

VÄIKEHANGE "Tervisetee-konna juhi täienduskoolituse õppekava loomise lähteülesanne"

Käesoleva dokumendiga kutsub Sotsiaalministeerium Teid esitama pakkumust väikehankel.

HINNAPÄRING	
1. ÜLDINFO	
1.1 Hankija andmed	Sotsiaalministeerium Suur-Ameerika 1, 10122 Tallinn, Eesti Vabariik
1.2 Hanke eest vastutav isik	Anneli Taal, telefon: 58658980; e-post Anneli.Taal@sm.ee
1.3 Hanke objekti lühikirjeldus ja eesmärk	Eesmärk on luua pädevuspõhine täienduskoolitus õppekava, mis valmistab ette spetsialiste tervisetee-konna juhi rolli täitmiseks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis. Õppekava eesmärk on toetada tervisetee-konna juhi teenuse ühtset ja kvaliteetset rakendamist üle Eesti, tugevdada esmatasandi teenuste sidusust ning edendada patsiendi- ja inimesekeskset lähenemist abivajaja toetamisel.
1.4 Eeldatav maksumus km-ta ¹	16 129,03 eurot
1.5 Hankelepingu rahastamisallikas	TAT "Pikaajalise hoolduse kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine", SFOS 2021-2027.4.09.23-0002.
1.6 Teenuse CPV kood	80430000-7
1.7 Riigihangete strateegiliste põhimõtete kasutamine	• Keskkonnahoidlik hankimine: ei • Sotsiaalselt vastutustundlik hankimine: ei • Innovatsiooni toetav hankimine: ei • Julgeolekuriske vähendav: ei
2. HANKE OBJEKTI TEHNILINE KIRJELDUS/ OLULISEMAD TINGIMUSED	
2.1 Hanke objekti kirjeldus	Tervisetee-konna juhi täienduskoolituse õppekava loomise tehniline kirjeldus (lähteülesanne) on esitatud lisa 1. Pakkumuse vorm, lisa 2. Töövõtulepingu eritingimused, lisa 3. Tervisetee-konna juhi (TJ) teenused ja töökorraldus, lisa 4. Märkamisleht, lisa 5. InterRAI kohandatud küsimustik abivajaduse hindamiseks, lisa 6. Heaoluplaani näidis, lisa 7.
2.2 Tähtaeg ja/või ajakava	Lepingu täitmise tähtaeg on 12.12.2025
2.3 Lepingutingimused	Lepingu täitmisel kohaldatakse Sotsiaalministeeriumi töövõtulepingu üldtingimusi, mis on kättesaadavad Sotsiaalministeeriumi kodulehel aadressil: https://www.sm.ee/lepingute-uldtingimused . • Lepingu eritingimused on toodud väikehanke dokumendi lisa 3).
2.4 Samaväärsus	Iga viidet, mille hankija teeb väikehanke dokumentides mõnele standardile, tehnilisele tunnustusele, tehnilisele kontrollisüsteemile vms kui pakkumuse tehnilisele kirjeldusele vastavuse kriteeriumile, tuleb lugeda selliselt, et see on täiendatud märkega „või sellega samaväärne“. Iga viidet, mille hankija teeb väikehanke dokumentides ostuallikale, protsessile, kaubamärgile, patendile, tüübile, päritolule või tootmisviisile, tuleb lugeda selliselt, et see on täiendatud märkega „või sellega samaväärne“.
3. TÄIENDAV INFO	
3.1 Pakkujale ja pakkumusele kehtestatavad nõuded	• Pakkujal peab olema kehtiv koolitusluba vastava koolituse läbiviimiseks vastavalt täiskasvanute koolituse seadusele. • Pakkuja peab arvestama võimalusega pakkuda loodud õppekava alusel vastavat koolitust ka ise peale õppekava valimist, tagades koolituse kvaliteedi ja vastavuse loodud õppekavale. • Pakkuja meeskonnas peab olema vähemalt üks isik, kellel on eelnev kogemus tervise- või sotsiaalvaldkonna täienduskoolituste õppekavade koostamisel.

	Pakkujal peab olema suutlikkus õppekava testida (nt piloteerimise või eksperthinnangu vormis), kui tellija seda soovib.
4. PAKKUMUSE ESITAMINE ja MENETLEMINE	
4.1 Selgitused	Huvitatud isikutel on õigus küsida väikehanke dokumentide kohta selgitusi, esitades küsimused e-posti aadressile: Anneli.Taal@sm.ee. Hankija vastab huvitatud isiku küsimustele 3 tööpäeva jooksul. Hankija edastab esitatud küsimused ja vastused samaaegselt kõigile isikutele, kellele tehti ettepanek pakkumuse esitamiseks.
4.2 Pakkumuse vormistamine ja esitamine	- Peab vastama Lisas 1 toodud nõuetele, kriteeriumitele ja soovitudele. - Pakkumuses esitab pakkuja: - Pakkumuse vormi (lisatud pakkumuskutsele, lisa 2). - Pakkumuses tuleb selgelt välja tuua planeeritav koostöö erinevate õppeasutuste ja koostööpartnerite vahel. - Pakkuja toob välja, isikuliselt ning ametikoha täpsusega meeskonnaliikmed, keda ta kaasab kvaliteetse eesmärgi saavutamiseks. - Pakkuja kannab kõik pakkumuse ettevalmistamise ja esitamisega seotud kulud ning pakkumuse tähtaegse esitamise riski. - Esitatud pakkumus peab olema jõus vähemalt 60 päeva alates pakkumuste esitamise tähtpäevast. - Pakkumus tuleb esitada e-posti aadressil info@sm.ee hiljemalt; uus 17.09.2025 kell 16.00. - Palume ühtlasi, et teavitaksite meid, kui otsustate pakumust mitte esitada. - Pakkumus on konfidentsiaalne kuni hankelepingu sõlmimiseni. - Pakkuja märgib pakkumuses, milline teave on pakkuja ärisaladus ning põhjendab teabe ärisaladuseks määramist. Pakkuja ei või ärisaladusena märkida pakkumuse maksumust või osamaksumusi. Hankija ei avalikusta pakkumuste sisu ärisaladusega kaetud osas. Hankija ei vastuta ärisaladuse avaldamise eest osas, milles pakkuja ei ole seda ärisaladuseks märkinud.
4.3 Pakkumuse vastavuse kontrollimine	- Hankija avab kõik tähtjaks esitatud pakkumused ning kontrollib, kas need vastavad väikehanke dokumendis ja muudes hanke alustes sätestatud tingimustele. - Hankija lükkab tagasi kõik pakkumused, mis ei vasta kehtestatud tingimustele, sealhulgas tehnilisele kirjeldusele, pakkuja kvalifitseerimise nõuetele ja muudele väikehankes esitatud kohustuslikele nõuetele. - Hankijal on õigus tagasi lükata ka selline pakkumus, mille hind ületab hanke ettevalmistamise käigus määratletud eeldatavat maksumust ja mille rahastamiseks puuduvad eelarvelised vahendid. - Hankijal on õigus küsida pakkujalt selgitusi pakkumuses esitatud teabe kohta, kuid mitte sellisel viisil, mis tooks kaasa pakkumuse sisulise muutmise.
4.4 Pakkujaga läbirääkimiste pidamine	- Hankija võib pidada kõikide vastavaks tunnistatud pakkumuse esitanud pakkujatega läbirääkimisi esitatud pakkumuse sisu, ajakava ja maksumuse üle. Läbi ei räägita väikehanke dokumendi pakkujale ja pakkumusele sätestatud nõuete ja hindamiskriteeriumide üle. - Läbirääkimiste ajal tagab hankija kõigi pakkujate võrdse kohtlemise ega avalda läbirääkimiste käigus saadud teavet diskrimineerival viisil, mis võiks anda ühele pakkujale

	eelise teiste pakkujate ees. Hankija ei avalda pakkuja esitatud konfidentsiaalset teavet teistele läbirääkimistes osalejatele ilma pakkuja nõusolekuta. • Läbirääkimisi võib pidada vastavalt hankija ja pakkujate kokkuleppele, kas elektrooniliselt või koosoleku vormis. Suuliselt peetud läbirääkimised protokollitakse. • Läbirääkimiste lõppedes võib hankija teha pakkujatele ettepaneku lõplike, kohandatud pakkumuste esitamiseks.
4.5 Pakkumuste hindamine	• Hankija hindab kõiki vastavaks tunnistatud pakkumusi, võttes aluseks väikehanke dokumendis sätestatud tingimused. Hindamine toimub läbipaistvalt, võrdse kohtlemise ja mittediskrimineerimise põhimõtet järgides. • Hankijal on õigus pakkumusi vajadusel omavahel võrrelda ning küsida täpsustusi või selgitusi esitatud pakkumuste sisu osas, eeldusel et see ei muuda pakkumuse olemust ega anna pakkujale põhjendamatut konkurentsieelist. • Edukaks tunnistatakse majanduslikult soodsaim pakku-mus, s.o madalaima kogumaksumusega pakku-mus, mis vastab kõigile väikehanke dokumentides esitatud tingimuste-le. • Hankija dokumenteerib hindamistulemused ja teeb põhjendatud otsuse edukaks tunnistatud pakkumuse kohta. Vajadusel esitatakse pakkujatele teade tulemuste kohta koos lühikese põhjendusega, viidates hindamistulemustele.
4.6 Pakkuja teavitamine hankija ot-sustest ja lepingu sõlmimine	• Hankija esitab kõigile pakkujatele teate hankilepingu sõl-mimise kohta mitte hiljem kui 3 tööpäeva jooksul alates le-pingu sõlmimisest. • Hankija sõlmib edukaks tunnistatud pakkumuse esitanud pakkujaga lepingu.

Lisad:

Lisa 1. Väikehanke tehniline kirjeldus

Lisa 2. Pakkumuse vorm

Lisa 3. Töövõtulepingu eritingimused

Lisa 4. Terviseteeakonna juhi (TJ) teenused ja töökorraldus

Lisa 5. Märkamisleht

Lisa 6. InterRAI kohandatud küsimustik abivajaduse hindamiseks

Lisa 7. Heaoluplaani näidis

Lisa 1

Terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekava loomise lähteülesanne

Õppekava loomise eesmärk

Eesmärk on luua pädevuspõhine täienduskoolitus õppekava, mis valmistab ette spetsialiste terviseteeakonna juhi rolli täitmiseks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis. Õppekava eesmärk on toetada terviseteeakonna juhi teenuse ühtset ja kvaliteetset rakendamist üle Eesti, tugevdada esmatasandi teenuste sidusust ning edendada patsiendi- ja inimesekeskset lähenemist abivajaja toetamisel.

Õppekava koostamisel tuleb lähtuda:

- täiskasvanute koolituse seadusest: <https://www.riigiteataja.ee/akt/110062015010?leiaKehtiv>
- täienduskoolituse standardist: <https://www.riigiteataja.ee/akt/126062015009?leiaKehtiv>

Täienduskoolituse loomise aluseks on haridusasutuste poolt pakutavate õppekavade ja käesolevas dokumendis kirjeldatud teenusekirjelduse ning kompetentside vahe. Lisaks peab planeeritav koolitus kordama varasemalt omandatud teadmiste kaasajastamise eesmärgil olulisemaid baasmooduleid (nt teadmised süsteemi kehtiva korralduse viimaste muudatuste kohta, teadmised ja oskused vaimse tervise probleemidega inimese käsitlemisest, suhtlemisoskused jms.) Eelduslikult on enamuse täienduskoolitust vajavaid inimesi oma kõrghariduse saanud juba mõnda aega tagasi.

Terviseteeakonna juht on valdkonnaüleste teenuskoordinatsiooni osutav spetsialist, kes korraldab riskirühma kuuluva inimese tervikvajaduse hindamise, inimesekeskse heaoluplaani¹ koostamise, moodustab plaani täitmisega seotud spetsialistidest meeskonna, koordineerib meeskonnatööd plaani elluviimisel aidates abivajajat õigeaegsel sujuval teenustele jõudmisel ja liikumisel erinevate tervishoiuteenuse osutamise tasandite vahel (sh liikumisel perearsti suunamise korral eriarsti vastuvõtule või haiglasse), võimestab abivajajat plaani elluviimisel ning hindab kaasates meeskonda regulaarselt plaani täitmist ja koordineeritud teenuseosutamise jätkamise vajadust. Abivajajast lapse korral toetab ja nõustab terviseteeakonna juht ka lapse pereliikmeid kaasates nad lapse tugimeeskonda.

Terviseteeakonna juhi teenused on:

- Terviseteeakonna juhi nõustamine ja tervishoiu- ning sotsiaalvaldkonna ülene teenuste koordinatsioon.
- Terviseteeakonna juhi teenus patsiendi haiglast kodusele ravile ja taastumisele liikumise toetamisel.

Valdkonnaülese koordinatsiooni all mõeldakse tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuste koordinatsiooni. Esmatasandil töötab terviseteeakonna juht eeskätt tervisekeskuses perearsti meeskonnas. Haiglas aktiivravi osakonnas. Vajadusel võib terviseteeakonna juht töötada ka sotsiaalse rehabilitatsiooni asutuses. Terviseteeakonna juhi teenuste osutamise eesmärk, näidustus, sihtrühm ja protsessi detailne kirjeldus on toodud lisas.

Tulenevalt terviseteeakonna juhi teenuste eesmärgist ja protsessist, on terviseteeakonna juhi ülesanded:

- Abivajaja ja tema lähedaste toetamine abivajaja tervises seisundiga toimetulekul nende

¹ **Heaoluplaan** - inimesekeskne valdkondadeüleline plaan, mis võimaldab abivajajal koostöös oma lähedaste ja spetsialistidega seada oma tervise- ja heaolulased eesmärgid ning panustada kooskõlas talle antud juhistega nende täitmisse. Heaoluplaan saab sisendi erinevates valdkondades koostatud plaanidest ja dokumentidest (nt terviseplaan, epikriisid, õendusplaan, taastusravi plaan, sotsiaalvaldkonna juhtumiplaanid jms). See sisaldab inimese olulisemat sotsiaalset- ja terviseinfot, infot talle määratud ja osutatavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kohta ning toob abivajaja ühtsesse infovälja erinevate valdkondade spetsialistidega.

igapäevaelu kontekstis, aidates kaasa, et vajalik informatsioon, oskused ja enesekindlus oleks tagatud.

- Koostöö tervishoiuteenuse osutajate ja spetsialistidega ning sotsiaalvaldkonna teenuseosutajate ja spetsialistidega, kes suunavad abivajaja terviseteele, annavad sisendit heaoluplaani koostamiseks ja kellega koostöös teenuse osutamine toimub.
- Nõustamine üksikutes sotsiaalküsimustes, mis on seotud tervishoiuteenuse osutamisega. Peamine sotsiaalse nõustamise roll ja KOV sotsiaalteenuste määramise roll jääb KOV sotsiaaltöötajale (vajadusel ka lastekaitse töötajale), kelle terviseteele juht vajadusel kaasab.
- Abivajaja tervikliku hindamise korraldamine, kasutades info kogumiseks vestlust ja lisatud hindamisküsimustikku ning kaasates hindamisse muid spetsialiste ning nende poolt läbiviidud hindamisi, mis võimaldavad selgitada välja abivajaja peamised tervisemured, psüühilisest ja füüsilisest terviseseisundist tulenevad funktsionaalsed piirangud ning sotsiaalse toimetuleku oskused.
- Piiratud ulatuses lihtsamate terviseseisundi ja eluliste näitajate mõõtmine (nt pulsi, kehatemperatuuri, vererõhu jms).
- Abivajaja toetamine holistlike eesmärkide, tervise-eesmärkide ja sotsiaalse rehabilitatsiooni ning toimetuleku eesmärkide seadmisel.
- Hinnatud sotsiaalse abivajaduse korral sobilike teenuslahenduste leidmine koostöös sotsiaalvaldkonna spetsialistidega.
- Multiprobleemse abivajajaga või tema esindajaga koos abivajajale heaoluplaani koostamine võttes aluseks abivajaja poolt seatud eesmärged ning interdistsiplinaarselt tugimeeskonnalt (sh vajadusel rehabilitatsiooni meeskonnalt) saadud soovitusi ja juhiseid.
- Veendumine, et heaoluplaan sisaldab inimese peamiste tervisemurede osas ravijuhistest tulenevaid ravi toetavaid soovitusi (nt eluviisiprogramm diabeedi korral või liikumissoovitused südamehaiguste korral jne) ja, et abivajajal oleks võimalus neid järgida (nt liikumisabivahendite olemasolu vms).
- Abivajaja heaoluplaanist lähtuva tegevusplaani koostamine ja selle elluviimise jälgimine ning toetamine sh:
 - Veendumine, et tegevuskava arvestaks kõigi olulisemate heaoluplaanist tulenevate juhistega ja soovitustega.
 - Abivajaja ja tema lähedaste muutustele motiveerimine, haigusteadlikkuse tõstmine, elukvaliteedi parandamise ja hoidmise toetamine ning elustiililase nõustamise ja psühhoemotsionaalse toetuse tagamine. Enesetunde ja terviseseisundi jälgimise juhendamine kooskõlas tervishoiuspetsialistide soovitustega, eneseabi selgitamine vastavalt tervishoiutöötaja poolt antud juhenditele (sh käitumine sagedasemate erakorraliste terviseprobleemide korral), järelkontrolli olulisuse selgitamine (sh abivajaja lähedastele).
 - Tervishoiuspetsialistide poolt määratud soovitude ja ravimiskeemi järgse ravi vastavuse jälgimine, vajalike ravimite hankimise toetamine, ravimitega seotud probleemide korral perearsti informeerimine.
 - Abivahendite (nt potitool, liikumise abivahendid vms) vajaduse tuvastamine, sellekohase tõendi väljastamine ja abivahendi soetamise nõustamine.
 - Vajalike erialaspetsialistide kaasamine, (nt eriarst, perearst, koduõde, KOV sotsiaaltöötaja, lastekaitse töötaja, eriõde, füsioterapeut, tegevusterapeut, loovterapeut, logopeed, eripedagoog, psühholoog jne) teenusvajaduse hindamisse, abi eesmärgistamisse ja heaoluplaani ning tegevuskava koostamisse. Teenusetele jõudmise toetamine.
- Meeskonnatöö korraldamine ja juhtimine abivajaja heaoluplaani koostamiseks, muutmiseks ja elluviimiseks.
- Abivajajat puudutava teabe, tegevuskava ning võrgustiku kokkulepete nõuetekohane dokumenteerimine.
- Abivajaja toetamine teenuselt väljumisel ja oma töö tulemuslikkuse hindamine.

Terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekava keskendub terviseteeakonna juhi tööülesannete täitmiseks vajalike lisateadmiste ja oskuste saamisele eeldusel, et koolitataval sihtrühmal on baasteadmised ja kogemus tervishoiu- või sotsiaalteenuse osutamises

Terviseteeakonnajuhi kompetentsid

TEADMISED INTEGREERITUD TEENUSE OSUTAMISEST JA TEENUSKOORDIN ATSIOONIST	- Mõistab integreeritud teenuseosutamise ja teenuskoordinatsiooni toimimise põhimõtteid ja rakendab neid igapäevatoös. - Mõistab terviseteeakonna juhi rolli, väärtuseid ja töö eesmärgid sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis ning selgitab neid teistele osapooltele. - Mõistab populatsioonipõhise tervisejuhtimise ja proaktiivse teenuseosutamise olemust ning rakendab teenusvajaduse varajase märkamise süsteeme. - Mõistab integreeritud teenuste olulisust erinevate osapoolte (abivajajad, teenuseosutajad, süsteemid) vaates ning tulemuslikkuse hindamise põhimõtteid ja mõõdikuid. - On teadlik peremeditsiini, koduõenduse, statsionaarse õenduse, taastusravi ja rehabilitatsiooni teenuste (nt loovterapeut, eripedagoog jt), ambulatoorse eriarstiabi, kiirabi teenuse, koduteenuste, kodu kohandamise teenuse, väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse, erihooldekande teenuste, tugiisikuteenuse, täisealise isiku hoolduse, isikliku abistaja teenuse, sotsiaaltransporditeenuse, eluruumi tagamise teenuse ja vajadusel muude esmatasandi tervishoiu ja sotsiaalteenuste sisust, kasutamise ja hüvitamise kehtivatest tingimustest ja osutamise põhimõtetest. - On teadlik kehtivatest abivahendite soetamise ja hüvitamise võimalustest. - On teadlik kehtivatest sotsiaalabi, toetusvõrgustike ja kogukonna toetuse võimalustest. - Mõistab teenuste „Terviseteeakonna juhi nõustamine ja valdkonnaülene teenuste koordinatsioon“ ja „Terviseteeakonna juhi teenus patsiendi haiglast kodusele ravile ja taastumisele liikumise toetamisel“ osutamise sisu ja protsessi ja erinevate spetsialistide rolli selles.
TERVISHOIUALAS ED BAAS- TEADMISED JA OSKUSED, MIS ON VAJALIKUD OMANDADA, KUI TERVISHOIUALAN E KVALIFIKAT- SIOON PUUDUB	- Mõistab Eesti tervishoiusüsteemi toimimist ja regulatsioone ning on kursis viimaste arengutega. - Teab, millised on Eestis enamlevinud kroonilised haigused ja millised on nende haiguste kontrolli peamised meetmed, mis täiendavad ja toetavad meditsiinilisi sekkumisi. - Mõistab, mis on terviseseisundi põhine rehabilitatsioon ning teab, millised on nende seisundite puhul peamised sekkumised. - Mõõdab ja hindab lihtsamaid terviseseisundi näitajaid (nt pulssi, kehatemperatuuri, vererõhku, KMI jm). - Leiab patsiendi diagnoosidest lähtuvaid käsitlemise üldpõhimõtted ravijuhistest või muudest valdkondlikest juhistest, mõistab nende seost abivajajale koostatava heaoluplaaniga ja jälgib, et olulised põhimõtted sisalduksid heaoluplaanis. - Pakub abivajajale enesetunde ja terviseseisundi jälgimise õpetust lähtuvalt tervishoiutöötaja soovist (nt vererõhu mõõtmise õpetus). - Mõistab, mis on ravimiskeem ja oskab märgata, kui abivajaja on sellest kõrvale kaldunud sh märgib vajadusel üles abivajaja poolt antava

	informatsiooni alusel tegeliku ravimiskeemi ning edastab info hindamiseks arstile. - Mõistab meditsiinispetsialistide poolt ravimite ordineerimisel enamkasutatavaid patsiendijuhiseid ja selgitab neid vajadusel abivajajale ja lähedastele. - Jälgib abivajaja ravimsoostumust kasutades retseptikeskuse infot ning abistab abivajajat vajalike ravimite hankimisel ja ravisoostumuse toetamisel erinevate abivahenditega. - Hindab abivahendi kasutamise vajadust ja soovitab vajadusel selle kasutuselevõttu. - Mõistab abivajajatele soovitatavaid peamisi enesekontrolli ja eneseabi võtteid enamlevinud krooniliste haiguste kontrolli alt väljumise korral ning jälgib, et heaoluplaan neid sisaldaks (kooskõlas arsti poolt antud juhistega). - Tunneb dokumenteerimise põhimõtteid tervishoius, kasutab neid oma töös ja jagab olulist infot abivajaja tugimeeskonna liikmetele.
SOTSIAALTÖÖ- ALASED BAASTEADMISED JA OSKUSED, MIS ON VAJALIKUD OMANDADA, KUI SOTSIAALTÖÖ ALANE KVALIFIKAT- SIOON PUUDUB	- Mõistab Eesti sotsiaalsüsteemi toimimist ja regulatsioone ning on kursis nende viimaste arengutega. - Märkab sotsiaalse abivajadusega vajadusega inimest ning nõustab teda. - Mõistab kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö põhimõtted ning sotsiaalvaldkonna toimise, juhtumikorralduse ja rahastamise põhimõtteid. - Mõistab, millal on vajalik vältimatu sotsiaalabi osutamine ja kuidas toimub vältimatu abi korraldus. - Mõistab kohaliku omavalitsuse ja riigi poolt (SKA, töötukassa) pakutavaid sotsiaalteenused ning pöördub õigete KOV või riigi spetsialistide poole sh vajadusel otse sotsiaalteenuse osutajate poole. - Tunneb dokumenteerimise põhimõtteid sotsiaalvaldkonnas, kasutab neid oma töös ja jagab olulist infot abivajaja tugimeeskonna liikmetele.
TEADMISED JA OSKUSED PSÜÜHILISE ERIVAJADUSEGA PATSIENDIDE KÄSITLEMISEL	- Omab ülevaadet enamlevinud psüühikahäiretest sh mõistab ja oskab abivajaja hindamisel arvesse võtta intellektipuude ja psüühikahaiguse erinevust ning erisusi abivajaja käsitluses. - Tunneb psüühikahaiguse ja intellektipuudega inimese käitumise ja suhtlemise eripärasid. - Oskab tunda ära ärevuse ja depressiooni kahtlusega inimest ning omab teavet abi võimalustest. - Teab ja oskab ära tunda, mis on normaalse vananemise, kerge kognitiivse häire ja dementsuse erinevused. - Tunneb sõltuvusprobleemi, ärevuse ja depressiooni all kannatavate ning dementsuse sündroomiga abivajajate käitumise ja suhtlemise eripära. - Mõistab vaimse tervise nõustamise ja ravi võimalusi ning teeb koostööd spetsialistidega erinevate vaimse tervise probleemide puhul. - Tunneb ära vägivallaohvri, mõistab erinevaid vägivalla liike nt kontrolliv vägivald, vaimne vägivald, perevägivald, seksuaalvägivald ning suunab vägivallaohvri sobilikule teenusele.
PATSIENDI TERVIKLIK HINDAMINE, OLULISE INFO	- Kasutab patsiendi tervisliku seisundi ja sotsiaalabi vajaduse hindamiseks eeskätt lisatud hindamisinstrumenti (lisa 6). Täiendava hindamisvajaduse korral pöördub hindamiseks asjakohaste spetsialistide poole. - Mõistab Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK)

PRIORITISEERIMINE JA TERVISE- NING TOIMETULEKU EESMÄRKIDE SEADMINE KOOS PATSIENDIGA	ülesehitust, põhimõisteid ja omab ülevaadet selle valdkondade ülesest kasutusvõimalusest ja kasutusvaldkondadest Eestis. Oskab vajadusel kasutada. - Tunneb märkamislehtede abil ära potentsiaalsed abivajajad. - Hindab inimese füüsilisest- ning psüühilisest seisundist ja tema elukeskkonnast tulenevat igapäevast toimetuleku võimet ning abi vajadust. - Toetab abivajajat oma probleemide prioriseerimisel, mõistab tema ootusi ja võimekusi ning sõnastab koos abivajajaga tema holistlikud eesmärgid ning kaasates tugimeeskonda ka tervise-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalse toimetuleku eesmärgid. - Koostab abivajaja vajadustest ja ootustest lähtuva heaoluplaani ning hindab selle toimivust. - Oskab juhendmaterjalide toel teha esmase soovitusliku sekkumismeetodite valiku (tegelikku vajadust hindavad eri valdkondade spetsialistid ise).
SUHTLEMIS- JA NÕUSTAMISOSKUS SED	- Kasutab inimesekeskseid suhtlemisviise- ja tehnikaid vastavalt abivajaja erivajadustele. - Korraldab ja koordineerib suhtlust erivajaduse esinemisel (sh vaegkuulmine, nägemispuue, afaasia jms). - Kasutab inimesekeskseid nõustamistehnikaid (nt motiveeriv intervjuueerimine, <i>Bridges Self Management</i>) vastavalt olukorrale ning abivajaja erivajadustele. - Toetab ja nõustab abivajajat ja tema lähedasi vajalike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ning ravimite ja abivahendite sujuvaks saamiseks. - Nõustab abivajajat ja tema lähedasi oma tervise jälgimisel ja haiguste (sh haiguste ägenemise) ennetamisel kooskõlas tervishoiuspetsialistide poolt antud juhenditega. - Nõustab abivajajat ja tema lähedasi lähtuvalt sotsiaalsetest probleemidest ning toetab sotsiaalsüsteemi poolt pakutava abi kasutamisel kaasates KOV sotsiaaltöötajat ja vajadusel KOV lastekaitse töötajat. - Toetab abivajajat muutuste elluviimisel, kasutades transteoreetilise mudeli põhimõtteid võimestamiseks ja motiveerimiseks.
MEESKONNA JA VÕRGUSTIKUTÖÖ OSKUSED	- Oskab praktiliselt kasutada võrgustikutöö, juhtumikorralduse ja juhtumianalüüsi tööpõhimõtteid. - Oskab praktiliselt koordineerida ja juhtida abivajaja võrgustikukohtumisi ja juhtumiarutelusid, arvestades osalevate spetsialistide rolle ja tööülesandeid. - Tunneb rehabilitatsioonimeeskonna liikmete erinevate erialade spetsialistide funktsioone, nende erialaseid kompetentse ning oskab planeerida ja suunata interdistsiplinaarset koostööd rehabilitatsioonis lähtuvalt inimese terviseisundipõhistest vajadustest².
KRIISIVALMIDUS JA KRIISIJUHTIMINE	- Teab kriisilukordade tüüpe ja nende mõju abivajajatele. - Tunneb üldiseid käitumisjuhiseid kriisi korral, oskab valmistuda kriisilukordadeks ja aidata abivajajatel ning nende lähedastel kriisilukordadeks valmistuda.
ADMINISTRATIIVS ED OSKUSED	- Koostab ja haldab dokumente korrektselt, selgelt ja süsteemselt, tagades info arusaadavuse kõigile osapooltele ning vastavuse seaduslikele ja organisatsioonisisestele nõuetele.

² WHO (2023): „Packages of Intervention for Rehabilitation“: [Package of interventions for rehabilitation](#).

	- Kasutab enesekindlalt erinevaid digitaalseid töövahendeid ja kontori-tarkvara (Word tekstidokumentide ja Exceli tabelite, koostamine ning haldamine). - Navigeerib sujuvalt tervise- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemides, sh patsiendiinfo-, juhtumikorraldus- ja retseptikeskkondades, ning oskab nendest süsteemidest sihipäraselt andmeid pärida ja sinna vajadusel andmeid sisestada.
TEADMISED ANDMEKAITSEST	- Tõlgendab ja rakendab isikuandmete kaitse üldmääruse ning Eesti sotsiaal- ja tervisevaldkonna õigusaktide nõudeid oma igapäevases töös kliendiandmetega. - Kohaldab konfidentsiaalsuse ja eetika põhimõtteid igas tööetapis (sh suhtlemisel, dokumenteerimisel, andmete edastamisel ja säilitamisel), arvestades inimese õigust privaatsusele. - Eristab andmete liike (sh eriliigilised isikuandmed) ning hindab nende töötlemise õiguspärasust ja eesmärgipärasust sõltuvalt tööülesandest ja kliendi olukorrast. - Selgitab abivajajale arusaadavalt tema õigusi isikuandmete töötlemisel, sh andmete kasutamise aluseid, õigust ligipääsule ja parandamisele ning nõusoleku andmise või tagasivõtmise võimalusi. - Juhib teadlikult andmevahetust meeskonna- ja võrgustikutöös, hinnates, milliseid andmeid võib jagada erinevate osapoolte (nt perearst, haigla, SKA, KOV, sotsiaaltöötaja) vahel ja millisteks eesmärkideks. - Jälgib andmete turvalist käsitlemist ja säilitamist, kasutades sobivaid IT-vahendeid ja turvameetmeid, ning reageerib asjakohaselt andmelekkete seotud olukordadele.

Terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekavale esitatavad nõuded

Tulenevalt kirjeldatud terviseteeakonna juhi teenustest ja terviseteeakonna juhi tööks vajalikest kompetentsidest hangib Sotsiaalministeerium (edaspidi Tellija) terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekava koostamise.

- Tervishoiu kõrgkoolid ja ülikoolid, kes koolitavad tervishoiu ja/või sotsiaalvaldkonna spetsialiste teevad ühispakkumise või pakkumise, kus on selgelt välja toodud planeeritav koostöö erinevate õppeasutuste vahel.
- Samuti soovime, et praktiliste oskuste andmiseks kaasataks Viljandi haigla koolituskeskust, kuna Viljandi haiglal on antud teenuse osutamise ja terviseteeakonna juhtide koolitamise praktiline kogemus.

Planeeritavalt võiks täienduskoolitus olla alates järgmisest aastast kättesaadav nii Tallinnas kui ka Tartus, võimalusel ka laiemalt.

Õppekava peab lähtuma kirjeldatud kompetentsidest ja arvestama järgnevaid nõudeid:

Täienduskoolituse õppekava nimetus	Terviseteeakonna juhi baaskoolitus
Õppekava rühm	Tervis ja heaolu

Koolituse eesmärk	Koolituse tulemusena on osalejatel terviklikud teadmised ja praktilised oskused kompleksse abivajadusega inimese toetamiseks tema tervise-eesmärkide saavutamisel ja sotsiaalsete probleemide lahendamisel, sealhulgas
-------------------	--

	vajadusele vastavate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise sujuvaks koordineerimiseks.
--	--

Koolituse maht akadeemilistes tundides	Selgub õppekava koostamise tulemusel (kontaktloengute maht maksimaalselt 300 akadeemilist tundi), koolituse maksimaalseks pikkuseks on 6 kuud.
Kontaktloengute maht	ca 50% õppemahust
Praktilise töö maht	ca 40% õppemahust
Iseseisva töö maht	ca 10% õppemahust

Koolitusel osalemise tingimused	Koolitusel osalemiseks peab olema lõpetatud kõrgharidus sotsiaaltöö või õenduse erialal või muul sotsiaal/tervishoiuvaldkonna kõrvalerialal, mis sisaldab sarnast baasharidust. Lisaks peab omama baashariduse valdkonnas vähemalt pidevat 24 kuist töökogemust. Eesti keele nõutav baastase on B2.
--	---

Sihtgrupp ja selle kirjeldus	Terviseteeakonna juhi täiendusõppe sihtgrupiks on spetsialistid, kelle töö hõlmab inimeste tervise ja sotsiaalse toimetuleku toetamist ning kellel on oma töös vajalik hinnata inimese vajadusi terviklikult võttes arvesse nii tervishoiu- kui sotsiaalteenuste pakkumist ning koordineerida tervise- ja sotsiaalteenuste lõimitud pakkumist. Koolitus on suunatud: • Tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele, kes osalevad abivajajate hindamises, nõustamises ja heaoluplaanide koostamises (nt sotsiaaltöötajad, rehabilitatsioonimeeskond, koduõed, psühholoogid, tegevusterapeutid, vaimse tervise spetsialistid). • Kohalike omavalitsuste töötajatele, kes koordineerivad sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostööd või on seotud juhtumipõhise tööga. • Tervisevaldkonna koordinaatoritele ja juhtidele, kes tegelevad lõimitud teenuste planeerimise ja arendamisega. • Õendustöötajatele ja teistele tervishoiutöötajatele, kes on seotud inimese esmase hindamise, nõustamise ja toimetuleku toetamisega. • Inimestele, kellel on varasem töökogemus tervise- või sotsiaalvaldkonnas ning kes soovivad hakata pakutama terviseteeakonna juhi teenuseid või osaleda nende arendamises.
Õppekeel	Eesti keel

Oodatavad õpiväljundid	• On abivajajale ja tema lähedastele partneriks toetades abivajajat enesejuhtimisel ja teenuste ning abi teadlikul kasutamisel, motiveerides muutustele vastavalt transteoreetilisele mudelile ja tuginedes süsteemsel probleemianalüüsil ning nõustades lähedasi abivajajale igapäevase toe ja abi pakkumisel arvestades tema tervises seisundist tingitud erivajadusi. • Kavandab ja koordineerib abivajaja kesksel koostööd tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi vahel, rakendades riskijuhtimise, proaktiivse teenuseosutamise ja rehabilitatsiooni põhimõtteid ning lähtudes süsteemide (tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi) ülesehitusest ja toimemehhanismidest. • Selgitab Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi ülesehitust, toimimist ja avalike teenuste kättesaadavuse tingimusi, eristab süsteemitasandeid ning arvestab oma otsustes kehtivaid regulatsioone ja praktikaid.
-------------------------------	--

	• Eristab psüühikahäirete ja intellektipuude mõjusid igapäevaelule, arvestab nende eripäradega suhtlemisel ja toetamisel ning suunab inimese sobivatele teenustele. • Kasutab etteantud hindamisvahendeid inimese tervisliku seisundi ja toimetulekuvõime hindamiseks, oskab vajadusel kaasata täiendavasse abivajaduse hindamisse teisi spetsialiste. • Toetab abivajajat oma probleemide prioritseerimisel, mõistab tema ootusi ja võimekusi ning sõnastab koos abivajajaga tema holistlikud eesmärgid ning kaasates tugimeeskonda ka tervise-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalse toimetuleku eesmärgid. • Koostab abivajajale tema vajadustest ja eesmärkidest lähtuva heaoluplaani ja sellele vastava tegevuskava. Kaasab plaani ja tegevuskava koostamisse vastavalt vajadusele teisi tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste. • Kasutab inimesekeskseid suhtlemis- ja nõustamistehnikaid, kohandades neid vastavalt abivajaja erivajadustele ja toetades tema ning tema lähedaste osalust otsustusprotsessis. • Koordineerib ja juhib võrgustikukohtumisi ja juhtumiarutelusid, planeerides interdistsiplinaarset koostööd ning kaasates vajalikud spetsialistid vastavalt süsteemile omastele rollidele ja tööjaotusele. • Koostab ja haldab dokumente vastavalt valdkondlikele nõuetele ja hea dokumenteerimistava põhimõtetele, kasutades igapäevaseks tööks vajalikke digilahendusi ja andmehaldussüsteeme. • Rakendab andmekaitse ja konfidentsiaalsuse nõudeid igapäevases praktikas, juhib teadlikult andmevahetust ning selgitab kliendi õigusi isikuandmete töötlemisel vastavalt kehtivatele regulatsioonidele.
--	---

Õppemeetodid	Võimalikud õppemeetodid kogu koolituse vältel on auditoorne loeng, seminar, videoloeng, arutelu, grupidöö, praktikum, juhtumi analüüs, individuaalne kirjalik töö, vaatlus, refleksioonülesanded ja kogemuse vahetus. Koolituse ülesehitus on praktilise suunitlusega ja arvestab täiskasvanud õppija eripärasid.
Õppesuunad	Koostatav õppekava peab eristama sõltuvalt õppija baasharidusest kahte õppesuunda: 1) õpe sotsiaalkõrghariduse baasil; 2) õpe tervishoiu kõrghariduse baasil.
Õppeasutuse poolt väljastatav tunnistus	Koolituse käigus on nõutav hinnata õpiväljundite saavutatust lähtuvalt õppesuunast, kõigi õppekavas ettenähtud praktiliste tööde ja iseseisvate tööde sooritamist ja esitamist ning kontaktõppes osalemist (vähemalt 80% ulatuses). Isikule, kes saavutas kõik õppekava lõpetamiseks nõutud õpiväljundid, väljastatakse vastav tunnistus (kooskõlas täienduskoolituse standardiga). Kui õpilane ei saavutanud nõutud tasemel õpiväljundeid ja/või ei sooritanud õppekavas ettenähtud praktilisi ja iseseisvaid töid, väljastatakse talle õppes osalemise kohta tõend.
Hindamiskriteeriumid	Õppe käigus omandatud teadmisi hinnatakse oodatavate õpiväljundite suhtes. Teoreetilisi teadmisi hinnatakse eristaval hindamismeetodil, praktilist ja iseseisvat tööd mitmeeristaval meetodil. Täpsema hindamismeetodi valib õppeasutus. Mooduli hindamismeetodid ja -kriteeriumid täpsustatakse loodavas õppekavas.

Õppekava peab vastama järgmistele kriteeriumitele:

- peab sisaldama selgeid ja konkreetseid õpieesmärke, mis määratlevad, mida õppijad peavad teadma ja oskama pärast koolituse läbimist;
- dubleerima minimaalselt õe ja sotsiaaltöö õppekava;
- peab kirjeldama, kuidas õpitulemusi hinnatakse ja mõõdetakse, tagades, et õppijad saavutavad vajalikud teadmised ja oskused;
- peab sisaldama mitmekesiseid ja olulises osas praktilisi, aktiivseid õpetamismeetodeid;
- peab arvestama kaasaegsete täiskasvanukoolituse põhimõtetega ning metoodikatega;
- peab sisaldama üksikasjalikku õppeprotsessi kirjeldust.

Õppekava koostaja annab koos õppekavaga soovitusel:

- Õpperühma minimaalse, optimaalse ja maksimaalse suuruse kohta.
- Loetelu, milliste sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna kõrvalerialade lõpetanud (lisaks sotsiaaltöö ja õenduse eriala lõpetanutele) oleksid oma baashariduse poolest sobilikud terviseteeakonna juhi täienduskoolituses osalema ning omandama vastava lisakvalifikatsiooni (nt sotsiaalpedagoogid, füsioterapeudid vms).
- Sobilike õppemeetodite kohta moodulite lõikes.

Õppekava koostaja peab arvestama võimalusega ise õppekava koostamise järgselt vastavat koolitust pakkuda.

Tellijal on õigus küsida selgitusi valitud teemade ja meetodite osas ning kohustus anda suuniseid õppekava, õppeprotsessi ja -materjalide ning koolituse sisu ja korralduse osas. Tellija teeb Õppekava koostajale kättesaadavaks soovituslikud õpimaterjalid.

Tellija annab tagasiside koostatud õppekava kohta hiljemalt 10 tööpäeva jooksul.

Õppekava kinnitab Tellija.

Lisa 2

Pakkumuse vorm "Terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekava loomine"

Pakkuja üldandmed

Pakkuja ärinimi	
Pakkuja registrikood	
Pakkuja juriidiline aadress	
Pakkuja esindaja lepingu allkirjastamisel	
Pakkuja kontaktisik/ volitatud isik lepingu täitmisel - nimi ning kontaktandmed (e-posti aadress, telefoninumber)	

Pakkumuse maksumus kuluartiklite lõikes

Kuluartikkel	Ühik	Ühiku hind	Ühiku arv	KOKKU (eurot)
Pakkumuse maksumus (ilma käibemaksuta)				
Käibemaks:				
Pakkumuse kogumaksumus (käibemaksuga)				

1. Kinnitame, et pakutav hind sisaldab kõiki tasusid ning pakkuja on teadlik, et tal ei ole õigust täiendavale tasule pakkumuse lähteülesande alusel tehtava töö eest.
2. Kinnitame, et pakkumus on jõus vähemalt väikehanke dokumendis märgitud tähtaja.
3. Kinnitame, et pakkuja on teadlik, et hankija ei kasuta arveldamises ettemaksu.
4. Kinnitame, et kasutame lepingu täitmisel keskkonnahoidlikke lahendusi.
5. Kinnitame, et oleme meeskonna komplekteerimisel järginud võrdse kohtlemise ja mitte-diskrimineerimise põhimõtteid.
6. Kinnitame, et pakkuja on teadlik, et tal tuleb märkida pakkumuses, milline teave on pakkuja ärisaladus ja põhjendada seda ning selle nõude mittetäitmisel kannab pakkuja riisikot, et hankija avalikustab pakkumuse sisu, mida ei ole ärisaladuseks märgitud.

Lisa 3

TÖÖVÕTULEPINGU NR. ERITINGIMUSTE PROJEKT

Eesti Vabariik, Sotsiaalministeeriumi kaudu, registrikood 70001952, asukoht Suur-Ameerika 1, 10122 Tallinn, keda esindab Maarjo Mändmaa (edaspidi nimetatud „tellija“) ja

..., registrikood ..., asukoht ..., keda esindab ..., (edaspidi nimetatud „töövõtja“),
edaspidi koos nimetatud „pooled“ ja eraldi „pool“,
sõlmisid käesoleva töövõtulepingu (edaspidi „leping“) alljärgnevas:

1. Lepingu objekt

Lepingu objekt on töövõtja poolt terviseteeakonna juhi täienduskoolituse õppekava loomine lähtudes väikehanke dokumendist (edaspidi „tööd“). Tööde täpsem kirjeldus on toodud lepingu lisa 1 (käesolevas väikehankes tehniline kirjeldus) ja töövõtja (kuupäev) esitatud pakkumuses.

2. Tööde tegemise aeg ja tähtpäevad

Töövõtja kohustub tegema lepingu objektiks olevad tööd **12.12.2025**.

3. Lepingu hind

3.1. Lepingu alusel töövõtja poolt tehtavate tööde kogumaksumus on ... eurot (edaspidi nimetatud „lepingu hind“). Lepingu hinnale lisandub/ei lisandu käibemaksu.

3.2. Lepingu hind tasutakse tellija volitatud esindaja kinnitatud üleandmise-vastuvõtmise akti alusel esitatud arve alusel pärast lepingu täitmist hiljemalt **31.12.2025**.

3.3. Tellija kontrollib teostatud töö vastavust lepingus sätestatule 10 tööpäeva jooksul. Tellijal on õigus mõjuval põhjusel lõpparuande ülevaatamise tähtaega pikendada mõistliku aja võrra, sh kui töös on olulisi puudusi, teavitades sellest töövõtja kontaktisikut.

3.4. Kui töö ei vasta lepingus sätestatule, esitab tellija pretensiooni punktis 3.3 märgitud aja jooksul töö üleandmisest arvates.

3.5. Pretensioonis fikseeritakse ilmnunud puudused ja määratakse tähtaeg puuduste kõrvaldamiseks. Kui töövõtja rikub lepingust tulenevat kohustust, mille heastamine ei ole võimalik või kui tellijal ei ole heastamise vastu huvi, tähtaega puuduste kõrvaldamiseks ei määrata. Sellisel juhul on tellijal õigus jätta töö vastu võtmata või võtta töö vastu osaliselt (puudustega).

3.6. Tellijal on õigus võtta vastu puudustega töö puuduste kõrvaldamise nõude asemel ja alandada lepingu hinda.

3.7. Tellijal ei ole õigust esitada pretensiooni, kui puudused töö kvaliteedis on tingitud tellija poolt antud sisendi ebasobivusest ning töövõtja oli tellijat sellest teavitanud vastavalt lepingus sätestatule *Juhul kui töövõtjaks on ühispakkujad, tasutakse töövõtjate eraldiseisvalt esitatud aktide ja arvete alusel.*

3.8. Töövõtja esitab tellijale arve e-arvena. E-arvet on võimalik saata e-arvete operaatori vahendusel. E-arve loetakse laekunuks selle operaatorile laekumise kuupäevast.

4. Erisätted

4.1. Lepingu alusel töövõtja poolt loodud ja lepingu alusel tellija poolt vastuvõetud ning tasutud mistahes tööde resultaadid ja nendega seotud autori kõik varalised õigused lähevad töö vastuvõtmisega täies mahus üle tellijale.

4.2. Tellija jälgib töö läbiviimise kulgu regulaarsete koosolekute vormis ja regulaarsed kohtumised lepitakse kokku 5 tööpäeva jooksul lepingu sõlmimisest. Regulaarsetel kohtumistel peavad osalema vähemalt kõikide hanke osapoolte ja koostööpartnerite esindajad ja Sotsiaalministeeriumi esindaja.

4.3. Tellijal on õigus kontrollida töö teostamise käiku ja kvaliteeti, nõudes vajadusel töövõtjalt selle kohta informatsiooni või kirjalike või suuliste seletuste esitamist.

4.4. Pooled on kohustatud teavitama teist poolt viivitatult asjaoludest, mis takistavad või võivad takistada kohustuse nõuetekohast ja õigeaegset täitmist.

4.5. Töövõtja peab arvestama võimalusega pakkuda loodud õppekava alusel vastavat koolitust ka ise peale õppekava valmimist, tagades koolituse kvaliteedi ja vastavuse loodud õppekavale.

4.6 Töövõtja kohustub järgima lepingu rahastaja tingimusi (sh teavitamisele, vormistamisele ja sümboolikale). Tegevuste ellu viimisel peab täitma teavitamiskoodeid vastavalt Vabariigi Valitsuse 12. mai 2022. a määruses nr 54 „Perioodi 2021–2027 ühtekuuluvus- ja siseturvalisuspoliitika fondide vahendite andmisest avalikkuse teavitamine”³

5. Volitatud esindajad

1. Tellija volitatud esindaja lepingu täitmisega seotud küsimustes on tel, e-post, või teda asendav isik.

2. Töövõtja volitatud esindaja lepingu täitmisega seotud küsimustes on ...; tel ...; e-post

6. Lepingu lisad

Lepingu juurde kuuluvad allkirjastamise hetkel lisadena alljärgnevad dokumendid:

1. Lisa 1 – Lepingu objekti kirjeldus.

2. Lisa 2 – Töövõtja (kuupäev) pakkumus.

7. Muud sätted

1. Lepingu osaks on lisaks käesolevatele eritingimustele ja nende lisadele töövõtulepingute üldtingimused. Töövõtja kinnitab, et on üldtingimustega tutvunud paberkandjal või elektroonselt Sotsiaalministeeriumi kodulehel aadressil: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/toovotu-lepingu_uldtingimused.pdf. Pooled kinnitavad, et kõik üldtingimused on nende poolt eraldi läbi räägitud, need on mõistlikud ega saa seetõttu olla tühised.

2. Kui konkreetsest sättest ei tulene teisiti, tähendab mõiste „leping” lepingu eritingimusi ja üldtingimusi koos kõikide lisadega. Lepingu dokumentide prioriteetsus on järgmine: eritingimused (I), lepingu lisad (II) ja üldtingimused (III). Vastuolude korral lepingu dokumentide vahel prevaleerib prioriteetsem dokument. Lepingu sõlmimisega kaotavad kehtivuse kõik töövõtja hinnapakumises või muus sarnases dokumendis sisalduvad tingimused niivõrd, kuivõrd need on vastuolus lepingu eritingimuste ja üldtingimustega.

3. Leping allkirjastatakse digitaalselt.

Tellija Töövõtja

/allkirjastatud digitaalselt/

/allkirjastatud digitaalselt/

Tel: 626 9301
E-post: info@sm.ee

Tel: [number]
E-post: [aadress]

³ <https://www.riigiteataja.ee/akt/117052022012>

Lisa 4 Terviseteeakonna juhi (TJ) teenused ja töökorraldus

Teenuse nimetus	Terviseteeakonna juhi nõustamine ja valdkonnaüleline teenuste koordineerimine	Terviseteeakonna juhi teenus patsiendi haiglast kodusele ravile ja taastumisele liikumise toetamisel
Teenuse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus	Peamine eesmärk on tagada komplekse teenusvajadusega inimestele sujuv ja eesmärgistatud teenuseosutamine, vältides terviseteeakonna katkemist. Teisesed eesmärgid on: • Aeglustada riskirühma kuuluvate patsientide (krooniliste) haiguste ja sotsiaalprobleemide süvenemist ning tagada riskipõhine tervise juhtimine ja proaktiivne valdkondade üleline koordineeritud abi, mis toetab iseseisvat toimetulekut kodus ning ennetab välditavat EMO-sse, haiglaravile sattumist ning põhjendamatut hooldekodusse sattumist, samuti ennetab rehospitalseerimisi peale haiglaravi. • Leevendada vigastuse või haiguse mõju inimese funktsioneerimisele, parandada või säilitada inimese funktsioneerimist ja seeläbi toimetulekut ja heaolu, laste sihtrühma puhul toetada lapse arengut ravile toetavalt, ravile järgnevalt või ravi asemel. • Toetada peremeditsiinisüsteemi jätkusuutlikkust, vähendades perearstide ja pereõdede koormust, mis on seotud kompleksse teenusvajadusega patsientide sotsiaalprobleemidele lahenduse otsimisega ning parandada kommunikatsiooni perearstiabi, eriarstiabi ja sotsiaalteenuste osutajate vahel. • Luua võimalus teistele tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajatele (nt kiirabi, kohalikud omavalitsuste sotsiaaltöötajad jt), aga ka kogukonna liikmetele saada abivajaja märkamise korral esmatasandi tervisemeeskonnaga lihtsasti kontakti.	Peamine eesmärk on tagada patsiendi valmisolek haiglaravilt lahkumiseks, haiglaravi lõppedes komplekse teenusvajadusega patsientidele vajadustele vastava ravi (sh taastusravi) ja rehabilitatsiooni sujuv jätkumine esmatasandil, tervise stabiliseerumine peale haiglaravi ja toimetulek tervisest tulenevate erivajadustega kodus keskkonnas. Teisesed eesmärgid on: • Toetada patsiendi sujuvat liikumist haiglaravilt koju, vähendades haiglas viibimist sotsiaalsel põhjustel. • Vähendada erakorralist abivajadust ja rehospitalseerimist ning põhjendamatut hooldekodusse sattumist.
Suunamine teenusele ja lühikirjeldus	Terviseteeakonna juhi (TJ) teenusele ei saa abivajaja ise otse pöörduda. Vajalik on suunamine kas perearsti, eriarsti (sh haigla EMO arsti), KOV sotsiaaltöötaja, lastekaitse töötaja, haigla sotsiaaltöötaja/ terviseteeakonna juhi vm spetsialisti poolt. Suunamine toimub üldjuhul täidetud märkamislehe alusel (näidis Lisa 5). Lisaks suunamisele võib abivajavast inimesest TJ telefonitsi teavitada kiirabitöötaja, päästeameti töötaja, politsei, kogukonna liikmed jt. Patsiendile valdkonnaülese koordineerimise teenuse osutamise otsustab tema perearst TJ hinnangu alusel. Perearst võib TJ teenusele suunamise õiguse anda ka oma pereõele. TJ teenus koosneb kahest komponendist: 1. Abivajaja esmane nõustamine, vajadusel õige spetsialisti juurde suunamine. Valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine.	TJ teenusele ei saa abivajaja otse ise pöörduda. Teenuse vajaduse märkajaks raviarst, osakonna õde ja/või patsiendi hoolduse ja taastumisega tegelev spetsialist, kes teavitab abivajadusest TJ. TJ viib läbi teenuse vajaduse hindamise ja teeb ettepaneku, kas võtta patsient TJ teenusele või pöörduda sotsiaalse nõustamisega. TJ teenus haiglas koosneb kahest komponendist: 1. Esmane teenusevajaduse hindamine ja abivajaja nõustamine. Valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine. 2. Valdkonnaülese koordineerimise teenuse osutamine Seni kasutusel olnud Tervisekassa poolt rahastatud patsiendi ravi- teekondade koordineerimisest erineb haigla TJ teenus selle poolest, et

	2. Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamine. Teenusele suunamine ja suunajad: - Perearst kasutab märkamislehte (lisa 5 – näidis mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega inimese märkamiseks) ja võib TJ vastuvõtule suunata kõik oma patsiendid, kes vajavad nõustamist või abi sotsiaalsetes küsimustes. TJ pakub esmast nõustamist ja hindab vajadust valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse järele (vt hindamisleht lisa 6). Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse alustamine peab alati toimuma perearstiga kooskõlastatult. - Perearst võib TJ-le suunata ka patsiendid, kes kuuluvad Tervisekassalt saadud info alusel riskirühma, näiteks kellel on 3 ja enam kroonilist organsüsteemi haigust, kuid kes pole mõnda aega olnud perearsti vaateväljas. Nende patsientide puhul on TJ ülesanne luua riskirühma kuuluva inimesega kontakt ja selgitada välja tema abivajadus (hindamisleht lisa 6). Abivajaduse korral kooskõlastada perearstiga valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse alustamine. - KOV sotsiaaltöötaja suunab abivajaja TJ teenusele märkamislehe alusel. Enne suunamist hindab KOV sotsiaaltöötaja oma hindamisinstrumendi abil inimese abivajaduse ja võtab abivajajalt nõusoleku edastada täidetud hindamisküsimustik ka TJ-ile ning edastab selle TJ-le. - Haigla TJ on enne abivajaja esmatasandile suunamist reeglina eelhinanud inimese vajaduse valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse järele ja juba koostatud heaoluplaani ning edastanud selle esmatasandi TJ-le. Samas võib haigla spetsialist suunata inimese esmatasandi TJ juurde ka märkamislehe alusel. Esmatasandi TJ tutvub talle edastatud dokumentidega, esitab vajadusel abivajajale/tema esindajale täpsustavaid küsimusi ja teavitab inimese perearsti, et tema nimistusse kuuluv patsient vajab valdkonnaülese koordinatsiooni teenust/selle teenuse jätkamist esmatasandil. - Muu spetsialisti (nt koduõe vms) suunamise korral hindab TJ abivajaja sobilikkust valdkonnaülese koordinatsiooni teenusele märkamislehe alusel. Sobilikkuse korral võtab TJ abivajajaga kontakti ja hindab valdkonnaülese koordinatsiooni vajadust (hindamisleht lisa 6). Kui vajadus puudub, piirdub ainult nõustamise ja vajadusel suunamisega vajaliku spetsialisti juurde.	abivajajale koostatakse peale tema vajaduste tervikhindamist heaoluplaan, mis sisaldab nii tervishoiu kui sotsiaalvaldkonna eesmärgesid, soovitusi, juhiseid ja teenuseid. Plaani elluviimise jälgimise ja täitmise eest vastutab haigla TJ. Abivajaduse hindamine viiakse läbi võimalikult varakult (soovitavalt 24 h jooksul peale haiglasse sisse kirjutamist). Abivajaduse korral alustatakse plaani koostamisega esimesel võimalusel, et toetada abivajaja sujuvat haiglast lahkumist. Teenus ei tohi pidurdada patsiendi haiglast lahkumist. Abivajaduse hindamisse tuleb võimalusel kaasata abivajaja lähedased ning vajadusel KOV-sotsiaaltöötaja, et tuvastada nii abivajaja kui ka tema lähikondsete võimekus ja võimalused (võib ilmnedagi vajadus toetada ka abivajaja lähedasi). TJ haiglas ei lahenda kõiki patsiendi sotsiaalmuresid, vaid kaasab vajadusel KOV sotsiaaltöötaja. Haigla TJ ei tee kodukülastusi, et hinnata täpsemalt kodukohandamise teenuse vajadust. Kodukeskkonna hindamine lepitakse vajadusel kokku KOV sotsiaaltöötajaga ja kodu kohandamise osas täiendatakse plaani, kui kodukeskkonna hindamine on läbi viidud. Sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühma kuuluvate isikute puhul kaasab haigla TJ koheselt abivajaja tugimeeskonda ka vastavad spetsialistid lähtudes patsiendi tervises seisundist tulenevate vajadustega. Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse vajaduse korral teavitab TJ alati selle vajadusest patsiendi raviarsti ja õendusjuhti, taastusravi korral ka taastusravi juhtivat spetsialisti. Teenuseosutamise põhimõtted: Teenuse alustamine Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse alustamiseks selgitab TJ abivajajale teenuse eesmärgi ja olemust, vajadusel motiveerib teenusele tulemist ning võtab inimeselt kirjaliku nõusoleku teenuse alustamiseks. Heaoluplaani koostamine
--	--	--

	Kodukesksest abivajajast teavituse saamise korral korraldab TJ koduviisi, kaasates sellesse vajadusel KOV sotsiaaltöötaja. Koduviisi käigus hinnatakse valdkonnaülese koordineerimise vajadus esmalt märkamislehel alusel (märkamisleht Lisa 5). - Kui vajadus esmase hindamise tulemusel puudub (või vajab täpsustamist), piirdub TJ ainult nõustamisega ja korraldab abivajajale vajaliku koduteenuse või visiidi vajaliku spetsialisti juurde. Selline inimene jääb mõneks ajaks TJ jälgimisele, et olla kindel vajalike teenuste abivajajani jõudmises. - Kui vajadus esmase hindamise põhjal esineb, hindab TJ vajadust põhjalikumalt (hindamisleht Lisa 6). Teenuse vajaduse otsus: Valdkonnaülese koordineerimise teenuse vajaduse tuvastamise korral teavitab TJ alati inimese perearsti. Teenuse alustamise aluseks on perearsti nõusolek. Teenuseosutamise põhimõtted: Valdkonnaülese koordineerimise teenuse alustamiseks selgitab TJ abivajajale/tema esindajale teenuse eesmärgi ja olemust, vajadusel motiveerib teenusele tulemist ning võtab inimeselt/tema esindajalt kirjaliku/digitaalse nõusoleku teenuse alustamiseks. Koostöös abivajaja, abivajaja esindaja, tema perearsti, pereõe ja KOV sotsiaaltöötajaga (kaasates vajadusel ka teisi spetsialiste) lepatakse kokku ja fikseeritakse abi osutamise eesmärgid. Abivajaja rehabilitatsiooni alased eesmärgid aidatakse määratleda kaasatavate rehabilitatsiooni spetsialistide poolt. TJ koostab abivajajale heaoluplaani, mis sisaldab talle eesmärkide saavutamiseks vajalikke tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna soovitusi, juhiseid, teenuseid, ravimeid ja abivahendeid (vt näidis Lisa 7). Plaani täitmise eest vastutab abivajaja/tema esindaja, teda toetab valdkonna ülese koordineerimise teenuse osutamise ajal TJ, kes on abivajajale sel perioodil esmaseks kontaktiks tekkivate küsimuste ja murede korral. Kui abivajaja olukord on stabiilne ja teda ning tema lähedasi on piisavalt võimestatud ilma püsiva koordineerimiseta toime tulema, valdkonnaülese koordineerimise teenus lõpetatakse. Abivajaja jääb siiski pereõe või TJ jälgimisele vastavalt perearsti otsusele.	Koostöös abivajaja, abivajaja esindaja, tema perearsti, pereõe ja KOV-sotsiaaltöötajaga (kaasates vajadusel ka teisi spetsialiste) lepatakse kokku ja fikseeritakse abi osutamise eesmärgid. Abivajaja rehabilitatsiooni alased eesmärgid aidatakse määratleda kaasatavate rehabilitatsiooni spetsialistide poolt. TJ koostab abivajajale heaoluplaani, mis sisaldab talle eesmärkide saavutamiseks vajalikke tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna soovitusi, juhiseid, teenuseid, ravimeid ja abivahendeid haiglaravi järgselt kodus toimetulekuks. Abivajaja/tema esindaja peab plaani sisust aru saama ja nõustuma selle täitmisega, kinnitades seda oma allkirjaga. Juhul, kui abivajaja viibib haiglas lühiajaliselt, kuid vajab valdkonnaülese koordineerimise teenust, siis alustab haigla TJ heaoluplaani koostamist haiglas ja see viiakse lõpule esmatasandi TJ poolt. Valdkondade ülene koostöö Teenuse tulemusliku osutamise eelduseks on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi spetsialistide vaheline koordineeritud koostöö ning haiglate ja perearsti meeskonna vaheline koordineeritud koostöö. TJ üheks tööülesandeks on kindlustada, et abivajaja perearst saab informatsiooni, et tema nimistus olev inimene on olnud haiglaravil ja vajab selle järgselt abi esmatasandil ning jälgida, et kontakt esmatasandiga peale haiglaravi ka reaalset aset leiaks. Samuti on haigla TJ ülesanne tagada, et KOV oleks teadlik, kui haiglast saadetakse koju sotsiaalset tuge vajav isik. Sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse korral on haigla TJ ülesanne kaasata vajalikud spetsialistid abivajaja tugimeeskonda esimesel võimalusel. TJ on patsiendile koostatud plaani täitmisel teatud aja kontaktiks ka peale haiglaravi lõppemist.
Teenuse näidustus	Mitme kroonilise haiguse ja kaasuvate sotsiaalse toimetuleku probleemidega inimeste sihtrühm Ca 5% populatsioonist vajab vanusega süvenenud mitmete krooniliste haiguste kompleksset ravi ja samaaegset tuge sotsiaalprobleemide lahendamisel. Mitte kõigi krooniliste haigustega pole inimesel võimalik kodus	Valdkonnaülese koordineerimise teenust abivajaja haiglast kodusele ravile, taastumisele, sotsiaalsele rehabilitatsioonile ja hooldusele liikumise toetamisel osutatakse vaid riskirühma patsientidele. Riskirühm defineeritakse läbi patsiendi muutunud vajaduste, mis

	toime tulla. WHO rõhutab seetõttu, et koordineeritud kodust toimetulekut toetav abi peaks olema suunatud inimestele, kellel on kolm ja enam süsteemset organsüsteemi haigust, millest vähemalt üks kuulub järgnevasse valikusse: südame-veresoonkonna haigused, sh kõrgvererõhutõbi, südame- puudulikkus ja insult, KOK ja astma, diabeet. Abi vajavad eeskätt need inimesed, kelle kroonilised haigused on väljunud kontrolli alt ja kelle toimetulematus sotsiaalsete probleemidega võib viia krooniliste haiguste edasise ägenemiseni ning aktiivravi vajaduseni. Võimalikku abivajadust hinnatakse märkamislehe alusel ja sisulist abivajadust hinnatakse InterRAI hindamisinstrumendi alusel. Sügava dementsusega inimestele see teenus ei ole sobilik. Tervises seisundist tuleneva rehabilitatsioonivajadusega inimeste sihtrühm Hõlmab eeskätt juba täna sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames abisaavaid isikuid. Lähiaastatel võib antud sihtrühm muutuda tulenevalt elanikkonna vajadustest ja teenuste arengust. Täpsem info sihtrühma kohta (sh märkamislehe kohta) edastatakse pakkujatele eraldiseisva materjalina. Abivajaduse hindamisel kasutatakse lisaks InterRAI hindamisvahendile täiendavaid hindamisvahendeid vastavalt vajadusele. Hindamisse kaasatakse vastavad rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistid.	transformeeruvad tema teekonnaks haiglast välja. Teiste riikide näitel eristame nelja teekonda: Teekond 0: patsient liigub haiglaravilt koju või oma tavapärasesse elupaika ilma oluliste muudatusteta ravi-, rehabilitatsiooni ja hooldusvajaduses; Teekond 1: patsient liigub haiglaravilt koju või oma tavapärasesse elupaika oluliste muudatustega ravi-, rehabilitatsiooni ja hooldusvajaduses; Teekond 2: patsient liigub haiglaravilt statsionaarsesse õendusabisse; Teenus on sageli lühiajaline ja kestab kuni inimene on võimeline taas oma kodus iseseisvalt toime tulema või liigub edasi hooldekodusse; Teekond 3: patsient liigub haiglaravilt hooldekodusse (ainult erakorralise vajaduse puhul). Teenus on tõenduspõhisust näidanud eeskätt kahes sihtrühmas: (1) krooniliste haigustega inimesed ja (2) vanemad kui 60-aastased inimesed. Lisaks probleemsele sotsiaalsele taustale võib abivajadusele viidata, et patsiendil on raskusi komplekssetest ravijuhistest aru saamise ning ravidistsipliini järgimisega. Kui patsiendi enda kognitiivne võimekus on väga madal, võib abiks olla lähedase valmisolek vastutada koostatud plaani täitmise eest.
Sihtrühma valik	Valdkonnaülese koordineatsiooni teenuse sobilikkuse lõplikul kinnitamisel lähtub perearst ülaltoodud teenuse näidustusest Võimalusel tuleb perearstil lähtuda Tervisekassa poolt edastatud infost riskirühmadesse kuuluvate patsientide kohta (nt millistel riskirühma kuuluvatel isikutel on kõrgem haiglasse ja EMO-sse sattumise risk). Kuna TJ ressurss on piiratud, tuleb TJ teenusele suunata eeskätt kõrge riskiga patsiente. Samas tuleb arvestada, et üksnes kõrge riskiskoor, mille alusel on inimene riskirühma arvatud, ei tähenda veel, et ta vajaks valdkonnaülese koordineatsiooni teenust. Vajalik on üle kontrollida nii meditsiiniline näidustus kui ka sotsiaalsed riskitegurid. Valdkonnaülest koordineatsiooni vajavad ainult need riskirühma isikud, kes ei tule ise oma tervise- ja sotsiaalmurede lahendamiseks toime. Kõrge riskiga inimesed ei pruugi alati pöörduda oma perearsti poole. Riskiskoori teadmine võimaldab TJ-l koostöös perearstiga proaktiivset lähenemist riskirühmale.	Teenus ei ole niivõrd diagnoosi, kuivõrd koduse toimetuleku riski põhine.

	Juhul, kui kõrge haiglasse- ja EMO-sse sattumise riskiga inimene on keeldunud TJ teenusest ent taas EMO-sse või haiglasse sattunud, tuleb talle TJ teenust uuesti soovitada (motiveerida teenusele tulekut).	
Detailne teenuse osutamise protsessi kirjeldus	Teenust osutab vastava täiendharidusega spetsialist – terviseteeakonna juht (TJ). Teenuse osutamine koosneb kahest komponendist: 1. Esmane vajaduse hindamine ja abivajaja nõustamine; <u>Juhul, kui perearst</u> on patsiendi suunanud TJ vastuvõtule: • sotsiaalsete probleemide tõttu, siis TJ nõustab lihtsamates sotsiaalabi ja teenuseid puudutavates küsimustes, keerukamates suunab KOV sotsiaaltöötaja vastuvõtule; • valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse vajaduse hindamiseks viib TJ, kaasates vajadusel pereõde ja KOV sotsiaaltöötajat ning sotsiaalse rehabilitatsiooni spetsialiste läbi hindamise (küsimustik Lisa 6, vajadusel täiendavad küsimustikud), ja teavitab perearsti hindamise tulemusest ning alustab vajadusel valdkonnaülesele koordinatsiooni teenuse osutamisega. Kui koordinatsiooni vajadus puudub, piirdub patsiendi nõustamisega; • valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse alustamiseks selgitab TJ abivajajale teenuse sisu ja olemust, vajadusel motiveerib abivajajat, küsib kirjaliku nõusoleku teenuse alustamiseks ja lepib kokku aja plaani kooskõlastamiseks abivajajaga. <u>Juhul, kui KOV sotsiaaltöötaja</u> on täitnud märkamislehe ja suunanud abivajaja TJ vastuvõtule: • valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse alustamiseks kasutab TJ KOV sotsiaaltöötaja poolt läbi viidud abi- ja toetusvajaduse hindamist ja täidab selle kaasabil oma hindamisvahendi (Lisa 6 hindamisinstrumendi alusel) kaasates vajadusel pereõde. Rehabilitatsiooni siht-rühma kuulumise korral kaasab TJ abivajaduse hindamisse ka sotsiaalse rehabilitatsiooni spetsialiste, kes hindavad teenusvajadust oma hindamisvahendite abil. TJ teavitab perearsti hindamise tulemusest, tehes vajadusel ettepaneku võtta patsient valdkonnaülesele koordinatsioonile. Perearst otsustab valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamise vajaduse arvestades meditsiinilisi ja kaasuvaid sotsiaalseid näidustusi.	Teenust osutab vastava täiendharidusega spetsialist – terviseteeakonna juht (TJ). Teenuse osutamine koosneb kahest komponendist: 1. Vajaduse hindamine ja abivajaja nõustamine • TJ viib, kaasates haigla osakonna spetsialiste, läbi abivajaduse hindamise. Tulenevalt patsiendi seisundist võib olla vajalik kaasata sellesse protsessi abivajaja lähedased ja/või KOV sotsiaaltöötaja. Rehabilitatsiooni siht-rühma kuulumise korral kaasab TJ abivajaduse hindamisse ka sotsiaalse rehabilitatsiooni spetsialiste, kes hindavad täiendavat teenusvajadust oma hindamisvahendite abil. • Abivajaduse hindamise tulemusel võib TJ ka otsustada, et valdkonnaülese koordinatsiooni teenus ei ole vajalik, sel juhul nõustab TJ patsienti/lähedasi tuvastatud probleemide lahendamisel, täites tavapäraseid haigla sotsiaaltöötaja ülesandeid. 2. Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamine Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamine koosneb järgnevatest etappidest: 1) Abivajajalt allkirjastatud nõusoleku võtmine teenuse osutamiseks (sellega annab abivajaja nõusoleku ka meeskonna kaasamiseks) 2) Vastavalt patsiendi vajadusele, tema haiglaravi, taastuse ja hooldusega seotud spetsialistidest, esmatasandi spetsialistidest sh KOV sotsiaaltöötajast ja sotsiaalse rehabilitatsiooni spetsialistidest meeskonna moodustamine 3) Koostöös abivajaja ja tema tugimeeskonnaga lepatakse kokku ja fikseeritakse abi osutamise eesmärgid. Abivajaja rehabilitatsiooni alased eesmärgid aitavad määratleda kaasatavad rehabilitatsiooni spetsialistid. 4) Abivajaduse hindamise tulemusel esmase heaoluplaani koostamine. TJ kaasab heaoluplaani koostamisse abivajaja lähedased, et tuvastada nii abivajaja kui ka tema lähikondsete võimekus ja võimalused abivajajat toetada.

<u>Juhul, kui haiglas töötav TJ</u> on suunanud abivajaja esmatasandi TJ vastuvõtule: • heaoluplaani koostamise lõpuleviimiseks, siis TJ võtab aluseks haiglas läbi viidud hindamise ja alustatud plaani ning võtab ühendust KOV sotsiaaltöötajaga ja perearstiga, informeerib haiglast kodusele ravile ja taastumisele liikunud patsiendi aitamise vajadusest ja viib tarvilikke osapooli kaasates heaoluplaani koostamise lõpule. Võtab plaanile patsiendi nõusoleku ja alustab valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamist. • valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse jätkamiseks võtab TJ üle haigla TJ poolt koostatud heaoluplaani ja jätkab selle koostamist või elluviimist, teavitades perearsti jt plaaniga seotud osapooli. TJ hindab hiljemalt kahe nädala möödudes täiendava abivajaduse ja korrigeerib vajadusel plaani ja meeskonda. <u>Juhul kui eriarst, sh EMO arst</u> on täitnud märkamislehe ja suunanud abivajaja esmatasandi TJ vastuvõtule: - valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse vajaduse hindamiseks, siis TJ kuulab ära abivajaja mured, pakub esmast nõustamist, viib läbi abivajaduse hindamise (hindamisvahend Lisa 6) ja teavitab perearsti hindamise tulemusest, tehes vajadusel ettepaneku võtta patsient valdkonnaülesele koordinatsioonile. Perearst otsustab valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamise hinnates täiendavalt meditsiinilist näidustust. <u>Juhul, kui abivajaja märkaja</u> (kiirabi, päästeamet, politsei, kogukonna liige vms): - on märganud abivajajat ja TJ-ga ühendust võtnud, siis TJ kuulab ära probleemi ja esitab abivajadusest teavitajale vähemalt küsimused, mis on märkamislehel ning täidab ise märkamislehe. TJ võtab ühendust KOV sotsiaaltöötajaga ja lepib kokku, kuidas esimesel võimalusel viia läbi abivajaja vajaduste hindamine ja talle pakkuda esmast abi (kui on vajalik koduviit, siis esimene koduviit võiks toimuda koos sotsiaaltöötajaga). TJ teavitab perearsti hindamise tulemusest ja täiendava meditsiinilise hindamise vajadusest, tehes vajadusel ettepaneku võtta patsient valdkonnaülesele koordinatsioonile. 2. Perearsti otsuse alusel terviseteeakonna juhi teenuse osutamine	5) Esmase heaoluplaani kooskõlastamine meeskonna liikmetega, täiendamine. 6) Täiendatud heaoluplaani kooskõlastamine abivajaja ja tema lähedastega. 7) Heaoluplaani valideerimine eriarsti poolt. 8) Koostatud heaoluplaani ülevaatamine koos patsiendi, tema lähedaste ja õega, kaasates võimalusel raviarsti, selgituste jagamine patsiendile, patsiendi allkirja võtmine plaanile ja plaani patsiendile üleandmine paberkandjal. 9) Haigla TJ informeerib patsiendi perearsti/esmatasandi TJ-i koostatud heaoluplaanist 10) 1-3 päeva möödumisel peale patsiendi haiglast välja kirjutamist võtab haigla TJ patsiendi või tema lähedastega ühendust, selgitab välja plaani täitmisega seonduvad küsimused ja probleemid, nõustab ning hindab jätkuva teenuskoordinatsiooni vajadust. Teenuskoordinatsiooni jätkuva vajaduse korral võtab patsiendi üle patsiendi perearsti meeskonda kuuluv TJ (vt teenust TJ nõustamine ja valdkonnaülene teenuste koordinatsioon esmatasandil). 11) Haigla TJ jääb patsiendile peamiseks kontaktisikuks koostatud plaaniga seotud küsimustes ja nende lahendamises kuni patsient on üle antud esmatasandile (st jõuab kas perearsti või esmatasandi TJ vastuvõtule). Heaoluplaan peab sisaldama patsiendi tervise-eesmärke ning haiglast lahkumise järgseks perioodiks juhiseid ja soovitusi raviks (sh ravimiskeemi), taastumiseks, hoolduseks ja toimetuleku parandamiseks. Samuti haiglas kokkulepitud/soovitatud järelkontroll (sh perearsti järelkontrolli) ning, kui patsient vajab, ka haiglaravi järgset telefoninõustamise teenust haigla õe poolt, koduõe teenuseid, füsioteraapia teenuseid, statsionaarset õendusabi vms. Kui patsient viibib haiglas pikemalt, lisab terviseteeakonna juht koostöös KOV sotsiaaltöötajaga heaoluplaani ka patsiendile vajalikud sotsiaalteenused ning instruksiooni abivahendite soetamiseks. Valdkonnaülese koordinatsiooni meeskonda peavad lisaks haigla TJ-le kuuluma vähemalt järgnevad spetsialistid: raviarst, osakonna õde, füsioterapeut või tegevusterapeut (kui on määratud), KOV sotsiaaltöötaja ja patsiendi perearst. Rehabilitatsiooni sihtrühma korral
---	--

Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamine esmatasandil koosneb järgnevatest etappidest:

- 1) Abivajajalt allkirjastatud nõusoleku võtmine teenuse osutamiseks (sellega annab abivajaja nõusoleku ka meeskonna kaasamiseks)
- 2) Meeskonna moodustamine. Valdkonnaülese koordinatsiooni meeskonda peavad lisaks TJ-le kuuluma vähemalt järgnevad spetsialistid: perearst, pereõde ja KOV sotsiaaltöötaja, sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtühma kollal kaasatakse meeskonda vastavalt terviseprobleemile ka ravi või taastusravi juhtiv/koordineeriv arst/õde, füsioterapeut, tegevusterapeut, loovterapeut, eripedagoog, logopeed ja psühholoog. Täiendavalt kaasatakse abivajaja esindaja ja võimalusel ka abivajaja lähedane.
- 3) Juhul, kui abivajaduse hindamise läbiviimisel ei tehtud koduvisiiti, tuleb kaaluda selle tegemise vajadust. Koduvisiidile kaasatakse vastavalt vajadusele KOV sotsiaaltöötaja või pereõde.
- 4) Koostöös abivajaja ja tema tugimeeskonnaga lepatakse kokku ja fikseeritakse abi osutamise eesmärgid. Abivajaja rehabilitatsiooni alased eesmärgid aitavad määratleda kaasatavad rehabilitatsiooni spetsialistid. TJ poolt läbiviidud abivajaduse hindamise tulemusel koostatakse esmane heaoluplaan. Plaani koostamisse kaasab TJ abivajaja/tema esindaja ja lähedased, et tuvastada nende võimekus ja võimalused abivajajat toetada.
- 5) Esmase heaoluplaani kooskõlastamine meeskonna liikmetega, täiendamine.
- 6) Täiendatud heaoluplaani kooskõlastamine abivajaja ja tema lähedastega.
- 7) Vajadusel täiendav konsulteerimine meeskonna liikmetega.
- 8) Heaoluplaani väljatrükkimine abivajajale. Abivajajalt koostatud heaoluplaanile allkirja võtmine.
- 9) Heaoluplaani täitmise jälgimine ja hindamine. Abivajaja toetamine ning nõustamine tekkinud küsimustes toimub vastavalt vajadusele.
- 10) Plaani täitmise hindamise arutelu korraldamine abivajajaga (telefonitsi, virtuaalselt või füüsiliselt) vastavalt vajadusele, aga esimene kord mitte hiljem kui 3 kuu möödudes, teine kord mitte hiljem kui 6 kuu möödudes, edasi mitte harvemini kui üks kord 6 kuu jooksul.
- 11) Tervisekeskuses korraldatakse probleemsete juhtumite aruteluks meeskonna arutelusid.

lisanduvad meeskonda rehabilitatsiooni spetsialistid vastavalt abivajaja tervises seisundist tulenevale vajadusele.

	12) Kord kvartalis annab TJ igale perearstile ülevaate tema patsientidest, kes on valdkonnaülel koordineerimisel ja arutatakse nende valdkonnaülel koordineerimise jätkamise vajadust. Perearst annab ülevaate riskipatsientidest, kes võiksid vajada valdkonnaülel koordineerimise, arutatakse selle vajadust. Vajadusel kaasatakse arutellu KOV sotsiaaltöötaja vm spetsialist. Valdkonnaülel koordineerimise jätkamise/lõpetamise otsustamiseks võib kasutada kahte teineteisest sõltumatut kriteeriumi: - Jätkamise kriteeriumiks on, et inimene vajab püsivalt 2 või enam tervishoiuteenust ja 2 või enam sotsiaalteenust (lisaks koordineerimise teenusele) - kui patsiendi heaoluplaan toimib ja muudatusi ei ole olnud vaja teha 3 kuu jooksul, siis võib valdkonnaülel koordineerimise lõpetada, anda patsient koos toimiva plaaniga üle perearstile, kes teostab edasi rutiinseid tervisekontrole. Inimene võib valdkonnaülel teenuskoordineerimise vajada rohkem kui üks kord elus.	
Teenuse osutamise koht ja aeg	Teenuse osutamise koht on üldjuhul esmatasandi Tervisekeskus. Teenust osutatakse tööpäeviti 8h päevas. Vastava kokkuleppe teenuse rahastajaga võib teenust osutada ka rehabilitatsiooniteenuste osutaja ruumides.	Teenuse osutamise koht on Haiglavõrgu haigla aktiivravi üksus. Teenust ei osutata haigla iseseisvas statsionaarses õendusabi osakonnas. Teenust osutatakse tööpäeviti 8h päevas.
Minimaalne teenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks	Üks TJ toetab reeglina mitut perearsti, sõltuvalt nimistute suurusest ja kokkulepitud töökorraldusest. Valdkonnaülel koordineerimisel olevatest isikutest moodustuvad TJ-le oma nimistud. Ühe TJ nimistus võib olla aastas kuni 100 patsienti, kes on aktiivsel valdkonnaülel koordineerimisel või teenusvajaduse hindamisel (lisanduvad nõustamised).	Täpsustamisel.

Lisa 5

MÄRKAMISLEHT

valdkondadeülesele koordinaatsiooniteenusele suunamiseks
krooniliste haigete sihtrühm

Abivajaja nimi:.....

Kontakttelefon:.....

Isikukood:

..... Märkamiskoht:.....

Kuupäev:..... Suunaja:

Nakkusoht: JAH/EI

Hooldekodu elanik: JAH/EI

Kriteeriumid	esineb või mitte
Soovitan koordinaatsiooniteenusele, sest.....	
Abivajajal esinevad kroonilised haigused:	
1. Hüpertensioon	
2. Astma	
3. Diabeet	
4. Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK)	
5. Krooniline neeruhaigus	
6. Südamepuudulikkus	
7. Depressioon	
8. Muu	
8. Ei tule igapäevaste hooldustoimingutega toime	
9. Tugivõrgustiku puudumise kahtlus	
10. Korduvad hospitaliseerimised, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase aasta jooksul	
11. Vähemalt 5 või enam retseptiravimit raviskeemis	
12. Ravimsoostumus madal (ravimite võtmata jätmine; 3 või enam realiseerimata retsepti 12 kuu vältel)	
13. Viited meeleoluhäiretele (kurbuse- või depressioonitunne, püsiv viha enda või teiste suhtes, korduv nutmine, pisarate valmidus, vähenenud sotsiaalne suhtlemine, meeleolu langus, kurb/valulik/murelik nägu)	
Lisainfo:	
Perearst- isik kuulub Tervisekassa poolt antud riskigruppi (Jah/Ei)	
Haiglas viibimise korral- hinnanguline väljakirjutamise aeg	
Kas abivajaja on kaasatud mõnda raviteekonda, millisesse?	
Kas peaks kaasama mõnda raviteekonda, millisesse?	

Lisa 6

InterRAI kohandatud küsimustik abivajaduse hindamiseks

Mis on minu suurim (tervise)

mure.....

.....

Mis on minu ootus ja/või plaan (tervise osas)

.....

1. KASUTATAVAD RAVIMID:

Ravimvorm, preparaadi nimetus, annus, annustamise viis:	H	L	Õ	Ö
Ravimid vajadusel:				
Allergia:	L Ei tea olevat L Esineb, aga ei tea mille suhtes L Esineb (<i>keskkonnategurid, kemikaalid, toit</i>)..... L Ravimid: L Muu:.....			
Ravimite manustamine:	L Patsient ise L Hooldaja (mitteformaalne) L Pereliige L Hooldustöötaja (formaalne) L Koduõde			

2. SUHTLEMINE, KUULMINE, NÄGEMINE

Eneseväljendamine (informatsiooni sisu väljendamine ükskõik milliste vahenditega)	L Arusaadav - väljendab mõtteid raskusteta L Tavaliselt arusaadav – raskused sõnade leidmisel ja mõtete lõpetamisel, kuid kui anda aega, vajab vaid vähest abistamist või ei vaja seda üldse L Sageli arusaadav – raskused sõnade leidmisel või mõtete lõpetamisel, vajab enamasti abistamist L Vahetevahel arusaadav – selgete mõtete väljendamine on oluliselt piiratud L Harva/mitte kunagi arusaadav
Võime teistest aru saada (saab aru sõnalisest informatsioonist)	L Saab aru – selge arusaamine L Tavaliselt saab aru - osa sõnumist jääb arusaamatuks, kuid mõistab enamus jutust väheses abiga või ilma selleta L Sageli saab aru – osa sõnumist jääb arusaamatuks, kuid abiga saab sageli sõnumi peamisest sisust aru L Mõnikord saab aru - vastab adekvaatselt ainult lihtsale, otsesele pöördumisele L Harva/mitte kunagi ei saa aru
Suhtluskeel	L Eesti L Vene L Viipekeel L Muu
Kuulmine (koos kuulmisvahendiga, kui kasutab seda)	L Kuuleb normaalset kõnet telefoni, uksekella, TV L Minimaalsed kuulmisraskused – ei kuule mürarohkes keskkonnas L Kuuleb ainult teatud olukordades - võimendatud, heli, selge diktsioon, valju hääli L Olulised kuulmishäired - igapäevaeluks vajalik kuulmine puudub
Nägemine (võime näha piisavas valguses, ka prillidega või muude abivahenditega)	L Adekvaatne - näeb peeneid detaile, ka tavalist kirja ajalehes/raamatus L Veidi halvenenud – näeb suurt kirja, pealkirju ajalehes, kuid mitte tavalist teksti L Mõõdukalt halvenenud – näeb halvasti, ei näe pealkirju, kuid suudab eristada objekte L Oluliselt halvenenud – esemete nägemine küsitav, kuid jälgib silmadega liikuvaid objekte, näeb ainult valgust, värve, kujundeid L Pime

3. SÜDAMETEGEVUS, KEHATEMPERATUUR, HINGAMINE, VALU HINDAMINE

Südame ja veresoone seisund	Vererõhk:.....mm/Hg Pulss:.....x min Kehatemperatuur:.....C Kaebused:	L südamestimulaator L higistamine L külmetavad alajäsemed L külmetavad ülajäsemed
Hingamis- ja veresoone seisund	Hingamissagedus.....x min SpO2..... L köha Eritised: L veri L röga Kaebused:	L hingeldus L kõrvalheli hingamisel L kasutab O2 ravi
Valu - Valu sagedus	L 0- Valu puudub L 1- Valu häirib igapäevaelu L 2- Valu esineb vähem kui kord päevas L 3- Sagedased valud, valu esineb iga päev	
Valuskaala	0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10	
Valu asukoht		
Valu ajalisus	L hommikul L õhtul L öösel L muu....	
Valu iseloom	L nūri L torkiv L tuim L näriv L muu.....	
Esile kutsuv faktor	L füüsiline pingutus L närveerimine L söömine L suitsetamine L alkoholi tarvitamine L asendimuutus L muu.....	
Valu leevendusvõtted	L asendravi L masseerimine L liikumine L ravim L muu.....	

4. IGAPÄEVATOIMINGUD JA INSTRUMENTAALSED IGAPÄEVATOIMINGUD

Igapäevatoimingud – ADL Hinda viimase 7 päeva jooksul	Funktsionaalne seisund 0-4 (Märgi number)	Vajadus rahuldatud (jah/ei /osaliselt)	Kelle poolt (nimi/sugulus)	Teenuse korraldus, mida vajab
Üle keha pesemine (vannis, dušši all)				
Isiklik hügieen (kammib juukseid, peseb hambaid jm)				
Ülakeha riietumine				
Alakeha riietumine				
Liikumine kodus (jalgsi või ratastooliga)				
Siirdumine tualetti (kuidas liigub tualettruumi ja tagasi)				
Tualeti kasutamine (puhtuse pidamine, mähkmete, abivahendite kasutamine)				
Liikuvus voodis (kuidas tõuseb istuma, keerab, muudab asendit)				
Söömine				

Instrumentaalsed igapäevatoimingud – IADL Hinda viimase 7 päeva jooksul	Funktsionaalne seisund 0-4 (märgi number)	Vajadus rahuldatud (jah/ei/osaliselt)	Kelle poolt (Nimi/sugulus)	Teenuse korraldus, mida vajab
Toiduvalmistamine				
Igapäevased majapidamistööd				
Rahaga arveldamine				
Ravimite kasutamine				
Telefoni kasutamine				
Trepil käimine (12-14 astet järjest)				
Poes käimine				
Transpordi kasutamine				
Funktsionaalne seisund: Sõltumatu – ei vajanud abistamist, sooritas toimingud iseseisvalt Mõningane abi (sh juhendamine ja korralduslik abi) – isik osales toimingutes, kuid vajab mõnikord teiste abi (nt: vajab ainult eseme või seadme asetamist käeulatusse) Oluline abi – isik osales toimingutes, kuid vajab kogu aeg teiste abi Täielik sõltuvus -toimingute sooritamise täielikult teiste poolt Toimingut ei esinenud hindamisperioodil				
Kommentaariid:				
Kukkumise oht	Ebastabiilne kõnnak, kehahoiak L EI L JAH			
	Piirab väljakäimist kukkumishirmu tõttu L EI L JAH			
	Kukkumisi esinenud viimase 30 päeva jooksul L EI L JAH			
	L rulaator L tugiraam L kepp L ratastool L kargud L muu			
Abivahendid liikumisel				

5. VAIMSED, EMOTSIONAALSED JA KOGNITIIVSED PROBLEEMID

Mälu	L Mälu on korras L Mäluga on probleeme
Kognitiivsed oskused igapäevatoimingute tegemiseks	L Iseseisev - teeb otsuseid, organiseerimaks igapäevaelu: millal tõusta, süüa, missuguseid riideid kanda, missuguseid toiminguid sooritada. L Mõned raskused uutes situatsioonides L Mõõdukalt kahjustunud iseseisvus - nõrk otsustusvõime, järelvalve vajalikkus L Tõsiselt kahjustunud iseseisvus - otsustusvõime minimaalne või puudub

MÄLUTEST (Märgi ristiga õigesti vastatud küsimused)

1. Täna kuupäev? L 2. Mis nädalapäev täna on? L 3. Kus Te praegu olete? L 4. Teie telefoninumber ja aadress? L 5. Kui vana Te olete? L 6. Millal Te olete sündinud? L 7. Kes on praegu Eesti Vabariigi president? L 8. Milline on Eesti rahaühik? L
9. Teie neiu/põlve nimi? L 10. Lahutage 20-st 3. L Punkte
kokku:.....

Tulemus neli või neljast vähem punkti viitab dementsusele. Test ei sobi kõnehäire korral.

5.1. MEELEOLU

Depressiooni, ärevuse ja kurbuse tunnused	L Kurbuse või depressioonitunne L Püsiv viha enda või teiste suhtes L Ebarealistlike hirmude väljendamine L Korduvad tervisekaebused L Korduvad kaebused ärevusele, hirmudele L Mitte ükski nimetatust	L Kurb, valulik, murelik nägu L Korduv nutmine, L Huvitegevusest loobumine L Vähenenud sotsiaalne L Meeleolu langus
Hinda esimese 3 visiidi põhjal.		

5.2. KÄITUMINE (Hinnata dementsusega ja psüühiliste probleemidega patsientide puhul)

Märgi ristiga sobivasse lahtrisse	Ei ole ilmnenud 3 p jooksul	On ilmnenud, on kerge mõjutatav	On ilmnenud, ei ole mõjutatav
Ekslemine			
Sõnaliselt kahjustav käitumine (karjub ja sõimab)			
Füüsiliselt kahjustav käitumine			
Sotsiaalselt ebakohane käitumine			
Hooldust /teenust tõrjuv			

6. MAGAMINE

Uni	L Kõrvalekaldeid ei ole Magabtundi ööpäevas L Uinumiskasused – liiga varajane ärkamine, rahutu mittekosutav uni L Rohke magamine- magamine liiga pikalt, mis häirib inimese normaalset toimimist L Muud iseärasused
------------	---

7. SÖÖMINE, JOOMINE

Suu ja hammaste seisund	L Katkised hambad <u>Proteesid:</u> L JAH L EI L Mälumis- ja neelamisprobleemid L Suukuivus söömise ajal L Probleemid hammaste ja proteeside puhastamisel L Mitte ükski ülaltoodust
Toitumus	L Sööb regulaarselt L Kaalukaotus viimase 30 päeva jooksul

	L Tõsine alatoitus L Haiglaslik rasvumine L Märgatav toidukoguse või vedelikutarbimise vähenemine harilikuga võrreldes L Vedelikupuudus – ei joonud üldse viimase 3 päeva jooksul L Sondiga toitmine L Vööümbermõõtcm
--	--

8. ERITAMINE

Uriinipidamatus	L 0- Täielik kontroll põietegevuse üle L 1- Pidamatust kord nädalas või harvemini L 2- Vahetevahel esineb pidamatus – pidamatust juhtub 2 või rohkem kordi nädalas, kuid mitte iga päev L 3- Sagedane pidamatus – igapäevane, kuid on säilinud mõningane kontroll L 4- Täielik pidamatus – puudulik kontroll, korduvad päevajuhud
Muud urotrakti probleemid	L probleemideta L valulikkus urineerimisel <u>Muutused:</u> L uriini värvuses L lõhnas L sagenenud urineerimine L põietühjendamisraskus L hematuuria L raskendatud urineerimise alustamine <u>Abivahendid:</u> L põiepõsivateeter L epitsüstoom L urostoom L enesekateteriseerimine Põiepõsivateetri / epitsüstoomi /urostoomi paigaldamise kuupäev: <u>Kasutab:</u> L potitool L siiber L uriinipudel L sidemed L mähkmed L kaitsepüksid
Soolepidamatus	L 0- Täielik kontroll sooletegevuse üle L 1- Pidamatust juhtub kord nädalas või harvemini L 2- Vahetevahel esineb pidamatus – pidamatust juhtub 2 või rohkem kordi nädalas, kuid mitte iga päev L 3- Sagedane pidamatus – igapäevane, kuid on säilinud mõningane kontroll L 4- Täielik pidamatus – puudub kontroll, korduvad päevajuhud
Teised sooletrakti probleemid	L Defekatsioon probleemideta L Kõhukinnisus (<i>Märgi iste sagedus nädalas</i>).....x nädalas L Kõhulahtisuskorda päevas L stoom.....

9. NAHA SEISUND

Nahk ja limaskestad	L korras L aneemiline L tsüanootiline L kuiv L ketendav L lööbeline L põletikuline L hematoomid L tursed L armid L sügelised / täid L kirurgilised haavad L muu.....
Haavandite/lamatiste olemasolu.	L 0- haavandid puuduvad L 1- püsiv nahapunetus L 2- pindmine nahakahjustus L 3- sügav nahakahjustus L 4- nahakahjustus, mis ulatub lihase või luuni
Haavandite/haavade tekkepõhjus ja tüüp	L haavand tekkinud surve, hõõrdumise või naha aluskudede kahjustuse tõttu L vigastus põhjustatud vereringehäiretest L kirurgiline L traumaatiline L gangrenoosne L diabeetiline Patsiendil on olnud varem lamatisi L JAH L EI
Jalgadega seotud probleemid	L Konnasilm L luumõhn L infektsioon L seen L troofilised haavandid L hooldamata küüned L muu.....

10. SOTSIAALNE SEISUND- ELAMISTINGIMUSED

Elamu	L korruselamukorrusel L eramus L ridaelamus L hoolekandeesutuses L muu.....
Mugavused	L keskküte L ahiküte L kanalisatsioon L soe vesi L dušš L vannituba L saun L vesi kaevust L vesi koridorist L WC sees L välikäimla muu
Kodukeskkond	L Remonti vajav kodu – ohtlik segadus, ebapiisav või puuduv valgustus, augud põrandas, lekkivad torud. L Räpane seisukord – määrdunud, kahjurite rottide poolt saastunud L Ebapiisav küte või jahutus – suvel liiga soe, talvel liiga külm L Vähene isiklik turvalisus – hirm vägivalla ees, julgeoleku probleemid L Piiratud juurdepääs ruumidesse – raskused koju saamisel või kodust lahkumisel, võimetus trepist ülesminekul, raskused manööverdamisel, puuduvad käsipuud L Elab korteris või majas, mis on ligipääsetav puuetega inimestele L Mitte ükski ülaltoodust
Väliskeskkond	L Hädaabi kättesaadavus L Pääseb toidupoodi ilma kõrvalise abita L Toidukaupade koju kohaletoimetamise võimalus

11. TOETUSALLIKAD / FORMAALSED ABISTAJAD

Esmase hooldaja peres (nimi)	LTEL:
Elab	L koos L eraldi L kaugus km- tes
Suhe esmase hooldajaga	L abikaasa L laps L kasulaps L õde-vend L muu.....
Esmase hooldaja toimetulek	L Hooldaja saab pere ja sõpradepoolset abi paljudes valdkondades L Hooldaja saab piiratud abi L Abi hooldajale puudub L Hooldaja vajab rohkem abi, et patsiendiga toime tulla L Hooldaja ei suuda oma tööd jätkata (vajadus lisahoolduse järele) L Hooldaja väljendab stressi ja depressioonitundeid L muu
Tugiteenused: Märgi teenuste saamise sagedus (nädalas/kuus). Võimalusel punktiirile	L Koduhooldusteenus L Toitlustusteenus L Transporditeenus

<i>osutaja kontaktandmed.</i>	 L Muu või tasuline teenus (nii tervishoiu kui hoolekandeteenus)..... L Mitte ükski ülaltoodust
-------------------------------	---

12. TERVISERISKID

Suitsetamine L EI LJah Suitsetamine (sigarettide arv) päevas nädalas või kuus	Alkoholi tarbimine L EI LJah Alkoholi tarbimine (lahja / kange) päevas nädalas kuusaastas
Uimastite tarbimine	Nimetus ...

13. TÄIDETAKSE VAJADUSEL

1.Harrastused (millega soovib tegeleda)	
2. Erisoovid (kellega soovib kontakti): L pere L lapsed L sotsiaaltöötaja L vaimulik L psühholoog L muu	

Tunded:

Hirm, ängistus: L Puudub L seoses haigusega L seoses hospitaliseerimisega L seoses üksindusega
 Soov veeta viimased elupäevad: L kodus L haiglas L hooldusasutuses
 Kus?.....

Patsiendiinfo ja -õpetusevajadus terviseteeekonna juhi teenuse osutamise ajal

Hindas:	Infot andis:
Terviseteeekonna juhi ees ja perekonnanimi: Kaasates järgmisi spetsialiste: amet, ees ja perekonnanimi	Patsiendi/kliendi allkiri:
Reg.kood:	Patsiendi/kliendi seisundi kohta teavet andnud isiku ees ja perekonnanimi:
Kuupäev ja kellaeg:	Kontaktandmed:
Allkiri: /kas seda saaks tahvelarvutis anda?/	Allkiri:/kas seda saaks tahvelarvutis anda?/

Lisa 7

Heaoluplaani näidis

Minimaalselt peaks „Heaoluplaan“ sisaldama TJ vaates järgnevaid komponente:

- Olukorra lühikirjeldus
- Holistiline eesmärk
- Tegevuskava tervise-eesmärgid
- Tegevuskava sotsiaalsed eesmärgid
- Tegevuskava rehabilitatsiooni eesmärgid
- Diagnoosid
- Diagnoosidest tulenevad piirangud
- Allergiad
- Vaktsineerimised
- Riskirühm
- Teekond
- Puude liik, raskusaste ja sellest tulenevad piirangud
- Ravimiskeem
- Tervisenäitajate jälgimise plaan
- Tervise (käitumise) soovitus
- Ravi- ja hooldusjuhised
- Taastusravi ja rehabilitatsiooni juhised
- Planeeritud tervishoiuteenused
- Planeeritud sotsiaalteenused
- Planeeritud rehabilitatsioonialased teenused
- Suunised juhuks, kui tervises seisund ootamatult halveneb

- Olulised kontaktid sh võrgustik
- Inimese nõusolek heaoluplaaniga
- Plaani järgmise hindamise aeg