



Teel integreeritud tervise- ja sotsiaalsüsteemi poole

Planeeritav üleriigiline sotsiaal- ja tervise valdkonna integratsioon – väljakutsed ja võimalused

Aprill 2025, ANNELI TAAL



SOTSIAALMINISTEERIUM

Täna sed ja tulevased probleemid

Täna sed probleemid tervishoius

- Krooniliste patsientide käsitus peamiselt kõrgemas etapis – **eriarstiabi keskne süsteem. Pikad ooteajad** eriarstile 
- Inimesed tajuvad, et **süsteem on keeruline**, et nad ei saa vajalikke teenuseid, madal „**tervisealane kirjaoskus**“
- **Puudub** tervishoiusisene aga ka sotsiaalvaldkonnaga **koordineeritud abivajaduse tervikhindamine** ja sellele vastav suunamine süsteemi sisenemisel:
 - Kõrge **EMO-sse pöördumine**, suur madala prioriteediga pöördujate hulk, sotsiaalse iseloomuga hospitaliseerimised
 - **Perearstid lahendavad sageli sotsiaalprobleeme**
- Puudub haigla järgne kodune tugi, kõrge **rehospitaliseerimiste** tase

Ees ootavad probleemid

- **Perearstide puudus** süveneb lähiaastatel drastiliselt
- Töövõimelise rahvastiku suhe abivajavasse väheneb
- **Ooteajad pikenevad**

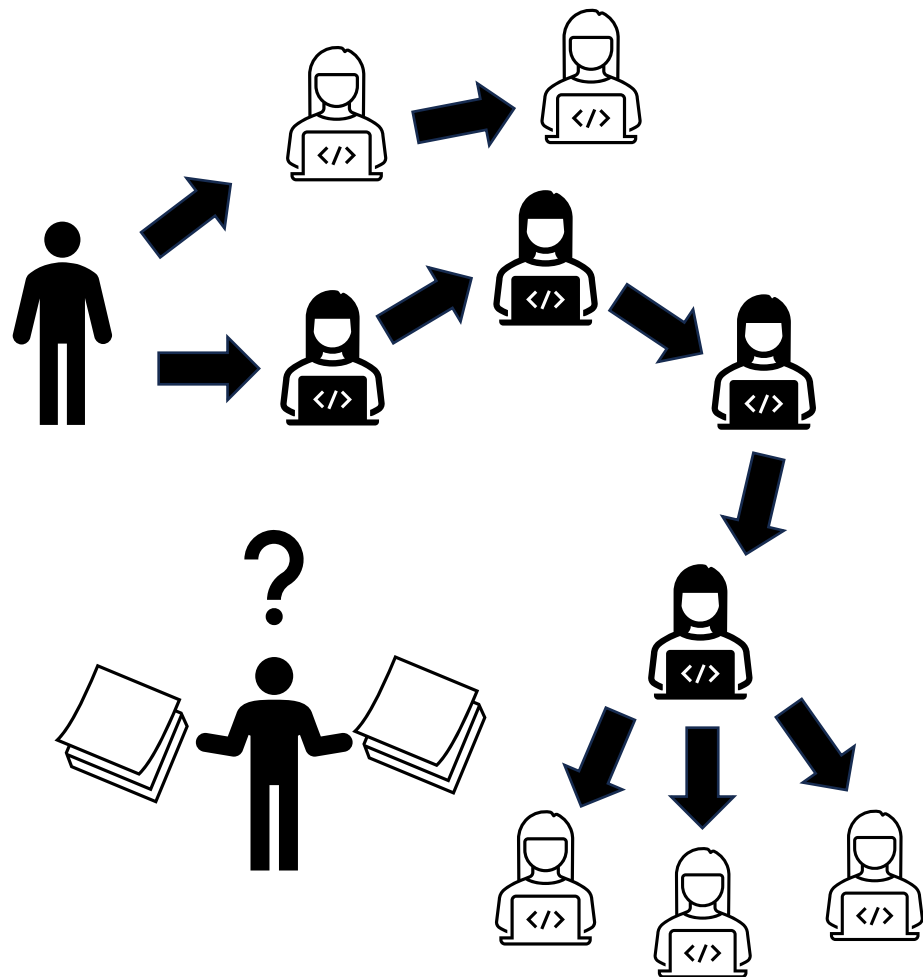
Täna sed probleemid sotsiaalvaldkonnas

- Raske pääseda sotsiaalteenustele, **süsteem on inimese jaoks keeruline** 
- **Kõrge institutsionaalse hoolduse tase**, vähe abi nt päevahoiu vormis
- **Puudub** sotsiaalvaldkonna sisene aga ka tervishoiuvaldkonnaga **koordineeritud infovahetus ja abipakkumine**:
 - **Ebaefektiivne teenuseosutamise korraldus**
 - **Sotsiaaltöötajad lahendavad sageli terviseprobleeme** omamata vajalikku infot ja kompetentsi
- Sotsiaaltöötajate puudus, ebapiisav kompetents, läbipõlemine
- **Rahvastik vananeb** – krooniliste haiguste suur kasv
 - Pöördumiste arv EMOsse ja hospitaliseerimine kasvab
 - Sotsiaalteenuste vajadus kasvab
- Praeguse tervishoiu ja sotsiaalteenuste **rahastus** on süvenevas **defitsiidis**

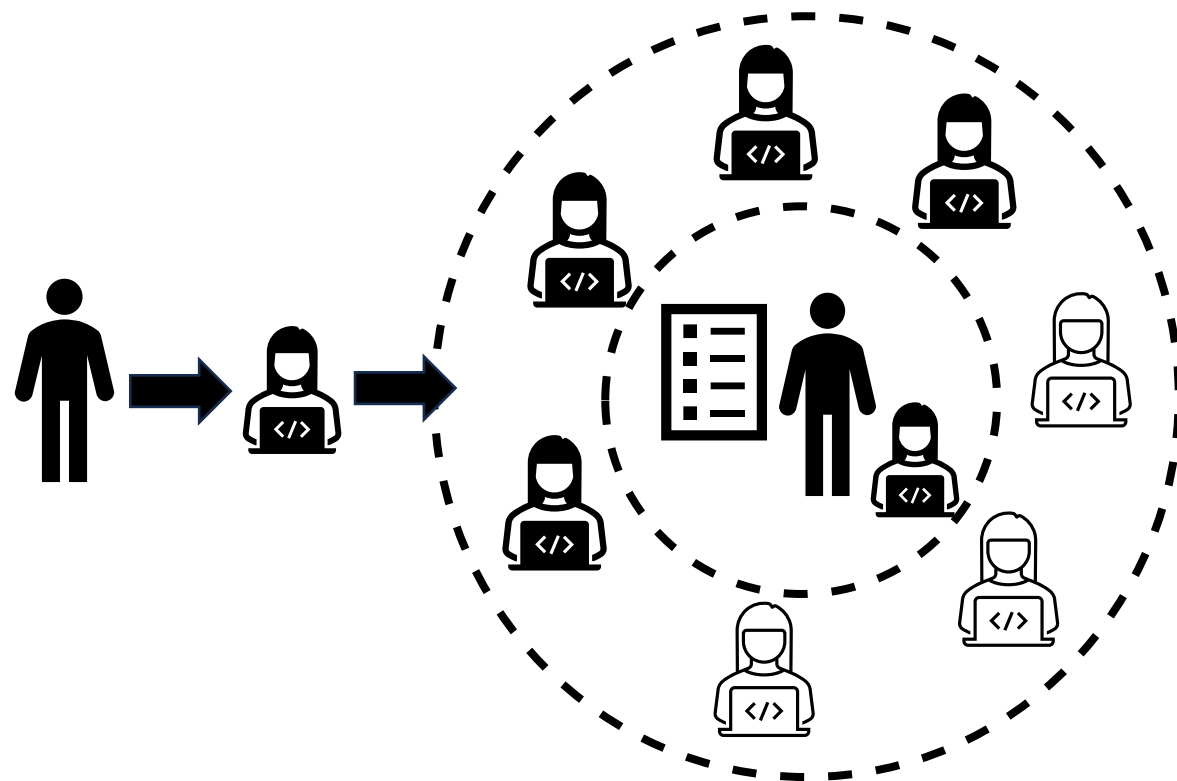
Allikas: Esmatasandi arengukava, OSKA raport perearstiabist (2024) ja PwC läbi viidud intervjuud antud projekti raames erinevate huvigruppidega (perearstid, pereõed, riigi esindajad jt).

Tervise- ja sotsiaalteenuste integratsioon – miks, kuidas, kellele?

MIKS ?



KUIDAS ?



KELLELE ?

1. Mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega inimesed
2. Erivajadustega inimesed
3. Vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega lapsed ja noored

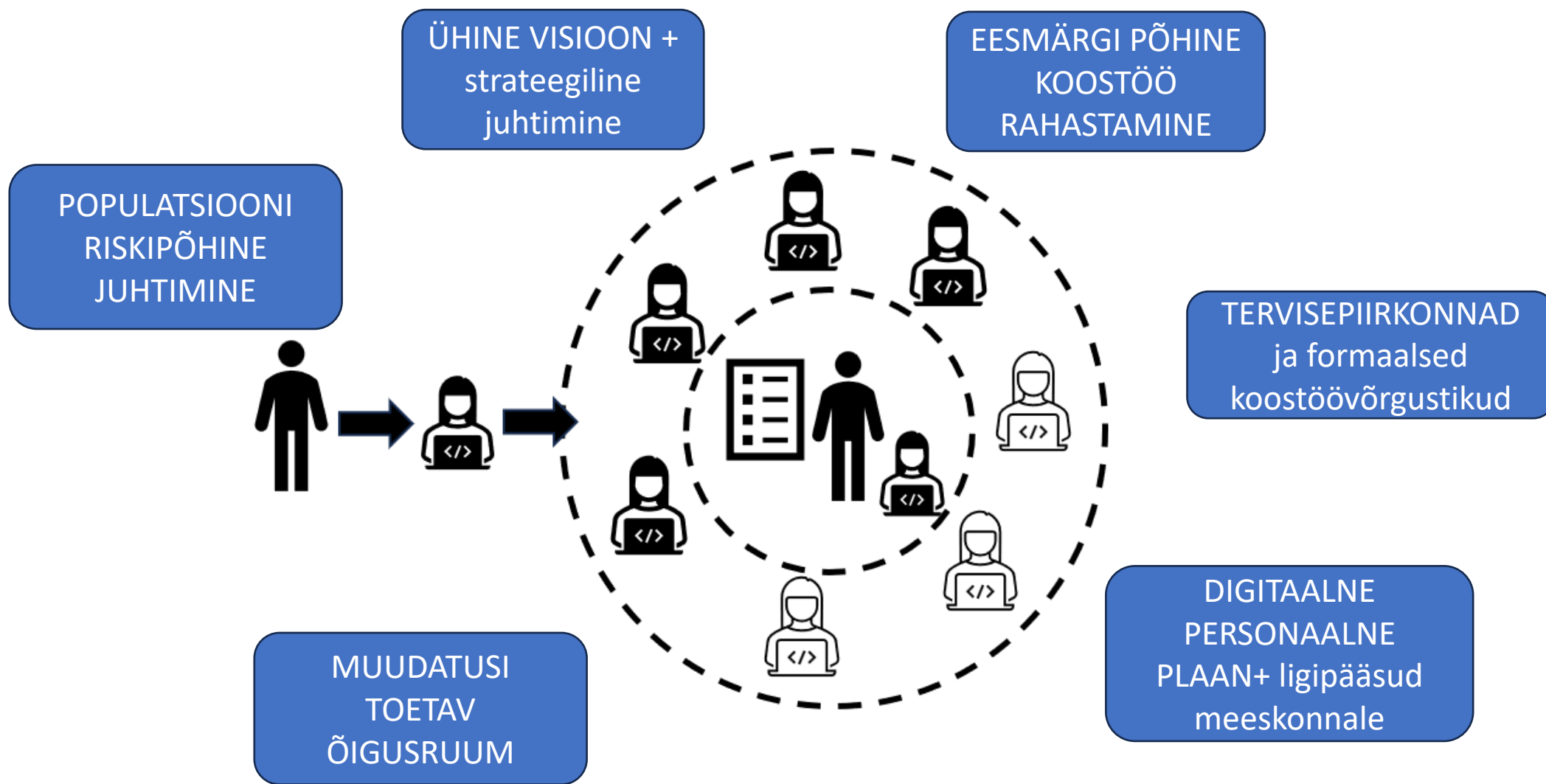
Millest koosneb terviklik integratsioonimudel? (Soome, Inglismaa, Iirimaa, Prantsusmaa, Hispaania, Belgia, Holland, Kanada, Uus-Meremaa jpt)

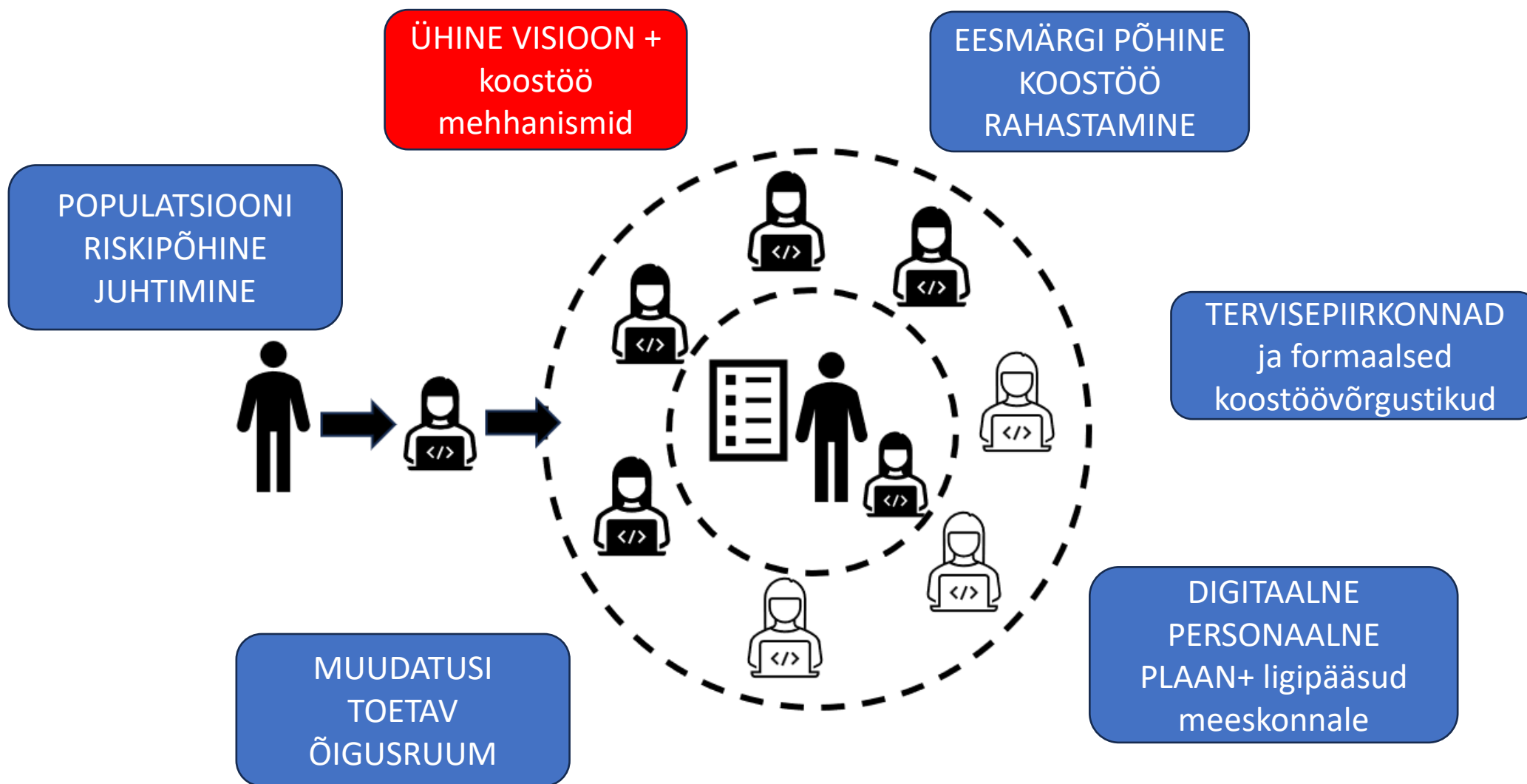
- Moodustatud on integreeritud teenuste piirkonnad ja korraldatud iga piirkonna kohapealne tegevuse juhtimine ning koordineerimine (nn koostöökogud vms)
- Lepitud kokku ühises visioonis ja ühistes eesmärkides
- Loodud piirkondlikud teenuseosutajate võrgustikud
- Loodud koostöö ja kommunikatsiooni IT platvorm võrgustikutöös osalejatele
- Välja töötatud riskirühmade tuvastamise ja segmenteerimise meetod, integreeritud teenuseosutamise juhtimismõõdikud ja nendega seostatud koostööd motiveeriv rahastamise mehhanism
- Võrgustikes kokku lepitud teenuse osutamise protsess ja teenust saava inimese liikumise teekond, toimub teenuskoordinatsioon, kasutusele võetud ühtsed vormid teenusvajaduse hindamiseks ja teenuste osutamiseks (personaalsed terviseplaanid)
- Tsentraalselt on toimunud paikkondliku koordinatsiooniteenuse osutamisega seotud vajaliku inimressursi määratlemine ning süsteemselt toetatud multidistsiplinaarsete esmatasandi meeskondade areng, personali täiendkoolitamine.

Lühikokkuvõte teiste riikide kogemusest

- Integratsioon **ei ole isetekkeline, seda tuleb juhtida**. Juhtimine on oluline kõigil tasanditel. Integratsiooni aluseks on **ühine visioon**.
- Integratsiooni ei toimu ilma koostööta. Integratsioon **saab tekkida usalduse tekkimise kiirusel**. Ka kogukondlikult ja paikkondlikult tasandilt tulnud ideid ja ettepanekuid tuleb arvestada ning luua **võimalusi piirkondlike eripäradega arvestamiseks**.
- **Vastutus** populatsiooni tervise- ja heaolu eest tuleb **delegeerida sobilikule tasandile**, kus seda on võimalik sisukalt eesmärgistada ja juhtida. Vastutus tuleb delegeerida neile, **kes saavad sisulist vastutust võtta**.
- Integratsioon hakkab toimima, kui see on **eesmärgistatud ja mõõdetud**. Samas, mõõtmine on kulukas ja mõõta tuleb seda, mis tegelikult oluline on ja aitab edasi. Kõike ei saa kvantifitseerida.
- Integreerumise toetamiseks tuleb **vähendada üksikute teenuseosutajate konkurentsi rahale ja suurendada ühise rahastuse võimalusi**.

Integreeritud süsteemile ülemineku strateegia Eestis





Koostöö mehhanismid

Koostöö tekkeks on vajalik luua koostöökohad ja koostöö süsteem

TÄNA	VISIOON
Tervishoiu ja sotsiaalteenuste korraldajad ja rahastajad ei puutu omavahel kokku, ei tee koostööd teenuste planeerimisel	Koostöö tasand on Heaolupiirkond (esialgu maakond). Riigi ja KOV esindajad, kes vastutavad sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldamise ja rahastamise eest kohtuvad regulaarselt maakonna koostöökogus , lepivad seal kokku ühised koostöövaldkonnad ja eesmärgid heaolupiirkonnas ning jälgivad nende täitmist.
Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad (jur isikud) ei tee omavahel süsteemset koostööd, ei lepi kokku koostöökorraldusi, ei vaheta infot	Heaolupiirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad (jur isikud) on koondunud formaalseteks võrgustikeks ehk TERVIK-uteks , teevad süsteemset koostööd ja jagavad infot. Uued rahastamise viisid toetavad koostööd.
Puudub süsteemne valdkonnaülene teenuste koordinatsioon, pole spetsialiste, kes pääseksid ligi mõlema valdkonna infosüsteemidele	Igas Heaolupiirkonnas töötavad kokkulepitud kohtades Tervisejuhid , kes osutavad valdkonnaülese koordinatsiooni teenuseid

Integratsiooni juhtimine

Riigi tasandil juhtimine
ja koordinatsioon

Piirkondlik
koostöökogu

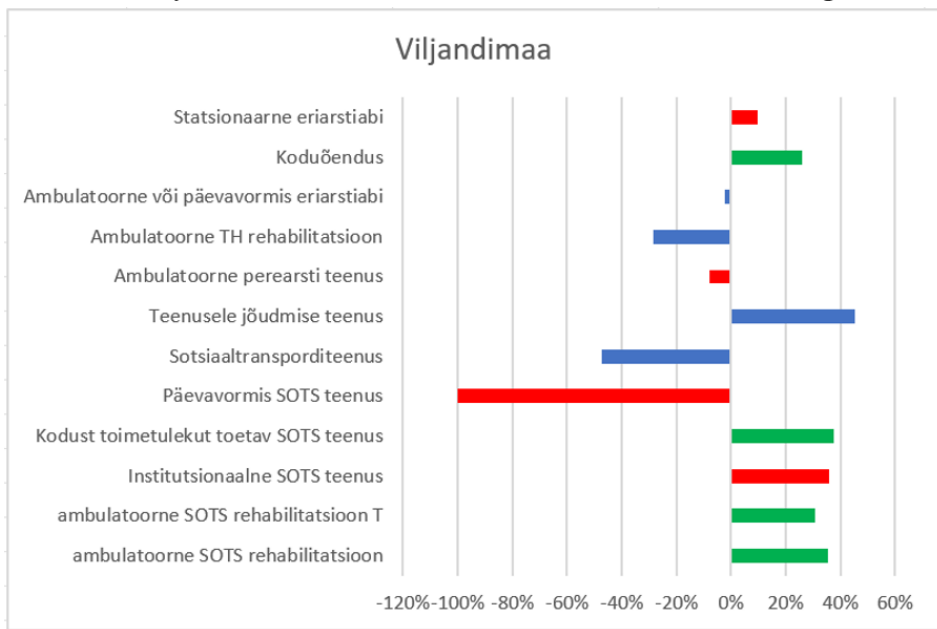
TERVIK

Teenuskoordinatsioon
teenuseosutaja
tasandil

- Populatsiooni riskipõhine stratifitseerimine ehk kihistamine riskirühmadeks
- Riskirühmade valik, ühine visioon
- Riskirühma põhine eesmärgistamine, tegevussuundade kokkuleppimine, eesmärkide saavutamise regulaarne hindamine
- Strateegia ja tegevusplaani koostamine, koostööpartnerite kokkuleppimine integreeritud teenuseosutamise piirkonnas
- Oodatavate tulemuste ja tasu kokku leppimine
- Koostöös riskirühmale integreeritud teenuste osutamine ja aruandlus

Ühine arusaam maakonna peamistest probleemidest

65+ sotsiaal- ja tervishoiu teenuste osutamine võrreldes Eesti keskmisega



Rahvastiku üldnäitajad	Viljandimaa		Eesti keskmine	Eesti halvim	Positsioon Eesti keskmise suhtes	Eesti parim
	Arv	Kordaja, %				
Meeste keskmine eluiga	75	75,1	74,4	70,9		76,4
Naiste keskmine eluiga	83	82,6	82,8	80,6		83,9
Meeste tervena elatud aastad	51	51,0	54,7	41,0		59,7
Naiste tervena elatud aastad	54	53,8	58,5	49,0		64,7
Loomulik liive *1000	-200	-4,3	-1,3	-9,1		2,2
Laste (0-14-aastaste) osatähtsus (%)	6981	15,2	16,4	11,4		18,8
Eakate (>65-aastaste) osatähtsus (%)	10914	23,8	20,3	26,0		17,9
Rändesaldo *1000	-106	-2,3	4,1	-6,5		9,4

Joonis 1. Viljandimaa rahvastikunäitajate võrdlus ülejäänud Eestiga. Maakonna positsiooni Eesti keskmise suhtes näitab värviline ring, halli ribana on toodud kogu Eesti näitajate jaotus.

Sotsiaalse kaitse kulud Viljandi mk vs Eesti

Andmed seisuga juuni 2024			2022vs2023		2022	2023			2022vs2023		2022	2023
	2022	2023	muutus%	osak%	osak%			2022	2023	muutus%	osak%	osak%
10 Sotsiaalne kaitse	9 737 037	12 732 480	30,8%					296 295 509	330 622 573	11,6%		
10110 Haigete sotsiaalne kaitse	0	0		0,0%	0,0%			38 379	31 921	-16,8%	0,0%	0,0%
10120 Puuetega inimeste erihooletamine	7 023	6 736	-4,1%	0,1%	0,1%			12 137 886	14 757 427	21,6%	4,1%	4,5%
10121 Muu puuetega inimeste sotsiaalne kaitse	992 918	868 392	-12,5%	10,2%	6,8%			30 029 503	31 441 768	4,7%	10,1%	9,5%
10200 Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus	5 712 745	6 959 118	21,8%	58,7%	54,7%			61 454 606	84 235 571	37,1%	20,7%	25,5%
10201 Muu eakate sotsiaalne kaitse	120 766	324 778	168,9%	1,2%	2,6%			28 541 192	31 593 654	10,7%	9,6%	9,6%
10300 Toitjakaotavate sotsiaalne kaitse	0	0		0,0%	0,0%			15 180	0		0,0%	0,0%
10400 Asendus- ja järelhooldus	710 990	920 072	29,4%	7,3%	7,2%			27 871 948	29 612 923	6,2%	9,4%	9,0%
10402 Muu perekondade ja laste sotsiaalne kaitse		1 264 934	100,0%	0,0%	9,9%			53 638 800	42 090 277	-21,5%	18,1%	12,7%
10500 Töötute Sotsiaalne Kaitse	0	0		0,0%	0,0%			32 992	36 806	11,6%	0,0%	0,0%
10600 Eluasemeteenused sotsiaalsetele riskirühmadele	334 921	406 013	21,2%	3,4%	3,2%			4 840 432	5 229 069	8,0%	1,6%	1,6%
10700 Riskirühmade sotsiaalhoolekandeesused/varjupaigataenus	134 222	141 369	5,3%	1,4%	1,1%			5 596 838	7 245 193	29,5%	1,9%	2,2%
10701 Riiklik toimetulekutoetus	716 350	692 084	-3,4%	7,4%	5,4%			40 137 173	45 181 516	12,6%	13,5%	13,7%
10702 Muu Sotsiaalsete Riskirühmade Kaitse	197 038	144 409	-26,7%	2,0%	1,1%			11 172 160	10 253 349	-8,2%	3,8%	3,1%
10800 Teadus- ja arendustegevus sotsiaalses kaitstes	0	0		0,0%	0,0%			63 479	92 945	46,4%	0,0%	0,0%
10900 Muu sotsiaalne kaitse, sh sotsiaalse kaitse haldus	810 066	1 004 573	24,0%	8,3%	7,9%			20 724 941	28 820 154	39,1%	7,0%	8,7%

Statistika: OSKA raport



Ühine visioon, ühised eesmärgid-> maakonna strateegia

Võimalikud koostöövaldkonnad

- Valdkonnaülese koordinatsiooni teenused
- Esmatasandi valveteenused
- Koostöö sotsiaalteenuste osutamisel
- Tervisedendus- ja haiguste ennetus
- Esmatasandi tugevdamine
- Innovatsiooni ja arendusprojektide elluviimine (välisabi toel)
- Koostöö erakorralistes olukordades

max 4 prioriteetset valdkonda sh max 2 riigi poolset + max 2 maakonna poolset

Riigi poolsed ettepanekud prioriteetseteks koostöövaldkondadeks maakondadele

1. Tagada mitmete krooniliste haigustega sotsiaalabi vajavatele eakatele inimestele holistlikul põhimõttel* proaktiivne tervise- ja sotsiaalvaldkonna ning kogukonna tugi, mis võimaldaks neil toime tulla oma tavapärasel elukeskkonnas.

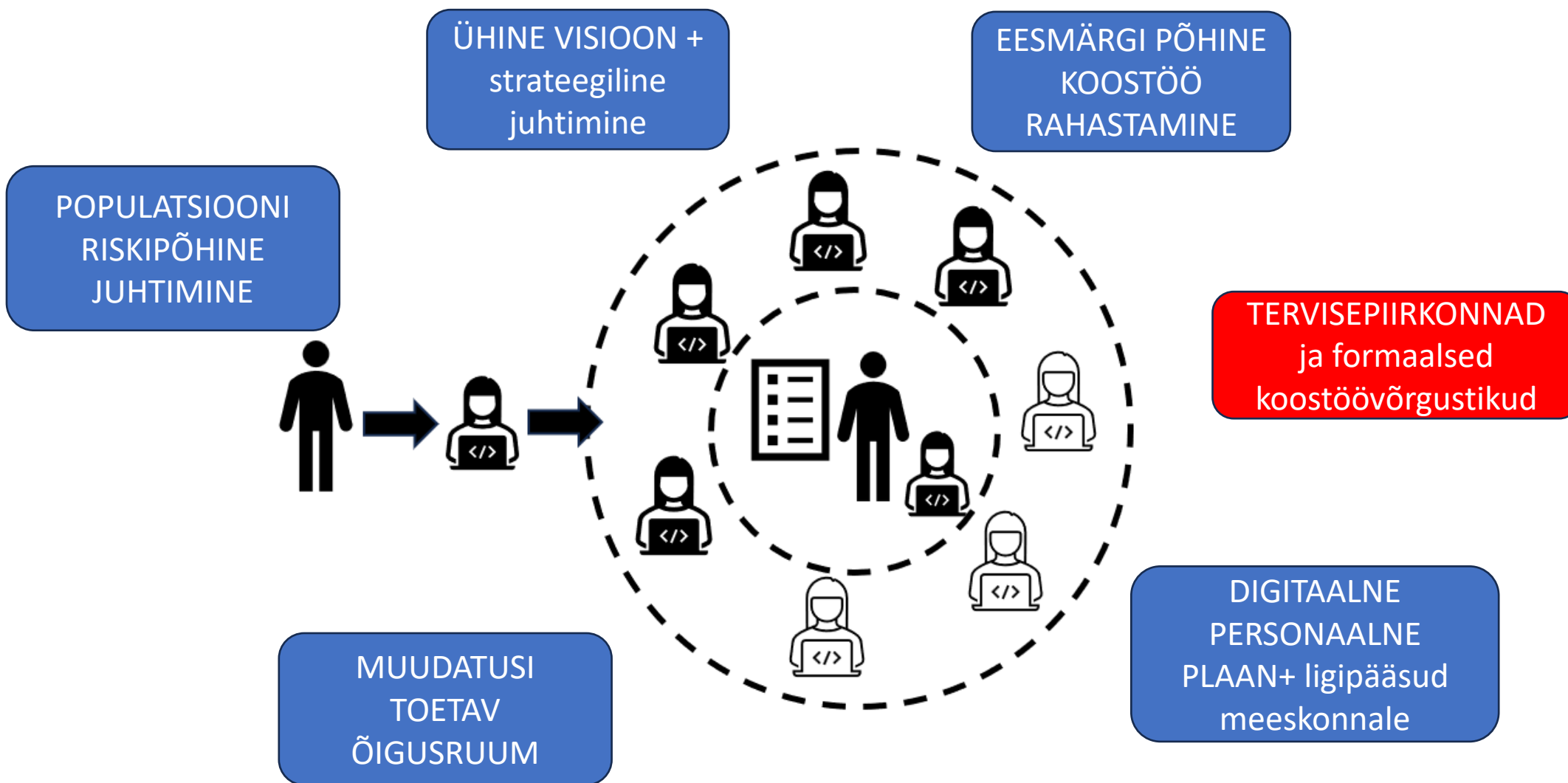
- Valdkonnaülese koordinatsiooni teenus esmatasandil mitme kroonilise haigusega inimestele, kellel on sotsiaalsed probleemid
- Valdkonnaülese koordinatsiooni teenus haiglast kodusele ravile liikumise toetamisel

2. Tagada perearstiabi jätkusuutlik osutamine lõimitult sotsiaalteenuste ja teiste esmatasandi tervishoiuteenustega, esmatasandi abi kodulähedane kättesaadavus ning proaktiivne ja ennetav iseloom

Kaasatud maakondade ettepanekud prioriteetseteks koostöövaldkondadeks

- Teenuseosutamise korrastamine ja valdkonnaülene koordinatsioon vaimse tervise murega lastele
- Palliatiivse ravi korraldamine esmatasandil kasvaja diagnoosiga inimestele
- Terviseedenduse integreerimine sotsiaal- ja tervishoiu teenuste osutamisse

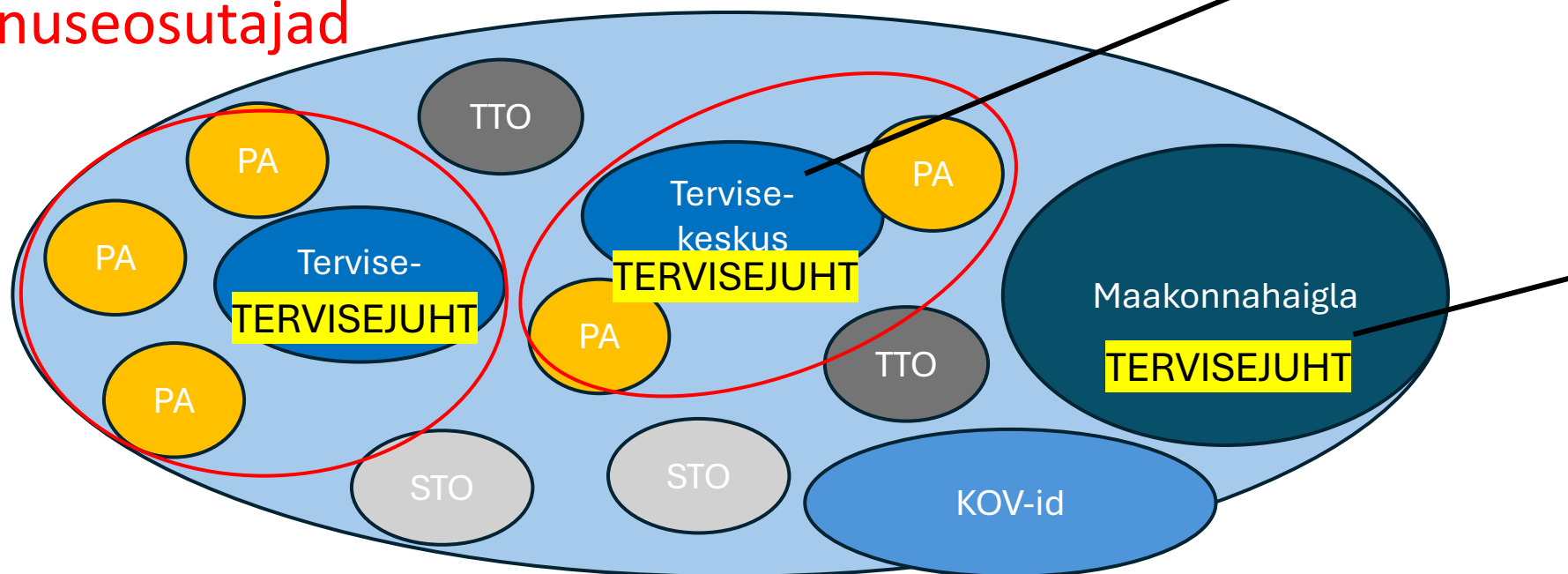
+rahastamisega seotud mõõdetavad eesmärgid



Igas maakonnas on moodustatud TERVIK

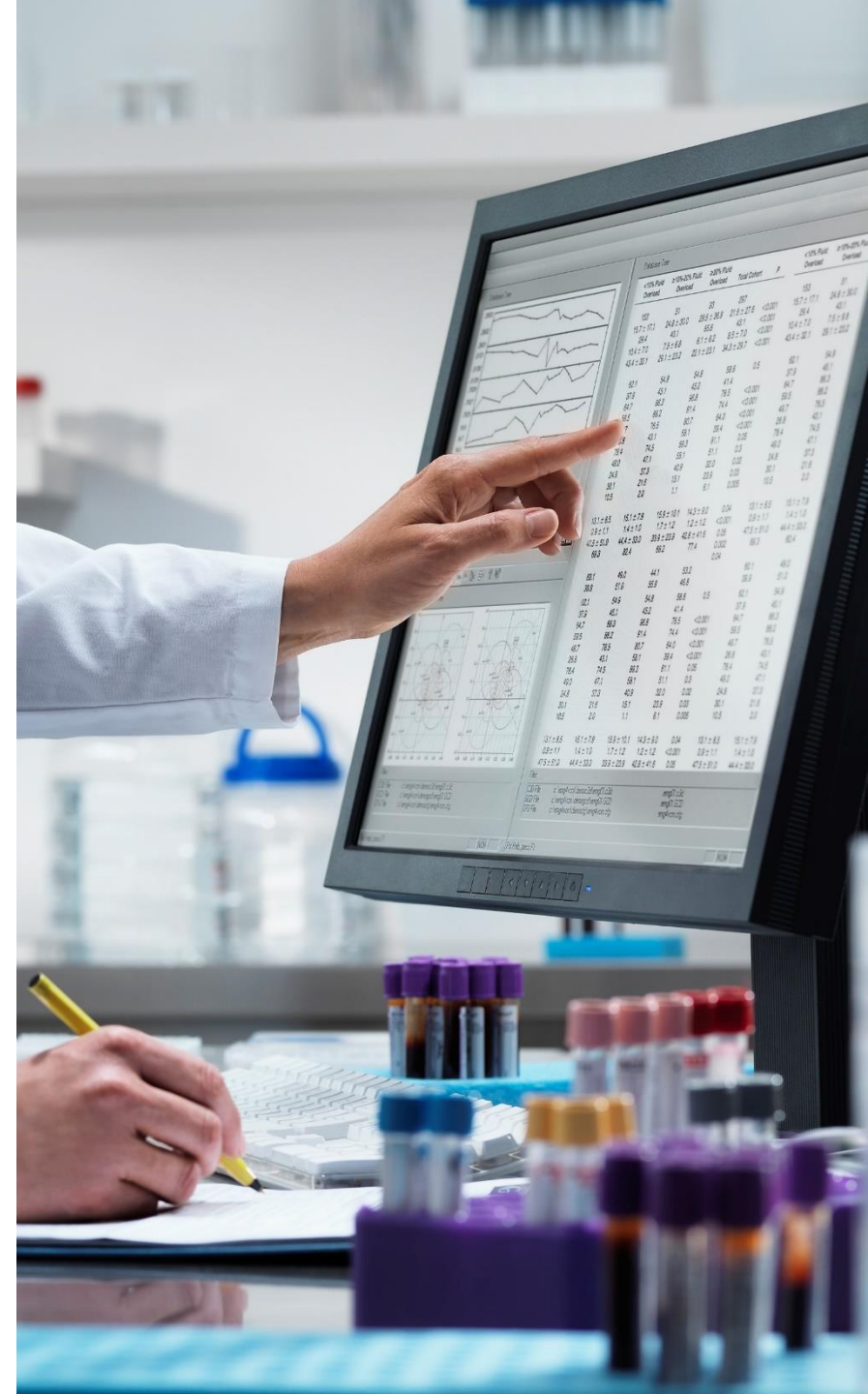
Maakondlik koostöökogu (SOM,TERK, KOV-id, PETV+ maakonnahaigla)

Maakonna TERVIK koondab olulisemad piirkonna teenuseosutajad



TERVIK-u ülesanded

- **Analüüsida** riigi poolt pakutava juhtimislaua alusel **piirkonna vajadusi, omada ülevaadet** piirkonna esmatasandi ressurssidest
- **Koostada** piirkonna eesmärkidega kooskõlas **strateegia ja tegevuskava**
- **Töötada välja** kohapeal toimivaid **koostöölahendusi** ja juhendeid, kokku leppida nende kasutamises kõigi osapoolte poolt
- **Teha riigi ja KOV esindajatele ettepanekuid** ressursside paremaks kasutamiseks
- **Osutada teenuseid koostöös**, võimalusel integreeritult, **jälgida regulaarselt koostöö tulemuslikkust**
- Laiendada ja toetada võrgustikku, **pidada teenuseosutajate andmekogu**
- Toetada valmisolekut **erakorralisteks olukordadeks**

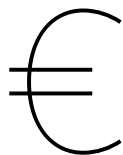


TERVIKu moodustamise eesmärk on luua:



JURIIDILISED ALUSED

- delegeerida teenuseosutajatele ühtselt ülesanne leppida kokku kellele ja kuidas antud piirkonnas koordineeritud teenuseid osutatakse ja, kes piirkonna teenuseosutajatest sellesse kaasatud on
- teha võrgustikul teenuste rahastajatele ja korraldajatele ühiseid ettepanekuid piirkonna teenuseosutamise paremaks korraldamiseks



VÕIMALUS RAHALISELT

- toetada piirkondliku koostöö loomist
- motiveerida koordineeritud teenuste osutamist
- motiveerida koostööd läbi tulemustasude
- liikuda järk-järgult teenuste integreeritud rahastamisele

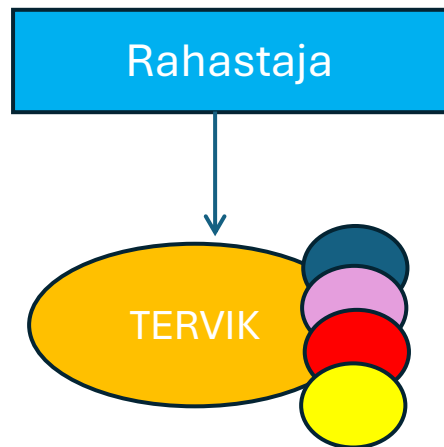


SELGUS

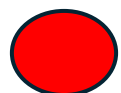
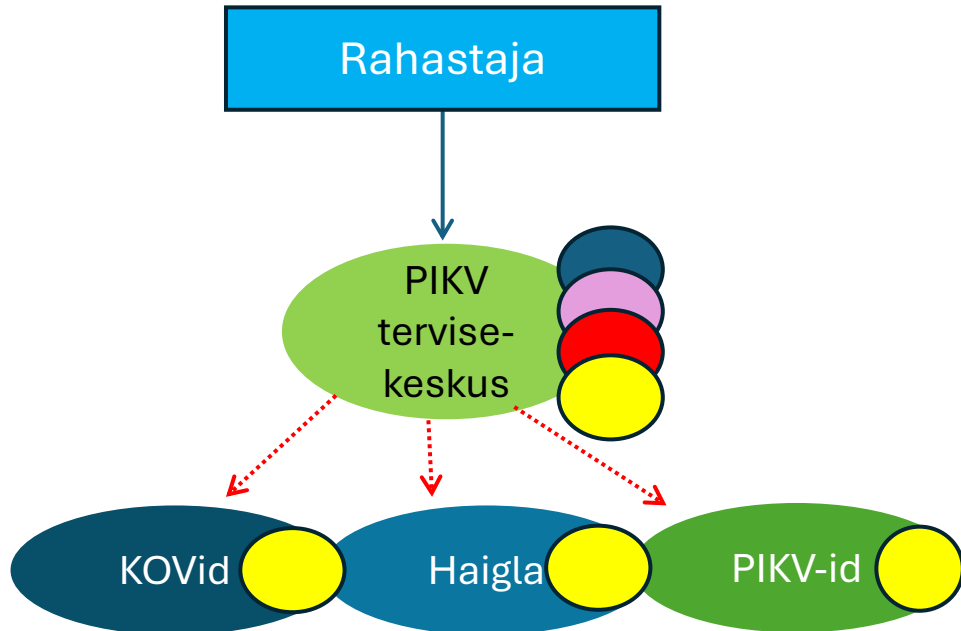
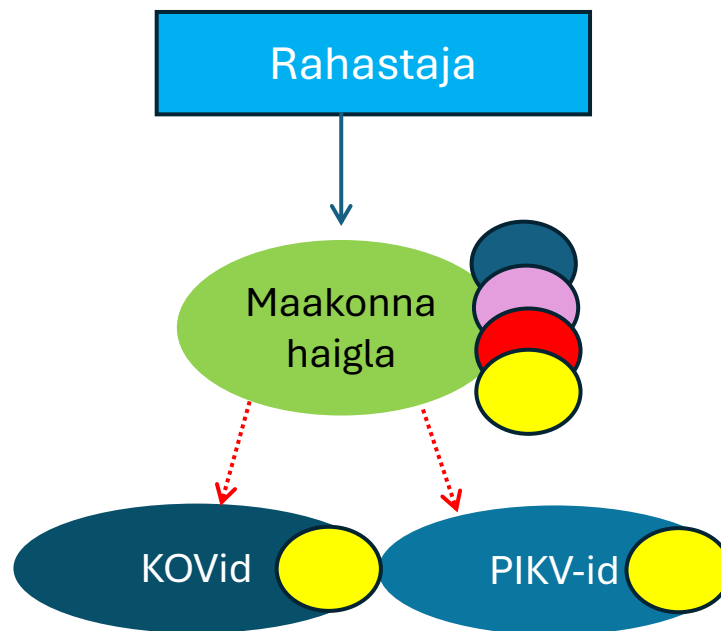
- ühised teenuseosutamisega seotud tulemusmõõdikud (juhtimislaud) ja vastutus nende täitmise eest
- ülevaade piirkonna võimalike ja tegelike koostööpartnerite osas
- püsiv koostöövõimekus ja plaanid eriolukordadeks

Kuidas korraldada TERVIK-u ülesannete täitmist

TERVIK- eraldi jur isik



TERVIK- olemasolev jur isik



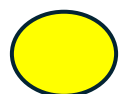
Võrgustikutöö, sh koostöölahendused, ühine tulemuste hindamine, märkamise korraldamine jms



Võrgustikuliikmete kaasamise ülesanne, kommunikatsioon



Kontaktide ja teenuste andmebaasi pidamise ülesanne



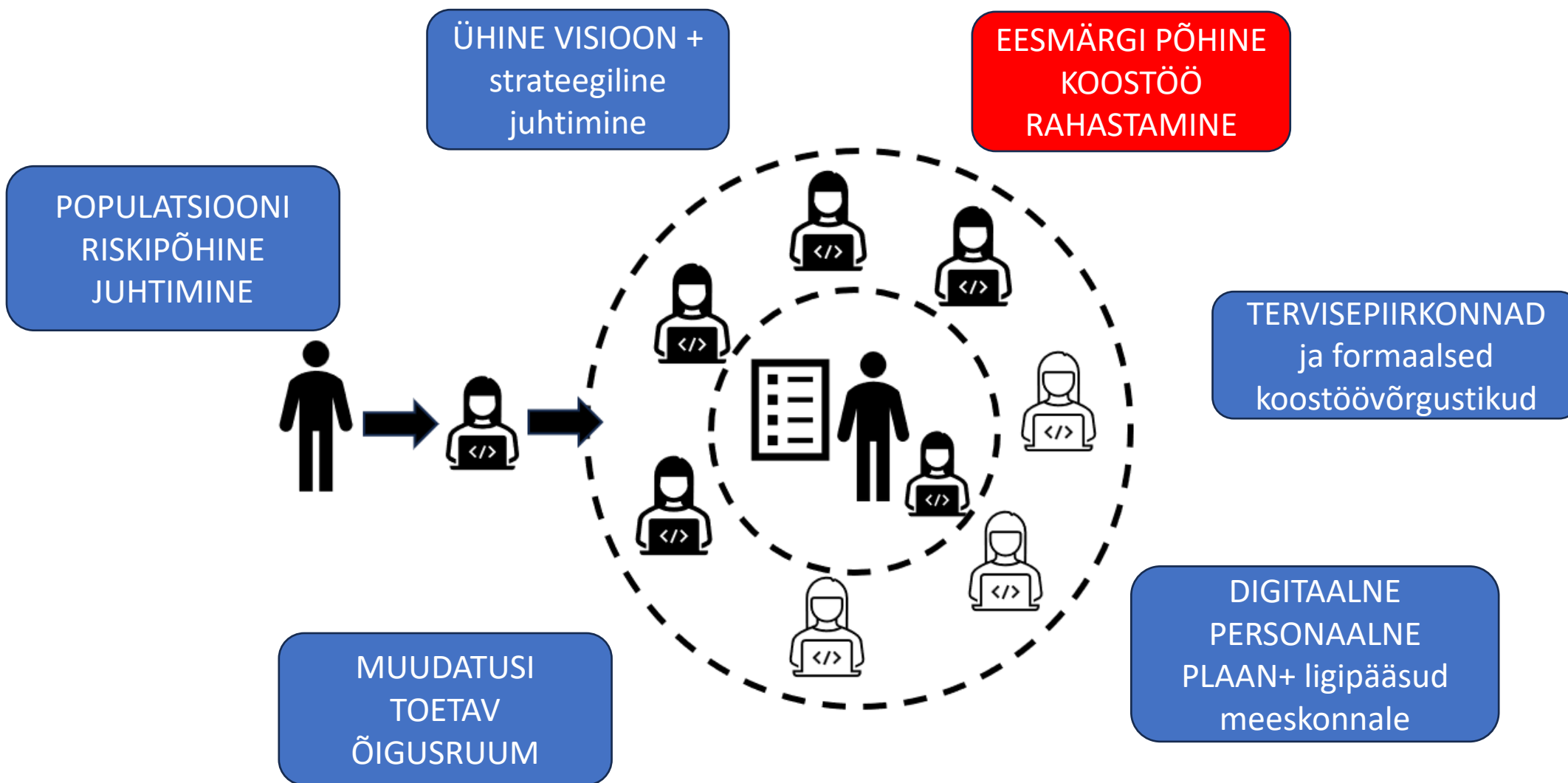
Võrgustikuteenuse osutamise ülesanne



Rahastamise leping

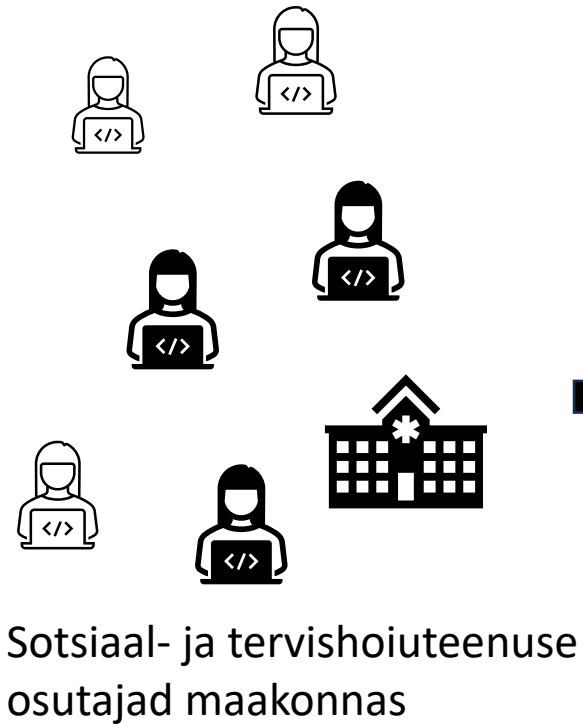


Koostöö leping



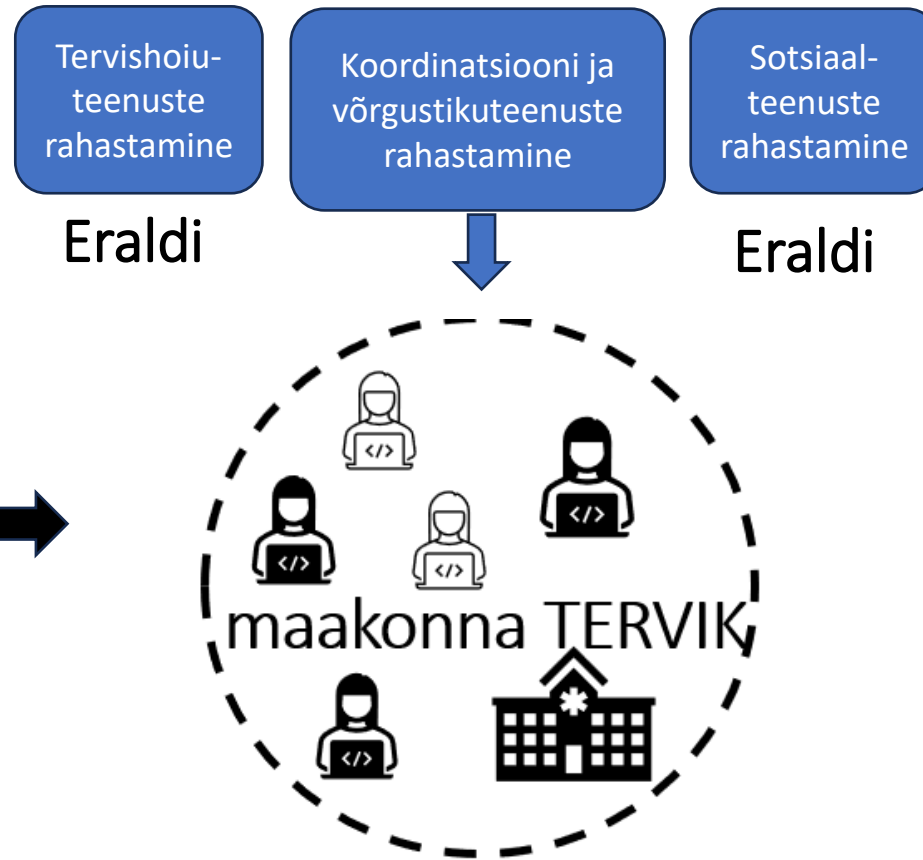
TERVIK-ute ja nende poolt osutatavate teenuste rahastamine

TÄNA



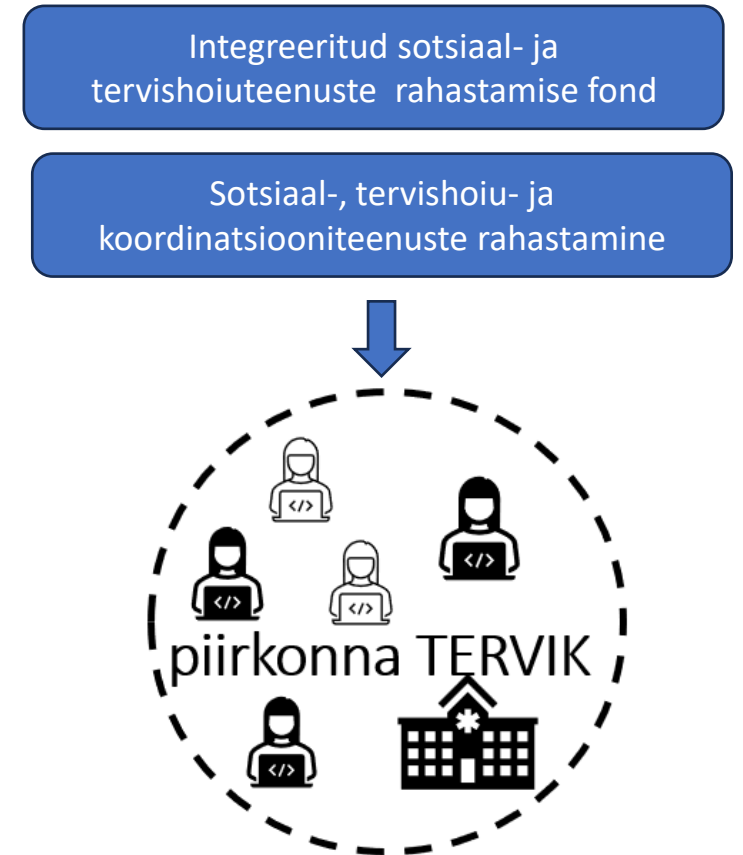
LÄHI-TULEVIKUS

Koordineeritud rahastamine



KAUGEMAS TULEVIKUS

Integreeritud rahastamine



Eesmärgid mõõdetavaks (näide)

- Riskirühmadele on tagatud proaktiivne valdkonnaülene koordineeritud abi, mis toetab kodust iseseisvat toimetulekut ning ennetab haiglaravile ning hooldekodusse sattumist

Eesmärk-mõõdikud TERVIK-ule

- 4+ kroonilise haigusega riskirühma hõlmatus Tervisejuhtimisega esmatasandil, eesmärk 30%
- 4+ kroonilise haigusega riskirühma (re)hospitaliseerimine eriarstiabis, eesmärk vähendada 15%
- 4+ kroonilise haigusega riskirühma eriarstiabi ja stats õenduse kulud, eesmärk: kokkuhoid 5%
- 65+ elanikkonnast hooldekodus elavate inimeste osakaal, eesmärk: ei suurene üle 2%
- 65+ elanikkonnast kodust toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid saanute osakaal, eesmärk: ületab hooldekodus elavate inimeste osakaalu
- Hooldekodu teenuse kulude osakaal KOV sotsiaalvaldkonna kogukuludest – jääb alla 40%

Ka TERVIK peab saavutatud kulutõhususest osa saama, et võimaldada planeeritud arenguid piirkonna probleemsetes valdkondades

Esmapiilgul lisakulu, tegelikult investering

Valdkonnaülese koordinatsiooni teenused (rahvusvahelised parimad praktikad)	Oodatav mõju sihtrühmale (3 aastat peale rakendamist)*	Proгноositav lisakulu/kokkuhoid**
- Riskipõhine ravi juhtimine ja teenus-koordinatsioon esmatasandil, (ennetab EMO-sse, haiglaravile, hooldekodusse sattumist) - Haiglast varajase väljumise toetamine, kvaliteetne järelravi, vajadusel kodu kohandamine ja kodus toimetuleku nõustamine ning toetamine - Koduhaigla teenus eesmärgiga vältida võimalusel hospitaliseerimist - Kodulähedane/kodupõhine palliatiivne ravi	- Välditavad hospitaliseerimised ↓ ca – 10 mln, - Välditavad rehospitaleerimised ↓ ca -10 mln - Haiglaravi kestus ↓ 20-25% st tänaselt 7 päevalt 5,5 päevale, ↓ ca 112 000 VP võrra, ca -23 mln - Välditavad EMO visiidid ↓ 20%, ca - 8 mln, ↓ 30%, ca – 12 mln	Proгноositav lisakulu valdkonnaülese koordinatsiooni teenustest max 10 mln aastas OECD hinnangul on oodatav sääst TH süsteemile 3a peale rakendamist ca -5% sihtrühma (so 55-84 aastaste) tervishoiukuludest aastas so ca 50 mln aastas. Tervisekassa andmete analüüs kinnitab seda.

Kuidas edasi?

2024

- Visiooni arutelud ja täiendamine
- Rahastamise eelduste loomine
- IT eelanalüüsid

2025

- Memo Vabariigi Valitsusele (mai)
- Õigusaktide VTK-d ja eelnõud
- Võrgustumise ettevalmistamine (nt integratsiooni initsiatiivgruppide moodustamine, rahastamise süsteemi muudatuste ettevalmistamine)
- Tervisejuhtide täiendkoolituse õppekava hange
- Ettevalmistused IT arenduste hankeks
- TERVIK-ute juhtimislaudade ettevalmistamine

2026

- TERVIK-ute ja koostöökogude moodustamine
- Võrgustike loomise mentorlusprogramm
- Võrgustikulepingute sõlmimine
- IT arenduste hange
- Tervisejuhtide koolitus

A heart shape is formed by several hands of different skin tones (white, light brown, dark brown) reaching in from the edges of the frame. The hands are positioned so that their fingers and thumbs meet at the top and bottom points of the heart, while the palms face inward. The background is a plain, light gray.

TÄNAN!

Lisamaterjal

Tervisejuhi teenus esmatasandil

PA saab suunata oma PT kas tervisejuhi nõustamisele või siis koordineeritud teenuse osutamisele. PA peab alati andma nõusoleku koordineeritud teenuse alustamiseks.

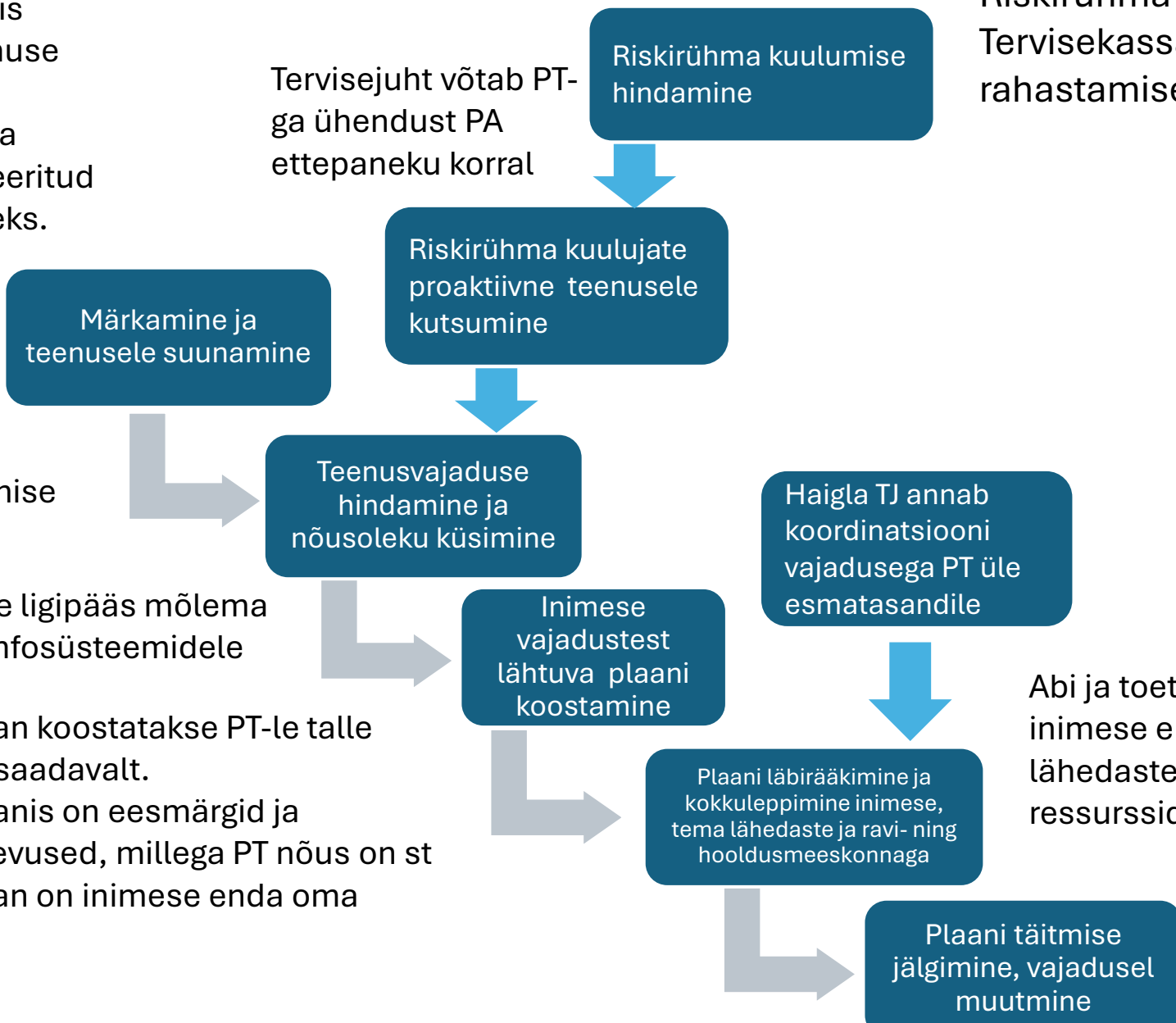
Teenusele saavad suunata ka läbi märkamislehe täitmise teised osapooled

TJ-le antakse ligipääs mõlema valdkonna infosüsteemidele

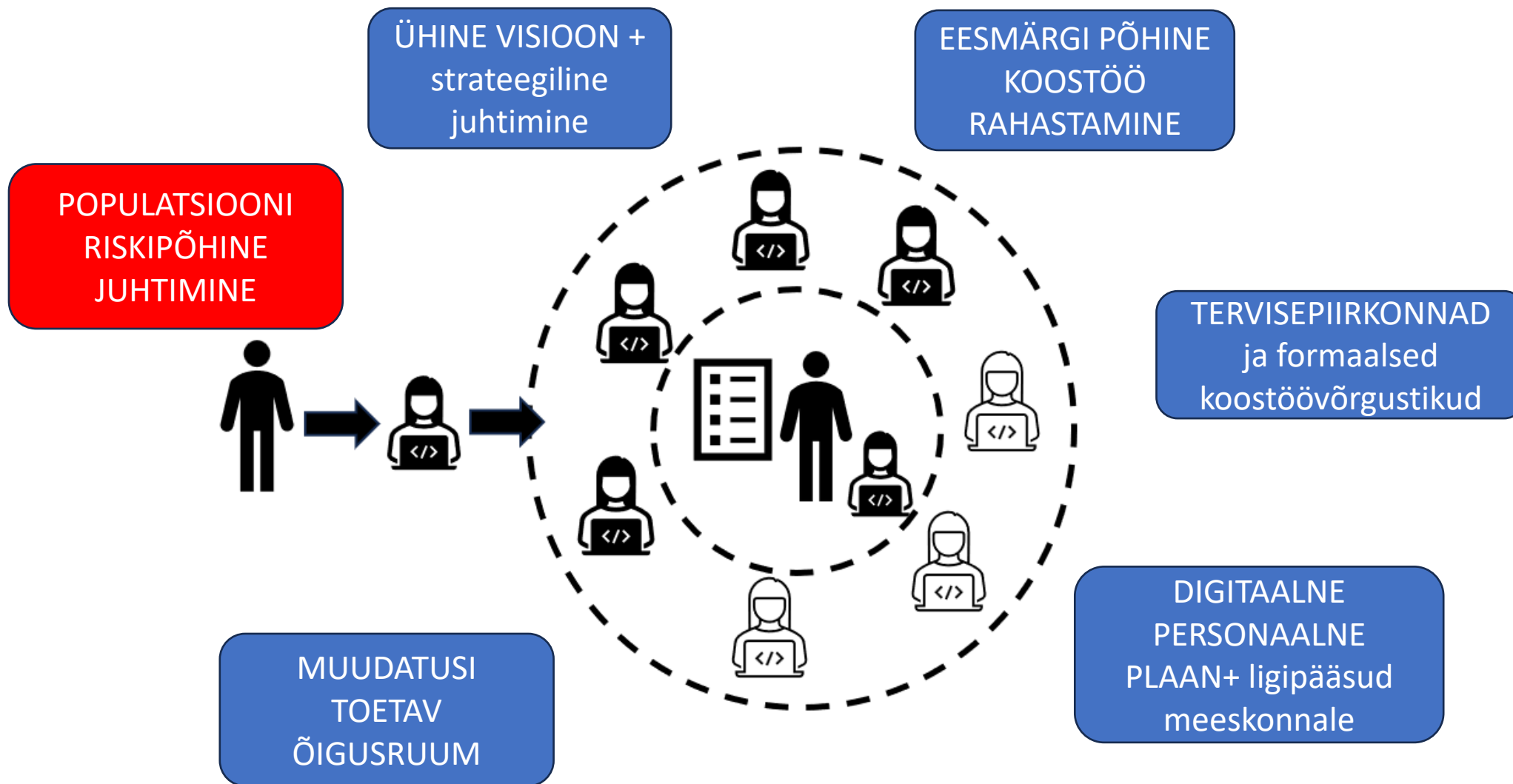
Plaan koostatakse PT-le talle arusaadavalt. Plaanis on eesmärgid ja tegevused, millega PT nõus on st plaan on inimese enda oma

Tervisejuht võtab PT-ga ühendust PA ettepaneku korral

Riskirühma annaks PA-le ette Tervisekassa koos rahastamise lepinguga



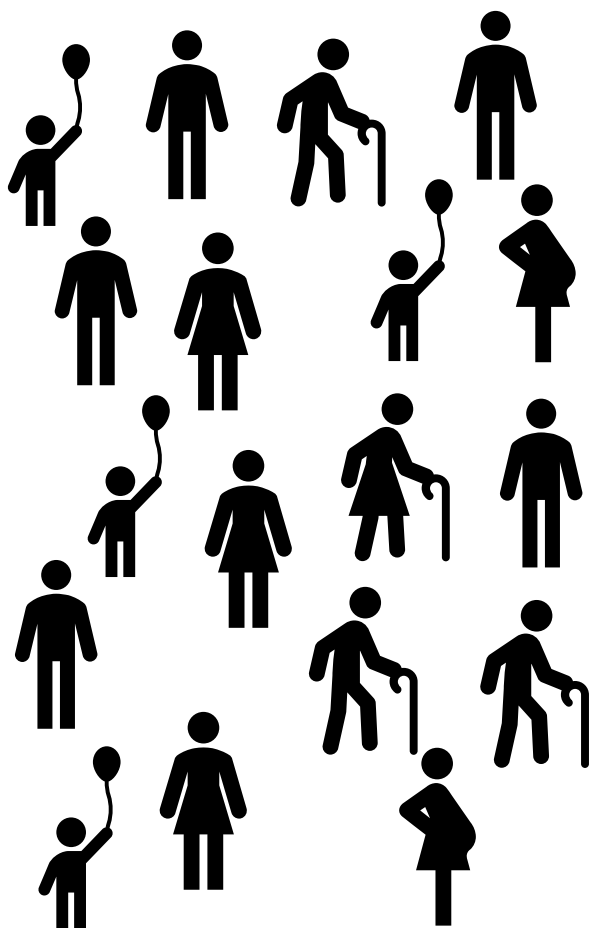
Kui inimene saab plaani täitmisega ise hakkama, lõpetatakse koordinatsioon



Populatsioonipõhine riskijuhtimine

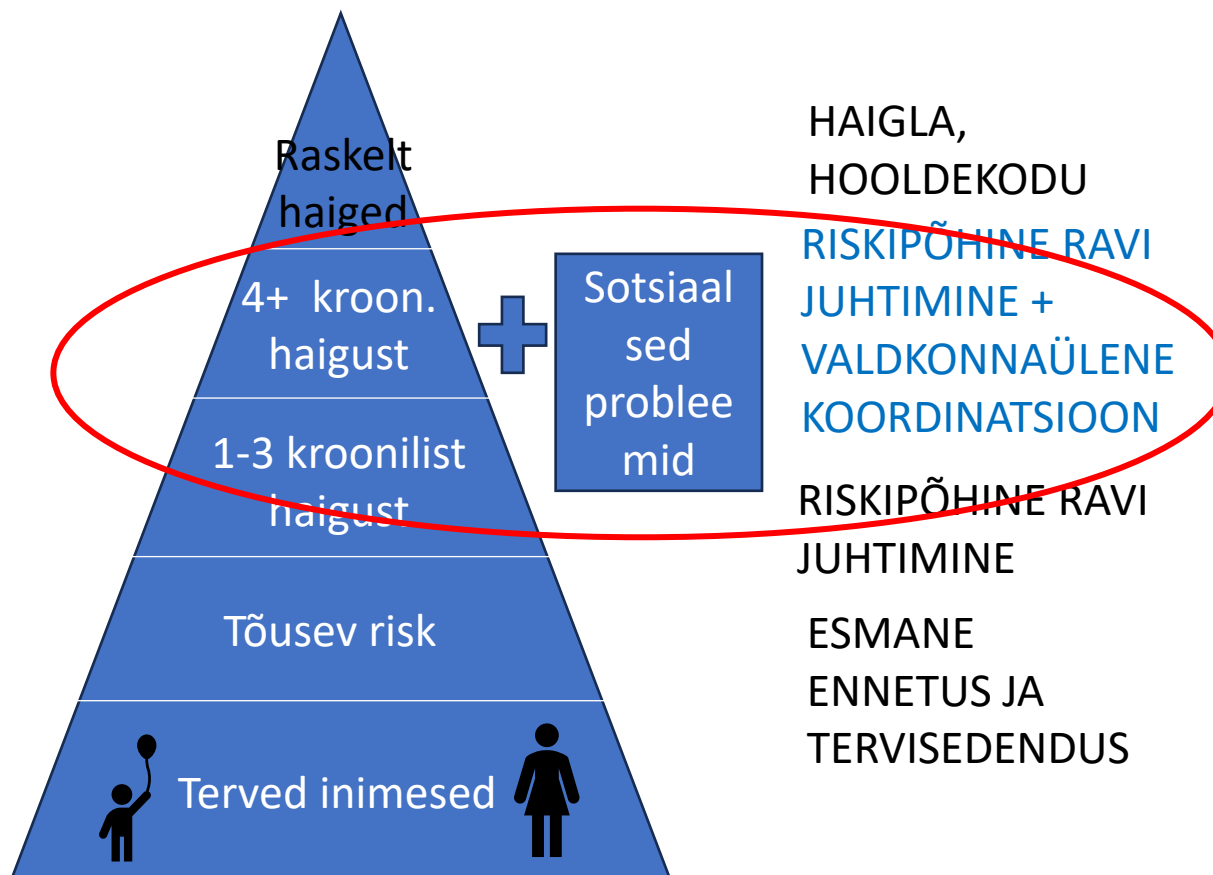
TÄNA

Piirkonna populatsioon

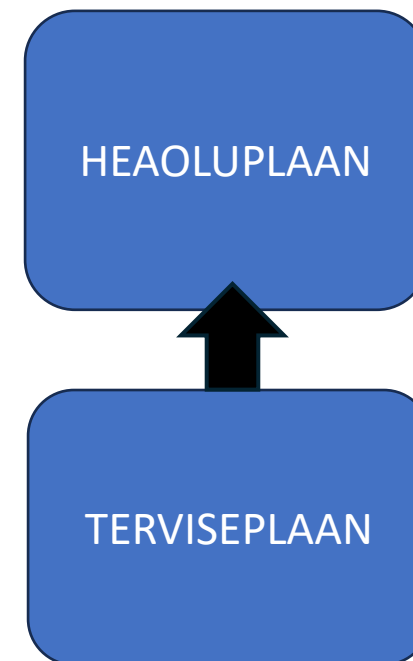


TULEVIKUS

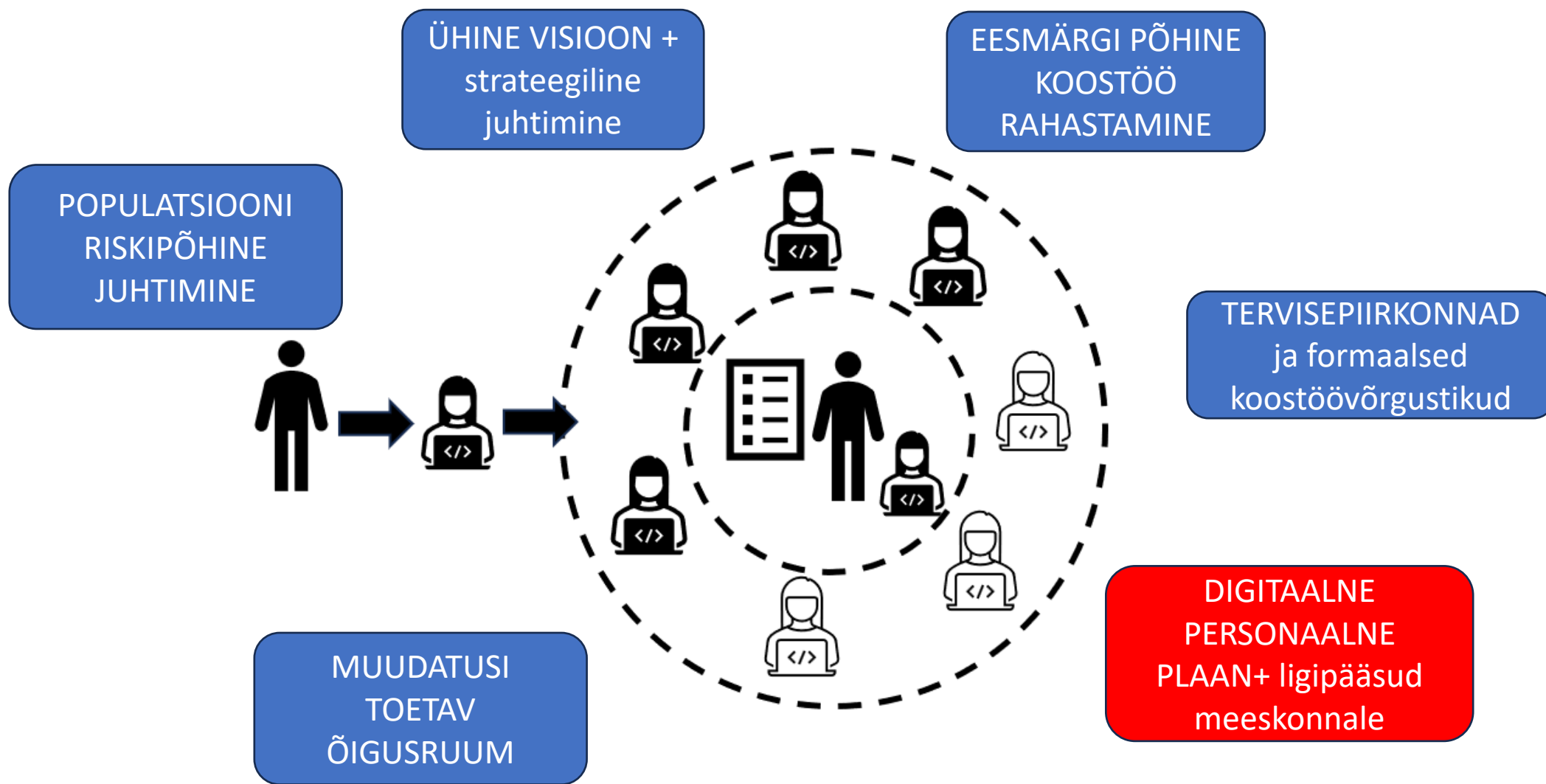
Piirkonna populatsioon ja talle suunatud teenused



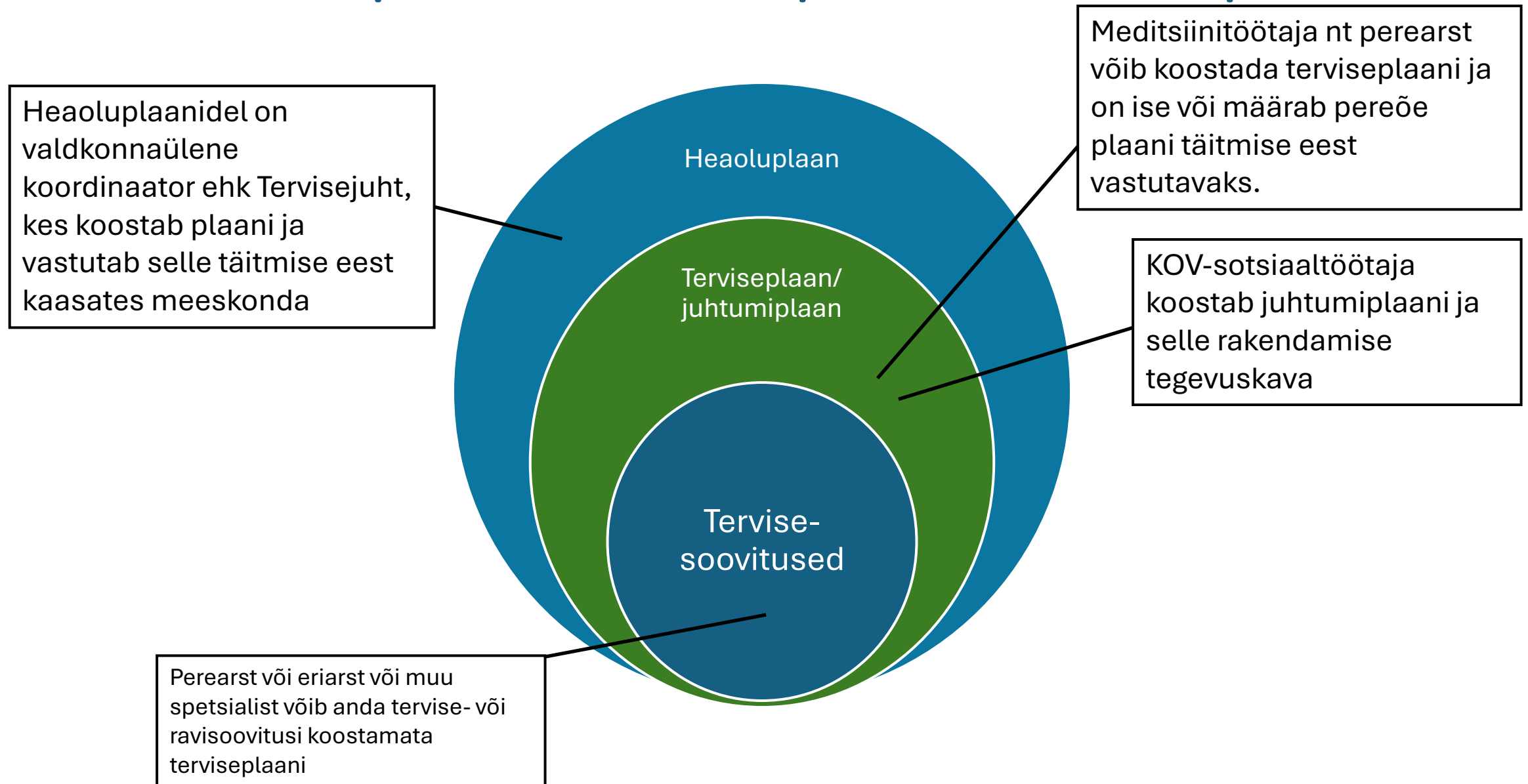
Üks inimene,
üks plaan!



Integreeritud süsteemile ülemineku strateegia Eestis



Juhtumiplaan vs terviseplaan vs heaoluplaan



Juhtumiplaan vs terviseplaan

- Juhtumiplaan sisaldab järgmisi abivajaduse andmeid:

- 1) andmed isiku suhete kohta sotsialvõrgustikuga;
- 2) andmed isiku majandusliku olukorra kohta;
- 3) andmed isiku eluaseme ja elukeskkonna kohta;
- 4) andmed isiku tervises seisundi ja toimetuleku kohta;
- 5) andmed isiku sotsiaalse seisundi, sealhulgas töötamise ja õppimise kohta;
- 6) andmed isiku töötamise, õppimise ja ühiskonnaelus osalemist takistavate probleemide kohta;
- 7) andmed isiku töötamise, õppimise ja ühiskonnaelus osalemist toetavate ressursside kohta;
- 8) andmed varasemate hindamiste kohta.

- Juhtumiplaan sisaldab järgmisi tegevuskava andmeid:

- 1) juhtumi tegevuskava eesmärgid;
- 2) tegevuskava eesmärkide saavutamist takistavad tegurid;
- 3) tegevuskava eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused ja teenused;
- 4) tegevuste elluviimise eest vastutajad;
- 5) tegevuskava elluviimise aeg;
- 6) tegevuskava täitmise hindamise aeg ja tulemus;
- 7) soovitus edasiseks tegevuseks.

- Terviseplaan peaks sisaldama minimaalselt:
 - Olukorra kirjeldus
 - Diagnoosid ja nendest tulenevad piirangud
 - Tervise-eesmärgid
 - Tervise (käitumise) soovitus
 - Ravimiskeem
 - Ravijuhised
 - Tegevuskava koos vastutajatega
 - Juhul kui ...
 - Olulised kontaktid sh võrgustik
 - Tegevuskava täitmise hindamise aeg

Juhtumiplaan tuleks koostada, kui inimene vajab pikaajalist ja mitmekülgset abi (Sotsiaalhoolekande seadus)

- Juhtumiplaan sisaldab järgmisi abivajaduse andmeid:

- 1) andmed isiku suhete kohta sotsiaalsõrgustikuga;
- 2) andmed isiku majandusliku olukorra kohta;
- 3) andmed isiku eluaseme ja elukeskkonna kohta;
- 4) andmed isiku tervises seisundi ja toimetuleku kohta;
- 5) andmed isiku sotsiaalse seisundi, sealhulgas töötamise ja õppimise kohta;
- 6) andmed isiku töötamise, õppimise ja ühiskonnaelus osalemist takistavate probleemide kohta;
- 7) andmed isiku töötamise, õppimise ja ühiskonnaelus osalemist toetavate ressursside kohta;
- 8) andmed varasemate hindamiste kohta.

- Juhtumiplaan sisaldab järgmisi tegevuskava andmeid:

- 1) juhtumi tegevuskava eesmärgid;
- 2) tegevuskava eesmärkide saavutamist takistavad tegurid;
- 3) tegevuskava eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused ja teenused;
- 4) tegevuste elluviimise eest vastutajad;
- 5) tegevuskava elluviimise aeg;
- 6) tegevuskava täitmise hindamise aeg ja tulemus;
- 7) soovitud edasiseks tegevuseks.

Heaoluplaan, mille Tervisejuht koostab, peaks võimalusel saama sisendi tervise- ja juhtumiplaanist:

- Olukorra kirjeldus
- Puude liik ja raskusaste, sellest tulenevad piirangud (SKAIS)
- Diagnoosid ja nendest tulenevad piirangud
- Riskirühm
- Holistlik eesmärk (pole vaja haiglast kodusele ravile liikumise plaani korral)
- Tegevuskava eesmärgid
- Tegevuskava so planeeritud tegevused koos vastutajate ja tähtaegadega
- Tervise (käitumise) soovitus
- Ravimiskeem
- Ravijuhised
- Taastumisjuhised (taastusravi plaanist)
- Hooldusjuhised (õendushooldusplaanist)
- Juhul kui ...
- Olulised kontaktid sh võrgustik
- Tegevuskava täitmise hindamise aeg
- Inimese nõusolek

Teenuseosutamise info, hindamiste,
juhtumiplaanide päringud STARi, suunamised

Teenuseosutamise info, hindamiste,
heaoluplaanide päringud TISi,
suunamised

TIS

STAR

TERVISHOID

SOTSIAALVALDKOND

tsentraalne Tervisejuhtimise töölaud

tsentraalne STAR lahendus

Terviseplaanide ja Heaoluplaanide
koostamine vaatamine ja täiendamine

Juhtumiplaanide koostamine,
muutmine

Hindamiste lisamine, vaatamine

Hindamiste lisamine,
vaatamine

Tervise/ravi soovitude andmine

Meeskonnatöö juhtimine,
osalemine



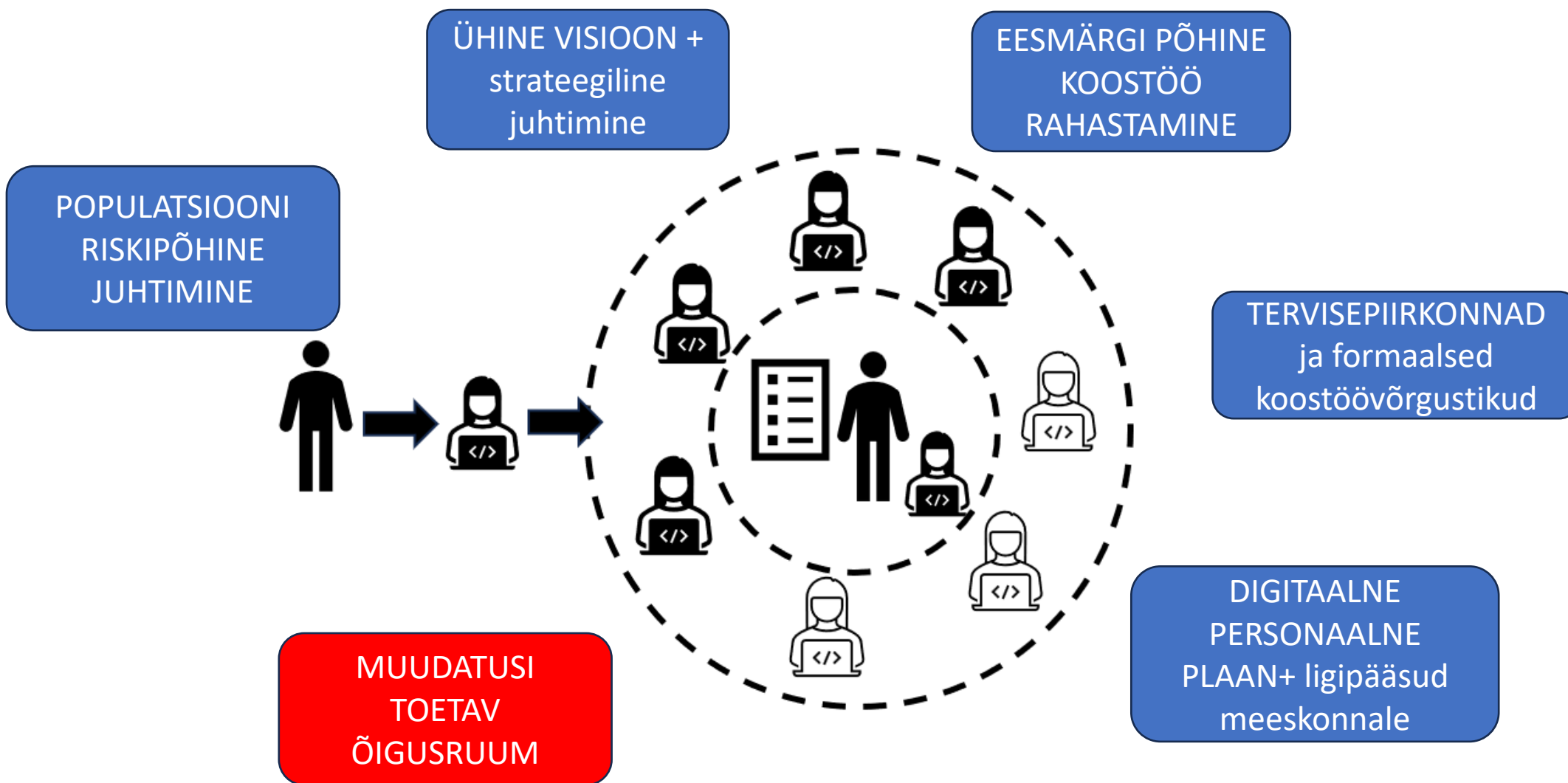
Tervisejuht



Tervishoiu spetsialist

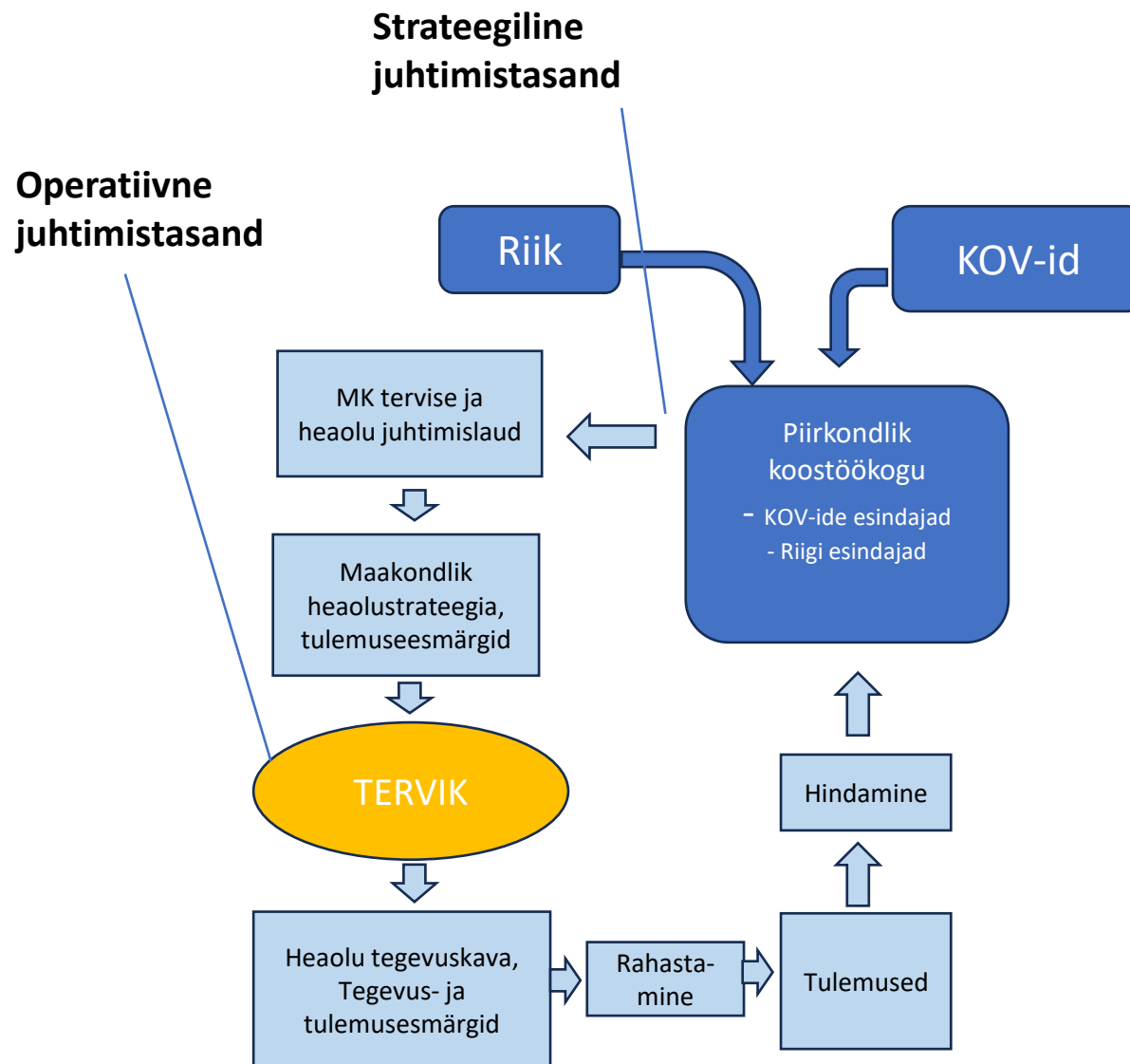


KOV sotsiaaltöötaja



Maakondlik TERVIK-süsteem - õigusruumi muudatused

- Tervisepiirkonnad (esialgu maakonnad) määratakse rahvatervise seaduse alusel
- SOM, Tervisekassa ja KOV-ide esindatel seaduslik kohustus moodustada piirkondlikud koostöökogud
- Piirkondlikul koostöökogul seaduslik ülesanne koostada maakondlik strateegia, kus terviseabi ja sotsiaalabi vaadeldakse koos (+ sihtrühma põhised eesmärgid)
- Tervisepiirkonna perearstidel, haiglal, kiirabil ja KOV-idel seadusest tulenev kohustus ühineda TERVIK-uks
- TERVIK-ul seadusest tulenev kohustus koostada strateegiaga kooskõlas tegevuskava ja vastutada selle elluviimise eest.
- TERVIK-u rahastamine seotud seatud eesmärkidega, baaskulu katavad Tervisekassa (personal) ja KOV-id (infra)



A heart shape is formed by several hands of different skin tones (white, light brown, dark brown) reaching in from the edges of the frame. The hands are positioned so that their fingers and thumbs meet at the top and bottom points of the heart, with the palms facing inward. The background is a plain, light gray.

TÄNAN!