

**Ettepanekud Eesti tervishoiu-ja sotsiaalsüsteemi integreerimise
väljatöötamiskavatsusele**

Tervise Arengu Instituut toetab Eesti tervishoiu-ja sotsiaalsüsteemi integreerimist ning teeb ettepanekud, millega meie hinnangul peaks parema tulemuse saavutamiseks Eesti tervishoiu-ja sotsiaalsüsteemi integreerimisel arvestama.

Arvestades WHO selget suunda rehabilitatsiooni integreerimiseks tervishoiusüsteemidesse ja seeläbi funktsioneerimisvõime tõstmisele globaalselt, samuti pidades silmas jõupingutusi, mida on viimastel aastatel tehtud Eestis selleks, et rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK) tõlkida, kasutada ja erinevatesse teenustesse integreerida, on arusaamatu, miks käesoleva VTK kontekstis seda teemat üldse ei käsitleta.

Rahvusvaheliselt on käimas diskussioon, et funktsioneerimisvõime, ehk toimetuleku võime oma elus, peaks olema haigestumuse ja suremuse kõrval kolmas oluline rahvatervishoiu seisundi indikaator.

- RFK kaudu saab hinnata lisaks kehalistele funktsioonidele ka psühhosotsiaalset toimetulekut ja keskkonda- ehk see põhineb WHO tervise biopsühhosotsiaalsel mudelil.
- RFK võimaldab terviseseisundi ja sellega seotud tegurite lihtsat sõnastust, mis on arusaadav nii patsiendile, tema sotsiaaltöötajale kui lapse puhul tema kasvatajale ja õpetajale (näiteks tähelepanu on mõõdukas probleem)
- Tervise- ja sotsiaalvaldkonna sh haridusvaldkonna integratsiooni ei saa tänapäevases maailmas teha ilma RFK-d mainimata.
- RFK struktuuri saab kasutada nii patsiendiküsimustikes kui spetsialisti küsimustikes, aga ka sotsiaalpoliitika kujundamisel sihtrühmadele.
- Täna on Eestile oluline, et funktsioneerimisvõime kaardistamine ja standardsed andmekoosseisud saaksid aidata süsteemi kui tervikut ja selle toimimist hinnata. WHO funktsioonivõime klassifikaator suudaks ära siduda erinevad hindamisvahendid, sh akuutravi ECOQ, taastusravi Barteli, õendusabi InterRAI ja sotsiaalteenuste erinevate küsimustike sisu ja need üheks tervikuks liita, võimaldaks analüüsi nii asutuste üleselt kui riikide vaheliselt.
- Analüüs abivajajate täpsematest vajadustest aga võimaldaks vajadusel luua juurde sihtgrupile vajalikke teenuseid või siis eemaldada süsteemist ebaefektiivseid teenuseid.

Teeme väljatöötamiskavatsuse põhidokumendile järgmised ettepanekud:

1. Peatükis “Lahendatav probleem” lõigus “Turvalise infovahetuse, sh vajaduste hindamise tulemuste jagamise võimaluse puudumine” tuleks juhtida tähelepanu ka sellele, et tervishoiu-ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemide eraldatust aitaks vähendada, kui võetakse kasutusele RFK ehk rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon. RFK alusel saab dokumenteerida inimese funktsioneerimisega ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot ning mida täna kasutavad Eesti Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet ja kohalikud omavalitsused järgmistel teenustel: töövõime

Inimesekeskne heaoluplaan saab sisendi sotsiaal- ja tervisevaldkonna infosüsteemidest ning võimaldab inimese tervikkäsitlust. Koostatud heaoluplaan on teenuse osutamise seotud spetsialistidele (s.o abivajaja tugimeeskonnale) kättesaadav tsentraalse tervisejuhtimise töölaua kaudu ja abivajajale endale terviseportaali kaudu. KOV-i sotsiaaltöötajad pääsevad heaoluplaanidele ligi oma STAR-i töölaualt.



- Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimiseks ühiskonnas on tarvis leida inimesekeskseid ühisnimetaja(d), mis integratsiooni toetaksid. Üheks selliseks on inimese funktsioneerimisvõime ehk toimetulekuvõime oma elus.

- **RFK ehk Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon** (ingl k ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) - Maailma Terviseorganisatsiooni poolt 2001. aastal vastu võetud klassifikatsioon tervise ja tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks ning kuulub Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooniga (RHK) ühte perekonda. RFK on standardiseeritud kirjelduskeel ja selles kodeerimine võimaldab inimese funktsioneerimisvõimet kirjeldada ühtsetel alustel. RFK on mõeldud erinevate terviseaspektide kirjeldamiseks ja selle põhieesmärk on anda ühtne standardkeel ja -raamistik tervise ning tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks.

RFK alusel saab dokumenteerida inimese funktsioneerimisega ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot ning mida täna kasutavad Eesti Töötukassa, Sotsiaalkindlustusamet ja kohalikud omavalitsused järgmistel teenustel: töövõime hindamine (TVH), tööalane rehabilitatsiooniteenus (TRT), puude raskusastme taotlemine (PRT), täisealise abivajaduse, kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenuste, sotsiaalse rehabilitatsiooni ja erihoolekandeteenuse vajaduse hindamisel. RFK abil saab jälgida inimese funktsioneerimisvõimega toimuvaid muutusi ajas, kui inimene liigub erinevate teenuste vahel. Lähtekohaks on arusaam, et inimesele vajalikud teenused ja sisu sõltuvad tema funktsioneerimisvõimest, mitte diagnoosist.

RFK soodustab integreeritud teenuseosutamist, infovahetust ning valdkondade ülest koostööd, võimaldades seeläbi lammutada silotorne erinevate erialade ja valdkondade vahel. RFK on juba kasutusel eri riikide taastus-ja rehabilitatsiooniteenuse osutajatel ning võimaldab Eesti erinevate piirkondade ja erinevate riikide vahelist võrdlust ning olukordi, kus patsient liigub ühest riigist teise.

RFK on kaardistamise tööriist. See ei asenda ega välista ühtegi kliinilist või sotsiaalselt hindamisvahendit. Hindamisvahendite kasutamine annab vajadusel sisukamat infot RFK kaardistuse tegemisel, kui peaks olema tarvis. Hindamisvahendeid on väga palju erinevaid, näiteks InterRAI, FIM, Bartheli indeks, 6-min kõnnitest jne. RFK baasil inimeste funktsioneerimisvõime kaardistamine annaks meile ühiskonnana baasinfo selles osas, millega inimesed on hädas, millistes valdkondades on nende toimetulekupiirangute põhjused. See omakorda looks võimalused aru saada, mis sorti teenuseid on tarvis ning arutada, millised moel neid on võimalik Eestis saada. Samuti looks see võimaluse teha rahvatervise analüüse diagnoosigruppide, vanusgruppide, piirkondade jne järgi. Lisaks saaks vajadusel analüüsida teenuste osutajate tegevuse tulemusi funktsioneerimisvõime säilitamisel või parendamisel.

- **Rehabilitatsioon** (laiemas käsitluses) – on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese võimalikult suure iseseisvuse saavutamine, sotsiaalse osaluse, kaasatuse ja rahulolu suurendamine.

5. Teeme ettepaneku, et nimetuse tervisejuht asemel kasutatakse VTK-s mõistet **juhtumikorraldaja**.

Mõiste tervisejuht on juba kasutuses teises tähenduses, nimelt koolitab Tallinna ülikooli Haapsalu Kolledž tervisejuhte, kelle pädevusse kuuluvad oskused ja teadmised, mis toetavad töötamist nii tervisedenduses kui liikumise ja toitumise nõustamise valdkonnas, ühendades teooria ja praktika parimal viisil.

Juhtumikorralduse all mõeldakse sotsiaaltöövormi, mille puhul tegeldakse inimese või perekonna olukorraga (juhtumiga) terviklikult ning mis hõlmab abivajaduse hindamist, sobiva abi planeerimist, eri valdkondade tegevuste koordineerimist ja tulemuste mõõtmist. Juhtumikorralduse eest vastutab õppinud spetsialist – juhtumikorraldaja, kes saab olla mitme tervisemurega ja neist tuleneva suurema sotsiaalse abivajadusega inimese jaoks see spetsialist, kelle abiga hinnatakse inimese abivajadust igakülgset ja vastavalt sellele jõutakse õigete tervishoiu- ja sotsiaalteenusteni. Lisaks on VTK-s välja toodud, et tervisejuht kasutab oma töös juhtumikorralduse põhimõtet, mis oleks

otseks aluseks, et võiks kasutada seda nimetust, kuid õigusruumiga laiendada tänase juhtumikorraldaja õigusi ja kohustusi.

Lisaks palume antud peatükki lisada, et juhtumikorraldaja (VTK-s kui tervisejuht) infovahetus ja dokumenteerimine toimub WHO funktsioneerimisvõime klassifikaatori RFK abil, mis täiendab WHO haiguste klassifikaatorit ja võimaldab viia lisaks haiguste statistikale läbi ka riiklikul tasandil statistikat talitlusvõime tuge vajavate inimeste vajaduste ja teenuste osas.

Juhtumikorraldajale plaanitakse anda ligipääs abivajaja abivajaduse, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste infole ning antakse nende ülesandeks abivajajale digitaalse valdkondade ülese heaoluplaani koostamine ja meeskonnatöö koordineerimine ja seega on vajalik lisaks küsimustikele ja testidele ka valdkondade ülese standardkeele kasutamine.

6. Punktis 3.4. palume ettepanekule: koolitada valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamiseks välja spetsialistid, lisada, et koolitavad spetsialistid peavad oskama igapäevaselt kasutada RFK-d.
7. Peatükis "Võimalikud lahendused" punktis 3.2 on ühe olemasoleva lahenduse peamiste puudustena toodud välja, et koostatav tegevuskava hõlmab ainult rahvatervishoiu meetmeid ega sisalda inimesekeskse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise meetmeid. Samas on punktis 3.3 toodud tegevuskava eesmärgina välja riskirühmade märkamine, teenuste koordineeritud korraldamine ja kogukondliku koostöö tugevdamine ja puudu on rahvatervishoiu pool.

Oleme seisukohal, 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.

Tegevuskavade eraldamine tagab nii individuaalse abivajaduse käsitlemise kui ka universaalse ennetuse süsteemse rakendamise.

8. Punktis 3.2 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. Täpsustus tagab täpse terminikasutuse ning väldib eksitavat arusaama olemasolevate töövahendite kohta.
9. Punktis 3.3 tuuakse välja, et maakondlik tervisedendaja kuulub TERVIK-usse. Samas ei ole tema rolli 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 TERVIKu 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.

10. Peatükis "Mõju" alapunktis 5.6 palume lisada lõigule "See tähendab, et kompleksse teenusevajadusega inimese abivajaduse hindamine toimub terviklikult kohe tervishoiu- või sotsiaalsüsteemi sisenemisel. Kaardistatud abivajaduse alusel koostatakse koos abivajaja endaga tema ootusi ja võimalusi arvestav heaoluplaan, kus tuuakse välja abivajaja võimalused ise ennast aidata ning soovitusel ja juhised haiguste kontrolli all hoidmiseks ja sotsiaalsete probleemidega toimetulekuks, samuti kirjeldatakse toimetulekut toetavat teenusevajadust." lause "Funktsioneerimisvõime hindamine toimub RFK alusel."

11. Peatükis "Mõju" palume tuua välja, et muudatus mõjutab lisaks loetletud tervishoiu töötajatele ka taastusrste, füsioterapeute. Samuti palume riiklike koordineerivate asutuste osas välja tuua Töötukassa.
12. Punktis 5.10 palume lisada mõjutatud sihtrühmade loetelusse Tervise Arengu Instituut ja Töötukassa.
13. Oleme seisukohal, et mõjude hindamine on VTK-s ebapiisav. Kuigi dokumendi Lisa 2 pakub ülevaadet majanduslikest ja sotsiaalsetest mõjudest, on see kohati üldine. Näiteks on toodud oodatavad kulud ja kokkuhoiud, kuid need on pigem prognoosid kui konkreetsete arvutused. Haldusliku koormuse mõju kohta KOV-idele ja haiglatele on arutelu, kuid detailne analüüs ja rahaline kalkulatsioon puudub. Esitada tuleks täpsemad rahalised kalkulatsioonid, mis näitavad ka investeringuvajadust (nt infosüsteemide integreerimine, personali koolitamine) ja arvutusi kulude kokkuhoiuks.

Lisada tuleb teostada riskianalüüs, mis kirjeldab võimalikke takistusi ja negatiivseid kõrvalmõjusid (nt andmete turvalisus, spetsialistide vastupanu) ja pakub välja meetmeid nende leevendamiseks.

VTK alternatiivsete lahenduste analüüs ei ole piisav. Dokumentides keskendutakse eelkõige ühele mudelile (integreerimisele) ning võrreldakse seda peamiselt senise, killustunud süsteemiga. Kuigi tuuakse näiteid teistest riikidest (Prantsusmaa, Baskimaa), ei ole piisavalt süvitsi analüüsitud, miks just see konkreetne mudel on Eestile parim ja miks teised variandid (nt parem KOV-ide ja Tervisekassa vaheline koostöö ilma täieliku integratsioonita) ei sobi. Siin aitaks VTK kvaliteeti tõsta struktureeritud võrdlustabel, mis hindab mitut lahendusvarianti (nt 1. killustatud süsteemi jätkamine, 2. parem koostöö raamistik, 3. täielik integreerimine) vastavalt hindamiskriteeriumidele nagu kulutõhusus, halduskoormus, rakendatavus ja mõju sihtrühmale.

VTK huvirühmade kaasamise osa ei ole piisavalt lahti kirjutatud. Dokumentides kirjeldatakse üldsõnaliselt, et muudatuste tegemiseks on konsulteeritud ekspertidega, ent puudub ülevaade kaasamisprotsessist. Pole selge, milliseid huvirühmi ja millises etapis on kaasatud, millised olid nende tagasiside ja kuidas seda seni on arvesse võetud.

Kavatsuse lõpptekst peaks olema selge, konkreetne ja ühetähenduslik, vältides ebamäärasusi, mis võivad seaduseelnõu menetlemisel tekitada segadust. Tervise Arengu Instituut toetab tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise põhimõtet ning peab oluliseks, et arutelud sel teemal jätkuksid. Samas rõhutame, et kavandatavad muudatused vajavad tugevat alust: selgeid ja kooskõlastatud mõisteid, ühtseid dokumenteerimise põhimõtteid, ning eelkõige andmepõhiseid mõjuanalüüse nii tervishoiu, sotsiaaltöö, töövõime kui ka IKT valdkonnas. Ilma nendeta on risk, et head kavatsused ei vii praktikas soovitud tulemusteni.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Annika Veimer
direktor

Koostajad:
Marlen Piskunov

marlen.piskunov@tai.ee

Piret Viiklepp

Piret.viiklepp@tai.ee

Mai-Liis Kõpper

mai-liis.kopper@tai.ee