



SOTSIAALMINISTEERIUM

MINISTRI KÄSKKIRI

05.04.2023 nr 62

**Integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste  
osutamise tegevuskava  
hoolduskoordinatsioonimudeli rakendamiseks**

Vabariigi Valitsuse seaduse § 49 lõike 1 punktide 1 ja 3, § 52 lõike 1 ning Vabariigi Valitsuse 20. märtsi 2014. a määruse nr 42 „Sotsiaalministeeriumi põhimäärus“ § 5, § 6 lõike 2 punkti 2 ja § 7 alusel:

kinnitan integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise tegevuskava hoolduskoordinatsioonimudeli rakendamiseks (lisatud).

(allkirjastatud digitaalselt)  
Signe Riisalo  
sotsiaalkaitseminister

(allkirjastatud digitaalselt)  
Peep Peterson  
tervise- ja tööminister

**Integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise tegevuskava  
hoolduskoordinatsioonimudeli rakendamiseks****STRATEEGILINE RAAMISTIK**

**Strateegia „Eesti 2035“ tegevuskava ja heaolu arengukava 2023–2030** kohaselt on rahva kestlikkuse, tervise ja sotsiaalkaitse valdkonnas taotletavaks muutuseks lõimitud, inimesekeskne ja jätkusuutlik Eesti tervise-, töetervishoiu- ja sotsiaalsüsteem. Muutuse saavutamiseks on planeeritud pakkuda integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid koostöös kohalike omavalitsustega (sh rakendada ühise asjaajamiskoha põhimõtet) ning arendada sündmuspõhiseid ja inimkeskseid lõimunud teenuseid sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonnas (sh parandada andmevahetust ning arendada andmehõive- ja analüüsisüsteeme).

**Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030** eesmärgi „Inimkeskne tervishoid“ saavutamise visioon on: „Tagatakse kvaliteetsed ja kättesaadavad sotsiaalteenustega integreeritud tervishoiuteenused, mis aitavad vähendada enneaegset suremust ning toetavad krooniliste haigustega elamist.“

Vabariigi Valitsuse poolt 17.06.2021 kinnitatud, Euroopa Komisjoni poolt 05.10.2021 heaks kiidetud ja Euroopa Liidu nõukogu 29.10.2021 rakendusotsusega kinnitatud **Eesti taaste- ja vastupidavuskavas** on sotsiaalkaitsevaldkonnas planeeritud jätkata struktuurireformide toetusprogrammi (*Structural Reform Support Programme, SRSP*) projekti „Integreeritud teenuspakkumise toetamine Eestis“ jätkutegevustega (2021–2027), mille eesmärk on panustada integreerituma ja inimkesksema toetussüsteemi loomisesse erivajadusega inimestele ja suure toetusvajadusega eakatele, hõlmates nii sotsiaalseid, tööalaseid kui meditsiinilisi sekkumisi. Hoolduse integratsiooni reformi vahetulemusena on ette nähtud, et Sotsiaalministeerium võtab vastu integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise toetamise tegevuskava eesmärgiga laiendada hoolduse koordineerimise mudelit kogu Eestis (eesmärk nr 118).

Pikaajalise hoolduse ja tervishoiuteenuste korralduse ning inimesekeskse sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi probleemide kohta on viimastel aastatel koostatud mitu analüüsi. Käesolevas tegevuskavas kirjeldatud probleemid ja ettepanekud edasisteks tegevusteks tuginevad järgmistele materjalidele:

1. Turu-uuringute AS 2020. aasta „Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring“<sup>1</sup>;
2. Arenguseire Keskuse 2020. aasta raport „Eesti tervishoiu tulevik“<sup>2</sup>;
3. Struktuurireformide toetusprogrammi (SRSP) projekti „Integreeritud teenuspakkumise toetamine Eestis“ lõppraport, 2020;
4. Viljandi Haigla „Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK-projekt)“ lõpparuanne, 2021<sup>3</sup>;
5. Arenguseire Keskuse 2021. aasta uuring „Pikaajalise hoolduse tulevik“<sup>4</sup>;

<sup>1</sup> [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse\\_uuring\\_som.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf).

<sup>2</sup> <https://arenguseire.ee/uurimissuunad/tuleviku-tervishoid/>.

<sup>3</sup> <https://paik.vmh.ee/#second>.

<sup>4</sup> <https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik/>.

6. Arenguseire Keskuse 2021. aasta raport „Pikaajalise hoolduse tulevik. Arengusuundumused aastani 2035“<sup>5</sup>;
7. Arenguseire Keskuse 2021. aasta uuring „Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused“<sup>6</sup>;
8. Arenguseire Keskuse 2021. aasta lühiraport „Pikaajalise hoolduse vajadus Eestis“<sup>7</sup>;
9. Sotsiaalministeeriumi 2021. aasta „Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks“<sup>8</sup>;
10. Praxise 2021. aasta analüüs „Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine“<sup>9</sup>;
11. Hoolduse koordineerimise pilootprojekti lõppraport, Sotsiaalministeerium, 2019;
12. PWC 2021. aasta projekti „Kohalike omavalitsuste koostöövõimaluste mõjude analüüs pikaajalise hoolduse teenuste korraldamiseks“ lõpparuanne;
13. Riigikontrolli 2021. aasta aruanne Riigikogule „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVides korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused?“<sup>10</sup>;
14. 2022. aastal alustatud teadus-arendusprojekt „Riskihindamise instrumendi väljatöötamine sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste tuvastamiseks“, mis lõppeb 2023. aastal;
15. 2021. aastal alustatud analüüs „Abi- ja toetusvajaduse hindamisinstrumendi analüüs ning hoolduskoormuse hindamise meetodika ja hindamisvahendi väljatöötamine“, mis lõppeb 2023. aastal.

## PROBLEEMID

### Põhilised probleemid pikaajalise hoolduse teenuste inimesekesksel korraldamisel ning sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuvaldkonna teenuste integreerimisel

1. Hoolduse koordineerimine sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi, kohaliku omavalitsuse ja riiklike teenuste korraldustasandite vahel ei ole piisav ning eri osapoolte rollid koordineeritud abi osutamise protsessis on ebaselged.
2. Sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi ning kohalike omavalitsuste rahastusmudelid on väga erinevad ega toeta teenuste integreerimist ja abivajajatele koordineeritud abi osutamist.
3. Inimese abivajadusega, osutatud teenuste ja saavutatud tulemustega seotud andmete kasutamine on takistatud, kuna sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna andmed on erinevatel infoplatvormidel, mis omavahel andmeid ei vaheta.
4. Riigi ja kohaliku omavalitsuse andmekogudes olevaid andmeid ei kasutata abivajavate inimeste ülesleidmiseks ja abistamiseks ega sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna süsteemide tõhusamaks, inimeste vajadusi arvestavaks korraldamiseks.
5. Puuduvad ühtselt kasutatavad standardiseeritud abivajaduse hindamise instrumendid, mis võimaldaksid määrata inimesele õige(d) teenuse(d). Abivajaduse hindamise instrumendid ei ole digiteeritud ning osapoolte vahel ei toimu saadud andmete vahetamist.
6. Sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna spetsialistidel puuduvad piisavad teadmised teiste osapoolte teenuste ja nende osutamise põhimõtete kohta, samuti jääb vajaka teadmistest ja oskustest koostöö korraldamiseks ja võrgustikutöö tegemiseks.
7. Sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna töös kasutatakse erinevat terminoloogiat, mis teeb keeruliseks teise valdkonna andmete mõistmise ja kasutamise ning võib raskendada üksteisemõistmist inimesele abi andmise korraldamisel.

<sup>5</sup> <https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik-arengustenaariumid-aastani-2035/>.

<sup>6</sup> <https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-rahastamise-valjakutsed-ja-lahendused/>.

<sup>7</sup> <https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-vajadus-estis/>.

<sup>8</sup> [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu\\_rahastamise\\_analys.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_analys.pdf).

<sup>9</sup> [https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/05/Erivajadustega-inimeste-abivajaduse-hindamine-ja-teenuste-osutamine\\_lo%CC%83ppraport\\_10.02.pdf](https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/05/Erivajadustega-inimeste-abivajaduse-hindamine-ja-teenuste-osutamine_lo%CC%83ppraport_10.02.pdf).

<sup>10</sup> <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>.

8. Sotsiaalhoolekandesüsteemi võimekus ja teenuste osutamise maht on piiratud.<sup>11</sup>
9. Terviskassa tulude ja kulude prognoos viitab vajadusele vähendada lähitulevikus ravi rahastamise lepinguid, st vähendada tervishoiuteenuste kättesaadavust.<sup>12</sup>
10. Esmatasandi arstiabi on üle koormatud.

## TEGEVUSSUUNAD

### Tegevussuunad probleemide lahendamiseks

1. Rakendada sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste koordineeritud pakkumiseks üleriigiline koordineeritud mudel.  
Selleks on algatatud piirkondlikud pilootprojektid kuni aastani 2025, mis annavad sisendi üleriigilise kontseptsiooni uuendamiseks, samuti täpsustavad vajadused õigusruumi muutmiseks ja IKT arendusteks ning selguvad eelarvevajadused.
2. Töötada välja ja võtta kasutusele koordineeritud teenusepakkumist toetav rahastusmudel.  
Üleriigilise koordineeritud mudeli kokkuleppimisele järgneb rahastusmudeli väljatöötamine aastatel 2024–2026.
3. Võtta kasutusele koordineeritud teenusepakkumist toetav IT-lahendus, mis tagab kõigile osapooltele, sealhulgas abivajajale, juurdepääsu abivajaduse, osutatud teenuste ja saavutatud tulemustega seotud andmetele.  
IT-arenduste koordineerimiseks on Sotsiaalministeeriumis loodud IT-arenduste juhtrühm, kes kavandab ja seirab kokkulepitud arenduste elluviimist. Kava on koostatud neljaks aastaks ja seda uuendatakse vastavalt vajadusele jooksvalt. Euroopa Regionaalarengu Fondi (ERF) rahastus on planeeritud kuni aastani 2028.
4. Töötada välja ja rakendada sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuvaldkonna töötajate väljaõppe ja täiendkoolituse süsteem.  
Tegevused toimuvad vastavalt heaolu arengukavale ja ministri käskkirjaga kinnitatud 4-aastastele tegevuspõhise riigieelarve programmidele. Tegevusi rahastatakse Euroopa Sotsiaalfondist (ESF) ja Eesti-Šveitsi koostööprogrammist.
5. Korrastada ja digiteerida abivajaduse hindamisvahendid ning tagada hindamise andmete kättesaadavus eri osapooltele, sealhulgas abivajajatele.  
Tegevused toimuvad vastavalt heaolu arengukavale ja ministri käskkirjaga kinnitatud 4-aastastele tegevuspõhise riigieelarve programmidele ning IT-arendused vastavalt IT-arenduste juhtrühmas kokkulepitud ajakavale.
6. Rakendada rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK), mis võimaldab kasutusele võtta standardkeele ja -raamistiku tervise ja tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks, valdkondadeülese mõistetavuse tagamiseks ja inimesele osutatud teenuste mõju hindamiseks.  
Tegevused toimuvad vastavalt heaolu arengukavale ja ministri käskkirjaga kinnitatud 4-aastastele tegevuspõhise riigieelarve programmidele.
7. Arendada välja võimekus kasutada riigi, kohalike omavalitsuste ja teenusepakkujate kogutud andmeid oluliselt paremini, et abivajajad üles leida ja neid abistada (ennetustegevus) ning sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna süsteeme tõhusamalt ja inimeste vajadusi arvestavalt korraldada (poliitikakujundamine).  
Selleks on algatatud piirkondlikud pilootprojektid kuni aastani 2025. Edasised tegevused toimuvad vastavalt heaolu arengukavale ja ministri käskkirjaga kinnitatud 4-aastastele tegevuspõhise riigieelarve programmidele.

<sup>11</sup> Sotsiaalhoolekandeteenuste ebapiisavat rahastust on välja toonud mitmed analüüsid ja aruanded, sealhulgas PAIK-projekti lõppraport, Arenguseire Keskuse pikaajalise hoolduse rahastamise uuring, Riigikontrolli aruanne Riigikogule „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes“.

<sup>12</sup> Sotsiaalministeeriumi 2021. a „Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks“.

## HOOLDUSKOORDINATSIOONIMODELI KIRJELDUS JA KONTSEPTSIOON

Üle riigi rakendatav koordineerimisimudel<sup>13</sup> kirjeldab:

- 1) koordineerimisimodeli ning inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise eesmärgid ja tulemusi;
- 2) koordineeritud inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise sihtrühma;
- 3) koordineerimisimodeli tasandeid ja funktsioone;
- 4) koordineerimisimodeli üleriigilise rakendamise eeldusi.

Pilootprojektide tulemusi arvestades lepatakse järgmisel etapil kokku rahastusmodel.

### 1. Koordineerimisimodeli ning inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise eesmärgid ja tulemused<sup>14</sup>

#### Klientidega/patsientidega seotud eesmärgid ja tulemused

Eesmärk	Tulemus <sup>15</sup>
Pakkuda kompleksse abivajadusega inimestele nende vajadustele vastavat abi võimalikult vara, et tagada neile parim võimalik elukvaliteet, toetades nende toimetulekut, arengut või tervises seisundi säilitamist või parandamist.	Elanikkonna tervis, tööhõive ja sotsiaalne kaasatus üle elukaare on paranenud.
Vähendada kompleksse abivajadusega inimeste ja nende lähedaste koormust asjaajamisel.	Abivajajate ja nende lähedaste koormus asjaajamisel on vähenenud. Abivajajate teenuste kasutamise kogemus ja tulemuste saavutamine on paranenud.

#### Töötajatega seotud eesmärgid ja tulemused

Eesmärk	Tulemus
Toetada ja võimestada erialaspetsialiste ja nende koostööd abivajajale abi ja toe andmisel.	Valdkonna töötajate rahulolu tööga ja heaolu on paranenud.

#### Teenustega seotud eesmärgid ja tulemused

Eesmärk	Tulemus
Toetada inimesekesksete ja integreeritud teenuste arendamist ja rakendamist, et tagada kvaliteetsete teenuste kättesaadavus üle abivajaja elukaare.	Süsteemi kulutõhusus paraneb ja/või ressursid (sh tööjõud) on tulemuslikumalt kasutatud.

### 2. Koordineeritud inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise sihtrühm

Koordineeritud inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise sihtrühmaks on kompleksse abivajadusega inimesed – need on abivajajad, kes vajavad toimetulekuks, arenguks või tervises seisundi säilitamiseks või parandamiseks mitmekülgset abi, teenuseid ja tuge, mis hõlmab ka vajadust koordineerida mitme organisatsiooni koostööd. Sihtrühma selline kirjeldus võimaldab tagada koordineeritud teenusepakkumise kõigile inimestele sõltumata nende eest ja kompleksse abivajaduse asjaoludest, samuti abivajaduse kestusest.

<sup>13</sup> Koordineerimisimudel – metoodiline lähenemisviis sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna ning teiste valdkondade omavahelisele koostööle, tegevuste koordineerimisele ja teenuste integreerimisele eesmärgiga tagada kompleksse abivajadusega inimesele tema vajadustele vastav abi ja tugi.

<sup>14</sup> Eesmärgid ja tulemused on välja töötatud SRSP projekti ning esimese ja teise koordineerimisimodeli tööühma tegevuse raames.

<sup>15</sup> Eesmärkide ja tulemuste mõõdikud ning mõõtmise süsteem tuleb koostöös asjassepuutuvate asutustega välja töötada ja kokku leppida.

### 3. Koordinatsioonimudeli kirjeldus (tasandid, funktsioonid)

Koordinatsioonimudel hõlmab kolme tasandit:

- 1) riiklik ehk ministeeriumite ja keskasutuste tasand;
- 2) piirkondlik ehk kohalike organisatsioonide ja asutuste tasand;
- 3) spetsialistide tasand.

Erinevatel tasanditel on koordinatsioonimudelis erinevad funktsioonid, mis loovad iseseisvat väärtust, kuid samas toetavad ka teiste tasandite väärtusloomet. Kõigi tasandite koostöö tulemusena luuakse võimekus samal ajal abistada konkreetset inimest ning luua keskkond, mis toetab koordineeritud inimesekesksete teenuste pakkumist ja arendamist.

Koordinatsioonimudeli üleriigiline toimimine võimaldab:

- ✓ tagada üle riigi kompleksse abivajadusega inimestele ühtsete põhimõtete järgi koordineeritud abi, teenuste ja toe pakkumise;
- ✓ varakult märgata võimalikke abivajajaid ning pakkuda neile õigeaegset ja nende vajadustele vastavat abi, teenuseid ja tuge – selle tulemusena tagatakse abivajajatele parim võimalik elukvaliteet, toetades nende toimetulekut, arengut või tervises seisundi säilitamist või parandamist;
- ✓ lähtuda abivajaduse hindamisel, abi korraldamisel ja teenuste pakkumisel inimese terviklikest vajadustest – selle tulemusena pikeneb abivajajate iseseisva toimetuleku kestus ning väheneb vajadus osutada kallimaid sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid, sealhulgas pikema aja vältel;
- ✓ vähendada abivajadusega inimeste ja nende lähedaste administratiivset koormust abi korraldamisel – selle tulemusena paranevad nii abivajajate kui ka nende lähedaste teenuste kasutamise kogemused ja tulemused;
- ✓ vähendada erinevate asutuste kulutusi, parandades infovahetust ja koostööd asutuste vahel ning optimeerides tegevusi abi korraldamisel, abivajaduse hindamisel ja teenuste pakkumisel;
- ✓ toetada ja võimestada erialaspetsialiste ja nende koostööd abivajajale abi ja toe andmisel, mille tulemusena suureneb valdkonna töötajate rahulolu tööga;
- ✓ arendada teenuseid ja asutuste koostööd nii piirkonnas kui riigi tasandil ning töötada välja ja võtta kasutusele abi osutamist ja koostööd hõlbustavad ja toetavad lahendused.

#### *Riikliku tasandi funktsioonid*

Koordinatsioonimudeli üldise raamistiku loomine ja arendamine, sealhulgas:

- 1) üleriigiliste eesmärkide püstitamine;
- 2) õigusruumi loomine ja arendamine;
- 3) üle riigi rakendatavate meetodikate, koostööd hõlbustavate ja toetavate lahenduste, sealhulgas IT-rakenduste väljatöötamine ja kasutusele võtmise korraldamine;
- 4) koordinatsioonimudeli käivitamiseks ja töös hoidmiseks vajaliku koolitussüsteemi väljatöötamine ja rakendamine.

#### *Piirkondliku tasandi funktsioonid*

1. Koordinatsioonimudeli piirkondliku rakendamise toetamine ja piirkondlike eesmärkide püstitamine, sealhulgas:
  - 1) piirkondliku tasandi juhtrühma moodustamine ja töös hoidmine;
  - 2) koordinatsioonimudeli toimimise ja eesmärkide saavutamise seiramine;
  - 3) võrgustikuliikmetelt tagasiside kogumine, et hinnata, kas koordinatsioonimudeli rakendamine loob piirkondlikul tasandil väärtust abivajajale ja võrgustikuliikmetele.
2. Piirkonnas tegutsevate osapoolte toimivaks võrgustikuks kokkutoomine ning omavahelise töökorralduse ja infovahetuse kokkuleppimine, sealhulgas:
  - 1) piirkondliku võrgustiku liikmete koostöökultuuri edendamine;

- 2) piirkondliku võrgustiku regulaarsete kohtumiste ja võrgustikuliikmete infovahetuse korraldamine;
- 3) võrgustikutööd edendavate ürituste korraldamine.
3. Piirkonnas abivajajatele tervikliku ja koordineeritud toe korraldamine ning toetamise järjepidevuse tagamine, sealhulgas:
  - 1) teenuste integreerimise ja koordineeritud pakkumisega seotud kitsaskohtade lahendamine, arendusvajaduste tuvastamine ja ühiste arendustegevuste planeerimine;
  - 2) spetsialisti tasandi koostöö võimestamine ning vajaduse korral koostöökokkulepete sõlmimine ja eriarvamuste lahendamine.

Eestvedamine piirkonnas<sup>16</sup> eeldab, et eestvedajal oleks huvi, valmisolek ja võimekus seda funktsiooni täita. Samuti on oluline, et piirkondliku võrgustiku liikmed tunnustavad ja aktsepteerivad eestvedajat selle funktsiooni täitmisel.

Piirkondliku tasandi eestvedajaks võib olla:

- 1) kohalike omavalitsuste liit – see on moodustatud maakondade baasil ja selle üheks ülesandeks on üldjuhul ka terviseedendus maakonnas. Paljudes liitudes on sel eesmärgil moodustatud ka tervisenõukogu või tervise ja turvalisuse nõukogu<sup>17</sup>;
- 2) maakonnas kohalike asutuste ja organisatsioonide loodav koostöökoogu – selline mudel oli kasutuses PAIK-projekti puhul, kus projekti kaasatud kohalike omavalitsuste, Viljandi haigla, perearstide, Dementsuse Kompetentsikeskuse, Haridus- ja Noorteameti (HARNO) ja haridusasutuste esindajatest moodustati maakonnas projekti eesmärkide saavutamiseks ja koostöö edendamiseks spetsiaalne kogu;
- 3) maakonnakeskus/tömbekeskus – eestvedamise roll on tõenäoliselt kohaliku omavalitsuse koostööformaatidel, maakondlikel arenduskeskustel või riigi poolt asutatud piirkondlikel üksustel, kus osapoolte õigused, kohustused ja vastutuse saab täpsemalt paika panna vastavalt piirkonna eripäradele.

Lisaks eelnimetatutele võivad piirkondliku tasandi eestvedajatena kõne alla tulla esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja ja haigla.

### *Spetsialistide tasandi funktsioonid*

1. Abivajajaga seotud meeskonnatöö/juhtumikorraldus – koostöös kompleksse abivajadusega inimese ja võimaluse korral tema lähedastega abivajajale tervikliku ja koordineeritud abi, teenuste ja toe pakkumise korraldamine ja toetamise järjepidevuse tagamine, sealhulgas:
  - 1) kontakti loomine abivajaja ja/või tema lähedastega ning neile esmaseks ja põhiliseks kontaktiks olemine juhtumikorralduse vältel;
  - 2) abivajaja ja tema lähedaste nõustamine võimalikku abi ja selle osutamise protsessi puudutavas ning võimaluse korral nende toetamine abivajaja iseseisvuse suurendamiseks ja tervisekäitumise parandamiseks;
  - 3) abivajaduse hindamine ja vajaduse korral kodukülastuse tegemine;
  - 4) abivajadusega seotud andmete, sealhulgas asjassepuutuvate hindamistulemuste ja taustainfo koondamine ja analüüsimine;
  - 5) abistamise eesmärkide seadmine võimaluse korral koos abivajaja ja tema lähedastega ning juhtumimeeskonnaga<sup>18</sup>;

<sup>16</sup> Käesolevas kontseptsioonis loetakse piirkonnaks maakonda.

<sup>17</sup> Lisaks kohalike omavalitsuste liitudele võib piirkondliku tasandi eestvedamise funktsiooni täita ka muu kohalike omavalitsuste loodud ühisasutus, mittetulundusühing või sihtasutus, mille eesmärkidega see funktsioon kooskõlas on.

<sup>18</sup> Juhtumimeeskond on kompleksse abivajadusega inimesega koostöös moodustatud tema terviklikku toimetulekut toetav meeskond, millesse kuuluvad abivajaja, võimaluse korral tema lähedane/lähedased, juhtumikorralduse eest vastutav inimene ja vastavalt vajadusele spetsialistid tervishoiu-, hoolekande-, töö- ja/või muust valdkonnast ning teised avalike teenuste osutajad. Juhtumimeeskonna töösse võidakse abivajaja nõusolekul kaasata abivajaja hooldaja, vabatahtlikke abistajaid ja teisi abivajaja seisukohast olulisi osapooli.



- 6) eri valdkondade asutuste abimeetmeid ja teenuseid ning võimaluse korral abivajaja ja tema lähedaste tegevusi sisaldava tervikliku juhtumi-, tervise- või raviplaani koostamine ja vajaduse korral selle uuendamine;
  - 7) abivajaja abistamiseks vajaliku juhtumimeeskonna kokkukutsumine ning juhtumi-, tervise- või raviplaanis ettenähtud ülesannetele vastutajate määramine;
  - 8) infovahetuse korraldamine juhtumimeeskonna liikmete vahel;
  - 9) abivajajale abimeetmete pakkumise ja teenuste osutamise ning raviplaani täitmise regulaarne seire, sealhulgas eesmärkide saavutamise jälgimine;
  - 10) võimaluse korral abivajajalt ja tema lähedastelt tagasiside kogumine, et võimaldada mõista konkreetse abivajaja ja/või tema lähedasega toimunud muutust abi saamise kogemuses ning vajaduse korral korrigeerida abivajajale pakutavaid abimeetmeid ja osutatavaid teenuseid.
2. Spetsialistide koostöö – eri valdkondade ja asutuste spetsialistide koostöökultuuri edendamine, sealhulgas:
    - 1) eri valdkondade ja asutuste, sealhulgas teenuseosutajate vahel info liikumise kokkuleppimine ja infovahetuse tagamine.
  3. Spetsialistide tasandil on oluline tagada koordineerimisfunktsiooni täitmine asjassepuutuvates asutustes. Asjassepuutuvate asutuste hulka kuuluvad (sulgudes on esitatud nendes asutustes koordineerimisfunktsiooni täitjad, sealhulgas projektide raames koordineerimisfunktsiooni täitjad):
    - 1) kohaliku omavalitsuse asutus (sotsiaaltöötaja, juhtumikorraldaja, koordinaator);
    - 2) esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja – üksikpraksis, perearstikeskus, esmatasandi tervisekeskus (perearst, pereõde, koduõde, ämmaemand, füsioterapeut jm spetsialist);
    - 3) haigla – piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, erihaigla (eriõde, sotsiaaltöötaja, tervisejuht, insuldikoordeinaator vm koordinaator või spetsialist vastavalt haiglas kokkulepitud töökorraldusele);
    - 4) Sotsiaalkindlustusameti maakondlik teenindus (teenuste konsultant, koordinaator-nõustaja);
    - 5) Eesti Töötukassa maakondlik osakond (juhtumikorraldaja).

Juhtumikorralduse rakendamisel asjassepuutuvate asutuste poolt lähtutakse järgmistest põhimõtetest:

- ✓ juhtumikorralduse algatab asutus, kes tuvastas kompleksse abivajadusega inimese;
- ✓ juhtumikorralduse eest vastutav asutus määrab vastutava inimese, kes toetab kompleksse abivajadusega inimest ning koordineerib spetsialistide koostööd talle abi ja toe andmisel;
- ✓ kui abi andmise käigus<sup>19</sup> selgub, et inimese põhilise abivajadusega seotud abi, teenuste ja toe korraldamine on mõne teise asutuse vastutada, antakse juhtumikorraldus nimetatud asutusele üle;
- ✓ juhtumikorraldus lõpetatakse, kui abivajaja ei vaja enam abi mitmelt asutuselt samal ajal<sup>20</sup>.

#### **4. Koordineerimisimudeli üleriigilise rakendamise eeldused (ajakava on esitatud tegevussuundades)**

Koordineerimisimudeli rakendamise olulisemaid eeldusi on kirjeldatud eespool:

- 1) koordineerimisimudeli eesmärk ja soovitud tulemus;
- 2) koordineerimisimudeli sihtrühm;
- 3) koordineerimisimudeli ülesehitus ja koordineerimisimudeli eri tasandite funktsioonid.

Eeldustest lähtudes on vajalik:

<sup>19</sup> Siia hulka kuuluvad ka need juhtumid, kus abi osutamise aja jooksul inimese abivajaduse fookus muutub.

<sup>20</sup> Kui inimene vajab pärast juhtumikorralduse lõpetamist jätkuvalt konkreetse asutuse abi ja tuge, jätkab nimetatud asutus abi osutamist.



- 1) teha kehtiva õigusruumi analüüs ja vajaduse korral kehtestada koordinaatsioonimudeli jõustamiseks vajalikud õigusaktid;
- 2) töötada välja ja leppida kokku koordinaatsioonimudeli ning inimesekesksete ja integreeritud teenuste pakkumise eesmärkide ja tulemuste mõõdikute ja mõõtmise süsteem;
- 3) määrata kindlaks koordinaatsioonimudeli eri tasandite funktsioonide täitmiseks vajalikud ressursid ning töötada välja nende rahastamise mudel.<sup>21</sup>

Lisaks on vaja toetada koordinaatsioonimudeli rakendamist järgmiste meetmetega:

- ✓ Töötada välja ja rakendada sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuvaldkonna töötajate väljaõppe ja täiendkoolituse süsteem tagamaks, et koordineeritud teenusepakkumise ja juhtumikorraldusega tegelevad inimesed omavad tööks vajalikke teadmisi teiste valdkondade teenustest, toimimispõhimõtetest ja organisatsioonilisest ülesehitusest ning vajalikke oskusi kvaliteetseks inimesekeskseks juhtumikorralduseks.
- ✓ Arendada välja juhtumikorraldust ja asutustevahelist andmevahetust toetavad IT-lahendused, mis võimaldavad digitaalselt hallata juhtumikorraldusega seotud andmeid ning võimaldavad vähendada osapoolte tehtavaid korduvaid tegevusi ja oluliselt parandada abivajaduse lahendamise seotud tegevuste kiirust ja kvaliteeti.
- ✓ Korraldada abivajaduse hindamise vahendite süsteem, digiteerida hindamisvahendid ning tagada hindamise andmete eri osapoolte vahel vahetamine, mis vähendaks dubleerivaid hindamisi ja võimaldaks hetkeseisu võrdlemist varasemate hindamistulemustega.
- ✓ Rakendada rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK), mis võimaldab kasutusele võtta standardkeele ja -raamistiku tervise ja tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks, valdkondadeülese mõistetavuse tagamiseks ja inimesele osutatud teenuste mõju hindamiseks.
- ✓ Arendada välja võimekus kasutada riigi, kohalike omavalitsuste ja teenusepakkujate kogutud andmeid oluliselt paremini, et abivajajad üles leida ja neid abistada (ennetustegevus) ning sotsiaalhoolekande- tervishoiu- ja töövaldkonna süsteeme tõhusamalt ja inimeste vajadusi arvestavalt korraldada (poliitikakujundamine).
- ✓ Jätkata integreeritud kliendi-/patsienditeekondade arendamist, et muuta teenuste osutamise süsteem inimese kompleksseid vajadusi arvestavaks ja mõjusaks.
- ✓ Jätkata kohalike omavalitsuste toetamist teenuste pakkumise arendamisel, eelkõige:
  - teenuste standardite kirjeldamisel ja jõustamisel ning teenuste kvaliteedi/tulemuslikkuse mõõtmisel;
  - teenuste kulumudeli meetodika väljatöötamisel, et tagada teenuste võrreldavus kohalike omavalitsuste vahel;
  - teenuste vajaduse prognoosimise mudelite väljatöötamisel;
  - proaktiivse teenusepakkumise arendamisel;
  - kohalike omavalitsuste koostöömudelite ja ühistegevuse arendamisel sotsiaalteenuste pakkumisel.

## Mõisted

**Inimesekeskne teenus** – teenus, mis keskendub inimese abivajadusele ja tema eesmärkide saavutamisele ning tagab võimaluse korral inimese kaasamise otsustusprotsessi.

**Integreeritud teenused** – elanikkonna abivajadusest lähtuvalt ja omavahel kooskõlas kujundatud teenused, mis võimaldavad eri valdkondade ja asutuste teenuste sujuva osutamise üle abivajaja elukaare.

**Juhtumikorraldus** – abivajaja individuaalsetest eesmärkidest ja vajadustest lähtuv teenuste koordineerimise protsess, mis tagab juurdepääsu õigeaegsele ja piisavale abile. Juhtumikorralduse olulisemad põhimõtted on: inimesele abi osutamise protsessi juhtimiseks juhtumikorraldaja (koordinaatori) määramine, abi osutamine, lähtudes hinnatud abivajadusest ja kooskõlas inimese eesmärkidega, meeskonnatöö rakendamine abi korraldamisel (kaasates

<sup>21</sup> Rahastusmudeli ettepanek on koostamisel.

meeskonnatöösse võimaluse korral nii abivajaja kui ka tema lähedased), abi osutamise tulemuslikkuse seire ja vajaduse korral osutatava abi korrigeerimine.

**Juhtumikorralduse eest vastutav inimene** – juhtumikorralduse eest vastutava asutuse määratud inimene, kes toetab kompleksse abivajadusega inimest ning koordineerib spetsialistide koostööd talle abi ja toe andmisel. Juhtumikorralduse eest vastutavaks inimeseks võib olla sotsiaaltöötaja, koordinaator, perearst, pereõde, koduõde, eriõde, tervisejuht, insuldikordinaator, juhtumikorraldaja, juhtumikonsultant või mõni muu spetsialist. Juhtumikorraldusega tegelemine võib olla, aga ei pea olema selle spetsialisti põhitegevus.

**Juhtumimeeskond** – kompleksse abivajadusega inimesega koostöös moodustatud tema terviklikku toimetulekut toetav meeskond, millesse kuuluvad abivajaja, võimaluse korral tema lähedane/lähedased, juhtumikorralduse eest vastutav inimene ja vastavalt vajadusele spetsialistid sotsiaalhoolekande-, tervishoiu-, töö- ja/või muust valdkonnast ning teised avalike teenuste osutajad. Juhtumimeeskonna töösse võidakse abivajaja nõusolekul kaasata abivajaja hooldaja, vabatahtlikke abistajaid ja teisi abivajaja seisukohast olulisi osapooli.

**Kompleksse abivajadusega inimene** – inimene, kes vajab toimetulekuks, arenguks või tervises seisundi säilitamiseks või parandamiseks mitmekülgset abi, teenuseid ja tuge, mis hõlmab ka vajadust koordineerida mitme organisatsiooni koostööd.

**Koordinatsioonimudel** – metoodiline lähenemisviis sotsiaalhoolekande-, tervishoiu- ja töövaldkonna ning teiste valdkondade omavahelisele koostööle, tegevuste koordineerimisele ja teenuste integreerimisele eesmärgiga tagada kompleksse abivajadusega inimesele tema vajadustele vastav abi ja tugi.

**Koordinatsiooni piirkond** – koordinatsiooni piirkonnaks on üldjuhul maakond.

**Koordineeritud teenusepakkumine** – teenuste osutamise ja teabe jagamise korraldamine kõigi teenuseosutamisega seotud osapoolte, sealhulgas kliendi/patsiendi vahel.

**Võrgustikutöö** – tuntud ja laialtlevinud koostöövorm organisatsioonide ja inimeste vahel, kellel on sarnased huvid ja ühine eesmärk või soov muutusi ellu kutsuda.