

Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus

**RFK kasutamise kogemus rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendi
vajaduse hindamisel: välisriikide kogemused**

Analüütiline ülevaade

2016

Uuringu tellis Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus eesmärgiga saada ülevaade teiste riikide Maailma Terviseorganisatsiooni rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK) rakendamise kogemusest, eriti nendest projektidest, mida peaks ja oleks võimalik rakendada tulevikus ka Eestis ning läbiviidud projektide edulugudest ja väljakutsetest.

Uuring valmis programmi „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“ raames Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest, mis on eraldatud perioodiks 2014 - 2020.

Töö on koostanud Heidi Koolmeister.

SISUKORD

1. Kasutatud lühendid	5
2. Sissejuhatus	6
3. Rahvusvaheline ja siseriiklik kontekst.....	9
4. RFK kontseptuaalse mudeli ja klassifikatsioonisüsteemina: rehabilitatsiooni ja abivahendite valdkonnas	14
5. Võrdleva analüüsi lähtekohad	17
5.1. Uurimisküsimused.....	17
5.2. Meetod.....	17
6. Välisriikides RFK kasutamise kogemuse ülevaade: rehabilitatsiooni- ja tehniliste abivahendite valdkondades	18
6.1. Soome	18
Üldinfo	18
RFK rakendamine	19
6.2. Rootsi.....	24
Üldinfo	24
RFK rakendamine.....	25
6.3. Holland	26
Üldinfo	26
RFK rakendamine	27
6.4. Saksamaa	28
Üldinfo	29
RFK rakendamine	29
6.5. Itaalia	31
Üldinfo	31
RFK rakendamine	32
7. RFK kasutamise kogemuse võrdlus: järeldused ja ettepanekud	38
7.1. Rahvusvahelise praktika võrdluse järeldused	38
7.2. Eesti rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemi hetkeolukord, probleemid ja kitsaskohad ning soovitud RFK kasutamisel praeguse olukorra kitsaskohtade ületamisel	42
8. Kokkuvõte.....	47

Lisa 1. Konsulteeritud välisriikide RFK ekspertide kontaktandmed	48
Lisa 2. Ekspertidele esitatud küsimused (inglise keeles).....	50
Lisa 3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine Kumppaniksi ühingus	51
Lisa 4. mICF kontseptsioon	52
Lisa 5. Hollandi abivahendisüsteemi üldise korralduse etapid ja andmed, mida saab kodifitseerida RFK raamistiku kasutades	53

1. Kasutatud lühendid

CLIQ – Cliq (*Classification with IQ*) on Hollandis väljatöötatud detailsem versioon täiendamaks ISO 9999, mis võimaldab detailsemaid kategooriaid kui algne klassifikatsioon

ICF Core Set - RFK lühivormid

ICF-CY - Rahvusvahelise Funktsionaalse Klassifikatsiooni Laste ja Noorte versioon (*The International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth*)

IDIDH - Rahvusvaheline puueteklassifikaator (*International Classification of Impairments, Disability and Handicaps*)

ISO 9999 - Puuetega inimeste tehnilised abivahendid: klassifikatsioon ja terminoloogia (*Technical aids for persons with disabilities - classification and terminology*)

RFK – Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ingliskeelne lühend ICF*)

RHK – Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (*International Classification of Diseases, ingliskeelne lühend ICD*)

WHO – Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organization*)

WHO-DAS 2.0 – Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamise küsimustik, versioon 2.0

WHS – Maailma terviseuuring (*World Health Survey*)

WORQ – Kutsealase rehabilitatsiooni küsimustik (*Work Rehabilitation Questionnaire*)

ÜRO – Ühendatud Rahvaste Organisatsioon (*United Nations Organization*)

2. Sissejuhatus

Tagamaks tervisesüsteemide ja –teenuste vastavus rahvastiku muutuvatele terviseseisunditele on hädavajalik koguda adekvaatset tervisealast informatsiooni. Taolise informatsiooni kogumine nõuab standardiseerimist, tagamaks vastavus ja info võrreldavus erinevate indiviidi terviseseisundite ja indiviidide gruppide üleselt. Klassifitseerimissüsteemid võimaldavad terviseandmeid koguda ühtsetel alustel, mille tulemusel on andmed hiljem võrreldavad nii siseriiklikul kui rahvusvahelisel tasandil. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (edaspidi RFK) on Maalima Terviseorganisatsiooni (edaspidi WHO) poolt 2001. aastal kasutusele võetud rahvusvaheline standard kirjeldamaks ja mõõtmaks terviseseisundit ja puuet¹. RFK asendas varasema rahvusvahelise puute klassifikaatori (ICIDH), mis oli esimene WHO mudel kasutamaks standardiseeritud keelt vahetamaks infot indiviidi funktsioonidest, mis on seotud erinevate terviseseisunditega. Võrreldes varasema mudeliga paneb RFK enam rõhu kontekstuaalsetele faktoritele, mis on nii keskkonna kui indiviidi isiklikele faktoritele ning samuti keskendub see enam tervise komponentidele kui haiguste tagajärgedele.

RFK klassifikatsiooni soovitatakse kasutada koos RHK-10ga, mis on rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon mille alusel saab kodifitseerida haigust või tervisehäiret, lisades RFK järgi kodeeritud infot organismi funktsioneerimisvõime, struktuuride, inimeste tegutsemise ja osaluse ning kõike eelnevat mõjutavate keskkonna- ja isiksuse tegurite kohta. RHK 10ndat versiooni kasutavad WHO liikmesriigid alates 1994. aastast². RHK võimaldab klassifitseerida haiguse komponendid ja teised terviseseisundid kogumaks diagnostilist informatsiooni, samas kui RFK võimaldab klassifitseerida funktsioneerimise ja puude valdkonnad, seda keha funktsioonide ja struktuuride või tegevuste ja osalemise järgi nii organismi, indiviidi kui ühiskonna tasandil. RHK ja RFK klassifitseerimissüsteemid on WHO poolt arendatud välja teineteist täiendavate süsteemidena, võimaldamaks kirjeldada indiviidi terviklikku terviseseisundit või tervisega seotud olukorda.³

Oluline on märkida, et RFK on arendatud välja WHO poolt mistõttu kasutatakse seda peamiselt tervishoiusektori raames, kuid samas on selle rakendamine võimalik valdkondadeülesest. Seetõttu on hinnatud, et RFK tagab kõige uuema ja laiaulatuslikuma funktsioneerimise ja puude klassifitseerimise mudeli ning mitmetes uuringutes on hinnatud, et RFKl on potentsiaali saada valdkondade-üleseks kontseptuaalseks mudeliks⁴. RFK ja RHK kasutamine ühiselt võimaldaks luua integreeritud tervisealase informatsioonisüsteemi, st luua standardkeelel põhinev elektrooniline terviseinfo andmebaas, et paremini kirjeldada ja mõista haigust ja funktsioneerimist. Täna ei ole ühtset standardiseeritud platvormi, kus haigused ja nende mõju funktsioneerimisele oleksid kasutatud ühtses integreeritud terviseinformatsiooni süsteemis, kuna ei ole suudetud ühildada RHK ja RFKd kontseptuaalsel ja operatiivsel tasandil. Seetõttu on WHO asunud töötama välja haiguste klassifikatsiooni uut versiooni

¹ Inglise keeles *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*. [WWW] <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

² WHO. 2004. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision – 2nd ed. [WWW] http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf

³ Excorpizo *et al.* 2013. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health*, 13:742.

⁴ Cieza, A. 2007. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description on the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol 39, pp 279 – 285.

RHK-11, mis peaks eelduste kohaselt valmima 2018. aastal.⁵⁶ 11nda versiooni väljatöötamisel on seatud eesmärgiks ühtlustada terminoloogia kahe klassifikatsiooni vahel ning võimaldada klassifikatsioonide ühildamise kaudu koguda terviklikumat informatsioon tervise seisundi või haiguse ning nende mõju kohta indiviidi funktsioneerimisele. Seega on võetud eesmärgiks lisada RHK 11ndasse versiooni ka informatsioon funktsioneerimise omaduste kohta (st RFK valdkonnad ja koodid) võimaldamaks kirjeldada haiguse mõju funktsioneerimisele. RHK ja RFK harmoniseerimine võimaldab luua integreeritud tervisealase informatsiooni mudeli, mis oleks kasulik erinevate süsteemide-ülevalt, võimaldaks rakendada standardiseeritud ühise keele elektrooniliste terviseandmesüsteemide arendamisel ning seega panustaks otseselt parema teenuste planeerimise ja jätkusuutlikuma rahastamise saavutamisesse.⁷

RFK kirjeldab funktsioneerimist, puuet ja tervist kasutades viiest komponendist koosnevat raamistikku, mis kirjeldavad indiviidi keha funktsioone ja struktuure, aktiivsust, osalemist, keskkonda ja personaalseid faktoreid. Kirjeldus indiviidi keha funktsioneerimisest ja struktuurist, tegutsemisest ja osalemisest kujutab endast profiili indiviidi funktsioneerimisest. *Kehalised funktsioonid* on indiviidi füsioloogilised kehafunktsioonid. *Tegutsemine* kirjeldab indiviidi võimekust sooritada teatud ülesandeid ja osalemine kirjeldab indiviidi võimekust osaleda teatud elusituatsioonides. *Funktsioneerimine* on mõjutatud tervise seisunditest ja kontekstuaalsetest faktoritest, mis sisaldavad keskkonda ja isiklike tunnuseid. RFK klassifikatsioonisüsteemis on kõik valdkonnad (v.a. *isiklikud faktorid*) kodeeritud kasutades hierarhilist kodeerimissüsteemi mis on struktureeritud teise, kolmanda või neljanda taseme valdkonnaks. Esimese, teise ja neljanda taseme valdkonnad on määratud koodidega RFK klassifikatsioonisüsteemis suurendamaks kirjelduse täpsust. Seeläbi annab RFK n-ö ühise keele, millega saab kirjeldada patsiendi terviseprofiili (vt joonis nr 1).⁸

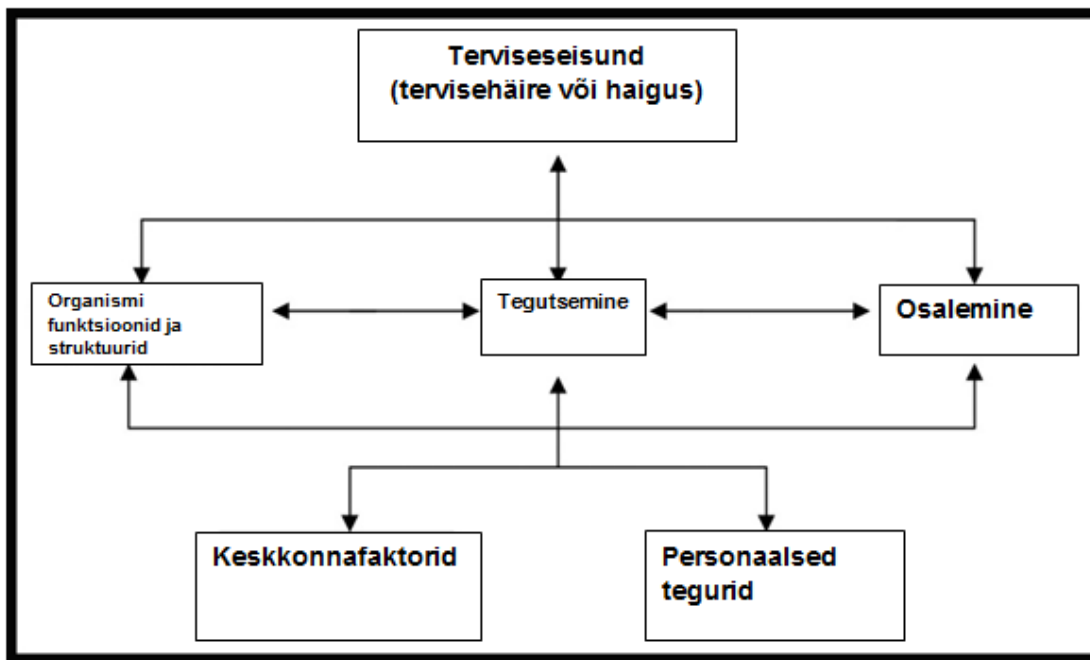
Alates 2001. aastast on mitmed riigid näidanud tugevat soovi ja poliitilist valmisolekut kasutamaks RFKd erinevates tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande sektorites. Riigid nagu Saksamaa ja Põhja-Ameerika (nt Soome, Rootsi ja Holland) on näidanud Euroopa riikide seas tugevat poliitilist pühendumust RFK kasutamisele teinud põhjalikke uuringuid RFK erinevate vormide arendamiseks ja praktiliseks rakendamiseks ning piloteerinud RFK kasutamist erinevates valdkondades. Itaalia on alustanud samuti RFK kasutamist erinevatel eesmärkidel (nt puude hindamisel, abivahendi määramisel, rehabilitatsioonivaldkonnas jne) ning on piloteerinud RFKd ka poliitikakujundamises ja statistikakogumises. Samas on rahvusvahelises praktikas RFK kontseptuaalset raamistikku erinevalt tõlgendatud ja andmestiku kogumise komponentide, koodide ja mõõdikute kasutamine võib oluliselt erineda riigiti.

⁵Euroopa Komisjon. 2016. Rahvusvahelised klassifikatsioonid. [WWW] http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_et.htm

⁶Maailma Terviseorganisatsioon. 2016. The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2018. [WWW] <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

⁷Excorpizo et al. 2013. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health*, 13:742.

⁸Maailma Terviseorganisatsioon. 2005. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK/ICF). Sotsiaalministeerium.



Joonis 1 Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK) raamistik ja komponentide vahelised seosed⁹

Selleks, et toetada RFK rakendamist praktikas on väljatöötatud RFK kontroll-loend (inglise keeles *ICF Checklist*) ja lühivormid (ibid *ICF Core Set*), mis lihtsustavad funktsioneerimise kirjeldamist praktikas võimaldades lühendatud nimekirja kõige olulisematest kategooriatest, mis on relevantsete teatud terviseseisundite puhul ja valdkonna kontekstis¹⁰. Antud kategooriad on valitud RFK täisversioonis ja kohandatud vastavalt valdkonnale ja terviseseisundile, mis lihtsustavad RFK praktilist rakendamist ja võimaldamaks kasutajasõbralikult kirjeldada kliendi funktsioone. Kuigi tänaseni on koostatud mitmed lühivorme on vajadus luua täiendavaid vorme, katmaks erinevaid terviseseisundeid, mistõttu on see järjepidev protsess rahvusvahelisel tasandil¹¹. RFK kontroll-loendeid uuendatakse ja täpsustatakse regulaarselt ning need on kättesaadavad RFK'l põhinevate dokumendivormide kodulehel (<http://www.icf-core-sets.org/>).

Tagamaks kliendi jaoks tulemusliku rehabilitatsiooni saavutamise ja/või õige abivahendi saamine on vajalik koostöö erinevate valdkondade spetsialistide vahel. Seetõttu on olulisel kohal kommunikatsioon erinevate osakondade ja valdkondade professionaalide vahel kes teevad tööd, et saavutada kliendi jaoks parim võimalik terviseseisund ja funktsioneerimine, mis võimaldaks neil täisväärtuslikult ühiskonnas osaleda. Samas kasutavad erinevate valdkondade spetsialistid praktikas erinevat terminoloogiat, lähenemisi ja meetodikaid, mis muudab patsiendi terviseseisundi info edastamise keeruliseks ning mille tulemusena võib teenuseosutamise kvaliteet kannatada ning kliendi-vaatest võivad seatud eesmärgid jääda saavutamata. Seetõttu võib hinnata, et RFK olulisim potentsiaalne tugevus ja väljakutse on RFK kasutamisel rehabilitatsiooni ja/või

⁹ ICF Education. 2016. [WWW] <http://icfeducation.org/>

¹⁰ ICF Research Branch. 2016. [WWW] <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2>

¹¹ Escorpizo, R *et al.* 2015. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol 51, pp 105 - 17.

abivahendite valdkondades on nn universaalse keele ja valdkondade-ülese raamistiku loomine erinevate valdkondade ja osakondade spetsialistide vahel.

Käesolev analüüs on sisend, mida töö tellija Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus soovib kasutada rehabilitatsiooniteenuse ja abivahendite vajaduse hindamisinstrumendi väljatöötamisel. Rahvusvahelise konteksti ja Eesti rehabilitatsiooni- ja abivahendite valdkonna hetkeolukorra avamisele järgnevalt annab analüüs ülevaate RFK kontseptuaalse mudeli ja klassifikatsiooni rakendamise võimalustest rehabilitatsiooni ja abivahendite valdkondades. Seejärel esitatakse ülevaate viies Euroopa Liidu riigis RFK kasutamise kogemusest. Kuigi antud riigid on RFKd rakendanud väga erinevates valdkondades, on käesoleva uuringu fookuses tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid. Teiste riikide kogemuse analüütilise ülevaate eesmärgiks on tuvastada parimaid praktikad, mida saaks kasutusele võtta Eesti ning õppida nende edulugudest ja kohatud väljakutsetest RFK rakendamisel, mille saaks võtta aluseks siseriiklike RFK-l põhinevate dokumenteerimisvormide kasutamisel ning hindamisinstrumentide väljatöötamisel. Samas on oluline rõhutada, et taoliste valdkondlike arenduste tegemisel saab teiste riikide praktikast õpitud kogemused olla vaid üks sisenditest ning arvesse on vaja võtta siseriikliku valdkonna ajalooliseid arenguid ja korralduslikke eripärasid, ning erinevate valdkondade, sealhulgas sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonna ootusi ja huvisid.

3. Rahvusvaheline ja siseriiklik kontekst

2006. aastal võeti ÜRO poolt vastu puuetega inimeste õiguste konventsioon¹² (edaspidi PIK), mille Eesti ratifitseeris 2012. aastal. Puuetega inimesed vajavad sageli erilist tuge erinevates eluvaldkondades aitamaks neil elada ja osaleda ühiskonnas teistega võrdsetel alustel. PIKi artikkel 26 kohaselt peaks kõigil puuetega inimestel olema teistega võrdsetel alustel ligipääs habilitatsiooni ja rehabilitatsiooni teenustele ja programmidele, eriti tervishoiu, tööhõive, hariduse ja sotsiaalteenuste valdkondades, nii et need teenused ja programmid algavad võimalikult varases etapis ning põhinevad isiku vajaduste ja tugevuste multidistsiplinaarsel hinnangul, ning toetavad kogukonnas ja kõigis ühiskonnaelu valdkondades osalemist ja nendesse kaasatust. Samuti tuleb edendada puuetega inimestele mõeldud abiseadmete ja –tehnoloogia kättesaadavust, teadmisi nende kohta ja nende kasutamist habilitatsioonis ja rehabilitatsioonis. Lisaks sellele, tuleb edendada habilitatsiooni- ja rehabilitatsiooniteenuste alal töötavate spetsialistide ja töötajate koolituse arendamist. PIKi kohaselt ei kujune puue ainult inimese tervisekahjustuste tulemusena, vaid koostoimel erinevate takistustega (sh keskkonna või ühiskonna piirangud), mis võib tõkestada nende osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel. RFK on raamistik mõistmaks puuet kui inimese kehaliste struktuuride ja funktsioonide vaegusena ning tegutsemise tegevuse ja osalemise piirangutena, kuid samas võtab arvesse asjaolu, et puue kujuneb terviseseisundi ja kontekstuaalsete faktorite koosmõjuna, mis mõjutavad indiviidi kehalist toimimist ja ühiskondlikku rolli.¹³ Seega on WHO poolt väljaarendatud RFK klassifikatsioon täielikult

¹² Riigiteataja. 2012. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon. [WWW] <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>

¹³ Escorpizo, R. *et al.* 2015. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF. Springer International Publishing Switzerland, lk 545 – 546.

vastavuses konventsiooni aluspõhimõtetega ning võimaldab monitoorida PIKis sätestatud põhimõtete täitmist¹⁴.

RFK kohaselt on rehabilitatsioon tervishoiustrateegia, mis põhineb WHO funktsioneerimise, vaeguste ja tervise integreeritud (st meditsiinilisel ja sotsiaalsel) mudelil. Selle mudeli eesmärk on toetada terviseprobleemidega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus¹⁵. Rehabilitatsioonimeetmed on suunatud kehaliste funktsioonide ja struktuuride, tegutsemise ja osalemise, keskkonna- ja isiklike tegurite edendamisele, eesmärgiga et inimene saavutab ja säilitab optimaalse funktsioneerimise. Rehabilitatsioon leiab tavaliselt aset määratletud ajaperioodi vältel, kuid võib tähendada ühe või mitmete sekkumise läbiviimist rehabilitatsiooni professionaali(de) poolt. Protsess sisaldab inimese probleemide ja vajaduste identifitseerimist, probleemide ja inimese ning teda ümbritseva keskkonna oluliste tegurite määramist, rehabilitatsiooni eesmärkide defineerimist, meetmete planeerimist ja rakendamist ning mõjude hindamist. Rehabilitatsiooniprotsessi osaks võib olla nii taastusravi, rehabilitatsioonimeetmed kui abivahendid ja muud meetmed. Kuna rehabilitatsioon on sageli multidistsiplinaarne protsess, mis hõlmab väga erinevate valdkondade professionaale tuleb selleks, et teenusteosutamine oleks indiviidi vajadustest lähtuv ning läheneks terviklikult kliendile, leida universaalne keel ja mõistmine erinevate professionaalide vahel, mida võib anda RFK kasutamine. Kuna rehabilitatsiooni puhul on tegemist laiaulatusliku ja multidistsiplinaarse sekkumisega, parandaks universaalse keele kasutamine koordineerimist erinevate valdkondade ning osakondade vahel. Taolise klassifikatsiooni kasutamine võib lihtsustada kommunikatsiooni, hindamisinstrumentide ja standardiseeritud tulemusmõõdikute kasutamist, tagamaks rehabilitatsioonimeetmete efektiivne rakendamine ning kvaliteetne ja integreeritud teenuseosutamine.¹⁶

Lihtsustamaks RFK kasutamist praktikas on väljatöötatud rehabilitatsiooniprotsessi juhtimise meetodina nn [rehabilitatsiooni tsükkel](#) (inglise keeles *Rehab-Cycle*), mis võimaldab lihtsustada rehabilitatsiooniprotsessi struktureerimist, organiseerimist ja dokumenteerimist ning võimaldab lihtsustada ka protsessi kaasatud professionaalide tööd tegevuste koordineerimisel. Protsess koosneb hindamisest, määramisest, sekkumisest ja hindamisest ning mille tarveks on väljatöötatud RFK-l põhinevad dokumenteerimisvahendid, sh RFK hindamisleht (*ICF Assessment Sheet*), RFK kateooriline profiil (*ICF Categorical Profile*), RFK sekkumistabel (*ICF Intervention Table*) ja RFK hindamiskuva (*ICF Evaluation Display*). Need hindamistööriistad soodustavad valdkondade-ülest koostööd ja kommunikatsiooni ning lihtsustavad dokumenteerimist ja infovahetust rehabilitatsioonimeeskonnas.¹⁷

¹⁴ Griffo, G. et al. 2009. Moving towards ICF use for monitoring the UN Convention on the rights of persons with disabilities: the Italian experience. *Disability and Rehabilitation*, vol 31, pp 74 - 77.

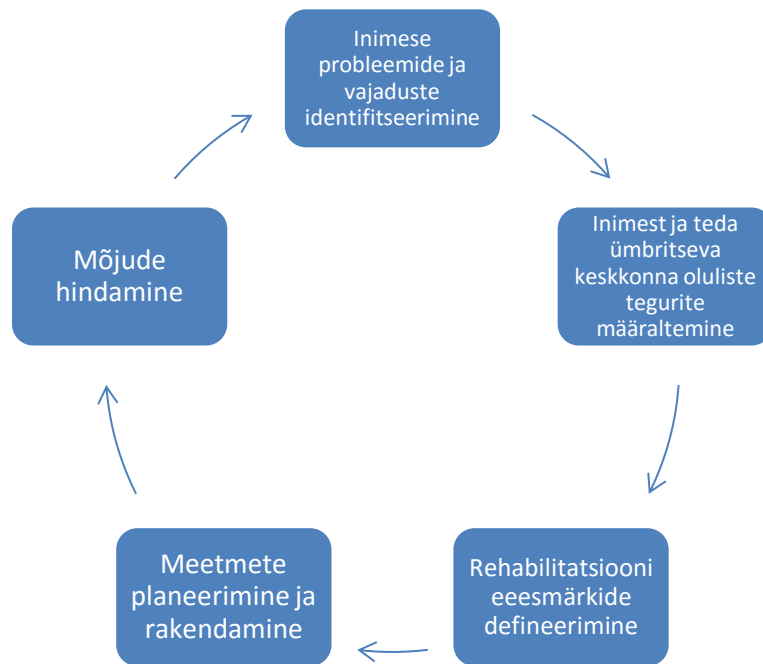
¹⁵ Meyer, T. et al. 2011. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol 43, pp 765 – 769.

¹⁶ WHO. 2011. World report on disability. [WWW]

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf

¹⁷ ICF Case Studies. 2016. Introduction to ICF-based Documentation Tools and Rehab-Cycle. [WWW]

https://www.icf-casestudies.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=227&Itemid=426&lang=en



Joonis 2 Rehabilitatsiooni tsükkel (autori joonis)

Alates 2016. aasta jaanuarist on Eesti rehabilitatsioonisüsteemis toimunud olulised kontseptuaalsed arengud, mis muudavad rehabilitatsiooniteenuse korralduse nii tööturu- kui ka sotsiaalvaldkonda hõlmavaks terviklikuks süsteemiks. Uue korralduse kohaselt jaguneb rehabilitatsioon lähtudes selle eesmärgist **sotsiaalseks** (vastutab Sotsiaalkindlustusamet), **töölaseks** (vastutab Töötukassa) ja **meditsiiniliseks** (st eeskätt taastusravi või psühhiaatrilist ravi, mille eest vastutab Haigekassa) **rehabilitatsiooniks**. Lisaks sellele, muutus 2016. aasta algusest uue jõustunud sotsiaalhoolekande seadusega abivahendite korraldus, sh abivahendite müügi ja üürimise hüvitamise süsteemi administreerimine Sotsiaalkindlustusameti ülesandeks¹⁸.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on hoolekande teenus, mida pakutakse inimesele tema iseseisva toimetuleku parandamiseks igapäevases elukeskkonnas, samas ei ole sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk tervise taastamine. Kui isik vajab taastusravi, tuleb eeskätt pöörduda pere- või eriarsti poole.¹⁹ Alates 2016. aastast lisandus uue teenusena tööalane rehabilitatsioon, mis on suunatud tööalasele osalise töövõimega inimesele ning valmistab inimeste ette tööeluks ja toetab tööleasumist või töötamist.²⁰ Kliendi vajadustest lähtudes rehabilitatsiooni eesmärgi saavutamiseks planeeritud tegevuste ja teenuste osutamine võib tähendada vajadust kompleksete, erinevaid valdkondi haaravate programmide järele, kus tegevuste ja teenuste osutamine on integreeritud, st valdkondade (nt sotsiaalkindlustus-, tööhõive- ja ravisüsteemist) koostöö- ja rahastusena²¹.

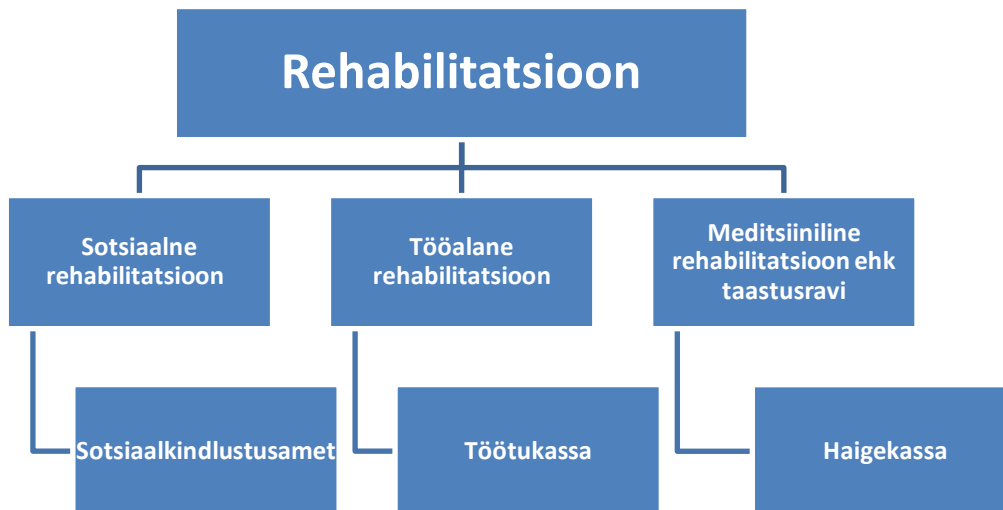
¹⁸ Sotsiaalkindlustusamet. 2016. Abivahendid. [WWW] <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/abivahendid-3/>

¹⁹ Sotsiaalkindlustusamet. 2016. Rehabilitatsioonisüsteemide jagunemine alates 01.01.2016.

[WWW] <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>

²⁰ Töötukassa. 2016. Tööalane rehabilitatsioon. [WWW] <https://www.tootukassa.ee/content/toovomereform/tooalane-rehabilitatsioon>

²¹ Sotsiaalministeerium. 2008. PITRA II – puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega. Lõppraport. [WWW] <https://www.sm.ee/sites/default/files/content->



Joonis 3 Rehabilitatsioonisüsteemi korraldus Eestis alates 1.01.2016 (autori joonis)

Vaatamata asjaolule, et jõustunud muudatused pakuvad lahendusi mitmete varasema süsteemi probleemide ületamiseks on hinnatud, et muudatuste edukal rakendumisel keskse tähtsusega luua sillad, mis võimaldaksid kliendi vaatest talle vajaliku abi võimalikult lihtsalt ja kättesaadavalt ning õigeaegselt, vaatamata süsteemi keerukusele.²² Selleks on Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskuse rehabilitatsioonialane kompetentsikeskus on alustanud arendustegevust, et analüüsida RFK kasutamise võimalusi rehabilitatsioonisüsteemi arendamisel Eestis, et tulevikus tagada meditsiinilise-, sotsiaalse- ja tööalase rehabilitatsiooni parem integreeritus. Täna puudub Eestis standardiseeritud instrument kaardistamiseks inimese probleemid funktsioneerimisel, rehabilitatsiooniteenuse ja abivahendi vajaduse hindamiseks ning kasutatud meetmete mõjususe hindamiseks. Selle eesmärgi nimel on väljatöötamisel interaktiivne instrument, mis põhineb RFK-l vajaliku rehabilitatsiooniprogrammi või abivahendi määramisel piiratud funktsioonidega inimestele ja selle mõjususe hindamiseks. Antud instrumenti kasutaksid terapeudid, arstid ja teised tervishoiuspetsialistid. Instrumenti väljatöötamine võimaldaks saavutada spetsialistidel ja teenuseosutajatel parem teenuse osutamise kvaliteet ning ka süsteemi koordineerijatel ning rahastajatel (sh riik) saada paremat ülevaadet rahastuse prioriteetidest. Seetõttu on käesoleva analüüsi eesmärgiks anda ülevaade RFK-l põhinevate meetodite ning lühivormide kasutamisest rehabilitatsioonirahvusvahelise praktika alusel, teenusevajaduse ja sekkumiste tulemuslikkuse hindamiseks. Hõlpsustamiseks tervishoiu-, hoolekande- kui ka tööhõivesüsteemi valdkondade professionaalidel ühise keele leidmist võib RFK pakkuda raamistikku, kus lahenduste keskmes oleksid abi vajavad inimesed oma eripärade ja vajadustega.

Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskuse poolt koordineeritav projekt panustab otseselt **Heaolu arengukava 2016 – 2023** (eelnõu) täitmisesse, mis koondab tööhõive, sotsiaalkaitse ja võrdse kohtlemise poliitikate eesmärgid. Arengukava alaeesmärk 3 seab eesmärgiks, et inimeste võimalused iseseisvalt toime tulla, kogukonnas elada ning ühiskonnaelus osaleda on tänu efektiivsele õiguskaitsel ja kvaliteetsele kõrvalabile paranenud. Arengukavas

[editors/eesmärgid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1.pdf](#)

²² Aavik, Gerli. 2016. Muudatused rehabilitatsioonisüsteemis: kuidas tuua vajalikud teenused õigel ajal õige inimeseni? Sotsiaaltöö „Erinumber Heaolu arengukavast“:

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/146789980772_ST2_eri_2016_web.pdf. (8.08.2016)

hinnatakse, et sotsiaalteenuste korraldus ja rahastamine ei toeta inimeste vajadustele vastava abi pakkumist ning ressursside eesmärgipärasest kasutamisest. Tänapäevases Eestis puudub ühtne rehabilitatsioonisüsteem ning inimese vaatest on teenused koodunud erinevatesse süsteemidesse (taastusravi on osa tervishoiusüsteemist, sotsiaalne rehabilitatsioon sotsiaalsüsteemist ning tööalane rehabilitatsioon tööhõivesüsteemist), kus nende pakkumisel lähtutakse erinevatest põhimõtetest. Inimese jaoks, kellel on vajadus erinevate rehabilitatsiooniteenuste järele, on süsteem ebaefektiivne ja keeruline ning süsteemi vaatest dubleeriv ja ebaefektiivne. Süsteemide vahelisel liikumisel ja korduvate taotlemistega kaasneb suur ajakulu, mistõttu võtab inimese rehabilitatsioon ühiskonda kaua aega ning rehabilitatsiooni tulemuslikkus on madal. Seetõttu on seatud süsteemi valdkondadeülene integratsioon, mis võimaldaks muuta tervikisüsteemi kliendikeskseks, kasutada olemasolevaid ressursse otstarbekamalt ning muuta süsteemi arusaadavaks ühtseks tervikuks, mis võimaldab abivajajatel suunduda kiiremini tagasi tööturule ja ühiskonda ning väljuda rehabilitatsioonisüsteemist. Pakkumaks inimestele õigeaegset õiget rehabilitatsiooniteenust, alustatakse rehabilitatsiooniteenuste ühtlustamist ja ümberkujundamist. Töötatakse välja kliendikeskne rehabilitatsiooni- ja taastusravisüsteem, kus on paranenud teenuste koostoime, kliendil on parem ülevaade pakutavatest teenustest, teenustevahelistest liikumistest ning olemasolevat ressursi kasutatakse otstarbekamalt. Lisaks sellele, jätkatakse progammipõhise rehabilitatsiooniteenuse korralduse rakendamist, rehabilitatsiooniteenuse eelhindamissüsteemi efektiivsemaks muutmist ja eelhindajate kompetentsuse suurendamist koostöös Astangu rehabilitatsioonialase kompetentsikeskusega. Abivahenditeenuse korraldamisel võetakse ülesandeks pakkuda inimestele neile vajalikku abivahendit lühima võimaliku aja jooksul, muutes abivahendite korraldus kliendisõbralikumaks ja vähem bürookraatlikuks.²³

Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse poolt koordineeritav projekt panustab samuti **Eesti e-tervise strateegia 2020**²⁴ ja **e-tervise visiooni 2025** eesmärkide täitmisesse. E-tervise strateegia lähtub eeldusest, et e-tervise ehk tervishoiu infotehnoloogiliste vahendite ja võimaluste loomine on eelduseks tervisevaldkonna sisuliste eesmärkide saavutamisele, kuid ei taga üksi nende saavutamist. E-tervise visioon aastaks 2025, mis kirjeldab terviseteenuste pakkumisel soovitud tulevikuseisundit, keskendub inimese tervisele ja pakutavatele terviseteenustele, sh nendega seotud tööturu- ja hoolekande teenustele. Visiooni kohaselt on aastaks 2025 loodud hästi koostöövõimeline erineva tasandi e-tervise lahenduste ja nende põhiste terviseteenuste võrgustik, mille tulemusel on kogutavad terviseandmed kvaliteetsed, moodustavad tervikliku pildi inimese tervisega seonduvast, andmete kasutamine on läbipaistev ja kontrollitud ning andmed on aktiivselt kasutamises alates esimesest kasutamisest kuni taaskasutamiseni hilisemalt. Terviseteenused on alati inimkesksed ja asjakohased, kasutatavad sõltumata kliendi asukohast ja IKT oskuste tasemest, erinevate tasandite ja teenusepakujate teenused on omavahel sujuvalt põimitud ning terviseteenuste tulemuslikkus on isikustatud ja paremini mõõdetav. Tervishoiusüsteemis on haiguste ennetuse ja inimeste enda aktiivse tervisejuhtimise võimalused oluliselt kasvanud, e-tervise lahendused abistavad spetsialiste ja soodustatud on innovatsioon kõigil tasanditel süsteemi tõhususe parandamiseks. Selle tulemusena kasutatakse oluliselt tõhusamalt tervishoiu-, tööturu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemide ressursi ning suureneb teenusekasutajate rahulolu.

²³ Sotsiaalministeerium. 2016. Heaolu arengukava 2016 – 2023 (eelõud). [WWW] <https://www.sm.ee/et/heaolu-arengukava-2016-2023>

²⁴ Sotsiaalministeerium. 2015. Eesti e-tervise strateegia 2020. [WWW] http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/e-tervise_strateegia_2020.pdf

4. RFK kontseptuaalse mudeli ja klassifikatsioonisüsteemina: rehabilitatsiooni ja abivahendite valdkonnas

RFK-le eelnevalt on loodud erinevaid mudeleid inimese funktsioneerimise ja puude kirjeldamiseks, näiteks RFKle eelnenud mudel (*International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, lühend *ICIDH*) andis aluse rehabilitatsiooni defineerimiseks, rehabilitatsiooni praktika ja uurimistöö arendamiseks ning seadusandluse ja poliitikate loomisele. ICIDH kujutas endast läbimurret, millega WHO tunnustas, et meditsiiniline mudel ja sellega seotud rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (edaspidi *RHK*) ei adresseerinud piisavalt krooniliste haiguste põhjuseid ja mõjusid. ICIDH rakendamine leidis toetust Euroopas, kuid ei saavutanud ülemaailmselt tunnustust ning langes kriitika alla, et see ei võimaldanud hinnata keskkonna mõju ja kasutas negatiivset terminoloogiat puuetega inimeste terviseseisundi kirjeldamiseks.

WHO poolt kiideti 2001. aastal heaks RFK klassifikatsioon kui rahvusvaheliselt aktsepteeritud mudel rehabilitatsioonisektoris. ICIDH järglasena aadresserib RFK ka keskkonna- ja personaalseid tegureid ning kasutab neutraalseid kontseptsioone terminoloogias. RFK võimalikeks kasutusalaudeks on statistika (andmete kogumisel ja registreerimisel), teadusuuringud (haiguste tagajärgede, elukvaliteedi või keskkonnategurite hindamiseks), praktiline meditsiin (vajaduste, kutsesobivuse, ravi- ja taastusravi tulemuste hindamisel ning spetsiifiliste tervisehäirete sobivaima ravi leidmisel), sotsiaalpoliitika (sotsiaalhoolduse kavandamisel, kompensatsioonisüsteemide ja –poliitika kavandamisel ning elluviimisel) ja haridus (õppekavade koostamisel teadlikksuse ning ühiskondliku aktiivsuse tõstmisel)²⁵. Seega on RFK näol tegemist kõige uuema ja igakülgsema funktsioneerimise ja puude klassifitseerimise mudeliga, mis on saanud rahvusvahelise tunnustuse osaliseks ning selles tähenduses on RFKl potentsiaali muutuda rehabilitatsiooni valdkondade- ja sektorite-üleselt rakendatavaks kontseptuaalseks mudeliks.²⁶

RFK võimaldab meil koguda standardiseeritud ja relevantset andmestikku, mis võimaldab kirjeldada erinevate terviseseisunditega inimeste kogemust, kuid on vajalik tõdeda, et RFK kasulikkuse hindamise kriteeriumiks on selle praktiline rakendatavus. RFK on andnud standardiseeritud tööriista tervise ja puude mõõtmiseks ning seeläbi loob see uue paradigma vaadeldes tervist ja puuet biopsühhosotsiaalse mudelina. Seeläbi annab RFK ühise raamistiku mõõtmaks erinevate sekkumiste (sh rehabilitatsiooni või abivahendite) efektiivsust ja mõju tervisele. Kasutades taolisi hindamisvahendeid on võimalik mõõta rehabilitatsioonivaldkonna tegevuste efektiivsust ja planeerida paremini võetavaid meetmeid ning ressursse vajalike tegevuste jaoks.²⁷

RFKd kasutatakse rahvusvahelisel- ja riiklikul tasandil tervise- ja puudealaseks raporteerimiseks, sealhulgas on mõned riigid alustanud süsteemiülevalt RFK kasutamise piloteerimist tervise- ja sotsiaalvaldkonna informatsiooni dokumenteerimisel, standardite

²⁵ Maailma Terviseorganisatsioon. 2005. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon, RFK. Sotsiaalministeerium, lk 5 – 6.

²⁶ Stucki, G et al. 2006. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a Unifying Model for the Conceptual Description of the Rehabilitation Strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2007, vol 39, pp 279 – 285.

²⁷ DeLisa, Joel A et al. 2005. Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. Lippincott Williams & Wilkins, 1106 – 1107.

väljaarendamisel, ning seadusandluses ja poliitikate väljatöötamisel. RFKl põhinevaid indikaatoreid, andmekogusid ja dokumenteerimissüsteeme nii rehabilitatsioonis, hoolekandes kui puude hindamisel rakendatakse täna näiteks riikides nagu Austraalia, Kanada, Itaalia, India, Jaapan, Mehhiko jt. Meditsiinivaldkonnas on RFK leidnud kasutust funktsionaalse seisundi hindamisel, eesmärkide seadmisel, ravi planeerimisel ja jälgimisel ning samuti sekkumiste tulemuste mõõtmisel (nt Austraalias, Itaalias, Hollandis jt). Samuti on RFK kasutuses sotsiaalpoliitika valdkondades nagu puude hindamisel²⁸ ning kutsealase rehabilitatsiooni või abivahendi vajaduse hindamisel²⁹.

Escorpizo *et al* (2015) on hinnanud, et RFK raamistik sobib ideaalselt andmaks terviklik lähenemine kutsealase rehabilitatsioonile, kuna see on piisavalt põhjalik kutsealase rehabilitatsiooni planeerimiseks, teenuse osutamiseks ning tulemuste mõõtmiseks ning hindamiseks. Tervisekahjustusega inimese töölesaamise edukus sõltub nii mikro (ehk indiviidi) kui marko (ehk ühiskondlikest tasanditest) ning siin saab RFK võimaldada kutsealase rehabilitatsiooni valdkonna ekspertidel indentifitseerida erinevad tegurid nendel tasanditel, mis mõjutavad töötamist ja töölesaamist. Oluliseks RFK tugevuseks kutserehabilitatsiooni valdkonnas peetakse asjaolu, et klassifikatsioon suurendab kutserehabilitatsiooni valdkonna ekspertide teadlikkust keskkonnateguritest, mis mõjutavad indiviidi võimekust edukalt tulla toime koolis ja/või töökeskkonnas, sest liiga sageli keskendutakse indiviidi hindamisel enam isiklikele iseloomuomadustele kui keskkonnast tulenevatele mõjuritele.³⁰ RFK kasutamise võimalusi kutsealase rehabilitatsioonivaldkonnas suurendavad RFK lühivormid. Need vormid juhivad kliendi hindamist ja rehabilitatsiooni planeerimist ning võimaldavad seeläbi professionaalidel rakendada kõige optimaalsemaid rehabilitatsiooniprogramme tööealistele osalise või piiratud töövõimega inimestele. Lisaks sellele saab RFK täisversioonil ja/või RFK lühivormidel põhinevaid dokumenteerimisinstrumente.^{31,32}

Täna kasutatakse Eestis abivahendite klassifitseerimisel ISO 9999 koodi, mis võimaldavad abivahendeid nende funktsioonide põhisel klassifitseerida gruppidesse – igal grupil on unikaalne kood, mis näitab tema positsioneerimist klassifikatsioonis³³. ISO 9999 on rahvusvaheline standard, mis klassifitseerib abivahendid vastavalt nende funktsioonile. ISO 9999 on loodud Rahvusvahelise Standardiseerimise Organisatsiooni poolt (ISO)³⁴. ISO 9999 laiemaks eesmärgiks on edendada rahvusvahelist kommunikatsiooni abivahendite valdkonna professionaalide vahel ning see kasutab RFK terminoloogiat, mis on taganud selle laialdase kasutamise rahvusvahelisel areenil ning 2003. aastal aktsepteeriti ISO 9999 WHO Rahvusvaheliste klassifikatsioonide perekonda (kuhu kuuluvad ka RHK ja RFK). ISO 9999 määratleb invaabivahendeid kui iga toodet, instrumenti, sisseaset või tehnilist süsteemi, mida puuetega inimene kasutab ja mis on spetsiaalselt toodetud või üldiselt kättesaadav, et

²⁸ World Health Organization. 2016. ICF Application Areas. [WWW] <http://www.who.int/classifications/icf/appareas/en/>

²⁹ Escorpizo, R. *et al*. 2015. *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF*. Springer International Publishing Switzerland.

³⁰ Ibid. 547.

³¹ Escorpizo, R. *et al*. 2015. *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF*. Springer International Publishing Switzerland, lk 474.

³² Näitena võib tuua [Rehab-Cycle'i ja selle jaoks väljaarendatud RFK-põhinevad dokumenteerimisinstrumentid](#) (ICF Assessment Sheet, ICF Categorical Profile, ICF Intervention Table ja ICF Evaluation Display).

³³ Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. 2016. Abivahendi teatmik. [WWW] <http://www.abivahendikeskus.astangu.ee/abivahendi-teatmik/>

³⁴ International Organization for Standardization. [WWW] <http://www.iso.org/iso/home.html>

puuet ennetada, kompenseerida, kontrollida, leevendada või kõrvaldada. RFK vaatest on tehnoloogiliste abivahendite definitsioon kitsam kui ISO 9999 sisalduv määratlus.³⁵ Käesolevas töös viidatakse ISO 9999 viimasele versioonile, mida uuendati 2011. aastal³⁶. ISO 9999 kasutatakse mitmetes riiklikes abivahendite andmebaasides (sh *Rehadat* Saksamaal ja *HANDY-WIJZER* ning *Vilatech* Hollandis), samuti riiklikes või regionaalsetes finantssüsteemides või tervisekindlustuses. Samuti on tehtud algatusi lisada täiendavaid koode ISO 9999 võimaldamaks detailsemat kirjeldust (nt *Cliq* Hollandis)³⁷. Tagamaks, et abivahendid vastaksid inimese individuaalsetele vajadustele on keeruline protsess, milleks praktiseerijad vajavad lisaks teadmisele konkreetse abivahendi kohta ka oskusi ja strateegiaid sobivaima valimisel.³⁸ Identifitseerimaks abivahendid, mis vastavad kõige paremini inimese funktsionaalsele seisundile on vajalik kaardistada RFK valdkonnad ja jaotised ISO 9999-ga. Taoliseid algatusi on teinud näiteks Itaalia WHO-FIC koostöökeskus, mis on väljaarendanud veebipõhise tööriista (*FABER*), mis kasutab RFK raamistiku nn universaalse keelena, säilitades ISO 9999 klassifikatsiooni info detailsuse³⁹, ning ka Holland on kaardistanud ISO 9999 koodid RFK valdkondadega/jaotistega (vaata lähemalt 6ndas peatükis)⁴⁰.

Samas vaatamata asjaolule, et WHO sõnul on RFKl väga palju potentsiaalseid rakendusvaldkondi on selle rakendamine rahvusvahelises praktikas olnud loodetust aeglasem. Wiegand *et al* analüüsisid 2012. aastal RFK globaalset levimist ja rakendamist kliinilise rehabilitatsiooni valdkonnas. Analüüsi tulemusena jõuti järeldusele, et RFK rakendamine terminoloogiana ja kontseptsioonina on olnud võrdlemisi edukas rehabilitatsioonivaldkonnas, kuid praktikas on see protsess olnud väga erinev ja individuaalne ning harva rakendatakse klassifikatsiooni nõuetekohaselt. Seetõttu võib seada kahtluse alla, kas taoline rakendamine tähendab seda, et toimub rahvusvahelisel tasandil protsess RFK alusel standardiseerimise poole. Lisaks sellele, jõuti järeldusele, et tõendeid RFK konkreetsetest kasufaktoritest on vähe.⁴¹ Seetõttu on vajalik koguda ja analüüsida enam rahvusvahelisi parimaid praktikaid RFK rakendamisest.

³⁵ Maaailma Terviseorganisatsioon. 2005. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon, RFK. Sotsiaalministeerium.

³⁶ ISO. 2011. ISO 9999: assistive products for persons with disability – classification and terminology. [WWW] <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9999:ed-5:v1:en>

³⁷ Heerkens, Y. *et al*. Classification and terminology of assistive products. [WWW] <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/265/>

³⁸ Bernd, T. *et al*. 2009. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol 15, nr 3.

³⁹ IT WHO-FIC CC. 2012. Mapping ISO 999 to ICF in health information systems. The FABER way. Meeting of the WHO collaborating centres for the family of international classifications, 13 – 19 Oct 2012, Brazil. [WWW]

<https://www.google.ee/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjj4-eV44HPAhWMWYwKHfB6CcoQFggbMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.reteclassificazioni.it%2Fdownload.doc.php%3Fuuid%3D194551a2-7b67-4343-adfb-cf4620e066e8&usq=AFQjCNEj9cMGIXtmCgXQISTG2P-778gQfA&sig2=OvJ0mQiXZer7StvJTSQcjQ>

⁴⁰ Dutch Normalisation Institute, Dutch WHO-FIC Collaborating Centre. 2009. ISO 9999 with ICF – references. [WWW] <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ISO9999withICFReferences.pdf>

⁴¹ Wiegand, N. *et al*. 2012. All talk, no action?: the global diffusion and clinical implementation of the international classification of functioning, disability, and health. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol 91, nr 7, pp 550 – 560.

5. Võrdleva analüüsi lähtekohad

Vaatamata asjaolule, et RFK on juba alates 2001. aastast heaks kiidetud kõigi WHO liikmesriikide poolt kui standardiseeritud klassifikatsioon tervise ja tervisega seotud valdkondade jaoks, on RFK rakendamine praktikasse viibinud. Järgnevas peatükis on analüüsitud valitud Euroopa Liidu liikmesriikide, kes kasutavad või piloteerivad klassifikatsiooni kasutamist, kogemusi RFK rakendamisel praktikasse rehabilitatsiooni- ja abivahendite valdkonnas vajaduse hindamisel.

5.1. Uurimisküsimused

Käesoleva analüütilise ülevaate eesmärgiks seati anda ülevaade RFK kasutamise kogemustest rehabilitatsiooniteenusel (sh sotsiaalne-, meditsiiniline- ja tööalane rehabilitatsioon) ning abivahendi vajaduse hindamisel välisriikides. Vastavalt töö tellija poolt seatud tingimustele peab analüütiline ülevaade andma vastused järgmistele küsimustele:

- Millistes välisriikidel on praktilisi RFK kasutamise kogemusi rehabilitatsioonis?
- Millised on olnud õppetunnid (edulood ja väljakutsed) RFK kasutamisel?
- Kas ja milliste tulemustega kasutatakse lühivorme ning RFK-põhiseid dokumenteerimisvorme?
- Informatsiooni RFK kasutegurite kohta, pidades silmas klientide liikumist erinevate teenuste vahel (sh tervishoiu ja sotsiaalteenused)?
- Soovitused, kuidas RFK võiks toetada teenuse osutamise protsessi (sh tulemuste hindamist) ning klientide liikumist erinevate teenuste vahel.

5.2. Meetod

Käesoleva analüüsi eesmärgiks on kaardistada rahvusvaheline praktika RFK kasutamisel eeskätt rehabilitatsiooni (taastusravi, sotsiaalne- või tööalane rehabilitatsioon) ja abivahendite süsteemides. Selle eesmärgiga teostati olemasoleva akadeemilise kirjanduse analüüs, et kaardistada RFK kasutamine rahvusvahelises praktikas ning anda ülevaade kasutamise viidest, eesmärkidest ja probleemidest rakendamisel. Analüüsi protsess jagunes kolmeks osaks: informatsiooni kogumine, võrdlev analüüs ja ettepanekute väljatöötamine. Informatsiooni kogumise peamiseks viisideks on käesolevas analüüsis läbiviidud akadeemilise kirjanduse kvalitatiivne analüüs. RFK kajastamisel akadeemilises kirjanduses puudub üksmeel ning RFK kajastamise kontekst erineb suuresti – RFKd kajastatakse nii kliinilises (st eeskätt tervishoiuvaldkonnas) kui mitte-kliinilises kontekstis (sh sotsiaal-, haridus- või töövaldkonnas). Akadeemilised artiklid erinesid sisu poolest suuresti, mistõttu vaadeldi artikleid, mis kirjeldavad RFKd kui teoreetilise raamistikuna või kajastavad spetsiifilises valdkonnas rakendamist, klassifikatsioonil põhinevate instrumentide väljatöötamisega või rakendamisega seotud artikleid, kliinilise ja/või mitte-kliinilise valdkonnaga seotud artikleid jt. Kuna akadeemilistest artiklitest ja avalikest allikatest saadav informatsioon osutus ebapiisavaks, tehti päringuid välisriikide ekspertidele kes töötavad WHO-FIC riiklikes koostöökeskustes või riiklikes asutustes, mis koordineerivad tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande poliitika. Valminud kirjelduste põhjal koostati 7ndas peatükis välisriikide kogemuse ja praktika võrdlev analüüs, mis esitatakse kokkuvõtvalt 6.6 peatükis väljatoodud raamistiku toel. Olulisemad järeldused ja ettepanekud esitatakse 8. peatükis. Väljatöötatud soovitude eesmärk on panustada töö tellija poolt läbiviidava projekti edukasse ellurakendamisesse, mille

eemärgiks on luua RFK-l põhinevad hindamisinstrumendid rehabilitatsiooni- ja abivahendite vajaduse hindamiseks, mis võimaldaks kirjeldada adekvaatselt kliendi funktsioneerimist, võimaldaks indiviidi vajadustest lähtuvat teenuseosutamist ning mida oleks võimalik kasutada valdkondade-ülevalt erinevate professionaalide poolt.

6. Välisriikides RFK kasutamise kogemuse ülevaade: rehabilitatsiooni- ja tehniliste abivahendite valdkondades

Järgnev osa keskendub Euroopa Liidu liikmesriikide, eeskätt põhjamaade (sh Soome, Rootsi ja Holland) kogemuse analüüsimisele RFK kasutamisel, kuid seda täiendab ka Kesk-Euroopast Saksamaa ning Lõuna-Euroopast Itaalia kogemuste ülevaade. Alates 2001. aastast on RFK olnud laialdaselt tunnustatud kui teoreetilise raamistiku ja kasuliku tööriistana kliinilises praktikas ning seda kasutatakse erinevates tervise- ja sotsiaalvaldkonnaga seotud erialades. Põhjamaades on RFK võetud kasutusele raamistiku ja terminoloogiana haridus-, tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste valdkondades ning kasutatud juhendamaks praktikat nendes valdkondades. Põhjamaade valimine peamiseks analüüsivateks riikideks on tingitud asjaolust, et nende riikide tervise- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid sarnanevad kõige enam Eesti hoolekandesüsteemile, mis suurendab antud analüüsist saadavate tulemuste praktilise rakendamise võimalikkust, ning antud riikide süsteemid sarnanevad ka omavahel, mis loob aluse võrdlevaks analüüsiks. RFK rakendamine põhjamaades on jälginud rahvusvahelisi trende, mistõttu on antud piirkond ka sobiv fookus käesolevaks uuringuks. Valimile lisati Saksamaa ja Itaalia, kes on osalenud aktiivselt RFK-alases arendus- ja uurimustöös ning erinevates RFK-alastes rahvusvahelistes projektides.

6.1. Soome

Üldinfo

Lähtudes WHO allikatest (2013) on Soomes RFKd rakendatud osaliselt nii kohalikul kui regionaalsel tasandil. RFKl põhinevatest tööriistadest on kasutuses elektroonilised RFKl põhinevad dokumenteerimisvormid, RFK lühivormid ja WHO-DAS 2.0.⁴² Teadaolevalt ei ole Soomes veel siseriiklikult väljaarendatud RFK-l põhinevaid instrumente. RFKd kasutatakse avalikus sektoris, küsitlustes, erasektoris, hariduses, uuringutes, mõõtmisel või hindamisel, sotsiaalküsimuste valdkonnas ja tervishoiuvaldkonnas (sh rehabilitatsioonis). Soomes vastutab RFK rakendamise eest vastutab riiklik tervishoiu ja hoolekandeadusutus. RFK alaseks koolituseks on olemas avaldatud koolitusmaterjalid (sh kasutusjuhendid).⁴³ Soomes on loodud veebipõhine keskus, kus on võimalik saada RFK-alast teavet (<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky>).

2013. aastal alustas Soome Riiklik Tervishoiu ja Hoolekande instituut (*The National Institute for Health and Welfare, lühend THL*) võrgustiku õppimaks, jagamaks kogemusi, arendamaks tööriistu ja tegemaks RFK-ga seonduvat uurimustööd⁴⁴. Sealjuures korraldatakse iga-

⁴² Sotsiaalministeerium. 2010. Tervise ja puude mõõtmine: Maailma Terviseorganisatsiooni puude hindamsie küsimustiku juhend. [WWW] https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/tervise_ja_puude_mootmine.pdf

⁴³ WHO. 2013. Finland Implementation of ICF. [WWW] <http://apps.who.int/gho/data/view.whofic.FIN-icf?lang=en>

⁴⁴ Antud instituudil on olemas veebilehekülj: [https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246\(30.08.2016\)](https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246(30.08.2016)).

aastaseid foorumeid kliinilise praktika osas⁴⁵ ning 2015. aastal peeti rahvusvahelist RFK haridusvaldkonna sümposiumi⁴⁶. Soome teadlased ei ole osalenud rahvusvahelises töös, et väljaarendada RFK lühivorme, kuid erinevate valdkondade arstid on praktikas võtnud kasutusele lühivorme. Seoses RFK-l põhinevate hindamisinstrumentidega on THL alates 2009. aastast koordineerinud TOIMIA-andmebaasi (<http://www.thl.fi/toimia/>),⁴⁷ kogumaks informatsiooni erinevate hindamisinstrumentide kohta (sh RFKga seotud). Andmebaas võimaldab valdkonna ekspertidel mõõta ja hinnata funktsionaalset võimekust ning sisaldab ka soovitusi ja juhendeid mõõtmaks funktsionaalseid võimeid erinevates situatsioonides.

Soome rehabilitatsioonisüsteemi on hinnatud üheks keerukamaks näiteks Euroopa Liidu liikmesriikide hoolekandesüsteemidest. OECD on oma riike võrdlevas uuringus⁴⁸ toonud välja, et Soome rehabilitatsioonisüsteem on keeruline mitmete alasüsteemidega, millel puudub piisav keskne koordinatsioon ning süsteemis võib tuvastada mitmeid probleeme. Näitena võib tuua asjaolu, et Soomes tegelevad mitmed erinevad institutsioonid haigete ja puudega tööealiste inimestega. Riiklik tööhõiveamet abistab puudega töötajaid, samas kui üld- ja töötervishoiu süsteemid haldavad pikaajalisi haigeid, sotsiaalkindlustusamet (KELA) toetab inimesi, kellel puudub pikaajaline tööhõive ning mitmed teised hoolekandega seotud institutsioonid osalevad rehabilitatsioonisüsteemis. Taolises süsteemis puudub nii kliendil selgus rehabilitatsioonisüsteemi teenuste saamise osas kui teenuste osutamise koordineerimises erinevate teenuseosutajate vahel. Samuti on rõhutatud vajadust parema koostöö järele süsteemi erinevate osiste vahel. Taolised probleemid süsteemi kõrgematel tasanditel on tekitanud olulisi probleeme teenuste osutamisel ning teenust vajavad kodanikud võivad langeda nn süsteemi aukudesse, jäädes ilma vajalikust teenusest. Miettinen *et al* (2013) on hinnanud, et tihedam valdkondadevaheline koordineerimine võimaldaks ehitada sillad erinevate süsteemi osiste ja institutsioonide vahel ning võimaldada paremat tuge klientidele teenuse osutamisel. Seega parem koordinatsioon ja keskne haldamine süsteemitasandil peaks võimaldama paremat integreeritust süsteemi tasandil.⁴⁹

RFK rakendamine

2013. aastal läbiviidud uuring, mis seadis eesmärgiks hinnata kui hästi tunnevad Soome füüsilise ja rehabilitatsioonimeditsiini spetsialistid RFK kontseptsioone tões, et RFKl põhinevaid kontseptsioone ei ole laialdaselt kasutatud Soome arstide seas, kes on spetsialiseerunud füsioatriaale ja taastusravile. Saadud tulemused tõenäolised peegeldavad ka rahvusvahelist olukorda rehabilitatsiooni valdkonnas – tunnustatakse vajadust RFK-suguse klassifikatsiooni järele, kuid selle praktiline kasutamine on osutunud liiga keeruliseks ning

⁴⁵Innokyla. 2014. Avoin innofoorumi & ICF-verkoston verkostotapaaminen ICF-update: käyttökokemuksia ja missä mennään. [WWW] <https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246/icf-update-13.11.2014-kayttokokemuksia-ja-missa-mennaan>; ICF update 2015 <https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246/kohti-toimintakyvyn-rakenteisempaa-kirjaamista-icf-update-innofoorumi-18.11.2015>

⁴⁶Finnish National Institute for Health and Welfare. 2015. Poster Booklet: First International Symposium: ICF education, 5th June 2015, Helsinki, Finland. [WWW] <https://www.thl.fi/documents/974276/0/Poster+Booklet++ICF+Symposium+5+June+2015.pdf/a5846545-3301-45fc-8ab2-2d9f66c0ddfb>

⁴⁷The National Institute for Health and Welfare. 2016. Toimia – tietokanta. [WWW] <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta>

⁴⁸OECD. 2008. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers* (Vol.3) – Denmark, Ireland, Finland and the Netherlands. <http://www.oecd.org/els/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-vol-3-9789264049826-en.htm>

⁴⁹Miettinen, Sari et al. 2013. Talking about the institutional complexity of the integrated rehabilitation system – the importance of coordination. *International Journal of Integrated Care*, vol 13.

seetõttu on jäänud RFK põhikontseptsioonide kasutamine teoreetilisele tasandile paljude rehabilitatsiooniprofessionaalide jaoks⁵⁰. Seega on veel pikk teekond veel minna, et RFK klassifikatsioon oleks laialdaselt ja tingimusteta tunnustatud Soome rehabilitatsioonipraktikas, kuid on tehtud esimesi algatusi kasutamaks RFKl põhinevaid hindamisinstrumente rehabilitatsioonivaldkonnas mida järgnevalt tutvustatakse.

Sarnaselt Eestile on Soomes tehtud algatusi rakendamaks RFKd erinevates valdkondades. Kumppaniksi ühing, mis kuulub Kajaani kohaliku omavalitsuse alla pakub rehabilitatsiooniteenust töötutele, neile keda ohustab töötuks jäämine, kes vajavad rehabilitatsiooni tulenevalt vaimsest tervisest, ning kes vajavad nende funktsioonide hindamist tööga seotud valdkondades. Töölase rehabilitatsiooni hindamisinstrumendi väljatöötamine sai alguse kahest vajadusest: rehabilitatsiooni jaoks ettenähtud aja efektiivsusest kasutamisest ning keskendumaks kõige olulisemale asjaoludele protessi läbiviimisel, mis on kliendi jaoks vajalikud antud hetkel. Hindamisinstrumendile seati järgmised tingimused: hindamisvahend peab olema kasutajasõbralik, peab võimaldama patsiendi enesehinnangut, hinnatavad tegurid peavad olema kohandatavad isikule ja keskkonnale, meetod peab kajastama kasutaja funktsioneerimisvõimet selgelt ning saadav informatsioon peab olema kergesti vahendatav ja kättesaadav kõigile protsessis osalevatele osapooltele.

Loodud hindamisinstrument põhineb küsimustel, mis on seotud vastavate RFK määrajatega ning on koostatud viisil, mis teeb võimalikuks nii kliendi enesehindamise kui välise hindaja poolse kasutamise. Küsimused on omakorda jaotatud gruppidesse, mida saab kombineerida ja valida vastavalt antud isiku vajadustele. Antud hindamisinstrument otsustati teha elektroonilises keskkonnas, mis lihtsustab andmekogumist ja –töötlemist, statistika kogumist ning lihtsustab andmete vahetamist erinevate protsessi osapoolte vahel (sh arstid, rehabilitatsiooniekspertid, sotsiaaltöötajad, teenuseosutajad jne). Seeläbi on võimalik luua funktsioneerimise profiilid, kus saab jälgida funktsioneerimise staatuse hindamisi erinevatel ajaperioodidel ja mõõta rehabilitatsiooni tegelikku mõju indiviidile. Hindamine algab isiku enesehinnanguga ning seejärel lisatakse väliste hindajate hinnangud vajadusel. Enesehinnang võimaldab saada kliendi enda hinnangut oma funktsioneerimisele, kuid samas võib see hinnang olla subjektiivne, tulenevalt inimese olukorrast, kogemustest, soovidest ja tahtmistest, mistõttu on vajalik ka väline eksperthinnang, mis täiendab enesehinnangut.

Antud instrumendi kasutamise tulemusena saadakse terviklik ülevaade rehabiliteeritava hetkeolukorrast ja funktsioonide võimekusest. Seda informatsiooni kasutatakse tagasiside aruteludel ja valdkondadevahelistes töögruppides otsuste tegemisel. Samuti võimaldab erinevate hindamiste tulemuste võrdlemine anda ülevaadet muutustest kliendi funktsioneerimises ning võimaldab rehabiliteeritaval visualiseerida muutusi, mis on leidnud aset rehabilitatsiooniperioodi jooksul. Projekti läbiviijad on hinnanud, et RFK kasutamine, mida toetab taoline hindamisinstrument on hea meetod hindamiseks, kogumaks ja edastamiseks tervisealast informatsiooni. Antud meetod võimaldab anda teenust osutavale organisatsioonile infot kujundamiseks kliendile sobilikke rehabilitatsioonitegevusi, samas võimaldades koostööd rehabilitatsioonivaldkonna professionaalide vahel. Lisaks sellele, võimaldab see meetod võrrelda hindamisi mis on tehtud erinevatel ajahetkedel ning jälgida rehabilitatsioonimeetmete tegelikku mõju. Enesehinnangud on avalikud kliendile, mistõttu on

⁵⁰ Karppinen, Jaro et al. 2013. How Well the ICF Concepts of Functioning, Capacity and Performance are known Amongst the Finnish Specialist in Physical and Rehabilitation Medicine. *International Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol 1:164.

neil võimalik saada tagasisidet oma arengutest. Elektrooniline keskkond annab graafilise väljundi, mis võimaldab jälgida vastastikkuseid sõltuvusi kliendi funktsioneerimise staatuse erinevate dimensioonide vahel. Samuti on võimalik koguda grupi-spetsiifilist informatsiooni rehabilitatsiooni efektiivsuse ja erinevate rehabiliteeritavate gruppide probleem-alade vahel, mida saab kasutada rehabilitatsiooni-protseesse arendades. Antud projekti kogemusena tõdeti, et RFK on hea meetod funktsioneerimise seisundiga seotud andmete konsolideerimiseks ja edastamiseks standardiseeritud informatsiooni protsessiga seotud osapooltele. Andmete kogumine on lihtsustatud läbi hindamisinstrumendi ja kui rehabilitatsioonivaldkonna professionaalid kasutavad seda meetodit, on võimalik koguda vajalikku infot kliendi jaoks sobiliku rehabilitatsiooniprogrammi koostamiseks ja progressi hindamiseks.⁵¹

Lisaks sellele, kasutab Kumppaniksi RFK põhinevat funktsioneerimise staatuse hindamist psühhiaatriliste klientide ambulatoorsel tööalasel rehabilitatsioonil alates 2006. aastast. Psühhiaatrilist rehabilitatsiooni teostatakse koostöös Kainuu Keskhaigla rehabilitatsiooni osakonnaga, psühhiaatrilise polikliinikuga ning KELAga. Rehabiliteeritavad tulevad Kumppaniksi pärast tervishoiuteenuste ja taastusravi saamist. Tööalane rehabilitatsioon algab pärast lühikest vaatlusperioodi, kus kliendi funktsioneerimise staatust hinnatakse selle perioodi alguses ja lõpus. Hindamise eesmärgiks on kirjeldada kliendi funktsioneerimise staatust koostamiseks realistlik rehabilitatsiooniplaan, selgitada ja kirjeldada kliendi funktsioneerimise staatuse peamised tugevused ehitamiseks edasine rehabilitatsiooniprogramm nendele alustele, otsida ja kirjeldada peamised vaegused kliendi funktsioneerimise staatuses, mis vajavad erilist tähelepanu rehabilitatsiooni tegevuste planeerimisel ja läbiviimisel, ning tagada kliendi motivatsioon ja pühendumus rehabilitatsioonile. Pärast hindamist jätkub rehabilitatsioon koostatud plaani alusel, mis lähtub kliendi hetkelise funktsioneerimise võimekusest. Iga kord kui toimub muutus rehabilitatsiooni ajal, hinnatakse uuesti kliendi funktsioneerimist ja selle alusel uuendatakse rehabilitatsiooniplaani.⁵²

Soome kogemuse põhjal on hinnatud, et taolise hindamise tulemusena on lihtsustunud rehabilitatsiooni osutamise protsess kuna see leiab aset etappidena, rehabiliteeritava funktsioneerimise staatust hinnatakse piisavalt tihti ja rehabilitatsiooniplaani uuendatakse vastavalt vajadusele. Nende kogemusel võivad kliendid rehabilitatsiooni alguses tunda vastumeelsust funktsioneerimise staatuse hindamisele RFK alusel, mida näitasid intervjuud klientidega, samas tõdeti, et klientide suhtumine muutus oluliselt rehabilitatsiooni käigus ja eriti pärast tagasisidestamist, mis moodustab osa hindamisest. Funktsioneerimise staatuse hindamised ja kirjeldused, mis vastavad RFK andmestruktuurile võimaldavad selgelt esile tuua faktoreid, mis mõjutavad funktsioneerimise staatust, kuid mida ei saa selgelt jälgida rehabilitatsiooniasutuses. Olulisena rõhutavad projekti läbiviijad, et rehabilitatsiooni efektiivsust ja sujuvat progressi mõjutab ka kliendi motiveeritus, mida võimaldab parandada asjaolu, et RFK-l põhinev funktsioneerimise staatuse hindamine võimaldab välja tuua ka kliendi tugevusi. Lisaks sellele on toodud välja, et vaegused võivad välja tulla ka rehabilitatsiooni ajal ning takistada algselt seatud eesmärgi saavutamist ja algse plaani täitmist. Samas RFKga ühilduv hindamine toetab vahehindamiste kaudu nende probleemide adresseerimist ning uue rehabilitatsiooniplaani ja –eesmärkide seadmist. Konkreetset funktsioneerimise staatuse kirjeldused on osutunud väga oluliseks nendes olukordades. Hindamised ja tagasisidearuanded võimaldavad kliendi enda arvamuse kuuldavõtmist

⁵¹ Kumppaniksi Association. 2015. Experiences of and prospects for an ICF-based assessment method. <http://www.kumppaniksi.fi/cms/kumppaniksi/123/poster1.pdf>

⁵² Protsessi kirjeldav joonis lisas 3.

rehabilitatsiooniprotsessis ning aitavad rehabiliteeritavatel näha hindamise olulisust ja mõista oma tugevusi ja võimalike piiranguid. Antud hinnangud toetavad valdkondadevahelist koostööd ja võimaldavad õigeaegset reageerimist muutustele, mis leiavad aset rehabilitatsiooni ajal.⁵³

RFKl põhinevaid hindmisinstrumente on võetud Soomes kasutusele ka väljaspool tööalast rehabilitatsiooni, sealhulgas ka rehabilitatsioonialases nõustamisprotsessis. Nõustamise eesmärgiks on toetada rehabiliteeritavat tervishoiu- ja sotsiaalteenuste süsteemis ning juhendada klienti leidmaks tema jaoks parimad lahendused. Nõustamisprotsess algab rehabiliteeritava funktsioneerimise ja teenusevajaduse hindamisega, mille jaoks arendati välja RFKl põhinev hindamisvorm insuldi-järgsetele patsientidele. Vormi võrreldi olemasolevate RFK lühivormidega ning muudeti osaliselt katmaks olulised valdkonnad vastavalt neuroroogilist rehabilitatsiooni vajavate inimeste vajadustele. Viimasel ajal on alustatud ka teiste terviseseisunditega klientide hindamisel selle vormi kasutamist.

Hindamisvorm toimib kontrollnimekirjana standardiseerimaks hinnanguid, mis on tehtud ekspertide poolt. Hinnang teostatakse intervjuerides rehabiliteeritavat tema koduses keskkonnas ning on kliendikeskne, st sõltub kliendi diagnoosi eritunnustest ja võimekusest suhelda. Hindamisvormil ei tehtud eelvalikut kehalistest funktsioonidest ja struktuuridest, selle asemel kirjeldatakse intervjuerija poolt kliendi sümptomeid lähtudes kehalistest funktsioonidest ja struktuuridest. Isiklikud faktorid, mis on lisatud mõjutavad individuaalset rehabilitatsiooni- ja teenuseprogrammi. Kategooriad keskkonnateguritest ning tegevuse ja osalemisest valiti, et saada piisavat informatsiooni õigustamiseks teenusevajadust ja planeerida sekkumist, kuid seejuures ei kasutata numbrilisi määrajaid. Kvalitatiivseid määrajaid arendati välja, et kirjeldada tegevuse ja osalemise staatust. Kokkuvõttes rehabiliteeritava enesehinnang võetakse kokku koos intervjuerija vaatlustega ja olemasolevate hinnangutega, mis on tehtud erinevate terapeutide poolt. Rehabiliteeritava subjektiivne enesehinnang on oluline osa rehabilitatsioonialasest nõustamisprotsessist ning individuaalse rehabilitatsiooni ja teenusevajaduste planeerimisest. See võimaldab rehabiliteeritaval saada teadlikuks oma tugevustest ja oskustest ning võimaldab teha edasisi plaane. Põhinedes Soome RFKl põhineva hindamisvormi kliinilise kasutamise kogemusest, mis kohandati vastavalt Soome tervishoiu- ja sotsiaalteenustesüsteemile on hinnatud, et tegemist on sobiliku tööriistaga kirjeldamiseks erinevate terviseseisunditega rehabilitatsiooniklientide funktsioneerimise seisundit ja teenusevajadust. See tööriist võimaldab detailse ja igakülgse informatsiooni kogumist lähtuvalt rehabiliteeritavate subjektiivsetest vajadustest juhendamisel, toetamisel ja teenuste planeerimisel, mis lihtsustab rehabilitatsiooninõustajate kui ka teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenuste valdkondadeüleste meeskondade tööd.⁵⁴

Soome riikliku RFK koordinaatori Heidi Anttila hinnangul annab RFK ühise keele ja laiahaardelise vaate, mis on vajalik kirjeldamiseks inimese elusituatsiooni terviklikult. Samas ainult RFKst ei piisa, mistõttu on vajalikud erinevad e-keskkonnal põhinevad instrumendid (informatsioonistruktuurid, lihtsalt kasutatavad liidesed, redigeerijad, mis võimaldavad

⁵³ Kumppaniksi Association. 2015. Benefits of ICF-based functioning status assessments in ambulatory vocational rehabilitation of psychiatric rehabilitees. [WWW]

<http://www.kumppaniksi.fi/cms/kumppaniksi/124/poster2.pdf>

⁵⁴ Finnish National Institute for Health and Welfare. 2015. First International Symposium ICF Education. ICF – an Assessment Tool for Rehabilitation Counseling Process. [WWW]

<https://www.thl.fi/documents/974276/0/Poster+Booklet++ICF+Symposium+5+June+2015.pdf/a5846545-3301-45fc-8ab2-2d9f66c0ddfb>

kaardistada termineid mida professionaalid kasutavad ning funktsioonide kaardistajaid nagu *ICF FunctionMapper*), eriti kuna liigume digitaliseeritud süsteemide poole. Senikaua, kuni RFKd kasutatakse pelgalt paberil põhinevatel süsteemidel ei saa see kunagi teha suurt läbimurret, kuna seda on liiga koormav ja kohmakas kasutada – RFK oleks tõeliselt kasutatav ainult infosüsteemide lahutamatu osana. Seetõttu on tehtud erinevaid algatusi Soomes, nagu *Information Model*, *FunctionMapper* ja *mICF*.

THL avaldab peagi teabemudeli (*Information Model*)⁵⁵ funktsioneerimise andmete kogumise jaoks. Täna on informatsioon isiku tervises seisundi ja funktsionaalse võimekuse kohta killustatud erinevates süsteemides (sh eraldi elektroonilistes andmesüsteemides või pabersüsteemides), mistõttu tuleb inimese hindamist alustada inimese teenusevajaduse hindamisel üldjuhul uuesti algusest. Seetõttu on THL arendanud välja andmemudeli, mis ühildaks erinevaid informatsioonisüsteeme⁵⁶. Uue mudeli eelis on, et sama informatsioon peab olema salvestatud ainult ühe korra ning sellele järgnevalt saab seda kasutada erinevates kohtades, funktsioneerimise-alase informatsiooni edastamine ja nähtavus ning informatsiooni rakendamine erinevates valdkondades muutub kergemaks ning tehtud sekkumiste efektiivsuse mõõtmine ja jälgimine muutub lihtsamaks.

Samuti osaleb Soome rahvusvahelise partnerina mobiilse RFK-l põhineva tööriista väljaarendamises⁵⁷ (*Mobile ICF* ehk *mICF*: <http://icfmobile.org/>), kuhu kuuluvad mitmed teenusekasutajad, teenuseosutajad ning spetsialistid RFK ja terviseinformaatika valdkonnast. Tegemist on RFK-l põhineva mobiilse tervise hindamistööriistaga, mille eesmärgiks on luua kliendikeskne, valdkondadevaheline terviklik teenuseosutamine, adresseerides teenusekasutajate vajadusi läbi ekspertide gruppide ühise otsustamise ja patsiendi poolt antud informatsiooniga, millest saavad kasu nii patsiendid kui hooldusteenuse pakkujad (sh kogukond ja koduhoolduse teenuse osutajad)⁵⁸. Projekti raames arendatakse välja informatsiooni- ja kommunikatsioonitehnoloogial põhinev instrument võimaldamaks integreeritud teenuseosutamist lähtudes RFK mudelist (vaata mICF mudelit lisas 4). mICF on suunatud personaliseeritud tervise- ja sotsiaalteenuste osutamise võimaldamiseks, parandamaks teenuse saamise protsessi – on võimalik sisestada neile oluline informatsioon nende funktsioneerimise ja konteksti kohta, mille tulemusena vastavad teenused paremini inimese vajadustele. Antud tööriistal on potentsiaali võimaldada individualiseeritud, kliendikeskset valdkondadevahelist tervikku teenuseosutamist, adresseerida teenusekasutajate vajadusi läbi jagatud otsustamise ja teenusekasutaja poolt raporteeritud tulemuste, võimendada teenusekasutajate, nende hooldajate ja teenuseosutajate rolli protsessis,

⁵⁵ Finnish National Health and Welfare Institution. 2016. Tieto asiakkaan toimintakyvystä on mahdollista kirjata yhtenäisesti. [WWW] https://www.thl.fi/fi/-/tieto-asiakkaan-toimintakyvysta-on-mahdollista-kirjata-yhtenaisesti?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fweb%2Ftoimintakyky%2Fetusivu%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_uUqWJ6uHrm8U%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2

⁵⁶ Finnish National Health and Welfare Institution. 2016. Toimintakyky tietojärjestelmissä. [WWW] <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/toimintakyky-tietojarjestelmissa>

⁵⁷ Finnish National Health and Welfare Institution. 2016. Asiakaslähtöinen ICF-pohjainen mobiili arviointityökalu (mICF) – Käytettävyytutkimus. [WWW] <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiatuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/hankkeet/33355>

⁵⁸ mICF. 2016. What is mICF? [WWW] <http://icfmobile.org/about/what-is-micf/>

personaliseeritud terviseandmete töötlemist turvaliselt, ning ennustatavad teenuseosutamist kasutades suurte andmekogude mudeleid⁵⁹.

Soome riikliku RFK koordinaator Heidi Anttila soovib RFK kasutamisel teenuseosutamisel ja klientide teenustevahelise liikumise protsessi toetamiseks integreerida eelpool väljatoodud instrumendid tulevikus ka Eesti siseriiklikutesse informatsioonisüsteemidesse, alustada koostööd teiste sarnaste rahvusvaheliste projektidega nagu mICF ning koolitada erinevate valdkondade eksperte võimendama patsientide rolli protsessis, kuna see toetab patsiendikeskset teenuseosutamist.

6.2. Rootsi

Üldinfo

Lähtudes WHO allikatest (2013) on RFKd Rootsis osaliselt rakendatud nii kohalikul, regionaalsel kui riiklikul tasandil. RFKd on rakendatud nii tervise- ja puudealase statistika kogumisel, tervishoius (sh habilitatsiooni ja rehabilitatsiooni valdkonnas), kindlustuses, poliitikate väljatöötamisel või planeerimisel, hariduses, administratiivsete andme kogumisel (sh terviseandmed), sotsiaalküsimuste valdkonnas, uuringutes, seadusandluses, mõõtmisel või hindamisel (sh töövõime hindamisel), erasektoris ja avalikus sektoris. Lisaks sellele, kasutatakse RFKd vajaduste hindamisel sotsiaalhoolekandes, kirjeldamaks vanemaealiste ja puuetega inimeste funktsioneerimist, eesmärkide seadmisel ja sekkumiste tulemuslikkuse jälgimisel, ning samuti kogukonnapõhiste tervishoiuteenuste osutamisel vanemaealistele, ning raamistikuna juhendamaks abivahendite määramist. RFK-ga seotud abivahenditest kasutatakse nii RFK kontrollnimekirja kui WHO-DAS 2.0 küsimustikku, kuid teadaolevalt pole siseriiklikult väljaarendatud eraldi RFK-l põhinevaid instrumente. RFK rakendamise eest vastutab [Rootsi Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet](#) (*National Board of Health and Welfare*). Institutsioon on loonud mudeli kirjeldamaks vanemaealiste ja puuetega inimeste funktsioneerimist sotsiaalhoolekandes (sh eesmärkide seadmiseks, vajaduste hindamiseks ja jälgimiseks), mida kasutatakse elektroonilises dokumentatsioonis, ning instrumendi hindamiseks vanemaealiste enesehinnangulist funktsioneerimist ning vajadusi sotsiaalhoolekandes. Hetkel on käimas riiklik projekt arendamaks välja veebipõhine instrument spetsialistidele kirjeldamaks inimese töövõimet kasutades RFK-d seoses inimese tööga ning mis oleks aluseks sotsiaalkindlustuses hindamaks õigust saada haiguspuhkust. RFK alaseks koolituseks on olemas elektroonilised või veebipõhised õppe- või koolitusvahendid ning toimuvad koolitused, töötoad või konverentsid.⁶⁰ Rootsi Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet on koostanud erinevaid valdkondi kajastavaid RFK rakendamise-alaseid raporteid⁶¹.

⁵⁹ Anttila, H. *et al.* 2015. mICF work program summary. WHO-Family of International Classifications Network Annual Meeting: 17 – 23 October 2015, Manchester, United Kingdom. [WWW]

<http://www.slideshare.net/MatiesIPE/micf-poster-2-heidi-work-plan-summary>

⁶⁰ WHO. 2013. Sweden Implementation of ICF. [WWW] <http://apps.who.int/gho/data/view.whofic.SWE-icf?lang=en>

⁶¹ Rootsi keelsed raportid on kättesaadavad siin:

- Behov och insatser med nationellt fackspråk – försöksverksamhet inom äldreomsorg: [WWW] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-18>
- Gemensamt språk för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation: [WWW] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-24>
- Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård – urval ur ICF och KVÅ: [WWW] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-19>

2015. aastal viidi läbi puuetega inimeste organisatsioonide RFK-alast teadlikust ja suhtumist hindav uuring, mille tulemusena selgus, et puuetega inimeste esindusorganisatsioonidel puudub laialdane teadmine RFK osas ning paljude nende seas esineb vastumeelsus klassifikatsiooni kasutamise vastu. Ühelt poolt, RFK raamistiku kasutamine võimaldab sihtrühma läbi funktsioneerimisvõime hindamise, kuna sisaldab enesehinnangut, kuid teisalt, ei meeldi sihtrühmale, et RFK raamistik kategoriseerib ning objektistab puuetega inimesi ning kardetakse, et klassifikatsiooni kasutatakse tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna professionaalide, poliitikute, avalike võimude ja teiste poolt puuetega inimeste marginaliseerimiseks. Uuring tõdes, et RFK-alane teadmine on jäänud kitsalt seda rakendavate professionaalide valdkonda ning puuetega inimesetel ja nende esindusorganisatsioonidel on sellest vähene teadmine. Samas väljendati puuetega inimeste organisatsioonide poolt tahet osaleda puudealases uurimistöös ja projektide läbiviimises tagamaks sihtrühma huvikaitse. Lisaks sellele toodi välja, et puuetega inimestele võib olla vastumeelne vastata RFK küsimustele, kuna see kategoriseerib ning puudub individuaalne lähenemine kliendile.⁶²

RFK rakendamine

Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet juhtis 2011. aastal projekti, mille eesmärgiks oli luua valdkondadeülene terminoloogia tervishoiu ja sotsiaalhoolekande sektorite jaoks, mis tagaks selge, järjepideva ja võrreldava informatsiooni olemasolu, vastavalt erinevatele ekspertide infovajadusele. Projekti laiemaks eesmärgiks oli läbi interdistsiplinaarse terminoloogia, võimaldada standardiseeritud mõisteid ja termineid tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkonna dokumenteerimiseks, monitoorimiseks, uurimustööks ja teadmiste arengu jaoks, mida saaks kasutada infosüsteemides. Projekti raames võrreldi kliinilise terminoloogia SNOMED CT, Riikliku Tervishoiu ja Hoolekandeameti terminoloogia andmebaasi, RFK, teisi relevantseid klassifikatsioone ja kodifitseerimissüsteeme ning nende rakendamise võimalusi Rootsis tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondades.⁶³

Täna ei kasutata Rootsis riiklikul tasandil ühtseid terminoloogia standardeid elektroonilistes tervisesüsteemides dokumenteerimiseks, kuid riiklikes strateegiates on võetud suundumus võtta kasutusele standardiseeritud terminoloogiad. Eesmärgiks on seatud SNOMED CT terminoloogia kasutusele võtmine standardina riiklikul tasandil, kuid see on alles väljatöötamisel. Rootsi e- tervise strateegia kohaselt on Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet vastutav riiklike informatsioonistruktuuride haldamise eest ning tervishoiu ja sotsiaalhoolekande ülese interdistsiplinaarse terminoloogia eest. Interdistsiplinaarne terminoloogia võimaldaks indiviidi ja tema terviseseisundi informatsiooni ühtsel ja selgel viisil dokumenteerida.⁶⁴ Olulisemad tervisealased klassifikatsioonid, mida kasutatakse Rootsis on RHK-10 ja RFK, riiklikud tervishoiu protseduuride klassifikatsioonid ning SNOME CTd ja RFK mida rakendatakse elektroonilistes dokumenteerimissüsteemides.

Koostöös mitmete kohalike omavalitustega on Rootsi Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet 2008/9. aastal arendanud välja mudeli, mis põhineb RFKl kirjeldamiseks vanemaalistel vajadusi, vajalikke sekkumisi ning protseduure kasutades RFK tervisekomponente ja

⁶² Lundälv, J. *et al.* Awareness and the Arguments for and against the International Classification of Functioning, Disability and Health among Representatives of Disability Organisations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol 12.

⁶³ Socialstyrelsen. 2011. Realization of the Government Commission: An Interdisciplinary Terminology for Health and Social Care. [WWW] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-8-18>

⁶⁴ OECD. 2013. Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, lk 75 – 76.

hierarhilist struktuuri. Seejuures kasutati RFKd ka kohalike omavalitsuste poolt osutatud sotsiaalteenuste ja tervishoiuteenuste tulemuste jälgimiseks. Antud väljaarendatud mudelis on RFK andnud tervisealase informatsiooni dokumenteerimiseks vajaliku terminoloogia ja struktuuri, mis tagab info kvaliteedi ning mida on võimalik edastada erinevate professionaalide ja hoolekannet osutavate osakondade või asutuste vahel. Mudel võimaldab erinevate andmete struktureeritud dokumenteerimist vajaduste hindamiseks, sekkumismeetmete planeerimiseks ja protsessi monitoorimiseks ning nende andmete raporteerimist riikliku statistika tegemisel. Samuti annab see suurema võimaluse vanemaealistele osalemaks neid puudutavates tervishoiu ja sotsiaalhoolekande sekkumiste planeerimises ning otsustusprotsessis.^{65,66} Teisalt on oluline välja tuua, et mõned Rootsis läbiviidud uuringud näidanud, et RFK rakendamisel tervishoiu ja sotsiaalhoolekande praktikas võib esineda probleeme. Alverbratt *et al* (2014) on uurinud uue töömeetodi – RFKl põhineva hindamisintrumendi (*Daily Life Dialogue Assessment, DLDA*) – rakendamist Rootsi maakonna haiglas psühhiaatriakliinikus. Uuringu tulemused näitaksid, et ilmnesis raskused rakendamisel: kuigi eksperdid nõustusid mudeli eesmärgiga, oli neile vastumeelne seda praktilises töös rakendada.⁶⁷

Rootsi Riikliku Tervishoiu ja Hoolekandeameti esindaja **Ann-Helene Alborgi** hinnangul saab RFKd kasutada toetamaks teenuseosutamise protsessi erinevate teenuste vaheliselt ühtse raamistikuna kirjeldamaks funktsioneerimist, kuid samuti ühtse keelena elektroonilistes infosüsteemides struktureeritud dokumenteerimiseks ja infovahetamiseks erinevate teenuste ja teenuseosutajate vahel. Teine kasufaktor on informatsiooni korduva taaskasutamise võimaldamine elektroonilistes infosüsteemides erinevatel eesmärkidel, näiteks soodustamaks tõenduspõhist praktikat või süstemaatilist järelkontrolli jne.

6.3. Holland

Üldinfo

Lähtudes WHO (2013) allikatest on Hollandis RFKd rakendatud osaliselt nii kohalikul kui riiklikul tasandil. RFKl põhinevatest tööriistadest on kasutuses WHO-DAS 2.0. RFKd kasutatakse poliitikate väljatöötamisel või planeerimisel, seadusandluses, uurimustöös ja tervishoiuvaldkonnas (sh rehabilitatsioonis). RFK rakendamise eest vastutab [Hollandi WHO-FIC koostöökeskus](#).⁶⁸ Hollandi WHO-FIC koostöökeskus on perioodil 2006/7 arendanud välja RFK koolitusmaterjalid ja viinud läbi RFK koolitusi (*Dutch ICF Trainer Course*)⁶⁹. Hollandis on sarnaselt Eestile, abivahendite taotlemine seotud ISO 9999, mis on ühildatud RFKga. Samuti on RFK seotud elektrooniliste patsiendiandmete registriga. Teatud Hollandi

⁶⁵Swedish National Board of Health and Welfare. 2012. Semantic interoperability in health and social care – the Swedish approach. [WWW] http://www.digitalaskrivbordet.se/wohit/documents/WoHIT%202012_Semantic%20interoperability_Socialstyrelsen.pdf

⁶⁶ Alborg, A-H. *et al*. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in social services for elderly in Sweden. *Disability and Rehabilitation*, vol 34, nr 11, 2012.

⁶⁷ Alverbratt, C. *et al*. 2014. The process of implementing a new working method- a project towards change in a Swedish psychiatric clinic. *Journal of Hospital Administration*, vol 3, nr 6.

⁶⁸ WHO. 2013. Netherlands Implementation of ICF. [WWW] <http://apps.who.int/gho/data/view.whofic.NLD-icf?lang=en>

⁶⁹ Van Gool, Coen H. 2016. The Dutch ICF Trainer Course. WHO-Family of International Classifications Network Annual Meeting 2016. [WWW] http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/2016_WHO-FIC_Poster_Booklet.pdf

füsioteraapia kliinilised juhised nõuavad patsiendi terviseseisundite dokumenteerimist kasutades RFK kategooriaid⁷⁰.

Olulisema kasufaktorina nähakse Hollandi WHO-FIC koostöökeskuse poolt asjaolu, et RFK tagab ühtse terminoloogia. Varasemalt oli näiteks erinevatel hoolekandeteenustel oma keelekasutus ning sõnavara, kuid tänu RFK-le on patsientide probleemid dokumenteeritud funktsioneerimise probleemidena, mis järgivad sama terminoloogiat ja struktuuri. Seoses RFK tutvustamisega teenuseosutamise protsessi, sätestati RFK kasutamine Hollandis eeskätt sotsiaalhoolekandeseadustes, kuid ilma praktiliste juhtnöörideta kuidas seda rakendada. Muutes RFK kasutamine kohustuslikuks seadusandluse tasandil on oluline anda praktilisi juhiseid erinevate valdkondade osapooltele, kuidas seda kasutusele võtta erinevates valdkondades, erinevate valdkondade praktiliselt rakendavate osapooltele.

RFK rakendamine

Hollandis toimusid 1986 – 1992. aastatel esimesed katsetused võtta kasutusele ICDH ja sellele järgnenud RHKd kirjeldamiseks füsioteraapia patsientide terviseseisundit. Sellele järgnevalt arendati välja erinevaid Hollandi siseriiklike versioone vastamiseks erinevate valdkondade vajadustele, kus lisati erinevaid jaotisi kuna RHK ja 2001. aastal tunnustatud RFK terminoloogiat ei peetud piisavalt spetsiifiliseks kirjeldamiseks patsientide funktsioneerimist. Hollandis on RFK kasutust leidnud elektroonilistes registreerimissüsteemides ja professionaalsetes juhistes, kusjuures enam on enam rõhku multidistsiplinaarsetele juhistele, kus klassifikatsiooni soovitatakse kasutada hõlpsustamiseks professionaalide-vahelist kommunikatsiooni. Hinnatakse, et RFK terminoloogia ja koodid on kasulikud situatsioonides, kus andmeid erinevate patsientide kohta on vaja koondada või andmete klassifitseerimine ja kodifitseerimine on oluline, ning on vajalik erinevate professionaalide või erinevate osakondade vaheliselt andmeid võrrelda. Seetõttu saab eristada erinevaid RFK rakendamise tasandeid: RFK põhiterminite ja –raamistiku rakendamine kui andmete koondamine pole oluline; klassifikatsiooni terminoloogia kasutamine ilma kodifitseerimiseta (nt juhendites, hindamisinstrumentide väljatöötamisel); ja koodide kasutamine kui andmete koondamine on oluline (nt elektroonilistes registreerimissüsteemides). Samas ei ole RFK kasutamine praktikas kerge ja võib viia segadusteni terminite definitsioonide osas, erinevate funktsioonide, tegevuste ja osalemise piiritude osas, spetsiifiliste terminite ja vajaliku detailsuse puudumise tõttu.⁷¹

Hollandis on välja töötatud 2010. aastal üldsuunised abivahendite vajaduse ja sobiva abivahendi hindamiseks. Suuniste väljatöötamise ajendiks oli muutused abivahenditesüsteemi rahastamises Hollandi tervishoiusüsteemis ning üleminek nn meditsiiniliselt mudelilt inimese funktsioneerimise probleemide ja keskkonna koosmõju keskele mudelile, mis lähtub RFK-st. Üldsuuniste kohaselt tuvastatakse protsessi alguses inimese probleemid funktsioneerimisel kasutades RFK-d (nt kehalistes funktsioonides või struktuurides, tegevustes, osalemisel või keskkonnafaktoritest tulenevalt), selgitatakse välja ja kantakse registrisse diagnoos, sealjuures meditsiiniline diagnoos klassifitseeritakse „meditsiinilise klassifikatsiooniga“ nagu RHK-10 ning funktsionaalne diagnoos kodifitseeritakse kasutades RFK-d. Koostöös kliendiga

⁷⁰ Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. 2016. Guidelines. [WWW] <https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>

⁷¹ Heerkens, Y. *et al.* 2003. Past and future use of the ICF (former ICDH) by nursing and allied health professionals. *Disability and Rehabilitation*, vol 25, nr 11-12, pp 620 - 627.

määratletakse vajalik raviplaan või lahendus (nt abivahendi määratlemine) ning vahendid, mis on vajalikud teatud eesmärgi saavutamiseks. Seejärel määratletakse kliendi vajaduste plaan (sh kuidas abivahendit soovitakse ja kuidas abivahendit saab kasutada) – raviplaan või lahenduse eesmärgi saab kodifitseerida kasutades RFK-d (nt osalemine tööl, iseseisvus enesehooldamisel, elukvaliteedi paranemine). Järgneb abivahendi valimine, katsetamine ja otsustamine ning valitud abivahendi andmine patsiendile koos vajaliku juhendamise ja sellele järgneb abivahendi kasutamise kogemuse ning tulemuste hindamine tagamaks, et inimesel on sobiv abivahend, mida saab kodifitseerida RFK-ga (vt Hollandi abivahendite üldise korralduse etappe ja andmeid, mida saab kodifitseerida kasutades RFKd lisas 5). Kuigi RFK võimaldab keskkonnafaktorite (sh abivahendite) kodeerimist on antud kategooria väga üldistav, mitõttu soovitatakse suunistes kasutada siseriiklikult väljaarendatud instrumenti Cliq'i⁷² (*Classification with IQ*).

Patsiendi funktsioneerimine on abivahendite määramise protsessi algpunkt, kuna abivahendi eesmärgiks on soodustada inimese funktsioneerimist ja igapäevaelus osalemist. Seetõttu on RFK kasutamine oluline tööriist kirjeldamiseks patsiendi funktsioneerimise probleeme ning keskkonnafaktoreid, mis mõjutavad funktsioneerimist. RFK piirangud abivahendite vajaduse hindamisel on seotud Heerkens *et al* (2003) hinnangul järgmiste asjaoludega. Esiteks on RFK kasutamine probleemi raskuse hindamisel ja kodifitseerimisel subjektiivne. Seega annab RFK alusel tehtud hinnang aimduse probleemist raskusest, kuid on vajalik kasutada ka teisi hindamisinstrumente adekvaatse hinnangu saamiseks. Teiseks, mitmed RFK koodid ei ole piisavalt spetsiifilised kirjeldamiseks abivahendite funktsioone. Kolmandaks, RFK ei võimalda lisada teostuse määrasid (sh ohutus või toiminguteostamiseks kulunud aeg). Neljandaks, esineb probleeme ühildamiseks mitmeid abivahendeid RFKga, kuna puudub selgus abivahendi funktsiooni osas (sh näiteks kas abivahend peaks sobituma funktsiooni või struktuuri vaegustega või piirangutega tegevustes või osalemises). Heerkens *et al.* hinnangul tuleneb see probleem ISO 9999 klassifikatsioonist ning selle lahendamiseks on koostatud dokument, mis kaardistab kõik ISO 9999 alljaotused vastavalt RFK-le (saadaval Hollandi WHO koostöökeskuse kodulehel)⁷³. RFK probleemid abivahendi määramise kodifitseerimisel on seotud piisava detailsuse, kombineeritud tegevuse ja osaluse nimekirja ning isiklike faktorite nimekirja puudumises, mis on olulised abivahendi määratlemisel. Samas hinnatakse, et RFK on kasulik tööriist kolmel tasandil: RFK terminoloogiat saab kasutada näiteks poliitikadokumentide koostamisel (nt abivahendite kulude hüvitamisel puuetega inimestele); RFK valdkondade/jaotiste pealkirju saab kasutada kirjeldamiseks klientide (või klientide gruppide) omadusi (nt üldjuhistes); ning RFK koodidel põhinedes on võimalik klientide gruppide koondandmete rühmitamist (nt elektroonilistes andmeregistrustes).⁷⁴

6.4. Saksamaa

⁷² Cliq'i projekt pärineb Hollandist, selle raames on väljaarendatud abivahendite klassifikatsioon, mis põhineb funktsioneerimisel ja eeldataval abivahendi kasutamisel lähtudes kasutada vaatest ning see põhineb ISO 9999-l. Cliq tähistab *Classification Implements Quality*.

⁷³ Dutch Normalisation Institute, Dutch WHO-FIC Collaborating Centre. 2009. ISO 9999 with ICF – references. [WWW] <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ISO9999withICFreferences.pdf>

⁷⁴ Heerkens, Y. *et al.* The use of the ICF in the process of supplying assistive products: discussion paper based on the experience using a general Dutch prescription guideline. *Prosthetics and Orthotics International*, vol 35 (3), 310 – 317.

Üldinfo

RFK eeljäjad on avaldanud olulist mõju Saksamaa sotsiaalvaldkonda käsitlevatele õigusaktidele ning täna on RFK rakendamine rehabilitatsioonivaldkonna seadusega nõutud ning arendatud on mitmeid RFK rakendamise ja arendamisega seotud uurimisprojekte. RFKd on rakendatud osaliselt eeskätt meditsiini- ja rehabilitatsioonivaldkonna institutsioonide poolt, aga puudub süstemaatiline ja struktureeritud lähenemine riiklikul tasandil selle rakendamiseks, mistõttu peavad klassifikatsiooni kasutajad ise arendama välja rakendamisstrateegiad, kuid toimuvad riiklikud RFK-alased koolitused. Teadaolevalt ei ole väljaarendatud RFK-l põhinevaid siseriiklike dokumenteerimisvorme või hindamisinstrumente.⁷⁵ Saksamaal on leidnud RFK laialdast tunnustust suuresti tänu sellele, et klassifikatsioon sisaldab kontekstuaalseid faktoreid (sh keskkonna ja isiklikud faktorid) ning seetõttu leidnud rehabilitatsiooniasutustest laialdast praktilist rakendust (sh dokumenteerides intervjuusid rehabilitatsiooni patsientidega). Samas on mõistetud, et RFKga kodifitseerimine on keeruline ja ajakulukas ning hinnatakse, et oleks vajalik parandada RFK rakendatavust. Lisaks sellele peetakse oluliseks enamat RFK-alast koolitamist. Leitakse, et RFK annab ühtse keele puuetega inimestele ning rehabilitatsiooni ja puudevaldkonna professionaalidele, mis on oluline kuna Saksamaal on keeruline sotsiaalsüsteem. Nagu eelpool väljatoodud, erinevalt eelkäijast kasutab RFK neutraalseid termineid, mida on kritiseerinud Saksamaa rehabilitatsiooniarstid, kuna nähakse vajalikuna kirjeldada märke ja sümptomeid funktsioonide piirangutest ka negatiivsetes terminites ja selles osas peetakse RFK eelkäijat kasulikumaks. Lisaks sellele, kuigi tegutsemise ja osalemise kontseptsioonide sisu on üsna arusaadav on mitmetel RFKd kasutanud ekspertidel probleeme mõlema kontseptsiooni kasutamisega probleemide ulatuse määratlemisel. Saksamaal kasutatakse RFKd aktiivselt füsiatria ja rehabilitatsiooni valdkondes ning RFK on oluline osa meditsiinivaldkonna, füsiatria ja rehabilitatsioonivaldkonna koolitustest ning seda kasutatakse samuti meditsiinierialade (sh rehabilitatsiooni) õppekavades.⁷⁶

RFK rakendamine

[Saksa Meditsiinilise Dokumentatsiooni ja Informatsiooni Instituut](#) (*German Institute of Medical Documentation and Information*, lüh. *DIMDI*), mis on määratud WHO-FIC koostöökeskuseks Saksamaal hindab, et RFK on väga kompleksne ja ulatuslik, mistõttu on selle rakendamine praktikas keeruline. Seetõttu on instituut osalemas väga erinevates projektides seoses RFK ning RFK laste ja noorte versiooni rakendamise ning arendamisega, sealjuures on üheks oluliseks fookuseks RFK lühivormide arendamine ja testimine.⁷⁷ Näiteks osaleb Saksamaa erinevates projektides, mille eesmärgiks RFK üldise vormi ja rehabilitatsiooni vormi kasutuselevõtmise lihtsustamine, koolitusmaterjalide väljatöötamises projektis [ICF-Train](#), [RFK e-õppevahendi](#) ehk veebipõhise RFK-alase koolitusvahendi väljatöötamises, RFK laste ja noorte versioonil põhineva küsimustiku väljaarendamises dokumenteerimaks funktsioneerimise seisund ajukasvaja ja muude krooniliste haigustega noorte puhul jne.

Samuti osaleb DIMDI koostöös [RFK Uurimiskeskusega](#) (*ICF Research Branch*) rahvusvahelises projektis, mille eesmärgiks on luua [RFK-l lühivormidel põhinev küsimustik](#)

⁷⁵ Info pärineb WHO-FIC Saksamaa koostöökeskuse esindajalt Michaela Coenenilt.

⁷⁶ Schuntermann, Michael F. 2005. The Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: Experiences and Problems. *International Journal of Rehabilitation Research*. Volume 28, issue 2, pp 93 – 102.

⁷⁷ German Institute of Medical Documentation and Information. 2016. Application of ICF in Germany. Original: *Anwendung der ICF in Deutschland*. [WWW] <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/anwendung.htm>

[kutsealase rehabilitatsiooni valdkonnas](#) hindamaks inimeste funktsioneerimist (*Work Rehabilitation Questionnaire*, WORQ), mis kasutab patsiendi poolt antud informatsiooni. Escorpizio *et al* (2015) kohaselt on esimeseks sammuks arendamiseks välja RFK lühivormil põhinev küsimustik või hindamisinstrument defineerida selle eesmärk ja kontekst, milles küsimustikku kasutatakse. Seetõttu seati väljaarendatava instrumendi eesmärkideks, et WORQ: 1) võimaldab hinnata kutsalases rehabilitatsioonis osalevate inimeste tööga seonduvaid funktsioone põhinedes RFK-le; 2) instrumenti suudavad kasutada ja mõista nii erinevates kutsealase rehabilitatsiooni valdkondades töötavad professionaalid kui ka kliendid; 3) instrument peab olema kasutatav iseseisvalt ükskõik millise terviseseisundi puhul; ning 4) seda on võimalik rakendada tööle tagasipöördumise protsessi igas etapis. Küsimustiku koostamisel põhineti teistel RFK-põhinevatel küsimustikel (WHO-DAS 2.0 ja WHS). WORQ küsimustik algab lühikese tutvustava tekstiga, mida intervjuud läbiviiv ekspert peab kliendile lugema ning küsimustik ise on jaotatud kahte osasse: (1) esimeses osas on sotsiaaldemograafilised ja tööga seotud küsimused ning teises (2) kliendi funktsioneerimisega seotud küsimused. Vastusevariantidena küsimustiku teises osas määrati 0 – 100 skaala, kus 0 tähistas probleemi puudumist ja 100 täielikku probleemi olemasolu. Edasiste projekti arenduste täiendati intervjuueerija poolt administreeritavat WORQi (WORQ-IA) patsiendi enesehinnangulise versiooniga (WORQ-Self-reported, WORQ-SR) ning mõlemad on saadavad leheküljel www.myworq.org. Projekti läbiviijad hindavad, et WORQi-sugune instrument võib suurendada interdistsiplinaarset mõistmist ja lihtsustada kommunikatsiooni kutsealase rehabilitatsiooni protsessis osalevate osapoolte vahel ning võimaldada koguda võrreldavaid andmeid funktsioneerimise kohta erinevate terviseseisundite ja klientide üleselt.^{78,79}

Lisaks sellele, on Saksamaal alates 2012. aastast käsil projekt koostöös Saksa kohustusliku õnnetusjuhtumikindlustususega RFK lühivormide rakendamiseks käte seisundite puhul erinevates patsiendi ravi ja hoolduse etappides nn [Tuletorni projekt](#). Projekt „Lighthouse Project Hand“ eesmärgiks on rakendada RFK lühivorme käeliste seisundite puhul, mis võimaldaks jälgida kliendi ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessi. RFK-l põhinev elektrooniline hindamisinstrument, mis on integreeritud kliinilise infosüsteemiga, käeliste seisundite puhul võimaldab süstemaatiliselt koguda ja dokumenteerida funktsioneerimise ning keskkonnateguritega seotud informatsiooni⁸⁰. Elektrooniline instrument võimaldab luua struktureeritud raporteid, mis täpsustab patsientide hetkelise funktsioneerimisstaatus, võttes arvesse ka täiendavat informatsiooni (sh RHK-10 diagnoos, läbitud ravi ja patsiendi tulevased vajadused). Standardiseeritud raportid lihtsustavad info jagamist tervishoiuvaldkonna ja teiste valdkondade osapoolte vahel ükskõik millise käelise seisundi puhul. Projekti raames on ka

⁷⁸ German Institute of Medical Documentation and Information. 2015. ICF projects in German-speaking countries. Development of ICF-based questionnaire to assess the functioning of people in vocational rehabilitation – the Work Rehabilitation Questionnaire WORQ. [WWW] <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/projekte/index.htm#aktiv>

⁷⁹ Escorpizio, R. *et al*. 2015. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF. Springer International Publishing Switzerland, lk 495 - 517.

⁸⁰ Coenen, M. *et al*. 2014. Lighthouse Project Hand: Using the ICF Core Sets for hand conditions in clinical routine – implementation in Clinical Information Systems. *WHO-FIC annual meeting, 11 – 17 October 2014*. Barcelona, Spain.

RFK, RFK lühivormide ja RFK käeliste seisundite lühivormide rakendamiseks väljatöötatud [e-õppevahendid](#).⁸¹

Lisaks sellele, tehakse Saksamaal tööd RFKga seostamise reeglite täiendamiseks (inglise keeles *ICF linking rules*), mis võimaldavad tagada RFK-l põhineva tervisealase informatsiooni võrreldavuse, ning millega seotud artiklid avaldatakse artiklitesarjas *Disability and Rehabilitation*.^{82,83} **Michaela Coenen**, WHO-FIC Saksamaa koostöökeskuse ekspert hindab, et RFK kasutamise eelis teenuste üleselt on võimaldada standardiseeritud informatsiooni kogumist, mis katab erinevad puudeid ja funktsioneerimist ning tagab tervise ja tervisega seotud andmete võrreldavuse.

6.5. Itaalia

Üldinfo

Lähtudes WHO (2015) allikatest on RFKd Itaalias osaliselt või täielikult rakendatud nii kohalikul kui regionaalsel tasandil. 2015. aastal läbiviidud uuringu tulemusel on hinnatud, et RFKd kasutatakse väga erinevalt ja ebaühtlaselt nii regionaalsel kui kohalikul tasandil põhinedes erinevatele regulatsioonidele, seadustele ja tööriistadele. Erinevad ministriumid on reguleerinud RFK kasutamist erinevatel viisidel ja eesmärkidel. RFK-ga seotud abivahenditest on saadaval nii RFK kontroll-loend, WHO-DAS 2.0 ja RFK lühivormid, mis on tõlgitud itaalia keelde kuid peamine viis kuidas RFKd kasutatakse ei ole kooskõlas nende instrumentidega. Mitmed regioonid on väljatöötanud *ad hoc* RFK jaotised erinevates multidistsiplinaarsetes hindamistöriistades või uued spetsiifilised RFK instrumendid. Oluliseks probleemiks on Itaalias klassifikatsiooni põhikontseptsioonide ja kodifitseerimisreeglite väärti tõlgendamine. Välja on arendatud samuti erinevaid elektroonilisi instrumente funktsioneerimise või puudealase andmete registreerimiseks, kogumiseks, töötlemiseks või andmete salvestamiseks. Näiteks:

- Friuli Venezia Giulia regioonis kasutab kohalik tervishoiuasutus [VilmaFABER süsteemi](#), mis kogub, kodifitseerib vastavalt RFK-le ja töötleb kõigi vanusegruppide funktsioneerimise ja puudealaseid andmeid.
- Kohalik tervishoiuasutus Veneto regioonis kasutab osaliselt [Atl@nte süsteemi](#), mis töötleb RFK andmeid, mis on kogutud „[SVAMDi tööriista](#)“ poolt puuetega täisealiste kohta.
- Mõned koolid kasutavad [SOFIA instrumenti](#), mille arendas välja Centro Studi Erikson planeerimaks individuaalseid õppekavasid erivajadustega õpilastele. Instrument kasutab klassifikatsiooni laste ja noorte versiooni, kuid ei kogu RFK-l põhinevaid andmeid statistika jaoks.
- Mõned koolid kasutavad [OpenICFi](#).

⁸¹ Kus, S. et al. 2015. Lighthouse Project Hand: Providing health information to key healthcare actors – in a standardized way, along the continuum of care and based on the ICF ore Set for Hand Conditions. *WHO-FIC network annual meeting, 17-23 October 2015*. Manchester, United Kingdom.

⁸² Cieza, A. et al. 2016. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comperability of health information. *Disability and Rehabilitation*. [WWW] <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258>

⁸³ Ballert, C. 2016. Using the refined ICF Linking Rules to compare the content of existing instruments and assessments: a systematic review and exemplary analysis of instruments measuring participation. *Disability and Rehabilitation*. [WWW] <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1198433>

- Samas teised koolid kasutavad instrumente, mis on arendatud koolide endi poolt või teatud projektide raames, mis on rahastatud Haridusministeeriumi poolt.

RFKd on rakendatud nii tervise- ja puudealase statistika kogumisel, tervishoius, sh rehabilitatsioonivaldkonnas, poliitikate väljatöötamisel või planeerimisel, hariduses, administratiivse andme kogumisel, sh terviseandmete, uuringutes, sedusandluses, mõõtmisel või hindamisel ja töövaldkonnas. RFK rakendamise eest vastutab Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet (*National Board of Health and Welfare*).

Itaalia WHO-FIC koostöökeskuse ülesandeks on säilitada RFK uuenduste itaaliakeelne tõlge ning tagada ajakohastatus, osaleda RFK uuendamise protsessides ja levitada RFK uuendusi Itaalias. RFK ei ole kinnitatud Itaalia Terviseministeeriumi poolt ning ministeerium ei ole sätestanud reegleid, kohustuslike nõudeid või sätestanud RFK-alaste andmete liikumist riiklikus terviseinfosüsteemis. RFK alaseks koolituseks on olemas õppe- või koolitusvahendid ja toimuvad koolitused, kuid puudub neid koordineeriv üksus, mis on osutunud üheks olulisemaks RFKga seotud probleemiks Itaalias. Itaalia WHO-FIC koostöökeskus võimaldab koolitusi avalik-õiguslikele asutustele tervishoiu-, sotsiaal-, töö- või haridusvaldkonnas. Samas pakuvad koolitusteenust ka teised osapooled, kelle üle puudub kvaliteedikontroll. Hinnatakse, et need olulised puudujäägid on ilmnunud riikliku rakendamistrateegia puudumise tõttu.⁸⁴

RFK rakendamine

Tänu võrdlemisi laialdasele klassifikatsiooni rakendamisele Itaalias võib seda pidada edulooks, mida toetas tugev avaliku ja erasektori institutsioonide tugi ja tihe koostöö WHOga, ning samuti erinevate valdkondade professionaalide (eeskätt meditsiini-, sotsiaal- ja haridusvaldkond) ja puuetega inimeste organisatsioonide vahel. Itaalias ei nähtud RFKd kui tööriista, mis on mõeldud eeskätt tervisevaldkonna professionaalidele või ainult tervisesektorile, vaid kui tööriista, mis kujundab valdkondade-ülevalt ühtse lähenemise funktsioneerimisele ja puudele. Seega on rakendamisprotsessis nähtud RFKd ja ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni teineteist täiendavatena – RFKd nähakse loomuliku kontseptuaalse raamistikuna ja keelena kirjeldamiseks ning hindamiseks inimõiguste ning PIKi rakendamist. RFK tugeva küljena nähtakse selle kontseptuaalset struktuuri, terminoloogiat ja määrajate süsteemi. Sealhulgas on alustatud RFK kasutamist puude hindamisel, kuna see võimaldab uudset perspektiivi ja erineb teistest puudeskaaladest, mis alahindavad keskkonna mõju inimese funktsioneerimisele. Seega on Itaalias peetud RFKga poolt pakutavat uut paradigmat mitte pelgalt terminoloogiliseks muutuseks, kasutamaks poliitiliselt korrektsemad sõnu kirjeldamiseks puuetega inimeste olukorda, vaid uueks paradigmat mõistmaks, kirjeldamiseks ja mõõtmaks puuet.

Kõigepealt algas Itaalias RFK rakendamine tervishoiusüsteemis ja sotsiaalhoolekandepoliitikates, sealjuures algatati kaks üleriikliku projekti: RFK ja tööhõive poliitikad (2003), mille raames töötati välja RFKl põhinev kontrollnimekiri hindamiseks tööd otsivate puuetega inimeste funktsioneerimise profiili, ning RFK ja puude tõendamise reformid (2006), mille raames töötati välja puude hindamise protokoll, mis toimiks tugiraamistikuna puude tõendamisele. Samuti on RFK struktuur kasutusele võetud Itaalia statistilistes infosüsteemides. RFK on võetud tähelepanu alla ka haridussüsteemides ja seda on kasutatud

⁸⁴ Frattura L. *et al.* 2015. ICF implementation in Italy: regional policies and national needs. WHO – Family of International Classifications Network Annual Meeting 2016. [WWW]
http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/2016_WHOVIC_Poster_Booklet.pdf

koostamaks laste funktsioneerimise profiilid ning loomaks personaliseeritud õppekavasid. Neid projekte on saatnud alates RFK tõlkimisest itaalia keelde 2002. aastal erinevad üleriiklikud koolitused haridus-, tervishoiu ja sotsiaalvaldkondades. Seega on tänaseks Itaalias RFK rakendamine praktikasse muutunud eksperimentaalsetest projektidest rutiinseks kasutamiseks.⁸⁵

Itaalias sätestavad üksikud regionaalsed regulatsioonid, et regioonid vastutavad RFK rakendamise eest, kuid seejuures ei ole ettenähtud RFK rakendamise jaoks juhiseid. Kehtiv Itaalia tegevuskava puuetega inimeste jaoks sätestab puude hindamise kriteeriumite reformimise, mistõttu rahastas Itaalia Terviseministeerium 2015. aastal projekti kogumaks informatsiooni kuidas Itaalia piirkonnad kasutavad RFKd tervishoiu, sotsiaalhoolekande, hariduse ja töövaldkonnas, vaadelda kuidas koguda RFK-l põhinevaid andmeid ja neid raporteerida, uurida ühtse andmekogu eelseid standardiseerimaks siseriikliku andmekogumist ning selgitada välja kas ja kuidas RFK-alusel andmete kogumine ning analüüsimine võiks saada puude hindamise uueks aluseks.⁸⁶ Projekti raames koguti infot seadustest, regulatsioonidest, hindamisinstrumentidest ja programmidest, milles RFK oli kontseptuaalne raamistik ja alus kodifitseeritud informatsiooni kogumiseks.

Uurimuse tulemusena selgus, et ainult kaks regiooni koguvad andmeid läbi infosüsteemide ja on suutelised neid analüüsima raportite koostamiseks. Mõned regioonid kasutavad RFKd, et eraldada teatud sihtrühmad erinevatel eesmärkidel: sotsiaalteenuse osutamiseks või sotsiaaltoetuste jagamiseks, hindamaks funktsioneerimise staatust erivajadustega laste koolisüsteemi kaasamiseks ning toetamaks tööeliste erivajadustega inimeste tööturule kaasatust. Ainult üks piirkond (Friuli Venezia Giulia) on väljaarendanud meetodi kasutamaks RFKd kui uue infosüsteemi alusena, mis võimaldab avada individuaalse biopsühhosotsiaalse registri sissekande (st profiili) ja integreeritud raviplaani tulemuste hindamiseks. Erinevaid riiklike algatusi on planeeritud ühtlustamiseks RFK ministeeriumidevahelist koordineerimist.⁸⁷ Seega võib läbiviidud uuringu põhjal hinnata, et Itaalias on RFK rakendamine väga erinevate eesmärkide, ulatuse ja sisuga⁸⁸.

Itaalia kogemuse põhjal on hinnatud, et rehabilitatsioonivaldkonnas ei saa RFK täielikku vormi kasutada kliinilises rehabilitatsioonipraktikas tulenevalt selle keerukusest ja mahukusest. Seetõttu on nii rahvusvahelised kui Itaalia siseriiklikud uurimused keskendunud RFK lühivormide usaldusväärsuse valideerimisele ja kontrollimisele. 2005. aastal alustati projekti uurimaks RFK nelja lühivormi (krooniline valu, osteoporoos, obstruktiivsed kopsuhaigused ja insult) rakendamist 9 erinevas rehabilitatsioonikeskuses. Läbiviidud uuringus selgus, et RFK lühivormide rakendamisel kohtavad neid kasutanud professionaalid mitmeid olulisi probleeme. Esiteks, on vajalik RFK kategooriate sisu tõlkimine kergesti arusaadavasse vormi, eeskätt patsientidele kellel on madalam haridustase ning teatud

⁸⁵ Francescutti, Carlo et al. 2009 Eight Years of ICF in Italy: Principles, Results and Future Perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 2009; vol 31 (S1): 4 – 7.

⁸⁶ Projekti koordineeris Itaalia WHO koostöökeskus.

⁸⁷ Frattura L. et al. 2015. ICF implementation in Italy: regional policies and national needs. WHOFIC Network Annual Meeting. [WWW]

http://www.who.int/classifications/network/meeting2016/2016_WHOVIC_Poster_Booklet.pdf

⁸⁸ Raporti täisversioon „Indagine sull'uso della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) in Italia“ on kättesaadav (itaalia keeles) veebilehel *Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie*: https://www.reteclassificazioni.it/download_doc.php?uuiid=1cc0876a-669f-4706-905c-10fc21246053.

kognitiivsed probleemid. Samas on RFK valdkondade ja jagude lihtsustamiseks vajalik valdkondade-vaheliselt jagatud tõlgendamine ja standardiseeritud küsimused. Teiseks, nähakse vajalikuna eraldada selgemalt komponentide kategooriad hõlbustamaks klassifikatsiooni rakendamist ja maandamaks andmete reprodutseeritavuse ja usaldusväärsuse vähenemise riski tulenevalt moonutustest, mis võivad ilmned a andmete tõlgendamisel. Kolmandaks, osutus problemaatiliseks lühivormide täitmisel ekspertide ametialase tausta ja intervjuerimisoskuste mõju tulemustele. Ühetaoliste ja usaldusväärsete andmete saamine võib olla mõjutatud, kuna erinevad professionaalid – nt arstid, füseoterapeudid, psühholoogid või muud tervisevaldkonna professionaalid, kes kasutavad RFKd – võivad hinnata erinevalt takistusi, mida patsient kogeb teatud keha struktuurides või teatud kehaliste funktsioonide kasutamisel. Võimaliku lahendusena on tehtud ettepanek RFKd rakendada multidistsiplinaarse meeskonna poolt, kuid selle eelduseks on vajadus eraldada enam rahalisi – ja inimressursse, mis võib osutada takistuseks praktikas. Lisaks sellele, osutus Itaalia kogemuses problemaatiliseks määrajate ulatuse kindlaks tegemine probleemi hindamisel. WHO RFK juhendis määratletud laiad protsentide vahemikud võivad tekitada riski, et hindamise tulemus on subjektiivne, kuna puudub väline objektiivne standard mille alusel hindamisprotsessi läbi viia. Samuti ei selgu RFK juhendist, kas määrad tuleb hinnata lähtudes patsiendi perspektiivist või tervishoiuspetsialist vaatepunktist, kes teostab hindamist. Kokkuvõttes hinnatakse, et RFKl on potentsiaali võimaldada innovatiivsete ja efektiivsete tööriistade väljaarendamist, hindamaks inimese terviseseisundit ja leida indiviidile sobivaim lahendus. Kuid kuna klassifikatsiooni eesmärk oli luua nn universaalne keel ja toetada homogeense hindamispraktika väljakujunemist väga erinevates tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnna kontekstides, on vajalik parandada RFK kasutamise usaldusväärsust ja tuvastada parimad meetodid kasutamaks klassifikatsiooni igapäevases praktikas.⁸⁹

⁸⁹ Maini, M. *et al.* 2008. An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. *Disability and Rehabilitation*, vol 30, nr 15, 1146 - 1152.

Võrdleva analüüsi raamistik

Tabel	Soome	Rootsi	Holland	Saksamaa	Itaalia
RFK rakendamise tase	Osaline (kohalikul ja regionaalsel tasandil)	Osaline (kohalikul, regionaalsel ja riiklikul tasandil)	Osaline (kohalik ja riiklikul tasandil)	Osaline	Osaline (kohalikul ja regionaalsel tasandil)
RFK-l põhinevate dokumenteerimisvormide kasutamine	RFKl põhinevad dokumenteerimisvormid, lühivormid ja WHO-DAS 2.0.	RFK kontroll-loend, WHO-DAS 2.0.	WHO-DAS 2.0. RFK alusel on arendatud välja erinevaid siseriiklike versioone vastamaks erinevate valdkondade vajadustele.	-	RFK kontroll-loend, lühivormid ja WHO-DAS 2.0. RFK alusel on arendatud välja erinevaid siseriiklike versioone vastamaks erinevate valdkondade vajadustele.
RFK lühivormide kasutamine	RFK lühivorme on erinevate valdkondade praktikas võetud kasutusele.	RFK lühivorme on erinevate valdkondade praktikas võetud kasutusele.	RFK lühivorme on erinevate valdkondade praktikas võetud kasutusele.	Saksamaa on seotud projektidega RFK ning RFK laste ja noorte versiooni rakendamise ning arendamisega, sealjuures on üheks oluliseks fookuseks RFK lühivormide arendamine ja testimine.	RFK lühivorme on erinevates valdkondades praktikas võetud kasutusele.
RFK-l põhinevate siseriiklike dokumenteerimisvormide või hindamisinstrumentide olemasolu	RFKl põhinevaid instrumente on võetud kasutusele või piloteeritakse (nt tööalasel rehabilitatsioonil, rehabilitatsioonialases nõustamisprotsessis jne). Hindamisinstrumentide alane info (sh RFK-l põhinevad instrumendid) on koondatud andmebaasi: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/ .	RFK-l põhinevaid instrumente piloteeritakse (nt vanemaealiste hoolekandes kohalike omavalitsuste poolt).	RFK-l põhinevaid instrumente on võetud kasutusele või piloteeritakse (nt abivahendite vajaduse hindamisinstrument CLIQ).	RFK-l põhinevaid isinstrumente on võetud kasutusele või piloteeritakse (nt kutsealase rehabilitatsiooni valdkonnas ja hindamisinstrument WORQ).	RFK-l põhinevaid instrumente on võetud kasutusele või piloteeritakse (nt puudealaste andmete registreerimiseks VilmaFABER ja SVAMDi, haridusvaldkonnas SOFIA, OpenICF jne).

RFK kasutamise kogemus rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendi vajaduse hindamisel välisriikides 2016

<p>RFK rakendamine erinevates sektorites/valdkondades</p>	<p>RFKd kasutatakse avalikus sektoris, küsitlustes, erasektoris, hariduses, uuringutes, mõotmisel või hindamisel, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnas (sh rehabilitatsioonis).</p>	<p>RFKd kasutatakse avalikus ja erasektoris, tervise- ja puudealase statistika kogumisel, tervishoius (sh rehabilitatsioonivaldkonnas), kindlustuses, poliitika väljatöötamisel või planeerimisel, hariduses, administratiivsete andmete kogumisel (sh terviseandmed), sotsiaalvaldkonnas, uuringutes, seadusandluses, mõotmisel või hindamisel.</p>	<p>RFKd kasutatakse poliitika väljatöötamisel või planeerimisel, seadusandluses, uurimustöös ja tervishoiuvaldkonnas (sh rehabilitatsioonis).</p>	<p>RFK on leidnud laialdast vastuvõtmist erinevates valdkondades (sh rehabilitatsioonis).</p>	<p>RFKd kasutatakse tervise- ja puudealase statistika kogumisel, tervishoius, sh rehabilitatsioonivaldkonnas, poliitika väljatöötamisel või planeerimisel, hariduses, administratiivse andme kogumisel, sh terviseandmete, uuringutes, seadusandluses, mõotmisel või hindamisel ning töövaldkonnas.</p>
<p>RFK-alane koolitamine</p>	<p>RFK-alaseks koolituseks on olemas koolitusmaterjalid (sh kasutusjuhendid). Loodud on veebipõhine keskus, kus on võimalik saada RFK-alast teavet (https://www.thl.fi/fi/web/toimintaky). Loodud on võrgustik jagamiseks kogemusi, arendamiseks tööriistu ja tegemaks RFK-alast uurimustööd.</p>	<p>RFK alaseks koolituseks on olemas elektroonilised või veebipõhised õppe- või koolitusvahendid ning toimuvad koolitused, töötoad või konverentsid.</p>	<p>Hollandi WHO-FIC koostöökeskus on perioodil 2006/7 arendanud välja RFK koolitusmaterjalid ja viinud läbi RFK koolitusi (<i>Dutch ICF Trainer Course</i>).</p>	<p>Saksamaa osaleb erinevate koolitusmaterjalide väljatöötamises projektis ICF-Train, RFK e-õppevahendi ehk veebipõhise RFK-alase koolitusvahendi väljatöötamises.</p>	<p>RFK alaseks koolituseks on olemas õppe- või koolitusvahendid ja toimuvad koolitused, kuid puudub neid koordineeriv üksus. Itaalia WHO-FIC koostöökeskus võimaldab koolitusi avalik-õiguslikele asutustele tervishoiu-, sotsiaal-, töö- või haridusvaldkonnas. Samas pakuvad koolitusteenust ka teised osapooled, kelle üle puudub kvaliteedikontroll.</p>

RFK kasutamise kogemus rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendi vajaduse hindamisel välisriikides 2016

<p>RFK rakendamise eest vastutav instituut</p>	<p>Soome Riiklik Tervishoiu ja Hoolekande instituut (the National Institute for Health and Welfare).</p>	<p>RFK rakendamise eest vastutab Rootsi Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet (<i>National Board of Health and Welfare</i>).</p>	<p>RFK rakendamise eest vastutab Hollandi WHO-FIC koostöökeskus.</p>	<p>RFK rakendamise eest vastutab Saksa Meditsiinilise Dokumentatsiooni ja Informatsiooni Instituut (<i>German Institute of Medical Documentation and Information</i>, lüh. <i>DIMDI</i>), mis on määratud WHO-FIC koostöökeskuseks Saksamaal</p>	<p>RFK rakendamise eest vastutab Riiklik Tervishoiu ja Hoolekandeamet (<i>National Board of Health and Welfare</i>). Itaalia WHO-FIC koostöökeskuse ülesandeks on säilitada RFK uuenduste itaaliakeelne tõlge ning tagada ajakohastatus, osaleda RFK uuendamise protsessides ja levitada RFK uuendusi Itaalias.</p>
--	--	---	--	--	---

7. RFK kasutamise kogemuse võrdlus: järeldused ja ettepanekud

Rahvuvahelise kokkuleppe alusel kasutatakse puude ja teiste sellega kaasuvate mõistete käsitlemise alusena WHO rahvusvahelist funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni. RFK-l on mitmeid tugevusi, mis muudavad selle kasulikuks raamistikuks ja klassifitseerimissüsteemiks kirjeldamiseks inimese funktsioneerimist kui inimese tervises seisundi ja teda ümbritseva keskkonna koosmõjuna. RFK on **universaalne**, kuna see katab kõiki inimese funktsioneerimise aspekte, käsitleb puuet pigem kui kontiinumit ega kategoriseeri inimesi puuderühma järgi⁹⁰. See on disainitud võimaldamaks kirjeldada **süsteemiseeritud** inimese funktsioneerimist üldiselt, mitte pelgalt puuet ning seda on võimalik rakendada inimeste kogu elukaare jooksul (k.a. laste ja noorte puhul, kelle jaoks on väljaarendatud ICF-CY klassifikatsioon). See võimaldab võimaldab **dokumenteerida** inimese funktsionaalse võimekuse struktureeritud, lisades RFK järgi kodeeritud infot organismi funktsioneerimisvõime, struktuuride, inimeste tegutsemise ja osaluse ning seda mõjutavate keskkonna- ja isiksuse tegurite kohta ning võimaldab seeläbi **universaalse ja standardiseeritud keele ja raamistiku** kirjeldamiseks inimfunktsioneerimist ja keskkonnategurite mõju, mida on võimalik rakendada erinevate valdkondade üleselt. Lisaks sellele, on RFK **ühilduv ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooniga** ning soodustab konventsiooni põhimõtete rakendamist.

RFK-l on väga erinevaid rakendamise võimalusi teenuseosutamise protsessis. **Indiviidi tasandil on RFKd võimalik kasutada** indiviidi hindamisel, individuaalse ravi planeerimisel, ravimeetme või sekkumise hindamisel, suhtlemise lihtsustamiseks arstide, õdede, füsioterapeutide, töötervishoiu terapeutide, teiste tervisevaldkonna töötajate, sotsiaaltöötajate ja kohaliku omavalitsuse ametiasutuste vahel ning klientide enesehinnangu võimaldamiseks. **Institutsionaalsel tasandil on RFKd võimalik kasutada** õppe- ja koolitamise otstarbeks, ressursside planeerimisel ja arendamisel, teenuse kvaliteedi parandamiseks, teenuseosutamise juhtimiseks ja tulemuste hindamiseks ning haldamiseks teenuseosutamist. **Ühiskonna tasandil on RFKd võimalik kasutada** vastavuskriteeriumite määratlemisel sotsiaalkindlustuses, pensionikindlustuse puhul, sotsiaalpoliitikate väljatöötamisel ja planeerimisel, seaduste väljatöötamisel ja ülevaatamisel, regulatsioonides ja juhistes ning diskrimineerimisvastases seadusandluses definitsioonide sätestamisel, sihtrühmade vajaduste hindamisel ning takistavate ja abistavate keskkonnategurite väljaselgitamisel.⁹¹ Samas vaatamata kõigile WHO poolt väljatoodud RFK poolt pakutavatele potentsiaalsetele rakendusvõimalustele on klassifikatsiooni praktiline rakendamine olnud loodetust oluliselt aeglasem ning selle süsteemi-ülene rakendamine pole suures osas riikides aset leidnud. Eelmises peatükis antud rahvusvahelise praktika analüüsis selgus, et praktikas ei rakenda riigid klassifikatsiooni alati ühetaoliselt ja nõuetekohaselt ning rakendamise tase on väga ebahühtlane ja teatud valdkondade keskne. Samas on võimalik riikide praktilise kogemuse põhjal saada sissevaade RFK rakendamise olulisematest kasufaktoritest ja väljakutsetest, mida järgnevalt tutvustatakse.

7.1. Rahvusvahelise praktika võrdluse järeldused

⁹⁰ Eesti Statistika. 2014. Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. Statistikaamet.

⁹¹ WHO. 2002. ICF: Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Geneva. [WWW] <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>

Käesoleva rahvusvahelist kogemust võrdleva analüüsi laiemaks eesmärgiks on RFK kasutusvõimaluste analüüsimine rehabilitatsiooni- ja abivahendite süsteemi arendamisel Eestis, et tulevikus tagada meditsiinilise-, sotsiaalse- ja tööalase rehabilitatsiooni parem integreeritus⁹². Uurimustöö keskendus eeskätt RFK praktilise rakendamise kogemusele vaatlemisele valitud EL-i liikmesriikides, sh Soome, Rootsi, Holland, Itaalia ja Saksamaa. Välisriikide kasutamise kogemustest võib hinnata, et RFK on tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande praktikas leidnud üha enam kasutust. Mitmete riikide siseriiklikud seadusandlused viitavad RFK klassifikatsioonile, RFKl põhinevat inimese funktsionaalse staatuse dokumenteerimist ja kodifitseerimist on enam kasutusele võetud rehabilitatsiooni- ja abivahendite valdkonnas ja mõnevõrra ka riikliku statistika kogumisel, kuid vähem tervishoiu haiguste mõõtmise programmides, sotsiaalkaitsesüsteemides, ning pilootprojekte ja uuringuid tehakse puude määramisel klassifikatsiooni kasutamisel. Ülevaade viie Euroopa Liidu riigi kogemusest RFK kasutamisel annab tunnistust laiemast rahvusvahelisest trendist, mille kohaselt RFK kasutamine on suurenenud, kuid samas riigid rakendavad RFKd väga erinevalt määral ja erinevates valdkondades vastavalt riiklikele oludele, võimalustele ja riiklikele poliitikatele.

RFK rakendamise tulemusena erinevates valdkondades võib välja tuua **järgmisi kasutegureid**:

- **RFK soodustab integreeritud teenuseosutamist ning valdkondadeülest koostööd**, võimaldades seeläbi lammutada silotorne erinevate erialade ja valdkondade vahel. RFK annab tervisealase informatsiooni dokumenteerimiseks ühtse terminoloogia ja struktuuri, mis lihtsustab info edastamist erinevate osakondade ja/või valdkondade vaheliselt. RFK võimaldab andmete struktureeritud dokumenteerimist kliendi vajaduste hindamiseks, sekkumismeetmete ja teenuste planeerimiseks, protsessi monitoorimiseks ning nende andmete kogumist statistika tegemisel. Seeläbi võimaldab RFK ühtne terminoloogia suurendada eri valdkondade professionaalide omavahelist mõistmist, lihtsustada kommunikatsiooni ning koguda võrreldavaid andmeid funktsioneerimise kohta nii terviseseisundite kui sihtrühmade üleselt.
- **RFK täisversioon võimaldab väga detailset kirjeldust, kuid tulenevalt selle mahukusest on pärsitud selle rakendamine ekspertide poolt praktikasse.** RFK täispikk klassifikatsioon sisaldab enam kui 1400 kategooriat, mis on osutunud praktikas koormavaks ning seetõttu on selle kasutamine professionaalide poolt olnud piiratud. Seetõttu on välja arendatud RFK **praktilist kasutamist hõlbustavad RFK-l põhinevad tööriistad nagu kontroll-loendid, lühivormid ja hindamisinstrumendid**. Üldjuhul osutuvad konkreetsetes valdkondades ja terviseseisundite puhul vajalikuks ainult teatud RFK osade kategooriad, mis kirjeldavad patsiendi funktsioneerimise võimekust, mistõttu on välja arendanud RFK-l põhinevad **lühivormid**⁹³. Rahvusvahelise praktika kogemusel võib hinnata, et lühivormide kasutamine võimaldab professionaalidel praktikas efektiivsemalt klassifitseerida ja kirjeldada patsiendi funktsioneerimist. Samuti märgiti, et kuna lühivormide kasutamine annab professionaalile ette vajalikud kategooriad, mida

⁹² Astangu Kutsealase Rehabilitatsiooni Keskus. 2016. Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine rehabilitatsioonis. [WWW]

http://www.astangu.ee/fileadmin/media/Astangu/10_3.4_RFK_kasutam_rehas_pdf.pdf

⁹³ Grill, E., and Stucki, G. 2011. Criteria for validating comprehensive ICF Core Sets and developing brief ICF Core Set versions. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol 43, nr 2, pp 87 – 91.

tuleks hinnata teatud seisundite puhul, vähenab nende kasutamine riski jätta tähelepanuta teatud olulisi funktsioneerimise aspekte. Lühivormid struktureerivad hindamise ja võimaldavad jagada vastutust erinevate meeskonna liikmete vahel, määramaks neid hindama teatud RFK kategooriaid vastavalt nende eksepertiisile. See võimaldab vähendada ka dubleerimist info küsimisel patsiendi käest korduvalt. **RFK kontroll-loend** on tööriist, mis abistab professionaalidel efektiivselt ja lihtsalt inimese funktsioneerimisvõime ja –vaeguste kohta käiva informatsiooni väljatoomisest ning esitamisest. Saadud teavet saab kokkuvõtlikult esitada terviselugudes nii kliinilises praktikas kui sotsiaaltöös. Samuti näitas rahvusvahelise praktika ülevaade, et üha enam kasutatakse RFK-l põhinevaid hindamisinstrumente, mis suurendavad klassifikatsiooni kasutajasõbralikku kasutamist professionaalide poolt. Seega RFKl põhinevad dokumenteerimisvormid lihtsustavad kliendi funktsioneerimisvõime kirjeldamist ning annavad ühise keele ja struktureeritud dokumenteerimisvormi, mida saab kasutada valdkondade-ülesest.

- Mitmete riikide kogemuse põhjal võib hinnata, et klassifikatsiooni võimalikult efektiivseks ja lihtsaks rakendamiseks professionaalide poolt, on vajalik **RFK seostamine elektroonilistel infosüsteemidel põhinevate tööriistadega** (sh elektroonilised instrumendid, infosüsteemid jne). Elektrooniliste instrumentide kasutamine lihtsustab andmekogumist ja –töötlemist, statistika kogumist ning andmete vahetamist erinevate protsessis osalevate osapoolte vahel. Informatsioon peab olema salvestatud ühe korra ning sellele järgnevalt saab seda kasutada vastavalt vajadusele kliendi rehabiliteerimise protsessis.
- Samuti on hinnatud, et **oluline RFK tugevus on kliendi-keskse teenuseosutamise toetamine**. Kliendi aktiivset kaasamist protsessi soodustab subjektiivse enesehinnangu võimaldamine, mis võimaldab saada kliendil ülevaate oma tugevustest ja võimekusest, ning protsessis ühine eesmärkide seadmine⁹⁴. Seeläbi võimaldab RFK kasutamine kliendil osaleda teda puudutavate sekkumiste planeerimises ja otsustuse langetamise protsessis. Seeläbi võimaldab RFK ja sellel põhinevad dokumenteerimisvormid anda kliendile võimaluse aktiivselt osaleda rehabiliteerimise protsessis, mis toetab kliendi-keskset teenuseosutamist keskendudes kliendi kogemustele ja vajadustele.

Samas on RFK rakendamisel välisriikides ilmenud ka selle **klassifikatsiooni puudused ja arenguvajadused**:

- Funktsioneerimise probleemi tuvastamisel selle hindamine vastavate määrajatega toetab info standardiseerimist, kuid mitmete riikide kogemuses on hinnatud, et **RFK määrajad on liiga üldised ning seetõttu võib probleemi ulatusele antav hinnang olla subjektiivne, sõltuvalt hinnangut teostava professionaali tööalasest kogemusest ja erialavaldkonnast**. Seetõttu soovitatakse RFK kasutamist vastavates meeskondades, kus iga ekspert vastutab oma ekspertiisvaldkonna hinnangu eest ning lõplik hinnang tehakse meeskonnas ühiselt.

⁹⁴ Constand, Marissa K, MacDermid, Joy C. 2014. Applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health in goal-setting practices in healthcare. *Disability and Rehabilitation*, vol 36, nr 15.

- Oluline valdkond RFKs, mis **vajab täiendavat arendamist on isiklikud tegurid** (sh sugu, rass, vanus, eluviis, sotsiaalne taust, haridus, harjumised, käitumine, iseloom, motivatsioon jne), mis pole osa terviseseisundist või tervisega seotud seisunditest, kuid mis mõjutavad inimese funktsioneerimist. Täna ei ole isiklikud tegurid klassifitseeritud RFK-s, mistõttu on tõstetud esile vajadust kasutada RFK-d kombineerituna teiste klassifikatsioonidega võimaldamaks RFK-s mitte-sisalduva informatsiooni lisamist. Samuti on toodud välja, et **keskkonnategurid ei ole täna piisavalt täpsed** ning vajavad täiendavat arendamist ja täpsustamist, et neid tegureid saaks kasutusele võtta praktikas vastavalt vajadusele. Näiteks vajab töövõime hindamine detailsemat töökohanõudmiste, tööolukorda ja –keskkonna kirjeldamine kui tänane RFK võimaldab⁹⁵. Seetõttu soovitatakse Hollandis abivahendi kasutada abivahendite kodifitseerimisel siseriiklikult väljaarendatud instrumenti *Cliq*.
- Lisaks sellele **on osutunud keeruliseks tõmmata piire kolme funktsioneerimise taseme – keha, individid ja ühiskond vahele –**, näiteks juhtumite puhul kui teatud kehaline funktsioon on seotud teatud tegevusega. Samuti **on osutunud problemaatiliseks tegevuste ja osalemise ning suutlikuse ja soorituse eristamine**, mis muudab RFK rakendajate jaoks klassifikatsiooni kasutamise keeruliseks. Seetõttu on vajalik selleks, et RFK muutuks enam kasutatumaks valdkondade-ülevalt on **vajalik täiendada RFK rakendamise praktilisi juhiseid ning vähendada infokogumise koormust, mida on vaja dokumenteerida RFK kasutamisel**.
- Nagu eelnevalt toodi välja on RFK keerulisus ja ulatus on takistanud selle rakendamist teatud praktikas. Mitmed autorid on väljatoonud, et RFK on liiga ulatuslik, et seda kasutada igapäevases praktikas. RFK lühivormid on mitmete riikide kogemuses soodustanud klassifikatsiooni kasutamist professionaalide poolt. Samas vajavad **RFK lühivormid täiendavat uurimist tagamaks nende asjakohasus ja kasulikkus praktilisel kasutamisel**⁹⁶.
- Mitme välisriigi kogemus annab tunnistust asjaolust, et **puuetega inimestele võib osutada vastumeelseks vastata RFK-alusel koostatud küsimustikele, kuna see võib tunduda neile kategoriseerivana ja ilma individuaalse lähenemiseta**. Rootsi pilootprojektis oli sotsiaaltöötajate jaoks üks raskemaid küsimusi kliendile selgitada, miks on vaja viia läbi nii põhjalik hindamine. Lisaks sellele, tekib kliendil taolise hindamise läbiviimisel ootus abile, kuid samas võib tekkida olukord kus ei võimalik abi osutada kuna omavalitsusel ja riigil puuduvad sobivad teenused või puudub rahastus seda vajalikus mahus osutada.
- **RFK üks tugevamaid külgi ja samas ka väljakutseid on eesmärk anda universaalne terminoloogia kirjeldamiseks tervist ja tervisega seotud seisundeid ning parandada professionaalide omavahelist suhtlemist**. Erinevate valdkondade professionaalidel on oluline roll tagamaks patsiendi heaolu läbi sekkumiste koordineerimise, kommunikatsiooni ja omavahelise koostöö ning siin on RFK-l potentsiaali suurendada distsipliniinide-vahelise kommunikatsiooni efektiivsust ja kvaliteeti. Väljatoodud riikide RFK kasutamise kogemuse võib hinnata, et RFK annab eeldused, kuid ei taga veel ühise keele kasutamist süsteemi-ülevalt. Selle

⁹⁵ Escorpizo, R. *et al.* 2015. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF. Springer International Publishing Switzerland, lk 548.

⁹⁶ Escorpizo, R. *et al.* 2015. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, vol 51:105-17.

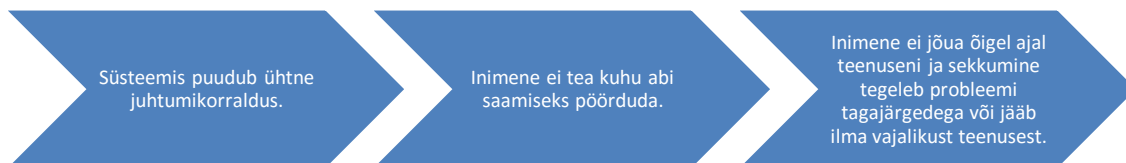
saavutamiseks on vajalik RFK süsteemi-ülene rakendamine ning efektiivne koostöö nii tervishoiu-, töö- kui sotsiaalvaldkonna üleselt.

Järgmises peatükis antakse ülevaade Eesti tänase rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemi probleemidest, antakse soovitusi kuidas RFK-le tuginevate elektrooniliste dokumenteerimisvormide rakendamine võiks toetada nii süsteemi kui kliendi vaatest teenuseosutamise protessi ja selle tulemuslikkust ning kliendi liikumist erinevate teenuste vahel.

7.2. Eesti rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemi hetkeolukord, probleemid ja kitsaskohad ning soovitusel RFK kasutamisel praeguse olukorra kitsaskohtade ületamisel

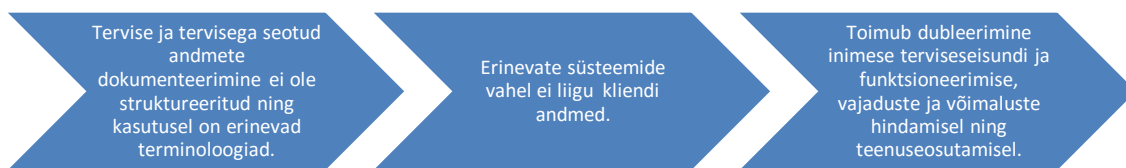
Alates 2016. aastast lisandus Eestis meditsiinilisele rehabilitatsioonile ehk taastusravile eraldi teenustena, sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon. Need tervikliku rehabilitatsioonisüsteemi moodustavad osised on lahutatud üksteisest nii eesmärkide, sihtrühma kui rahastuse poolest. Lisaks sellele on eraldi abivahendite süsteem, mis ei ole olemuselt integreeritud rehabilitatsiooniprotsessiga. Samas on oluline, et vaatamata toimunud muudatustele saaksid inimesed just nende vajadustele vastavaa abivahendi või teenuse õigeaegselt, mis võimaldaks neil saavutada optimaalse funktsioneerimise ja osalemise ühiskonnaelus. Võib hinnata, et Eesti tervishoiu-, sotsiaal- ja töövaldkonna suurimaid probleeme täna on ühtse süsteemi puudumine – süsteemi osised on disainitud ja piiratud teatud eluvaldkondadega nagu sotsiaalne-, tervise- või tööalane rehabiliteerimine, kuid reaalses elus võib klient siseneda iga süsteemi osa kaudu (taastusravi, sotsiaalne- või tööalane rehabilitatsioon) ning vajada täiendavalt integreeritult teenuseid ka teistest valdkondadest. Seega kliendi vaatest, kes vajab rehabilitatsiooni ja/või abivahendit ühiskonnas oma potentsiaali ulatuses teistega võrdsetel alustel osalemiseks ja toimetulemiseks on suur oht, et ta langeb nn süsteemi vahedesse ja jääb ilma vajalikust teenusest.

Olulisemad probleemid, mis on tekkinud meditsiinilise-, sotsiaalse- ja tööalase rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemide-vahelise integratsiooni puudumise tõttu, võib jagada süsteemi-tasandi ja indiviidi-tasandi probleemideks. **Tänases süsteemis puudub ühtne valdkondade-ülene juhtumikorraldus, mistõttu indiviidi tasandil ei tea klient kuhu abi saamiseks pöörduda.** Info teenuste olemasolu ja saamise võimaluste kohta ei ole alati kättesaadav kliendile, mistõttu inimesed ei jõua õigel ajal vajaliku teenuseni ja sekkumine toimub liiga hilja, tegeledes probleemi tagajärgedega või klient langeb nn süsteemide vahele ning jääb üldse ilma vajalikust teenusest. Keskne juhtumikorraldus peaks aitama kliendi vajadusi analüüsida ja vajadusel suunama õigete teenuste juurde, sh meditsiiniline-, sotsiaalne- või tööalane rehabilitatsioon, muud KOV-i ja/või riigiteenused.



Lisaks sellele, tervishoiu-, sotsiaalhoolekande- ja töövaldkonna üleselt inimese andmed ei liigu kliendiga kaasa, mis tekitab süsteemi-tasandil dubleerimist nii kliendi terviseseisundi ja funktsioneerimise, vajaduste ja võimaluste hindamisel ning teenuseosutamisel, mille tulemusena kannatab teenuste pakkumise kvaliteet, kättesaadavus ja tulemuslikkus ning

süsteem tervikuna ei ole kuluefektiivne. Rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemides on kasutusel erinevad standardid ja terminoloogia, mistõttu on piiratud info kaasaliikuvus üleminekul ühest rehabilitatsiooniprotsessi etapist teise. Keeruline on saada ülevaadet kliendiga juba tehtud tööst, mistõttu tuleb ekspertidel alustada hindamist sageli uuesti või tuleb info saada kätte alternatiivsetel viisidel, mis võtab nii ajalist kui rahalist ressursi. Kuna andmed ei liigu erinevate süsteemide vahel, toimub palju dubleerimist inimese terviseseisundi, vajaduste ja võimaluste hindamisel ning teenuseosutamisel. Samuti võivad teenusel osaleda inimesed, kes tegelikult antud teenust ei vaja ja/või ei vasta osutatav teenus kliendi reaalsele vajadusele.



Seega on Eesti rehabilitatsiooni- ja abivahendite süsteemis on mitmeid kitsaskohti, eeskätt kliendi teenuste-vahelisel liikumisel, kus RFK kui ühine keel võiks lahendusi pakkuda. Seda probleemi teadvustades ja süsteemi parandamiseks on Sotsiaalministeerium seadnud eesmärgiks taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi integreerimise ühtseks kliendikeskseks tervikuks eesmärgiga pakkuda inimesele õigeaegset ja sujuvalt toimivat teenust, ning sotsiaal-, töö- ja tervisevaldkonnas pakutavate rehabilitatsiooni ja taastusravi teenuste koostoime parandamine, sh välistades teenuste dubleerimise ning kattes teenuste vahele jäävad augud.⁹⁷

Seega on Eestis nagu mitmetes teistes Euroopa riikides jõutud järeldusele, et on vajadus riiklikul tasandil koordineeritud lähenemisele toetamaks üleminekuid erinevate süsteemide vahel tagamaks, et klient saab tema vajadustele vastavat abi ning ei langeks nn süsteemi vahedesse, jäädes ilma vajalikust teenusest õigel ajahetkel. Camargo (2011) on uurinud puuetega alaealiste liikumist erinevate süsteemide teenuste vahel ning võimalusi, kuidas RFK saab seda protsessi soodustada. Näiteks on Suurbritannias ja Saksamaal on jõutud järeldusele, et **üleminekute planeerimisel on oluline individuaalne lähenemine ja kliendi kaasamine protsessi**. Protsessi haldamine peab olema jagatud nii professionaalide kui klientide poolt võimaldades kliendile otsustusvõimalust ja samas ka jagada vastutust protsessi toimumise eest. Kuna puuetega inimeste sihtrühm saab sageli teenuseid erinevatest süsteemidest on nende ülemineku koordineerimine suurem väljakutse, mida saab lahendada ainult läbi **tiheda koostöö erinevate teenusteosutajate ja –koordineerijate vahel**. See tähendab uue töömudeli juurutamist valdkondade üleselt, kus tuleb minna traditsiooniliselt töömudelilt üle nn distsipliinide-ülelele koostöömodelile. **Klientidega tuleks tegeleda valdkondade-ülestes meeskondades**, kus peaks olema eksperte erinevatest süsteemidest, mis muudab kergemaks määratleda millised teenused annavad kliendile vajaliku toe ning millal, vältides protsessis killustatust, vahesid või teenuste dubleerimist. **Edaspidine juhendamine ja abi peaks kliendile tulema juhtimiskorraldaja poolt**. Hinnatakse, et kliendi teenuste vahelise liikumise soodustamiseks on vajalik:

- **Keskne juhtumiskorraldus** – tuleb identifitseerida üks kontaktisik või koordinaator nii klientidele kui spetsialistidele.

⁹⁷ Kuuse, R. 2016. Sotsiaalkaitse tulevik – väljakutsed ja lahendusteel. [WWW] <http://www.tallinn.ee/Sotsiaalhoolekandest-Tallinnale-20.05.pdf>

- **Ajakohastatud, mobiilse ja kättesaadava tervisealase dokumentatsiooni olemasolu** kliendi kohta.
- **Ajakohastatud plaan** üleminekute korraldamiseks.
- Tavapäraste **ennetavate tervishoiumeetmete** tagamine.
- Vajadusel **lisarahastus komplekssemate juhtumite** puhul ülemineku(te) koordineerimiseks.

Siin tuleks RFK raamistikus kliendi üleminekute planeerimisel võtta arvesse nii meditsiinilisi kui sotsiaalseid aspekte ning protsessis peab võtma arvesse samuti kliendi isiklikke eelistusi ja eesmärgi. RFK võib anda ühise keele ja raamistiku kommunikeerimaks erinevad vajadused ja faktorid, mis mõjutavad kliendi funktsioneerimist erinevates keskkondades, aidata juhendada distsipliinide-ülel protsessi ning toetada erinevate osapoolte vahelist koostööd. Samas selleks, et erinevad süsteemi osad teeksid koostööd on vajalikud nii poliitilised otsused kui ka lisarahastus teenuste täiendavast koordineerimisest tulenevana. Pikas perspektiivis võib näha seda investeeringuna, kuna läbi eesmärgistatud ja kvaliteetsemate teenuste osutamise ning süsteemide-vahelise dubleerimise vähenemisena, muutub ressursside kasutamine efektiivsemaks.⁹⁸

Täna puudub Eestis süsteemne ja standardiseeritud instrument kaardistamiseks inimese probleemid funktsioneerimisel, rehabilitatsiooniteenuse ja abivahendi vajaduse hindamiseks ning kasutatud meetmete mõjususe hindamiseks. Seetõttu on Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse rehabilitatsioonialase kompetentsikeskuse poolt väljatöötamisel RFK-l põhinevad instrumendid rehabilitatsiooniprogrammi või abivahendi vajaduse hindamiseks, sekkumiste planeerimiseks ja nende mõjususe hindamiseks. Antud instrumentidel on potentsiaali anda olulist informatsiooni individuaalsete sekkumiste planeerimiseks, programmide planeerimiseks, protsessi jälgimiseks ja hindamiseks ning võimaldada olulise sisendi valdkondlike poliitikate kujundamiseks. Hindamisinstrument võimaldaks tõsta rehabilitatsiooni- ja abivahendi vajaduse hindamise kvaliteeti, tagades, et inimene saaks vajadustele vastava teenuse või abivahendi, edendaks ühise süsteemi kasutamist ning muudaks hindamisprotsessi kliendi jaoks arusaadavamaks. Rahvusvaheline riikide praktika RFK-l põhinevate tööriistade kasutamisel annab aluse eeldamiseks, et taolise elektroonilise hindamiskeskonna väljatöötamine võib toetada erinevaid rehabilitatsiooniprotsessis osalevaid osapooli, soodustades osakondade ja valdkondade ülest koostööd läbi ühtse raamistiku ja terminoloogia võimaldamise ning seeläbi panustaks teenuse sisulise kvaliteedi paranemisse. Taolisel hindamisinstrument võib tulevikus tagada meditsiinilise-, sotsiaalse- ja tööalase rehabilitatsiooni parem integreerituse, vähendada süsteemidevahelist dubleerimist ja toetada rehabilitatsiooniteenuse sisulise kvaliteedi paranemist, soodustades seejuures klientide sujuvat liikumist teenuste vahel. Väljaarendatavate hindamistööriistade piloteerimisel on oluline võtta arvesse RFK mudeli kasufaktoreid ja kitsaskohti (ptk 7.1) ning Eesti rehabilitatsiooni- ja abivahenditesüsteemi probleeme (ptk 7.2 algus) tagamaks, et RFK-l põhinev instrument adresseerib adekvaatselt täna süsteemis esinevaid probleeme ja vastab valdkonna vajadustele.

Kliendi teenustevahelise liikumise soodustamiseks ja rehabilitatsiooni sisulise kvaliteedi edendamiseks saaks RFK pakkuda:

⁹⁸ Camargo, O. 2011. Systems of care: transition from the bio-psycho-social perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Child: care, health and development*, vol 37, nr 6, pp 792 – 799.

- **Valdkondade-ülese kommunikatsiooni soodustamine.** RFK välisriikide kasutamise kogemustest võib hinnata, et RFKl on potentsiaali anda universaalne keel tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondade üleselt kasutamiseks. RFK kasutamine parandaks tänu ühtsele raamistikule ja terminoloogiale spetsialistide vahelist arusaamist ja kommunikatsiooni ning soodustaks integreeritud teenuseosutamist. Rehabilitatsiooni- ja abivahendivajaduse hindamine peaks toimuma meeskonnatöona, kuna sellisel juhul säilib tervikpilt kliendist ja olemasolevatest teenustest ning väheneb subjektiivsus hindamisel. RFK kasutamine võib parandada rehabilitatsiooni meeskondade omavahelist suhtlust ja teineteisemõistmist, mille tulemusena paraneb nende ekspertidevaheline sisuline koostöö ja kliendile lähenetakse terviklikult.
- **Andmete süsteemide-vahelise edastamise lihtsustamine.** RFK raamistik võimaldab tervise ja tervisega seotud andmete struktureeritud dokumenteerimist. Samas RFK ise ei ole hindamissinstrument, vaid klassifikatsioon mida saab kasutada arendamiseks välja dokumenteerimisvorme ja hindamisinstrumente, mis võimaldavad andmete ühetaolist ja struktureeritud kogumist. Patsientide kohta dokumenteeritud informatsioon peab olema struktureeritud viisil, mis võimaldab selle kasutamist erinevate osapoolte poolt, erinevatel eesmärkidel ning erinevates tervishoiu-, sotsiaalhoolekande ja töövaldkonna protsessides mida inimene läbib. See informatsioon peaks kliendiga kaasa liikuma, et erinevatele rehabilitatsiooni protsessi eest vastutavatele osapooltele oleks vajalik info lihtsalt kättesaadav. Lisaks sellele, peaks andmevahetus teenuseosutajate vahel toimuma dubleerimata – kliendi hindamine peab toimuma ainult ühe korra ning hiljem tuleb neid andmeid taaskasutada – ning kliendi tervisealase informatsiooni ja varasemalt saadud teenuste ajalugu peaks olema võimalik kaardistada, mis tähendab, et seda infot tuleb erinevate protsessi osapoolte poolt pidevalt ajakohastada. Ühtse dokumenteerimisvormi ja tööriistade kasutamine soodustaks taolist andmevahetust, kus kliendi info liiguks temaga kaasa süsteemi erinevatesse etappidesse ning erinevate teenuseosutajate juurde.
- **Valdkonna sisulise kvaliteedi paranemine.** RFK-le tuginevat hindamis- ja rehabilitatsiooni protsessi toetava elektroonilise dokumenteerimisvormi kasutamine võib toetada teenuse sisulist kvaliteeti. Antud instrumentide kasutamine toimiks abivahendina rehabilitatsiooni ja/või abivahendite hindamise läbiviimiseks, tulemuste dokumenteerimiseks, sekkumisplaani koostamiseks ning läbiviidud sekkumiste tulemuslikkuse hindamiseks. Lisaks sellele, toetaks RFK kasutamine kliendikeskset ja individuaalset teenuseosutamist.

Oluline on märkida, et RFK ei saa asendada valdkonna- või sektori-spetsiifilisi keeli ja hindamistööriistu, kuid võib soodustada valdkondade-ülest koostööd⁹⁹. RFK ja RFK-l põhinevate tööriistade rakendamise edukus sõltub suuresti nende vastavusest juba täna rehabilitatsiooni ja abivahendite süsteemides kasutatavate mõõdikutega ja nende praktilisest rakendatavusest. Meditsiinilises rehabilitatsioonis (st tervishoiusektoris) on täna valdavalt kasutuses RHK klassifikatsioon, mille uus versioon on WHO poolt väljaarendamisel. RHK-11 integreerib RHK juurde ka RFK funktsioneerimise osised, võimaldamaks paremini kirjeldada haiguste mõju inimese funktsioneerimisele. See võimaldaks luua aluse tervishoiu-, sotsiaal- ja töövaldkonna üleselt kasutatava universaalse raamistiku ja terminoloogia ning soodustaks

⁹⁹ Jelsma, Jennifer. 2009. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Literature Survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol 41: 1 – 12.

piloteeritavate hindamisinstrumentide süsteemi-ülesest kasutamist Samas on oluline rõhutada, et tulenevalt tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemide olemusest võib uute mudelite ja tööriistade tutvustamine, omaksvõtmine ja kasutuselevõtt olla aeglane. Seetõttu peaksid muutused poliitikates ja töömeetodites peavad toimuma paralleelselt erinevatel tasemetel nii riigi kui teenuseosutajate tasemel, mis nõuab arutelusid, ettevalmistamist ja otsuseid. Lisaks sellele, peaksid väljatöötavad hindamisinstrumendid olema laiem osa riiklikust e-tervise strateegiast ning riiklikult väljaarendatavast informatsioonistruktuurist. Rehabilitatsiooni- ja abivahenditesüsteemi süsteemide paremaks integreerimiseks on eeskätt on oluline süsteemidevaheliste silotornide mahalammutamine ja andmekogude koostalitlusvõime suurendamine. Samas on oluline võtta ka arvesse, et kliendi sujuv liikumine tervishoiu-, sotsiaal- ja töövaldkonna teenuste vahel ei ole takistatud pelgalt vaid erinevate valdkondade ekspertide ja andmekogude vähese koostalitlusvõime poolt, vaid süsteemid erinevad suuresti ka teenuse saamiseks seatud tingimuste poolest, mis võib tekitada olukordi kus klient ei saa talle vajalikku teenust. Seega tuleb hindamisinstrumendi piloteerimisel võtta arvesse nii tervishoiu-, sotsiaal- ja töövaldkonna tervikvaadet kui arenguid süsteemide siseselt.

8. Kokkuvõte

Käesolev anlüüs andis ülevaate RFK kujunemise ajaloolisest taustast, kontseptuaalse mudeli ja klassifikatsioonisüsteemi põhimõtetest ja eesmärkidest ning RFK kasutamise kogemusest rehabilitatsiooni- ja abivahenditesüsteemi valdkondades välisriikide (sh Soome, Rootsi, Holland, Saksamaa ja Itaalia) praktikas. Riikide RFK rakendamise lühiülevaadet täiendasid näited konkreetsetest valdkondadest. RFK rahvusvahelise kasutamise kogemuse võrdleva analüüsi tulemusena toodi välja olulisemad järeldused klassifikatsiooni kasufaktorite ja väljakutsete osas. Lisaks sellele, lähtudes teiste riikide kogemusest esitati soovitud Eestis RFK-l põhinevate dokumenteerimisvormide ja hindamisinstrumentide kasutusele võtmisel.¹⁰⁰ RFK klassifitseerib tervise ja tervisega seotud seisundid, nende tagajärjed ja faktorid. Eelpool selgunud tulemuste põhjal võib hinnata, et RFK on muutunud rahvusvaheliselt üldtunnustatud raamistikuks kirjeldamiseks funktsioneerimist ning dokumenteerimaks terviseseisundi ja puudealase informatsiooni. Samas vaatamata asjaolule, et RFKd kasutatakse üha enam rahvusvahelises praktikas, võib hinnata, et RFK rakendamine väga ebaühtlane ja üldiselt teatud valdkondade keskne. Üha enam nähakse vajadust väljaarendada RFK lühivorme ja RFK-l põhinevaid dokumenteerimisvorme, hindamisinstrumente ja kontroll-loendeid, mis lihtsustaksid klassifikatsiooni rakendamist praktikas. Samuti hinnatakse, et RFK-l põhinevate abivahendite väljatöötamine peab olema seostatud elektroonilise keskkonnaga, mis lihtsustab andmekogumist ja –töötlemist, statistika kogumist ning andmete vahetamist erinevate seotud osapoolte vahel. Seega võib hinnata, et kuigi RFK ei ole täiuslik on see potentsiaalselt kasulik tööriist kodeerimaks informatsiooni abivahendite ja rehabilitatsiooni vajaduse hindamisel.

¹⁰⁰ Käesolev uuring on piiratud tulenevalt riikide väiksest valimist. Kuna ajaliste võimaluste piires ei olnud võimalik vaadelda kõiki riike, tehti valik uurimaks teatud riikide-üleselt RFK rakendamist. Oluline on märkida, et vaadeldavates riikides ei olnud RFK rakendatud süsteemi-üleselt ja RFK rakendamise ulatus ning valdkonnad erinesid olulisel määral. RFK rakendamist on raske jälgida riiklikul tasandil kuna tänaseks on tehtud väga erinevaid algatusi, uuringuid ja pilootprojekte RFK kasutamiseks, mis ei ole tingimata riigipoolt keskselt koordineeritud, vaid mis on algatatud erinevate asutuste, institutsioonide või uurimiskeskuste poolt. Lisaks sellele piiras andmete kättesaamist saadavalolevate ingliskeelsete materjalide vähesus.

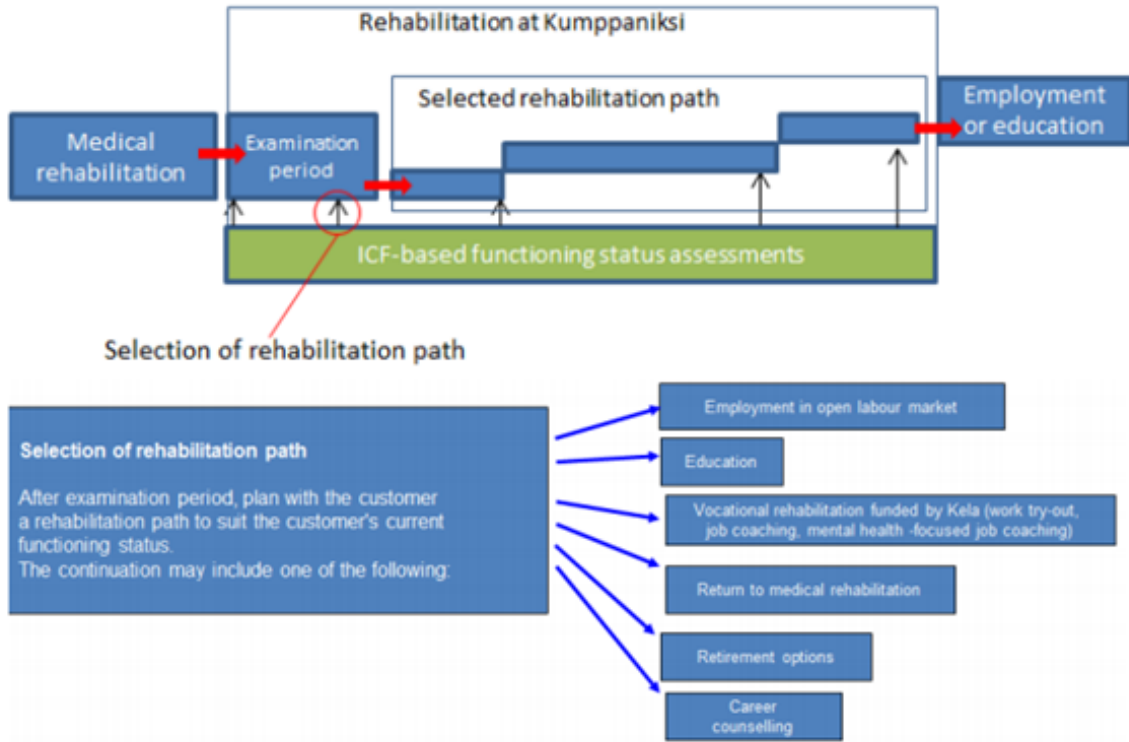
Lisa 1. Konsulteeritud välisriikide RFK ekspertide kontaktandmed

Soome	<p>Heidi Anttila senior researcher, PhD, PT National Institute for Health and Welfare (THL) Welfare department; Ageing, Disability and Functioning unit PO Box 30, FIN-00271 Tel: +358 29 524 768 Mobile: +358 40 592 7058 Twitter: @anttilaheidi ICF mobile www.thl.fi/en/mICF ICFEducation www.icfeducation.org Functioning https://www.thl.fi/en/web/functioning The handbook for disability services http://www.sosiaaliportti.fi/en-GB/the-handbook-on-disability-services/ THL http://www.thl.fi/en/web/thlfi-en</p>
Holland	<p>Coen H. van Gool, PhD WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in the Netherlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) Postal address: P.O. Box 1, 3720 BA Bilthoven, The Netherlands Office: G22 T: +31-30-2748521 T: +31-30-2744715 (Secr.) Working days: Monday – Wednesday Information on the WHO Family of International Classifications: http://www.rivm.nl/who-fic ICF, ICF-CY, ICD-10, ICPC-2 and CMSV online in Dutch: http://class.who-fic.nl/</p>
Rootsi	<p>Kerstin Möller, kerstin.moller@oru.se Tel: +4619 302178, +46706 592846, https://www.oru.se/personal/kerstin_moller, National Health and Social Welfare Institutione, Almborg, Ann-Helene, Ann-Helene.Almborg@socialstyrelsen.se, +4675 247 30 57; Ann-Kristin Granberg ann-kristin.granberg@socialstyrelsen.se +4675-247 33 71, http://www.inspsf.se/sok_pa_webbplatsen/?emptyQuery=no&q=ICF</p>
Itaalia	<p>Lucilla Frattura, Italian WHO-FIC CC's research network Central Health Directorate, Classification Area, Friuli Venezia Giulia Region, Italy lucilla.frattura@regione.fvg.it</p>
Saksamaa	<p>German Institute of Medical Documentation and Information: http://www.dimdi.de/static/en/index.html http://www.dimdi.de/static/de/index.html Dr Stefanie Weber weber@dimdi.de</p>
Põhjamaad	<p>Web site of the Nordic WHO-FIC Collaborating Centre: www.nordclass.se</p>

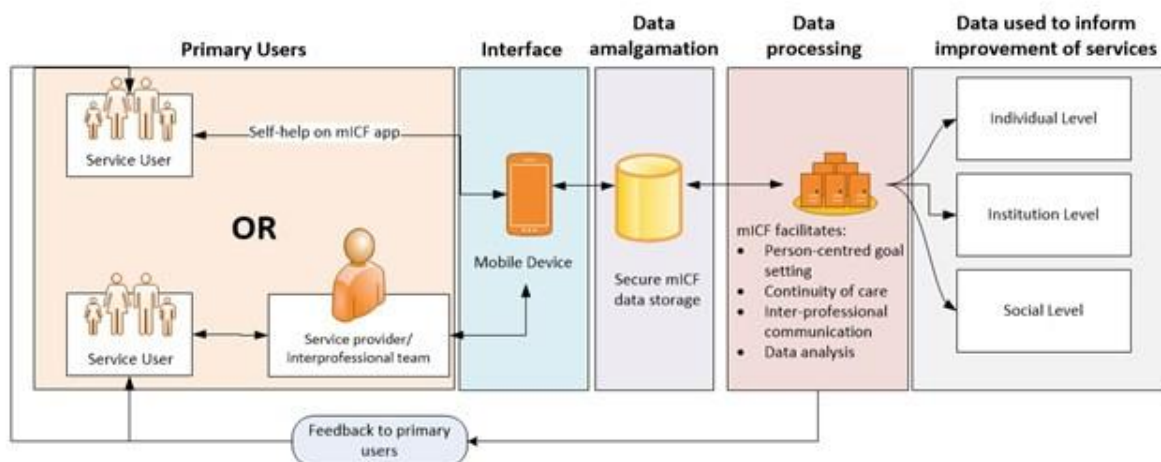
Lisa 2. Ekspertidele esitatud küsimused (inglise keeles)

1. Does Sweden have practical experience in using ICF in rehabilitation and assistive devices assessment and impact measurement? How would you characterize the level of implementation of the ICF in Sweden (complete/partial)? In which sectors has the ICF been implemented/introduced?
2. Have there been developed national documentation or evaluation instruments based on ICF?
3. Would you happen to know where could I find information about the lessons learnt (e.g. success stories and obstacles faced) in the implementation of ICF in the healthcare and social welfare domains?
4. Would you happen to know whether there are some researches done that have mapped in Sweden the use of ICF core-sets and other documentation forms based on ICF?
5. What is in your opinion is the benefit of using ICF taking into consideration the movement of the client/patient between different services (e.g. health care and social services)?
6. Do you have any recommendations about how ICF should be used to support the service provision process (including assessment of the results) and the clients/patients movement between different services?
7. Are there national training materials and training sessions provided to professionals?

Lisa 3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine Kumppaniksi ühingu

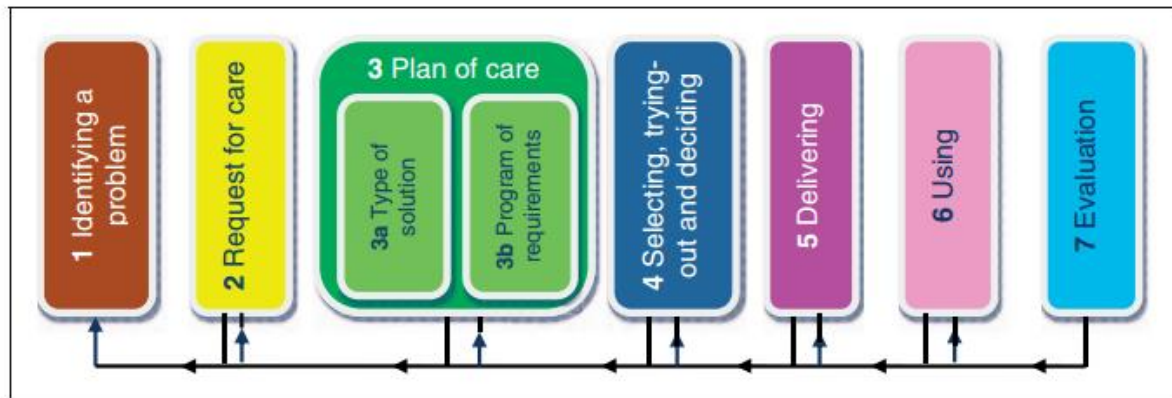


Lisa 4. mICF kontseptsioon¹⁰¹

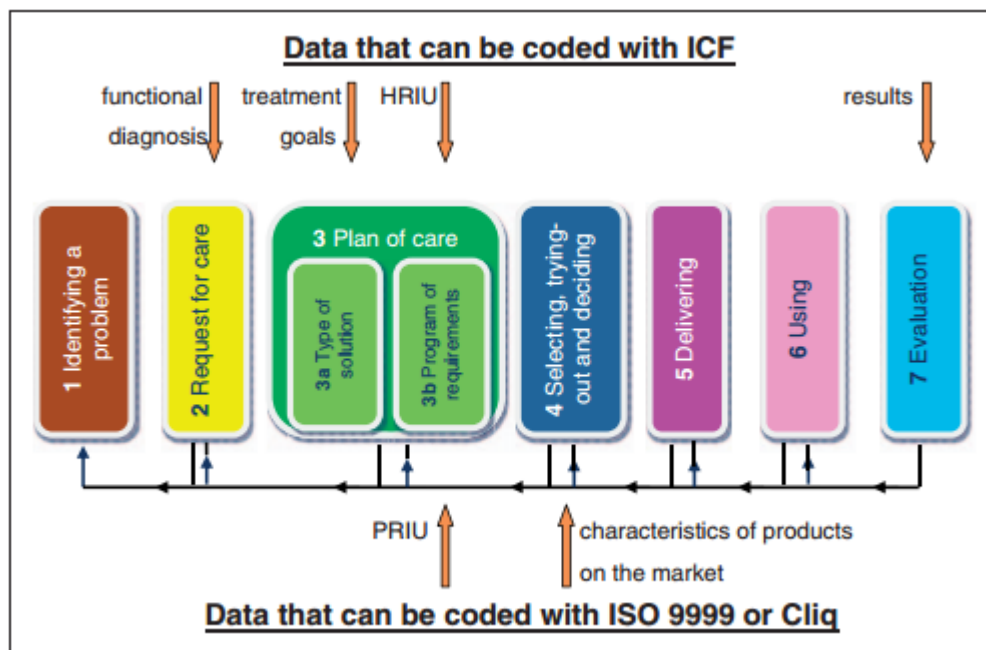


¹⁰¹ mICF. 2016. Conceptualisation. [WWW] <http://i1.wp.com/icfmobile.org/wp-content/uploads/2016/02/Conceptualisation.jpg>

Lisa 5. Hollandi abivahendisüsteemi üldise korralduse etapid ja andmed, mida saab kodifitseerida RFK raamistiku kasutades



Tabel X. Abivahendite üldise korralduse etapid.



Tabel X. Abivahendite üldise korralduse etapid ja andmed, mida saab kodifitseerida kasutades RFKd, ISO 9999 või Cliq'i (ISO 9999 detailsem versioon) kasutades.¹⁰²

¹⁰² Heerkens, Y. *et al.* The use of the ICF in the process of supplying assistive products: discussion paper based on the experience using a general Dutch prescription guideline. *Prosthetics and Orthotics International*, 35 (3), 310-317.