



"Vaimse tervise häiretega eakatele suunatud
hoolekandeteenuste arendamine Võrumaal"
(akronüüm VESTA - Võrumaa Eakate Sihipärase Toetamise Andmestik)

Integreeritud teenuse ja koostöömodeli kirjeldus ning ettepanekud

Koostanud: Triinu Õispuu ja Marilyn Viin

2022

Maakondliku teenuste korralduse koostöömudeli kirjeldus VESTA projekti näitel

SISUKORD

1. PROJEKTI LÄHTEKOHAD
2. SISSEJUHATUS
3. MEETODID/LÄHENEMINE
4. PROTSESSI KIRJELDUS
 - a. a) Teenusesosutajad ja võrgustikuliikmed
 - b. b) Teenuse osutamine
 - c. c) Persoonad
5. KOOSTÖÖMUDELI PÕHIKOMPONENDID
 - a) Teekond teenusele
 - b) Teenuse osutamine/saamine
 - c) Teenuse kvaliteedi/tulemuse peegeldus
6. INTEGREERITUD TEENUSE KORRALDUSE MUDEL
7. KOOSTÖÖMUDEL
8. ETTEPANEKUD JA SOOVITUSED; ETTEPANEKUD
9. ARENDUSTEGEVUSTEKS MAAKONDLIKUL TASANDIL
10. SWOT ANALÜÜS PILOOTPROJEKTIS OSALEMISEST

1. PROJEKTI LÄHTEKOHA

EESMÄRK: Projekti tulemusena valmib vaimse tervise probleemidega eakate ja nende perekondade toetamiseks integreeritud teenuste pakett ja maakondlik teenuste korralduse mudel.

Projekti eesmärk ja tulemused:

Eesmärk: sidus ühiskond ja tööhõive kõrge tase nõrgemates ühiskonnagruppides (s.h. hoolduskoormusega inimeste hulgas).

Ala-eesmärk: Vaimse tervise probleemidega eakate võimalikult pikk kvaliteetne elu oma kodus.

Projekti tulemusena valmib vaimse tervise probleemidega eakate ja nende perekondade toetamiseks integreeritud teenuste pakett ja maakondlik teenuste korralduse mudel.

2. SISSEJUHATUS

Dementsusel ja teistel eakate vaimse tervise häiretel on füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne ja majanduslik mõju mitte ainult dementsusega inimestele, vaid ka nende hooldajatele, peredele ja kogu ühiskonnale. Ülevaade tegeliku abivajaduse ulatuslikkuse ja täpse sihtrühma arvu kohta on puudulikud. Eakate vaimse tervise häired on aladiagnoositud ning ühiskonnas ei osata veel paljuskki dementsussündroomi märgata ega ära tunda.

Rahvastiku vananemise tõttu on dementsussündroomi hüppeline kasv muutumas kriitiliseks probleemiks kogu maailmas, kus abivajajate arv on pidevalt kasvavas trendis. Selle sündroomiga elab kokku üle 50 miljoni inimese ja igal aastal diagnoositakse ligikaudu 10 miljonit uut juhtumit; prognoositakse, et 2030. aastaks on dementsusega inimesi 70 miljonit. Selle peamiseks põhjuseks on rahvastiku juurdekasv ning eluea pikenemine, mistõttu kasvab ka eakate inimeste arv, maailma rahvastik vananeb. Prognoosi kohaselt jätkuvad kirjeldatud demograafilised protsessid järjest suurenevas mahus. (<https://dementsus.ee/mis-on-dementsus/statistika/>; <https://www.alzheimersresearchuk.org/worldwide-dementia-cases-to-triple-by-2050-to-over-150-million>).

Statistikaameti andmetel oli 2020. aasta algul vanuserühmas 65+ Eestis kokku 266 288 elanikku ehk 20% kogu rahvastikust. Kuna vanemaealiste osakaal kogu maailmas on kasvanud ja prognooside kohaselt kasvab veelgi, on oluline arvestada, et vaimne tervis

ja aktiivsuse säilitamine vanemas eas vajab tähelepanelikumat lähenemist. Vanemaealise elanikkonna kasv tähendab ka vanusega seotud haiguste ja probleemide ning vanemaealiste elukvaliteedi piirangute kasvu. (Vaimse tervise roheline raamat. Sotsiaalministeerium, 2020).

Eestis oli 2018. aastal hinnanguliselt 22 942 dementsusega inimest, mis on 1,74 protsenti Eesti elanikkonnast ja mis tuleneb Alzheimer Europe'i koostatud 2019. aasta aastaraamatus "Hinnates dementsuse levimust Euroopas". Aastaks 2050 kahekordistub dementsusega inimeste arv Eestis, kasvades hinnanguliselt 35 394 inimeseni, moodustades 3,06 protsenti rahvastikust. Eestis elas dementsusega mehi 2018. aastal hinnanguliselt 5375 ja naise 17 567. 2050. aastaks on Eestis hinnanguliselt dementsusega mehi 10 905 ja naise 24 489 (<https://dementsus.ee/eestis-on-ule-22-tuhande-dementsusega-inimese/> M.Tuur, 2020).

Tuginedes Dementsuse Kompetentsikeskuse poolt läbi viidud uuringule (2012), on ainuüksi dementsussündroomiga eakaid Võru maakonnas ca 500. Kui arvestame juurde ka lähedased, kelle elu eaka pereliikme vaimse tervise häire mõjutab, on Võru maakonnas probleemiga vahetult kokku puutuvaid inimesi paar tuhat. Sellele lisanduvad teiste vaimse tervise häiretega (näiteks depressioon, ärevus) eakad.

Vaimse tervise probleemide ja häirete mõju üksikisikutele ja perekondadele ning ühiskonna sotsiaalsele ja majanduslikule heaolule on suur ja laiaulatuslik. Uuringud näitavad, et iga viies inimene maailmas kogeb aasta jooksul vaimse tervise probleemi ning pikaajaliste vaimse tervise haigustega inimeste eluiga on keskmiselt 15–20 aastat lühem (Vaimse tervise roheline raamat. Sotsiaalministeerium, 2020).

Meil kõigil on õigus vananeda nii vaimselt kui füüsiliselt tervena, mis tähendab aktiivset ja rahuldustpakkuvat elu, kaasatust, hea kvaliteediga kättesaadavaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ning vajalikku tuge omastehooldajatele. Elanikkonna üha kiirenev vananemine põhjustab tõsiseid tagajärgi tööjõule, tervishoiusüsteemile, sotsiaaltöötajatele, omastehooldajate võimekusele ning ühiskonnale tervikuna (Vanemaealiste vaimne tervis, 2013 https://intra.tai.ee/images/prints/documents/13806150458_Vanemaealiste_vaimne_tervis_2013.pdf).

Vaimse tervise strateegia 2016–2025 seab eakate vaimse tervise edendamisel eesmärkideks valitsuse tähelepanu suurendamise eakate vaimsele tervisele, kogukonnas positiivsete hoiakute kujundamise, sotsiaalse kaasamise ja diskrimineerimise kõrvaldamise. Samuti on oluline suurendada esmatasandi spetsialistide teadlikkust eakate vaimse tervise vajadustest, eripäradest ja edendamise võimalustest, samuti eakate enda teadlikkust aktiivsena vananemisest.

(Vaimse tervise roheline raamat. Sotsiaalministeerium, 2020).

Vaimse tervise teema olulisus on komplekselt vaadeldav probleem, mis vajab muutusi nii riiklikul kui kohalikul, sealhulgas maakondlikul tasandil. Tuge ja teenuseid vajavate inimeste hulk suureneb lähiaastatel. Sellest tulenevalt seisab nii riik kui ka kohalik otsustajate tasand nõ "ukse ees" kellele, mida ja kuidas pakkuda nii, et see töötaks parimal moel, inimest aidates ja esikohale seades ning optimaalsete kuludega.

Riiklikul tasandil on oluline tegeleda vananeva ühiskonna ja omastehooldajate olukorra teemadega, sest:



Visuaal 1. (Loodud koostöömodeli koostajate poolt).

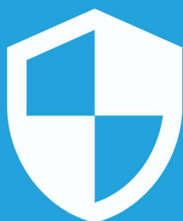
Kohalikul tasandil, sh maakondlikul tasandil on oluline tegeleda vananeva ühiskonna ja omastehooldajate olukorra teemadega, sest:



vähendades lähedaste
hoolduskoormust,
suureneb nende
tööturul osalemise
võimalus = maksutulu



integreeritud ja
hakkamasaamist
toetavate teenuste
pakkumine, et inimene
saaks elada võimalikult
pikka aega oma kodus



digitehnoloogiliste
lahenduste
kasutuselevõtt = kulude
optimeerimine;
turvatunde tagamine

Visuaal 2. (Loodud koostöömodeli koostajate poolt).

Vaimse tervise probleemidega tegelemise mõistes on oluline varajane toe vajaduse märkamine ning tuge vajavate perekonnaliikmete ja eakatega süsteemne tegelemine, et vältida omastehooldajate valehäbi, tõrjutust või muude probleemide süvendatud teket.

Omastehoolajate jaoks on suureks väljakutseks tulla toime vaimse tervise häiretega (dementsus, depressioon, ärevus jne) eakate probleemistikuga ning tagada seejuures ka iseenda toimetulek. Murekohaks on kindlasti asjaolu, et vaimse tervise häireid pole eakal varasemalt tuvastatud või on seda tõlgendatud valesti ning seetõttu on jäänud haigus neuroloogi poolt diagnoosimata. Samuti ei ole omastehoolajad sageli enda muredest teada andnud kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialistile, kes oskab teha esmast nõustamist, kuhu probleemkohaga pöörduda või millega edasi tegelema hakata. Sageli selgub perekonnale toe osutamise vajadus alles siis, kui eaka vaimse tervise probleemid tõstatakse teravalt esile ning nii eaka kui omastehoolajate elukvaliteet hakkab teadmatus, stigmade ja toe puudumise tõttu kannatama.

Vajadustele vastavate sotsiaalteenuste ja hooldusvõimaluste vähene kättesaadavus võib tähendada, et lähedase abistamise ja hooldamise kohustus langeb pereliikmete ja lähedaste õlule. Selline hoolduskohustus, eriti kui tegemist on pideva kõrvalabi või pikaajalise hooldusvajadusega, ei pruugi olla jõukohane ning võib takistada ja piirata töötamist, mis omakorda kätkeb riske lähedastest hooldajate tervisele ning majanduslikule toimetulekule. Samuti võidakse sobivate teenuste puudumisel osutada kõrvalabi vajavale inimesele tema vajadustele mittesobivat teenust, mistõttu inimese tegelikud vajadused jäävad tähelepanuta.

Üldlevinult elavad dementsussündroomiga inimesed oma kodudes. Omastehoolajatel lasub suur koormus ja vastutus, sest sageli on hooldajaks üks perekonnaliige. Hooldamisega kaasnevad nii füüsilised, vaimsed, sotsiaalsed kui ka materiaalsed raskused, mis mõjuvad sageli halvasti omastehoolaja majanduslikule olukorrale, tööelule, peresuhetele, heaolule ja tervisele. Lähedasele hooldajaks olemine toob kaasa psüühilise- ja füüsilise ülekoormuse, sageli rollikonflikti ning ebakindluse, mis tekitab olukorra, kus suure hoolduskoormuse tõttu jäädakse tööturult eemale või ei anta töömaastikul endast maksimaalset panust.

- Probleem on ühiskonnas varjatud, sellest ei taheta rääkida ning endiselt on tajutav häbimärgistamine.
- Omastehooldajad tajuvad valehäbi ja tõrjutust.
- Eakatega kokkupuutuvate inimeste madal teadlikkus nende lähedaste võimalikest vaimse tervise probleemidest.
- Eakate vaimse tervise häired on aladiagnoositud, mis on osaliselt tingitud nende probleemide mitte äratundmisest või eiramisest lähedaste või teiste eakatega kokkupuutuvate inimeste poolt.
- Stigmade olemasolu tõttu ei pöörduta spetsialistide poole, mistõttu ei ole võimalik varajast sekkumist korraldada.
- Toetavaid ja abistavaid teenuseid on vähe ja info nende kohta ei ole kättesaadav.
- Erinevate osapoolte (kogukond, kohalik omavalitsus, riik, tervishoiusüsteem, teenusepakkujad) sekkumised ei toimi teineteist toetavalt.
- Spetsiifilise pädevusega teenuseosutajaid ei ole piirkonnas piisavalt. Väga vähe kasutatakse tehnoloogilisi võimalusi nii abi korraldamisel administreerimise tõhustamiseks, kui ka vahetult inimese ja lähedaste abistamisel, s.t. ei rakendata tehnoloogilisi vahendeid abi kvaliteedi ja mõjususe parandamiseks.
- Hoolekandesüsteemi valikuid ja otsuseid ei tehta alati töenduspõhisusest lähtuvalt, sest tihti puudub vajalik info, ei osata seda leida või pole see analüüsitaval kujul.

Käesolev dokument kirjeldab VESTA projekti näitel integreeritud teenuse osutamise protsessi ja koostöömodeli võimalikku toimemehhanismi Võru maakonnas. Vaimse tervise häiretega (dementsus, depressioon, ärevus jne) eakate ja nende perede iseseisev toimetulek ei ole Võru maakonnas senini piisavalt toetatud. Võib öelda, et sellest väitest tingituna on vaimse tervise häirega eakate ja nende perede iseseisva toimetuleku mudel katmata. Dementsussündroomi ja muude vaimse tervise häirega eakate ja nende lähedaste toetamiseks on vajadus luua peredele iseseisva toimetuleku mudel, kus nii abivajajale kui ka lähedasele pakutakse kliendikeskset lähenemist.

Selline lähenemine ja toimimine saab teoks läbi erinevate osapoolte ja organisatsioonide koostöö. Selle raames pakutakse maakonnaülese koostöö kaudu läbimõeldud, kvaliteetset ja kliendikeskset integreeritud teenust. Selleks, et sellise tulemuseni jõuda, on käesolev dokument pakkumas lahendust maakondliku koostöömodeli põhimõttel, et ühelt poolt saaksid kliendid ja lähedased toetatud, kuid teiselt poolt väheneks ka koormus omavalitsuste sotsiaalvaldkonna tööle, perearstidele ja muudele puutumuses olevatele institutsioonidele.

Selleks, et vaimse tervise häirega eakatele ja nende peredele tagada võimalikult kiiresti vajalik abi, et kaoks keeruline asjaajamise korraldus ja tekiks nõ "üks uks" abi saamiseks ja väheneks süsteemide killustatus, on katsetatud kahe aasta vältel integreeritud teenuste korralduse maakondlikku mudelit. Mudeli piloteerimisse on kaasatud vaimse tervise häirega eakad ning nende lähedased, kes vajavad kombineerituna mitme ehk integreeritud teenuse osutamist ja tuge (tugiisiku-, isikliku abistaja-, kodu- ja nõustamisteenus).

Koostöömudeli parimaks piloteerimiseks on loodud klient ehk persoona, kes pole idealiseeritud inimene, vaid kelle natuur on vormunud projekti käigus. Persoona on teenuse lõppkasutaja, kelle eesmärgid ja ootused on need, kelle ümber ja kelle jaoks kogu süsteem üldse ehitatakse. Persoona on arutelude käigus kokku pandud tegelaskuju, kes esindab teenuse tarbijat ehk tüüpilist klienti.

Eesmärgid integreeritud teenuse osutamise ja koostöömudeli rakendamise osas:



toetada vaimse tervise
probleemidega eakate
võimalikult kauakestvat
toimetulekut kodustes
tingimustes



vähendada
hoolduskoormusega
inimeste koormust ja
seeläbi toetada nende
osalemist tööhõives



koostöö tõhustamine
eri valdkondade ja
sotsiaalsüsteemi vahel

Visuaal 3. (loodud koostöömodeli koostajate poolt).

Koostöömodel on unistus, mille poole me soovime püüelda. Selline lähenemine annab võimaluse rakendada teenuste kombineerimist maakondlikul tasandil kohalike omavalitsuste üleselt ning osutada abivajajale vajaminevaid teenuseid tema vajadustest lähtuvalt - isikukeskselt ja juhtumikorralduslikul põhimõttel.

Koostöömodelist saadav otsene kasu:

- inimene saab võimaluse elada oma kodustes tingimustes võimalikult pikalt ning tema hoolduskoormusega lähedane saab võimaluse olla tööturul aktiivne;
- hoolduskoormusega lähedane saab tööturul olla ning ei vaja omakorda toimetulekuks sotsiaalse abi ega -toetusi;
- hoolekandeteenuste sisu kvaliteet paraneb ja on mõtestatud: lähtub isikukesksusest, integreerituna erinevatest vajaduspõhistest teenustest;
- kohaliku omavalitsuste spetsialistid on teadlikud, kuidas võimalikult varakult märgata eakate vaimse tervise häireid;
- Võru maakonna omavalitsuste hoolekandeteenused on teinud arenguhüppe ning üha enam liigutakse jätkusuutlikumate ja nutikate lahenduste suunal;
- nõ „erinevate uste“ dubleerimine on vähenenud;
- inimesed saavad ühesugust kvaliteetset teenust ühtsetel alustel;
- osapooli ühendav koostöövõrgustik – tulemuslik ja teadlik tugitegevuse osutamine;
- suurenenud tehnoloogiasõbralikkus hoolekandeteenustes ja kulude optimeerimise võimalus.

3. LÄHENEMINE

Koostöömodeli valmimiseks uurisime pilootprojekti käigus saadud integreeritud teenuse korraldamise ja osutamise, sh nõustamisteenuse ja tugigruppides osalemise kogemusi. Uuringu eesmärk oli saada teavet integreeritud hoolekandeteenuste korraldamise ja osutamise kohta ning vaateid, missugusena näevad võtmeisikud maakonnaülel koostöömodeli korralduslikku tegevust ning selle rakendamise võimalusi.

Uuringu käigus viisime läbi poolstruktureeritud intervjuud Antsla, Rõuge, Võru valla ning Võru linna sotsiaalvaldkonna võtmeisikutega; MTÜ Lõuna-Eesti Erihoolekandeteenuste Keskuse juhi ning nõustamisteenuse ja tugigruppide juhiga.

Peamised mõtted ja ettepanekud intervjuudest koostöömudeli osas, mille keskmes oli küsimus: “Mida tähendab VESTA projekti koostöömudel?”

Peegeldades seda, mida osalejad ise välja tõid, jäävad kõlama järgmised muutused. Ühtlasi on tsiteeritud osalejaid, et anda edasi vahetut emotsiooni.

Intervjuudest selgus, et EHTK olulisus maakonnaülese teenuse osutamisel on hästi kõrge ning ootus EHTKle kui potentsiaalsele teenuseosutajale on KOVide esindajatel olemas.

„EHTK olemasolu on hädavajalik tugeva olemasoleva pagasiga - me võime küll koolitada oma töötajaid, aga KOVis ei peaks olema ekstrateadmistega professionaalne inimene tööl, kes suudaks nõustada spetsiifilist aspekti.“

„Meie projekt läks tööle tänu nõustamisteenusele, mida inimene sai EHTKst ja mille toel tekkis perekonnal meie kui KOVi osas usaldus.“

„Probleem = nõustamine ja probleem jõuab professionaalsesse asutusse ehk EHTKsse, kust inimene saab terviklahendusena sotsiaalteenuse integreeritud teenuse kui nõustamise integreeritud teenuse osana.“

„KOV on võimeline nõustama, tagama koduhooldust, kuid palju lihtsam meile on see, kui EHTK seda teenust teeb – 1 uks, tervikteenus perekonna jaoks – nii kliendil kui lähedase/perekonna jaoks ühe ukse taga. EHTK nõustab, soovitab abivahendeid jms – kompaktselt tuleb teenus terviklahendusena.“

„Tellime kompetentsikeskusest (EHTK) terviklahenduse – KOV teeb otsuse ja kogu majandamine, töötajate koolitamine, nõustamised jms tuleb kõik ühest kohast.“

„Me tahame kindlasti koostööd jätkata EHTKga, kuid vajadus on mõista, kuidas rahastamine sel juhul on. Avalike teenuste delegeerimine on siin ilmselt võimalus. EHTKl leida oma suund ja siin on teenuse kujundamise teema.“

„EHTK võtab tööle need inimesed, kes täna on tööl KOVides VESTA teenuseosutajatena ning sealtkaudu hakkab integreeritud teenuse osutamine toimima. EHTK pakub nt ajutreeningut jms teenuseid hoidmaks olemasolevaid ressursse, mis on veel olemas.“

„Meie maakonnas võiks olla EHTK, kes hakkab koordineerima integreeritud teenust. Nõustamine EHTKst, jagatakse info KOVI ja kuna EHTKl on kompetents jms olemas, siis saabki teenuse EHTKs.“

„Seesama kompetentsikabinet võiks olla hoopiski EHTKs - see vaimse tervise keskus ja seal jookseks haigla lülid ka sisse ja KOV toetaja meeskonnaliikmetena. Kõik oskused on olemas EHTKl, oleks vaja vaid 1 inimese rahastust sinna vaimse tervise keskusesse.“

„Initsiatiivi võiks võtta EHTK oma kompetentsiga ja olla partneriks ka haiglaga. Samuti võiks EHTK teha ka väljapoole teavitustööd ja koolitusi selles valdkonnas.“

„Perspektiivi on EHTKl. Meie maakonnas võiks olla parima kompetentsi näol integreeritud teenuse osutajaks EHTK.“

„Juhtumi vedaja on EHTKs, sest kui kõik teenuse komponendid tulevad sealt, siis on juhtumioomanik EHTK, kes kaasab KOVi teatud kokkulepitud aegadel. EHTK võrgustik on nii võimekas, et suudab maakonnaüleselt teenust KOVidele pakkuda. KOV suunab ja teenust osutatakse.“

Maakonnaülese teenuse osutamise mõtte osas töid intervjueeritavad välja peajasjalikult mõtted, et edaspidiselt on mõistlik läheneda koostöiselt:

„Oleme väike maakond, väikeste KOVidega – oleks mõistlik ühildada teenused ja meist igaiüks KOV eraldi ei peaks teenust sedapidi osutama. See ei pea olema meie teenus, see võiks olla maakonnaülene teenus. Kuigi ma ei näe, et see tuleb üleöö, sellega on vaja palju tööd teha.“

„Me ei saanud vedama, mõne KOVi huvi oli väga leige ja KOVide toimetamised väga erinevad, (määrused, teenuse osutamised jne). Kui see on maakonnaülene, siis me teeme ühtemoodi ja inimene saab ühesugust teenust erinevas maakonna igas nurgas.“

„Maakonnaülese teenuse mõistes olen positiivselt meelestatud: täna sõidavad teenuseosutajad oma valla piirini ja osutavad teenust ainult oma valla piirini. Kui seal piiri servas on ka teise KOVi klient, võiks osutada ju seal teenuse ära see inimene, kes seal läheduses paikneb, mitte see, et sõidetakse valla ühest servast teise. Kulutatakse aega ja raha ja mõttetuid kilomeetreid.“

„Kõik 5 KOVi peab olema nõus, et teenust hakata osutama maakonnaüleselt ja need otsused peavad sündima kõrgemal tasandil.“

„Keeruline on osutada ükskõik missugust avalikku teenust hajapiirkonnas. Linnas ei tekita see keerulisust just selle piirkonna kompaktsuse mõistes.“

Integreeritud teenuse osutamise osas toodi olulisena välja, et eelkõige on tegemist suuremahulise koostööprojektiga. Samuti toodi välja, et KOVi ei pea olema võimekust ega oskust kõikide teenuste mõistes omada süvateadmisi vaid tulemuslikum on kindlasti delegeerida teenuste osutamine kompetentsust omavale organisatsioonile:

„Koostöö erinevate osapoolte vahel (KOV, inimene, lähedased ehk perekond, EHTK) justkui kolmik-koostöö või kolmnurk.“

„KOV leiab teenust vajavad inimesed üles ja edastab info. KOVi on põhiülevaade teenust vajavatest inimestest.“

„Probleem vaimse tervisega: nõustamine ja probleem jõuab professionaalsesse asutusse ehk EHTKsse, kust inimene saab terviklahendusena sotsiaalteenuse integreeritud teenuse kui nõustamise integreeritud teenuse osana.“

„KOV on võimeline nõustama, tagama koduhooldust, kuid palju lihtsam meile on see, kui EHTK seda teenust teeb – 1 uks, tervikteenus perekonna jaoks – nii kliendil kui lähedase/perekonna jaoks ühe ukse taga. EHTK nõustab, soovib abivahendeid jms – kompaktselt tuleb teenus terviklahendusena.“

„Teenusedisaini kaudu probleemile lähenedes – sa näed vigu, tead, kuidas saab paremini teha. Juhid (otsustajad) ei saa sellest aru, et sellega tuleb tegeleda, sellesse investeerida. Arendused peavad tulema kaasa, kuid keeruline on see, et juhid ikka ei mõtesta seda ja nad loodavad, et spetsialistid saavad ise hakkama. Me ei saa ise hakkama, meil on vaja kaasamõtlejaid.“

„Mugavust on palju ja kui sa ütled sotsiaalosakonnas, et teeme muudatusi, sest vanal moel enam ei saa ja uut moodi ei oska. Siis algatuseks näed sellega vaeva - kõigepealt tuleb see hädakisa muutuste rakendamise osas üle elada. Mu närvid maksivad rohkem kui see muutus. Selleks ajaks on mõni projekt juba lõppenud enne, kui ma olen mõelnud või saanud muudatust rakendada asuda.“

„Me ei saanud vedama, mõne KOVi huvi oli väga leige ja KOVi teoimetamised väga erinevad (määrused, teenuse osutamised jne). Kui see on maakonnaülene, siis me teeme ühtemoodi ja inimene saab ühesugust teenust erinevas maakonna igas nurgas.“

„Töötajate oskus märgata väikesi nüansse kliendi juures toimuvate muutuste osas teenusel olemise ajal. **Pühendumine** ja **see miski** on puudu klienditöös KOVi tasandil. Oluline töötajal mõista, mida ja miks ta teeb ning teenuseosutaja puhul KOV tasandil mängib rolli kindlasti ka elukogemus.“

„Kes korraldab – KOV korraldab, sest KOVII õigus otsuseid teha, KOVil on raha, KOV saab menetleda ja keeruline on anda üle mõnele asutusele teenuse osutamist. Kui kõik ametlikud, seadusest tulenevad asjaajamised on ära tehtud, siis hakkab teenust osutama mõni kompetentne MTÜ.“

Tuleviku osas integreeritud teenuse ja koostöömodeli rakendamise osas peetakse oluliseks ühe kompetentsikeskuse olemasolu, kust inimene saab terviklahenduse kätte ühest uksest sisenedes ja samuti tuli unistada:

„Unistada ju võib – minu unistus see, et oleks 1 koordinaator maakonnas, kes tegeleb dementsusega inimeste probleemidega ja see jõuaks KOV sotsiaalosakonda infona.“

„Kui Võru tervisekeskuses oleks pädev töötaja, kellel on kogu pakett dementsuse teemade kohtamaterjalid jne info. Kordan veelkord, et pädev inimene, siis see võiks koordineerida dementsusega inimeste teemade valdkonda maakonnas.“

„Märksõnaks on varajane märkamine. Esmane tasand on nõrk – märkamine, teadlikkus dementsusest on madal.“

„KOV võtab vastutuse, kuid kui meil on olemas EHTK osas kompetentsid, siis tulevikus näen, et nõustamised ja tugigrupid tulevad EHTKst.“

„Minu tähelepanek – inimene on saanud otsuse, kuid see ta ei lähe nõustamisele ega tugigruppi, sest ta justkui kardab, et see otsus on justkui mingi leping või midagi sellist ametlikku ja tulebki sein ette.“

„Dementsussündroomiga inimestele mõeldud teenus võiks tulla kusagilt mujalt, mitte ei peaks olema KOVi katta. See võiks olla riiklik teema ja seda tuleks toetada riiklikult, siis ma näen, et igas maakonnas on 1 inimene, kes teeb seda tööd.“

„Vaimse tervise temaatikaga ei pea KOV üksinda toimetama, sest seal ei ole kompetentsi. Inimese jaoks on vajalik 1 uks.“

„Tulevikus võiks olla eraldi sotsiaalsed ettevõtted, mis osutavad selliseid teenuseid, mitte ei tee seda KOV.“

„Koostöömudeli rakendamise puhul ei pea arenduskeskus vahel olema, kuid KOV ja ettevõtte, mis on teadmiste pagasiga, peaks olema omavahelistes partnerlussuhetes.“

„EHTK võiks nõustada lisaks inimestele ka KOVe ja veelgi laiemat võrgustikku (politsei, bussifirmad ja muud teenindussektorid).“

Projektis osalemise kohta töid intervjuueeritavad välja, et see on olnud üks suur õppimise ja kogemise lugu.

„See on mulle endale arendav olnud, tunnen end julgemalt ja tugevalt.“

„Kui minu tänased teadmised saaks kanda 10 aasta tagusesse aega, siis oleksin mõistnud võib olla nii mõnegi inimese lugu teiste teadmiste ja vaadete kaudu.“

„Mõtisklen, et kui ma ükskord vanaks jään ning mul on vaimse tervise häire, siis tahan küll, et mul võiks olla sellise kogemusega teenuseosutaja nagu meil täna projektist saadud õppetunnid on.“

„Iga algus on keeruline, kuid vaatan tänutundega tervikuna projektile, sest olen küll saanud väga palju uut – nii kogemusi kui ka parasjagu õppetunde ja lisaks häid teekaaslasi.“

Omastehooldajatele viisime läbi veebipõhise ankeetküsitluse Google Forms kaudu. Ankeetküsitluse vastustest selgus, et VESTA projekti kaudu integreeritud hoolekandeteenusel viibimine on mõjutanud vaimse tervise häirega eakate toimetulekut positiivses võtmes ning, et teenuse osutamist oodatakse laiapõhjemalt ning suuremas mahus.

Kas ja mil viisil on VESTA projekti kaudu integreeritud hoolekandeteenusel viibimine mõjutanud Teie lähedase, kellel on vaimse tervise häire, toimetulekut projektis osalemise ajal?

- Ei tea, sest teenust on rakendatud vähest aega;
- inimene on saanud oma kodus olla ning projekti kaudu saadud abivahendid on muutnud une rahulikumaks;
- tänu projektile sai käidud arstil ning tõhusamad ravimid haiguse leevendamiseks;
- suur abi on olnud lähedase igapäevasel jälgimisel ja kodusel toimetulekul;
- eaka enda toimetulekut ei ole see üldse mõjutanud, aga kergem on lähedasel;
- eakas pole enam päevad läbi üksinda kodus, mistõttu on tal tuju parem ja ta räägib rohkem turvatunde tekkimine nii eakal kui endal.

Kas ja miks ma soovitan seda teenust kellelegi, kellel on vaimse tervise häirega (näiteks dementsussündroomiga) pereliige või mõni teine lähedane?

- Kindlasti soovitame integreeritud teenust ka teistele abivajajatele - inimene ei ole üksi oma murega - ta saab mõtteid vahetada ja abi küsida;
- saab infomaterjali, tutvustatakse põnevaid ja kasulikke abivahendeid;
- vaimse tervise häirega inimese enda kõrval vajavad toetust ka tema pereliikmed;
- see aeg, mille võtab kanda teenuseosutaja, on pereliikmetele väga vajalik - mida rohkem abistajaid lähedastel on, seda kergem on olukorraga toime tulla;
- inimene ehk vaimse tervise häirega eakas vajab samamoodi suhtlemist ja ka mingit tegevust - hea, kui keegi juhendab tegevusi ning saab mängida kasvõi mõnda lihtsat lauamängu.

Mida on andnud või missuguseid võimalusi on avanud VESTA projektis osalemine Teie lähedasele, Teie endale ja teistele pereliikmetele?

- saan üle mitme aasta võtta 2 nädalat puhkust ema hooldamisest;
- mõned projekti raames saadud vahendid on mitmekesistanud meie ema üksluist ja piiratud elu;
- tugigruppidest saadav tugi ja nipid lähedasega toimetulekuks on hindamatu väärtusega;
- pereliikmetel on võimalik täita oma töökohustusi tänu teenuse osutamisele; abivahendite olulisuse - videovalve lahenduse, tänu millele ollakse kursis, mida inimene teeb;
- lähedasele on tagatud palju rohkem südamerahu ja see on väga oluline;
- projektis osalemine võimaldab lähedasel tööl käia ning vähem pingeid.

Avaldage mõtteid, kas ja mida võiks/tuleks muuta projekti poolt osutatava integreeritud hoolekandeteenuse korraldamises?

- teenus on hästi korraldatud;
- võiks veel rohkem olla kodukülastusi teenuse sees ning et teenuse osutamine võiks olla pidev, mitte vaid projektipõhine.

Kuidas jõudis Teieni informatsioon selles projektis osalemise võimaluse kohta?

- kohaliku omavalitsuse töötaja tutvustas sellise teenuse võimalust;
- info jõudis kätte kohaliku omavalitsuse ajalehe kaudu.

Unistamise küsimus, kui raha ei oleks takistuseks:
"Missugune oleks nõ "unistuste teenus" vaimse
tervise häirega eakale ja tema lähedasele?"

- et ka vaimse tervisega eakas saaks kindlasti olla oma kodus, mitte hooldekodus;
- teenust võiks saada ka nädalavahetusel, kui pere tahaks nt. kuhugi sõita, sest dementsussündroomiga inimest ju igale poole kaasa ei võta;
- koduabi vajadus teenusena 2x päevas, et eakad saaksid olla oma kodudes elu lõpuni ning saaksid hooldatud 24/7;
- tugiisiku sage külastus, kaamera tuppa, et saaks iga kell jälgida, kas lähedasega on kõik korras;
- hooldajana tuntakse, et vajatakse vahel aega ka iseenda jaoks ja unistus, et võrgustikus oleks rohkem inimesi;
- privaatne hooldekodu, mis arvestab häire raskusega.

Kui olete osalenud tugigrupis, siis palun kirjeldage,
kuidas ja mil viisil on see võimalus toetanud Teie
toimetulekut? Kui on olnud takistusi teenusel
osalemisega, siis mis need on olnud?

- ei ole olnud võimalust osaleda, sest aeg on viimse minutini piiratud ja tugigruppide kellaajad siiski ei sobitu;
- saadud teadmiste ja kogemuste põhjal on lihtsam kõigega toime tulla;
- ma pole üksi ja mul on võimalus rääkida inimestega, kes saavad minust täpselt aru;
- olen saanud palju hingelist tuge;
- mul on olnud võimalus ka ennast arendada (lugemissoovitused);
- virtuaalsed tugigrupid võiksid ka rakenduda, sest alati polegi isu kuhugi sõita.

4. PROTSESSI KIRJELDUS

Komplekssete probleemide lahenduste juurutamisel on vajalik muutuse rakendamine mitmel tasandil. Selleks, et muutuste juurdumine saaks aset leida, on vajalik juurutada valdkondadeülest, erinevaid osapooli kaasavat ja katsetamisel põhinevat lähenemist.

Järjest olulisemaks muutub inimeste jaoks avaliku sektori teenusest saadav tarbimiskogemus. Kõige olulisem on, et inimene ja tema perekond saavad kaasa rääkida inimest puutuvates tugisüsteemide ja teenuste kujunemise protsessis.

a) Teenuseosutajad ja võrgustikuliikmed

VESTA teenuseosutajad kuuluvad kliendi võrgustikku. Kaasatud on erinevad osapooled: kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialist, integreeritud teenuse osutaja, erihooldusteenuste keskuse nõustamisteenuse ja tugigruppide koordinaator, tugigruppide vabatahtlikud, naabrid/kogukond. Teisi spetsialiste kaasatakse meeskonda lähtuvalt kliendi abivajadusest ja tema perekonna poolt antud nõusolekust.



Visuaal 4. Klient 1 ehk vaimse tervise häirega eakas ja tema koostöövõrgustik (loodud koostöömudeli koostajate poolt).



Kommenteerinud [1]: palun taust heledaks

Visuaal 5. Klient 2 ehk lähedane/perekond ja tema koostöövõrgustik (loodud koostöömudeli koostajate poolt).

b) VESTA teenuse osutamine

Inimestevahelise ühise eesmärgini või tulemuseni jõudmiseks on efektiivseim ja ainsam viis osapoolte vaheline koostöö.

Oluline on tervise-, sotsiaal- ja muudes puutumusel olevates valdkonnas töötavate spetsialistide suutlikkus see häire ära tunda, teadvustada ja samaaegselt luua võimalused inimesel enda eluga toime tulla. Vaimse tervise häire on haigus, mis toob kaasa raskusi igapäevaeluga toimetulekus, koduste igapäevatoimingute läbiviimises ning sageli satub eakas sellel põhjusel sotsiaaltöötaja huvisfääri.

Vajalik on erinevate osapoolte vaheline tihe koostöö. Integreeritud teenuse osutamiseks loodi osapooli ühendav (VAK, KOV, EHTK, DKK) koostöövõrgustik, selleks, et mäluhäiretega inimeste abistamise kaudu parandada eaka ja tema lähedaste elukvaliteeti. VESTA teenuse osutamise käigus saadud kogemus on tegevus koostööst, mille käigus katsetati koostööpartnerlusel põhinevat teenuste korraldust.

Teenuse osutamise protsessis on oluline:

- ▶ VARAJANE MÄRKAMINE – probleemi avastamine, diagnoosimine ja sekkumine.
- ▶ MÄRKAME VESTA klienti omaavalitsuses, kodus või kogukonnas.
- ▶ MÕISTAME klienti vajadusi igakülgsest – tema tervises seisundit, sotsiaalseid probleeme, eluolu, meeleolu ja hoiakuid.
- ▶ PLANEERIME vajalikud tegevused, meeskonnatöö tegevused ja ajakava.
- ▶ AITAME nii erialaselt kui igal elulisel moel, sealjuures lihtsalt ja lahkelt suheldes.

c) VESTA isikud

VESTA projektis loime järgmised 4 isikut, mis kirjeldavad VESTA projektis integreeritud teenuse tüüpkasutajaid ehk kliente, klienti lähedast. Isiku loomine on vajalik selleks, et mõista, kes on just selle teenuse puhul meie peamine klient. Tänu sellisele “teenuse isikule” loomisele oleme markeerinud ära inimesed, kellele oleme valmis teenust pakkuma ning keda peame oma klientiks.

Isikud on kirjeldatud lihtsustatud tüüpilise klienti ehk portree alusel:

- kes ta on (nimi, segment, elukutse, vanus, elukoht, perekonnaseis, hobia, muu oluline);
- tsitaat/aforism, mis teda iseloomustab;
- mis on tema probleem/soov/vajadus?; mis otsuseid ta peab sellega tegema?;

- mis on tema suurim murekoht?;
- mis on tema suurim võimalus?;
- kuidas ta tahab, et temaga suheldakse?;
- mis on tema jaoks „Vau“.



KES TA ON?

Nimi: Heldur

Segment: pensionär

Elukutse: endine traktorist

Vanus: 80

Elukoht: alevik, eramaja

Perekonnaseis: abielus

Hobid: kalal käimine,
marjul-seenel käimine,
lugemine, filmide
vaatamine

Muu oluline:

kuulmislangus; ei mõista
kõiki olukordasid, mis
ärritab teda

TSITAAT, AFORISM VÕI VANASÕNA, MIS TEDA ISELOOMUSTAB

„Kui kuidagi ei saa, siis kuidagi ikka saab!“

MIS ON TEMA PROBLEEM/SOOV/VAJADUS? MIS OTSUSEID TA PEAB SEOSSES OLUKORRAGA TEGEMA?

Ei taha üksinda olla. Tahab teha tööd ja kodus asjatada. Soovib leida tegevust ja enda kõrvale sobiva inimese, kes on valmis ja saab temaga aega veeta ning kes on talle tuttav.

MIS ON TEMA SUURIM MUREKOHT?

Kõigil on omad tegemised.
Miks mind kaasa ei võeta kuhugi?
Tahan koju. Ma ei oska, ma ei õnnestu.
Mul ei ole jõudu. Minu eest tehakse kõik ära.

KUIDAS TA TAHAB, ET TEMAGA SUHELDAKSE?

Rahulikult kõneldes, valju häälega ja vajadusel mitu korda lihtsalt korrates ning talle tuttavate sõnadega.

MIS ON TEMA SUURIM VÕIMALUS?

Pakkuda talle tegevust, mis on jõukohane, nt õunapuukste lõikamine; marjade puhastamine, puude riita ladumine koos talle tuttava isikuga, kes juhendab teda.

MIS OLEKS TEMA JAOKS „VAU“?

Teda võetakse kaasa, see kõik kestab lühikest aega ning selle käigus saab teha midagi kasulikku: nt tütre ja abikaasaga minnakse metsa pohlamarju korjama päikeselisel päeval; keegi ütleb talle, mida teha ja ta õnnestub selles tegevuses.

Visuaal 6. Persoon - vaimse tervise häirega eakas.



KES TA ON?

Nimi: Helju
Segment: Arveametnik
(raamatupidaja)
Vanus: 90
Elukoht: linn
Perekonnaseis: lesk
Hobid: televiisori
vaatamine
Muu oluline:
koostöövalmis ja
heasüdamlik

TSITAAT, AFORISM VÕI VANASÕNA, MIS TEDA ISELOOMUSTAB

„Tänasida toimetusi ära viska homse varna!“

MIS ON TEMA PROBLEEM/SOOV/VAJADUS? MIS OTSUSEID TA PEAB SEOSSES OLUKORRAGA TEGEMA?

Süvenenud probleemid mäluga, kardab, et ei saa enam üksinda kodus hakkama; ta peab otsustama edasise elukorralduse.

MIS ON TEMA SUURIM MUREKOHT?

Suurim kartus ja mure on kolimine hooldekodusse, kuhu ta minna ei soovi; kardab kaotada iseseisvust.

KUIDAS TA TAHAB, ET TEMAGA SUHELDAKSE?

Helju on avatud ja sõbralik inimene; suhelda tuleb temaga täiskasvanu tasandil. Arutab meeleldi oma elukorralduslikke küsimusi. On viisakas ja ootab seda ka kaasvestlejalt.

MIS ON TEMA SUURIM VÕIMALUS?

Parim võimalus on hooldekodu linnas, kus saaksid teda külastada tema sugulased, siis säiliks nendega side.

MIS OLEKS TEMA JAOKS „VAU“?

Pääseteeks oleks igapäevane koduteenus, mis aitaks korraldada ravimite võtmise, toidu toomise ja eluaseme korrashoidmise.

Visuaal 7. Persoon 2 - vaimse tervise häirega eakas.



TSITAAT, AFORISM VÕI VANASÕNA,
MIS TEDA ISELOOMUSTAB

„Kes teeb, see jõuab“

KES TA ON?

Nimi: Tiiu

Segment: töötaja

Elukutse: raamatupidaja

Vanus: 48

Elukoht: alevik, eramaja

Perekonnaseis: abielus

Hobid: aiandus, käsitöö

Muu oluline: lapsed on

kodust ära läinud, elab

koos eaka vanemaga.

MIS ON TEMA PROBLEEM/SOOV/VAJADUS? MIS OTSUSEID TA PEAB SEOSSES OLUKORRAGA TEGEMA?

Soov puhata, saada aega iseenda jaoks. Teda valdab süütunne ja häbi suutmatusega olukorraga hakkama saada. Vajadus abi otsida, leida hooldaja, paigutada vanem hooldekodusse? Otsus: julgus mõelda enda vajaduste peale.

MIS ON TEMA SUURIM MUREKOHT?

Kuidas vanem ennast tunneb? Mida teised mõtlevad? Mida ma tegema pean (keegi ei saa mind aidata ja ma ei tohi muuta olukorda, sest siis läheb halvemaks)? Teadmatus tuleviku osas – mis ja kuidas edasi?

KUIDAS TA TAHAB, ET TEMAGA SUHELDAKSE?

Ärakuulamine, mõistmine, olemasolevate lahenduste pakkumine, õigus otsustada ise.

MIS ON TEMA SUURIM VÕIMALUS?

Vaimse tervise ja iseenda hoidmine. Julgus pöörduda abi saamiseks ning elada endale. Osaleda nõustamisteenusel ja tugigruppides.

MIS OLEKS TEMA JAOKS „VAU“?

Teadmine, et inimene ei ole üksi. Minu mure võib olla ka kellegi teise mure; sama probleemiga on ka teised silmitsi seisnud – oluline vahetada kogemusi.

Visuaal 8. Persoon 3. vaimse tervise häirega eaka lähedane.



TSITAAT, AFORISM VÕI VANASÕNA, MIS TEDA ISELOOMUSTAB

„Ära palu kergemat elu, palu, et Sa oleksid tugevam inimene.“

MIS ON TEMA PROBLEEM/SOOV/VAJADUS? MIS OTSUSEID TA PEAB SEOS ES OLUKORRAGA TEGEMA?

Ajaliselt kinni 24/7. Lähedase abistamine kõikides elutoimingutes, pidev järelevalve ja kontroll, et lähedasega oleks kõik hästi ja ta viibiks turvalises keskkonnas.

MIS ON TEMA SUURIM MUREKOHT?

Magamatus, isikliku aja puudumine; füüsiline ja vaimne pingeline lisaks põhitööle.

KUIDAS TA TAHAB, ET TEMAGA SUHELDAKSE?

Igakülgne mõistmine ja erinevad teenuste lahendused on teretulnud. Konkreetseid kokkulepped lähedase järelevalve ja abistamise osas. Häiriv faktor on, et jagub piisavalt kõrvalisi/suvalisi isikuid, kes ei tea probleemistikust midagi, kuid jagavad oma tarkusi.

MIS ON TEMA SUURIM VÕIMALUS?

Suurimaks võimaluseks on lähedase paigutamine hooldekodusse, kus on tagatud hea hooldus ja järelevalve 24/7.

MIS OLEKS TEMA JAOKS „VAU“?

Head varianti ei näe. Lähedane on kurb ja õnnetu, kui ei saa enam ühel hetkel oma kodus olla. „Vau“ on, kui hoolduskoormus on jagatud ja ühel hetkel ei tule 24/7 üksinda hooldusega tegelema vaid saab vastutust jagada.

KES TA ON?

Nimi: Anu
Segment: töötaja
Elukutse: meditsiinitöötaja
Vanus: 56
Elukoht: alevik
Perekonnaseis: lesk
Hobid: käsitöö, kõndimine, aiandus, muusika, lapselastega tegelemine.
Muu oluline: perekonna toetus on olemas, püüab mõista ja hakkama saada.

Visuaal 9. Persoon 4. vaimse tervise häirega eaka lähedane.

5. KOOSTÖÖMUDELI PÕHIKOMPONENDID

a) Teekond teenusele

Vaimse tervise probleemi märkamine kas perearsti, lähedaste, kogukonna (naabrid, töökaaslased) või jõustruktuuride poolt (pääste, politsei, kiirabi) mingi sündmuse tulemusena. Seejärel jõuab teavitust vaimse tervise häirega eakast ning tema perest kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajani. Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja hindab vaimse tervise häirega eaka ning tema lähedase abivajadust. KOV sotsiaaltöötaja tutvustab kõigile osapooltele (klient ja lähedane) integreeritud- ja nõustamisteenuse sisu. Selgitab koos kliendi ning tema pereliikmetega lähtuvalt kliendi vajadustest välja teenuse sisuvajaduse ning suunab kohaliku omavalitsuse haldusaktiga kliendi integreeritud teenusele ja tema lähedase nõustamisteenusele ja tugigruppi.

b) Teenuse osutamine/saamine

Hindamise käigus selguvad kliendi ja lähedase toimetulekumehhanismid, mille alusel sõnastatakse olulised probleemid ning teenuse eesmärgid. Lähtuvalt kliendi vajadustest, kutsutakse kokku spetsialistide tugivõrgustik. Võrgustik on kliendi toimetulekut toetav meeskond, kuhu kuuluvad kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, integreeritud teenuse osutaja, kliendi lähedased, muud kliendi toimetulekut toetavad spetsialistid (nt vabatahtlik seltsiline, naaber), kes kuuluvad võrgustikku tulenevalt kliendi vajadustest ja nõusolekust. Võrgustiku tähtsaim liige on klient.

Koostöös võrgustikuga lepatakse kokku tegevuskava kliendi tervise hoidmiseks ja parimaks toetamiseks ehk sõnastatakse kliendi jaoks integreeritud teenuste tegevusplaan. Tegevusplaan sisaldab teenuse eesmärgi ja võimalikke tegevusi nende saavutamiseks. Tegevusplaan on võrgustikuliikmete ühine kokkulepe kliendi tervise, toimetuleku ja abivajaduse toetamiseks.

c) Teenuse kvaliteedi/tulemuse peegeldus

Tegevuskava täitmist jälgib ja toetab juhtumikorraldaja, kes on regulaarselt ühenduses kliendi (kui see on võimalik) ja tema võrgustikuliikmetega. Kliendi seisundi ja vajaduste muutudes tehakse vajalikud täiendused tegevuskavas. Integreeritud teenuste pakkumise keskseks põhimõtteks on teenuseosutajate vaheline teenuse ja infoliikumise kvaliteetne tagamine. Ideaalis on selleks loodud IT-lahendus, mille kaudu liigub oluline info inimese kohta integreeritud teenuste meeskonna liikmete vahel. IT-lahendus loob erinevate osapoolte vahel ühise infovälja.



Visuaal 10. VESTA kliendi jõudmine teenusele

6. INTEGREERITUD TEENUSE KORRALDUSE MUDEL

Sotsiaalhoolekandeseadus (edaspidi SHS) sätestab, et kohalik omavalitsus on kohustatud korraldama vähemalt 13 erinevat sotsiaalteenust. SHS § 3 alusel lähtutakse sotsiaalhoolekandelise abi andmisel esmajärjekorras isiku vajadusest; eelistatakse abimeetmeid, mis on suunatud võimaluste leidmisele ja isiku suutlikkuse suurendamisele korraldada oma elu võimalikult iseseisvalt; nõustatakse isikut abimeetme valikul ja kohandamisel ning vajaduse korral abi kasutamisel vastava erialase ettevalmistusega spetsialisti poolt; lähtutakse abimeetme rakendamise tulemuslikkusest abi vajava isiku ning vajaduse korral pere ja kogukonna seisukohast; kaasatakse abi andmise kõikidel etappidel abi vajavat isikut ning vajaduse korral ka tema perekonnaliikmeid, kui isik on selleks nõusoleku andnud; tagatakse abimeetmed isikule võimalikult kättesaadaval moel.

Samuti, lähtuvalt SHS § 9 järgi antakse inimesele abi juhtumikorralduse põhimõttel, kui isik vajab iseseisva toimetuleku parandamiseks pikaajalist ja mitmekülgset abi, mis hõlmab ka vajadust koordineerida mitme organisatsiooni koostööd abi andmisel. Abi andmine hõlmab muu hulgas:

- 1) juhtumiplaani koostamist ja osapoolte üksteisega seotud tegevuste ajakava kooskõlastamist;
- 2) juhtumi koordineerija määramist;
- 3) vastastikuse teabevahetuse korras kokku leppimist.

Integreeritud teenuse eesmärk:

1. Toetada vaimse tervise probleemidega eakate võimalikult kauakestvat toimetulekut kodustes tingimustes;
2. vähendada hoolduskoormusega inimeste koormust ja seeläbi toetada nende osalemist tööhõives.

Integreeritud teenuse sisu koosneb kombineerituna järgmistest SHSis (sotsiaalhoolekande seadus) sätestatud kohaliku omavalitsuse korraldatavatest sotsiaalhoolekande teenuste komponentidest:

- 1) koduteenus - täisealise isiku abistamine kodustes toimingutes ja asjaajamises;
- 2) tugisikuteenus - isiku jõustamine, juhendamine ja motiveerimine kohustuste täitmisel ja õiguste teostamisel sotsiaalsete, majanduslike, psühholoogiliste või tervislike probleemide korral;
- 3) isikliku abistaja teenus - füüsiline kõrvalabi täisealistele inimestele, kes oma puude tõttu vajavad abi iseseisvaks toimetulekuks ühiskonnas osalemiseks.
- 4) nõustamisteenus - individuaalne nõustamine või tugigrupid hoolduskoormusega inimestele, toetamaks neid hoolduskoormusega toimetulemisel.

Integreeritud teenuse korraldus

Eestis on pikaajaline hooldus tugevasti seotud perekondliku vastutusega. Hoolduskoormust mõjutab selle ennetamiseks ja leevendamiseks mõeldud teenuste puudumine või ebaühtlane kättesaadavus. Vaimse tervise häirega eaka ja omastehooldaja ehk eaka lähedase teekond integreeritud teenusele jõudmiseks hõlmab erinevaid etappe. Abivajaduse katmiseks arendasime pilootprojekti käigus olemasolevate teenuste baasilt integreeritud teenuste paketi, mis sobitub sihtgrupi individuaalsete eripäradega. Iga kohalik omavalitsus (Võru linn, Võru, Antsla, Setomaa, Rõuge vald) võttis vastu integreeritud sotsiaalhoolekandeteenuse osutamise korra, mille alusel integreeritud teenust osutada.

VESTA pilootprojekt aitas testida töökorralduse mudeleid, kuidas maakonnaüleselt osutada integreeritud hoolekandeteenuseid, kaasates selleks erinevaid osapooli.

Osapoolteks olid **Võrumaa Arenduskeskus**, kelle ülesandeks oli pilootprojekti kureerimine; **MTÜ Elu Dementsusega** panustas nõustamisteenuste osutamisse läbi avaliku dementsuse infoliini 644 6440; **Võru maakonna kohalike omavalitsuste rolliks** oli integreeritud teenuse korraldus; **MTÜ Lõuna-Eesti Erihoolekandeteenuste Keskuse** osutada oli integreeritud teenuse raames nõustamisteenust ja korraldada regulaarselt tugiruppide toimumist rotatsiooni korras kõikides kohalikes omavalitsustes.



Visuaal 11. Partnerite rollid projektis.

7. KOOSTÖÖMUDEL

Mudel on prototüüp, muster, mida saab kasutada mingi koostegevuse loomisel. Koostöö saavutamiseks ja arendamiseks on samuti võimalik kasutada mudelit – koostöömudelit. Partnerite-vahelise koostöö kaudu selgitatakse välja kõikide osapoolte eesmärgid. Eesmärkideni jõudmiseks on hea lähtuda koostöömudelist, mis aitab protsessis etapiti näha olulisi komponente ja soodustada koostööd. See omakorda tagab selle, et partnerite

vahel on üksteise mõistmine ning saab võimalikuks osapoolte vaheliste ülesannete teadvustamine.

VESTA projekti toetav koostöömudel peaks olema sobilik keerukate probleemide lahendamiseks, toetades laiemalt ühiskondlike kasude teket ning arvestades muutuse omaksvõtu eripäradega.

Pakutav mudel on olemuselt arendus- ja koordineerimismudel, mille fookuses on võimestada inimesi asju teistmoodi tegema ning toetada muutust tänases teenuste osutamise mudelis.

Tuginedes VESTA projekti piloteerimisest saadud kogemusele saab järeldada, et sotsiaalhoolekande korraldus maakondlikul tasandil vajab süsteemseid muudatusi, sest üles tuleb ehitada terviklik integreeritud sotsiaalhoolekandeteenuste süsteem. Uuendatud süsteem peab tagama hooldusvajadusega inimestele ühtlase kättesaadavuse ja kvaliteediga lõimitud teenused ning inimesekeskse hoolduse korralduse. Hoolduskoormuse leevendamiseks tuleb kaasata kolmanda sektori teenuseosutajaid, kogukonda ning pakkuda omastehooldajatele suuremat tuge, lähtudes sealjuures põhimõttest, et hooldusvajadusega inimestel on õigus elada täisväärtuslikku ja iseseisvat elu.

Projekti piloteerimise käigus katsetati erinevate kohalike omavalitsuste ja kaaspartneritega koostöös integreeritud sotsiaalhoolekandeteenuse osutamist Võru maakonnas ühesuguse lähenemise kaudu.

Võru maakonnas on olemas kohalike omavalitsuste ja AS Lõuna-Eesti Haigla poolt moodustatud MTÜ Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskus (EHTK), mille eesmärk on pakkuda erinevaid hoolekandeteenuseid psüühikahäirega täiskasvanud inimestele. See on maakonnas toimiv sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusektori kokkupuute koht, mille rolli teenuste osutamisel on vajadus suurendada. EHTK baasil on võimalus laiendada vaimse tervise probleemidega eakatele ja nende lähendastele suunatud teenuste paketti ning veelgi suurendada organisatsioonide (KOVid, haigla, Arenduskeskus j.t.) vahelist koostööd.

Loodud on osapooli ühendav koostöövõrgustik ja kokku on lepitud koostöö põhimõtted (organisatoorne struktuur, protsessid, infovahetus, kommunikatsioon jms). Sellega on loodud alus integreeritud teenuse korralduseks, saadud on vajalikud kogemused ja kokku on lepitud, kes mida teeb ning saadud on kogemus koosloomest, kus ühise eesmärgi saavutamiseks on kaasatud erinevad osapooled.

Ideaalne variant integreeritud sotsiaalhoolekandeteenuse osutamiseks on järgmine:

Ideaallahendus isikukeskse ja juhtumikorraldusliku integreeritud teenuse koostöömudeli mõistes:

Vaimse tervise probleemi märkamine:

- perearst/pereõde;
- Lähedased/perekond
- pääste, politsei, kiirabi
- kogukond (naabrid, töökaaslased)

Isikukeskse ja juhtumikorraldusliku integreeritud teenuse mudel:

- Avaliku teenuse korraldamine on delegeeritud KOVide poolt EHTKle (erihoooldusteenuste keskusele) ja teenust osutab maakonnaüleselt EHTK (erihoooldusteenuste keskus);
- EHTK hindab kokkulepitud hindamisinstrumentidega inimeste vajadusi (koostöös KOVidega kokku lepitud);
- EHTK määrab ja osutab integreeritud teenust maakonnaüleselt.

Maakonnaülesel teenuseosutamisel on mõistlik kaotada ära KOVide vahelised teenuseosutamise piirid ning osutada integreeritud teenust KOVide üleselt, mis annab eeldatavasti finantsilise kokkuhoiu ja mõistliku ajaressursi kasutuse. Näiteks ei ole mõistlik sõita Setomaa valla ühest otsast teise osutama teenust Rõuge valla piiriga paiknevasse külasse või Antsla valla ühest otsast teise, kui näiteks Rõuge valla teenuseosutaja saab teha ära sama teenuse.



Visuaal 12. Võru maakonna KOVide piirid ja Võru linn tõmbekeskusena.

Seesuguse maakonnaülese muutuse rakendamiseks on oluline, et teenuse korralduse arendusmeeskonnas on kõrgelt motiveeritud kohaliku omavalitsuse esindajad, kes otsustavad kohalikul tasandil. See tähendab seda, et arendustiim peab olema piisava suurusega selleks, et suuta koos tegutseda, jagada rolle ja ülesandeid. Samuti tähendab see, et osalevas meeskonnas on nii tippjuhtkonna kaasatust ja toetust kui ka rakendava taseme osalemist. See on oluline, sest komplekssete probleemidega tegelemine viib väiksemal või suuremal määral organisatsiooniliste muudatusteni ning see ei saa teostuda, kui kohalike poliitikute tasand ei ole sellesse kaasatud.

Maakonnaülesed sotsiaalhoolekandeteenused on nutikalt korraldatud ja kättesaadavad, sõltumata inimese elukohast. Kogukonnaressursi kaasamine avalike teenuste loomisse ja osutamisse ning kogukondadele suurema vabaduse ja vastutuse andmine on lähiajal mõõdapääsmatu.

Maakonnaülese integreeritud teenuse korralduse puhul on vajadus kasutusele võtta erinevad innovaatilised digitehnoloogilised lahendused, mis aitavad teenust KOV piirideüleselt korraldada ja samal ajal kulusid optimeerida.

Sotsiaalvaldkonna ja ka teiste valdkondade puhul tuleb maakonnaülesete teenuste osutamiseks teenuste pakkumisel koostööd teha kolmanda sektori organisatsioonidega. Strateegilisi eelistusi partnerite osas ei ole, kuid paljuski sõltub see loomulikult valdkonnast ja vajadustest teenuse sisu osas.

8. ETTEPANEKUD JA SOOVITUSED

Maailma Terviseorganisatsioon (edaspidi WHO) on kuulutanud dementsuse prioriteetseks rahvatervise probleemiks. 2017. a on maailma Terviseassamblee poolt heaks kiidetud dementsuse teemadega tegelemise ülemaailmne tegevuskava aastateks 2017–2025 (Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025), mis pakub poliitikakujundajatele ning WHO rahvusvahelistele, riiklikele ja piirkondlikele partneritele põhjaliku tegevusplaani järgnevates teemades:

- dementsuse käsitlemine rahvatervise probleemina;
- teadlikkuse tõstmine dementsusest ja dementsussõbraliku ühiskonna loomine;
- dementsusesse haigestumise riskide vähendamine;
- suunised diagnoosimise, ravi, hoolduse ja tugimeetmete osas;
- hooldajate toetamine;
- tervise infosüsteemide täiustamine;
- teadusuuringud ja innovatsioon.

2021.aasta seisuga on WHO liikmesriikidest kas eraldiseisev või teistesse tegevuskavadesse integreeritud dementsusstrateegia 50 riigil ehk 26% liikmesriikidest, Eestil paraku dementsuse tegevuskava puudub. WHO ootab seatud ja isegi ambitsioonikate eesmärkide täitmise tegevuskava kõrval liikmesriikidelt ja valitsusvälistelt osapooltelt dementsusega inimeste ning nende peredega tegelemist. Eesmärk sellel on parandada inimeste tervist ja heaolu nii praeguste kui tulevaste põlvkondade mõistes, kes on puutunud dementsusega.

Ülemaailmse tegevuskava 2017–2025 eesmärk on parandada dementsusega inimeste, nende hooldajate ja perede eluolu, vähendades samal ajal dementsuse mõju kogukondadele ja riikidele tervikuna.

Üks võimalus on tugevdada koostööd vabakonnaga. Olulisimaid sotsiaal-majanduslikke trende Eestis on töökäte vähenemine ja abivajajate hulga suurenemine. Riik on tulevikus silmitsi olukorraga, kus avalike teenuste mahu ja taseme säilitamiseks on vaja uudseid lahendusi.

Sotsiaalne innovatsioon, sotsiaalne ettevõtlus ja teenuste koosloome, milles mängivad kesksel rollil nii kohalikud omavalitsused, vabaühendused kui ka kodanikud, muutub avalike teenuste pakkumisel järjest olulisemaks.

Eesti mõistes on ettepanekud järgmised, kuid kõik maakondliku tasandi ettepanekud on rakendatavad ka Eesti konteksti:

- Omavalitsustel tuleb teha KOV piirideülest koostööd, et saavutada tervikefekt ning toetada uudsete mudelite lahendusi (nt teenuste täielik koosloome).

- Elanikele tuleb teenuste osutamisel anda kaalukam roll, näiteks tuleb süsteemsemalt koguda ja kasutada sihtrühmade tagasisidet teenuste osutamise sisulise poole kohta ning anda inimestele võimalust kaasa rääkida just neile sobiva teenuse kujunemisel.
- Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine vaimse tervise edendamisel läbi inimese elukaare ning valdkondadeüleste lahendusmodelite väljatöötamine.
- Elanikkonna teadlikkuse tõstmine vaimse tervise säilitamise ning edendamise võimalustest.
- Eesti elanike vaimne tervis on esmane indikaator uute sekkumiste kavandamisel nii tervise-, haridus- kui ka sotsiaalvaldkonnas - vaimne tervis on prioriteet.

Ettepanekud arendustegevusteks maakondlikul tasandil:

- Võru maakonnas on loodud vaimse tervise nõustamis- ja tegevuskeskuse üksus, mille tegevus on suunatud varajasele dementsuse diagnoosi saanud inimesele ja tema lähedastele. Üksuses töötab professionaalne tiim, kes on spetsialiseerunud dementsussündroomiga inimeste teemadele ning kes oskavad jagada teavet ning nõustada abivajajaid kõikides dementsusega seotud elu aspektides, kaasates tervishoiu-, sotsiaal- ja teisi võrgustikku vajalikke spetsialiste.
- Võru maakonnas on loodud kõigile abivajajatele tugigruppides osalemise võimalus nii vahetu kohtumise kui kaugteenuse kaudu.
- Vaimse tervise tugiteenused on kättesaadavad igale abivajavale inimesele ja perekonnale on tagatud vajaduspõhised teenused, mille tulemuslikkust hinnatakse ja probleeme lahendatakse terviklikult, kasutades isikukeskset juhtumikorralduslikku lähenemist.
- Selgitada välja maakonna tasandil vaimse tervise teenuste osutajate ressurss ja pädevus, koordineerides vaimse tervise nõustamis- ja tegevuskeskuse üksuse poolt integreeritud teenuste osutamist.
- Luua piirkondlik vaimse tervise teemaline koostöövõrgustik, et edendada elanike vaimset tervist, vahendada infot esile kerkinud probleemide ja riskide kohta, viia läbi nõustamisi, tugigruppe ja lahendada ühiselt keerukamaid juhtumeid.
- Vaimse tervise nõustamis- ja tegevuskeskuses paikneb koolitusüksus, olles eestkõneleja Võru maakonna vaimse tervise teemadel.
- Vaimse tervise nõustamis- ja tegevuskeskuses on dementsuse diagnoosi saanud inimesel ja tema lähedastel pereliikmetel võimalus osaleda füüsilistel ja

kognitiivsetel treeningutel professionaalse tiimi toel, et säilitada inimese olemasolevaid oskusi selleks, et iseseisvalt toime tulla võimalikult kaua.

- Võru maakond tervikuna on dementsussõbralik kogukond – dementsusega inimest mõistetakse, austatakse ja toetatakse (need kogukonnad on üliolulised, et aidata inimestel dementsusega hästi elada ja jääda oma kogukonna osaks). Liiga paljud dementsusest mõjutatud inimesed tunnevad, et ühiskond ei mõista nende seisundit, millega nad elavad; selle mõju või ei tea, kuidas nendega suhelda; paljud tõmbuvad haiguse edenedes oma kogukonnast eemale või sulgevad end koduseinte vahele. Paljud tunnevad end üksikuna ja „ühiskonnast äralõigatuna”.
- Dementsussündroomi all kannatavatel inimestel on dementsussõbralikus kogukonnas väga oluline roll: kogemusi jagades ja teistega kontaktis olemisega tagavad nad, et kogukonnad hoiavad dementsusest mõjutatud inimeste vajadused kõigis oma tegevustes kesksel kohal.
- Koostöömudel ei pea olema vaid 1 sihtgrupi vajadustest lähtuv, vaid see annab võimaluse laieneda ka teistesse valdkondadesse. Rakendamist saab vaadata ka teiste valdkondade teenustesse terviklikumalt.
- Koostöö arendamine nii ülikoolidega kui ka Võru maakonnas paiknevate gümnaasiumidega, et ühiselt leida erinevaid lahendusi ennetamise-, teadvustamise- kui ka muude innovaatiliste lahenduste leidmisel (gümnaasiumides valikainete pakkumine; ülikoolides kursusetööd, erinevad uuringud jms).
- Hajapiirkonnas osutatakse sotsiaalteenuseid maakonnaüleselt - KOV ressursside jätkusuutlikkuse mõistes on selline lahendus kasumlik, sest see hoiab aega ja raha kokku terviklahenduse pakkumise mõistes.

9. SWOT ANALÜÜS PILOOTPROJEKTIS OSALEMISEST

SWOT-analüüs on tehnika, mida saab rakendada oma toodete, teenuste või mistahes uue ettevõtmise kohta, et hinnata selle tugevaid ja nõrku külgi, kasvu ja arenemise võimalusi. SWOT-i näol on tegemist inglisekeelse akronüümiga, mis moodustub hinnangu aluseks olevast neljast parameetrist (**strengths** – tugevused, **weaknesses** – nõrkused, **opportunities** – võimalused, **threats** – ohud).

SWOT analüüs valmis meie projektis osalenud võtmeisikute (KOV sotsiaalvaldkonna juhid ning EHTK võtmeisikud) toel.



TUGEVUSED

- Dementsussündroomiga inimeste personaalne/individuaalne toetamine ja teenuse tasuta osutamine; paindlik lähenemine/toetamine; perekonna/lähedaste tasuta nõustamine – võetakse päriselt aega inimese jaoks – kliendikeskne juhtumikorraldus.
- Teenuseosutajate teadmised ja oskused ning väärtus – koolitatud ja kogemustega spetsialistide pagas.
- Teadlikkuse kasv mitmel suunal: spetsialistid, meedia, kogukond, pere, lähedased, meditsiini valdkond
- Koostöö maakondlikul tasandil: KOV, VAK, Elu dementsusega, EHTK, tervishoid (perearstid, psühhiaatrid) + KOVide ja EHTK koostöö tugevnemine.
- Professionaalne nõustamisteenus + tasuta abivahendid.
- Tööhõives olevate inimeste toetamine – võimalus olla aktiivne.
- Julgus ja tahe sukelduda teadmatusse ja leida lahendusi.
- Praktilised kogemused - kitsaskohtade ilmnenemine = võimaluse õppida.
- Uued teadmised nii tehnilistest kui ka muudest dementsussündroomiga inimese toetamise abivahenditest, katsetamiskogemus ja julgus ka soovitada.

Visuaal 13. SWOT analüüs - VESTA projektist tugevused.



NÕRKUSED

- Projekti käivitamise raskused.
- Elanikkonna tagasihoidlikkus abi küsimisel.
- Bürokratia (KOV määrused, dokumentatsioon rahastaja nõudmised sidususes KOV määrustest, paindlikkuse puudus).
- Puudub hea mudel uute töötajate väljaõppeks.
- Tugigruppidega liitumise passiivsus (julguse vähesus, mis tingib olemasoleva ressursi ja potentsiaali kasutamata jätmise).
- Teenuseosutajatel puudub regulaarne tugitegevus (kõvisioon, tagasisidestamine juhtumikorralduslikul põhimõttel).
- Teenuseosutajate professionaalsuse ühtlane tase (nt ei suuna ja ei kaasa klienti tegevustesse – ajutegevuste aktiveerimine, nt puzzle kokkupanek, klotside ladumine, värvide eritamine jms).
- Kõik töötajad ei suuda kohaneda uute tehnoloogiliste lahenduste ja nutiseadmetega ning ei ole valmis ka arenema ses valdkonnas.
- Dementsussündroomiga inimeste tegelik arv ei ole teada.
- Töötasu seab piirangud kompetentse personali leidmiseks?
- Liiga suur töökoormus, mistõttu ei suudeta uutesse projektidesse 100% pühenduda – liigne tegevuste killustatus; Töötajate ressursi piiratus; teenuseosutajate töö ei ole silmaga nähtav ega käega katsutav.
- Stigmad ja valehäbi on takistuseks KOVi pöördumisel.
- Keelebarjäär x2.
- Klient ei saa teenust kohe – nii tellimuspõhist kui üldiselt?

Visuaal 14. SWOT analüüs - VESTA projekti nõrkused.



VÕIMALUSED

- Sisendid järgmistesse projektidesse olemasolevate teadmiste ja praktiseerimise kogemuse baasil.
- Heade praktikate jagamise teel teadlikkuse, töötajate professionaalsuse tõstmine (kovisioon, koolitused, motivatsioonipäevad).
- Lähedaste ja hoolduskoormusega inimeste seotuse suurenemine aktiivses ühiskonnaelus ja tööturul.
- Hoolduskoormusega inimeste vaimse tervise tasakaalus hoidmine.
- Olla eksperdiks dementsusega seotud küsimustes (tugigruppide läbiviimine, nõustamine, heade praktikate jagamine, abivahendite info ja võimalused).
- Laiendada koostööd ja jagada oma teadmisi maakonnaüleselt, samuti naabermaakondadesse, Kagu-Eestisse tervikuna.
- Võimalus olla dementsussõbralikkuse teenäitajaks (stigmade vähendamine); Võru maakond=dementsussõbralik maakond.
- Koostöö haridusasutustega valikainete raames, et selle kaudu teadvustada dementsussündroomiga seonduvaid teemasid.
- Rahvusvaheline kogemus – õpiränne.
- Elanikkonna vananemine teenuse vajaduse suurenemine.
- Vajadus teenuse pideva disainimise järele.

Visuaal 15. SWOT analüüs - VESTA projekti võimalused.



OHUD

- Sisendid järgmistesse projektidesse olemasolevate teadmiste ja praktiseerimise kogemuse baasil.
- Heade praktikate jagamise teel teadlikkuse, töötajate professionaalsuse tõstmine (kovisioon, koolitused, motivatsioonipäevad).
- Lähedaste ja hoolduskoormusega inimeste seotuse suurenemine aktiivses ühiskonnaelus ja tööturul.
- Hoolduskoormusega inimeste vaimse tervise tasakaalus hoidmine.
- Olla eksperdiks dementsusega seotud küsimustes (tugigruppide läbiviimine, nõustamine, heade praktikate jagamine, abivahendite info ja võimalused).
- Laiendada koostööd ja jagada oma teadmisi maakonnaüleselt, samuti naabermaakondadesse, Kagu-Eestisse tervikuna.
- Võimalus olla dementsussõbralikkuse teenäitajaks (stigmade vähendamine); Võru maakond=dementsussõbralik maakond.
- Koostöö haridusasutustega valikainete raames, et selle kaudu teadvustada dementsussündroomiga seonduvaid teemasid.
- Rahvusvaheline kogemus – õpiränne.
- Elanikkonna vananemine teenuse vajaduse suurenemine.
- Vajadus teenuse pideva disainimise järele.

Visuaal 16. SWOT analüüs - VESTA projekti ohud.

KASUTATUD KIRJANDUS

Dementia, allikas World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Dementia in Europe Yearbooks. (2018)., allikas Alzheimer Europe: <https://www.alzheimer-europe.org/Media/Files/9.-Publications/AEYearbooks/2018-Alzheimer-Europe-Yearbook>

Dementia in Europe Yearbook (2019)., allikas https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

Dementia in Europe Yearbooks. (2020), allikas Alzheimer Europe: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-EuropeYearbooks>

Dementsuse Kompetentsikeskus: <https://eludementsusega.ee/>

Glück, Sigrít magistriröö (2018) „MÄLUHÄIRED EAKATEL JA MÄLU PARENDAMISE VÕIMALUSI SPETSIALISTIDE HINNANGUTEL LÄÄNE-VIRUMAA NÄITEL“
<https://www.etera.ee/zoom/49121/view?page=1&p=separate&search=dementsus%20AND%20m%C3%A4luh%C3%A4ired&tool=search&view=0,527,2481,2981>

Merila, Katrin magistriröö (2019) „DEMENTSUSEGA SEOTUD KOGEMUSED DEMENTSUSEGA INIMESTE, NENDE LÄHEDASTE JA SPETSIALISTIDE VAATENURGAST“
<https://www.etera.ee/zoom/61975/view?page=1&p=separate&search=dementsus&tool=search&view=0,0,2480,3509>

Praxis, (2014) Avalike teenuste delegeerimine vabatahelistele.
<https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/12/teenuste-delegeerimine.pdf>

ProjektiAgentuur <https://projektiagentuur.ee/persoona-kiirtee-brandi-ja-sihtruhma-vahel/>

Riigi Teataja Sotsiaalhoolekandeseadus
<https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>

Sotsiaalministeerium „Heaolu arengukava 2016–2023“,
<file:///C:/Users/triinu.%C3%B5ispuu/Downloads/Heaolu%20arengukava%202016-2023.pdf>

Sotsiaalministeerium, Vaimse tervise roheline raamat (2020);
[file:///C:/Users/triinu.%C3%B5ispuu/Downloads/Vaimse%20tervise%20roheline%20raamat%20\(2021\).pdf](file:///C:/Users/triinu.%C3%B5ispuu/Downloads/Vaimse%20tervise%20roheline%20raamat%20(2021).pdf)

Sotsiaaltöö ajakiri (2017/4) https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/15174743354_Sotsiaalto_4_2017_veebi.pdf

Sotsiaaltöö ajakiri (2018/1) https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/155619647682_ST1_2018.pdf

Varik, Merle doktoritöö (2022), EMPOWERING INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA THROUGH SUPPORT GROUPS: A PARTICIPATORY ACTION RESEARCH STUDY
<https://www.etera.ee/zoom/181561/view?page=3&p=separate&search=Merle%20Varik&tool=search>

Võru maakonna arengustrateegia 2035+; <https://vorumaa.ee/wp-content/uploads/2018/11/LISA1.-Maakonna-hetkeolukorra-%C3%BClevaade.pdf>

Võru maakonna heaoluprofiil 2019 <https://vorumaa.ee/wp-content/uploads/2019/03/V%C3%B5ru-maakonna-heaoluprofiil.pdf>

Võru maakonna sotsiaalteenuste korralduse ja tuleviku lahendustee lõpparuanne (2022), https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2022-06/V%C3%B5ru%20maakonna%20sotsiaalteenuste%20korralduse%20ja%20tuleviku%20lahendustee_l%C3%B5pparuanne.pdf

World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

Õun, Anu magistratöö „DEMENTSUSEGA INIMESE OMASTEHOOLDAJA TOIMETULEKURASKUSED EESTIS“
https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/68021/oun_anu_ma_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y