

Vastused Linnade- ja Valdade Liidu poolt antud tagasisidele

Oleme nõus, et sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond vajab tulevikus terviklikumat ja süsteemsemat lähenemist. Samuti jagame arusaama, et tervisedendus peaks olema paremini põimitud esmatasandi tervishoiu, sotsiaalvaldkonna ja haiglatega. Siinkohal peame aga oluliseks rõhutada, et tervisedenduse peamine eesmärk on ennetada terviseprobleemide tekkimist enne, kui need vajavad sekkumist tervishoiusüsteemis. Tõhus ennetus aitab vältida olukordi, kus on vaja juba kulukamat ravi või sotsiaalteenuseid. Samuti toetame igati lähenemist, et hoolduskoordinatsiooni senise välisrahastuse lõppedes 2027. aastaks oleks Eestis välja kujunenud jätkusuutlik riiklik süsteem	Planeeritav muudatus on otseselt suunatud tervisedenduse ja ennetuse ning inimese terviseteadlikkuse parandamisele ja meil on heameel tõdeda, et oleme selle vajalikkuses Eesti Linnade ja Valdade Liiduga üksmeelel. Samuti on SoM-il heameel tõdeda, et seni välisrahastusest toetatud hoolduskoordinatsiooni süsteemi kujundamine riiklikuks süsteemiks on meie ühine prioriteet.
On oluline määratleda, kas TERVIK on juriidiline isik või koostöövõrgustik, kes on selle töötajad ja rahastus ning milline on tervisedendaja kindel koht selles struktuuris. 2.2.Leiame, et hetkel väljapakutud lahenduse lõppeesmärk on kiiduväärt, kuid VTK-s kirjeldatud lahendus ei pruugi olla kõige mõistlikum ja kulutõhusam viis eesmärkide saavutamiseks. TERVIK-ute süsteemi rakendamine koos rehabilitatsioonisüsteemi muutmisega on väga laia ulatusega muudatus, mille oodatud kujul toimima hakkamine eeldab kõigi tasandite muudatuste, selleks vajaliku ressursi ja tegevuste ning tulevaste tööprotsesside põhjalikku läbimõttlemist ning erinevate detailidega arvestamist. Vastav töö peaks olema tehtud enne õigusaktide muudatuste vormistamist, sest detailidega tuleb arvestada ka õigusruumi kujundamisel, sh üleminekuga seotud sätete juures. VTK-s toodud info kohaselt on seni läbi viidud analüüsid suunatud pigem uue lähenemise mudelile üldisel tasandil, neist ei pruugi olla abi organisatsioonide toimimise ja tulevaste tööprotsesside jaoks oluliste õiguslike aluste kujundamiseks. Samas ei viidata VTK-s täiendavate analüüside tegemise vajadusele ja antakse lubadus, et õigusaktide muudatuste eelnõu tuleb juba septembris kooskõlastamisele. VTK-st ei selgu, milliseid õigusakte plaanitakse muuta ja kas ka eelnõu koostamise käigus on planeeritud seotud osapoolte kaasamist.	Nõustume, et TERVIK-ute loomine ja rehabilitatsioonisüsteemi viimine uutele korralduslikele alustele on suur muudatus ning ka kaasamise selguse huvides on tarvilik teineteisest eristada, kus kahe muudatuse vahel otsest seost ei ole. SoM on seda ka nüüdseks planeerinud ja otsustanud need kaks reformi teineteisest eraldada niivõrd, kui see võimalik on. Kinnitame, et muudatustega seoses viime läbi täiendavaid rakenduslikke analüüse. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatused ehk uutel alustel rehabilitatsiooniteenuste korralduse ja rahastamise rakendumine ei ole kavas 1. jaanuaril 2027 nagu VTKs kirjeldatud, vaid see on kavandatud 1. oktoobril 2027. Lisame, et vastav eelnõu ei ole veel kooskõlastusringile saadetud ehk muudatuste jõustamiseks on esmalt vajalikud õigusloomemuudatused. VTK tagasiside ka maakondlike arutelude alusel pakub SoM välja, et TERVIK-u võiks moodustada järgmistel viisidel: 1) koostöökokkuleppeliselt –nõutud osapooled (so maakonna KOV-id, perearstiabi osutajad ja haigla(d)) valivad endi hulgast TERVIK-u moodustaja, kes eristab enda juriidilises isikus struktuuriüksuse, mis hakkab täitma TERVIK-u ülesandeid. TERVIK-u moodustaja sõlmib teiste osapooltega koostöökokkulepped, (mille alusel on tal õigus osapooli esindada ja sõlmida TERVIK-u nimel siduvaid lepinguid). 2) eraldiseisva juriidilise isikuna - nõutud osapooltest üks või mitu moodustab eraldiseisva juriidilise isiku (võib reorganiseerida ka olemasolevat jur isiku), mis hakkab täitma TERVIK-u ülesandeid.

	Teised osapooled, kes ei osale nimetatud juriidilise isiku moodustamises, sõlmivad temaga koostöökokkuleppe. TERVIK-us töötaks minimaalselt võrgustiku juht ja eelistatavalt ka tervise teekonna juhid. Tervisedendaja osas saame arvestada ELVL ettepanekuga. Integratsiooniga seotud muudatused planeeritakse teha valdavalt rahvatervise seaduse alusel. Eelnõu koostamisse kaasatakse ELVL.
VTK-st jääb mulje, et kahe süsteemi sisulist integreerimist antud reformiga ei toimu, pigem viiakse osad, siiani sotsiaalvaldkonna poolt korraldatud teenused (rehab. teenused), üle tervishoiusüsteemi ja samuti luuakse tervishoiusüsteemi koordineerivad tervisejuhid, kes hakkavad inimesi aitama erinevate valdkondade abini jõudmisel. Leiame, et valdkondade sisuline integratsioon ei tähenda kahe erisüsteemi vahel täiendava koordinaatori loomist, vaid süsteemide liitmist ühtseks süsteemiks nii, et lisakoordinatsiooni ei ole vaja	Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi liitmine ühtseks süsteemiks tähendaks, et mõlemate teenuste korraldus ja rahastamine viiakse samale tasandile ja sarnastele põhimõtetele. Selletaolise reformi viis hiljuti läbi Soome riik. Soome eksperdid on meile oma kogemuse põhjal soovitanud pigem liikuda integratsiooniga edasi järk-järgult, mitte teha järsult väga suuri muutusi, sest nende käigus kannatavad nii teenuseosutajad kui abivajajad. Mõistlikum on alustada integratsiooniga järk-järguliselt motiveerides ja kasvatades koostöökultuuri ja -harjumust. Seetõttu oleme planeerinud integratsiooni mitmeetapilisena. Valdonnaülese koordinatsiooni teenus on kasutusel nii sellistes riikides, kus tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem on korraldatud erinevatel tasanditel kui ka riikides, kuis need on korraldatud samal tasandil ja selle vajadus tuleneb teenuseosutajate ning teenuste paljususest ja mitmekesisusest. Rehabilitatsiooniteenuste korralduse ja rahastuse muutmisega on kavas ka teenuse sisulised muudatused alates sellest, et teenuse osutamine toimub vajaduspõhiselt, lähtudes tervises seisundist ning integreerituna tervishoiuteenustega.

Senisest süsteemsemat koostööd on vaja luua ka haridussüsteemiga, kuid haridusvaldkond on plaanidest välja jäänud, kuigi riigi tasandil on räägitud laste rehabilitatsiooniteenuste ja hariduse tugiteenuste paremast sidustamisest. Arvestades, et suur osa sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajatest on lapsed on see oluline puudujääk. Paljud vaimse tervise probleemid algavad koolieas ning õpetajatel ei ole aega tegeleda laste, pere ja terviseprobleemidega. Tugispetsialiste on vähe ja nad ei jõua abivajajate lasteni.	Nõustume, et haridus- aga ka näiteks töövaldkonda on oluline kaasata. Samas näeme, kui suur väljakutse on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimine, oleme otsustanud edasi liikuda samm-sammult. Haridus- ja teadusministeeriumi ja ka Töötukassa esindajad osalevad rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste juhtrühma töös ning seega on kaasatud, omades ülevaadet kavandatavatest muudatustest ning on võimalus haridussüsteemi kokkupuutekohti ja mõjusid käsitleda. Haridus-ja teadministeeriumiga toimub ka “Lastele sotsiaal-, tervishoiu- ning haridusvaldkonnas vajaduspõhise integreeritud toe ning hindamise konsolideerimise kava” rakendamise seiramine.
VTK põhjal jääb ebaselgeks moodustatavate uute asutuste/haldusorganite vajadus, roll ja vastutus. TERVIK-u moodustamisel ette nähtav tulem on kirjeldatud üldisena, TERVIKU roll ja vastutus jääb ebamääraseks. VTK põhjal ei selgu, kas TERVIKU-te moodustamisele oleks sisuliselt ja majanduslikult tõhusamaid alternatiive võimestada juba olemasolevaid süsteeme või süsteemi osasid. Nt jääb ebaselgeks, kas on kaalutud alternatiivi täiendada esmatasandi arstiabisüsteemi sotsiaalvaldkonna teadmistega töötajate abil, st luua tervisekeskuses/perearsti praksises/haiglas sotsiaaltöötaja töökoht.	Selgitame, et terviklik toimiv integratsioonimudel peab sisaldama a) koostöömudelit strateegilise juhtimise tasandil (so riigi ja KOV-ide koostöö ehk maakondlik koostöökoogu, mille peamine ülesanne on kokku leppida maakonna peamised koostöövaldkonnad ja koostööeesmärgid) b) koostöömudelit teenuseosutajate tasandil (so tervishoiuteenuse osutajate ja sotsiaalteenuse osutajate koostöö ehk TERVIK, mille peamine ülesanne on kokkulepitud eesmärkide koostöös ellu viimine) c) koostöömudelit spetsialistide tasandil (so tervishoiuspetsialistide ja sotsiaaltöötajate koostöö, mille sujuvamaks toimimiseks soovib riik kasutusele võtta terviseteeonna juhi teenuse) Üks ei asenda teist. Hoolduskoordinatsiooni mudeliga oleme katsetanud varianti, et sotsiaaltöötaja töökoht luuakse tervisekeskuses. See jääb ebapiisavaks, kuna inimese kohta selle lahendusega siiski ei liigu vajalikul määral ja inimesele ei teki ühte plaani.

Väidet, et täiendavaid rahalisi kohustusi KOV-idele integreeritud süsteemi rakendamisega ei kaasne, ei toeta ükski analüüs. Näiteks on ebaselge, kuidas muutub KOV sotsiaaltöötajate töökoormus seoses vajadusega osaleda rohkematel võrgustikukohtumistel. Kindlasti kaasneb ka sotsiaalteenuste kulu kasv, kuna teenustele hakkavad jõudma inimesed, kes varasemalt ei jõudnud. Vaja võib olla teha muudatusi KOV spetsiifilistes infosüsteemides jm ning lisanduda võivad muud kaudsed kulud.	VTK tõi välja, et täiendavaid otseseid rahalisi kohustusi KOV-idele ei kaasne. Tegelik mõju sõltub sellest, kui tugev on omavalitsuse senine töö kompleksse abivajadusega inimestega. Ka kehtiv Sotsiaalhoolekande seadus eeldab sotsiaaltöötajatelt terviklikku abivajaduse hindamist ning juhtumikorraldust olukorras, kus inimene vajab mitmekülgset ja pikaajalist abi ning erinevate osapoolte koostööd. Seega ei loo muudatused põhimõtteliselt uut nõuet, vaid tugevdavad juba seaduses sätestatud töökorraldust. Muudatuste eesmärk on tagada, et abivajadusega inimesi toetatakse varakult ja süsteemselt, mis aitab ennetada sattumist kõige kallimatele teenustele ning parandab nii inimeste elukvaliteeti kui ka omavalitsuse kulutõhusust. Riigi eesmärk on toetada riskirühmi nii, et inimesed saaksid võimalikult kaua kodus iseseisvalt toime tulla. Omavalitsustes, kus see on juba hästi korraldatud, ei pruugi sotsiaaltöötajate koormus oluliselt kasvada. Kui aga omavalitsusel on selles valdkonnas kitsaskohti, annab muudatus parema ülevaate probleemide ulatusest ning võimaluse otsustada, kas ja kui palju täiendavalt panustada inimese kodusesse toimetulekusse, sh võrgustikutöösse. Kulude võrdlus näitab, et KOV-idel on majanduslik motivatsioon koduhooldust ja päevahooldust tugevdada: keskmine kulu inimese koduse pikaajalise hoolduse eest on ligikaudu 2000 eurot kuus, samas kui hooldekodu kulu võib ulatuda 10 000 euroni kuus. Seetõttu võib suurem panus kodus elamise toetamisse küll tõsta sotsiaaltöötajate koormust, kuid vähendada KOV-i kogukulutusi juhul, kui selle tulemusel väheneb hooldekodudesse jõudvate inimeste arv.
---	---

Lisaks ütleb VTK lk 13, et TERVIK-u tegevjuhi töökoha võimaldamise eest vastutavad KOV-id (mitterahaline panus), aga ei käsitle eraldi, mis saab siis, kui KOV-il sobivaid vabu ruume ei ole. Kas kohustus ruum tagada jääb KOV-ile, sest see on nende panus integreeritud süsteemi ja kui vabu ruume ei ole, tuleb KOV-il leida muu lahendus (nt üürida ruum või teha koostööd mõne teise asutusega). Praktikas võib tekkida vastuolu: väiksemates või juba niigi ruumikitsikuses olevates omavalitsustes võib ruumi leidmine tähendada siiski olulist lisakulu. Seega, kas juhul kui vabu ruume ei ole, jääb vastutus ikkagi KOV-ile? Sellisel juhul võib see tähendada üüri- või kohanduskulusid, mis muudavad “mitterahalise panuse” otseselt rahaliseks kohustuseks.	Terviku juhi kulumudelisse, mille oleme ette valmistanud koostöös Tervisekassaga, on siiski sisse arvestatud ka TERVIK-u juhi ruumikulu komponent (see sisaldub planeeritavas 1 miljonis). TERVIK-u juhte peaks olema üks maakonna peale ja ei ole otstarbekas neid paigutada maakonna väiksematesse KOV-idesse. Samas nendime, et suuremates maakondades nagu näiteks Ida-Viru või Harju maakond ei piisa ainult ühest terviku juhust, vaid on vajalikud täiendavad piirkondlikud koordinaatorid. Erinevate piirkondade täpsemad vajadused ja võimalused räägitakse piirkondadega eraldi läbi.
Oluline on ka see, et riiklikele teenustele on täna pikad järjekorrad ja kõigis piirkondades ei olegi vajalikke teenuseid? Kas ja kuivõrd tuleb lisasurve KOV-ide sotsiaaltranspordile?	Oluline on mõista, mis põhjusel enamasti sotsiaaltranspordi vajatakse ja millised on võimalused selle vajaduse vähendamiseks. Senine praktika näitab, et kohalike omavalitsuste poolt korraldatav sotsiaaltransport on seotud suures osas inimeste sõitudega eriarsti vastuvõttudele. Üheks lahenduseks on võimalus arutada TERVIKU-s, kuhu kuuluvad nii KOV-id kui ka tervishoiuteenuste osutajad peamisi põhjuseid, mis tingivad sotsiaaltranspordi kõrged kulud ja leida lahendusi selle vähendamiseks näiteks tuues vajalik tervishoiu spetsialist vastu võtma maakonda.
Segadust tekitab see, et VTK lk 9 on kirjas, et tervisejuhi töötamise kohaks on esmatasandi tervisekeskus. Kas siin on tegemist kahe erineva isikuga: tervisejuht ja tegevjuht, kelle töökoha eest on erinevad vastutajad?	Jah, tervisejuhi ehk terviseteeconna juhi <u>töökohaks</u> on esmatasandi tervisekeskus või haigla. Võrgustiku tegevjuht ei töötaks esmatasandi tervisekeskuse juures vaid pigem KOV-ide liidu või maakonda teenindava haigla juures so tema töökoht paikneks seal. Eelistatud on, et mõlemad (nii TERVIK-u tegevjuht kui ka terviseteeconna juhid) <u>oleksid TERVIK-u palgal</u>. Tuleb siiski mainida, et näiteks Harju maakonnas on arutatud ka alternatiivset võimalust, et terviseteeconna juhid oleksid palgatud otse tervisekeskuste poolt vältimaks liigset administratiivset koormust TERVIK-ule. Kuna Harju maakonnas sh Tallinnas on piisavalt ühtselt toimivaid suuri tervisekeskuseid, kellel on vajalikud ruumid ja piisav juhtimisvõimekus, on see põhimõtteliselt võimalik.

Hindamata on VTK tehtavate muudatuste tegelik rahaline mõju KOV-ile. VTK-s on toodud hüpoteetiline rahaline mõju tervise valdkonnale, aga hindamata on mõju teistele osapooltele (nt KOV-idele lisanduvad kohustused ja nende rahaline mõju). Nõustuda ei saa VTK-s toodud väitega, et TERVIKU loomisel ja vajalike töötajate rakendumisel (ja nendele töökohtade loomisel) ei kaasne KOV-idele kulusid. Samuti on VTK-s nimetatud vajadust palgata arendusprojektide juhte ja administratiivset personali, aga rahastusmudel selleks puudub. KOV-ide vaates ei ole võimalik VTKd kooskõlastada, kui mõju nii eelarvele kui lisanduvate ülesannete hulk on hindamata.	Lõplik mõju KOV-idele võib olla väga erinev ja sõltub paljudest erinevatest teguritest, mis ajas pidevalt muutuvad. Kõige rohkem avaldab mõju lõppkokkuvõttes siiski see, kui aktiivselt või passiivselt KOV planeeritavas koostöös osaleb ja seda ei ole võimalik Sotsiaalministeeriumil kuidagi prognoosida. Kui KOV ise näeb koostöös võimalusi oma elanike heaolu ja tervist parandada, siis ta kaasub ja panustab, kui mitte, siis jääb mõju marginaalseks, sest KOV-e ei saa sundida koostööd tegema ja nende autonoomiaga tuleb arvestada ning ka arvestatakse. Kohustada saab KOV-e osalema koostöökogus so 2-3 koosolekut aastas, mis ei ole oluline koormus (asendub osaliselt tänase maakondliku tervisenõukogu koormusega) ja sisaldab võimalust saada infot olulisematest riigiasutuste poolt planeeritud arengutest ja plaanidest. Põhimõtteliselt saab kohustada KOV-e ühinema moodustatava TERVIK-uga, kuid kui KOV-i osalus TERVIK-us on passiivne, ei saa teda otseselt kuidagi ka karistada. Samas tuleb arvestada, et olukorras, kus elanikkond vananeb, kuid tervena elatud aastate arv ei ole kasvanud, suureneb oluliselt elanikkonna ootus kvaliteetsetele ja kättesaadavatele sotsiaal- ja tervishoiuteenustele. Nende tagamine on riigi ja kohalike omavalitsuste ühine huvi ja vastutus, mistõttu on koostöö inimeste heaolu tagamisel ülioluline ja möödapääsmatu. Arendusprojektide juhtide palkamine on seotud siiski konkreetsete arendusprojektidega, millel on ka vastav projekti eelarve ressursina olemas (mõeldud on eeskätt välisabi projekte). Seda ei pea kinni maksma KOV-id. Administratiivne kulu on planeeritud TERVIK-u eelarvesse. Vt detailsemalt lisatud TERVIK-u planeeritud kulumudelid.
VTK toetub suuresti eeldusele, et infosüsteemide vaheline andmevahetus ja andmekaitsereeglitega kooskõlla viimine on tehtav kiiresti. Kooskõlastuse andmiseks on vaja rohkem kui vaid vastavat usku õnnestumisse, sest tegelikkus on analoogsetes olukordades seni pigem olnud vastupidine. Uue süsteemi juurutamine vaid lubadusega, et infosüsteemide lahendusega tegeletakse tulevikus, ei ole mõistlik ega realistlik.	Sotsiaalministeerium saab kinnitada, et tarvilikud arendused on planeeritud ja kavandatud kooskõlas kirjeldatud ajakavaga. Oleme teie esindajatele edastanud IT arenduse lähteülesande ja kaasanud IT lahenduse töögruppi.

VTK eesmärk ei peaks olema haiglas voodipäevade arvu vähendamine, vaid haiglast välja suunamisel inimese elukvaliteedi ja iseseisvuse toetamine. Kahjuks näitab voodipäevade vähendamine kui kulutõhus tegevus sageli, et koormus (nii inimese abistamisel kui rahaliselt) langeb inimesele endale ja teistele toetavatele/abistavatele süsteemidele.	Nõustume, et lisaks voodipäevade arvu vähendamisele tuleb eesmärgistada veel mitmeid muid näitajaid. TERVIK-ute kaudu omavalitsusi kaasates saame kokku leppida sobiliku tasakaalustatud mõõdikute komplekti, mis hõlmab endas nii sotsiaal- kui tervishoiu näitajaid.
Heaoluplaani loomise eesmärk on küll inimesekeskne, aga samas nähakse sellega ette veel ühe dubleeriva hindamisvahendi/plaani koostamist, mis ei ole mõistlik inimese ega spetsialistide vaates. Ebaselgeks jääb heaoluplaani koostamisega kaasnev koormus, sh kas ja kui sageli on planeeritud ümberhindamine või heaoluplaanis olevate eesmärkide täitmise seisu ülevaatamine vms.	Selgitame, et heaoluplaan ei ole hindamisvahend, vaid inimesele suunatud plaan, mida inimene ise saab oma tervise hoidmise ja heaolu parandamise eesmärgil kasutada arvestades, et riik ja KOV toetavad teda selles teatud teenuste ja spetsialistide abiga. Täna ei ole üle-Eestiliselt kasutusel ühtegi sellist plaani, mis inimesele ka kättesaadav oleks. Olemasolevad plaanid on suunatud valdavalt spetsialistide omavahelisele infovahetusele ja sisaldavad väikest osa, mis on inimesele suunatud ning inimesel ei ole seda infot lihtne kätte saada. Heaoluplaaniga on planeeritud ühte kohta kokku tuua just inimesele tarvilik info ja soovitusel ning juhised. Heaoluplaani korrigeerimise vajadus sõltub sellest, kuidas muutuvad inimese vajadused. Pilootprojektidest saadud tagasiside põhjal stabiliseeruvad abivajaja vajadused umbes 6 kuu jooksul alates koordineerimise algusest ja siis väheneb ka oluliselt plaani muutmise vajadus. Erakorraliselt võib tekkida vajadus vahehindamiseks ja korrigeerimiseks. Vastusele on lisatud heaoluplaani sisu ja koostamise ning elluviimise protsessi selgitav dokument.
Kuigi nõustume VTK vajadusega defineerida sihtgrupp, siis vajab ometi KOV sotsiaaltöö vaates selgitamist, et KOV ei saa lahterdada, kas abistamist vajab 3 kroonilise haiguse ja sotsiaalse abivajadusega inimene või inimene, kellel 3 kroonilist haigust ei ole, kuid sotsiaalsüsteemi abivajadus on ometi. Nii tuleb ette näha ka lahendused olukordades, mis nimetatud tingimusest erinevad. Näiteks peab selge olema, kuidas jõuavad tulevikus rehabilitatsiooniteenustele täna KOV lastekaitse spetsialistide poolt teenustele suunatud lapsed, kelle teenuste vajaduse põhjuseks ei pruugi olla nende tervis, vaid muud kuhjunud probleemid.	Nõustume, et mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalsete probleemidega inimeste sihtrühm ja rehabilitatsiooni vajadusega inimeste sihtrühm võivad erineda. Rehabilitatsiooni vajadusega inimeste sihtrühmas ei saa lähtuda nende krooniliste haiguste arvust, vaid tuleb lähtuda terviseseisundist tingitud piirangutest üldisemalt. Osa seni kohaliku omavalitsuse abivajava lapse sihtrühmas sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele jõudvatest lastest võivad tulevikus rehabilitatsiooniteenusele jõuda lähtuvalt terviseseisundist tingitud vajadusest. Oleme kaardistanud muid sekkumisi, meetmeid, teenuseid, mis praegu antud sihtrühmas teadaolevate laste puhul kõige sagedamini esinevad. Mitmetel juhtudel on olulisem õigeaegsem, varasem sekkumine nii haridus-, sotsiaal- kui

	tervishoiuvaldkonnas. Väga olulisel kohal on ka lastekaitse juhtumikorraldus ja valdkondade ülene võrgustikutöö. Selleks on kavas muudatused, mis lastekaitse tööd ja ressursikasutust toetavad, mh ka “Turvalisuse märgid” põhise lähenemise rakendamine. Oleme valmis ELVLiga arutama kaardistatud meetmeid. Üheks täiendavaks võimaluseks KOV abivajava lapse sihtrühmale vajaduspõhiste teenuste pakkumiseks on mitmedimensionaalse pereteraapia (MDFT) pakkumise suurendamine.
VTK-st jääb mulje, et koostöö hakkab toimuma vaid praeguste KOV teenuste raames? KOV-i suur mure on hoopis takistused abivajajate riiklikele teenustele jõudmisel nt erihoolekande või tervishoiuteenuste vajajad. Samuti on probleemiks abivajadus, millele sobivaid teenuseid Eestis ei ole, näiteks psüühikahäirega või intellektipuudega täisealised, kellel on ka sõltuvusprobleemid ja/või hooldusvajadus. Kui neil on kompleksne teenuse vajadus, kas see sihtrühm ka ikka loodava koordineerimise alla kuulub, sest integreeritavate teenuste vaatest on välja jäetud riigi poolt korraldatavad erihoolekande teenused ja abivahendite tagamine, kuigi mõlemal on tihe seos inimese tervisega. Abivahendite jaoks vajalikke tööendeid väljastavad ka tänases süsteemis arstid ja haigestumise järgselt esmased abivahendid (meditsiiniseadmed) tagab Tervisekassa. VTK-st ei selgu kas ja kuidas suhestuvad nende teenustega tervisejuhid ja kas tulevikus (millal?) on plaanis ka riigi poolt tagatavad teenused hõlmata TERVIK-usse. Milline on edaspidi SKA roll? Kuhu hakkavad paigutuma erihoolekandeteenused? Kuidas suhestub integratsiooni Töötukassa koos oma pakutavate teenustega?	TERVIK-ute loomine ei ole planeeritud konkreetsete teenuste (v.a. tervisejuhi teenus) süsteemi juurde toomiseks. Eesmärk on luuaühine koostööplatvorm, mille pinnalt onvõimalik edaspidi süsteemselt kõigi nimetatud sihtrühmade ja teenustega tegeleda. TERVIK-u eesmärk on tegutseda kokkulepitud sihtrühmade nimel koosöös, sh sõlmida maakonna elanikele teenust osutavate organisatsioonide vahel koostöökokkuleppeid, mis tagaksid abivajajatele sujuva teekonna. TERVIK-u loomise eesmärk ei ole otseselt teenuste juurde tekitamine ehkki maakonna arendusfondi kaudu võib selline võimalus avaneda, Abivahendite reform on samuti üks suurematest reformidest, mille Sotsiaalministeerium on käivitanud ja sobilikul hetkel liidetakse see integratsiooni reformiga.
Ebaselgeks jääb, kuidas jagunevad rollid ja vastutus koostöökogu, tervisejuhi ja KOV sotsiaaltöötaja vahel? TERVIK mudel võib jätta lahtiseks, kes tegelikult vastutab teenuse eest, kui inimene teenuste saamisel võib jääda süsteemi vahele lõksu, kas riik või KOV? Milline on tervisejuhtide roll – kas KOVide sotsiaaltöötajad, rehab. ja tervishoiuteenuste osutajad mingis osas alluvad tervisejuhile? Kas koostöökogu ja/või tervisejuhtide otsused on KOV-idele siduvad? Kui ei, siis mis moel tagab tervisejuht tema poolt vajalikuks peetavate abimeetmete kättesaadavuse? Kui jah, siis mõjutavad muudatused oluliselt kohalike omavalitsuste autonoomiat ja tekitab küsimuse, kas tervisejuht võib teha otsuseid, mis eeldavad KOV-i ressursi kasutamist ilma KOV nõusolekuta. Viimases infotunnis selgitati, et tervisejuhid ei hakka haldusakte koostama vaid antakse suuniseid, seega otsust, pole ja tema seisukohti pole ka võimalik vaidlustada. Küsimusi tekitab ka vastutus – kui midagi ei toimi ja oodatud tulemusi ei saavutata, siis kes vastutab?	Eristada tuleb a) strateegilise juhtimise tasandit, mis on mõeldud riigi ja kohalike omavalitsuste koostöö parandamiseks, b) teenuseosutajate ehk organisatsioonide koostöö tasandit, mille eesmärk on kokku leppida sujuv teenuse osutamise protsess ja c)teenuseosutamise tasandit, kus toimub igapäevane kokkupuude abivajajaga ja tema võimestamine ning toetamine süsteemi kasutamisel. Kui koostöö toimib ainult näiteks spetsialistide tasandil, on tõenäosus, et tekivad situatsioonid, mida sellel tasandil lahendada ei saa, päris suur. Olulist osa probleemidest saab lahendada just organisatsioonide koostöö tasandil ja teatud osa probleemidest ainult strateegilise juhtimise tasandil. Seetõttu on oluline, et koostöö oleks organiseeritud ja toimiks kõigil tasanditel. Kui spetsialisti tasandil jääb segaseks, kes vastutab, saab selle kokku leppida teenuseosutaja tasandil. Kui ka seal ei saa vastutuses mingil põhjusel kokku leppida,

	tuleb lahendada vastutaja leidmise küsimus strateegilise juhtimise tasandil. TERVIKu otsused peavad olema TERVIK-u osapooltele siduvad. Vastasel juhul pole TERVIK-ul mõtet. Samas ei vähenda TERVIK-reform kohalike omavalitsuste (KOV) autonoomsust, sest ehkki üldistes korralduspõhimõtetes lepitakse kokku ühiselt, teeb lõpliku otsuse iga oma inimese aitamisel iga KOV ise (terviseteeaktsiooni juht ei saa KOV-i millekski kohustada) . Koordinaatsiooni ja koostöö eesmärk on, et osapooled arvestaksid üksteise plaanidega ning väldiksid teenuse katkestusi ja „auke“, mis võivad viia abivajaduse kulukaks mõlemas süsteemis.
Oluline on ka see, kui tervisejuhi ja spetsialisti arvamused vajaliku abi olemuse kohta erinevad, kuidas lahendatakse sellised erimeelsused?	Seda juhtub ka praegu ja reeglina lahendatakse olukord siiski lähtudes abivajaja huvidest ja arvestades koostööpartneritest spetsialistide pädevusi, õigusruumist tulenevaid õigusi ja kohustusi ning vajadusel TERVIK-us kokkulepitut. Samas usume, et läbimõeldud ja süsteemne koostöö tagab toimiva rollijaotuse ja vastutusvaldkonnad koos selge infoliikumisega paremini kui seni.
Tervisejuht saab andmevahetusega info nii tervise- kui sotsiaalteenustest ning on teenusekoordinaatoriks. Milline roll jääb sellega KOV sotsiaaltöötajale? Kas kogu juhtumikorralduslik pool liigub tervisejuhile ja KOV sotsiaaltöötaja töölaualt ära? Kui ei, siis milline on tervisejuhi roll? Tõenäoliselt ei ole inimestel probleemiks tervishoiuteenuste tarbimine ja sellel käe pulsil hoidmine, vaid sotsiaalteenuste jätkusuutlik tarbimine.	Täpsustame, et juhtumikorraldus on meetod, mida kasutavad juba täna erinevad spetsialistid nii sotsiaalvaldkonnas kui ka tervishoius, mitte ainult KOV sotsiaaltöötajad. Juhtumikorraldus ei pruugi alati sisaldada valdkonnaülest koordinaatsiooni. KOV sotsiaaltöötaja koordineerib KOV sotsiaalabi määramist ja igapäevast osutamist ning kasutab vajadusel abi andmisel juhtumikorraldust. Juhtumikorraldus liiguks üle terviseteeaktsiooni juhile juhul, kui isikul on terviseseisundist tulenev valdkonnaülene teenuste koordinaatsiooni vajadus (vt ka vastusele lisatud detailsemat protsessi kirjeldust). Sellisel juhul jääb kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja küll võrgustiku liikmeks, kuid mitte peamiseks juhtumikorraldajaks. Samas võib vastavalt inimese abivajaduse muutumisele juhtuda, et peale koordinaatsiooni teenuse lõpetamist liigub juhtum uuesti kohaliku omavalitsuse vastutusele.

Kokkuvõttes: kuidas jagunevad õigused, kohustused ja vastutus KOV-i, TERVIK-u, riigi (SoM, SKA, Tervisekassa) ja teenuseosutajate vahel strateegilises ja igapäevases koostöös?	Selgitame, et maakondlik tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostöökogu võiks kas füüsiliselt või veebi teel kohtuda vähemalt paar korda aastas ja selle ülesanded oleksid: ➤ Leppida kokku piirkonna tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühine visioon ja strateegilised eesmärgid (koos tulemusmõõdikutega) ja prioriteetsed tegevussuunad 4 aastaks. ➤ Leppida kokku prioriteetsed riskirühmad, kelle tervisliku- ja sotsiaalse toimetuleku parandamisse ühiselt panustatakse ➤ Delegeerida iga-aastase tegevuskava koostamine piirkonna TERVIK-ule, panustada sellesse läbi oma esindatavate organisatsioonide. ➤ Leppida kokku koostöökogu töökord. Koostöökogu liikmetel töös aktiivselt osaleda. ➤ Monitoorida kokkulepitud mõõdikute alusel vähemalt kord aastas strateegiliste eesmärkide saavutamist, teha vajadusel ettepanekud tegevuskava täiendamiseks ja muutmiseks. Integratsiooni mudel ja selle rahastamine_ SOM visioonidokument mai 2025.pdf
Täna tagavad kohalikud omavalitsused inimesele abi igal juhul, sealjuures peavad lahendama ka olukorrad, kus inimene vajab riiklikke teenuseid (erihooletanne, tervishoiuteenused), aga järjekordade tõttu ta neid teenuseid ei saa. Kas ja kuidas muudab reform tervishoiuteenuste kättesaadavust, kas tervisejuhil tekib ka hoobasid, mis aitavad inimesel vastavalt vajadusel riiklikele, sh tervishoiuteenustele saada? Kuidas lahendatakse olukorrad, kui vajalik abi on teada, kuid selle saamisel on ressurssidest tulenevad takistused. Jääb küsimus, kas heaoluplaanis märgitud teenused on inimesele ka reaalselt kättesaadavad, kodulähedal, piisava mahuga jne, sest ka praegu tehakse plaane, hindamisi ja määratakse teenuseid, millele inimene ei jõua (ootab järjekorras).	Edaspidi võtab terviseteeakonna juht enda peale nende olukordadega tegelemise, kus terviseseisundist tuleneva kompleksse abivajadusega inimene vajab teenuseid, mida KOV ei osuta, see oodatavalt kergendab KOV sotsiaaltöötaja tööd. Heaoluplaani ei lisata teenuseid, millel puudub rahaline kate. Kuna teenus vähendab oodatavalt survet eriarstiabile, vabaneb ka eriarstiabi ressurssi, mida saab kasutada ooteaegade lühendamiseks

Kuidas motiveeritakse perearste ja potentsiaalseid terviseteeakonna juhte TERVIKuga liituma?	TERVIK üldjuhul ise palkab terviseteeakonna juhid (või vähemalt otsustab, kes nad palkab ja kus nad maakonnas töötama hakkavad). Perearstid saavad TERVIK-uga koostööd tehes kasutada tervisejuhtide ressurssi. See oleks ka perearstidele motivatsiooniks tervikuga koostööd teha. Perearstide koostööd TERVIK-uga motiveeritakse ka rahaliselt.
VTK lk 4 "Sotsiaalteenuste puhul, mille osutamine ei ole KOV-i tasandil otstarbekas, kuna teenuse sihtrühm on liiga väike, tagatakse kättesaadavus ja rahastamine TERVIK-ute kaudu." Kahjuks VTK ei ava, kuidas otsustatakse, millisel juhul võtab TERVIK teenuse korraldamise üle ja milliseid teenuseid täpsemalt silmas peetakse. Kas mõni SHS-is olev KOV-i korraldatav teenus läheb TERVIK-u korraldatavaks? Ebaselgeks jääb ka, kuidas täpsemalt toimub rahastamine, kas TERVIK korraldab ja KOV rahastab?	Antud muudatuse eesmärk ei olegi nüüd ja praegu otsustada, milliseid teenuseid TERVIK tulevikus osutama hakkab, vaid eeskätt luua süsteem ja õigusraamistik, kus oleks võimalik seda teha. See, mis ja kuidas praktikas realiseerub, sõltub juba osapoolte edasisest kokkuleppest ja analüüsist.
Tervisejuhid omandavad VTK järgi nii sotsiaal- kui tervisevaldkonna pädevuse. Ebaselgeks jääb, mis tasemel pädevust neilt eeldatakse ja milliseid töövahendeid nad abivajaduse ja sealt tuleneva teenusvajaduse jaoks kasutavad. VTK-st ei selgu, millisele sotsiaal- ja tervisevaldkonnas olevale infole tervisejuhid ligipääsu saavad ja millist nad eesmärgistatult saada peavad. VTK-st ei nähtu, et kaasatud oleks olnud ka Andmekaitse Inspeksioon ja kas kavandatud muudatused on nende nõuetega kooskõlastatud.	Terviseteeakonna juht võib olla nii sotsiaaltöö kõrgharidusega kui ka õenduslase haridusega isik, kes on läbinud terviseteeakonna juhi täienduskoolituse. Esmatasandi tervisekeskustes töötaksid terviseteeakonna juhtidena eeskätt sotsiaalvaldkonna haridusega spetsialistid, Haiglates, kus on keerukamate terviseprobleemidega inimesed, võib olla vajalik ka õenduse baasharidusega terviseteeakonna juhtide kasutamine. Sotsiaalministeerium on võtnud eesmärgiks esmalt keskenduda esmatasandit toetavate sotsiaalvaldkonna haridustasutustega terviseteeakonna juhtide täienduskoolitusele. Šveitsi–Eesti koostööprogrammi komponendi „Sotsiaalvaldkonna spetsialistide tasemeõppe ja kvalifikatsiooni kaasajastamine ning koolitus- ja tugisüsteemi arendamine“ tegevuste raames luuakse 2026. aastal terviseteeakonna juhi rollile ametiprofiil. Profiil luuakse valdkonna ekspertide poolt vastavalt AS Kutsekoja suunistele ning määratleb konkreetse töökoha jaoks vajalikud oskused ja vastutuse andes rolliselguse. Profiil võetakse täiendusõppekava koostamise aluseks.

Saame aru, et VKT järgi ei ole KOV-is kõikidel abivajaduse hindajatel ligipääsu vajalikele andmetele ja see hakkab olema vaid tervisejuhil. KOV-des viivad abivajaduse hindamisi läbi sotsiaalvaldkonna kõrghariduse või kutse omandanud töötajad, kes kasutavad selleks erinevaid hindamisvahendeid, kodukülastusi, kliendi loal kaasavad lähedasi või teisi asjasse puutuvaid inimesi. Tervishoius tuginevad diagnoosid ja ravi uuringutel ja aina detailsemaks mineval arstide spetsialiseerumisel. Ilmselt on tervisejuhtide pädevus ja teadmised oluliselt üldisemad ja ka heaoluplaan jääb üldisemale tasemele, mis tekitab küsimuse, kas heaoluplaanist saadav lisandväärtus kaalub ülesse selle koostamise kulu.	Ligipääsu inimese tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmetele saab anda seaduse alusel vaid spetsialistidele, kes sisuliselt tegelevad inimese tervikvajaduse hindamisega ja sellest lähtuvalt inimesele osutatava abi valdkonnaülese koordineerimisega nii sotsiaal- kui tervishoiu valdkonnas. Tervishoiuvaldkonnas abi koordineerimist peame oluliseks minimaalselt kolmes valdkonnas: - Ravimiskeemi täitmise jälgimine ja toetamine – oluline osa krooniliste haigustega inimeste terviseprobleemidest on tingitud sellest, et inimesed ei tule toime neile määratud ravimite hankimise ja nõuetekohase võtmisega, sh on välja toodud, et suur osa eakate inimeste kodus kukkumisi on seotud raviskeemi eiramisega Vastava täienduskoolitusega sotsiaaltöötajad ehk tervisejuhid saaksid siin olulisel määral aidata. Vajadusel saab abistada inimest arsti poole pöörduda, kui on vajalik ravimite kasutamise alane nõustamine. - Kukkumisohu vähendamine - uuringute kohaselt kukub aastas umbes iga kolmas kuni neljas vanemaealine. Aastatel 2016–2020 põhjustasid kukkumised Tervise Arengu Instituudi andmetel 62% vanemaealiste vigastustest ja 68% vigastuste tõttu arsti poole pöördumistest¹. Levinuimad tervishoiualased ennetustegevused on füüsiline treening ja füsioteraapia, liikumist toetavad abivahendid ning tarvitavate ravimite ülevaatus. - Tervishoiusüsteemis navigeerimine ja vajalikele tervishoiuteenustele õigeaegse jõudmise toetamine. Takistusteks on siin abivajajate füüsilise liikumise piirangud ja vähene digitaalne võimekus ning ebapiisavad teadmised tervishoiusüsteemist, vaimse tervise murede korral ka vähene motivatsioon ja lisaks ka abi kättesaadavuse barjäärid tervishoius. -
---	--

¹ Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi poolt 2025 koostatud raportis “Kukkumiste multifaktoriaalne ennetus: tervisetehnoloogia hindamine” on välja toodud, et Eestis kukkumiste skriinimist ja vajadusel sekkumist umbes kolmandik hooldajatoetusteenust saavatest vanemaealistest ning viiendik aktiivravi saanud ja perearsti juures käivatest patsientidest. Lisaks tuuakse välja, et Eestis ei ole süsteemset praktikat kukkumiskirski hindamiseks.

	- Näeme, et kõigis neis valdkondades on täna olulisi puudujääke ja planeeritav terviseteeakonna juht ja inimesekeskne heaoluplaan saaks siin olla oluliseks abiks. Mõistame, et kirjeldatud valdkondades on täna abivajajaid suuremal või vähemal määral toetanud kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad. ELVL-ga on vajalik on läbi arutada, kas ja millisel määral oleks võimalik andmevahetus kahe valdkonna vahel juhul, kus valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse järele ei ole vajadust, kuid kus juhtumikorralduslikus töös on oluline koostöö. Edaspidi koostatava heaoluplaani eesmärk on võimestada inimest, (kes ei ole spetsialist) aru saama oma haigustest ja nende kontrolli all hoidmise võimalustest, määratud sotsiaalabi ja sotsiaal- ning tervishoiuteenuste ning abivahendite kasutamise võimalustest. Heaoluplaan ei jää üldiseks, kuna sisaldab erinevate spetsialistide (mitte üksnes terviseteeakonna juhi) poolt antud konkreetseid juhiseid ja soovitusi (vt lisatud heaoluplaani näidis). Terviseteeakonna juht, kes on sotsiaalse alusharidusega, peab läbima täienduskoolituse, et toetada inimest tema heaoluplaanis sisalduva mõistmise ja elluviimisega. KOV-sotsiaaltöötaja saab heaoluplaanile ja sellega kaasnevale tegevuskavale ligipääsu üldjuhul ainult siis, kui valdkonnaülene koordinatsioon on algatatud.
Tervisejuhtide süsteemi edukas rakendamine eeldab terviklikku ja realistlikku koolitusplaani, mis hõlmab nii sotsiaalvaldkonna kui ka tervishoiuvaldkonna pädevuste arendamist. On oluline, et koolituskava oleks sisuliselt läbimõeldud ning vastaks praktikas tekkivatele vajadustele – eriti inimese kaasamise, motiveerimise ja komplekssete olukordade juhtimise osas. Kas on mõeldud tervisejuhtide spetsialiseerumise peale (somaatilised probleemid, vaimse tervise probleemid, sotsiaalsed ja keskkonnaga seotud riskid/vägivald, sõltuvused, elukeskkonnaga seotud takistused, töö perega, kui abivajaja olulisema ressursiga jne)? Valdonnaülene teenuste koordineerimise pädevus – soovitakse koolitada spetsialiste, kes on võimelised hindama klienti valdkondade üleselt. Kas tulevikus plaanitakse sotsiaalvaldkonna ja tervishoiuvaldkonna õppekavadesse integreerida ka eelpool nimetatud spetsialistide ettevalmistuseks vastav õppeaine?	Nõustume, et terviseteeakonna juhtide edaspidine spetsialiseerumine võib olla mõistlik ja otstarbekas. Esialgu on siiski plaanis edasi liikuda nn baas-täienduskoolitusega. Kindlasti on tarvilik valdkonnaülene teenuste koordinatsioon integreerida tulevikus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna õppekavadesse. Täpsustame üle, et terviseteeakonna juhi poolt teostatav valdkondade üleline hindamine piirduks esialgu siiski ainult InterRAI kontakthindamise küsimustikuga, mille täitmisel annab vajadusel täiendavat sisendit tervishoiuspetsialist. Spetsiifilisemad hindamised jäävad tugimeeskonda kaasatavate tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide pädevuseks.

	Šveitsi–Eesti koostööprogrammi komponendi „Sotsiaalvaldkonna spetsialistide tasemeõppe ja kvalifikatsiooni kaasajastamine ning koolitus- ja tugisüsteemi arendamine“ tegevuste raames luuakse 2026. aastal rollile ametiprofiil. Profiil luuakse valdkonna ekspertide poolt vastavalt AS Kutsekoja suuniseid ning määratleb konkreetse töökoha jaoks vajalikud oskused ja vastutuse andes rolliselguse.
Ilmselt on integreeritud lähenemise rakendamine tulemuslikum seal, kus on tegemist selgelt eristuva piirkonnaga, nagu näiteks Hiiumaa ja Saaremaa või Lõuna-Eesti väiksemad maakonnad, kus piirkonnas on üks maakonnahaigla ja ka teiste piirkondliku TERVIK-uga ühinevad asjaosalised on väiksema arvulised. Selgust lisab ka see, kui tervisejuhil on võimalik keskenduda ühe KOV-i elanikele. VTK-s toodud põhimõtteid on raskem rakendada suurtes, nagu Tartu, Ida- Viru või eriti Harju maakonnas, kus ühtesid ja samu teenuseid osutavad paljud teenuseosutajad ja kus on ka rohkem abivajajaid. Ka on Tartu ja Harju maakonnas regionaalhaiglad, mis teenindavad kogu Eestit. VTK-st ei selgu, kas ja milliseid erisusi on suuremate maakondade puhul vaja ja kas regionaalhaiglad peavad osalema kõigi maakondade TERVIK-utes või vähemalt nendes, kus nad on maakonna haiglagaga võrgustunud.	TERVIKute moodustamine on kahtlemata lihtsam maakondades, kus on kuni 50 000 elanikku, kuid koostöö järele tuntakse suuremat puudust just maakondades, kus on suured linnad. Väiksemates maakondades on vähem spetsialiste ja toimivad sagedamini lokaalsed spetsialistide vahelised võrgustikud. Samas on ka neis piirkondades suur risk koostöö katkemisele või vähenemisele, kui spetsialistid vahetuvad. Suuremates maakondades on otstarbekas moodustada täiendavalt maakonna sisesed koordinatsiooni piirkonnad. Näiteks Ida-Virumaal võiks olla maakonna siseselt kaks piirkonda (Narva ja Kohtla-Järve), mis tähendaks ka kaht võrgustikujuhti maakonnas. Harju maakond on kõige suurem (ca 50% Eesti rahvastikust, mistõttu oleks vajalik moodustada maakonna siseselt kuni neil koordinatsioonipiirkonda, igaühel oma võrgustikujuht. Sarnaselt on otstarbekas kaaluda mitme TERVIK-u sisese koordinatsioonipiirkonna loomist Tartumaal. TERVIK peab olema siiski maakonna peale üks, kuna enamik näiteks Harjumaa ümbruse elanikest kasutab tervishoiuteenuseid Tallinnas. Täpsemalt saab maakondade sisese koordinatsioonipiirkondade moodustamise vajaduse läbi arutada maakondades kohapeal .
TERVIK-u mõistes tuuakse KOV-id välja kui sotsiaalteenuse osutajad. Tegelikult võib KOV olla ise teenuse osutaja, kuid ta võib abi tagada ka sisse ostetavate teenustega. KOV on SHS-i mõistes abivajaduse hindaja ja abi osutamise korraldaja või aitab abi saamiseks vajalikes tegevustes.	Nõus, KOV on nii sotsiaalteenuste osutamise korraldaja kui võib olla ka ise nende osutaja.

Tervisejuht on valdkonnaülese koordinatsiooni teenust osutav spetsialist. VTK räägib ühest sisenemispunktist, samas märgib, et heaoluplaan saab sisendi kõigist erinevatest plaanidest. Need plaanid aga sünnivad erinevates kohtades erinevate spetsialistide koostamisel ja plaanide koostamine üldjuhul eeldab inimese enda osalust. Arusaadav on, et heaoluplaan loob erinevatest plaanidest tervikpildi, aga ebaselge on, kuidas see vähendab inimese jaoks sisend- plaanide koostamiseks vajalikku bürokraatiat. Meie jaoks jäi vastamata küsimus, kuidas kindlustatakse, et rahakasutus on mõistlik ja kliendipõhine? Kuidas uus süsteem reaalselt toimiks ja kuidas klient reaalselt abi saaks, pole piisavalt lahti kirjeldatud. Soovime, et seda dokumendis sisustataks ja detailsemalt kirjeldataks.	Täna koostatavad dokumendid ja plaanid sisaldavad vähesel määral abivajajale endale suunatud infot , olles eelkõige spetsialistide vahelise infovahetuse abivahendid.. Need koostatakse sageli, kuna teenuse osutamisega kaasneb nõue teenuse määramist või osutamist dokumenteerida. Siiski sisaldavad need dokumendid sageli ka abivajajale mõeldud osa. Terviseteeakonna juhi ülesanne on koondada info erinevate teenuste osutamise tulemusel inimesele antud soovitude ja juhiste kohta ning selle kohta, mis teenuseid inimene saab tervishoiusüsteemist ja, mis teenuseid sotsiaalsüsteemist ning jälgida, et ei esineks asjatut dubleerimist aga ka seda, et inimene saaks talle määratud vajalikud teenused õigeaegselt (st aidata vajadusel kaasa teenusele jõudmisele). Samuti jälgida, et inimene saaks talle määratud vajalikud ravimid ja abivahendid õigeaegselt ja, et ei tekiks põhjendamatu katkestusi (nt ravimite kasutuses). Abivajaja vaates tekibki lisandväärtus just õigeaegsest teenuste, ravimite, abivahendite saamisest, mis aitab ennetada haiguste kontrolli alt väljumist ning sellega kaasuvalt sotsiaalsete probleemide süvenemist. Kaasame teie esindajad töörühma, kus tutvustame teenuse osutamise protsessi ja arutame selle detailsemalt läbi.
VTK järgi kutsub koostöökoogu kokku maakondlik koostööorganisatsioon (omavalitsuste liit või maakonna arendusorganisatsioon). Ebaselge on, kuidas see tagatakse ja kuidas nad katavad sellega seotud tööjõu kulu. VTK-st ei tule välja, kas on kaardistatud, et kõigis maakondades on aktiivselt toimiv organisatsioon, kes on valmis ja võimeline sellist ülesannet täitma. Kas õiguslikult saab neile sellist kohustust panna?	Maakondlik koostööorganisatsioon ongi loodud sel otstarbel, et maakonna siseselt koostööd parandada nii KOV-ide vahel kui ka laiemalt. Juba täna kutsub maakondlik koostööorganisatsioon paaril korral aastas kokku tervise- ja turvalisuse nõukogu. Sisuliselt on tegemist sama töö jätkamisega ainult mõnevõrra laiendatud ja osaliselt ka teistsuguses koosseisus. See tähendab, et töökoormus ei suurene, vaid sisu muutub mõnevõrra sõltuvalt maakonnast. Mõned maakonnad peavad tegema väga väikeseid muudatusi.

VTK lk 9 järgi: "Tervisejuhi tööandjaks on tulevikus eelistatavalt TERVIK ja töötamise kohaks esmatasandi tervisekeskus." Esmatasandi tervisekeskuste ruumid kuuluvad või on renditud sama juriidilise isiku poolt, kelle töötajana on ametis perearst (-id). KOV-id saaksid nõ omapanusena vastutada töökoha loomise eest juhul, kui töökoha asukoha osas oleks võimalus valida. Tervisekeskust valdava juriidilisel isikul vaba ruumi puudumisel ei ole tegelikult KOVi võimuses töökohta tagada. Seega võib tervisejuhtide kaasamist hakata piirama vajalike vabade ruumide puudumine. Segaseks jääb ka see, et VTK kohaselt on tervisejuhi eelistatavaks tööandjaks TERVIK, kuid ei ole kirjeldatud, kuidas seda eelistust realiseeritakse, mida tähendab „elistatavaks“?	Terviseteeconnajuhtide ruumikulu on planeeritud katta Tervisekassa poolt. VTK-s pakuti välja, et TERVIK-u juhtide töökoha kulu võiks olla kaetud KOV-ide poolt, kuid kuluarvestuses oleme praegu juba arvestanud sellega, et ka see kulu kaetakse tulevikus Tervisekassa poolt (vt lisatud kuluarvestust). Eelistatav tähendab seda, et TERVIK peab otsustama, kas ta võtab terviseteeconnajuhtide tööd ise või on mingisugustel kaalutlustel otstarbekas korraldada antud maakonnas nii, et terviseteeconnajuhtide palgataks otse näiteks tervisekeskuste poolt (oleme seda lahendust arutanud Tallinna kontekstis)
VTK-s ei ole välja toodud, kui suurt hulka abivajajaid eeldatavalt suudab abistada üks tervisejuht ja millised nõuded tema töökohale kehtivad. Öeldud on, et nad hakkavad eelistatavalt paiknema tervisekeskustes. Aga kui on üksik ühe perearstiga nimekiri?	Rääkides mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega valdkonnaülest koordinatsiooni vajavate inimeste sihtrühmast, oleme hinnanud terviseteeconnajuhtide keskmiseks vajaduseks üks terviseteeconnajuht viie perearsti kohta. Arvestades tänast pilootprojektide praktikast, teeb see terviseteeconnajuhtide koormuseks 70- 100 riskirühma kuuluvat abivajajat aastas. Nende konkreetne abivajaduse määr varieerub ja on reeglina suurem valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamise alguses. Kui on üksik ühe perearstiga praksis, siis seda teenindab talle lähimas (piirkondliku vastutusega) tervisekeskuses asuv terviseteeconnajuht.
Täpsustamist vajab, kuidas on mõeldud inimese riskirühma tunnuse lisamine riiklikesse andmekogudesse. Täna on see olemas STAR-is, kus pöördumise läbi kandmisel tuleb ära näidata erinevaid statistilisi andmeid. Praktikas on see raske, kuna igal pöördumisel ei selgu, kuhu rühma inimene kuulub, osadel inimestel on mitmeid erinevaid probleeme, mistõttu nad kuulaks üheaegselt mitmesse rühma ja olukord muutub, kuid see info ei pruugi enam registrisse jõuda.	Nelja ja enama kroonilise haigusega inimese riskirühma tunnus lisatakse TIS-i Tervisekassa poolt, kes leiab selle kasutades oma andmebaasi. Seda, kas riskirühma kuulujal on ka sotsiaalse toimetuleku probleemid, hindab kas tervisejuht (kui abivajaja siseneb tervishoiusüsteemi kaudu) või KOV sotsiaaltöötaja, (kui abivajaja siseneb sotsiaalsüsteemi kaudu). Selgitamaks, kas abivajaja vajab rehabilitatsiooni teenuseid, kasutab terviseteeconnajuht juhust, mis seob eelnevalt kirjeldatud tervise seisundid võimaliku rehabilitatsiooni teenusvajadusega. Iga konkreetsema rehabilitatsiooni teenuse vajadust hindab vastav rehabilitatsiooni spetsialist ise (terviseteeconnajuht suunab abivajaja selle spetsialisti juurde arvestades abivajaja eelistusi)

VTK-st ei selgu üheselt, et integratsioon puudutab nii lapsi, tööelisi kui ka eakaid. Omavalitsused on avaldanud soovi, et sihtrühmade määratlemisel saaks heaolupiirkond 100% ise otsustada, mis on prioriteetid. Senistel kohtumistel on jäänud mulje, et eelkõige tuleb tegeleda krooniliste haigustega eakate inimestega.	Jah, oleme teinud ettepaneku, et igas piirkonnas võiks olla neli prioriteetset koostöövaldkonda, millest kahe osas teeb ettepaneku riik ja kahe osas piirkond. Riiklik prioriteet on valdkonnaülese teenuste koordineerimise kasutuselevõtt eeskätt kompleksse teenusvajadusega inimeste hulgas näiteks nelja ja enama kroonilise haiguse ning kaasuvate sotsiaalprobleemidega inimesed ning terviseseisundist tuleneva rehabilitatsiooniteenuse vajadusega inimesed. Ülejäänud sihtrühmad võivad maakonna KOV-id ise välja pakkuda.
VTK räägib läbivalt TERVIK-u poolt rehabilitatsiooniteenuste korraldamisest. Ebaselgeks jääb, milles seisneb TERVIK-u poolne korraldamine, kui teenustele saavad suunata arstid, KOVid? Kas ei piisaks sellest, kui rehab. teenuse osutajad taotlevad tegevusloa ja sõlmivad tervisekassaga lepingu? Antud VTK väliselt on tekkinud küsimus, kas täna on rehab. teenuse saajaid, kellel ei ole ravikindlustust. Kui selline variant praktikas on, siis kas tulevikus jäävad nad ilma teenuse saamise võimalusest?	Mõte on siiski, et rehabilitatsiooni teenustele saaks suunata ainult terviseteeakonna juhid. Lisaks kaalusime VTK-s varianti, et ka rehabilitatsiooni osutamise eelarve jagatakse TERVIK-ute vahel ja, et TERVIK korraldaks seeläbi ka konkreetsete rehabilitatsiooniteenuse osutajate leidmist. Alternatiivina analüüsim ka seda võimalust, et Tervisekassa sõlmiks rehabilitatsiooniteenuse osutajatega otselepingu. Ravikindlustuse puudumine ei oleks rehabilitatsiooni teenuste saamisel takistuseks, kuna Tervisekassa küll ostaks rehabilitatsiooni teenuseid, kuid mitte ravikindlustuse eelarvest, vaid selleks talle spetsiaalselt eraldatud eelarvest.
Teeme ettepaneku, et kui eesmärk on minna maakonna põhiselt, siis SKA on täna maakonnaesindustega - miks on vaja üldse sots.rehab tuua TERVIK-utesse SKA asemel - need võiks ju SKA-sse jääda, teenust korraldatakse maakondlike esinduste kaudu ja TERVIKu tervisejuht koordineerib ka SKA osa juurde.	TERVIK on mõeldud koondama ühtseks võrgustikuks maakonna sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajad selleks, et nendega saaks sõlmida kõiki kokkulepitud osapooli siduva tulemuspõhise teenuseosutamise lepingu. SKA ei osuta maakondades ühtegi tervishoiu- ega sotsiaalteenust. Ei ole ka plaanis panna SKA-le rehabilitatsiooniteenuste osutamise ülesannet. Siiani on SKA-l olnud rehabilitatsiooniteenuste ostmise ülesanne, kuid eraldisesivalt teenuste ostmise süsteemi üleval pidamine ei ole sellisel kujul tulevikus otstarbekas.

Rahastuse muudatuste juures on välja toodud, et SOM suunab tervishoiuteenustele mõeldud vahendid Tervisekassasse ja sotsiaalse iseloomuga teenuste vahendid TERVIKusse. Kuidas jaotuse mõttes ja tehniliselt vahendid TERVIK-le jõuavad. VTK-st ei selgu, millised rehabilitatsiooniteenuse raames täna osutatavad teenused loetakse terviseteenusteks ja millised sotsiaalse iseloomuga teenusteks. Täna määruste järgi tundub, et sotsiaalse iseloomuga teenusteks jäävad: eripedagoog, loovterapeut ja kogemusnõustaja – on see nii ja kuidas neid hakatakse rahastama?	VTK-tagasisidest saime sisendi, et planeeritud kujul rahastamise eraldamine ei ole otstarbekas. Selleks, et vältida rehabilitatsiooniteenuste killustumist, töötame sellise rahastus- ja teenuste korralduse lahenduse kallal, mis võimaldaks rahastada kõiki teenuseid keskselt, killustamata.
Rahastamise all näidatud aja- ja tegevuskavas ei ole välja toodud kommunikatsiooniga seotud tegevusi ja kulusid – sisuliselt puudutavad muudatused väga paljusid (süsteemi osalisi, teenuse saajaid, nende lähedasi) ja seetõttu on oluline, et oleks läbi mõeldud kommunikatsiooniplaan ja avalikkusele muudatustega kaasneva selgitamiseks vajalik aeg ja sellega kaasnev kulu.	Nõus tähelepanekuga, kommunikatsiooniplaan on olemas, kuid sisulisest tegevuskavast eraldiseisev.
Aja- ja tegevuskava ei sisalda ka tegevusi, mis on KOV-idele vajalikud oma töökorralduse kohandamisel uuele lähenemisele, sh vajalike volituste andmine, tööprotsesside ja võimalik et ka õigusaktide muutmine. Kuna VTK-st ei selgu täpsemalt, mida muudatused KOV-ide jaoks täpselt tähendavad, on raske hinnata, milliseid muudatusi on vaja ja mis hetkel need saab teha.	Kuna maakonnad liiguvad praegu integratsiooniga edasi üpris erinevas tempos, ei ole üleriigilises tegevuskavas ilmselt otstarbekas KOV-ide tasandil aja- ja tegevuskava koostada. Küllaga on sotsiaalministeerium planeerinud toetada maakondade võrgustiku juhte ehk tulevasi TERVIK-u juhte koolitusega, mis aitab vastava tegevuskava koostada ja ellu viia.
Väga oluline on, et võimalikult varases järgus osatakse rehab. teenuseosutajatele selgitada neid puudutavaid muudatusi, et vältida info puudumisega tekkivat segadust. VTK-st ei selgu, kas on võrreldud SHS-i järgi rehab. teenuseosutajalt nõutud tegevusloa ja tervishoiuteenuseosutaja tegevusloa saamise tingimusi ja juhul kui need erinevad, siis püütud hinnata, kas ja millisel määral võib täna teenuseosutajatel tekkida probleeme uute nõuete täitmisel.	Rehabilitatsiooni teenuse osutajatele ei ole planeeritud tegevusloa nõuet kehtestada.

Infotunnil öeldi, et muudatused seoses rehab. teenuse integreerimisega, lükkuvad edasi. Nõustume sellega, kuid sellest tulenevalt kerkib küsimus, kust leitakse tervisejuhid, kui VKT kohaselt tuleb suur osa vastavaid spetsialiste just rehab. meeskonda kuuluvate sotsiaaltöötajate hulgast. See probleem võib nii TERVIK-ute loomise kui ka rehab. meeskonnad seada raskesse olukorda. Rehab. teenuseosutajatel võivad tekkida täiendavad kulud seoses personali koondamisega, kui osasid teenuseid enam neilt ei tellita (näiteks sotsiaaltöötaja) või nad peavad sotsiaalse reha teenuse lõppemisega seoses koormusi vähendama (ei saa tervishoiuteenuse tegevusluba). Kas neil on selleks vabu vahendeid. Küsimus on ka selles kas ja kui jah, siis kuidas mõjutab rehab. süsteemi muudatuste edasi lükkamine muude tegevuste rahastamist, kuna VTK järgi on tänane rehab. eelarve planeeritud ümber jaotada.	Terviseteeakonna juhtide töölevõtmine toimub järk-järgult. Täna on erinevate projektide kaudu juba palgatud üle 20 spetsialisti (kes edaspidi saavad kvalifitseeruda terviseteeakonna juhiks). Järgmise so 2026 aasta jooksul palgatakse hoolduskoordinatsiooni projekti kaudu veel ca 20-30 spetsialisti. 2027. aastal lisanduvad siis rehabilitatsiooniteenuste osutamisega seotud terviseteeakonna juhid (min 50) ja edasi juba palgatakse vastavalt koolituse läbinutele aastas min 50 uut spetsialisti.
Ebaselge on ka muudatuse mõju tööalase rehab. teenuse korraldusele. Hetkel viitab tööhoiveprogramm SHS-ile, mille järgi on tööalase rehab. teenuseosutajal nõutav tegevusluba. Kui tegevusloa nõue jääb, siis vähemalt osadel teenuseosutajatel tekib vajadus omada kahte tegevusluba. Loodetavasti ei ole tingimustes vastuolusid. Täpsustamist vajab, kuidas välditakse kahe süsteemivahelist dubleerimist, kui osad pakutavad teenused kattuvad, näiteks psühholoogiteenus.	Tegevusloa nõuet ei jää.
Valdav enamus nn „võite“ VKT-s kirjeldatakse läbi tervishoiu. Sotsiaalvaldkonnas on öeldud, et siis ei pea hooldekodusse minema. Ei ole märgitud, millises ajaperspektiivis see mõju avaldub. Täna jõuavad hooldekodusse reeglina väga suure hooldusvajadusega isikud ja nende arv päevapealt ei vähene. VTK-st ei nähtu, mida võidab integratsioonist sotsiaalvaldkond? VTK-le tuginevalt tundub, et tegelikult kaasnevad muudatustega lisa- ja kaudsed kulud, mis on arvesse võtmata. Sotsiaalvaldkonna teenuseid tarbivad inimesed on täna oma tervises seisundi ja tegevusvõime tõttu reeglina tervisevaldkonnas juba sees. Milliste tervishoiuteenuste infot hakkab saama sotsiaalvaldkond ja mida see sotsiaalvaldkonnale annab?	Oleme täna maakondades integratsiooni initsiatiivgruppides tutvustanud iga maakonna KOV-idele nende võimalikke pikaajalise hoolduse efektiivsema korralduse võimalusi sh võimalikke rahalise säästu kohti nende endi statistika alusel. Samuti oleme igas maakonnas tutvustanud selle maakonna kõige suuremate sotsiaal- ja tervishoiukuludega rahvastiku grupi tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutust võrreldes Eesti keskmisega ja võimalusel ka arutanud, milliseid indikaatoreid on veel huvi saada. Indikaatorite väljatöötamine koostöös piirkondade, Tervisekassa, TAI ja SKA-ga on planeeritud 2026. aastasse, mil enamikus maakondades on integratsiooni initsiatiivgrupid loodetavasti juba olemas.
Lisaks valdkonnaülesele koostöökogule, tervisejuhile ja andmevahetusele, mida on väga vaja, on vajadus ka valdkonnaüleste (institutsionaalselt) hooldusteenuste järel. Näiteks liitpuuetega täiskasvanute hooldus, kus lisaks tavahooldusele on vaja teadmisi, oskusi kuidas toimetada meditsiiniseadmetega, mida abivajaja vajab elus püsimiseks. Teine sihtgrupp on psüühikahäiretega vanemaealised, kes ei sobitu enam erihoolekande teenusele aga ei sobitu ka tava üldhooldusteenusele. Täiskasvanud, kelle psüühilist seisundit ei ole võimalik ravida ja kes ei saa oma tegudest aru ning on seetõttu ohtlikud endale ja teistele.	Nõustume, tegeleme nende vajadustega eraldiseisvalt.

Kuidas tagatakse, et klient, kellel on sotsiaalseid probleeme või vaimse tervise probleeme, et ta saab märgatud nt. perearsti vastuvõtul füüsiliste kaebuste taustal ka muude valdkondade probleemidega, millega teda siis võiks TERVIK-uga seostada? Täna on perearstid ülekoormatud.	Vaimse tervise probleemide märkamiseks ja nendega esmatasandil tegelemiseks oleme planeerinud perearstide meeskondasid toetada vaimse tervise õdedega jt vaimse tervise tugispetsialistidega. Lisaks on Eesti Perearstide Seltsi algatusel käivitatud pereõdede vaimse tervise alane täienduskoolitus.
Kuidas nähakse teenuseosutamist. Kas tekivad nõ mobiilsed meeskonnad, kes võtavad kliente vastu inimese kodu lähedal? Või inimesel tekib kohustus maakonna piires liikuda ise teenusele? Varem on olnud mitmeid erinevaid ESF projekte, kus põhimõtteliselt tervisejuhi ülesandeid täitis koordinaator, kelle haldusalasse kuulusid erinevad piirkonnad nt. Harjumaa, Raplamaa, Järvamaa ja Saaremaa oli ühe koordinaatori hallata jne. Eesmärk oli hinnata inimest ja temale vajalikke teenuseid. Eelnimetatud korralduse juures tekkisid probleemid teenusele jõudmise osas. Nt. Harju Koselt ei jõudnud isikud Tallinnasse teenusele materiaalsel põhjustel. Teenuseosutajad olid vähe motiveeritud 1-2 kliendi tõttu välja sõitma, mistõttu katkes paljudel juhtudel teenuseosutamine.	Terviseteeonna juhte peaks olema tulevikus mitte 1-2 maakonna kohta vaid vähemalt üks iga 5 perearsti kohta. See võimaldab tagada nende piisava läheduse abivajajatele st terviseteeonna juhid saaksid paiknema enamikus maakonna tervisekeskustes.
VTK lk 10, Ettepanek: „juhtumiplaani koostamine pole nõutav, kui koostatakse heaoluplaan ning juhtumiplaan ei ole vajalik muudel eesmärkidel. KOV-i sotsiaaltöötaja osaleb heaoluplaani koostamises“. Kuidas tehniliselt toimub heaoluplaani koostamine ja mis rolli plaan edaspidi mängib? Kas siin on hinnatud ka KOV-i sotsiaaltöötajate koormuse võimalikku tõusu?	Kui abivajaja siseneb tervishoiupoolelt, on terviseteeonna juhi ülesanne viia sotsiaalsete vajaduste hindamine InterRAI abil ise läbi ja edastada hindamise tulemus vajadusel KOV sotsiaaltöötajale, kes saab juba lähtuvalt hinnatud vajadusest (ainult tarvidusel seda ise üle täpsustades) määrata tarvilikud sotsiaalteenused. Kaasame teie esindajad töörühma, kus arutame detailset läbi heaoluplaani koostamise ja elluviimise protsessi (vt ka lisatud valdkonnaülese koordinatsiooni dokumenti).
VTK lk 10 – „Abivajaja võib piirata ligipääsu oma andmetele, kuid peab arvestama, et sel juhul ei ole talle enam võimalik valdkonnaülese koordinatsiooni teenuseid osutada.“ - Kas on hinnatud ka alternatiive, millisel moel inimest toetada juhul, kui klient keeldub allkirja andmast? (Sotsiaalvaldkonnas esineb kliente, kellel puudub olukorra/haiguskriitika ning vajavad ilmselgelt abi/sekkumist, kuid allkirja ei anna). Sihtrühm on mh vaimse tervise probleemidega inimesed – kuidas plaanitakse neid või muid inimesi kaasata, kes ei tee koostööd? Või tekib juurde üks koordineerimisvaldkond? Inimese nõusoleku vajalikkus võib hakata takistama integreeritud lähenemise kasutamist. Kaaluda võiks erisuste ettenägemist, mis juhul on põhjendatud koordinatsiooni teenuse osutamine sõltumata nõusolekust.	Rakendame valdkonnaülese koordinatsiooni teenust järk-järgult järjest keerukamatele sihtrühmadele ja selle käigus töötame välja ka teie poolt soovitatud lisavõimalused

VTK lk 11 kirjeldatakse uut rahastusloogikat. Eesti piirkonnad on erinevad. Kas ei teki oht, et täna juba teenuste vaates kehvemas seisus olevad piirkonnad jäävad ka edaspidi vaeslapse rolli? Samuti ei selgu VTK-st, kuidas kindlustatakse, et rahakasutus on mõistlik ja kliendipõhine?	TERVIK-utes osalemise tulemusel tekib riigi esindajatel esmakordselt tervikülevaade erinevate piirkondade vajadusest ja seega ka sisuline kaasaráääkimise võimalus. See on aluseks kõigi ressursside kasutamise parandamisele ja täiendava abi suunamisele probleemsetesse piirkondadesse.
Eestkostja ülesanne on hoolitseda selle eest, et inimene saaks vajalikul määral ravi ja hoolekandeteenuseid, aga eestkostjana KOV neile andmetele ligi ei pääse – KOV eestkostjana ei pääse patsiendiportaali, samuti ei saa kasutada perearstikeskuse e- teenuseid. Kaheldav on toimiva süsteemi loomine andmevahetuseks. Aastaid olemasolevad süsteemid ei taga andmete kättesaamist, piiratud on andmevahetus med-sots süsteemide vahel; STAR-is on arendused aeglased ja funktsionaalsused väga piiratud.	Saame anda eestkostjale seadusest tuleneva ligipääsu heaoluplaanile, kui see lahendab olukorra
Kas heaoluplaan on ka isikule kohustuslik? Omavalitsuste kogemuste põhjal on varasemalt rehabilitatsiooniplaanidega toodetud väga palju nõ tühje plaane, kus isik ei asu (erinevatel põhjustel- vähene koostöövalmidus, teenuste kättesaamatus vms) teenuseid kasutama. Täna arvatakse, et ~30 % abivajajatest võtaksid selle vastu, samuti, et selle mudeliga pannakse suurem rõhk inimese enda taatele ja motivatsioonile. Mida see eestkostetavate vaatest tähendab, kes ei ole sellest abist enamjaolt üldse huvitatud?	Oluline on inimesekeskne lähenemine, tema enda seatud eesmärgid ning sellest lähtumine, sh rehabilitatsiooniteenuste osutamisel. Praeguses süsteemis on nõutud kolme spetsialisti poolt teenuse osutamine – alati ei ole inimesele kõigi teenuste samaaegne saamine jõukohane, asjakohane või vajaduspõhine. Samuti on küsimuseks, kui hästi on teenuse osutamine eesmärgistatud. Isik peab talle koostatud heaoluplaanile andma oma allkirjaga kinnituse, et ta mõistab selle sisu ja on valmis seda ellu viima. Heaoluplaan koostatakse abivajajale tema toetamiseks oma tervise ja sotsiaalsete probleemidega toimetulekul. Kui isik ei soovi heaoluplaani, siis ei ole talle võimalik valdkonnaülese koordineerimise teenust osutada. Saab osutada ainult üksikteenuseid. Laste puhul koostatakse heaoluplaan lapsele, kuid ka siin tehakse seda ainult esindaja nõusoleku korral. Plaani täitmise eest võtab vastutuse lapse esindaja ehk üldjuhul lapsevanem.
Suuremate kohtade perearstikeskustes võiks ollagi oma sotsiaaltöötaja, kes on esmatasandi tervishoiu ja KOV sotsiaaltöötajate ühendusliik.	Nõustume, et suuremates tervisekeskustes võiks põhimõtteliselt olla oma terviseteeakonna juht
Lahtiseks jääb, kas abi saab olema viibimiskoha või registripõhine või selle järgi, kus piirkonnas on inimese perearst? Kas juba nt erihoolekandeteenusel viibivad inimesed saavad ka tervisejuhi teenust? Kuidas toimub praegu toimiva loogika lõpetamine ja kuidas tagatakse juba määratud teenuste jätkumine?	Terviseteeakonna juhi teenust osutatakse ja korraldatakse inimese elukoha põhiseelt, mitte selle alusel, kus asub tema perearst. Erihoolekandel olevad isikud ei ole esmane sihtrühm v.a. juhul, kui nad kuuluvad 4+ kroonilise haigusega inimeste riskirühma. Samas

	tuleb ka siin arvestada juba eelpool kirjutatud – koordinatsiooniteenust osutatakse isikutele, kes on valmis ise endale seatud eesmärkide saavutamise poole püüdlema. Seega tuleb eraldi hinnata EHT-l oleva inimese võimekust ja võimalusi.
Täpsustamis vajab, millist tuge saavad KOV-id tervikuna ja iga spetsialist eraldi võttes nii süsteemi juurutamisel kui hiljem jooksva töö käigus?	Terviseteeakonna juhtidele planeeritakse erinevaid täienduskoolitusi. TERVIK-u juhtidele ja TERVIK-utele pakutakse edaspidi sihistatud täienduskoolitusi läbi omavahelise kogemuste vahetamise ja väliskoostöö ning ühekordsete koolituste.
Kas antud ajaraamis on võimalik välja töötada seadusandlus ja nt toimivad infosüsteemid? Kuidas on tagatud teenuste ühtlane jaotuvus ja katvus? Leiame, et ajakava on planeeritud liiga tihe ja lühike. VTK-st ei selgu ka see, kas läbi viidud piloot on analüüsitud ja selgunud nõrgemad kohad arvesse võetud, tugevamad kogemused ära kasutatud. Loodame väga, et antud protsess ei ole nagu hooldereform – kõigepealt loome raskused ja siis ületame neid kangelaslikult.	Piloot on läbi viidud juba 8 aastat, nende praktikaid on analüüsitud ja parimate praktikate alusel ongi koostatud väljapakutud integratsioonimudel.
VTK lk 5 on välja toodud puudus, et koostatud tegevuskava hõlmab ainult rahvatervishoiu meetmeid ega sisalda inimesekeskse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise meetmeid. Samas lk 8 VTK tegevuskava eesmärgina on riskirühmade märkamine, teenuste koordineeritud korraldamine ja kogukondliku koostöö tugevdamine kuid puudu on rahvatervishoiu pool. Teeme ettepaneku, et tervise- ja heaoluprofiil võib olla ühine, kuid tegevuskavad peaksid olema eraldi. Juhtumikorralduse tegevuskava – riskirühmade toetamine ja teenuste koordineerimine. Tervisedenduse tegevuskava – rahvastikupõhised sekkumised, lähtudes maakonna terviseprofiilist. Põhjendame seda järgmiselt: eraldamine tagab nii individuaalse abivajaduse käsitlemise kui ka universaalse ennetuse süsteemse rakendamise.	Tegemist on tehnilise ettepanekuga. Me ei pea otseselt tarvilikuks riigi poolt ette kirjutada, kas tervisedenduse tegevuskava peab olema eraldi või võib olla ühes dokumendis ülejäänud osaga tegevuskavast.
VTK-s lk 6 viidatakse TAI koostatud juhtimislaudadele maakondliku rahvatervise hindamiseks. Teeme ettepaneku täpsustada, et praegu on kasutusel maakonna heaoluülevaated, mida rakendatakse tervise- ja heaoluprofiilide alusandmetena. TAI on loomas dünaamilisi maakonna heaoluülevaateid. Leiame, et see tagaks täpse terminikasutuse ning väldiks eksitavat arusaama olemasolevate töövahendite kohta.	Arvestame

VTK-s on mainitud, et maakondlik tervisedendaja kuulub TERVIKU-sse – kuid tema rolli ei ole sisuliselt kirjeldatud. Praegu jääb rahvastikupõhise tervisedenduse süsteemne roll dokumendis käsitlemata. Teeme ettepaneku kirjutada tervisedendaja roll sisuliselt lahti: Vastutab rahvastikupõhiste tervisedenduslike sekkumiste kavandamise ja elluviimise eest. Ei ole individuaalse juhtumikorralduse spetsialist ega riskirühmade teenuste koordineerija – tema fookus on universaalne ja proaktiivne vaade. Peab olema ametlik liige heaolupiirkonna koostöökogus. Kui tervisedendaja jääb TERVIK-u koosseisu, peaks ta juhtima eraldi rahvastikupõhise tegevuskava elluviimist, samal ajal kui riskirühmade põhise tegevuskava jaoks tuleks leida eraldi eestvedaja. Tervisedenduse ja juhtumikorralduse lahushoidmine tagab, et rahvastikupõhine universaalne ennetus toimib süsteemselt ja vastab rahvatervishoiu seaduse eesmärkidele. Nii saab ennetuse tasand töötada paralleelselt, kuid täiendada riskirühmadele suunatud juhtumikorraldust, mitte selles hajuda.	Nõustume
Tervisedenduse rolli täpsustamine – VTK keskendub peamiselt riskirühmadele ja juba ilmnenud probleemidele. Et süsteem oleks jätkusuutlik, tuleb tugevamalt rõhutada elukaareülest lähenemist ja ennetustööd, et vältida probleemide süvenemist. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamine ei ole universaalne ennetus, vaid suures osas juba ilmnenud probleemidega tegelemine. Tervisedendusega tegelevad spetsialistid ei ole sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna eksperdid, vaid koostööpartnerid. Täielik allutamine neile valdkondadele võib viia olukorrani, kus tervisedenduse sõltumatu ja laiapõhjaline roll muutub liialt kitsaks. Peame oluliseks tervisedendaja rolli ja ülesannete selget defineerimist TERVIKu mudelis. Rollide jaotuse täpne mõtestamine on hädavajalik, et tervisedendus ja ennetamine ei jääks kõrvaliseks, vaid oleksid integreeritud osa inimesekesksest hooldus- ja tervisevõrgustikust. Oleme avatud täiendavatele aruteludele ja selgitustele, et tagada tervisedenduse strateegiline ja mõjus positsioon.	Oleme planeerinud 2026. aastasse tervisedenduse maakondliku mudeli ülevaatamise ja TERVIK-u mudelis selgema defineerimise. Kaasame teid sellesse töösse.
Koostööpartneri staatus – Tervisedendajad peavad jääma sõltumatuteks koostööpartneriteks, kes toetavad sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi, kuid kelle fookus on laiem ennetuslik tegevus. See aitab vältida olukorda, kus tervisedenduse roll taandub üksnes ravisüsteemi või sotsiaalhoolekande kitsastele vajadustele	Jah, nii ongi planeeritud
Teeme ettepaneku lisada VTK-sse eraldi rahvatervishoiu mõõde, mis ei piirdu tervishoiuvaldkonnaga, sest tervishoid keskendub üksikisiku ravile, rahvatervishoid aga elanikkonna tervise parandamisele ennetuse ja tervisedenduse kaudu. VTK keskendub peamiselt riskirühmadele ja hoolduskoordinatsioonile ega kata rahvatervishoiu seaduse eesmärke. Loodame, et edasises protsessis kujundatakse integreeritud süsteem, kus tervisedendus ja rahvatervishoid on selgelt määratletud ning strateegiliselt nähtav osa tervise- ja hooldusvõrgustikust	See sisaldub juba VTK-s

