vastuvõtt - TÜK, IVKH):

„Võtsin ühendust inimesega, kel on saanud kõik etapid ära koordineeritud, kodu pluss esmatasand. Ja küsin temalt, et kuidas nüüd läheb? Siis tuleb siiski välja, et nüüd kodustes tingimustes ja tegevuste käigus tulevad välja probleemid, mille peale varem ei osanud mõelda. Näiteks selgub, et ei saa enam jalgrattaga sõita. Siis läheme tagasi ambulatoorsesse taastusravisse ja alustame selle etapiga uuesti.“ (KO1).

„Oli inimene, kellel ei olnud head prognoosi (tervenemise osas) ja saadeti õendusabisse. Ma ise nägin seda inimest ja mõtlen, no siin on õe küsimus. Praegu tuleb välja, et inimene juba kõnnib, sööb. Nüüd me üritame saada taastusravile aega. Ma ütlesin, et kuulge, me peame kinni haarama võimalusest ja taastusravile inimese saatma./.../“ (KO4).

„Näiteks üks patsient läks mul peaaegu kohe tööle. Talle helistan vast nii kolme kuu tagant. Aga siin teisel patsiendil läksid jalad paiste - temale helistan kindlasti ise iga nädal/.../“. (KO1)

„Üks patsient läks insuldiskooriga null haiglast välja. Käed-jalad liiguvad, sööb ise, kõik oli hästi aga lähedased märkasid, et inimesel kadus elutahe. Hakkasin kiirelt otsima, kas võimalik saada kiirelt kliinilisele psühholoogile aega, et hinnata mis seisundis inimene on.“ (KO4)

„Üldiselt jälgin, et kui inimene jõudnud koju, siis helistan ja uurin, kuidas ta hakkama saab ning broneerin talle ka insuldiõe aja – reeglina 3 kuud peale insulti.“ (KO2).

7. Emotsionaalne tugi: patsiendi kuulamine, lohutamine, olla „õlg millel nutta“. Lohutamine ja ärakuulamine väga olulised ka lähedastele ja eriti algetapis:

„Näiteks mul on patsient, kellel ravimiga kaasneb peavalu ja ta helistab mulle, kui tal jälle peavalu ja ta vajab ärakuulamist. Ta väga tänulik kuulamise eest ning ütleb, et aitäh, et olemas olete.“ (KO2).

„Mul olnud kõned, kus patsient nutab ja tal lausa paanikahäire, kuna kardab, et insult tuleb tagasi. Siis rahustan patsienti/.../patsiendil on juba ka spetsialisti vastuvõtu aeg olemas aga ta ikkagi helistab mulle ja tahab kohe rääkida ja saada oma hirmudele leevendust.“ (KO3).

8. Projekti arendus ja analüüs: viis koordinaatorit seitsmest tõid oma ülesannetena välja ka projekti arenduse ja analüüsiga seotud teemad.

Koordinaatori patsientide arv

Koordinaatorite patsientide arv jääb hetkel 12 ja 35 vahele. Enamus koordinaatoritel 30-35 patsienti. Optimaalset patsientide arvu on koordinaatorite sõnul veel raske hinnata, sest projektid alles üsna alguses. Koordinaatorid, kes tegelesid projektides ka patsientide värbamisega, konsiiliumide korraldamisega või sekundaarse preventsiiooni nõustamisega, tõid välja, et värbamisprotsess, konsiiliumite läbiviimine ja nõustamine võtavad palju aega ning koordinaator ei jõua väga paljude patsientidega tegeleda.

Koordinaatorite senine töökogemus

Intervjueeritavad tõid välja, et koordinaatori töö on väga varieeruv ja kohati hektiline. Pole nõu 'tüüpilist tööpäeva':

„See, milline meie tööpäev reaalselt välja näeb, on hästi erinev defineeritust (tööjuhendis) ja tööülesanded on hästi laiali valguvad. Põhiline märksõna on rööprähklemine. Peab olema võimekus mitme asjaga korraga tegeleda.“ (KO3).

„Tavalist tööpäeva pole välja kujunenud. Võib küll teha päevaplaani aga jooksvalt tuleb sisse nii palju muid asju peale, mida peab lahendama, et rutiini väga vähe. Isiklikult mulle see meeldib.“ (KO1).

Üldiselt on patsiendid ja lähedased väga tänulikud, kui neile pakutakse koordinaatori teenust:

„Eile just üks lähedane andis mulle tagasisidet etappide kohta, kui ta lähedane liikus haiglast koju, kodust hooldekodusse. Ta ütleski, et ta on hästi tänulik, kuna tal on turvatunne juba läbi selle, et tal on inimene, kellele ta saab helistada, kui ta jääb hätta. Ta ei tunne ennast üksinda ja süsteemi rippu jäänuna. Muidu ta ei tea, kas ta peaks helistama perearstile või linnavalitsusse või kuhu ja kellele. Kust ta infot saab. See hirm oli ära kadunud.“ (KO1).

Peamisteks teemad, millega koordinaatori poole pöörduetakse on:

- erinevad korralduslikud küsimused: millal haiglast välja, kaua peab haiglas olema jne;
- info erinevate teenuste kohta: abivahendid, sotsiaalne rehabilitatsioon jne;
- teenustes navigeerimine: kelle poole pöörduda, kuhu, millal;
- ravimid: kas pean võtma, kõrvaltoimed jne;
- elustiil: kui palju võin liikuda, kas võin saunas käia jne;
- emotsionaalsed teemad – üksindus, kurvameelsus, paanikahood.

Koordinaatori vajadust sõltuvalt patsiendi seisundi raskusastmest või lähedaste olemasolust oli paljude intervjueeritavate sõnul veel vara välja tuua: osad üksikud patsiendid on väga tegusad, ise motiveeritud ning saavad hästi hakkama. Teisel patsiendil võivad olla küll lähedased aga omavahelised suhted problemaatilised ning patsiendil abi neist ei ole.

Töö juures on koordinaatoreid positiivselt kõige rohkem üllatanud:

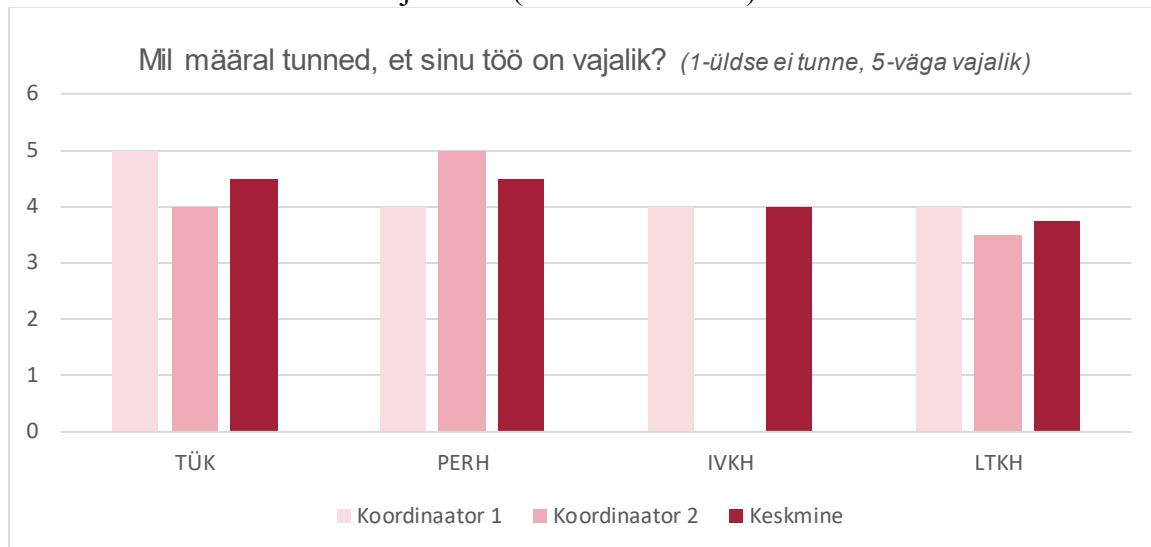
- kui lahkelt on inimesed nõus projektiga liituma,
- patsientide ja lähedaste sõbralikkus ja mõistev suhtumine,
- kui palju koordinaatori tööst tegelikult abi on,
- haigla personali valmisolek aidata,
- inimeste valmisolek teha muudatusi oma tervise heaks,
- taastusravi efektiivsus.

Negatiivselt on koordinaatoreid kõige rohkem üllatanud:

- perearstide suhtumine oma töösse ja patsientidesse;
- inimeste teadmatud oma õigustest ja võimalikest teenustest;
- vene keelt kõnelevate inimeste teadmatusest, kust saada abi ja vajalikku infot;
- patsientide soovimatus muuta elustiili;
- kui emotsionaalselt keerukas on koordinaatori töö;
- patsiendid helistavad ööpäevaringselt;
- suur töökoormus, mis ei võimalda juhtumitega sügavuti minna;
- asutusesisese struktuuri keerukus ja kui keeruline on panna kaks eri osakonda realselt koostööd tegema.

Oma töö vajalikkusele andsid koordinaatorid Likerti 5-palli skaalal keskmiseks hindeks 4,2 punkti, kusjuures väga kõrgeks (hinne 5,0) hindasid koordinaatori vajalikkust kaks koordinaatorit ning madalaim hinne oli 3,5 punkti (Joonis 1).

Joonis 1. Koordinaatori töö vajalikkus (Allikas: töö autor)

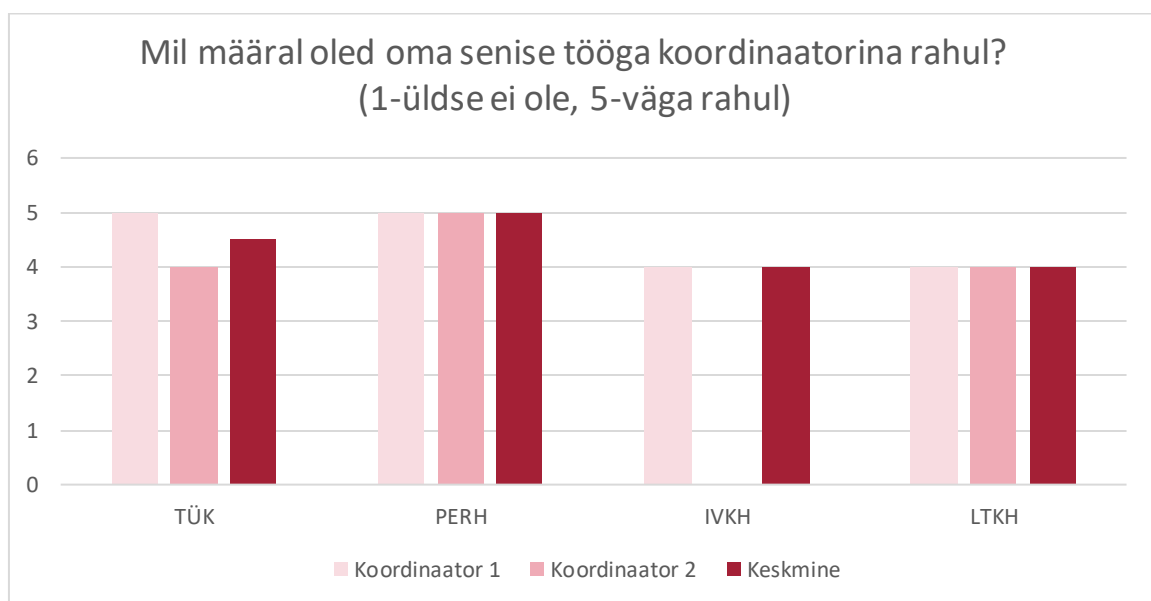


Peamiste kommentaaridena koordinaatori töö vajalikkusele tõid koordinaatorid välja:

- väga vajalik töö, patsiendid väga rahul ja tänavad;
- hindeks neli, kuna hetkel töö veel uus ja igas asjas ei saa ise patsienti aidata. Kui saan juba rohkem ise aidata, siis kindlasti 5;
- hetkel tunnen, et patsientide lõikes on koordinaatori vajadus olnud erinev. Mõnda inimest pole olnud vajadust aidata;
- raske hinnata, läheb veel aega, et näeksin oma töö positiivseid lahendeid.

Oma senise tööga olid väga rahul kolm koordinaatorit (hinne 5,0) ja rahul neli koordinaatorit (hinne 4,0), mis teeb keskmiseks koordinaatorite oma tööga rahulolu hindeks 4,4 punkti (Joonis 2).

Joonis 2. Koordinaatorite rahulolu oma tööga (Allikas: töö autor)



Peamised koordinaatorite kommentaarid oma töö rahulolule olid järgmised:

- motivatsioon isegi tõusnud, kuna inimesed reaalseks muutunud,
- mulle mu töö meeldib,
- mulle väga meeldib minu töö,
- olnud ka raskeid päevi aga oskan juba olukordi lahendada. Hindamatu ja võrratu kogemus,
- emotsionaalselt väga kurnav töö,
- väga rahul ei ole, sest oma põhitööd väga palju, praegu arenen ja õpin, eks vaatab kuidas läheb.

Koordinaator ja raviplaan

Intervjuudest tuli välja, et valitseb erinev arusaam termini 'raviplaan' osas. Osad koordinaatorid tõlgendasid raviplaani kui vaid arstide poolt koostatavat plaani, mis on digiloos ning mida koordinaatorid ise haigla infosüsteemist vaatavad. Teiste koordinaatorite jaoks oli raviplaan ühtne patsiendi raviteekonna planeerimiseks loodud plaan, mis on loodud erinevate spetsialistide (k.a koordinaator) osavõtul näiteks konsiiliumi käigus.

Koordinaatorid tõid välja, et raviplaan on neile kindlasti abiks oma töö korraldamisel. Koordinaatorid kasutasid patsientide teekonna koordineerimiseks erinevaid lahendusi: Excel tabel (LTKH), Teleskoop rakendus (TÜK), Pipedrive lahendus (PERH), HEDA haigla infosüsteem (IVKH). Koordinaatorite sõnul saavad raviplaani kasutada ka patsiendid. Viisid, kuidas patsient ja lähedased raviplaani saavad jälgida, on projektide kaupa erinevad:

- välja printitav epikriis,
- välja printitud raviplaan,
- Teleskoop süsteem, millesse saab patsiendile luua eraldi ligipääsu.

Digitaalsete süsteemide puhul tõid koordinaatorid välja, et patsientide ja lähedaste digivõimekus on üldiselt madal, seda eriti venekeelse elanikkonna hulgas, ning patsiendid ei oska ID-kaardi, Mobiil-ID või Smart-ID kaudu süsteemi siseneda.

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

„Raskem koht 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.“ (KO5).

„Raviplaanis kõik vajalik patsiendile kirjas. Seal juhis, et näiteks soovitav venekeelse logopeedi teenus ja palun panna ennast sinna ja sinna keskusesse kirja/.../. Seal tervislik seisund, mida ta vajab ja mis oluline./.../meie hiljem ei näe, kas ta logopeedi vastuvõtul käinud. Seda peab perearst kontrollima /.../Kui ta (patsient) haiglast välja saab, antakse talle ravisoovitused aga edasine on kõik soovitud perearstile. Seal on perearstile kirjas, et soovitatakse seda või seda

ja perearst juba ise korraldab ja organiseerib edasi. Ma kindlasti ka ise uurin, et kas patsient teenuseid saanud, mis plaanis kirja sai pandud.“ (KO7).

Tagasiside koordinaatori tööle

Koordinaatorid polnud süsteemset tagasisidet oma tööle patsientidelt, lähedastelt, asutuse siseselt või koostööpartneritelt veel saanud. Patsientidelt ja lähedastelt saavad koordinaatorid pidevalt jooksvat tagasisidet. Toodi välja, et süsteemset tagasisidet koordinaatori tööle kogutakse patsiendilt ja lähedastelt 3. kuu hindamisel (PERH).

Soovitused edasiseks

Koordinaatorid tegid mitmeid ettepanekuid koordinaatori töö ja/või raviteekonna koordineerimise tulemuslikumaks muutmiseks:

- Suunata koordinaatori teenus vähematele ja rohkem sihitud sihtrühmale. Näiteks neile, kellel pole abistavat tugivõrgustikku.
- Laiendada koordinaatori teenust ka teistele haigusseisunditele.
- Pöörata suuremat tähelepanu patsientide ja lähedaste vaimsele tervisele. Hetkel keskendutakse liiga palju füsioteraapiale ja järelravile.
- Tagada koordinaatorile ligipääs teiste haiglate andmebaasidele, et patsiendiga toimuvat paremini jälgida.
- Muuta TaCAS küsimustikku patsiendisõbralikumaks, st keeleliselt lihtsamaks, luua eraldi versioonid tööealistele ja eakatele patsientidele, infomaterjalid patsientidele eelnevalt tutvumiseks jne.
- Kasutada praegusi koordinaatoreid tuleviku koordinaatorite juhendajate ja mentoritena.
- Koostada detailne koordinaatori tööjuhend.
- Tagada koordinaatoritele supervisioon või muu vaimse tervise alane tugi, kuna töö emotsionaalselt väga kurnav ja läbipõlemise oht suur.
- Jätkata koordinaatori rolli ja funktsioone tutvustavate infopäevade ja koosolekutega, et info jõuaks kõikide partneriteni.
- Tõhustada kogemuste vahetust ja koostööd eri projektide koordinaatorite vahel.