

**Üle riigi rakendatava inimesekeskse hoolekande-  
ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli  
kontseptsioonidokument**

Sotsiaalministeerium

*Käesoleva dokumendi peamised koostajad on Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna nõunikud Gerli Aavik-Märtmaa ja Ulli Luide ning tervisesüsteemi arendamise osakonna peaspetsialist Liis Sildnik, mõjude hindamise osa on koostanud Sotsiaalministeeriumi analüütik Marion Rummo. Dokumendi kirjutamine on toimunud tihedas koostöös üle riigi rakendatava mudeli töögrupi liikmete, katseprojektis osalenud piirkondade ja teiste oluliste osapooltega. Suur tänu katseprojektis osalenud piirkondadele (sh hoolduskoordinaatoritele), piirkondade koolitajatele, töögrupi liikmetele, organisatsiooni International Foundation of Integrated Care (IFIC) ekspertidele, seminarides ja töötubades kaasa mõelnud inimestele ning kõikidele teistele osapooltele, kes on panustanud katseprojekti ettevalmistamisse ja elluviimisse ning üle riigi rakendatava inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli kontseptsioonidokumendi loomisse. Valdkondadevaheline koostöö ja sünergia on see, mis aitab meil ühistele probleemidele lahendusi leida.*

# Sisukord

1. Inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli loomise eesmärk ja taust.....	3
2. Katseprojekti kirjeldus ja tulemused.....	5
2.1. Katseprojekti ülesehitus .....	5
2.2. Katseprojekti tulemuste kokkuvõte .....	7
2.2.1. Abivajaduse märkamise ja hindamine .....	8
2.2.2. Teenused.....	10
2.2.3. Võrgustikutöö .....	15
2.2.4. Hoolduskoordineerijate tagasiside projektile ja ettepanekud edasiseks.....	17
3. Koordineerimismudeliga täidetavad ülesanded ning vajalikud teadmised ja oskused .....	18
3.1.1. Üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesanded .....	20
3.1.2. Üksikjuhtumiteülelised piirkondlikud ülesanded.....	22
3.1.3. Piirkondadeülelised riiklikud ülesanded.....	23
3.2. Koordineerimismudeli toimimiseks vajalikud teadmised ja oskused.....	24
4. Koordineerimismudeli võimalikud alternatiivid .....	26
5. Vajaduste hindamine, andme- ja teabevahetuse korraldamine, tulemusmõõdikud ja seire.....	30
5.1. Vajaduste hindamine .....	30
5.2. Andme- ja teabevahetuse korraldamine .....	32
5.3. Tulemusmõõdikud ja seire.....	33
6. Koordineerimismudeli riikliku rakendamise eeldused .....	34
Kokkuvõte.....	36
Lisa 1. Koordineerimismudeli rakendamise võimalike alternatiivide mõjud .....	39
Lisa 2. Katseprojekti kasutatud teenuste plaan.....	51

## 1. Inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli loomise eesmärk ja taust

2015. aasta lõpus otsustas Vabariigi Valitsus luua hoolduskoormuse rakkerühma, mille ülesandeks seati lähedaste hooldamisega seotud probleemide väljaselgitamine ning inimeste vajadustest lähtuvate lahenduste väljatöötamine. Rakkerühma töös osalesid lisaks Riigikantselei ja ministeeriumite esindajatele valdkonnas töötavad eksperdid ning omastehooldajate ja puudega inimeste esindajad<sup>1</sup>. 2017. aasta novembris esitas rakkerühm oma töö tulemusena poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Ühe olulise suunana toodi välja vajadus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna parema integreerituse järele pikaajalise hoolduse pakkumisel, mille üheks osaks on ka inimesekeskne hoolduse koordineerimine<sup>2</sup>.

Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel esitati 2017. aasta suvel Vabariigi Valitsusele ettepanekud hoolduskoormuse vähendamise esmaste abinõude rahastamiseks aastatel 2018–2021. Ettepanekute alusel otsustas valitsus mainitud perioodiks eraldada 16,4 miljonit eurot hoolduskoormuse vähendamiseks. Raha eraldati esmasteks abinõudeks, milleks on päeva- ja nädalahoiu toetamine, dementsuse diagnoosiga eakatele suunatud teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamine, sügava puudega inimese töötavale pereliikmele täiendava puhkuse võimaldamine ning esmatasandi hoolduse koordineerimissüsteemi väljaarendamine ja katsetamine. **Käesoleva dokumendi eesmärk on pakkuda välja lahendused inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli (edaspidi koordineerimismudel) loomiseks, toetudes muu hulgas kuues piirkonnas ellu kutsutud katseprojekti, üle riigi rakendatava mudeli töögrupi ja rahvusvaheliste ekspertide tööle ja kogemustele.**

### Koordineerimismudeli loomise eesmärk ja taust

Nii hoolduskoormuse rakkerühma kui viimaste aastate muude arendusprojektide käigus peetud arutelud on näidanud, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem ei moodusta loogilist tervikut, mistõttu on abi saamine inimese vaatepunktist keeruline ja tihti ebaefektiivne. Rakkerühma lõppraport<sup>3</sup> toob välja, et koordineerimine sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel (nii kohaliku omavalitsuse kui riigi tasandil) ei ole piisav, sealhulgas puuduvad ühtsed standardiseeritud hooldusvajaduse hindamise instrumendid, mis võimaldaksid suunata inimest õiget teenust saama; puudub süsteemne infovahetus ja terviklik ülevaade inimese vajadustest ning talle pakutavatest teenustest. Seetõttu ei ole harvad juhused, kus koordineeriv roll ja abi leidmine jääb abivajadusega inimese ja tema lähedaste õlule. Selleks, et sekkumised saaksid olla tõhusad, on oluline, et inimene saaks

<sup>1</sup> <https://riigikantselei.ee/et/hoolduskoormus>

<sup>2</sup> Riigikantselei (2017). Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Kättesaadav: [https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse\\_rakkeruhma\\_lopparuanne.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf)

<sup>3</sup> Riigikantselei (2017). Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Kättesaadav: [https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse\\_rakkeruhma\\_lopparuanne.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf)

abivajaduse korral võimalikult vara asjakohast tuge ning et erinevad süsteemid töötaksid koos ühiste eesmärkide nimel.

Oluline on välja tuua ka toimiva koordineerimismudeli potentsiaalne mõju inimeste turvatundele ühiskonnas laiemalt. OECD uuringus „Risks that matter“ nimetas rohkem kui pool uuritud riikide kodanikest haigestumist või puude tekkimist kui ühte kolmest põhilisest sotsiaalsest ja majanduslikust riskist, millega nemad või nende lähedased järgmise aasta või järgmise kahe aasta jooksul kokku puutuvad. Eespool nimetatud toodi põhilise murena välja 14 riigis kõigest 21 küsitletud riigist ning nende riikide hulka kuulusid ka kõrgelt arenenud sotsiaalkaitse-süsteemidega riigid nagu Belgia, Soome ja Prantsusmaa. Eestis tunnetas haigestumist ja puude tekkimist riskina umbes 60% vastanutest (vanuses 18–70 eluaastat). Inimesekeskse koordineerimismudeli loomine võimaldab sellist riski maandada kindlustunde loomisega, et vajaduse tekkimise korral aidatakse inimesel jõuda talle vajaliku abini.<sup>4</sup> Koordineerimismudel on meetodiline lähenemine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi koostöö ja koostöö parandamiseks. Selle arendamisega paralleelselt tuleb panustada ka vajalike teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamisse ehk ainuüksi parem koordineerimine ei suuda lahendada kõiki süsteemides olevaid probleemkohti.

### **Miks on inimesekeskne koordineerimine oluline?**

- ✓ Kompleksvajadusega inimestele ei osutata õiget sotsiaal- või tervishoiuteenust või nad ei saa üldse teenust ja on kodus perekonna hooldada.
- ✓ Püsiva haiguse ja hooldusvajadusega inimesed satuvad puuduliku koordineerimise ja jälgimise tõttu sageli kallimale haiglaravile. Kodustes tingimustes korraldatud odavamate õendus- ja hooldusteenustega saaks olukorda ennetada.
- ✓ Hoolduse korraldamisel, vajaduste hindamisel ja teenuste pakkumisel puudub inimese terviklikest vajadustest lähtuv lähenemine, st inimese kui terviku vajadusi ei hinnata komplekselt ning keskset (sektorite ja tasandite vahelist) teenuste koordineerimist ei toimu.
- ✓ Hooldusvajadusega inimeste ja nende perekonna administratiivne koormus on suur ning pereliikmed on tihti ise juhtumikorraldajaks, st eri teenuste saamiseks tuleb pöörduda eri institutsioonide poole, kes ei hinda inimese teenuste vajadust komplekselt.
- ✓ Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnas tehakse erinevaid ajamahukaid hindamisi, ent nende tulemused ei ole teiste valdkondade spetsialistidele kättesaadavad. Seetõttu puudub ülevaade sellest, millised hindamised on tehtud, millised on inimese tegelikud vajadused, milliseid teenuseid inimene saab või milline on saadud teenuste mõju.

### **Koordineerimismudelil on kolm peamist eesmärki:**

- 1) pakkuda abivajadusega inimestele vajadustele vastavat abi võimalikult vara, vähendades seejuures lähedaste hoolduskoormust ja pikendades kodus toimetuleku aega;**
- 2) vähendada kompleksse abivajadusega inimeste ja nende lähedaste koormust asjaajamisel;**

<sup>4</sup> OECD, 2019. The OECD Risks That Matter Survey, 2018. Kättesaadav: <https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm> Viimati kuvatud: 16.10.2019

**3) koguda struktureeritult ja järjepidavalt infot süsteemsete puuduste (nt puuduvad teenusekohad, teenuste saamise järjekorrad, regionaalsed erinevused praktikas jne) ja toimivate tavade kohta.**

## **2. Katseprojekti kirjeldus ja tulemused**

### **2.1. Katseprojekti ülesehitus**

Toetudes hoolduskoormuse rakkerühma ettepanekutele korraldati 2018. aasta augustist kuni 2019. aasta juulini kuues Eesti piirkonnas hoolduse koordineerimise katseprojekt<sup>5</sup>. Projekti eesmärk oli testida esmase hoolduse koordineerimise mudelit ning anda lähteandmed üle riigi rakendatava koordineerimismudeli loomiseks, et süsteemset toetada suure ja keerulise hooldusvajadusega inimesi. Projekti käigus loodi piirkondadesse hoolduskoordinaatori (HK) ametikohad, kes toimisid sillana kohaliku omavalitsuse (KOV) sotsiaaltöötaja, perearsti ja teiste võtmeosapoolte (nt haigla sotsiaaltöötaja, sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajad, eriarstid) vahel.

#### **Katseprojekti lähtekohad**

1. HK oli sotsiaaltöö või õenduse baasharidusega esmatasandi töötaja, kes oli saanud täiendkoolitust, et õppida tundma hoolekande- ja tervishoiusüsteemi korraldust, juhtumija võrgustikutöö aluseid ning interRAI kontakthindamise instrumenti. HK oli sillaks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi vahel ning toetas hooldusvajadusega inimest, tema lähedasi ja ümbritseva võrgustiku liikmeid keeruliste juhtude lahendamisel ja esialgse toe korraldamisel, kasutades selleks juhtumikorralduse ja võrgustikutöö meetodeid.
2. HK oli partneriks tervishoiusüsteemile (perearst või tervisekeskus) ja kohalikele omavalitsusele, tagades pikaajaliste terviseprobleemidega ja nendega seotult hooldusvajadusega inimeste puhul sujuva ülemineku tervishoiuteenustelt sotsiaalteenustele ja vastupidi.
3. HK aitas juhtumikorralduse ja võrgustikutöö põhimõtetel korraldada hooldusvajadusega inimesele tema abivajadusele vastavad teenused, ent teenuste rahastamine toimus tavapärasel põhimõtetel ja tavapärastest allikatest.
4. HK poolt koordineeritavasse võrgustikku kuulusid vähemalt:
  - a) perearst ja -õde;
  - b) KOV;
  - c) haigla sotsiaaltöötaja;
  - d) sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuse osutaja, sh eriarstiabi- ja õendusabiteenuse osutajad ja kiirabi;
  - e) mitteformaalsed ja formaalsed hooldajad;
  - f) (vajaduse korral) Sotsiaalkindlustusameti (SKA) ja Eesti Töötukassa (ETK) juhtumikorraldaja.
5. HK kaasati nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekandesüsteemi tuge vajavate täisealiste hooldusvajadusega inimeste toetamise protsessi.

<sup>5</sup> Mõiste „hoolduse koordineerimine“ otsustati töörühmas asendada mõistega „inimesekeskne hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudel“, kuna uus mudel ei keskendu vaid hooldusvajadusele.

6. Võimaluse korral töötas HK esmatasandi tervisekeskuses<sup>6</sup> või roteerus tervisekeskuse ja kohaliku omavalitsuse ruumide vahel.
7. Katseprojekti ajal oli HK-le tagatud ligipääs STAR-ile ja interRAI hindamisele, muu infovahetus toimus projekti ajal võrgustikuliikmete vahel ilma infosüsteemide toeta. Projektis tagati alusandmete vahetamine abivajadusega inimese poolt allkirjastatud nõusolekuvormiga. Seejuures oli projekti üks ülesanne teha konkreetseid ettepanekuid selle kohta, milline info (millised andmeväljad) peaks tulevikus olema HK jaoks kättesaadav.

### **Hoolduskoordinaatori (HK) ülesanded katseprojektis**

- ✓ HK koondas kokku inimese juba tehtud vajaduste hindamiste tulemused, tegi interRAI kontakthindamise (eeldusel, et perearst või sotsiaaltöötaja ei ole seda juba teinud), organiseeris vajalikud lisahindamised (nt SKA, perearsti, KOV-ide, geriaatrilise meeskonna või teiste teenuseosutajate tehtavad hindamised) ja koostas koostöös teiste võrgustikuliikmetega inimesele individuaalse teenuste plaani, arvestades varem koostatud plaane ja hindamisi. Teenuste plaan oli tegevuste katusdokument ning aitas kõikidel osapooltel (sh hooldusvajadusega inimesel endal ja tema lähedastel) olla ühtses infoväljas ja näha terviklikult, millist tuge inimesele pakutakse.
- ✓ HK korraldas, et inimene hakkaks saama talle teenuste plaanis nimetatud teenuseid ning tegi vajalikud kokkulepped, et iga üksikteenuse juures oleksid konkreetset vastutajad.
- ✓ HK nõustas abivajavat inimest ja tema lähedasi teenuste plaanis kirjeldatu ellurakendamisel.
- ✓ HK tagas oma võrgustikus inimese teenusevajaduse kohta vajaliku infovahetuse (sh jagades vastavalt vajadusele koostatud teenuste plaani) ning korraldas regulaarselt võrgustikuliikmete ühiseid arutelusid keerukamate juhtumite lahendamiseks. Erinevate võrgustikuliikmete ülesanne oli teavitada HK-d muudatustest inimese olukorras. Pärast teenuste plaani koostamist ja inimese sidumist vajalike teenustega andis HK juhtumikorraldusliku vastutuse üle perearstile, pereõele või sotsiaaltöötajale, kes olukorra muutumise korral kaasas protsessi uuesti HK.
- ✓ HK tegi regulaarselt (arvestuslikult u 2 x aastas, katseprojektis 4 x aastas) enda koordineeritavate juhtumite olukorra seiret, omades ülevaadet sellest, kui piirkonnas on mingite teenuste või teenuseosutajatega probleeme (ning teavitades sellest vajaduse korral teenuste rahastajaid ja/või järelevalveorganeid).

Teenuste plaani igapäevast täitmist jälgisid plaanis vastutajaks määratud osapooled. Kui keegi nimetatud osapooltest nägi, et teenuste plaanis kokkulepitut ei täideta või koordineerivat tuge vajava inimese seisukord oli oluliselt muutunud, kaasatati protsessi HK.

### **Näide koordineerimisprotsessist katseprojektis, kui esmaseks abivajaduse märkajaks oli perearst või -õde**

1. Perearst või -õde märkas, et inimesel on hooldusvajadus ning ta vajab nii hoolekande- kui tervishoiusüsteemi tuge.

---

<sup>6</sup> Esmatasandi tervisekeskuse all mõistetakse siin keskusi, mis koondavad minimaalselt kolme perearsti nimistut. Koordineeriva fookusega ametikoha loomine tervisekeskuse juures toetab seejuures üldist suunda, kus esmatasandi teenused, nagu füsioteraapia ja koduõendus, on samuti liikumas esmatasandi tervisekeskustesse ning suur osa abivajajaid saab oma teenused kätte esmatasandil ja ühest kohast.

2. Perearst või -õde võttis inimeselt nõusoleku katseprojektis osaleda ja jagada tema andmeid teiste osapooltega.
3. Perearst või -õde
  - a) kui ta oli läbinud interRAI koolituse, tegi ise interRAI skriiningu osa ja teenusevajaduse olemasolu korral kontakteerus HK-ga, et HK teeks hindamise lõpuni. Alustatud hindamine koos juba sisestatud terviseandmetega edastati krüpteeritud e-kirja teel HK-le;
  - b) kui ta ei olnud interRAI koolitust läbinud, võttis ühendust HK-ga ning edastas HK-le hindamise jaoks olulise terviseinfo (nt krüpteeritud e-kirja teel).
4. HK tegi/lõpetas interRAI kontakthindamise (vajaduse ja võimaluse korral tehti kontakthindamine inimese kodus).
5. Toetudes kontakthindamise tulemustele, võttis HK ühendust vajalike osapooltega:
  - *KOV-i sotsiaaltöötaja*
    - a) kui KOV oli HK-le andnud õiguse sotsiaalteenuste osas ise haldusotsused teha, tegi ta vajalikud haldusotsused teenust saama suunamiseks;
    - b) kui HK-l haldusotsuse tegemise õigust ei olnud, võttis ta ühendust vastavate õigustega KOV-i töötajaga, saates KOV-i töötajale juba tehtud interRAI hindamise ja muu asjakohase info;
  - *perearst või -õde*  
Tervishoiuteenuste vajaduse korral andis HK sellest märku perearstile, kes tegi vajalikud saatekirjad ja vajaduse korral täiendavad lisahindamised.
  - *SKA/ETK*  
Kui inimene vajab riiklikke teenuseid või toetusi, aitas HK abivajadusega inimesel või tema lähedastel teha vajalikud taotlused ja täiendava hindamisvajaduse korral leppis kokku hindamise aja asjaomaste asutustega.
6. Saatekirjade/otsuste olemasolu korral võttis HK ühendust piirkonnas tegutsevate teenuseosutajatega ning korraldas selle, et inimene hakkas teenust saama.
7. HK täitis teenuste plaani ning nõustas inimest ja tema lähedasi plaanis oleva info osas, tehes muu hulgas kokkulepped inimese enda ja tema lähedastega, kuidas nemad HK-ga infot vahetavad ja mida teha, kui toimetulekus toimub olulisi muutusi.
8. Teenuseosutajad tegid vajalikud teenusespetsiifilised hindamised ning saatsid hindamistulemused ka HK-le.
9. HK tegi kõikide seotud osapooltega infovahetust ja suhtlust puudutavad kokkulepped ning märkis teenuste plaani iga teenuse juurde vastutava inimese ja järgmise kokkulepitud infovahetuse aja. Kui HK kokkulepitud ajal uuendatud infot ei saanud, võttis ta vastutava inimesega ise ühendust. Akuutsete olukordade korral teavitasid võrgustikuliikmed HK-d.
10. HK tegi teenuste plaani üle regulaarset seiret – plaan vaadati üle iga kolme kuu tagant ning suhtlus teenuseosutajatega toimus vastavalt kokkulepitud (ja plaani märgitud) tähtaegadele.

## 2.2. Katseprojekti tulemuste kokkuvõte

Katseprojekt käivitus kõigis kuues piirkonnas 2018. aasta augustis. Esimesed kaks kuud olid HK-de jaoks sisseelamise kuud – tutvuti enda piirkonna määruste ja teenuste korraldusega, osaleti koolitusprogrammis ning loodi suhteid piirkonnas tegutsevate osapooltega (konkursil osalemise eelduseks oli, et taotleva(te)l omavalitsus(t)el pidi olema eelnev koostöökokkulepe



vähemalt kahe piirkonnas tegutseva perearstiga, ent tegelik vajalike koostööpartnerite ring oli oluliselt laiem). Aktiivsem klienditöö algas 2018. aasta oktoobris.

Aastase perioodi vältel andis **245 inimest** nõusoleku projektis osaleda, neist enam kui poole moodustasid naised. Esmane nõustamine toimus umbes poole rohkemate klientidega, ent erinevatel põhjustel (nt nõusolekuvormi allkirjastamisest keeldumine või seisukorrast tulenevalt allkirjastamise võimaluse puudumine) ei olnud kõiki abivajajaid võimalik ametlikult katseprojekti klientideks kaasata. InterRAI kontakthindamine tehti vaid nende abivajajatega, kes olid eelnevalt allkirjastanud projektis osalemise nõusoleku (243 juhul, kahel juhul ei olnud vajalik). Nende abivajajate puhul, kes ei olnud valmis projektiga liituma, kontakthindamist ei tehtud ja teenuseplaani ei koostatud, kuid neile tagati abi projektiväliselt, nt KOVi sotsiaaltöötaja kaudu. **Kõige suurema osa abivajajatest moodustasid üsna võrdselt inimesed vanuserühmas 80+ (71 juhul) ja 70+ (63 juhul).** Teiste vanuserühmade osakaal oli oluliselt väiksem.

### 2.2.1. Abivajaduse märkamine ja hindamine

Kõige sagedamini jõudis info abivajajast HK-ni KOVi sotsiaaltöötaja vahendusel (78 juhul). Siinkohal tuleb aga arvestada, et kuuest piirkonnast neljas asus HK just KOVi juures. Sellele järgnes info laekumine pereliikme/sugulase (43 juhul) ning perearsti või -õe (32 juhul) kaudu. Teavitust teiste osapoolte (haigla, eriarstid, sotsiaal- ja tervishoiuteenuse pakkuja jne) kaudu esines harvemini. Esmakohtumine HK ja abivajaja vahel toimus ülekaalukalt inimese enda kodus (208 juhul) ja vaid üksikutel kordadel mujal. Täpsem ülevaade abivajajast teavitajatest on nähtav allolevas tabelis.

Abivajajast teavitaja	Teavitamiste arv
KOVi sotsiaaltöötaja	78
Pereliige/sugulane	43
Perearst/pereõde	32
Teenuseosutaja	24
Haigla sotsiaaltöötaja	20
Naaber/tuttav	16
Abivajaja pöördus ise	11
HK märkas ise	10
ETK juhtumikorraldaja	6
Politsei	4
Kiirabi	1

**InterRAI kontakthindamise** ülesandeks projektis oli hinnata, kas inimene vajab tuge nii sotsiaal- kui tervishoiuvaldkonnas, ning selle baasil otsustada, kas inimene kuulub projekti sihtrühma. Üldiselt sattusid HK vaatevälja inimesed, kelle olukord oli nii keeruline, et kiirelt tuli korraldada ka muud hindamised, nt teenusespetsiifilised hindamised koduteenuse, üldhoolduse, õendusabi või taastusravi saamiseks. Enamasti vajati 1–3 lisahindamist, keerulisematel juhtudel aga kuni kuut lisahindamist, seejuures oli suur osa neist sotsiaalvaldkonna teenuste ja toetuste hindamised. Projektis osalenutele vajalikud hindamised on loetletud allolevas tabelis.

Lisahindamiste nimekiri	Hindamisvajaduse sagedus
Koduteenuse vajaduse hindamine	98
Abivahendi vajaduse hindamine	65
Puude raskusastme hindamine	64
Kodu kohandamise vajaduse hindamine	42
Õendusabi vajaduse hindamine	40
Hooldusvajaduse hindamine	40
Majandusliku võimekuse hindamine	36
Tervikliku abivajaduse hindamine	29
Psühhiaatriline hindamine	28
Rehabilitatsioonivajaduse hindamine	26
Taastusravi vajaduse hindamine	21
Tööhõivega seotud hindamine	18
Erihoolekandeteenuse vajaduse hindamine	11
Psühholoogiline hindamine	10
Perearstipoolne terviklik hindamine	8
Sotsiaaltransporditeenuse vajaduse hindamine	7
Füsioterapeudipoolne hindamine	6
MiniMental test	4
Eriarstipoolne hindamine	4
Päästeametipoolne hindamine	1

Dieedialase nõustamise vajaduse hindamine	1
Logopeediline hindamine	1
Isikliku abistaja vajaduse hindamine	1
Tugiisikuvajaduse hindamine	1
Eluruumi vajaduse hindamine	1

### 2.2.2. Teenused

Kõik teenused, mida abivajaja HK või mõne teise võrgustikuliikme hinnangul vajab, selgitati välja ja lisati koos vajalike tegevuste ja konkreetse vastutajaga inimesele koostatud **teenuste plaani**. Teenuste plaanis hinnati, kas inimene sai talle vajaliku teenuse, ning toodi välja olukorrad ja põhjused, kui teenus jäi mingil põhjusel osutamata. **Kõige sagedamini vajasis abivajajad korraga nelja (59 juhul) või kolme (58) teenust**, kuid väga keerulistel juhtudel võis toimetulekuks olla vaja koguni kümmet teenust. **Valdavalt vajati üht tervishoiuteenust (98 juhul) ja ülejäänud teenuste pakett koostati peamiselt sotsiaalvaldkonna teenustest**. Mõnel üksikul juhul vajasis inimesed teenuseid ka muudes valdkondades vastavalt nende spetsiifilisele olukorrale ja vajadustele. Allolev tabel annab ülevaate hinnatud teenusevajadusest koos märkega selle kohta, kui paljudele projektis osalejatele õnnestus teenus tegelikult korraldada, ning põhjustega, miks kõik abivajajad teenust ei saanud.

Teenuse nimi	Teenuse vajadus	Teenuse saamine	Teenuse saamata jäämise põhjused
Sotsiaalnõustamisteenus (korduv)	152	152	
Koduteenus	115	80	24 ei soovinud; 3 tervis halvenes / sattus haiglasse; 3 KOV-i keeldus teenust pakkumast; 1 KOV-il puudub võimekus osutada teenust piisavas mahus, mistõttu keelduti teenusest; 1 KOV-il puudub teenus (asend. tugiisikuga); 2 suri enne teenuse saamist; 1 vajab üldhooldusteenust
Sotsiaaltransporditeenus	89	83	1 suri enne teenuse saamist; 2 KOV-i keeldus; 2 ei soovinud; 1 ootas puude vormistamist
Abivahendialane nõustamine	72	57	2 protsess pooleli; 9 ei soovinud; 1 sattus haiglasse; 1 suri enne teenuse saamist; 1 praegu hooldekodus, kus abivahend olemas; 1 TO ei pakkunud teenust

Eriarst (onkoloog, neuroloog, kardioloog, ortopeed, taastusraviarst)	55	46	1 sattus haiglasse; 2 järjekorras; 1 suri enne teenuse saamist; 4 ei soovinud; 1 ei leia raviarsti
Kodu kohandamise teenus	54	18	17 järjekorras; 5 ei soovinud; 2 sattus haiglasse; 1 ootas puude vormistamist; 1 KOV keeldus; 8 tegid ise kohanduse; 1 KOV-il pole teenust; 1 eluase oli surnud abikaasa nimel, ei saa omaniku nõusolekut
Üldhooldusteenus	43	28	8 ei soovinud; 1 suri enne teenuse saamist; 3 haiglas; 2 järjekorras; 1 ei leia kohta dementsuse sündroomiga inimesele
Iseseisev statsionaarne õendus	40	35	2 ei soovinud; 2 suri enne teenuse saamist; 1 ei saa minna, kuna ise hooldaja
Täisealise isiku hooldus	35	23	6 ei soovinud; 1 sattus haiglasse; 2 suri enne teenuse saamist; 1 protsess pooleli; 2 KOV-i keeldus
Koduõendusteenus	31	26	2 ei soovinud; 1 TO ei suuda pakkuda; 1 KOV-il pole teenust (asend. koduteenusega); 1 on ise med. haridusega, juhendab koduhooldustöötajat
Toitlustus	28	25	1 ei soovi; 1 KOV-il pole teenust; 1 järjekorras
Statsionaarne taastusravi	23	17	1 haigestus; 3 järjekorras; 1 ei ole TO-d; 1 ei soovi
Isikliku abistaja teenus	22	17	2 puudub TO; 1 KOV ei paku piisavas mahus; 2 ei vaja
Psühhiaater	21	16	3 ei soovi; 2 järjekorras
Ambulatoorne füsioteraapia	21	11	4 järjekorras; 1 haigestus; 1 ei soovi; 3 ei ole TO-d (1 asendati sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusega), kes tuleks koju; 1 ei ole suuteline liikuma kodust väljaspool
Eestkostevalase nõustamise teenus	18	12	3 suri enne teenuse saamist; 2 ei soovi (veel); 1 pereliige ise jurist
Perearstipoolne jälgimine ja raviskeemi muutmine	15	13	1 perearst keeldub kodukülastusest; 1 perearst nõustab vaid telefoni teel
Töötukassa teenused	14	14	

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus	17	10	2 järjekorras; 2 ei vajanud; 2 ei soovi; 1 sattus haiglasse
Eluruumi tagamise teenus	13	11	2 ei soovi
Ööpäevaringne erihoolekandeteenus	12	5	2 ei soovi; 1 ei vaja psühhiaatri hinnangul teenust; 4 järjekorras
Tugiisikuteenus	11	7	1 ei soovi; 2 KOV-il pole teenust; 1 KOV ei paku, sest inimesel ei ole psüühilist erivajadust
Intervallhooldusteenus	10	4	1 puudub TO; 1 järjekorras; 1 suri enne teenuse saamist; 2 ei soovi; 1 tervise seisundi muutus
Aktiiv- ja järelravi	9	9	
Päevahoiuteenus	7	5	2 puudub TO
Võlanõustamisteenus	7	4	3 KOV-il puudub teenus
Psühholoogi teenus	4	4	
Sotsiaalvalveteenus	3	1	1 ei soovi; 1 klient ei suuda kasutada
Sõltuvusravi	3	0	2 ei soovi; 1 jrk
Logopeedi teenus	2	2	
Päästeameti kodukohandus	2	2	
Vabatahtliku seltsilise teenus	2	0	2 ei leita vabatahtlikku
Hospiits	1	1	
Osokeriidiravi	1	1	
Mälutreening	1	1	
Varjupaigateenus	1	1	
Hospitaliseerimine	1	1	
Vähiravi kodune toetusravi	1	1	
Omastehooldajate asendusteenus	1	1	
Lümfimassaaž	1	0	1 järjekorras

## Sotsiaalvaldkonna teenused

Ülekaalukalt enim pakuti projektis sotsiaalvaldkonna teenuseid, mis on loomulik nii seetõttu, et projekti lepingupartneriks olid KOV-id (ning neli HK-d kuuest asus füüsiliselt just KOV-i ruumides), kui ka seetõttu, et sotsiaalhoolekandeteenuseid on väga palju. Kõige enam osutati projekti jooksul korduvat **sotsiaalnõustamisteenust**<sup>7</sup>, **sh eestkostealast nõustamist**, mis oli inimestele hästi kättesaadav.

Järgmiseks oluliseks sotsiaalvaldkonna teenuseks oli **koduteenus**, mille kättesaadavus projekti piirkondades oli pigem hea, kuid probleeme esines siiski teenuse osutamise ebapiisava mahuga ja isikuhoolduse tagamisega. Koduteenuse puhul rõhutati, et teenusevajadus aina suureneb ning KOV-idel on keeruline inimeste vajadustele vastata. Samas nenditi, et oluliseks abiks on lisarahastuse taotlemise võimalus, mis aitab parandada teenuse kättesaadavust ja kvaliteeti.

Katseprojektis osalenud piirkondades ei olnud üldjuhul probleeme ka **sotsiaaltransporditeenusega**, mis oli pigem paindlik, võimaldades nii regulaarseid kui ühekordseid vedusid, vedusid nii KOV-i piires kui KOV-ide vahel.

Rõhutati ka **abivahendialase nõustamise** olulisust inimese toimetuleku maksimeerimisel ja KOV-i ressursside optimaalsel kasutamisel ning sellesse protsessi kaasati üldjuhul ka abivahendi ettevõtteid ja nendepoolseid nõustajaid.

**Kodu kohandamise teenuse** vajadust esines samuti sageli, kuid kuivõrd KOV-id pakuvad kodu kohandamise teenust enamasti vaid Euroopa Regionaalarengu Fondi puudega inimeste eluaseme füüsilise kohandamise taotlusvooru rahastusest, on probleemiks pikad ooteperioodid.

**Üldhooldusteenust** pakuti ennekõike siis, kui inimese terviseseisund oli kodus toimetulemiseks liiga kehv. Mitmel juhul olid eelnevalt planeeritud teised, mitte institutsionaalsed abimeetmed, mille pakkumine osutus siiski võimatuks ja sageli eelnes hooldekodusse elama asumisele haiglasse sattumine. Projektis esines ka olukordi, kus üldhooldusteenuse saaja olukord muutus süsteemse koostöö tulemusel nii, et inimene sai suunduda tagasi kodusse keskkonda.

**Täisealise isiku hooldust** KOV-id üldjuhul pakkusid, kuid sätestasid erinevaid lisatingimusi, millistel juhtudel ja kellele toetust makstakse ning mis on teenuse saamise tagajärjed (nt ei saa muid toetavaid teenuseid), samuti leiti, et teenus võiks olla riiklikult rohkem reguleeritud (sh võiks toetuste suurus olla üle riigi ühtlasem).

Alla 30 korra vajasid inimesed järgmisi sotsiaalvaldkonna teenuseid: toitlustamisteenus, isikliku abistaja teenus, intervallhooldusteenus, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus, eluruumi tagamise teenus, ööpäevaringne erihoolekandeteenus ja tugiisikuteenus. Mõnel üksikul korral vajati ka selliseid teenuseid nagu päevahoiuteenus, võlanõustamisteenus, rehabilitatsiooniteenus, sotsiaalvalveteenus, omastehooldajate asendusteenus,

---

<sup>7</sup> Sotsiaalnõustamine on sotsiaalhoolekandesüsteemi lahutamatu osa, mistõttu ei ole korduv sotsiaalnõustamine SHS-i tähenduses eraldiseisev teenus, ent katseprojektis on seda selliselt käsitletud, et mõista inimese toetamiseks vaja läinud sekkumiste terviklikku ulatust.

varjupaigateenus ja vabatahtliku seltsilise teenus. Ka Eesti Töötukassa pakutavaid teenuseid vajati harvemini kui 30 korral.

Mitme projektis osalenud piirkonna HK-d töid positiivsena välja, et riiklike ja välisvahenditest rahastatavate toetuste abil on õnnestunud hakata osutama uusi teenuseid või pakkuda juba olemasolevaid teenuseid suuremas mahus, kattes seeabil asjakohasemalt inimeste reaalseid vajadusi. Toodi välja ka seda, et juhtides KOV-ide tähelepanu piirkonna puudujääkidele, ollakse tihtipeale valmis probleemidega tegelema, tehes selleks täiendavaid kulutusi KOV-i enda eelarvest.

### **Tervishoiuvaldkonna teenused**

Kuigi tervishoiuvaldkonna teenuseid vajati oluliselt harvemini kui sotsiaalvaldkonna teenuseid, oli neil oluline roll inimese ja tema vajaduste terviklikul käsitlemisel ja maksimaalse toimetuleku tagamisel.

Tervishoiuvaldkonna teenustest vajati kõige sagedamini **iseseisvat statsionaarset õendusabi** ja kuigi projekti klientidele õnnestus teenus enamasti korraldada, toodi teenuse kättesaadavus siiski murekohana välja. Kuna teenust saavad kohati inimesed, kes vajaksid teisi teenuseid, mida ei ole olemas või mis on kättesaamatud, on õendusabi saamise järjekorrad pikad ja õigeaegne abi ei ole alati tagatud.

Ka **eriarsti** (psühhiaater, onkoloog, neuroloog, kardioloog, ortopeed, taastusraviarst jne) **abi** on projekti kogemusele tuginedes olnud pigem kättesaadav, kuigi rõhutati, et osade eriarstide (nt psühhiaatrite) vastuvõtule pääsemisel on takistuseks pikad järjekorrad.

**Koduõendusteenus** osutus samuti üheks enam kasutatavaks tervishoiuteenusena ja see oli katseprojektis osalenud piirkondades pigem hästi kättesaadav. Seda peeti ka oluliseks tasakaalustavaks toeks koduteenusena, mis kombinatsioonis tagavad paremini inimese toimetuleku ja turvalisuse.

Oluliselt vähem esines selliste tervishoiuteenuste vajadust nagu **statsionaarne taastusravi, ambulatoorne füsioteraapia, perearstipoolne jälgimine ja raviskeemi muutmine**. Vähesemal määral vajati ka hospitaliseerimist ja selliseid teenuseid nagu aktiiv- ja järelravi haiglas, vähiravi kodune toetusravi, osokeriidiravi, sõltuvusravi, logopeediteenus, psühholoogiteenus, mälu treening, massaaž ja elulõpuhooldus.

### **Teenuste saamata jäämise põhjused**

Katseprojekti raames selgitati välja ka põhjused miks inimesed ei hakka alati saama teenuseid, mille vajadus neil on hinnatud. Teenuste saamata jäämise peamised põhjused olid järgmised:

- ✓ inimene ei soovi teenust;
- ✓ teenuse saamiseks on järjekord;
- ✓ teenuseosutaja puudub või teenust ei suudeta pakkuda vajalikus mahus;
- ✓ inimene on sattunud haiglasse, tema tervises seisund või teenusevajadus on muutunud;
- ✓ hinnatud teenusevajadus ei realiseerunud;
- ✓ surm.

Kõige sagedasemaks teenuse saamata jäämise põhjuseks on see, et inimene või tema lähedane ei soovi teenust (82 juhul). Keeldumise põhjused on järgmised:

- ✓ teenuse saamiseks ei soovita oma kodust lahkuda;
- ✓ teenuse eest ei soovita/suudeta maksta omaosalustasu;
- ✓ pakutav teenus ei vasta vajadusele ja sobivas mahus teenus püütakse leida mujalt;
- ✓ ei nähta veel teenusevajadust, kuid ei välistata võimalust tulevikus abi vastu võtta;
- ✓ lähedased ei soovi, et sotsiaalhoolekanne sekkuks nende pereellu.

Läbivalt tuli esile, et abi vastu võtmine eeldab keerulise olukorra tunnistamist ja see on nii abivajajale kui ka tema lähedastele raske. Lähedased tunnevad, et pereliikme eest hoolitsemine on nende kohustus ning nad püüavad sellega sageli ise toime tulla ka siis, kui tegelikkuses on nii jõud kui võimalused otsas.

Järgmiseks oluliseks põhjuseks, miks inimene teenust ei saa, on see, et teenustel on järjekord (37 juhul). Järjekorda esineb mitme teenuse puhul, kuid kõige enam toodi probleemi esile seoses Euroopa Regionaalarengu Fondist rahastatava puudega inimeste eluaseme füüsilise kohandamise taotlusvooriga, üldhooldusteenusega ja ööpäevaringse erihoolekandeteenusega.

Samuti oli probleemiks teenuseosutaja puudumine või võimetus osutada teenust piisavas mahus, mistõttu KOV mõningaid teenuseid üldse ei osuta või ei taga inimesele teenust vajalikus mahus (25 juhul). Kõige enam toodi välja intervallhooldusteenust, elulõpuhooldust, dementsussündroomiga inimestele ja nende lähedastele kohandatud teenuseid, päevahoiuteenust, võlanõustamisteenust, isikliku abistaja teenust, tugiisikuteenust ja kodus osutatavat füsioteraapiateenust.

Teenus võis jääda saamata ka seetõttu, et inimese terviseseisund halvenes, ta sattus haiglasse või muutus tema teenusevajadus (16 juhul). Sellisel juhul jälgiti abivajaja olukorda, vajaduse korral hinnati uuesti inimese vajadusi ning terviseseisundi stabiliseerumise korral püüti pakkuda vajalikke ja sobilikke teenuseid ja toetust. Ka surm oli korduvalt (14 juhul) põhjuseks, miks teenus jäi saamata.

Lisaks oli mõne abivajaja puhul HK küll arvamusel, et inimene võiks vajada üht või teist teenust, kuid erialaspetsialist või KOV ei toetanud seda hinnangut. Ühtlasi võis teenuse saamine jääda selle taha, et KOV ei pidanud teenuse osutamist õigustatuks, kui inimesel ei olnud puude raskusastet määratud (sh konkreetset puuet). Positiivsena saab aga välja tuua seda, et puuduolevaid teenuseid püüti asendada teiste sarnase sisuga teenustega, et inimene ei jääks hätta.

### 2.2.3. Võrgustikutöö

Üheks HK oluliseks rolliks oli **asjaomased inimesed abivajava inimese juhtumi ümber kokku koondada**. Projektis tegid HK-d koostööd partneritega paljudest valdkondadest, lähtudes inimese vajadustest ja konkreetse juhtumi asjaoludest. Üldiselt kuulus ühe juhtumi lahendamiseks võrgustikku kolm kuni viis, väga keeruliste juhtude puhul kuni 11 osapoolt. HK peamisteks koostööpartneriteks olid KOV-i sotsiaaltöötajad, perearstid ja -õed, pereliikmed ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajad. Vähematel juhtudel tehti koostööd



Sotsiaalkindlustusameti (SKA) või Eesti Töötukassa (ETK) juhtumikorraldajate, haigla sotsiaaltöötaja, eriarstide (sh psühhiaatritega) jt osapooltega.

Üksikutel juhtudel tuli HK-del teha koostööd ka teiste ametialade esindajatega, kui abivajaja ja tema juhtumi asjaolud seda vajasisid (nt korteriühistu, kriminaalhooldustöötaja, kohtutäitur jne). Olulisteks koostööpartneriteks kujunesid mõnes piirkonnas ka politsei ja Päästeamet. Politsei kaudu on võimalik saada väärtuslikku informatsiooni selliste abivajajate kohta (lähisuhte- ja perevägivalla juhtumid, alaealiste ja üksi elavate eakatega seotud probleemid), kelleni sotsiaaltöötaja ise ei pruugi jõuda. Koostöös Päästeametiga õnnestus abivajajatele pakkuda lisaabi projekti „500 kodu tuleohutuks“ raames, samuti edastas Päästeamet KOV-ile info kontrollvisiitide käigus ilmseks saanud abivajajate kohta.

Terviklik ülevaade koordineeritud juhtumite lahendamise kaasatud osapooltest on kättesaadav allolevas tabelis.

Koostööpartnerid	Kordade arv, mil oldi juhtumisse kaasatud
Kohalik omavalitsus	222
Perearst ja pereõde	165
Pereliige	116
Koduteenuse osutaja	94
Haigla sotsiaaltöötaja	44
Eriarst (v.a psühhiaater)	37
Sotsiaaltransporditeenuse osutaja	35
Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldaja	33
Koduõendusteenuse osutaja	32
Üldhooldusteenuse pakkuja	31
Abivahendi ettevõtte esindaja	29
Psühhiaater	25
Tuttav/naaber	21
Eesti Töötukassa juhtumikorraldaja	19
Iseseisva statsionaarse õendusabi osutaja	19
Sotsiaaleluruumi teenuse osutaja	18

Isikliku abistaja teenuse osutaja	14
Ööpäevaringne erihoolekanne	7
Rehabilitatsioonimeeskond	7
Kiirabi	7
Politsei	7
Haigla psühhiaatriaosakond	4
Psühholoog	4
Ehitusettevõtte esindaja	4
Füsioterapeut	2
Kohtutäitur	2
Päästeamet	3
Haigla juhtkond	1
Kriminaalhooldustöötaja	1
Logopeedi üksikteenus	1
Korteriühistu esindaja	1
Vähiliidu esindaja	1
Lions klubi esindaja	1
Tugiisikuteenuse osutaja	1
Võlanõustaja	1
Omastehooldusteenuse pakkuja	1
Päevahoiuteenuse osutaja	1
Kogemusnõustaja	1
Viipekeeletõlk	1

#### **2.2.4. Hoolduskoordinaatorite tagasiside projektile ja ettepanekud edasiseks**

HK-d andsid anonüümset tagasisidet kliendijuhtumite kohta ning laiemat tagasisidet projektiga seotud probleemkohtade kohta ning tegid ettepanekuid, mida riikliku mudeli loomisel arvesse võtta. Tagasisidet ja infot anti nii aruannetes, riikliku hoolduse

koordinatsiooni mudeli väljatöötamise töögrupi kohtumistel kui ka regulaarselt toimunud kohtumistel HK-de ja Sotsiaalministeeriumi projektijuhtide vahel.

Allärgnevalt on välja toodud mõned olulisemad tähelepanekud projektis osalenud HK-delt:

- ✓ Projekt näitas, et abivajajateni on keeruline jõuda (ajamahukas tegevus, ebapiisav võrgustikutöö ja puuduvad kokkulepped) ja isegi kui nendeni jõutakse, on nõusoleku allkirjastamine paljude jaoks üle jõu käiv või vastumeelne, kuigi abi vajatakse. Seetõttu rõhutati, et õiguslikud alused vajavad täiendamist, vältimaks olukordi, kus inimene jääb talle vajaliku abita, kuna nõusolekuvormi ei ole võimalik allkirjastada, ent abistamine eeldab info vahetamist eri osapoolte vahel.
- ✓ Projektis selgus, et igas piirkonnas ei pruugi olla vajadust HK rolli järele, vaid koorineerivad ülesanded võivad süsteemis olla jagatud ka muul viisil. Näiteks võib HK rolli täita KOV-i sotsiaaltöötaja ning läbimõtlemist võib vajada hoopis see, kes panustaks senisest tugevamalt kohalike teenuste arendamisse või eri valdkondade ja asutuste vahel koostöökokkulepete tegemisse. Oluline on, et piirkonnas on läbi mõeldud ja kokku lepitud, kuidas juhtumite koorineerimine toimub ning inimene saab talle vajaliku abi.
- ✓ Projektis ilmnes, et kuigi võrgustikutööl nähakse hoolduse koorineerimisel võtmetähtsust, on võrgustiku toimima saamine keeruline ja aeganõudev ning eeldab kõikide osapoolte panustamist. Selleks, et saada võrgustik toimima, on vaja võrgustiku juhti, eri osapoolte motiveerimist, rolliselguse loomist ning ühise inforuumi kujundamist. Kuigi võrgustikutöö ei ole sotsiaalhoolekandes uus töömeetod, ei ole see paljudes piirkondades süsteemselt kasutusel.
- ✓ KOV-idel on jätkuv vajadus ühiste/ühtlustatud hindamisinstrumentide järele. Kuivõrd perearstidel on valmisolek interRAI kontakthindamise kasutamiseks, võiks see potentsiaalselt toimida ukseavajana sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel, sest sisaldab nii tervise kui hoolekande elemente ja võimaldab luua terviklikuma pildi inimese vajadustest. Samas on see praegu pigem meditsiinikeskne ega rahulda sotsiaalvaldkonna vajadusi, mistõttu on välja selgitatud kontakthindamise puudujäägid ja tehtud ettepanekud nende kõrvaldamiseks.
- ✓ Inimeste abistamisel on võtmetähtsusega ka vajalike teenuste olemasolu ja nende piisavas mahus osutamine. Selleks on vaja suunata rohkem riiklikke finantse sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna teenuste osutamisse, võimaldades inimestel saada neile vajalikku teenust jõukohasema omaosalusega.
- ✓ Mudeli üleriigilisel rakendamisel on oluline, et mudeli rakendamisse kaasatud osapooled oleksid keskselt ja süsteemselt toetatud. Kuivõrd sellise mudeli käivitamine on enamikule piirkondadele esmakordne, vajavad nad järjepidevat tuge, koolitusi, praktilisi töövahendeid ja platvormi kogemuste jagamiseks.

### **3. Koordinatsioonimudel is täidetavad ülesanded ning vajalikud teadmised ja oskused**

Riikliku mudeli ettevalmistamisel on oluline koos võimaluste ja kitsaskohtadega kaaluda ka võimalikke alternatiivseid lähenemisi. Katseprojekti ette valmistades keskenduti eelkõige HK kui uue osapoole rollile ja ülesannetele. Ainuüksi kuues piirkonnas korraldatud katseprojekt näitas, et piirkondade valmidus koostööks, senine kogemus juhtumikorralduslike põhimõtete

rakendamisel ja teenuste korraldamisel, võrgustikuliikmete väljaõpe, olemasolevad kogemused ja mitmed teised asjaolud mõjutavad seda, milline oleks konkreetsetes piirkonnas kõige otstarbekam lahendus koordineerimismudeli toimimiseks. Seejuures on oluline arvesse võtta ka tööjõu olukorda piirkondades ja potentsiaali palgata süsteemi uusi inimesi. Kui katseprojekti keskmeks oli eeskätt eraldiseisev HK ametikoht ja roll, siis katseprojekti kogemus on näidanud, et sellest olulisem on aru saada, millised ülesanded vajavad koordineerimismudelis täitmist ja millised on võimalused seatud eesmärgi saavutamiseks.

Selle peatüki esimene alapeatükk kirjeldab koordineerimismudeli toimimiseks vajalikke ülesandeid. Seejuures ei ole täpsustatud, kes iga konkreetset ülesannet mudelis täitma peaks. Teine alapeatükk keskendub koordineerimismudeli toimimiseks vajalikele teadmistele ja oskustele, lähtudes sellest, et koordineerimismudeli ülesandeid võivad täita süsteemis tegutsevad eri osapooled. **Mitmed siin kirjeldatud ülesanded on juba praegu eri osapoolte töö osaks, ent oluline on, et kõik piirkondlikud osapooled oleksid üksteise rollidest teadlikud ning oskaksid siduda abivajajad ülesande vastutajaga. Koordineerimismudel on metoodiline lähenemine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi koostöö ja koostoime parandamiseks ning selle oluliseks rolliks on piirkondliku rolliseguse saavutamise ja osapoolte süsteemse koostöö parandamine.**

Koordineerimismudelis täidetavad ülesanded ning vajalikud teadmised ja oskused selgitati välja üle riigi rakendatava mudeli töögrupi koostumisel, toetudes seejuures nii katseprojekti õppetundidele kui eri valdkondade esindajate teadmistele ja kogemustele. Lisaks tegi organisatsioon International Foundation of Integrated Care (IFIC) projekti „Integreeritud teenusepakkumise toetamine Eestis”<sup>8</sup> raames uurimuse<sup>9</sup>, milles võrreldi 16 erinevas kontekstis<sup>10</sup> rakendatud koordineerimismudelit ja mudelites kasutatud koordineerimise ülesandeid, vajalikke teadmisi ja oskusi ning mudelite tulemusi koos rakendamise eeldustega.

Ülesannete ning teadmiste ja oskuste kirjeldustes on lähtutud juba eelnevalt defineeritud koordineerimismudeli eesmärkidest, otsides lahendusi, kuidas neid eesmärgi saavutamiseks paremini täita. Toimiva koordineerimismudeli eesmärk on:

- 1) pakkuda abivajajadega inimestele vajadustele vastavat abi võimalikult vara, vähendades seejuures lähedaste hoolduskoormust ning pikendades kodus toimetuleku aega;
- 2) vähendada kompleksse abivajajadega inimeste ja nende lähedaste koormust asjaajamisel;
- 3) koguda struktureeritud ja järjepidavalt infot süsteemsete puuduste (nt puuduvad teenusekohad, teenuste saamise järjekorrad, regionaalsed erinevused praktikas jne) ja toimiva praktika kohta.

### **3.1. Koordineerimismudelis täitmist vajavad ülesanded**

Lindblomi uurimuses<sup>11</sup> keskenduti eeskätt üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesannetele ning üksikjuhtumiteülestele piirkondlikele ülesannetele, mida oli võimalik

<sup>8</sup> Projekt on rahastatud Euroopa Komisjoni struktuurireformide toetusprogrammist: <https://www.rtk.ee/struktuurireformide-toetusprogramm>

<sup>9</sup> Lindblom, Sebastian (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination.

<sup>10</sup> Näited olid pärit Rootsist, Hollandist, Saksamaalt, Austraaliast, Uus-Meremaalt, Kanadast, USA-st, Inglismaalt, Prantsusmaalt ja Rumeeniast.

<sup>11</sup> Lindblom, Sebastian (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination.

jagada kaheksasse kategooriasse: vajaduste hindamine, individuaalse (ravi/teenuste) plaani koostamine, plaani elluviimise toetamine, teenuste koordineerimine (sh teenuseid saama suunamine), süsteemi eri osade kohta info jagamine, monitoorimine, abivajaja võimestamine ja nõustamine. Käesolevas dokumendis on ülesanded kategoriseeritud töögrupis kokku lepitud katustegevuste alla ning ülesannete nimekirjas on tehtud täpsustusi, toetudes uuringu<sup>12</sup> raportile.

**Riiklikult rakendatava mudeli töögrupp jõudis arutelude käigus arusaamani, et üle riigi toimiva koordineerimismudeli käivitamiseks ja töös hoidmiseks on täitmist vajavaid ülesandeid mõistlik kirjeldada kolmes alajaotuses:**

- ✓ üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesanded;
- ✓ üksikjuhtumiteüleised piirkondlikud ülesanded;
- ✓ piirkondadeüleised riiklikud ülesanded.

Seejuures on oluline rõhutada, et mitmeid kirjeldatud ülesandeid täidetakse ka praeguses süsteemis (ent osapoolte vahel puudub selge teadmine, kes mida teeb või on ebaselgusi tegevuste ulatuses) ning töös on ka teisi arendusprojekte, mis osade ülesannete täitmise juba panustavad (nt isikukeskse erihoolekande teenusemudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses<sup>13</sup>, integreeritud teenusemudeli arendamine erivajadusega lastele<sup>14</sup>, insuldi juhtprojekti arendusprojektid ning mitmed teised arendused<sup>15</sup>). Piirkonnas koordineerimismudelit üles seades tuleks arvestada ka teiste asjakohaste piirkondlike ja riiklike arendustegevustega ning keskenduda probleemsetele ülesannetele ja sihtrühmadele.

### 3.1.1. Üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesanded

**Eesmärk:** kompleksjuhtumite märkamine, koostöös abivajajaga eesmärgi seadmine ning vajadustele vastava tervikliku toe korraldamine ja toetamise järjepidevuse tagamine.

<b>Vajaduste märkamine ja väljaselgitamine</b>	Kontakti loomine ja abivajaduse märkamine
	Taustinfo ja asjakohaste hindamiste tulemuste koondamine ja analüüsimine
	Kontakthindamine juhul, kui põhjalikumaid hindamisi ei ole juba tehtud
	Muude vajalike hindamiste korraldamine ja tegemine (korraldaja ja tegija võivad olla erinevad osapooled)

<sup>12</sup> Lindblom, Sebastian (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination.

<sup>13</sup> Mudeli kohta on täpsem info kättesaadav siin: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/erihooletuste-teenused/isikukeskse-erihooletuste-teenusemudeli-rakendamine>

<sup>14</sup> Mudeli kohta on täpsem info kättesaadav siin: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/lapsed-pered/riiklikud-teenused-ja-ennetusprogrammid-lastele-ja-peredele/integreeritud-teenused>

<sup>15</sup> Mudeli kohta on täpsem info kättesaadav siin: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/insuldi-juhtprojekt/arendusprojektid>

<b>Inimese ja tema lähedaste toetamine ja nõustamine (läbiv tegevus)</b>	Abivajadusega inimese ja tema pere/lähedaste nõustamine võimaliku abi ja abi osutamise protsessi, võrgustikuliikmete kaasamise, andmekaitse jm suhtes
	Abivajadusega inimese ja tema pere/lähedaste võimestamine iseseisvuse suurendamiseks, tervisekäitumise parandamiseks jne
<b>Eesmärgi seadmine ja teenuste plaani koostamine</b>	Ühise eesmärgi (ja vajaduse korral seotud alaeesmärkide) seadmine koostöös abivajadusega inimese, tema lähedaste ja professionaalse võrgustikuga
	Tervikliku (st eri valdkondade ja asutuste abimeetmeid ning vajaduse korral inimese enda ja tema lähedase tegevusi sisaldava) teenuste plaani koostamine, võttes arvesse muud kättesaadavat infot (nt koduteenuse hindamine, rehabilitatsiooniplaan, töövõime hindamine jne). Plaani kaasatakse nii abimeetmed, mida inimene juba saab, kui need, mis vajavad alles korraldamist (sh juhul, kui vajaliku teenuse saamiseks on järjekord)
<b>Abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö</b>	Konkreetselt juhtumi lahendamises osaleva võrgustiku, juhtumi üldvastutaja ja iga abimeetme (teenus, toetus jne) korraldamise eest vastutaja (nimeline) kokkuleppimine ning teenuste plaani juurde lisamine
	Inimese vajadustele vastava abi (sh teenuste, toetuste) korraldamine
	Vajalike haldusotsuste ja suunamiste tegemine
	Vajalike tugimeetmete (sh teenuste) pakkumine
	Juhtumi üldvastutaja teavitamine muudatustest ja muudatuste vajadusest, sh eelteavitamine enne abi lõppemist (iga võrgustikuliikme ülesanne kokku lepitud ulatuses)
	Muutunud vajaduse korral vajalike muudatuste korraldamine
	Asjakohaste andmete liikumise korraldamine (olukordades, kus süsteemseid infotehnoloogilisi lahendusi olemas ei ole)
Korraldatava juhtumipõhise töö dokumenteerimine (STAR jm andmebaasid)	

<b>Dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade väljaselgitamine</b>	Juhtumi regulaarne seire, sh tulemus(t)e saavutamise jälgimine
	Abivajavalt inimeselt ja/või tema lähedastelt tagasiside kogumine
	Juhtumi lahendamises tekkinud kitsaskohtade (nt vajaliku teenuse puudumine, kvalifitseerimistingimuste sobimatus jne) ja hea praktika kohta info jäädvustamine kokkulepitud formaadis, mis võimaldab juhtumiteüleselt koondada infot puuduste ja hea praktika kohta

### 3.1.2. Üksikjuhtumiteülesed piirkondlikud ülesanded

**Eesmärk:** piirkonna võimaluste ja arendusvajaduste väljaselgitamine, piirkonnas tegutsevate osapoolte toimivaks võrgustikuks kokkutoomine ja rollikokkulepete tegemine ning piirkonnas tervikliku toe korraldamine ja toetamise järjepidevuse tagamine (sh seire).

<b>Võimaluste (sh ressursside) väljaselgitamine ja arendamine</b>	Piirkondlike abimeetmete tervikpildi valdkondadeülene väljaselgitamine (millised teenused, toetused jm ressursid on piirkonnas olemas, millistel juhtudel on kokkulepped teiste piirkondade teenuseosutajatega), sh kitsaskohtade ja arendusvajaduste väljaselgitamine ja osapooltele (nii riiklikele kui kohalikele) info edastamine
	Potentsiaalsete võrgustikuliikmete tuvastamine ja kokkutoomine
	Piirkonnas olevate teadmiste ja oskuste ning arendusvajaduste väljaselgitamine
	Piirkondliku valdkondadevahelise koostöökultuuri loomine, arendamine ja toetamine (sh osapooltelt tagasiside küsimine ja vajaduse korral selle alusel piirkondlikes kokkulepetes muudatuste tegemine)
	Piirkondliku juhtgrupi moodustamine ja töös hoidmine
<b>Abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö</b>	Rollide, ülesannete ja vastutuse kokkuleppimine piirkonnas (st üksikjuhtumite lahendamise ja piirkondlike ülesannete puhul on sõlmitud kesksed kokkulepped, millest on teadlikud kõik osapooled)
	Üksikjuhtumiteülese võrgustikutöö korraldamine, sh regulaarsetel kohtumistel ja üksikjuhtumiteülesel võrgustikutöö kohtumistel osalemine

	(eeldab, et piirkondades on läbi mõeldud ja kokku lepitud, kes osalevad ja kuidas info kõikide vajalike osapoolteni jõuab)
	Üksikjuhtumiteülese abi (sh teenuste) korraldamine ja arendamine piirkondliku juhtgrupi ja seotud asutuste kaudu
<b>Dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade väljaselgitamine</b>	Üksikjuhtumiteülene seire ja piirkonna elanikkonna tervikvaade, nii kaetud kui katmata vajaduste väljaselgitamine ja jälgimine, valdkonnasiseste ja valdkondadeüleste indikaatorite jälgimine <sup>16</sup>
	Koordinatsioonimudeli piirkondliku toimimise analüüs ja muudatusvajaduste väljaselgitamine. Riiklikult korraldatavate muudatusvajaduste edastamine vastutavale riiklikule osapooltele ning parenduste väljatöötamises osalemine

### 3.1.3. Piirkondadeülesed riiklikud ülesanded

**Eesmärk:** koordinatsioonimudeli eesmärkide seadmine ja rakendamiseks vajalike võimestajate olemasolu tagamine, sh tagamine, et kõik piirkonnad koordinatsioonimudelit rakendavad.

<b>Üldise raami loomine ja arendamine</b>	Koordinatsioonimudeli üldise raami loomine ja hoidmine, sh õigusruumi loomine ja arendamine
	Metoodikate, tööriistade, juhendite ja vormide väljatöötamine ja levitamine (sh hindamisinstrumentide ja klassifikaatorite raamistik)
	Koordinatsioonipiirkondade paikapanek (st kui suured peavad olema koordinatsioonipiirkonnad, millistele põhimõtetele vastama jne)
	Piirkondadevaheliste kokkulepete vahendamine, st kuidas toimida siis, kui inimese jaoks vajalikud võrgustikuliikmed asuvad erinevates piirkondades. Oluline on, et vastavad kokkulepped oleksid paigas üksikjuhtumiteüleselt
	Koordinatsioonisüsteemi nõustav järelevalve
	Koordinatsioonimudeli käivitamiseks ja töös hoidmiseks vajalike koolituste korraldamine

<sup>16</sup> Ülesanne eeldab, et valdkondadeülesed indikaatorid on süsteemis eelnevalt kokku lepitud.



<b>Võimaluste (sh ressursside) väljaselgitamine ja arendamine</b>	Riiklike abimeetmete kohta tervikpildi koondamine ja selle jagamine piirkondadega. Muudatuste tegemisel neist aegsasti teavitamine
	Piirkondlike võrgustikujuhtide ja võrgustike koolitamine ja supervisioon
	Koolituste korraldamine laiematele võrgustikele teemadel, mis vajavad tähelepanu üle riigi
	Koostöökultuuri loomine, arendamine ja toetamine riigi tasandil
<b>Abi korraldamine ja pakkumine ning võrgustikutöö</b>	Piirkondadeülese juhtgrupi moodustamine ja töös hoidmine
	Riiklike teenuste korraldamine
<b>Dokumenteerimine, seire ja kitsaskohtade väljaselgitamine</b>	Koordinatsioonimudelile infotehnoloogilise toe loomine ja pakkumine
	Piirkondadeülene seire ja tulemusindikaatorite väljatöötamine

### 3.2. Koordinatsioonimudeli toimimiseks vajalikud teadmised ja oskused

Koordinatsioonimudeli ülesannete täitmiseks on vaja erinevaid teadmisi ja oskusi. Olenevalt sellest, millise paindlikkusega mudeli kasuks otsustakse, saab hinnata, kes konkreetseid teadmisi ja oskusi vajab, sealhulgas seda, kas süsteemi tekib uusi ametikohti (nt HK), kelle kanda jääb osa lisandunud ülesannetest koos eeldatavate teadmiste ja oskustega. Piirkondlike võrgustike toimimiseks on oluline, et vajalike teadmiste ja oskustega inimesed oleksid kohapeal olemas, puuduvate teadmiste ja oskuste kompenseerimiseks koolitatakse olemasolevaid või palgatakse täiendavaid spetsialiste. Toetudes katseprojekti kogemustele ja õppetundidele, töörühma liikmete teadmiste ja kogemustele ning IFIC (Lindblom) uuringule<sup>17</sup> on koordinatsioonimudeli ülesannete täitmiseks vajalikud teadmised ja oskused jaotatud nelja suuremasse rühma: juhtimise ja organiseerimisega seotud teadmised ja oskused; sotsiaal-, tervishoiu- ja tööhõivevaldkonna eksperditeadmise seotud teadmised ja oskused; seire ja analüüsiga seotud teadmised ja oskused ning üldised isikuomadused.

#### **Juhtimise ja organiseerimisega seotud teadmised ja oskused (eestkätt olulised üksikjuhtumiteüleste piirkondliku ja riikliku tasandi ülesannete täitmiseks):**

- ✓ strateegilise ja süsteemse mõtlemise oskus;
- ✓ projektijuhtimise ja/või eestvedamise kogemus ja meeskonnatöö oskus;
- ✓ hea läbirääkimisoskus;

<sup>17</sup> Lindblom, Sebastian (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination.

- ✓ konfliktide lahendamise ja ennetamise oskus;
- ✓ ajaplaneerimise oskus;
- ✓ esinemisoskus;
- ✓ tugevad baasteadmised haldusmenetlusest;
- ✓ finantsteadlikkus, st teadmised teenuste rahastamisest;
- ✓ väga head valdkondadeüleised teadmised koordineerimismudelisse hõlmatud abimeetmetest (teenused, toetused jm), piirkonnas tegutsevatest spetsialistidest ja teenusepakujatest, kogukonna võimalustest jne;
- ✓ oskus balansseerida abivajadusega inimese, tema lähedaste ja abi pakkuvate osapoolte vajaduste ja võimaluste vahel;
- ✓ oskused ja teadmised võrgustike ülesehitamiseks, arendamiseks ja hoidmiseks.

**Sotsiaal-, tervishoiu- ja tööhõivevaldkonna eksperditeadmisesega seotud teadmised ja oskused (eestkätt olulised üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesannete täitmiseks):**

- ✓ väga head teadmised oma valdkonna teenuste toimimisest, sh pakutavatest teenustest, toetustest ja muudest abimeetmetest (nii piirkonnas kui riigis laiemalt);
- ✓ professionaalsed teadmised ja oskused oma valdkonna teenuste jm abimeetmete pakumiseks (eeldused teada valdkondade sees);
- ✓ teadmised koordineerimismudeli sihtrühma kuuluvate kliendigruppide eripäradest;
- ✓ klienditöö oskused – nõustamis- ja jõustamisioskused, juhtumikorralduslike meetodite tundmine, oma valdkonnas kasutatavate hindamisvahendite ning toetavate tööriistade ja juhiste tundmine;
- ✓ oskus töötada multidistsiplinaarses meeskonnas;
- ✓ võimekus jälgida abivajadusega inimese terviseseisundit, üldist heaolu ja muudatusi seisundites ning pakkuda abivajadusega inimestele ja nende lähedastele asjakohast tuge.

Oluline on, et valdkondlikku eksperditeadmist jagataks vajaduse korral ka teiste võrgustikuliikmetega (nt insuldist taastuva inimese toetamisel haigusspetsiifilise info jagamine juhtumi üldvastutajale, et tal oleks parimad võimalikud eelteadmised abivajaja terviklikuks toetamiseks).

**Seire ja analüüsiga seotud teadmised ja oskused (eestkätt olulised üksikjuhtumiteüleste piirkondliku ja riikliku tasandi ülesannete täitmiseks):**

- ✓ analüütiline mõtlemine, analüüsioskus;
- ✓ teadmised olemasolevatest analüütilistest tööriistadest ja kasutatavatest lahendustest;
- ✓ oskus töötada infosüsteemide ja/või muude seire töövahenditega, sh riskihindamise lahendustega;
- ✓ oskus teha seireandmetest järeldusi piirkonna arenguvajaduste suhtes.

**Üldised isikuomadused<sup>18</sup>:**

- ✓ koostöövalmidus ja avatus, sh valmidus ja võimekus toetada koostöö arendamist teiste võrgustikuliikmete vahel;
- ✓ väga hea suhtlemisoskus;
- ✓ algatusvõimelisus ja julgus;
- ✓ enesekehtestamine;

---

<sup>18</sup> Oluline on, et võrgustikus oleks olemas vajalike isikuomadustega inimene, kes saab enda katta võtta eestvedamist ja abivajajatega suhtlemist eeldavad ülesanded.

- ✓ paindlikkus ja hea kohanemisvõime;
- ✓ empaatilisus ja inimesekeskus;
- ✓ soov pidevalt areneda ja olla kursis parima praktikaga ning toimivate tööriistade ja lahendustega; soov pidevalt arendada ja uuendada süsteeme, klienditeekondi, juhendeid/protokolle jm kokkuleppeid, toetudes nii juhtumiarutelude kui seire käigus kogutud infole ja tagasisidele.

Isikuomaduste juures on oluline tähele panna, et need on arendatavad vaid piiratud ulatuses ning rollide jagamisel tuleks realistlikult hinnata, kes millist rolli täitma sobib (nt piirkondlikku võrgustikujuhti valides on oluline, et ta oleks algatusvõimeline ja hea suhtlemisoskusega).

#### 4. Koordinatsioonimudeli võimalikud alternatiivid

Käesolev peatükk toob välja alternatiivsed lähenemised koordinatsioonimudeli rakendamiseks koos võimalike lahenduste eeliste/võimalustega ja kitsaskohtade/riskidega. Esimese kahe alternatiivi eelduseks on see, et eelmises peatükis kirjeldatud ülesanded saavad igas piirkonnas täidetud. Seejuures on esimese alternatiivi toimimise eelduseks kõikidesse piirkondadesse loodav HK ametikoht, ent teise alternatiivi puhul on võimalik ülesandeid täita paindlikumalt, arvestades piirkondades olemasolevaid ressursse (sh otsustades, kas ja milliseid lisainimesi on mudeli rakendamiseks piirkonda vaja). Kolmas alternatiiv on olemasoleva olukorra säilitamine, kus KOV-idel säilib juhtumikorralduslik vastutus, ent üle riigi täiendavat meetodilist tuge ei pakuta. Peamine otsustuskoht koordinatsioonimudeli puhul järgmiste sammude planeerimisel on see, kas ja kui palju võimaldada **piirkondlikku paindlikkust**.

**Võimalike alternatiivide eelised/võimalused ja kitsaskohad/riskid on esitatud allolevas tabelis.**

Teema	Alternatiiv nr 1. Ühtselt kirjeldatud ja piirkonniti ühtviisi rakendatud koordinatsioonimudel	Alternatiiv nr 2. Ühtselt kirjeldatud, rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestav koordinatsioonimudel	Alternatiiv nr 3. Ühtselt kirjeldamata koordinatsioonimudel, kus KOVidel on juhtumikorralduslik vastutus, ent tuleb teha täiendavaid süsteemseid pingutusi kitsaskohtade ületamiseks
Selgitus	Mudelit on üle riigi ühtselt kirjeldatud. Lisaks koordinatsioonimudeli eesmärgile ja oodatavatele tulemustele on keskselt ja ühetaoliselt kirjeldatud kõikide koordinatsioonimudeli osapoolte (KOV, perearst, haigla sotsiaaltöötaja, koduõde jne) ülesandeid ning nõutud teadmisi ja oskusi. Süsteemi luuakse uus hoolduskoordinaatori ametikoht. Riiklikult on defineeritud	Mudelis säilib piirkondlik paindlikkus, ent üle Eesti on keskselt paigas järgmised elemendid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• koordinatsioonimudeli eesmärk ja soovitud tulemus;</li> <li>• koordinatsioonimudeli sihtrühm (st millised abivajajate sihtrühmad peavad olema kaetud);</li> <li>• ülesanded, mis peavad saama igas piirkonnas täidetud, ja eri tasandite rollid;</li> </ul>	Olemasoleva olukorra säilitamine, kus igal piirkonnal on vabadus ise otsustada, kas ja kuidas koordinatsiooni piirkonnas parandada, sh kas ja kuidas teha eri osapoolte vahel koostööd. Mudeli 3 puhul on võimalik ka lisarahastuse andmine koordinatsiooni parandamise eesmärgil, andmata seejuures konkreetseid juhiseid koordinatsioonimudeli

	<p><b>koordinatsioonimudeli sihtrühmad, välja on arendatud ühtsed hindamisvahendid ja juhendmaterjalid ning osapooltele toimuvad kesksed koolitused.</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>riiklik rahastusmudel, sh indikaatorid, mille alusel piirkonnad lisarahastust saavad;</li> <li>asutus või üksus, kes toetab koordinatsioonimudeli rakendamist üle riigi;</li> <li>ühtsed tööriistad, hindamisvahendid ja dokumenteerimispõhimõtted.</li> </ul> <p><b>Peamine erinevus võrreldes mudeliga 1 on see, et piirkondlike ja üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesannete katmiseks on piirkondlikud kokkulepped võimalik teha piirkonnas kohapeal, arvestades seejuures piirkonna võimalusi ja ressursse.</b></p>		<p><b>käivitamiseks.</b></p>	
	<b>Eelised/ võimalused</b>	<b>Kitsaskohad/ riskid</b>	<b>Eelised/ võimalused</b>	<b>Kitsaskohad/ riskid</b>	<b>Eelised/ võimalused</b>	<b>Kitsaskohad/ riskid</b>
<b>Abivajaja ja lähedased</b>	<p>Üle Eesti ühesuguselt toimiv süsteem lihtsustab abivajadusega inimese jaoks olukorda – olenemata piirkonnast on abi korraldatud sarnastel põhimõtetel ning on selge, kelle poole abi saamiseks pöörduda.</p>	<p>Piirkondlik ühetaolisus ja võrdsus võib olla näiline. Praktika kirjeldamine ei taga ühetaolist rakendumist. Kui uus mudel hakkab lammutama juba piirkonnas toimivaid koostöömudeleid, on oht, et piirkonnad hakkavad mudelile vastu töötama. Risk on osaliselt maandatav keskse võimestamise ja järelevalvega, ent kui piirkonnad ise ei ole motiveeritud, võib see osutada ressursimahukaks.</p>	<p>Inimese jaoks on talle vajalik abi korraldatud. Piirkonnas kohapeal on sõlmitud kokkulepped koordinatsiooni korraldamiseks ning võrgustiku osapooled teavad, mis on kellegi roll.</p>	<p>Kui inimene vajab tuge erinevatest piirkondadest (nt perearst asub ühes koordinatsiooni-piirkonnas ning sotsiaaltöötaja teises või juhtum algab piirkonnavälisest haiglast), ei pruugi alati olla selge, kuidas abi korraldamine toimub. Riski maandamiseks on vaja teha koostöö-kokkulepped ka eri piirkondade vahel.</p>	<p>Mudel võimaldab arvestada piirkonna inimeste harjumuste ja ootustega abi kasutamisel.</p>	<p>Väga suur oht, et säilib <i>status quo</i>, kus hooldusvajadusega inimesel ja tema lähedastel on väga suur koormus asjaajamisel, inimene ei pruugi saada õigel ajal talle vajalikku abi ning abi saamise võimalused ja kvaliteet on eri piirkondades erinevad. Risk on osaliselt maandatav soovituslike juhiste, koolituste ja muude meetmete abil.</p>
<b>Piirkondlikud võrgustiku-liikmed (sh KOVid ja perearstid)</b>	<p>Ootused eri ametikohtadele ja nende rollidele on selgelt defineeritud ning osapooled teavad, mida neilt oodatakse. Olemas on kesksed juhised, meetodid, tööriistad, koolitused ja muu tugi, millest lähtuda ning kesket lähenemist on võimalik piirkondade kogemusele toetudes uuendada ja täiendada.</p>	<p>Võimalus ära kasutada piirkonnas olemasolevaid ressursse ja väljakujunenud praktikat on piiratud, mistõttu võib juba hästi toimiv praktika saada häiritud. Kindlaks määratud lahenduse puhul ei pruugi piirkondades tekkida omanikutunnet, mis on muudatuse protsessis oluline. Keeruline on leida ühtset alguspunkti mudeli käivitamiseks, kuna piirkonnad on</p>	<p>Arvesse saab võtta piirkonna eripärsid, juba toimivaid koostöösuhteid ja kohapealseid ressursse. Uute ülesannete ilmnmisel saab mudelit piirkonnas paindlikult muuta. Piirkondadel tekib tõenäolisemalt mudeli suhtes omanikutunne, kuna sisuline koostöömudel pannakse paika piirkonnas kohapeal. Samal</p>	<p>Piirkondades, kus süsteemset koostööd ei toimu, on lihtsam jätkata nn vana rada ning mõned olulised osapooled võivad vastutuse jagamisel jääda passiivseks. Suuremates piirkondades tuleb arvestada partnerite paljususega, mistõttu võib võrgustikutöö käivitamine olla väga ajamahukas. Piirkondlike kokkulepete sõlmimiseks on vaja osapooli toetada ja</p>	<p>Piirkondadel on autonoomia leida ise parimad lahendused koostöö ja koordinatsiooni parandamiseks. Võimalik on ära kasutada piirkondlike eripärsid ja hästi toimivaid mudeleid. Kui piirkond on motiveeritud koordinatsiooni parandama, on seda võimalik teha paindlikult, mistõttu tekib</p>	<p>Väga suur oht, et säilib <i>status quo</i>, kus paljudes piirkondades ei ole koordinatsiooni korraldamiseks kokkuleppeid ning osapooled ei tee süsteemset koostööd, puudub ülevaade teiste võrgustikulikmete tööpraktikast ja ülesannetest jms. Edumeelsematel piirkondadel, kes probleemidele lahendusi otsivad, võib tekkida üksi jäämise tunne ja motivatsiooni vähenemine. Samuti on keeruline motiveerida</p>

		oma arengus erinevas kohas – see võib viia olukorrani, kus tugevamate piirkondade areng peatub. Samuti ei soosi jäik mudel innovatsiooni.	ajal on riigi poolt välja arendatud või kätte-saadavaks tehtud toetavad juhised, meetodid, hindamis-vahendid ja dokumenteerimis põhimõtted, mis annavad kohapealse mudeli arendamiseks ühise lähtepunkti ja raami ning toetavad koostööd ka teiste piirkondadega.	võimestada.	osapooltel mudeli suhtes tõenäolisemalt omanikutunne. Mudel arvestab maksimaalselt KOVi autonoomiaga.	panustama passiivsemaid osapooli.
<b>Riiklik tasand</b>	Oluliste piirkondlike erinevusteta mudeli keskne juhtimine ja järelevalve on lihtsam kui paindlike mudelite puhul.	Mudeli nõrkade külgede esinemise korral võib muudatuste tegemine riigi tasandil olla ajakulukas. Samuti võib jäik mudel vähendada piirkonnas tegutsevate osapoolte motivatsiooni ja tekitada vastuseisu, mis raskendab mudeli ühetaolist rakendamist.	Riik ja piirkondlikud osapooled on võrdsed partnerid mudeli loomisel ja rakendamisel. Piirkond saab kohandada mudelit, kasutades ära kohalikul tasandil toimivat süsteemi ning arendades kitsaskohti. Riik saab pakkuda tuge süsteemi juurutamisel ja parandamisel ning parima praktika koondamisel ja väljatöötamisel.	Paindliku mudeli toetamine eeldab riigi poolt suuremat paindlikkust ning ka riigi tasandil protsesside ja hoiakute ümberkujundamist.	Esmane kohustus oma inimeste abistamisel on KOV-idel, peamine vastutus mudeli käivitumisel on kohalikul tasandil.	Seni puuduvad enamikus piirkondades valdkondadeülesed koostöökokkulepped ja üksikjuhtumiteülene võrgustikutöö ei toimi. Ilma formaalsete suunisteta selliseid kokkuleppeid teha on vähetõenäoline, et tekiks üle riigi toimiv koordineerimisüsteem. Kuna puuduvad selged riiklikud juhised, on oht, et KOV jääb lahenduste leidmisel üksi ning säilib <i>status quo</i> . Kõik piirkonnad ei pruugi tajuda koordineerimismudeli loomise vajadust ning on oht, et piirkondlikud erinevused abi korraldamisel süvenevad veelgi. Surve ressursimahukatele riigiteenustele ja tervishoiuteenustele püsib, kuna inimesed ei saa alati õigeaegset ja asjakohast abi. Samuti on tööturul eemal omastehooldajad.
<b>Kvaliteet ja koolitused</b>	Selged põhimõtted ja juhtnöörid aitavad tasandada piirkondlike erinevusi korralduses ja kvaliteedis ning lihtsustavad järelevalvet. Kuna sama ameti esindajatel on eri piirkondades sarnased	Koolitused ei pruugi vastata osapoolte tegelikele arendusvajadustele ning tugevamate piirkondade areng võib olla piiratud.	Osapooled lepivad üle riigi kokku üldised suunad, mõõdikud ja eesmärgid, ent iga piirkond saab üldise raamistiku sees kohandada mudeli enda piirkonnale sobivaks. Mudel on innovatsioonisõbralik ning	Läheneda paindlikkuse tõttu võivad piirkondade koolitus- ja arendusvajadused olla väga erinevad, mistõttu on oht, et riik ei suuda koolituste, juhendite ja muude toetavate meetmete pakkumisel piisavalt paindlikult kõikide osapoolte vajadustega	Võimalus on toetuda piirkonnas olevatele võimalustele ja juba toimivale heale praktikale.	Kui süsteemis puudub ühtne lähenemine (sh ühised eesmärgid ja mõõdikud ei ole kokku lepitud), on keeruline tagada mudeli efektiivsust, erinevaid piirkondi võrrelda ning koguda riiklikku koondinfot. Koolitus- ja arendusvajaduste toetamine on raskendatud, kuna

	tööülesanded, on piirkondade vahel parima praktika jagamine lihtsam kui paindlikuma mudeli puhul. Osapooltele on tagatud keskne koolituskava ja juhendmaterjalid.		võimaldab tekkida uutel lahendustel, mis võivad olla hiljem rakendatavad ka teistes piirkondades.	arvestada. Samuti võib sellise toe korraldamine muutuda ressursimahukaks. Kvaliteedi hindamiseks peavad tulemuste/edu indikaatorid olema selgelt paigas, vastasel korral on järelevalve kvaliteedi üle raskendatud.		piirkondade vajadused on väga erinevad.
<b>Ressursid, sh tööjõud</b>	Kulud (sh tööjõukulud) on hästi prognoositavad ja jälgitavad ning rahastusmudel lihtne, kuna rahastatakse eestkätt vaid uute ametikohtade loomist.	Piirkondadel võib tekkida raskusi selliste professionaalide leidmisega, kes suudaksid rollikirjeldustele vastata. Samal ajal võib piirkonnas olemasolevatel kohtadel olla inimesi, kellel on osade ülesannete täitmiseks teadmised ja oskused olemas. Mudel on tööjõukulukas ja riskiga luua dubleerivaid rolle.	Piirkonna eripärade (sh kogukondlikud võimalused) arvesse võtmine aitab kasutada ressursse kõige optimaalsemal moel. Piirkonnas kohapeal on võimalik otsustada, kas on vaja luua ka uusi rolle (nt HK) või on koordineeritud uude ülesanded täidetavad olemasolevate inimestega.  Väldib dubleerivate rollide loomist piirkonnas ning on seetõttu kõige tööjõuressurssi säästvam alternatiiv.	Lühiajaline investeeringuvajadus (eestkätt käivitustugi) võib olla suurem kui teistel mudelitel, kuna piirkonnad võivad vajada tuge kokkulepete paika saamisel ja läbirääkimistel. Paindliku rahastusmudeli loomine ja administreerimine võib osutada töömahukaks.	Piirkondadel on endal võimalik otsustada, kuhu teha täiendavaid investeeringuid.	On oht, et jätkub olukord, kus õigel ajal abistamata jäänud inimesed vajavad ressursimahukamaid teenuseid, mis suurendab survet nii riigi kui kohaliku tasandi eelarvetele. Selgete kokkulepete puudumine rollijaotuse suhtes survestab süsteemis töötavaid osapooli ning kompleksjuhtumite juhtumikorralduslik töö tegemine võib tulla muude ülesannete arvelt või jääda tegemata. Tööjõukulude prognoosimine on keeruline, kuna puuduvad ühtsed põhimõtted ja rolliselgus.

**Olenemata sellest, millise alternatiivi kasuks otsustada (v.a olemasoleva olukorra säilitamine ehk alternatiiv 3), peavad üle Eesti keskselt paigas olema järgmised elemendid:**

- ✓ koordineeritud mudeli eesmärk ja soovitud tulemus (vt ptk 1);
- ✓ koordineeritud mudeli sihtrühm (st millised sihtrühmad peavad olema mudeli abil toetatud);
- ✓ ülesanded, mis peavad saama igas piirkonnas täidetud;
- ✓ rahastusmudel, sh indikaatorid, mille alusel piirkonnad lisarahastust saavad;
- ✓ asutus või üksus, kes toetab koordineeritud mudeli rakendamist üle riigi;
- ✓ ühtsed tööriistad, hindamisvahendid, dokumenteerimispõhimõtted jm ning kokkulepped, kuidas tööks vajalikke töövahendeid aja- ja asjakohasena hoitakse;
- ✓ riikliku tasandi ülesanded.

**Lähtudes väljaselgitatud eelistest/võimalustest ja kitsaskohtadest/riskidest on riiklikult rakendatava mudeli töögrupi soovitus liikuda edasi alternatiiviga 2 ehk ühtselt kirjeldatud,**

rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestava koordineerimisviisiga. Muudatuste mõjusid, arvestades alternatiive, on hinnatud kontseptsioonidokumendi lisan 2.

## 5. Vajaduste hindamine, andme- ja teabevahetuse korraldamine, tulemusmõõdikud ja seire

Koordineerimisviisi eduka rakendamise oluline eeldus on süsteemne hindamine ja andmevahetuse korraldamine, abivajajat, süsteemi töötajaid ja süsteemi puudutavate tulemuslikkuse mõõdikute kokkuleppimine ning seire. **Seejuures on oluline lähtuda põhimõttest, et koordineerimisviisil ei tohiks süsteemi juurde tuua põhjendamatu halduskoormust, vaid süsteemse ja tervikliku lähenemise abil peaks halduskoormus pikas plaanis vähenema.** Käesoleva peatüki eesmärk on kirjeldada, millised eeldused peavad koordineerimisviisi riiklikuks rakendamiseks olema täidetud ning seda tehakse kolmes teemaplokis: 1) vajaduste hindamine, 2) andme- ja teabevahetuse korraldamine ning 3) tulemusmõõdikud ja seire.

### 5.1. Vajaduste hindamine

#### Abivajaduse hindamine kontakthindamise abil

Koordineerimise üks eesmärk on pakkuda abi võimalikult vara, vähendades seejuures lähedaste hoolduskoormust ning pikendades kodus toimetuleku aega. Eesmärgi täitmise üks eeldus on abivajajate senisest kiirem märkamine ja võimalike vajaduste hindamine valdkondadeüleselt. Ühe võimaliku töövahendina on Eestis olnud arutlusel interRAI kontakthindamise süsteemne kasutuselevõtt hooldusvajaduse esmaseks hindamiseks<sup>19</sup>. Aastatel 2018–2019 elluviidud hoolduskoordineerimise katseprojektis kasutati esmase vajaduse tuvastamiseks kõigis kuues piirkonnas interRAI kontakthindamist. Projekt kinnitas, et interRAI kontakthindamine sobib hooldusvajadusega inimeste toetamiseks täitma süsteemidevahelise ukseavaja rolli, aidates tuvastada hooldusvajadusega inimese ning saada aru, kas inimene tuleb toime iseseisvalt, vajab tuge tervishoiusüsteemist, hoolekandesüsteemist või mõlemast. Projekt näitas ka, et kontakthindamine saab eelkõige pakkuda otsustustuge, ent hindamise eelduseks on siiski see, et hindaja tunneb hästi teenuste eripära ja spetsiifika ning oskab hinnata, milline teenus vastab millisele vajadusele.

Samas on oluline rõhutada, et interRAI kontakthindamine on oma olemuselt skriinija ning täpse teenusevajaduse mõistmiseks on enamasti vaja täiendavaid teenusespetsiifilisemaid hindamisi, keerulisemate juhtude puhul võib vajalik olla ka terviklik (nt geriaatriline) hindamine. Hoolduskoordineerimise katseprojektis tehti enamasti lisaks kontakthindamisele kolm täiendavat hindamist, keerulisematel juhtudel kuni kuus täiendavat hindamist. Oluline on, et neis olukordades oleks hindamistulemusi kõikide asjakohaste osapooltega võimalik jagada ning täiendavate hindamiste tegemisel jõuaks hindamiste info tagasi ka juhtumi

<sup>19</sup> Tartu Ülikool (2011). InterRAI kasutuselevõtu analüüs: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/interrai\\_tarkvara\\_kasutuselevotmise\\_voimaluste\\_analys.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/interrai_tarkvara_kasutuselevotmise_voimaluste_analys.pdf)

üldvastutajale. Kui hindamistes on dubleerivaid küsimusi või infot, on oluline, et inimene ise peaks infot andma vaid ühe korra.

Koordinatsioonimudeli rakendamiseks üle riigi on oluline, et kokku oleks lepitud ühine baashindamine, mida on võimalik täita võtmeosapooltel ühiselt, ja et tehtud hindamised oleksid kõikidele osapooltele nähtavad. Sellise baashindamise rolli sobib täitma interRAI kontakthindamine, ent katseprojekti ja töögrupi aruteludes on selgunud, et maksimaalse kasu saavutamiseks tuleks hindamist ja käsiraamatu tõlget kohandada ning tagada, et hindamine on üheselt mõistetav ja võimalik on mugavalt talletada ka sellist infot, mis küsimustes küll ei sisaldu, aga mis hindamisvestluse käigus välja tuleb ja on potentsiaalselt kasulik ka teistele võrgustikuliikmetele (nt kontekstiinfo koduse olukorra kohta). Samuti tuleb interRAI kontakthindamise üleriigiliseks kasutuselevõtuks tagada, et hindamist on võimalik mitmel osapoolel täita ühiselt (sh selliselt, et esmane märkaja alustab hindamist ja seejärel saadab hindamise jätkamiseks teise valdkonna esindajale) ning ka tulemused on hiljem kõigile nähtavad. Kontakthindamise ühise täitmise eelduseks on see, et kõik osapooled on saanud instrumendi kasutamiseks põhjaliku koolituse, sh selged juhised, millistel juhtudel kontakthindamise instrumenti kasutada. Lisaks tuleb koolituste, juhendite ja muude meetmete abil parandada koostöökultuuri ja usaldust osapoolte vahel, vältimaks seda, et ka asjakohase info olemasolu korral hinnatakse abivajadus igas protsessitapis uuesti üle.

## **Muud hindamised**

Lisaks ühisele baashindamisele on ressursside kõige otstarbekamaks kasutamiseks mõistlik töötada edasi ka muude hindamiste süstematiseerimise ja ühtlustamisega ning luua n-ö ühine tööriistakast, kus eri tasandite ja teenuste hindamiseks vajalikud instrumendid on kõikidele osapooltele kättesaadavad ning parimaid hindamisvahendeid hoitakse aja- ja asjakohastena. Kasutatavad hindamisvahendid peavad olema tõenduspõhised ning valdkondadeüleseks kasutamiseks võimaluse korral kodeeritavad osapoolte jaoks mõistetavasse keelde. Samuti vajavad ühtlustamist KOVi tasandi hindamised ning mõistlik oleks teha ühine terviklik eluvaldkondadeülene hindamine, vähendades seeläbi korduvaid hindamisi, aga vähendades ka riski, et mõned inimese abivajadustest jäävad toetamata. Seejuures on oluline markeerida, et hindamiste süstematiseerimine ja ühtlustamine eeldab osapoolte toetamist ja koolitamist ning parimate instrumentide leidmiseks tuleb seotud osapoolte vahel teha sisulised kokkulepped. Muu hulgas on oluline pakkuda kesket infotehnoloogilist tuge, et hindamisinstrumente oleks võimalik kasutada elektroonselt, registrites olemasolev info (nt üldinfo) tuleb hindamistesse koondada automaatselt ning hindamisi/hindamistulemusi peab olema võimalik teiste osapooltega jagada lihtsalt ja läbipaistvalt (st on näha, kes ja millal on infot kasutanud).

Hindamistulemuste jagamise lihtsustamiseks ning ühise täitmise võimaldamiseks on ettevalmistamisel hindamisinstrumentide keskuse ja õiguslike eelduste loomine selleks, et hindamisinstrumente saaks süsteemselt ja valdkondadeülevalt kasutada.<sup>20</sup> Ühiste hindamisinstrumentide kasutamisel on muu hulgas oluline, et osapooled saaksid ühise täitmise korral teavitusi muudatustest hindamises, nt kui perearst alustab hindamist ja saadab selle KOVi sotsiaaltöötajale lõpetamiseks, peaks perearst saama teavituse, kui

---

<sup>20</sup> Allikas: Sotsiaalministeerium. Raporti kirjutamise ajal oli hindamisinstrumentide keskus lähteülesande koostamise faasis.



hindamine on lõpetatud ja vaja on jätkata teenuste määramisega või kui olukord on muutunud ja alustatud on uut hindamist.

Paralleelselt hindamiste ühtlustamisega on võimalik alustada koordinatsioonimudeli rakendamise ettevalmistustega. Oluline on arvestada, et hindamisinstrumendid on ajas arenevad, mistõttu tuleb kokkuleppeid ja tööriistakasti pidevalt uuendada. Hindamiste ja hindamistulemuste jagamine kõikide osapooltega vähendab ka muude infosüsteemide ühendamise lisavajadust, kuna koostööks vajalik info on tihti hindamistes juba olemas ning seejuures on olemas kindlus, et hindamise teinud spetsialist on jagatavad andmed valideerinud.

## 5.2. Andme- ja teabevahetuse korraldamine

Lisaks hindamiste ja hindamistulemuste jagamisele on koordinatsioonimudeli rakendamiseks oluline jagada ka muud asjakohast infot. Eri osapooltega korraldatud töögrupi kohtumistest, aruteludest ja intervjuudest on esile kerkinud eelkõige järgmised vajadused: varem tehtud hindamiste ja hindamistulemuste nägemine (nt töövõime hindamine või rehabilitatsiooni eelhindamine); inimesele pakutava abipaketi nägemine (sh teistest valdkondadest ehk KOVi sotsiaaltöötaja peaks nägema, milliseid tervishoiu- ja tööturuteenuseid inimene saab ja vastupidi); info akuutsetest muutustest olukorras (nt teavitus juhtumi üldvastutajale haiglaviisiitide ja EMO-külastuste kohta); koostatud plaanide nägemise võimalus; seatud eesmärkide nägemine, sh võimalus püstitada suuremaid ühiseid eesmärke ning paigutada teenusespetsiifilisi eesmärke loogilisse järjestusse. Spetsiifilistel juhtudel võib vajalik olla ka diagnoosi nägemine väljaspool tervishoiuvaldkonda, ent potentsiaalselt on seda vajadust võimalik lahendada ka funktsioonipiirangute ja vaevuste kirjelduse abil. Info vahetamisel tuleb lähtuda põhimõttest, et infot jagatakse nii palju kui vaja, aga nii vähe kui võimalik. Samas tuleb silmas pidada, et keeruliste juhtude toetamisel on oluline, et kogu inimest toetav võrgustik oleks ühtses infoväljas ning asjakohase infoni jõudmine ei tekitaks liigset ajakulu. **Seejuures on võtmetähtsusega, et ka abivajadusega inimese ja tema lähedaste jaoks oleks info lihtsasti kättesaadav ja arusaadav ning töö toimuks inimesega koos, mitte tema ümber.** Samuti on oluline, et kasutatavad süsteemid oleksid kasutajamugavad ja töökindlad ning et pöörataks täiendavat tähelepanu dokumenteerimiskvaliteedi ühtlustamisele eri süsteemides – parema andmevahetuse võimaldamine ei lahenda vähese koordineerituse probleemi, kui andmeid vajalikes kohtades ei ole või need on ebaühtlase kvaliteediga.

Aastatel 2018–2019 ellu viidud katseprojektis oli kasutusel teenuste plaan (vt dokumendi lisa 2), mis koondas suurt osa vajalikust infost. Selle kasutamise testimine võrgustikutöös oli aga projektis piiratud, sest teenuste plaani kasutamiseks ei olnud mugavat tehnilist lahendust ning plaanis toimusid tihti muudatused, mistõttu seda tegelikult kõikide seotud osapooltega ka ei jagatud. Koordinatsioonimudeli laiemaks rakendamiseks on oluline luua lahendus, kus plaani vormis olev info on osapooltele mugavalt kättesaadav ja muudetav ning et seal, kus võimalik, kuvatakse eeltäidetud info. Lisaks on efektiivseks koordinatsiooniks oluline n-ö sõnumi vahetamise funktsionaalsus ehk võimalus saata teavitusi teistele võrgustiku osapooltele. Katseprojekti põhjal täiendatud teenuste plaani andmestik annab ette aluse, millest lähtuvalt uut tehnilist lahendust planeerida, sh kasutada võimaluse korral maksimaalselt ära juba toimivaid või arendatavaid süsteeme. Siinkohal on oluline rõhutada,

et kui riiklikult rakendatava mudelina käivitub alternatiiv 2, peab piirkondadele jääma võimalus otsustada, millistel spetsialistidel on millised õigused andmete nägemiseks (lähtuvalt sellest, milliseid ülesandeid osapooled koordinaatsioonimudelil täidavad). See tähendab, et loodavas infosüsteemis peab olema paindlikkus piirkonnas kohapeal määrata kasutajarolle ning anda täiendavaid õigusi andmete nägemiseks ja/või lisamiseks.

Täiendava andmevahetuse loomisel on oluline mõista, et juhul kui andmevahetus jääb sarnaselt katseprojektiga sõltuma inimese aktiivsest kirjalikust nõusolekust, ei pruugi kõiki sihtrühmi olla võimalik efektiivselt toetada (nt dementsuse sündroomiga eakad, kellele ei ole eestkostet määratud). Selliste olukordade vältimiseks tuleb kaaluda ühemõtteliselt tõlgendatava õigusliku aluse loomist süsteemse andmevahetuse võimaldamiseks olukordades, kus kirjaliku nõusoleku eeldamine ei ole mõistlik ega põhjendatud. Seejuures on oluline, et inimesele jääks alles õigus nõuda oma andmete jagamise lõpetamist ning inimesele ja tema lähedastele selgitataks alati nõustamise käigus, kellele ja mis eesmärgil temaga seonduvaid andmeid jagatakse. Täiendava õigusliku aluse loomine eeldab täiendavat õiguslikku analüüsi ning osapooltevahelisi kokkuleppeid selle kohta, milliste sihtrühmade puhul on erisused põhjendatud ja vajalikud.

### 5.3. Tulemusmöödikud ja seire

Tulemusmöödikute ja seiresüsteemide arendamisel on mõistlik lähtuda põhimõttest, et seal kus võimalik, toetutakse infosüsteemides olemasolevatele andmetele ning osapooltele täiendavat raporteerimiskohustust juurde ei looda. Kui täiendav raporteerimiskohustus siiski tekib, peavad andmed kasu tooma ka andmete sisestajatele ning pakkuma otsustustuge üksikjuhtumiga töötamisel ja/või piirkondlikul tasandil, mitte olema vaid sisendiks riiklikule tasandile.<sup>21</sup> Samas tuleb arvestada ka asjaoluga, et kõikide oluliste asjaolude kohta praegustes süsteemides andmeid ei ole, nt ei ole Eestis juurutatud süsteemset kasutajate tagasiside kogumise süsteemi. Koordinaatsioonimudeli mõju hinnates on seetõttu oluline koguda täiendavat infot nii süsteemi kasutatavalt abivajajatelt (või kui see pole võimalik, abivajajate lähedastelt) kui koordinaatsioonimudelil töötavalt spetsialistidelt. **Konkreetsed tulemusmöödikud töötatakse enne koordinaatsioonimudeli üleriigilist rakendamist välja koostöös seotud osapooltega, sh on oluline, et üle Eesti oleksid kasutusel samad möödikud.** Igal piirkonnal on seejuures võimalik juurde luua täiendavaid piirkonnaspetsiifilisi möödikuid kitsalt enda piirkonnas kasutamiseks.

Seiresüsteem peab toimima kolmel tasandil – üksikute kompleksjuhtumite isikupõhine seire, üksikjuhtumiteülene piirkondlik seire ning üksikjuhtumite ja piirkondade ülene riiklik seire. Seejuures tuleb võimaluse korral andmeid koguda selliselt, et isikupõhised andmed saaksid toetada ka piirkondlikku ja piirkondadeülest riiklikku seiret. Andmete kogumisel tuleb lähtuda põhimõttest, et maksimaalselt kasutatakse ära olemasolevat infot ning seiresüsteemides nõutakse vaid selliseid andmeid, mida järelduste tegemiseks kasutatakse ja mille kasutamine loob täiendavat väärtust. Eelnevast lähtuvalt võivad vajada ülevaatomist ka mõned kehtivad protsessid, nt S- ja H-veebi andmete kogumine. Seiresüsteem peab võimaldama koguda ka süsteemset ja võrreldavat infot süsteemide kitsaskohtade (puuduvad teenusemahud või

<sup>21</sup> Üldpõhimõtted, mis on kokku lepitud projekti „Integreeritud teenusepakkumise toetamine Eestis“ raames toimunud aruteludel.

teenused jms) kohta, aidates aja jooksul parandada erinevate süsteemide koostoimet ja tulemuslikkust.

Samuti on oluline toetada piirkondi tööriistadega, millega piirkondlikud osapooled ise saavad hinnata mudeli kohapealset toimivust ning leppida ühiselt kokku, millised on piirkondlikud prioriteedid, lahendamist vajavad kitsaskohad, laiendamist vajav hea praktika jne. Oluline on, et osapoolte tagasiside koondamine toimuks regulaarselt (nt igal aastal) ja süsteemselt, võimaldades ajas hinnata, kas ja kuidas liigub piirkond seatud eesmärkide suunas.

**Koordinatsioonimudeli üleriigiliseks rakendamiseks peavad olema loodud eeldused hindamiste ja andmevahetuse süsteemseks korraldamiseks, tulemuste mõõtmiseks üle riigi ning seiresüsteemide toimimiseks nii üksikjuhtumite, piirkondade kui riigi tasandil.**

## 6. Koordinatsioonimudeli riikliku rakendamise eeldused

Lindblomi uuringus<sup>22</sup> toodi 16 uuritud koordinatsioonimudeli alusel välja peamised koordinatsioonimudeli rakendamise võimaldajad ja edu saavutamise kriitilised eeldused. Seejuures on erineva praktika rakendamine näidanud, et koordinatsioonimudeli loomisel ei ole n-ö üks suurus sobib kõigile lahendusi, vaid arvesse tuleb võtta kohalikku konteksti ja kultuuri. Siiski on tulemuslikumad olnud lahendused, kus koordinatsiooni parandamiseks tehakse pingutusi eri tasanditel ning lähenemine on süsteemne ja terviklik. Oluline on seada ka realistlikud ootused tulemuslikkuse suhtes – kui koordinatsioonimudelid on eri riikides näidanud näiteks välditavate hospitaliseerimiste ja erakorralise abi osakonda sattumise vähenemist ning abivajajate üldise kogemuse paranemist, siis kulude vähenemist koordinatsioonimudeli rakendamine enamasti kaasa ei too. Seda muu hulgas seetõttu, et koordinatsiooni paranedes suureneb tihti surve esmatasandi- ja kogukonnateenustele ning jõutakse ka abivajajateni, kelleni süsteem seni jõudnud ei olnud (suurendades seeläbi ka vajalike teenuste mahtu, aga mõnedel juhtudel ka inimeste eluiga ja seeläbi teenuste kasutamise aega).

**Koordinatsioonimudeli rakendamise võimaldajatena toodi uuringus välja järgmised tegurid:**

- ✓ ühine visioon koordineeritavate valdkondade vahel;
- ✓ valdkondadeülene juhtimissüsteem organisatsioonide, teenuste ja professionaalide kokkutoomiseks;
- ✓ ühine teenuste/ravi plaan ning andmevahetuse ja kommunikatsiooni võimaldamine osapoolte vahel;
- ✓ võimalus liigutada infot kogu klienditeekonnal, arvestades, et abivajadusega inimene on teadlik sellest, kellega ja miks tema andmeid jagatakse;
- ✓ organisatsioonide ja valdkondade ülesed ja vahelised foorumid ja võrgustikud nii koostöö tegemiseks kui praktika ja kogemuste jagamiseks;
- ✓ klienditeekondade ja juhiste arendamine ning ühiste kokkulepete tegemine rolliselguse tagamiseks;
- ✓ multidistsiplinaarsete meeskondade olemasolu;

<sup>22</sup> Lindblom, Sebastian (2019). A rapid summary and analysis of the functions, skills/competencies and outcomes of care co-ordination.

- ✓ inimese jaoks nn ühe ukse poliitika kehtimine;
- ✓ individuaalne ja terviklik ravi/teenuste plaan;
- ✓ juhtumikorralduslike lähenemiste kasutamine;
- ✓ jagatud otsusetegemise (*shared decision making*) kasutamine.

**Edu saavutamiseks kriitiliste eeldustena toodi uuringus välja järgmised tegurid:**

- ✓ Koordinatsioonimudeli kujundamisel tuleks lähtuda populatsiooni tegelikest vajadustest, sh võtta maksimaalselt arvesse selliseid tegureid nagu tööjõu ja vajalike oskuste olemasolu mudeli rakendamiseks ning võimekus pakkuda vajalikke teenuseid ja tuge. Koordinatsioonimudel peaks olema piisavalt paindlik, et võimaldada õppida rakendamise kogemustest ja teha vajalikke muudatusi. Muu hulgas on oluline arendada riskihindamise mudeleid, et tuvastada need, kes vajavad koordineerivat tuge enim.
- ✓ Saavutada tuleb osapoolte omanikutunne ja kaasatus. Muu hulgas on võtmetähtsusega võimestada rohujuurespetsialiste, kes tegelikku muudatust peavad ellu viima. Seejuures on oluline luua ühine visioon ja jagada teadmisi selle kohta, milline on kokku lepitud koordinatsioonimudel.
- ✓ Koordinatsioonimudelis tegutsevate osapoolte vahel peab tekkima usaldus nii horisontaalselt kui vertikaalselt (st nii valdkondade kui tasandite vahel). Seejuures tasub jätkusuutlikkuse tagamiseks vältida juhtimisstruktuuride ülesehitamisel liigset hierarhilisust.
- ✓ Koordinatsioonimudeli osapooltele tuleks pakkuda organisatsioonideülest foorumit/platvormi, kus on võimalik jagada kogemusi ja parimat praktikat, luua ühist arusaama eri osapoolte rollidest ja vastutusest ning tervikprotsesside toimimisest.
- ✓ Koordinatsioonimudeli käivitamiseks tuleb anda aega ning selle käivitumist ja töös hoidmist tuleb toetada koolitus- ja arendustegevustega, hindamisinstrumentide, juhendite ja muude töövahenditega. Koostöösuhete loomisel võivad osapooled vajada kõrvalist tuge.
- ✓ Võimaluse korral tuleks ka rahastus- ja motivatsioonistiimulite abil koordineerivate ülesannete täitmist toetada.
- ✓ Koordinatsioonimudeli toimimise eelduseks on süsteemis töötavate spetsialistide motivatsioon, teadmised ja oskused, sealhulgas on oluline panustada sellesse, et tööjõud ei oleks liiga liikuv, st mudelis tegutsevad inimesed pidevalt ei vahetuks.

Aastatel 2018–2019 ellu viidud katseprojekti raames viisid Forth View Consulting OÜ eksperdid Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi koolitusmooduli projektis osalenud piirkondadele. Ühe toimunud seminari fookuses oli muu hulgas juhtimissüsteemi loomine koordinatsioonimudeli toetamiseks. Arutelude alusel tehti järgmised ettepanekud, millega üleriigilise mudeli loomisel arvestada<sup>23</sup>:

- ✓ Kaaluda üleriigilise koordinatsioonivõrgustiku loomist, mis oleks platvorm piirkondlike juhtrühmade aruteludeks ja kogemuste vahetamiseks. Kohtumistel vaadataks üle mudeli rakendamise senine areng, jagataks kogemusi ning tutvustataks teemasid, mis aitavad tööd tõhustada. Võimalikeks teemadeks oleks näiteks infovahetus, hindamine ja hindamisvahendite kasutamine, meeskondade võimestamine, juhtumite seire, juhtumi lõpetamine, klientide kaasamine jne.

---

<sup>23</sup> Forth View Consulting (2018). Hoolduskoordinaatorite koolitusseminar ja jätkukoolitused. Seminaride kokkuvõtte ja soovitusel.

- ✓ Luua kogemuste vahetamiseks teadlikult n-ö kogemuspaarid tugevamate ja nõrgemate piirkondade vahel, et võimaldada üksteiselt õppida ja kogemusi jagada.
- ✓ Luua juhtimisstruktuur neljal tasandil:
  - üle-eestiline koordinatsioonivõrgustik;
  - piirkondlik võrgustik;
  - juhtrühm (piirkondlik ja riiklik);
  - juhtumimeeskond.

Lähtudes eeldusest, et rakendamisele läheb koordinatsioonimudeli alternatiiv 2 ehk ühtselt kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestav mudel, on mudeli rakendamiseks oluline teha kõigepealt kokkulepped piirkondadeüleste riiklike ülesannete täitmiseks (vt ptk 3, punkt 3.1.3) ning toetada piirkondi, et tekiks korraldus üksikjuhtumiteüleste piirkondlike ülesannete täitmiseks (vt ptk 3, punkt 3.1.2). Üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesannete puhul (vt ptk 3, punkt 3.1.1) peaksid kokkulepped seejärel sündima juba piirkondades kohapeal, pakkudes selleks maksimaalselt ka riigipoolset tuge koolituste, juhendmaterjalide ja muude abivahendite näol.

### **Koordinatsioonipiirkondade defineerimine**

Alternatiiv 2 ehk ühtselt kirjeldatud, ent rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestava mudeli rakendamiseks on oluline kokku leppida, millised on piirkonnad, mille sees koordinatsioonitegevused toimuvad. Rahvusvaheline soovitus<sup>24</sup> on, et mastaabisäästu (*economy of scale*) saavutamiseks võiksid koordinatsiooniüksused moodustuda keskmiselt 20 000 – 50 000 elanikuga piirkondadesse. Eesti kontekstis tähendab see, et väiksemad KOV-id peaksid koordinatsioonitegevuste korraldamisel tegema koostööd. Üle riigi rakendatava mudeli töögrupi aruteludes on kokku lepitud, et piirkondi defineerides tuleks arvestada mitme asjaoluga, näiteks perearstinimistute ja KOV-ide omavahelise kattuvusega, piirkondlike haiglate teeninduspiirkondadega, SKA ja KOV-i piirkondlike üksuste teeninduspiirkondadega, aga ka piirkonna demograafilise olukorra ja asustustihedusega.

**Enne mudeli käivitamist üle riigi on täiendavalt vaja teha õigusanalüüs, luua toimiv kulu- ja rahastamismudel, leppida kokku tulemusmõõdikud ja luua nende seiresüsteem, luua vajalikud eeldused ühtseks hindamiseks ja andmevahetuseks ning tagada kriitiliste eelduste olemasolu süsteemis.**

### **Kokkuvõte**

2017. aasta novembris esitas hoolduskoormuse rakkerühm oma töö tulemusena poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks, seejuures oli üheks soovitusena esmatasandi hoolduse koordinatsiooni mudeli väljatöötamine. 2018. aasta augustist kuni 2019. aasta juulini korraldati kuues Eesti piirkonnas hoolduse koordinatsiooni katseprojekt, mille eesmärk oli testida esmase hoolduse koordinatsiooni mudeli kontseptsiooni ning anda alusandmed

<sup>24</sup> Organisatsiooni IFIC ekspertide soovitus Eestile, toetudes teiste riikide praktikale ning sellele, milline on Eestis planeeritava koordinatsioonimudeli fookus ja ulatus.

riikliku koordinatsioonimudeli loomiseks, et süsteemselt toetada suure ja keerulise hooldusvajadusega inimesi. **Koordinatsioonimudel on metoodiline lähenemine tervishoiu, hoolekande ja teiste seotud valdkondade vahel koostöö, koordinatsiooni ja integreerituse parandamiseks.** Loodava koordinatsioonimudeli peamine eesmärk on pakkuda abivajadusega inimestele vajadustele vastavat abi võimalikult vara, vähendades seejuures lähedaste hoolduskoormust ning pikendades kodus toimetuleku aega, vähendada kompleksse abivajadusega inimeste ja nende lähedaste koormust asjaajamisel ning koguda struktureeritult ja järjepidavalt infot süsteemsete puuduste (nt puuduvad teenusekohad, teenuste saamise järjekorrad, regionaalsed erinevused praktikas jne) ja toimiva praktika kohta.

**Käesolevas dokumendis tutvustati koordinatsioonimudeli loomise eesmärki ja tausta, elluviidud katseprojekti ülesehitust ja tulemusi, üle riigi rakendatavas koordinatsioonimudelil täidetavaid ülesandeid, vajalikke teadmisi ja oskusi, koordinatsioonimudeli võimalikke alternatiive ning eeldusi koordinatsioonimudeli riiklikuks rakendamiseks (sh ettepanekuid hindamiste ja andme- ja teabevahetuse korraldamiseks ning tulemusmõõdikute ja seiresüsteemide loomiseks).**

Toetudes katseprojekti kogemustele, üle riigi rakendatava mudeli töögrupi aruteludele ja rahvusvahelistele kogemustele sai mudeli loojatele selgeks, et koordinatsioonimudeli loomiseks ei tohiks kinni jääda HK rolli, vaid oluline on defineerida, millised ülesanded vajavad täitmist üle riigi toimiva koordinatsioonimudeli käivitamiseks ja töös hoidmiseks, milliseid teadmisi ja oskusi on nende täitmiseks vaja ning seejärel on võimalik kokku leppida, kuidas ülesannete täitmine üle Eesti korraldada. Koordinatsioonimudeli ülesanded said kirjeldatud kolmes alajaotuses: üksikjuhtumite lahendamise seotud ülesanded; üksikjuhtumiteüleused piirkondlikud ülesanded ja piirkondadeüleused riiklikud ülesanded. Vajalikud teadmised ja oskused said kirjeldatud neljas alajaotuses: juhtimise ja organiseerimisega seotud teadmised ja oskused; sotsiaal-, tervishoiu- ja tööhõivevaldkonna eksperditeadmise seotud teadmised ja oskused; seire ja analüüsiga seotud teadmised ja oskused ning üldised isikuomadused. Dokumendis esitati ka võimalikud alternatiivsed lähenemised koordinatsioonimudeli rakendamiseks koos lahenduste eeliste/võimalustega ja kitsaskohtade/riskidega. Esimese kahe alternatiivi puhul on lähtekohaks see, et dokumendis kirjeldatud ülesanded saavad igas piirkonnas täidetud. Seejuures on esimese alternatiivi toimimise eelduseks kõikidesse piirkondadesse loodav HK ametikoht. Teise alternatiivi puhul on võimalik täita ülesandeid paindlikumalt, arvestades piirkondades olemasolevaid ressursse (sh otsustades, kas ja milliseid lisainimesi on mudeli rakendamiseks piirkonda vaja). Kolmanda alternatiivina kirjeldati olemasoleva olukorra säilitamist. Koordinatsioonimudeli alternatiivide peamine erinevus on see, kas ja kui palju võimaldada koordinatsioonimudeli rakendamisel piirkondlikku paindlikkust. **Lähtudes väljaselgitatud eelistest/võimalustest ja kitsaskohtadest/riskidest, oli üle riigi rakendatava mudeli töögrupi soovitus liikuda edasi alternatiiviga 2 ehk ühtselt kirjeldatud, rakenduses piirkondlikke eripärasid arvestava koordinatsioonimudeliga.**

Dokumendis on kirjeldatud eeldusi ja kriitilisi edutegureid, mis peavad olema enne mudeli üleriigilist rakendamist tagatud. Muu hulgas peavad koordinatsioonimudeli üleriigiliseks rakendamiseks olema loodud eeldused hindamiste ja andmevahetuse süsteemseks korraldamiseks, tulemuste mõõtmiseks üle riigi ning seiresüsteemide toimimiseks nii üksikjuhtumite, piirkondade kui riigi tasandil. Lisaks on oluline, et koordineeritavate

valdkondade vahel oleks paigas ühine visioon ja koordinatsioonimudeli juhtimissüsteem (sh võimalused kogemuste ja info vahetamiseks), seotud osapooltel tekiks mudeli rakendamiseks omanikutunne, tagatud oleksid vajalikud koolitused ja juhendmaterjalid ning teada oleksid koordinatsiooni piirkonnad. Enne mudeli käivitamist üle riigi on täiendavalt vaja teha õigusanalüüs, luua toimiv kulu- ja rahastamismudel, leppida kokku tulemusmõõdikud ja luua seiresüsteem, luua vajalikud eeldused ühtseks hindamiseks ja andmevahetuseks ning tagada kriitiliste eelduste olemasolu süsteemis. Seejuures tuleb arvestada, et koordinatsioonimudeli rakendumine võtab aega ja ressursi, mistõttu võib otstarbekas olla mudeli järkjärguline rakendamine ning selle täiendamine ja arendamine saadud tagasiside põhjal. Seeläbi saab asuda juba hästi toimivat praktikat laiemalt rakendama, jäämata ootama kõikide eeltingimuste olemasolu.

## Lisa 1. Koordinatsioonimudeli rakendamise võimalike alternatiivide mõjud

Mõju valdkond, alavaldkond, sihtrühm	Mõju avaldumisega seotud asjaolude kirjeldus	Mõju olulisus				
		Ulatus	Sagedus	Sihtrühma suurus	Ebasoovitavate mõjude risk	Koondhinnang
<b>SOTSIAALNE, SH DEMOGRAAFILINE MÕJU</b>						
<b>Abivajaja ja laiemalt ühiskonna turvatunne</b>						
	Üleriigilise koordinatsioonimudeli loomine mõjutab nii abivajava inimese turvatunnet kui ka inimeste turvatunnet ühiskonnas laiemalt. OECD uuringu „Risks that matter“ <sup>25</sup> järgi nimetasid üle pooled uuritud riikide kodanikud haigestumist või puude tekkimist kui ühte kolmest põhilisest sotsiaalsest ja majanduslikust riskist, millega nemad või nende lähedased järgmise aasta või järgmise kahe aasta jooksul kokku puutuvad. Seda toodi välja kui põhilist muret 14 riigis 21 küsitletud riigist ning nende riikide hulka kuulusid ka kõrgelt arenenud sotsiaalkaitseüsteemiga riigid nagu Belgia, Soome ja Prantsusmaa. Tervisega seotud	Mudel 1 toimib üle Eesti ühesugune süsteem, mis lihtsustab abivajadusega inimese jaoks süsteemist arusaamist ja on selge, kelle poole abi saamiseks pöörduda. Ühiskonnas üldiselt võib turvatunne samuti kasvada, kuivõrd süsteem on üle Eesti ühtlasem ja inimese jaoks arusaadavam. Mudel 2 on inimese jaoks vajalik abi samuti korraldatud, kuid säilib piirkondlik paindlikkus, mis tähendab, et inimene võib küll olla kindel abi saamises oma piirkonnas, kuid kui teenuseid või abi vajatakse piirkondadeüleselt, võib see nii inimese kui ühiskonna seisukohast üldiselt ühtse süsteemi turvatunnet vähendada. Mudel 3 säilib praegune olukord, kus turvatunne tõenäoliselt ei kasva	Turvatunne on üldine nähtus, mis mõjutab inimesi pidevalt.	Kogu Eesti elanikkond, eelkõige täisealised inimesed, 18-aastaseid ja vanemaid inimesi oli Statistikaameti andmetel Eestis 1. jaanuari seisuga 1 070 375 <sup>26</sup> .	Ebasoovitav mõju abivajajale võib mudeli 1 puhul kaasneda sellega, et juhul kui uus mudel hakkab piirkonnas juba toimivaid koostöömudeleid lõhkuma, on oht, et abivajaja turvatunne tegelikult ei kasva, vaid hoopis kahaneb. Riski saab maandada abi pakkuvate ja korraldavate osapoolte võimestamise ja järelevalvega. Mudeli 2 puhul on risk, et kui abi on vaja mitmest erineva korraldusega piirkonnast (nt inimese perearst asub elukohast erinevas piirkonnas), ei ole selge, kuidas abi korraldamine toimub. Riski saaks maandada	Kokkuvõttes võib hinnata, et mudelite 1 ja 2 puhul on oluline mõju abivajaja ja laiemalt ühiskonna turvatundele. Mudel 3 säilib praegune olukord, mistõttu mõju on väheoluline.

<sup>25</sup> OECD, 2019. The OECD Risks That Matter Survey, 2018. Kättesaadav: <https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm> Viimati kuvatud: 16.10.2019

<sup>26</sup> Statistikaamet, 2019. Rahvastik aasta alguses ja aasta keskmine rahvaarv soo ja vanuse järgi. Kättesaadav: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=RV0212&ti=RAHVASTIK+AASTA+ALGUSES+JA+AASTAKESKMINE+RAHVAARV+SOO+JA+VANUSE+J%C4RGI&path=../Database/Rahvastik/01/Rahvastikunaitajad+ja+koosseis/04Rahvaarv+ja+rahvastiku+koosseis/&lang=2> Viimati kuvatud: 16.10.2019



	<p>mured on levinud ka noorema generatsiooni seas. 21 küsitletud riigis vastas keskmiselt umbes 40% 20–29-aastastest, et haigestumine ja puude tekkimine on üks kolmest peamisest riskist, mille pärast nad muret tunnevad. Ootuspäraselt suurenes see osakaal vanuse kavades, umbes 70% 60–70-aastastest tunnetasid sama riski kui üht põhilist kolmest murekohast. Eestis tunnetasid haigestumist ja puude tekkimist riskina umbes 60% vastanutest vanuses 18–70 eluaastat. Uuringust ilmnes, et peamiselt muretsevad lähedaste pikaajalise hooldusega seotud teemade pärast kõrgema sissetulekuga inimesed. Koordinatsioonimudeli loomine võimaldab sellist riski maandada kindlustunde loomisega, et vajaduse tekkimise korral aidataks inimesel jõuda talle vajaliku abini.</p>	<p>ning säilib risk, et inimesed ei pruugi saada õigel ajal vajalikku abi.</p>			<p>piirkondadevaheliste koostöökokkulepete nõude kehtestamisega. Mudeli 3 puhul on oht, et hooldusvajadusega inimene ja tema lähedane jäävad kandma asjaajamisega seotud koormust. Riski on võimalik maandada osaliselt juhendite, koolituste ja muude nõustavate meetmete abil.</p>	
<b>Abivajaja lähedaste hoolduskoormus</b>						
	<p>Üleriigilise koordinatsioonimudeli loomine mõjutab mitmel moel ka abivajaja lähedasi. Üheks mõjuks on eelkirjeldatud turvatunde paranemine, kuid see mõjutab ka hoolduskoormusega inimeste ajakasutust ja üldist toimetulekut, eriti on mõjutatud just naised, kuivõrd neid on hoolduskoormusega inimeste hulgas rohkem kui mehi. Naiste ja meeste osakaal on Eesti</p>	<p>Mudelis 1 toimib üle Eesti ühesugune süsteem, mis lihtsustab hoolduskoormusega inimese jaoks süsteemist arusaamist ning on selge, kelle poole abi saamiseks pöörduda. Mudelis 2 korraldatakse samuti inimese jaoks vajalik abi, kuid säilib piirkondlik paindlikkus, mis tähendab, et hoolduskoormusega inimene võib olla kindel oma piirkonna korraldusele, kuid kui hooldatav vajab teenuseid või abi piirkondadeüleselt, võib see</p>	<p>Mõju hoolduskoormusega inimeste ajakasutusele ja hoolduskoormusega toimetulekule on regulaarne.</p>	<p>Eesti sotsiaaluuringu (ESU) 2016. aasta andmetel abistas või hooldas oma leibkonnaliiget umbes 65 000 inimest. Abistatavatest või hooldatavatest leibkonnaliikmetest umbes 5500 olid kuni 18-aastased ning umbes 59 500 inimest 18-aastased ja vanemad. Siin arvestatakse nii neid abistatavaid ja hooldatavaid inimesi, kellega elatakse koos, kui ka neid, kellega</p>	<p>Ebasoovitavad mõjud võivad mudelis 1 kaasneda hoolduskoormusega inimesele seeläbi, et juhul kui uus mudel hakkab piirkonnas juba toimivaid koostöömudeleid lõhkuma, on oht, et lähedaste hoolduskoormusega toimetulek halveneb. Riski saab maandada KOVi võimendamise ja järelevalvega. Mudeli 2 puhul on risk see, et</p>	<p>Kokkuvõttes võib hinnata, et mudelite 1 ja 2 puhul on oluline mõju hoolduskoormusega inimesele. Mudeli 3 puhul säilib praegune olukord, mistõttu mõju on väheoluline.</p>

	<p>sotsiaaluuringu kohaselt abistajate ja hooldajate hulgas keskmiselt vastavalt 60% ja 40%. Mida intensiivsem on hooldamisvajadus, seda suurem on naiste osakaal<sup>27</sup>. Puudega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuringust tuli välja, et 69% hooldajate jaoks on puudega pereliikme abistamine või hooldamine niivõrd ajamahukas tegevus, et nad on saanud muudele tegevustele (sh suhtlemisele) pühendada soovitud vähem aega. Sugupoolte järgi on selge erinevus enda jaoks jääva vaba aja piisavuses. Naised ja suurema hoolduskoormusega hooldajad (üle 20 tunni nädalas) on pidanud meestest ja väiksema hoolduskoormusega hooldajatest märgatavalt sagedamini loobuma mõnest meelepärasest tegevusest.</p> <p>Kõige rohkem on piiratud aega aktiivsele suhtlemisele väljaspool pereringi (41%) ja omaette lihtsalt puhkamisele (39%). Naised on meestest oluliselt rohkem pidanud piirama enda eest hoolitsemise ja lihtsalt omaette olemise aega. Samuti on naistel olnud vähem aega oma hobidega tegelemise</p>	<p>tähendada ikkagi seda, et hoolduskoormus jääb vähemalt osaliselt alles. Mudelis 3 säilib praegune olukord ja säilib ka risk, et inimesed ei pruugi saada õigel ajal vajalikku abi, mistõttu ka hoolduskoormus ei vähene.</p>		<p>koos ei elata. Alla 10 tunni nädalas hooldas oma täiskasvanud pereliiget umbes 25 000 inimest, 10–19 tundi nädalas 16 800 inimest ning 20 ja rohkem tundi nädalas 17 400 inimest<sup>29</sup>. Eelkõige oleksid üleriigilise koordineerimismudeli tekkimisest mõjutatud viimati nimetatud, kuivõrd 20 ja enam tundi nädalas hooldamist viitab suurele hoolduskoormusele.</p>	<p>piirkonnaülese juhtumi puhul ei pruugi olla selge, kuidas abi korraldamine toimub. Riski saaks maandada piirkondadevaheliste koostöökokkulepete nõude kehtestamisega. Mudeli 3 puhul on oht, et hoolduskoormusega inimene jääb kandma asjaajamisega seotud koormust. Riski on võimalik maandada osaliselt juhendite, koolituste ja muude nõustavate meetmete abil.</p> <p>Kõigi mudelite rakendamisel võib olla riskiks ka see, et hoolduskoormusega inimesed ise keelduvad abist. Katseprojekti vältel esines mitu olukorda, kus omastehooldajad keeldusid abist (vähemalt esialgu) vaatamata sellele, et neil lasuv koormus oli suur. Vahel on vastumeelsus nii abivajaja kui lähedaste poolne. Mitmel juhul oli abivajaja valmis pakutava abi vastu võtma, kuid lähedane siiski keeldus sellest. Omastehooldajad tunnevad, et lähedasega toimetulek on nende ülesanne, millega tuleb toime tulla ning abi võetak vastu viimase alternatiivina.</p>	
--	--	---	--	---	--	--

<sup>27</sup> Statistikaamet, 2016. Eesti sotsiaaluuring.

<sup>29</sup> Statistikaamet, 2016. Eesti sotsiaaluuring.

	ning pereliikmetega aja veetmise jaoks <sup>28</sup> .					
<b>MÕJU MAJANDUSELE</b>						
<b>Teenusepakkujate äritegevuse aktiivsus, konkurents ja uute ettevõtete pääs turule</b>						
	Üleriigilise koordineerimismudeli loomine mõjutab kaudselt ka sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid pakkuvate osapoolte pääsu turule, nende aktiivust ja konkurentsivõimet. Kuivõrd koordineerimismudel loob eeldused ka piirkonna tegeliku abivajaduse taseme ja teenusevajaduse väljaselgitamiseks, on tõenäoline, et leidub piirkondi, kus teenust ei pakuta praegu piisavalt ja turule oleks vaja tuua uusi ja/või rohkem teenusepakkujaid.	Mudel 1 on pisut piiravam uute teenusepakkujate turule tulemise suhtes, kuivõrd süsteem on üle Eesti ühesugune. Seega on ootused teenustele ja omavahelisele koostööle sarnased, mistõttu on erinevatel teenusepakkujatel turule tulemine raskendatud. Mudel 2 on selles osas vähem piirav, kuid uuel pakkujal on turule tulles rohkem segadust, kuivõrd piirkonna sees kehtivad ühed reeglid, kuid piirkonnaüleste teenuste puhul sõltub see piirkondadevahelistest kokkulepetest. Mudelis 3 jätkub praegune süsteem, koordineerimisfunktsiooni tekitamine võib aidata küll kaasa teenuste vajaduse paremale defineerimisele, kuid piirkondlikud erinevused on suured ning uute tegijate turule tulek sõltub piirkonna (KOV) initsiatiivist.	Mõju on teenust pakkuvate ettevõtete jaoks ebaregulaarne.	Mõjutatud sihtrühmaks on kõik sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid pakuvad asutused.	Ebasoovitava riskina võib mudeli 1 puhul tekkida palju n-ö turumonopoli ettevõtteid, kes suudavad pakkuda teenust samal tasemel eri piirkondades. See piirab teiste ettevõtete turule tulemist ja seeläbi ka innovatsiooni.	Kokkuvõttes on üleriigilise koordineerimismudeli loomisel ettevõtete turule pääsule, konkurentsile ja äritegevuse aktiivsusele sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas kaudne ja väheoluline mõju.
<b>Hoolduskoormusega leibkondade toimetulek</b>						
	Üleriigilise koordineerimismudeli loomine aitab kaasa hoolduskoormusega inimeste tööturul osalemisele. Koordineerimismudeliga ei	Mudelis 1 toimib üle Eesti ühesugune süsteem, mis lihtsustab abivajadusega inimese ja tema hooldaja jaoks süsteemist arusaamist ning on selge, kelle	Mõju hoolduskoormusega leibkondade toimetulekule on koordineerimissüsteemi	Mõjutatud sihtrühmaks on kõik inimesed, kellel on hoolduskoormus (20 ja enam tundi nädalas hooldas Eesti sotsiaaluuringu andmetel	Riskina võib kõigis mudelites koordineerimise takerduda sellele taha, et teenuseid ei ole võimalik pakkuda, nende pakkumine on kallis või	Kokkuvõttes on üleriigilise koordineerimismudeli loomisel hoolduskoormusega

<sup>28</sup> Soo, K.; RAKE; Linno, T. (2009). Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring. Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium / Euroopa Sotsiaalfond. Kättesaadav: [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009\\_loppraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009_loppraport.pdf) Viimati kuvatud: 23.10.19.

	<p>looda küll uusi teenusekohti, kuid see aitab kaasa piirkonna vajaduste ja võimaluste väljaselgitamisele, et teada saada, millised vajadused inimestel üldse pikaajalise hooldusega seoses on ning kui suures osas on need kaetud.</p> <p>Lisaks sellele luuakse riikliku mudeli käivitamise käigus ka töökohti (nt hoolduskoordinaatorid).</p>	<p>poole abi saamiseks pöörduda. See aitab kaasa sellele, et inimene saaks vajadustele vastavat teenust ja tema hoolduskoormusega lähedane omakorda tööturul osaleda, kui see on seni olnud hoolduskoormuse tõttu takistuseks. Mudelis 2 on inimese jaoks vajalik abi samuti korraldatud, kuid säilib piirkondlik paindlikkus, mis tähendab, et inimene võib küll olla kindel oma piirkonna korraldusele, kuid kui teenuseid või abi vajatakse piirkondadeüleselt, võib teenuseni jõudmine olla keerulisem ja ka hoolduskoormusega leibkonnaliikme jaoks tööle naasmine seeläbi keerulisem. Mudelis 3 säilib praegune olukord, koordineatsioon võib küll paraneda, kuid see ei pruugi aidata kaasa tegeliku teenuste vajaduse väljaselgitamisele ning seeläbi hoolduskoormusega inimeste tööturule naasmisele.</p>	<p>rakendumise hetkel ning regulaarselt pärast seda.</p>	<p>2016. aastal oma leibkonnaliiget umbes 17 400 inimest<sup>30</sup>) ning eelkõige inimesed, kes on hoolduskoormuse tõttu tööturul eemal, mitteaktiivsed, ei otsi tööd või töötavad seetõttu osaaajaga. 2018. aasta Eesti tööjõu-uuringu kohaselt oli veidi üle 15 200 inimese mitteaktiivsuse põhjuseks vajadus hoolitseda laste või teiste pereliikmete eest. Üle 8100 inimese ei otsinud tööd samal põhjusel ning ligi 6500 inimese osaaajaga töötamise põhjuseks oli vajadus hoolitseda laste või hooldamist vajavate täiskasvanute eest. Veidi üle 3600 nimetatud põhjusel tööd mitte otsinud inimest tahaksid siiski tööle asuda<sup>31</sup>.</p>	<p>mudeli 3 puhul puudub huvi ja võimalus teha piirkonnaülest koostööd. Koordineatsiooni kaudu võidakse küll olukord kaardistada, kuid sellest ei piisa teenuste arendamiseks. Takistavaks teguriks võib saada ka sotsiaalvaldkonna üldine tööjõupuudus ja madal palgatase.</p>	<p>leibkonna toimetulekule kaudne, kuid oluline mõju.</p>
<b>Teenusepakkujate halduskoormus</b>						
	<p>Üleriigilise koordineatsioonimudeli loomine võib tekitada teenusepakkujate (sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuse pakkujad, sh eriarstiabi, õendusabi, kiirabi) täiendavat halduskoormust. Kokkulepete tegemine osapoolte vahel eeldab ka paberil või digitaalsetid kokkuleppeid. Mõnes piirkonnas võib see jääda teenuseosutajate</p>	<p>Koordineatsioonimudeli loomine tekitab halduskoormust igas mudelis, veidi rohkem mudelites 2 ja 3, kus piirkonnaüleste kokkulepete sõlmimine võib olla keerukam, kui võrd neis mudelites arvestatakse piirkondlikke eripärasid. Samas, mudelis 3 on võimalik ka see, et kokkuleppeid üldse ei teki. Sel juhul ei suurene ka halduskoormus.</p>	<p>Teenusepakkujad puutuvad halduskoormusega pärast mudeli rakendumist kokku regulaarselt, kuid rohkem rakendamise algusjärgus.</p>	<p>Mõjutatud sihtrühma moodustavad kõik sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuseid pakkuvad teenuseosutajad.</p>	<p>Halduskoormusega kaasnevat ebasoovitavat mõju aitaks maandada näiteks hüvitis kokkulepete sõlmimise, süsteemi ülesehitamise ja paberimajandusega tegelemise eest.</p>	<p>Kokkuvõttes on hoolduskoormuse riikliku mudeli rakendamisel teenusepakkujate halduskoormusele igas mudelis oluline mõju.</p>

<sup>30</sup> Statistikaamet, 2018. Eesti sotsiaaluuring.

<sup>31</sup> Statistikaamet, 2018. Eesti tööjõu-uuring.

	kanda. Osad teenuseosutajad puutuvad selliste kokkulepete sõlmimisega kokku ka praegu, kuid osade teenuseosutajate jaoks võib kaasnev halduskoormus olla esmakordne.					
<b>MÕJU REGIONAALARENGULE</b>						
<b><i>Inimesele vajalike põhiteenuste kättesaadavus ja kvaliteet Eesti eri piirkondades</i></b>						
	<p>Üleriigilise koordineerimismudeli loomine mõjutab kaudselt ka abivajajate võimalusi saada vajadustele vastavaid ja kvaliteetseid teenuseid kodu lähedal ja Eesti eri piirkondades.</p> <p>Koordineerimismudeli loomine küll ei paranda otseselt teenuste kvaliteeti ega kättesaadavust, kuid selgitab süsteemselt üle Eesti välja teenustega seotud kitsaskohad. Kui inimesed hakkavad saama õigeid teenuseid, võib selle arvelt vabaneda ressursi, mida suunata nt teiste abivajajate aitamiseks.</p>	<p>Mudel 1 on selged koordineerimismudeli ja juhtnöörid, mis aitavad tasandada piirkondlike erinevusi teenuste korralduses ja kvaliteedis. Piirkondade vahel on parima praktika jagamine lihtsam kui paindlikuma mudeli puhul.</p> <p>Mudel 2 lepivad osapooled üle riigi kokku üldised suunad, mõõdikud ja eesmärgid, ent iga piirkond saab üldise raamistiku sees kohandada mudeli enda piirkonnale sobivaks. Mudel on innovatsioonisõbralik ja võimaldab tekkida uutel lahendustel, mis võivad olla hiljem rakendatavad ka teistes piirkondades. Mudel 3 on võimalus toetuda piirkonnas olevatele võimalustele ja juba toimivale heale praktikale, aga säilib praegune olukord ja risk, et teenuste kättesaadavus ja</p>	Mõju abivajajale inimesele on regulaarne.	Mõjutatavaks sihtrühmaks on ühelt poolt kõik abivajajad, kuid kättesaadavuse mõttes eelkõige inimesed, kes praegu teenust ei saa, kuid seda vajaksid. Sotsiaalministeerium on hinnanud <sup>32</sup> , et pikaajalise hoolduse teenuseid vajatakse lisaks praegustele teenusesaajatele veel umbes 50 000 teenusekohal <sup>33</sup> . Praegu pakutakse pikaajalise hoolduse teenuseid hinnanguliselt üle 80 000 <sup>34</sup> teenusekohal.	Mudeli 1 riskiks võib olla see, et tugevamate piirkondade teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi paranemist või praeguseks saavutatud taset hoopis piiratakse, kuna olemasolev süsteem on ilma koordineeriva funktsioonita toimivam. Mudel 2 säilib piirkondlik paindlikkus. Juhul kui mudel 2 rakendub ainult n-õ paberil, ei pruugi teenuste kättesaadavus ja kvaliteet piirkonnas paraneda. Samuti kui inimene vajab teenuseid piirkondadeülel, võib kättesaadavus ja kvaliteet olla koostööd tegevates piirkondades erinev, mistõttu piirkondadeülene mudel siiski ei toimi. Tugevamad piirkonnad (KOVid) võivad näha sellist lahendust pigem piiravana. Mudel 3 on olemasoleva olukorra säilitamine, mis võib tähendada, et	Kokkuvõttes võib hinnata, et mudel 1, 2 ja 3 rakendamise mõju teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisele Eesti eri piirkondades on pigem kaudne ja seetõttu ka väheoluline.

<sup>32</sup> Sotsiaalministeeriumi arvutused, 2018. Sotsiaalministeeriumi uuringute, H- ja S-veebi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti Haigekassa andmete baasil.

<sup>33</sup> Kasutatud on teenusekoha mõistet, kuivõrd üks inimene võib vajada mitut liiki teenuseid.

<sup>34</sup> Sotsiaalministeeriumi arvutused, 2018. H- ja S-veebi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti Haigekassa andmete baasil.

		kvaliteet Eesti eri piirkondades ei parane vajalikul määral.			koordinatsioon küll hakkab toimima ja see selgitab välja piirkondlikud erinevused, kuid piirkondadel ei ole motivatsiooni kaardistuse tulemusi teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks rakendada.	
<b>KOV-i autonoomia</b>						
	Koordinatsioonimudelite rakendamisel võib olla kaudne mõju KOV-i autonoomiale. Praegune teenuste korralduse süsteem on täielikult autonoomne, mis tähendab, et KOV võib oma piirkonnas teenuseid korraldada kehtivate õigusaktide kohaselt oma äranägemise järgi.	Mudel 1 on ootused ametikohtadele ja nende rollidele selgelt defineeritud ning osapooled teavad, mida neilt oodatakse. Olemas on kesksed juhised, meetodikad, tööriistad, koolitused ja muu tugi, millest lähtuda ning kesket lähenemist on võimalik piirkondade kogemusele toetudes keskselt uuendada ja täiendada. Mudel 2 võetakse arvesse piirkonna eripärasid, juba toimivaid koostöösuhteid ja kohapealseid ressursse. Uute ülesannete ilmnmisel saab mudelit piirkonnas paindlikult muuta. Piirkondadel tekib tõenäolisemalt mudeli suhtes omanikutunne, kuna sisuline koostöömudel pannakse paika piirkonnas kohapeal. Samal ajal on riigi poolt välja arendatud või kättesaadavaks tehtud toetavad juhised, meetodikad, hindamisvahendid ning dokumenteerimispõhimõtted, mis annavad vajaduse korral kohapealse mudeli arendamiseks lähtepunkti ja raami ning toetavad koostööd ka teiste piirkondadega. Mudel 3 on piirkondadel autonoomia leida ise parimad lahendused koostöö ja	Koordinatsioonimudelite rakendamine mõjutab KOV-i autonoomiat rakendamise hetkest regulaarselt.	Kõik kohalikud omavalitsused, keda alates 01.01.2018 on 79.	Riskina võib välja tuua eelkõige mudeliga 1 seotud autonoomia piiramise võimaluse. Riski maandamiseks tuleb KOV-ide roll mudelis defineerida tihedas koostöös KOV-idega.	Kokkuvõttes võib hinnata, et koordinatsioonimudeli 1 rakendamisel on autonoomiale oluline mõju, mudel 2 ja 3 rakendamisel väheoluline mõju.

		<p>koordinatsiooni parandamiseks. Võimalik on kasutada ära piirkondlike eripärasid ja hästi toimivaid mudeleid. Juhul kui piirkond on motiveeritud koordinatsiooni parandama, on piirkonnas võimalik seda paindlikult teha, mistõttu tekib osapooltel mudeli suhtes tõenäolisemalt omanikutunne. Mudel arvestab maksimaalselt KOVi autonoomiaga.</p>				
<b>MÕJU RIIGIASUTUSTE JA KOHALIKU OMAVALITSUSE KORRALDUSELE NING AVALIKU SEKTORI KULUDELE JA TULUDELE</b>						
<b>Riigieelarve ja riigiasutuste töökorraldus</b>						
	<p>Üleriigilise koordinatsioonimudeli loomisel on mõju riigieelarvele ja riigiasutuste töökorraldusele. Täpsemalt hinnatakse mõju riigieelarvele järgmise katseprojekti käigus, kuid kõikides mudelites on üleriigilise koordinatsioonimudeli loomisel lähtunud põhimõttest, et mida kiiremini jõuab inimene temale vajaliku abini, seda soodsam on see riigile (sest abivajadus ei pruugi süveneda). Ulatuslikuma abivajaduse jaoks mõeldud teenused on üldjuhul kallimad.</p>	<p>Mudel 1 on oluliste piirkondlike erinevusteta, mis teeb lihtsamaks selle mudeli keske juhtimise ja järelevalve tegemise. Sellegipoolest nõuab mudeli rakendamine teatud ametikohtade loomist või töökorralduse muutmist, et teha kesket juhtimist ja riiklikku järelevalvet. Mudelis 2 on riik ja KOV võrdsed partnerid mudeli loomisel ja rakendamisel. KOV saab kohandada mudelit, kasutades ära kohalikul tasandil toimivat süsteemi ning arendades kitsaskohti. Riik saab pakkuda tuge süsteemi juurutamisel, parandamisel ja parima praktika väljatöötamisel. Need tegevused nõuavad töökorralduse analüüsimist ja uute ametikohtade loomist või olemasolevate ümberkorraldamist. Mudelis 3 on esmane kohustus oma abivajajate abistamisel KOVidel ning peamine</p>	<p>Muudatuse mõju riigiasutustele on mudelite 1 ja 2 puhul regulaarne, mudelis 3 säilib vananeva rahvastiku kontekstis surve ressursimahukamatele teemadele, mistõttu on mõju riigieelarvele samuti regulaarne.</p>	<p>Muudatus mõjutab riigieelarvet ning riigiasutustest Sotsiaalkindlustusametit, Eesti Haigekassat ja Eesti Töötukassat.</p>	<p>Mudeli 1 nõrkade külgede esinemisel võib muudatuste tegemine riigi tasandil olla ajakulukas. Samuti võib jäik mudel vähendada piirkonnas tegutsevate osapoolte motivatsiooni ja tekitada vastuseisu, mis raskendab mudeli ühetaolist rakendamist. Paindliku mudeli 2 toetamine eeldab riigi poolt suuremat paindlikkust ning ka protsesside ja hoiakute ümberkujundamist riigi tasandil. Mudel 3 – seni puuduvad enamikus piirkondades valdkondadeüleised koostöökokkulepped ning üksikjuhtumiteülene võrgustikutöö ei toimi. Ilma formaalsete suunisteta selliseid kokkuleppeid teha on vähetõenäoline, et tekiks üle riigi toimiv</p>	<p>Kokkuvõttes on mudelitel 1 ja 2 riigieelarve suurust arvestades oluline mõju riigieelarvele, mudelil 3 mõju puudub või on väiksem kui mudelite 1 ja 2 puhul. Mudelite 1 ja 2 rakendamisel on riigiasutuste töökorraldusele samuti väheoluline mõju, mudelil 3 mõju puudub.</p>

		<p>vastutus mudeli käivitumisel on kohalikul tasandil, mistõttu riigiasutuste töökorraldust see mudel ei mõjuta.</p>			<p>koordinatsioonisüsteem. Kuna puuduvad selged riiklikud juhised, on oht, et KOV jääb lahenduste leidmisel üksi ning säilib <i>status quo</i>. Kõik piirkonnad ei pruugi tajuda koordinatsioonimudeli loomise vajadust ja on oht, et piirkondlikud erinevused abi korraldamisel süvenevad veelgi. Surve ressursimahukatele riigiteenustele ja tervishoiuteenustele püsib, kuna inimesed ei saa alati õigeaegset ja asjakohast abi. Samuti on tööturul eemal omastehooldajad.</p>	
<p><b>KOVi töötajad (sh sotsiaaltöötaja) ning perearsti töökorraldus ja rahastamine</b></p>						
	<p>Üleriigilise koordinatsioonimudeli rakendamise põhjalikumat mõju kirjeldatakse järgmise faasi elluviimise ja mudelite rakendamise käigus. Samuti selguvad siis täpsemad eelarvenumbrid.</p>	<p>Mudel 1 on ootused ametikohtadele ja nende rollidele selgelt defineeritud ning osapooled teavad, mida neilt oodatakse. Olemas on kesksed juhised, meetodid, tööriistad, koolitused ja muu tugi, millest lähtuda ning kesket lähenemist on võimalik piirkondade kogemusele toetudes keskselt uuendada ja täiendada. Mudel 2 tuleb arvesse võtta piirkonna eripärasid, juba toimivaid koostöösuhteid ja kohapealseid ressursse. Uute ülesannete ilmnmisel saab mudelit piirkonnas paindlikult muuta. Piirkondadel tekib tõenäolisemalt mudeli suhtes omanikutunne,</p>	<p>Muudatuse mõju avaldub mudelite rakendamise käigus ja on regulaarne.</p>	<p>Mõjutatavaks osapooliks on kõik KOVi töötajad, kes puutuvad tulevikus kokku koordinatsioonimudeli rakendamisega, ning perearstid.</p>	<p>Mudel 1 on võimalus piirkonnas olemasolevaid ressursse ja väljakujunenud praktikat ära kasutada piiratud, mistõttu võib juba hästi toimiv praktika saada häiritud. Kindlaks määratud lahenduse puhul ei pruugi piirkonnades tekkida omanikutunnet, mis on muudatuse protsessis oluline. Keeruline on leida ühtset alguspunkti mudeli käivitamiseks, kuna piirkonnad on oma arengus erinevas kohas – see võib viia olukorrani, kus tugevamate piirkondade areng peatub. Samuti ei</p>	<p>Kokkuvõttes on mudelite 1 ja 2 rakendamisel KOVi töötajate ja perearstide seisukohast oluline töökorralduslik mõju. Mudel 3 on mõju vähemoluline. Samuti on väheoluline mõju KOVi ja perearstide eelarvele.</p>



		<p>kuna sisuline koostöömudel pannakse paika piirkonnas kohapeal. Samal ajal on riigi poolt välja arendatud või kättesaadavaks tehtud toetavad juhised, meetodikad, hindamisvahendid ning dokumenteerimispõhimõtted, mis annavad vajaduse korral kohapealse mudeli arendamiseks lähtepunkti ja raami ning toetavad koostööd ka teiste piirkondadega.</p> <p>Mudel 3 on piirkondadel autonoomia leida ise parimad lahendused koostöö ja koordineerimiseks. Võimalik on kasutada ära piirkondlike eripärasid ja hästi toimivaid mudeleid. Juhul kui piirkond on motiveeritud koordineerimise parandama, on piirkonnas võimalik seda paindlikult teha, mistõttu tekib osapooltel uue mudeli suhtes tõenäolisemalt omanikutunne. Mudel arvestab maksimaalselt KOVi autonoomiaga.</p>			<p>soosi jäik mudel innovatsiooni.</p> <p>Mudel 2 on piirkondades, kus süsteemset koostööd ei toimu, lihtsam jätkata nn vana rada ning mõned olulised osapooled võivad vastutuse jagamisel jääda passiivseks. Suuremates piirkondades tuleb arvestada partnerite paljususega, mistõttu võib võrgustikutöö käivitamine olla väga ajamahukas. Piirkondlike kokkulepete sõlmimiseks on vaja osapooli toetada ja võimendada.</p> <p>Mudel 3 on väga suur risk, et säilib <i>status quo</i>, kus paljudes piirkondades ei ole koordineerimise korraldamiseks kokkuleppeid ning osapooled ei tee süsteemset koostööd, puudub ülevaade teiste võrgustikulikemete tööpraktikast ja ülesannetest jms. Edumeelsematel piirkondadel, kes probleemidele lahendusi otsivad, võib tekkida üksi jäämise tunne ja motivatsiooni vähenemine. Samuti on keeruline motiveerida panustama passiivsemaid osapooli.</p>	
<b>ANDMEKAITSEALANE MÕJUHINNAG</b>						
<i>Mõju abivajava inimese andmete kaitsele õiguslikul alusel põhinevas koordineerimissüsteemis</i>						

	<p>Veel ei ole kokku lepitud, kas koordinatsioonipõhimõtteid hakatakse abivajaja jaoks rakendada õiguslikul alusel või küsitakse selleks nõusolekut. Õiguslikul alusel põhinev süsteem tähendab seda, et seadusega antakse õigus jagada teatud andmeid isiku nõusolekuta. See on põhjendatud juhul, kui kiire sekkumine on vajalik, ent inimene ei ole suuteline ise nõusolekut andma.</p>	<p>Sõltumata valitud mudelist, siis juhul, kui rakendub õiguslikul alusel põhinev süsteem, on koordinatsioonifunktsioone täitval spetsialistil õigus sekkuda olenemata inimese nõusolekust ning ka andmed liiguvad ilma nõusolekuta.</p>	<p>Mõju tekib hetkel, kui abivajaja vajadused on spetsialistide hinnangul sellised, mis vajaksid lahendamiseks erinevate teenuste koordineerimist.</p>	<p>Mõjutatud sihtrühmaks on kõik pikaajalise hoolduse vajadusega inimesed. Praegu pakutakse pikaajalise hoolduse teenuseid hinnanguliselt üle 80 000<sup>35</sup> teenusekohal.</p>	<p>Riskina võivad spetsialistid teha otsuse ilma inimese nõusolekuta ja inimene ei pruugi olla motiveeritud teenuseid või abi saama. Samuti liiguvad inimese andmed sellisel juhul olukorras, kus nende liigutamiseks nõusolekut ei ole. Raske on piiri tõmmata selle vahel, kas konkreetsel juhul peaks õiguslikul alusel sekkumine ja inimese andmete liigutamine toimuma või mitte. Täiendava õigusliku aluse loomine andmete jagamiseks eeldab põhjalikku mõjuanalüüsi, et vältida põhjendamatu riivet inimeste privaatsusele.</p>	<p>Kokkuvõttes oleks õiguslikul alusel põhineval süsteemil oluline mõju andmekaitse seisukohast.</p>
<b>Mõju abivajava inimese andmete kaitsele nõusolekul põhinevas koordinatsioonisüsteemis</b>						
	<p>Katseprojektist tuli välja, et hoolduskoordinaatorite hinnangul on palju selliseid kliente, kes võiksid küll vajada hoolduse koordineerimist, kuid nende tervise seisund on selline, et nad ei ole võimelised allkirjastama nõusoleku vormi, mis oli eelduseks projektis osalemiseks (psühhiaatrilised probleemid, allkirjavõimetud) ning samuti puudub neil eestkostja, kes saaks abivajaja huve esindades allkirjastada projektis osalemise nõusoleku.</p>	<p>Sõltumata valitud mudelist, juhul, kui rakendub nõusolekul põhinev süsteem, on koordinatsiooni ülesandeid täitval spetsialistil õigus sekkuda ainult inimese nõusoleku olemasolul. Ka andmed liiguksid sellisel juhul ainult nõusoleku alusel.</p>	<p>Mõju tekib hetkel, kui abivajaja peab andma nõusoleku.</p>	<p>Mõjutatud sihtrühmaks on kõik pikaajalise hoolduse vajadusega inimesed. Praegu pakutakse pikaajalise hoolduse teenuseid hinnanguliselt üle 80 000<sup>36</sup> teenusekohal.</p>	<p>Riskina võivad jääda abita inimesed, kes ei ole võimelised andma nõusolekut tervisliku või vaimse seisundi tõttu.</p>	<p>Kokkuvõttes oleks nõusolekul põhineval süsteemil oluline mõju inimese seisukohast, kuid väheoluline mõju andmekaitse seisukohast.</p>

<sup>35</sup> Sotsiaalministeeriumi arvutused, 2018. H- ja S-veebi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti Haigekassa andmete baasil. Kasutatud on teenusekoha mõistet, kuivõrd üks abivajaja võib saada mitut erinevat teenust.

<sup>36</sup> Sotsiaalministeeriumi arvutused, 2018. H- ja S-veebi hoolekandestatistika, Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti Haigekassa andmete baasil. Kasutatud on teenusekoha mõistet, kuivõrd üks abivajaja võib saada mitut erinevat teenust.

	<p>Ühe eraldi grupi moodustasid eakad, kes küll abi soovisid, kuid olid nõusoleku vormi allkirjastamiseks liiga umbusklikud ja seda vaatamata korduvatele selgitustele, milleks neilt allkirja on vaja. Samuti dementsuse sündroomiga inimesed ja liikumiskiiranguga inimesed, kelle puhul allkirja andmine ei ole seisundist tulenevalt võimalik.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

## Lisa 2. Katseprojektis kasutatud teenuste plaan

### TEENUSTE PLAAN

EES- JA PEREKONNANIMI.....

Isikukood			
Suhtluskeeled			
Rahvastikuregistrijärgne elukoht			
Tegelik elukoht (juhul kui erineb)			
Kontaktisik	Nimi	Tel	E-post
Eestkostja	Nimi	Tel	E-post
Ametlik hooldaja	Nimi	Tel	E-post

Pensioniliik		
Puude liik ja raskusaste		Tähtaeg
Töövõime ulatus		Tähtaeg

Hoolduskoordinaator	Nimi	Tel	E-post
Perearst	Nimi	Tel	E-post
KOVi sotsiaaltöötaja	Nimi	Tel	E-post

## I INIMESE EESMÄRK

Pikaajaline eesmärk

Järgmise kolme kuu eesmärk

Inimese erisooovid

## II TEENUSED, TOETUSED, RAVIMID, ABIVAHENDID

### Teenused

TEENUS	TÄITMISE KUUPÄEV	VAJALIK MAHT/SAGEDUS	VÕIMALIK PAKKUDA	VASTUTAV KONTAKTISIK	JÄRGMISE INFOVAHETUSE AEG	KOMMENTAAR
Koduteenus						
Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus						

Täisealise isiku hooldus						
Isikliku abistaja teenus						
Tugiisikuteenus						
Sotsiaaltransporditeenus						
Eluruumi tagamine						
Võlanõustamine						
Kodu kohandamine						
Sotsiaalne rehabilitatsioon						
Erihoolekandeteenus						
Päevahoid						
Intervallhoid						
Taastusravi (täpsustada, kas ambulatoorne või statsionaarne)						

Iseseisev statsionaarne õendusabi						
Koduõendus						
Eriarst (täpsustada)						
Hospiits						
Sotsiaalvalveteenus (häirenupp)						
<i>Muu</i>						
<i>Muu</i>						
<i>Muu</i>						

#### Abivahendid

ABIVAHEND	TÄITMISE KUUPÄEV	ABIVAHEND MÄÄRATUD KUNI	VASTUTAV KONTAKTISIK	JÄRGMISE INFOVAHETUSE AEG	KOMMENTAAR

**Toetused**

<b>MÄÄRATUD TOETUS</b>	<b>TÄITMISE KUUPÄEV</b>	<b>TOETUS MÄÄRATUD KUNI</b>	<b>VASTUTAV KONTAKTISIK</b>	<b>JÄRGMISE INFOVAHETUSE AEG</b>	<b>KOMMENTAAR</b>

**Ravimid**

<b>RAVIMI NIMETUS/ TOIMEAINE</b>	<b>TÄITMISE KUUPÄEV</b>	<b>VÕTMISE JUHIS</b>	<b>ROHU TOIME, ST MIKS VÕTAB</b>	<b>VASTUTAV KONTAKTISIK</b>	<b>JÄRGMISE INFOVAHETUSE AEG</b>	<b>KOMMENTAAR</b>



--	--	--	--	--	--	--

**Muud vajadused**

VAJADUS	TÄITMISE KUUPÄEV	LAHENDUS	VASTUTAV KONTAKTISIK	JÄRGMISE INFOVAHETUSE AEG	KOMMENTAAR

**III AKTIIVLOGI (siia märkida projekti vältel olulised muudatused, suhtlused jne)**

Lisa 1: InterRAI hindamine

Lisa 2:

Lisa 3:

Hindamise kuupäev:

Hindamise koostanud isik, ametinimetus:

Hindamisse kaasatud isikud:

Teenuste plaan vaadatakse üle vähemalt iga 3 kuu järel:

1.	Kuupäev (täidetakse plaani ülevaatamisel)	Kommentaariid
2.	Kuupäev (täidetakse plaani ülevaatamisel)	Kommentaariid
3.		
4.		
5.		