

Erihoolekande vajaduse analüüs

Katrin Tsuiman, Helen Alton, Meelis Põlda
Sotsiaalkindlustusamet

2019

Sisukord

| | |
|--|----|
| Sisukord | 1 |
| Eesti ööpäevaringsete erihoolekande teenuskohtade ja teenusekasutajate võrdlus teiste riikidega | 2 |
| Andmete võrreldavus..... | 2 |
| Pikaajalise hoolduse (LCT) andmete võrdlus..... | 3 |
| <i>Eesti võrdluses teiste riikidega.....</i> | 3 |
| <i>Pikaajalise hooldusteenuse osutamise kohad.....</i> | 7 |
| <i>Potentsiaalne pikaajalise hooldusteenuse vajadus.....</i> | 9 |
| Potentsiaalsete teenusekasutajate vajadused..... | 15 |
| <i>Küsitluse kokkuvõte</i> | 15 |
| <i>Järeldused.....</i> | 18 |
| Potentsiaalselt erihoolekandeteenuse süsteemis pikaajalist hooldust vajavate inimeste prognoos ja kulu eelarve | 19 |
| Eesti erihoolekandeteenuste süsteemi eripärast tulenev väljakutse | 22 |
| Teenusekasutajate ja järjekorras olevate inimeste vanuseline ja diagnooside jaotus | 25 |
| <i>Erihoolekandeteenuste kasutajad.....</i> | 25 |
| <i>Erihoolekandeteenuste järjekorras olevad inimesed.....</i> | 27 |

Eesti ööpäevaringsete erihoolekande teenuskohtade ja teenusekasutajate võrdlus teiste riikidega

ANDMETE VÕRRELDAVUS

Rahvusvaheliselt kogutakse ja avaldatakse ööpäevaringsete teenuskohtade andmeid pikaajalise hoolduse (long-term care, edaspidi ka LTC) korralduse raames, sh on voodikohad ka psüühikahäiretega inimestele. Andmeid kogub ja avaldab nii Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD), Euroopa Statistikaamet (Eurostat) kui Maailma Terviseorganisatsioon (WHO). Andmed sisaldavad pikaajalise hoolduse teenuste statistikat olemasolevate ressursside ja teenuste kasutamise kohta, sh voodikohtade arvu kõikide teenust vajavate sihtgruppide jaoks ööpäevaringsetes hoolekandetasutustes. Eraldi ei eristata psüühikahäiretega inimeste asutusi ja ülejäänud asutusi. Rahvusvaheline statistika nimetab neid asutusi „*residential long-term care facilities*“ ehk eesti kontekstis on tegemist ööpäevaringset hooldust pakkuvate asutustega.

Sarnast teenussüsteemi ja teenuskohtade jaotust, mis võimaldaks võrrelda ainult psüühikahäiretega inimeste ööpäevaringseid teenuskohti Eestis ja teistes riikides, mujal ei ole. Teenussüsteemid, korralduse alused on erinevad ning rahvusvaheline statistika ei erista sarnaselt Eestil psüühikahäiretega inimestele osutatavaid hoolekandeteenuseid teistest hoolekandeteenuseid vajavatest inimestest. Seetõttu ei ole võimalik võrrelda ainult psüühikahäiretega inimeste ööpäevaringseid teenuskohtade arvu teiste riikidega

Võrreldavad on Eesti ja teiste riikide psüühikahäiretega inimeste psühhiaatrilise aktiivravi voodikohtade arv haiglates, kuid sel juhul võrdleksime tervishoiuteenust pakkuvaid asutusi ning Eesti puhul ei ole seal hulgas erihoolekandeteenuse kohad. Seetõttu seda võrdlust praegu ei ole tehtud.

Mitmetes riikides on hoolekandeteenuste korraldus, sh abimeetmed psüühikahäiretega inimestele, ja sellega seotud statistilised andmed eelkõige tervishoiusüsteemi andmed. Teenused, mis on Eestis erihoolekande- või sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused psüühikahäiretega inimestele, on käsitletavad tervise valdkonna teenustena.

Statistiliselt saame kõige tõesema võrreldava ülevaate kõrvutades OECD riikide andmeid pikaajalise hoolduse andmetega. OECD kogub tervise statistika raames andmeid pikaajalise hoolduse ressursside ja teenuste kasutamise kohta, sh hoolekandetasutuste voodikohtade arvu ning asutuses ja koduses keskkonnas abimeetmeid saanud isikute kohta¹.

Võrdlusesse on võetud andmed pikaajalise hooldusteenuse kohta nii kodus kui hoolekandetasutustes, sh asutuste voodikohtade arv. Enamasti sisaldab OECD statistika Eesti puhul andmeid nii KOV teenuste, erihoolekandeteenuste kui õendusabi teenuste kohta.

¹ OECD Health Statistics 2019 Health policies and data, Long-term care, <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

PIKAAJALISE HOOLDUSE (LCT) ANDMETE VÕRDLUS

Eestis ei ole pikaajalise hoolduse mõistet seadusandlikul tasandil reguleeritud. Riigikantselei poolt ellu kutsutud Hoolduskoormuse rakkerühma lõppraporti soovitude kohaselt² võiks Eestis pikaajalise hoolduse all mõista hooldust inimestele, kes vajavad igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, kuna nende füüsilised või vaimsed võimed on vähenenud.

Pikaajaline hooldus hõlmab tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid, mida pakutakse eesmärgiga:

- leevendada ja vähendada valu, juhtida terviseseisundi kulgu, pidurdada ja vältida selle halvenemist;
- pakkuda isikuhooldust igapäevategevustes, nagu söömine, pesemine, riietumine jm;
- abistada iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäevaste toimingute juures, nagu toidu valmistamine, poes käimine ja igapäevaste rahaasjade korraldamine jm.

OECD statistiliste andmete kogumise metoodika kohaselt peetakse LTC-asutusteks asutusi, mis tegelevad peamiselt pikaajalise hooldusteenuse pakkumisega ning kombineerivad seal juures vajadusel õendusabi, järelevalvet või kõiki muud tüüpi hoolekande tegevusi, mis on vajalikud seal elavatele inimestele. Statistika hõlmab asutusi, kus pikaajaline hooldus on oluline tegevusala ja hooldustegevused, mida pakutakse, on segu tervise- ning sotsiaalteenustest. Sealjuures on osutatavad tervisteenused enamasti õendusabi tasemel ning pakutakse ka isikuhooldusteenuseid. Teenuste meditsiiniline osa on siiski vähem intensiivne kui see on haiglates³. Nimetatud kirjeldus vastab kõige enam ka erihoolekandeteenuseid ööpäevaringselt pakkuvate asutuste kirjeldusele.

Ka Eesti esitab OECD statistikasse oma andmed ning need sisaldava pikaajalise hooldusteenust pakkuvate asutuste osas kõiki ööpäevaringseid teenuskohti (üldhooldus, õendushooldus, erihoolekanne, asendushooldus).

Eesti võrdluses teiste riikidega

Esmases võrdluses on esitatud Eestiga koos 11 riigi andmed asutustes osutatava pikaajalise hooldusteenuse voodikohtade arvu kohta. Kuna riikide tervise- ja hoolekande süsteemid on

² Hooliva riigi poole. Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne. 2017 https://www.riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/hoolduskoormuse_rakkeruhma_lopparuanne.pdf

³ OECD Health Statistics 2019, Definitions, Sources and Methods, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROT

erinevad, siis on voodikohtade arvu võrdluses esitatud riigid, keda on valdkonnaga seotud analüüsid varasemalt Eestiga võrreldud, juhul kui riikide andmed olid OECD statistikas esitatud.

Tallinna Ülikooli poolt 2016. aastal läbi viidud „Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel“⁴ võttis võrdlusesse - Tšehhi, Slovakkia, Ungari, Rumeenia, Hollandi, Ühendkuningriigid ja Rootsi. OECD statistikas puudusid andmed Rumeenia kohta ning neid ei ole esitatud.

Poliitikauuringute keskuse „Praxis“ poolt 2017. aastal läbi viidud analüüsis „Pikaajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise tulemuste hindamise raamistik“⁵ esitati Niesi ja jt poolt koostatud Euroopa pikaajalise hoolduse süsteemide klassifitseerimise kolm peamist mõõdet⁶:

- hoolduse nõudlus (nt inimeste osakaal, kes vajab pikaajalist hooldust);
- mitteametliku hoolduse pakkumine (nt üksikisikute osakaal, kes hooldavad sugulasi, ja mitme generatsioonilised leibkonnad)
- ametliku hoolduse pakkumine (nt avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele, eakate inimeste osakaal, kes saavad ametlikke hooldusteenuseid kodus või institutsioonides).

Nimetatud tunnuste alusel jaotusid Euroopa riikide süsteemid neljaks⁷:

1. universaalne põhjamaade hooldus,
2. standard-hooldus,
3. perekonnal põhinev hooldus
4. Kesk- ja Ida-Euroopa (ehk ka üleminekumaade) hooldus.

Eesti kuulub nende tunnuste alusel neljandasse gruppi koos Ungari, Poola, Tšehhi, Slovakkia, Rumeenia, Bulgaaria, Läti ja Leeduga. Seetõttu on pikaajalise hoolduse voodikohtade arvu võrdluses lisatud samad riigid, juhul kui nende andmed olid OECD statistikas olemas.

Kuna Eestis on tavaks võrrelda hoolekandelist abi meie naaberriigi Soome teenustega, siis on voodikohtade arvu võrdlusesse lisatud ka Soome andmed, kes Praxis analüüsi jaotuse kohaselt kuulub universaalse põhjamaade hoolduse gruppi.

Tabelis 1 on esitatud ülal nimetatud riikide LTC hoolekandeesutuste voodikohtade arvu võrdlus, kus voodikohtade arv on arvestatud 1000 elaniku kohta, kes on 65+ ja vanemad. Samas on teenuskohtade kasutajateks kõik vanusegrupid, kui on vajadus pikaajalisele hooldusele hoolekandeesutustes. Eesti poolt esitatud andmetes on arvestatud siia hulka ka lastele pikaajalist

⁴ Tallinna Ülikool „Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide praktikate alusel“. 2016. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_o8.02.2016.pdf

⁵ Praxis „Pikajalise hoolduse deinstitutionaliseerimise tulemuste hindamise raamistik“ 2017 <http://www.praxis.ee/tood/di/>

⁶ Nies H, Leichsenring K, Mak S. The Emerging Identity of LongTerm Care in Europe. In: Longterm Care in Europe - Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.; 2013. p. 19–41.

⁷ Ilinca S, Leichsenring K, Rodrigues R. From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2015.

hooldust pakkuvad asutused (asenduskodud). Teiste riikide andmekogumise meetodikas eraldi laste teenuste arvestust ei saanud tuvastada.

Võrreldavate 11 riigi hulgas on Eesti 2017. aasta andmete kohaselt 7-ndal kohal pikaajalist hooldust pakkuvate asutuste voodikohtade arvult. Eestist on rohkem voodikohti/teenuskohti kui Hollandis, Rootsis, Soomes, Slovakkias, Ungaris, Ühendkuningriigis. Eestist vähem on teenuskohti Leedus, Tšehhis, Lätis ja Poolas (vt tabel 1).

Tabel 1. Pikaajalise hoolduse voodikohtade arvu võrdlused valitud Euroopa riikides, perioodil 2014-2017 (OECD Statistika andmebaas 2019).

| Riik/Aasta | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Eesti | 45 | 46,1 | 45,7 | 45,1 |
| Holland | 82,2 | 78,2 | 76 | 74,8 |
| Leedu | 34,7 | 35 | 36,6 | 37,3 |
| Läti | 14,7 | 14 | 13,9 | 13,7 |
| Poola | 12,4 | 12,2 | 12 | 11,8 |
| Rootsi | 66,1 | 65,5 | 65 | 70,6 |
| Soome | 59,7 | 59,3 | 58,9 | 57 |
| Slovakkia | 51,2 | 53,1 | 51,9 | 50,3 |
| Ühendkuningriik | 48,7 | 47,6 | 46,5 | 45,6 |
| Tšehhi | 37,8 | 37,2 | 37,3 | 36,6 |
| Ungari | 48,1 | 47,5 | 46,5 | 45,7 |

Võrdluse laiendamiseks võtsime vaatluse alla kõikide OECD statistikas esitatud riikide andmed, kelle puhul oli andmete kogumise meetodika võrreldav ja andmed olid esitatud. Ka suurema hulga riikide võrdluses on Eestis pigem keskmisest vähem hoolekandeesutustes pikaajalise hooldusteenuse voodikohti. 27 riigi võrdluses on Eesti 18. kohal (vt tabel 2).

Tabel 2. Voodikohtade arv pikaajalist hooldusteenust osutavates asutustes 2014-2018, arvestatud 1000 inimese kohta 65+ elanikkonnast (OECD Statistika andmebaas 2019).

| Andmed | Voodikohad pikaajalist hooldust osutavates asutustes | | | | |
|-------------|--|------|------|------|------|
| | 1000 inimese kohta 65+ elanikkonnast | | | | |
| Aasta | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Riik | | | | | |
| Kanada | 49,1 | 48,5 | 56,9 | 55,4 | 54,2 |
| Tšehhi | 37,8 | 37,2 | 37,3 | 36,6 | .. |
| Eesti | 45 | 46,1 | 45,7 | 45,1 | .. |
| Soome | 59,7 | 59,3 | 58,9 | 57 | .. |
| Prantsusmaa | 54 | 53,1 | 52 | 51 | .. |

| | | | | | |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Saksamaa | .. | 54,4 | .. | 54,4 | .. |
| Ungari | 48,1 | 47,5 | 46,5 | 45,7 | .. |
| Island | 60,1 | 58,3 | 57,1 | 55,5 | 54,1 |
| Iirimaa | 49,1 | 49,8 | 48,7 | 47,5 | 46,7 |
| Iisrael | 21,9 | 21,1 | 20 | 18,9 | 18,4 |
| Itaalia | 18,4 | 18,5 | 18,3 | 18,6 | .. |
| Jaapan | 24 | 24,3 | 24 | 24,1 | .. |
| Korea | 24,1 | 24,5 | 24,8 | 24,2 | .. |
| Läti | 14,7 | 14 | 13,9 | 13,7 | .. |
| Leedu | 34,7 | 35 | 36,6 | 37,3 | .. |
| Luksemburg | 85 | 86,3 | 83,7 | 82,8 | 81,9 |
| Holland | 82,2 | 78,2 | 76 | 74,8 | .. |
| Uus-Meremaa | 57,5 | 55,9 | 55,9 | 54,2 | 52,8 |
| Norra | 50,8 | 48,8 | 47,4 | 46,2 | .. |
| Poola | 12,4 | 12,2 | 12 | 11,8 | .. |
| Slovakkia | 51,2 | 53,1 | 51,9 | 50,3 | .. |
| Sloveenia | 56,8 | 56,1 | 54,7 | 53,6 | .. |
| Rootsi | 66,1 | 65,5 | 65 | 70,6 | .. |
| Šveits | 66,8 | 65,9 | 65 | 65,2 | .. |
| Türgi | 7,9 | 8 | 8,1 | 8,7 | 9 |
| Ühendkuningriigid | 48,7 | 47,6 | 46,5 | 45,6 | 43,8 |
| USA | 35,4 | 34,7 | 33,4 | .. | .. |

Seega ei ole Eestis pikaajalist hooldust vajavatele inimestele voodikohtade arv suurem kui teistes Euroopa riikides. Pigem oleme teiste riikidega võrreldes keskmisest tasemest all pool.

Pikaajalise hoolduse kohtade arvu planeerimisel on oluline:

- Kus pikaajalise hooldusteenust inimesele osutatakse - kas asutustes pikaajalistel hooldusteenuse kohtadel või kodus ehk väljaspool asutuste keskkonda;
- Kui palju on potentsiaalselt inimesi, kes tervisliku seisund tõttu võivad vajada pikaajalise hoolduse teenuseid.

Pikaajalise hooldusteenuse osutamise kohad

Võrdluseks on toodud Eestis teistes OECD riikides asutustes ja väljapool asutusi pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaal kogu rahvastikust kõikides vanusegruppides.

OECD andmete kohaselt on Eestis ja Soomes kõrgeim asutustes pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaal kogu rahvastikust, mõlemal riigil 1,2 % (vt tabel 3). Pisut väiksem on osakaalu % Rootsis ja Šveitsis, vastavalt 1,1%. Andmete hulka on Eesti puhul arvestatud kõik asutustes hooldusteenust saavad inimesed, sh õendusabi teenuskohtade kasutajad (õendushooldus haiglad), mis on rahastatud ja korraldatud Haigekassa poolt.

Tabel 3. Asutustes pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaal kogu rahvastikust 2014-2018, (OECD Statistika andmebaas 2019).

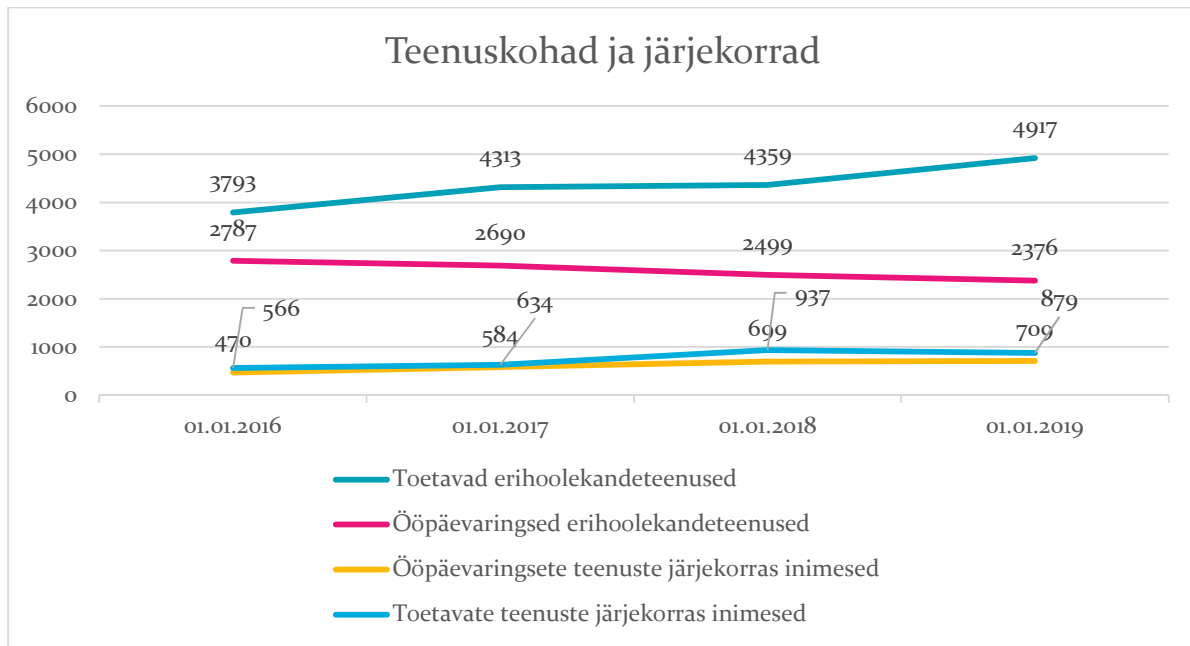
| Andmed | Institutsionaalseid pikaajalise hooldusteenuse saajad % populatsioonist, kõik vanusegrupid | | | | | |
|--------------|--|------------|------------|------------|------------|------|
| | Aasta | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Riik | | | | | | |
| Austria | | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | .. |
| Belgia | | 1,6 | .. | .. | .. | .. |
| Kanada | | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| Taani | | 0,8 | .. | .. | .. | .. |
| Eesti | | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | .. |
| Soome | | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | .. |
| Saksamaa | | 1 | 1 | 1 | 1 | .. |
| Ungari | | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | .. |
| Iirimaa | | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | .. |
| Itaalia | | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | .. |
| Läti | | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | .. |
| Luksemburg | | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | .. |
| Holland | | 1,5 | 1,2 | 1,2 | .. | .. |
| Uus-Meremaa | | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Norra | | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | .. |
| Poola | | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | .. |
| Portugal | | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Slovakkia | | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | .. |
| Sloveenia | | 1,1 | 1,1 | 1,1 | .. | .. |
| Hispaania | | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |
| Rootsi | | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | .. |
| Šveits | | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | .. |

Selline osakaalu % rahvastikust ei näita üheselt, et meil oleks liiga palju pikaajalise hoolduse kohti hoolekandeesutuses. Samuti ei näita see otseselt, et tänased asutustes pikaajalist hooldusteenust kasutavad inimesed ei vajaks ööpäevaringset abi ning oleks

vajadus vähendada pikaajalise hoolduse voodikohti nagu on praegune trend erihoolekandete ööpäevaringsete teenuskohtadega. Arvestada tuleb, millised on võimalused kasutada teisi abimeetmeid ja milline on rahvastiku potentsiaalne abivajadus lähtudes teadaolevast tervislikkust seisundist.

Viimase 4 aastaga on ööpäevaringsete teenuskohtade arv vähenenud 411 võrra, samal ajal on järjekordadesse lisandunud 230 inimest. Peamiselt on järjekordade suurenemine seotud ööpäevaringsete teenuskohtade vähenemisega.

Joonis 1. Teenuskohtade ja järjekorras olevate inimeste arvu muutus 2016-2019 a. (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas).



Kodus pikaajalise hooldusteenuse saajate hulk on Eestis väiksem võrreldes teiste riikidega. Eesti on 12. kohal 17 riigi võrdluses kodus pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaalu %-ga kogu rahvastikust (vt Tabel 5). See näitab, et Eestis on võrreldes teiste riikidega vähem kodus keskkonnas osutatavaid pikaajalise hoolduse võimalusi ja abimeetmeid.

Tabel 5. Kodus pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaal kogu rahvastikust 2014-2018, (OECD Statistika andmebaas 2019).

| Andmed | Pikajaline hooldus kodus keskkonnas | | | | |
|--------------|--------------------------------------|------------|------------|------------|------|
| | % populatsioonist, kõik vanusegrupid | | | | |
| Riik/Aasta | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Austria | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | .. |
| Kanada | .. | 2,5 | 2,6 | .. | .. |
| Taani | 2,6 | 2,6 | 2,6 | 2,5 | .. |
| Eesti | 1,6 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | .. |

| | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Soome | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | .. |
| Saksamaa | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 3,2 | .. |
| Ungari | 2,6 | 2,4 | 2,3 | 2,2 | .. |
| Itaalia | 1,4 | 1,5 | 1,6 | 1,7 | .. |
| Läti | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | .. |
| Luksemburg | 1,6 | 1,6 | 1,6 | 1,6 | .. |
| Holland | 3,2 | 2,2 | 2,2 | .. | .. |
| Uus-Meremaa | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 2 | 2 |
| Norra | 3 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | .. |
| Portugal | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| Slovakkia | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,5 | .. |
| Sloveenia | 1,9 | 1,9 | 1,9 | .. | .. |
| Hispaania | 1,6 | 1,7 | 1,9 | 2 | 2,3 |
| Rootsi | 3,3 | 3,4 | 3,1 | 3,4 | .. |
| Šveits | 3,3 | 3,7 | 4,1 | 4,1 | .. |

Potentsiaalne pikaajalise hooldusteenuse vajadus

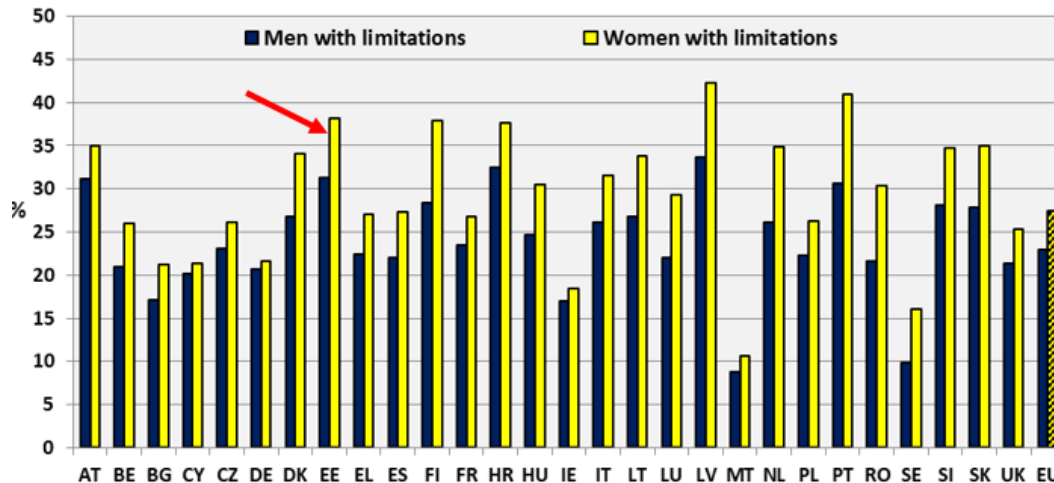
Ülaltoodud andmed ei näita üheselt, et meil oleks liiga palju pikaajalise hoolduse kohti hoolekandetasutuses. Oluliseks näitajaks vajalike teenuste ja teenuskohtade planeerimisel on puudega inimeste osakaal rahvastikust ehk inimeste osakaal, kellel on piirangud oma igapäevase eluga toimetulekul. ÜRO puuetega inimeste konventsiooni kohaselt kuuluvad puuetega inimeste hulka inimesed, kellel esinevad pikaajaliselt füüsilised, vaimsed, intellektuaalsed või sensoorsed häired, mis koosmõjus erinevate takistustega võivad takistada inimeste täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel⁸. Eesti puude tuvastamise põhimõtete kohaselt vajavad raske puudega inimesed kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval ning sügava puudega inimesed pidevat kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet ööpäevaringselt. Teistes riikides ei ole puude määratlused samadel alustel, seetõttu ei ole võimalik tuua samasisulist võrdlust, kuid saab võrrelda üle 16-eluaastaste hulgas puudega inimeste osakaalu, kellel tuvastati olulisi piiranguid tegutsemisel.

Academic Network of European Disability Experts⁹ (ANED) raporti kohaselt oli 2015. aastal Euroopas keskmiselt üle 16-aastaste inimeste hulgas 25,3% puudega inimestest piiratud osalemise võimekusega. Samal ajal oli Eestis see näitaja 35%.

⁸ ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioon, <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>

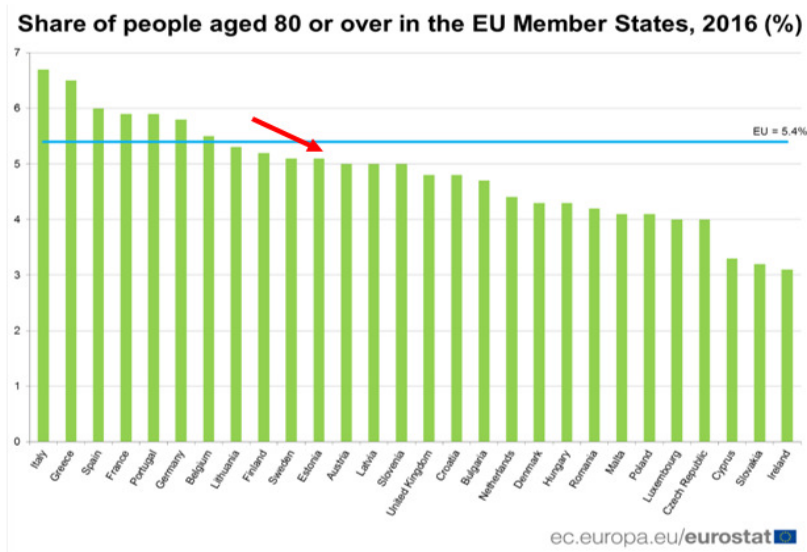
⁹ European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities

& Leisure activities & Active citizenship of people with disabilities, 2018



Joonis 2. Puudega inimeste % 16+ vanusega elanikkonna hulgas, kellel on oluliselt piiratud osalemise võimekus, Euroopa liikmesriikides aastatel 2014-2015 (ANED raport 2018).

Eurostati andmetel on Eesti eakate osakaalult rahvastikust (elanikud vanuses 80+) Euroopa liikmesriikide hulgas, 11 kohal¹⁰ (vt joonis 3). Kui Euroopa Liidus on 80+ vanuses inimeste osakaal rahvastikust 5,4%, siis Eestis oli see 2016 a 5,1%, mis on kõrgem kui 17 liikmesriigil.

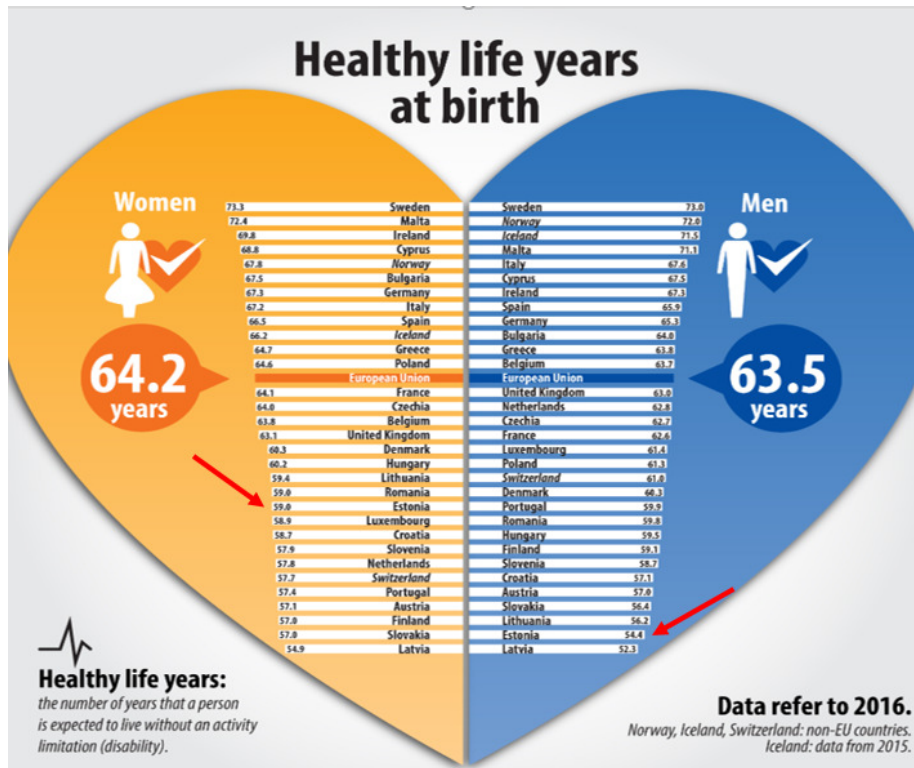


Joonis 3. Eakate, 80+vanuses inimeste osakaal rahvastikust Euroopa Liidu liikmesriikides, 2016 (Eurostat 2019).

Eurostati andmetel oli 2016. aastal Eestis tervena elatud eluaastate näitaja madalam kui Euroopa Liidu liikmesriikides keskmisest¹¹. Naistel 59 ja meestel 54,4 eluaastat. Nende näitajatega oleme naiste arvestuses 28 liikmesriigi hulgas 22 ja meeste arvestuses 27 kohal (vt joonis 4).

¹⁰ Eurostat, „Over 27 million people aged 80 and over in the EU“, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/EDN-20170930-1>

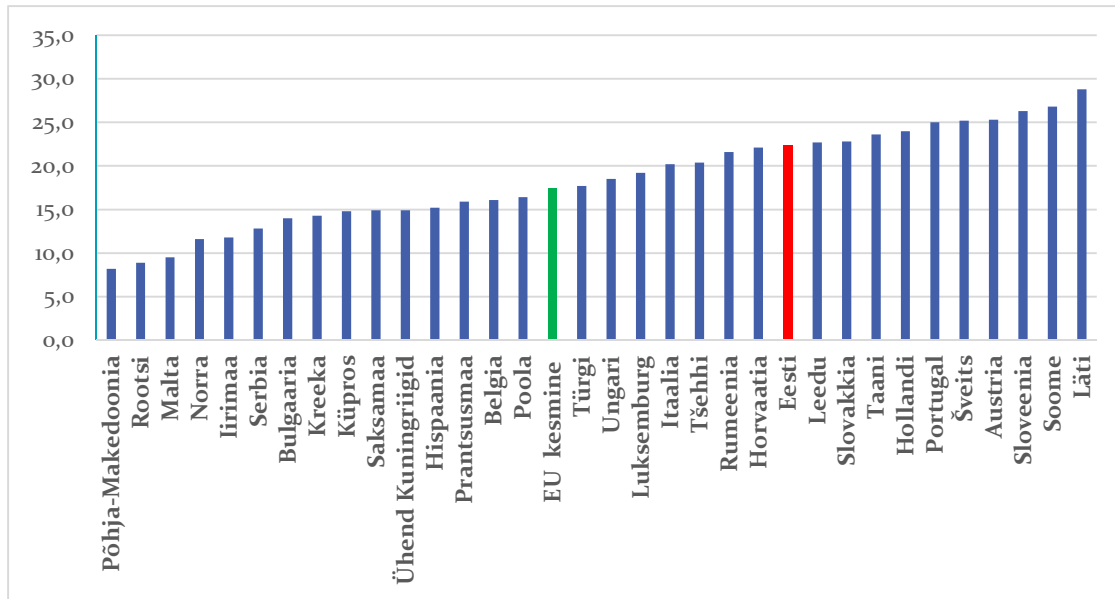
¹¹ Number of healthy years of life: countries compared, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190204-1>



Joonis 4. Tervena elatud elusaastat Euroopa Liidu liikmesriikide naiste ja meeste hulgas, 2016 a (Eurostat 2019).

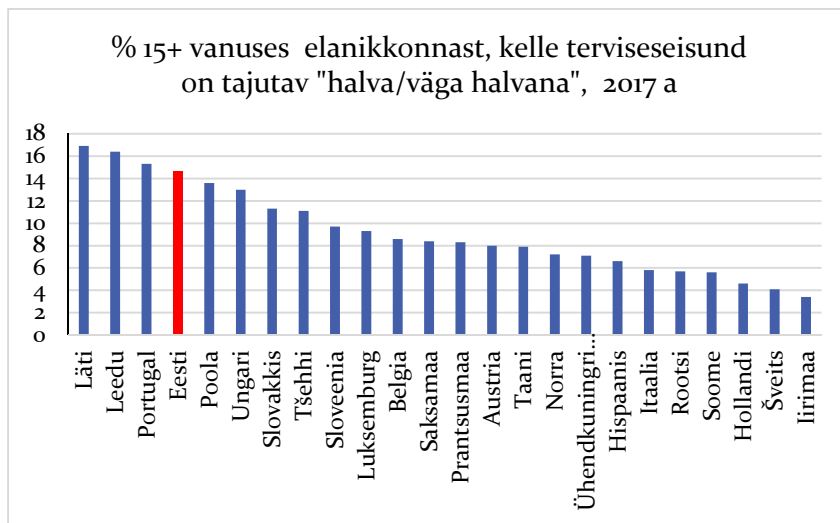
Samuti on Eestis 16-aastaste ja vanemate inimeste hulgas suhteliselt kõrge inimese poolt tajutud terviseseisundist tulenevate pikaajaliste piirangutega inimeste hulk¹², mis on 22% elanikkonnast. Euroopa Liidus keskmiselt oli 2016. aasta näitaja 17,5% (vt joonis 5).

¹² Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and groups of country of birth, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_silc_27



Joonis 5. Igapäevaste toimingute teostamisel terviseprobleemidest tulenevaid pikaajalisi piiranguid tajunud inimeste osakaal rahvastikust 16+ vanusegrupis, Euroopa Liidu liikmesriikide elanike hulgas, 2016 (Eurostat 2019).

OECD andmete kohaselt on Eestis 2017. aastal 14,6% elanikkonnast vanusegrupis 15+ tajunud oma tervislikku seisundit halva või väga halvana. See on kõrgem kui teistes andmeid esitanud riikides. 27 riigi hulgas oleme sellega 4. kohal (vt joonis 6 ja tabel 6).



Joonis 6. Osakaal elanikkonnast vanuses 15+, kelle tajutud tervisliku seisundi hinnang on „Halb/väga halb“, 2017. aastal (OECD Statistika andmebaas 2019).

Tabel 6. Osakaal elanikkonnast vanuses 15+, kelle tajutud tervisliku seisundi hinnang on „Halb/väga halb“, aastatel 2014-2018 (OECD Statistika andmebaas 2019).

| Andmed | Tajutud tervislik seisund halb/väga halb, vanuses 15+ | | | | |
|-------------------|---|------|------|------|------|
| | % populatsioonist | | | | |
| Aasta | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Riik | | | | | |
| Austria | 8,9 | 8,8 | 8,1 | 8 | 8,1 |
| Belgia | 9,2 | 9,4 | 9,3 | 8,6 | .. |
| Kanada | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,2 | .. |
| Tšehhi | 11,6 | 11,1 | 11,8 | 11,1 | 10,7 |
| Taani | 7,4 | 7,6 | 7,6 | 7,9 | 7,5 |
| Eesti | 16,5 | 15,7 | 14,4 | 14,6 | .. |
| Soome | 6,4 | 5,8 | 6 | 5,6 | 5,7 |
| Prantsusmaa | 8,3 | 7,8 | 8,1 | 8,3 | .. |
| Saksamaa | 8 | 8,3 | 8,3 | 8,4 | .. |
| Ungari | 15,9 | 15,8 | 13,3 | 13 | 11,9 |
| Island | 6,3 | 5,7 | 6,4 | .. | .. |
| Iirimaa | 4 | 3,9 | 3,5 | 3,4 | .. |
| Itaalia | 12 | 12,4 | 7,7 | 5,8 | .. |
| Läti | 17,2 | 16,3 | 15,7 | 16,9 | 15,5 |
| Leedu | 17,9 | 17,7 | 17,1 | 16,4 | .. |
| Luksemburg | 8,3 | 8,7 | 9,6 | 9,3 | .. |
| Hollandi | 5,4 | 5,2 | 4,9 | 4,6 | .. |
| Uus Meremaa | 1,7 | 2,4 | 2,5 | 2,3 | .. |
| Norra | 6,9 | 6,4 | 7,7 | 7,2 | .. |
| Poola | 13,7 | 14,3 | 13,7 | 13,6 | .. |
| Portugal | 18,3 | 18 | 15,9 | 15,3 | .. |
| Slovakkis | 12,7 | 12,3 | 11,8 | 11,3 | .. |
| Sloveenia | 11 | 11,6 | 10 | 9,7 | .. |
| Hispaanis | 8,3 | 7,5 | 7 | 6,6 | .. |
| Rootsi | 4,6 | 4,5 | 5,6 | 5,7 | .. |
| Šveits | 4,3 | 4,1 | 4,5 | 4,1 | .. |
| Ühendkuningriigid | 9,1 | 8,7 | 8,9 | 7,1 | .. |
| USA | 2,8 | 2,7 | 2,5 | 2,6 | .. |

Vaadates koosmõjus pikaajalise hooldusteenuse voodikohtade arvu, asutustes pikaajalist hooldusteenust saavate inimeste osakaalu kogu rahvastikust ja väljapool asutusi osutatavate pikaajalise hoolduse saajate suhtarv kogu rahvastikust, tervena elatavate aastate hulka ning võttes arvesse täisealiste inimeste tervislikku seisundit, juba olemasolevate puudega inimeste osakaalu

rahvastikust võrreldes teiste riikidega saab järeldada, et Eestis **ei ole põhjendatud vähendada pikaajalise hooldusteenuse voodikohtade arvu, vaid on vaja suurendada pikaajalise hooldusteenuse võimalusi koduses keskkonnas ja väljapool hoolekande asutusi.**

Potentsiaalsete teenusekasutajate vajadused

Oktoobris-novembris 2019 viis sotsiaalkindlustusamet läbi ööpäevaringse erihoolekandeteenuse järjekorras olevate inimeste lähedaste/pereliikmete ja eestkostjate küsitluse, mille eesmärgiks oli saada infot inimeste vajadustest ajal, mil järjekorras olevatele inimestele ei ole pakkuda teenuskohta.

Küsitlusega otsisime vastuseid järgmistele küsimustele:

- Milline abi on ööpäevaringse erihoolekandeteenuse järjekorras oleval inimesel puudu, et ta tuleks kodus toime ajal, kui ta on erihoolekandeteenuse järjekorras?
- Milline abi on pereliikmel/lähedasel/eestkostjal täna puudu, et toime tulla lähedase hooldamisega ajal, kui ta on erihoolekandeteenuse järjekorras?
- Millised tegevused pereliiget/lähedast/eestkostjat seni toetanud, mida on saanud seni kasutada?

Andmekogumine toimus elektrooniliselt, lähtuti sotsiaalkindlustusameti erihoolekandeteenuse järjekorra andmetest. Valimi üldkogumiks olid kõik ööpäevaringsete erihooldusteenuste järjekorras olevad inimesed, sh aktiivsed ja mitteaktiivsed, keda kokku oli 1047. Taotlus küsimustiku täitmiseks edastati erihoolekandeteenuse taotluses kontaktandmete väljal olevale e-posti aadressile. Eraldi ei kontrollitud, kas taotluses olevad andmed on muutunud, sellest tingituna ei jõudnud küsimustik kõikide adressaatideni.

Uuringule vastas kokku 104 inimest, kellest 76 (73%) olid järjekorras oleva inimese lähedased/pereliikmed ja 27 (27%) kohaliku omavalitsuse sotsiaal- või muu valdkonna spetsialistid. Vastanutest 18 olid mehed ja 86 naised.

Vastanutest¹³ üle 74% elab järjekorras oleva inimesega samal aadressil, neist 84% on üle 46-aastased.

Järjekorras olevate inimeste ja nende lähedaste vajaduste analüüsimiseks eristati küsitluses kaht sihtrühma:

1) **Järjekorras olevate inimeste lähedased/pereliikmed.** Need vastajad, kes vastutavad igapäevaselt järjekorras viibiva inimese hooldamise eest (77 inimest). Nendest inimestest 58 (75%) elavad teenuse järjekorras oleva inimesega koos ja 19 (25%) eraldi.

2) **Kohalike omavalitsuse sotsiaal- või muu valdkonna spetsialistid.** Küsimustik edastati kohalike omavalitsuste infomeilile ning paluti edastada inimesele, kes on kõige enam kursis nende vallas viibiva ÕE teenuse järjekorras viibiva inimese teemadega. Vastas 27 inimest.

Küsitluse kokkuvõte

1. Järjekorras oleva inimese vajadused, kokkuvõte

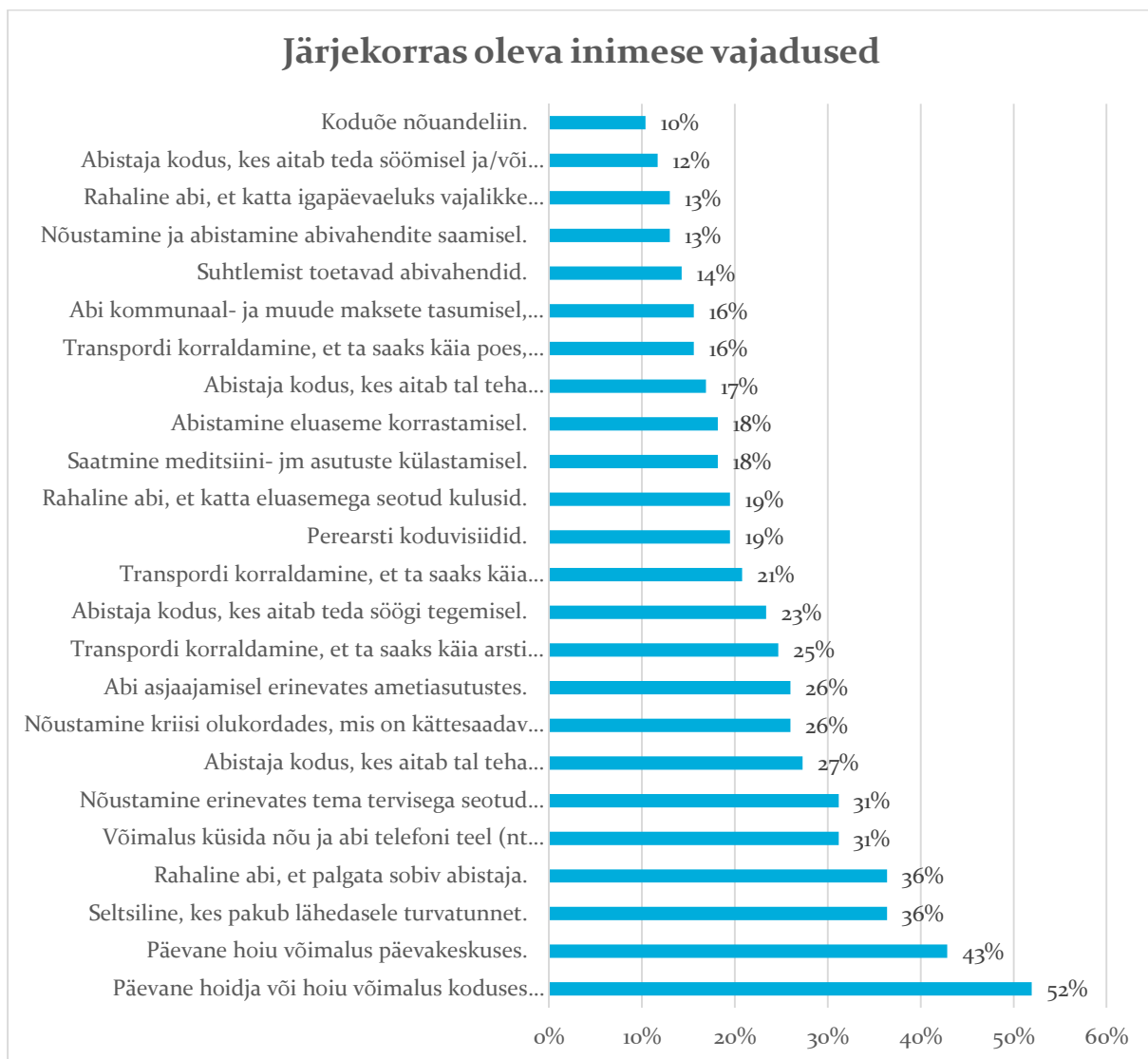
¹³ Järjekorras viibiva inimese lähedane või pereliige (ei ole mõeldud KOV töötajat)

Küsimustikus uuriti pereliikmetelt ja KOV töötajatele, milline abi on järjekorras oleval inimesel täna puudu, et ta tuleks toime ajal, mil talle ei ole pakkuda erihoolekandeteenusele kohta (siin ei ole esitatud KOV töötajate nägemust).

Vastanud inimesed tõid välja (vt joonis 2), et suurim vajadus on tagada kodus elavale inimesele päevane hoidja või hoiu võimalus kodus keskkonnas (52%) või päevane hoiu võimalus päevakeskuses (43%). Tegevused, milles abi vajatakse on hõlmavad hooldatava järelevalvet, enesehoolduse- (27%) ja hügieenitoimingute teostamist (17%), samuti toidu valmistamist (23%) ning muid tegevusi nagu abistamist ametiasutustes asjaajamisel (26%).

Oluliseks peeti ka nõustamise kättesaadavust kriisiolukordades või lähedase tervisega seotud küsimustes.

Joonis 7. Järjekorras olevate inimeste peamised vajadused.



2. Järjekorras oleva inimese pereliikme vajadused, kokkuvõte

Järjekorras olevate inimeste lähedastelt uuriti seda, milline abi on neil täna puudu, et toime tulla lähedase inimese hooldamisega ajal, mil ta on erihoolekandeteenuse järjekorras (siin ei ole esitatud KOV töötajate nägemust).

Küsitluse tulemustest selgus, et lähedastel on vaja hooldajat ajaks, kui pereliikmed on eemal (puhkusel, haiglas vm). Samuti psühholoogilist toetust ning hooldatava tervisega seotud nõustamist. Abi peaks olema kättesaadav 24/7 nii telefonitsi kui interneti teel.

Kõige enam vastanutest vajavad kedagi, kes tagaks nende lähedasele järelevalve, hoolduse jm tegevustes osalemise ajaks, mil nad on eemal (seda nii päevasel ajal, kui ka vajadusel lühiajaliselt, sh nädalavahetustel), vt joonis 3.

Pereliikmeid aitaks nõustamine inimese poolt, kes mõistab nende olukorda (44%), kuid ka võimalus saada psühholoogilist nõustamist (32%). Nõustamine on vajalik ka lähedase tervisega seotud küsimustes (36%), mis võiks olla kättesaadav telefonitsi (32%) ja interneti teel (26%), kuid kindlasti ööpäevaringselt (üle 30%).

Joonis 8. Lähedaste vajadused



3. Tegevused, mis on pereliikmeid seni toetanud ja mida nad on kasutanud

Pereliikmetelt uuriti, milliseid teenuseid või abi on nad saanud siiani kasutada.

Kõige enam on kasutatud lähedaste ja pereliikmete abi ja toetust (75%) ning tegelemist lemmiktegevuste või hobidega (25%), aga ka võimalust suhelda teiste sarnases olukorras olevate inimestega tugigruppides, koolitustel vm (22%). Alla poole vastanutest on saanud kasutada päevase hoiu võimaldamiseks päevakeskuse teenust (31%), veelgi vähem on kasutatud sotsiaaltranspordi teenust arsti või rehabilitatsiooniteenusele minemiseks (21%) ja väga üksikutel juhtudel on võimalus transporditeenust kasutada poodi või sauna minekuks ja kultuuriüritustele minemiseks. See näitab selgelt, et sellised tegevused on olnud peamiselt lähedaste kanda.

Järeldused

Küsitlus tõi selgelt välja, et erihoolekandeteenuse järjekorras viibivad psüühikahäirega inimesed ja nende pereliikmed tuleksid kodus toime, kui neil oleks tagatud kodus keskkonnas hoidja/hooldaja, kes tagaks järelevalve ning hooldusalased tegevused. Kõige enam vastaks selline teenus tänasele päeva- ja nädalahoiuteenuse kirjeldusele, mida on võimalik ka juba praegu osutada inimese kodus. Pereliikmed ja lähedased vajavad sellist abi ajal, mil nad töötavad, aga ka siis, kui on vaja puhata, enda haigestumise ajal vms.

Pereliikmed ja lähedaste enda vajadused on seotud eelkõige hoolduskoormusest tingitud stressi ja väsimusega ning siin töid nad välja vajaduse saada psühholoogilist nõustamist või muud tuge sarnases olukorras olevatelt inimestelt (tugigrupid, kogemusnõustamine). Lisaks vajavad lähedased abi kriisiolukordades – vajadus on saada infot hooldatava tervisega seotud küsimustes nii telefonitsi kui interneti teel. Abi peaks olema kättesaadav ööpäevaringselt.

Potentsiaalselt erihoolekandeteenuse süsteemis pikaajalist hooldust vajavate inimeste prognoos ja kulu eelarvele

Sotsiaalkindlustusameti infosüsteemi andmetel elab Eestis 31.08.2019 seisuga 26 148 inimest, kellel on põhidiagnoosiks psüühikahäire (F-diagnoos). Neist on täisealised 20 093 inimest (vanuses 18+).

Võttes lisaks põhidiagnoosile juurde ka kõrvaldiagnoosina psüühikahäiret omavad inimesed, kellele on määratud raske ja sügav puue ning lähtudes senisest erihoolekandeteenustele õigustatud isikute psüühikahäire diagnooside spetsiifikast¹⁴ elab Eestis 26 851 inimest, kes võivad olla potentsiaalsed erihoolekandeteenuse vajajad. Neist on 31.08.2019 seisuga täisealised, vanuses 18-65 eluaastat, 14 538 inimest (vt tabel 7). Vanusegrupist 0-17 eluaastat lisanduvad järgnevatel aastatel uued pikaajalist abi vajavad noored inimesed erihoolekandeteenuste süsteemi.

Erihoolekandeteenuse vajajate potentsiaalse suuruse arvestamisel lähtume eeldusest, et käesoleval hetkel on erihoolekandeteenuste õigustatud ning seda ka vajavad täisealised, 18-65 eluaastates F-diagnoosiga inimesed, kellele on määratud raske või sügav puue. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse kohaselt vajavad raske puudega inimesed kõrvalabi, juhendamist või järelevalvet igal ööpäeval, ning sügava puudega inimesed ööpäevaringselt. Seega on tegemist enam abi vajavate täisealiste, psüühikahäire diagnoosi omavate inimestega.

| Vanusegrupid | F-diagnoosi ja raske/sügava puudega inimeste arv |
|--------------------------|--|
| 0-15 | 4 700 |
| 16-17 | 484 |
| Lapsed kokku | 5184 |
| 18-25 | 1 625 |
| 26-35 | 2 455 |
| 36-59 | 7 523 |
| 60-65 | 2 935 |
| Tööealised kokku: | 14 538 |
| 66+ | 7 129 |
| KOKKU: | 26 851 |

Tabel 7. Psüühikahäiret põhidiagnoosina ja kõrvaldiagnoosina omavate raske ja sügava puudega inimeste ealine jaotus (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 31.08.2019 seisuga).

¹⁴ Rahvusvaheliste Haiguste Klassifikaatori kohaselt diagnoosigrupid F02; F31; F33; F34; F38; F39; F70; F80; F90 koos nende kõikide jaotiste ja alamjaotistega.

Kui potentsiaalselt on teenustele õigustatud 14 538 inimest ja 31.08.2019 seisuga kasutas erihoolekandeteenuseid 7270 inimest, siis võib prognoosida, et teenustega on katmata potentsiaalselt **7268 inimest**. Teenuseid kasutavatest inimestest on raske ja sügava puudega 6410 inimest. Nende osakaalu jaotus tänaste teenuste liikide vahel on näha tabelis 8.

Enim on raske ja sügava puudega inimesi igapäevaelu toetamise teenusel, 33,9%, ja ööpäevaringsel teenusel, 26,2% kõikidest erihoolekandeteenuse kasutajatest.

| Teenuse nimetuse lühend | IET | TT | TE | KE | ÖE | ÖR | ÖL | ÖK | KOKKU |
|---|-------|-------|-------|------|-------|------|------|------|--------|
| Teenuse kasutajaid kokku | 2 640 | 797 | 1 086 | 484 | 1682 | 109 | 381 | 91 | 7 270 |
| Teenusel raske/sügava puudega inimesi | 2 176 | 642 | 866 | 467 | 1 679 | 109 | 381 | 90 | 6 410 |
| Raske/sügava puudega inimeste osakaal kõikidest teenusekasutajatest | 33,9% | 10,0% | 13,5% | 7,3% | 26,2% | 1,7% | 5,9% | 1,4% | 100,0% |

Tabel 8. Raske ja sügava puudega teenuse kasutajate arv ja osakaal kõikidest teenusekasutajatest erinevate teenuste lõikes, 31.08.2019 seisuga (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Tuleviku prognoosi eelduseks on, et psüühikahäire ning raske ja sügava puudega inimesed, kes ei kasuta hetkel teenuseid on sarnase abivajadusega ja vajavad toetuseks samuti erinevaid teenuse liike. Samuti jaotuvad nad teenuste vahel sama proportsiooni alusel nagu täna teenuseid kasutavad raske ja sügava puudega inimesed. Sel juhul on teenustega katmata 7268 inimesele abi tagamiseks vaja juurde erinevaid teenuskohti vastavalt Tabelis 9 rea 3 „Prognoositavad puuduvad kohad raske ja sügava puudega inimestele“ jaotusele.

| Jrk nr | Teenuse | IET | TT | TE | KE | ÖE | ÖR | ÖL | ÖK | KOKKU |
|--------|--|---------|--------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|-----------|
| 1. | Teenuse hind (€) 2019 a | 143 | 120 | 214 | 432 | 619 | 893 | 928 | 1 955 | |
| 2. | Progn teenuskohtade vajadus R/S inimestele | 4 935 | 1 456 | 1 964 | 1 059 | 3 808 | 247 | 864 | 204 | 14 538 |
| 3. | Progn. puuduvad kohtad R/S inimestele | 2 295 | 659 | 878 | 575 | 2 126 | 138 | 483 | 113 | 7 268 |
| 4. | Progn. eelarve kulu kuus | 328 215 | 79 088 | 187 914 | 248 471 | 1 315 996 | 123 425 | 448 331 | 221 153 | 2 952 593 |

| | | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|------------|--------------|--------------|-----------|-------------------|
| 5. | Progn. eelarve kulu aastas | 3 938 580 | 949 056 | 2 254 968 | 2 981 652 | 15 791 952 | 1 481 100 | 5 379 972 | 2 653 836 | 35 431 116 |
|----|-----------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|------------|--------------|--------------|-----------|-------------------|

Tabel 9. Prognositav teenust vajavate inimeste jaotus erinevate teenuse liikide vahel ja eelarve vajadus, tuginedes 2019 a teenuskoha maksumustele.

Erineva toetusvajadusega inimestele on teenuste kulud erinevad. Prognosis on arvestuse aluseks võetud erinevate tegevuste ja toetusastmetega erihoolekandeteenuste teenuskoha maksumused 2019. aastal.

Kõikidele potentsiaalselt hoolekannet vajavatele raske või sügava puudega F-diagnoosiga inimestele vajalike teenuste tagamiseks on eelarve lisavajaduseks iga aastaselt 35 431 116 eurot (vt Tabel 9).

Nende inimeste puhul on juba täna tuvastatud ööpäevaringse või vähemalt igapäevase kõrvalabi vajadus, mis näitab, et inimesed vajavad toimetulekuks sotsiaalhoolekandest abimeetmeid. Neid saab korraldada ja osutada erihoolekande teenustena või kohaliku omavalitsuse teenustena. Olulist ööpäevaringsete teenuskohtade vajaduse vähenemist ei ole näidanud ka alates 01.04.2019 SKA poolt läbi viidud inimeste toetusvajaduste hindamised.

Järeldus andmete võrdlusest ja kaardistatud vajadustest:

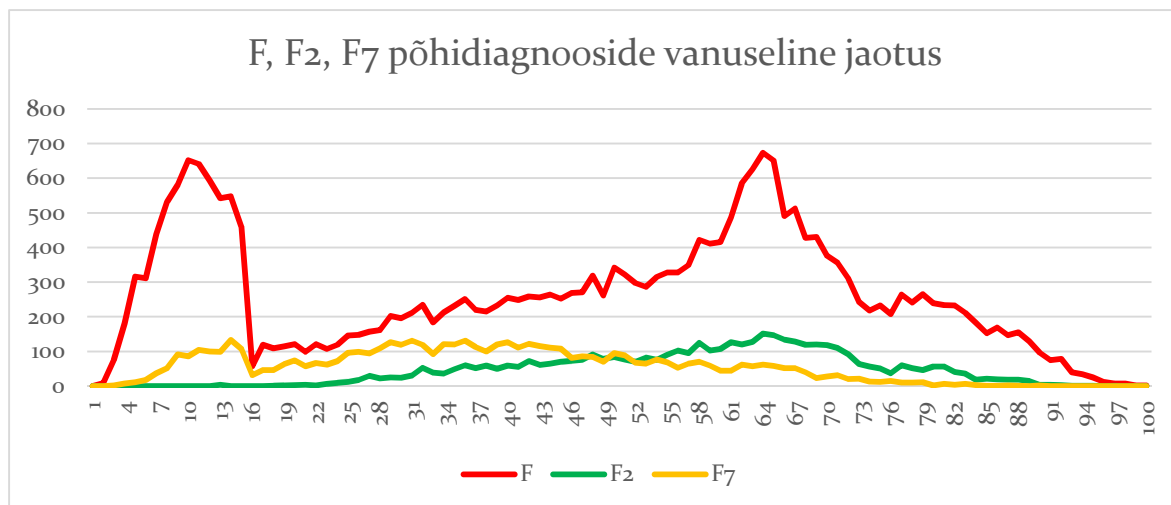
Vajalik on hoida vähemalt olemasolevat ööpäevaringsete teenuskohtade arvu ning suurendada erinevaid paindlikke inimese elukeskkonnas pakutavaid abivõimalusi.

Eesti erihoolekandeteenuste süsteemi eripärast tulenev väljakutse

Rahvusvahelises praktikas ei ole teenuste jaotust erihoolekandeteenusteks ja tavalisteks hoolekandeteenusteks. Valdavalt algab inimese abistamise korraldamine esmatasandilt, kas omavalitsuse või tervishoiusüsteemi kaudu. Teenuse osutajad on spetsialiseerunud vastavalt inimeste vajadustele. Abi vajavad inimesed on pikaajalise hoolduse teenuse vajajad ja/või vaimse tervise teenuste vajajad.

Eesti eripäraks on, et erihoolekandesüsteemis on kaks suurt psüühikahäire diagnoosiga sihtgrupp, kelle abivajadus ja sellest tulenevalt teenuste tegevused ning vajadus spetsialistide pädevusele on oluliselt erinevad. Samuti on erinevad meetodilised lähenemised ja eesmärgid teenusele, teenuste kasutamise ajaline periood ja võimalikud oodatavad tulemused.

Analüüsidest rahvastikus kõikide psüühikahäire diagnooside esinemist on näha psüühikahäire diagnooside hüppelist kasvu kooliealistel lastel ning langust 16 eluaastal. Teine tõusev trend algab täiseas alates 24-25 eluaastast saavutades kõrgpunkti 64-65 eluaastal. Peale seda algab järsk langus, mis on põhjendatav seoses suremusega (vt Joonis 6). **Erihoolekandeteenuseid kasutab kaks suuremat psüühikahäire diagnoosigrupp - F2 (skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupp) ja F7 (vaimse alaarengu diagnoosigrupid)**, kelle vanuseline jaotus on nähtav Joonisel 9.



Joonis 9. Psüühikahäirega inimeste (F-diagnoos üldiselt) ja F2 ja F7 diagnoosiga ööpäevaringsete erihoolekandeteenuste kasutajate vanuseline jaotus (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Intellektihäire ehk F7- vaimse alaarengu diagnoosigrupp kuuluvate inimeste puhul on sotsiaalteenuste, sh ööpäevaringsete teenuste, vajadus püsiv ja elukestev kogu elukaare jooksul. Sotsiaalteenuseid vajatakse loomuliku jätkuna haridusteenuste lõppedes (toimetuleku-, hooldusõpe

või toimetulekuõppe järgselt). See on pikaajalise hooldusteenuse vajadus. Teenuste tegevused sõltuvad sellest, millisel määral vajab inimene kõrvalabi. Tegemist on lapse- ja noorukieas hariduse ja teiste tugiteenuste abil omandatud oskuste säilitamisega ja inimese toetamisega kogu elu jooksul. **Vajadus on elukestevale toimetulekuks sobivatele abimeetmetele.** Need inimesed ei lõpeta kunagi sotsiaalteenuste kasutamist ja vajavad vanemate väsides või tervise halvenedes ööpäevaringselt eluasemega teenust. Elukaare edenedes hakkavad nad loomuliku bioloogilise vananemise tõttu järjest enam abi vajama.

F2 -skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupi kuuluvate inimeste puhul on olulisim ravi- ja rehabilitatsioonimeeskond ning kogu toetusprotsess on taastumise põhimõtetele tuginev ja käsitletav kui rehabiliteeriv tegevus – psüühikahaigusega täisväärtusliku kodanikuna elamise õpetamine. Inimene haigestub nooruki ea lõpus või täiskasvanu ea alguses ning vajab multidistsiplinaarset meeskonda ehk Eesti rehabilitatsioonimeeskondades töötavaid spetsialiste. Teenuseid ei vajata tavaliselt ööpäevaringsete asutustena. Tegevusjuhendaja on selles meeskonnas pigem kui tugiisik ning vaid üks võimalik sotsiaalvaldkonna spetsialistidest. Ööpäevaringset hooldust jääb see sihtgrupp vajama juhul kui ravi- ja taastumist toetav sekkumine ei ole õigeaegne või ei saavutata haigusteadlikkust, mille tõttu ei ole võimalik taastumise eesmärged ellu viia. Bioloogilise vanaduse tõttu võivad inimesed vajada vanemas eas ööpäevaringseid teenused nagu kõik eakad inimesed.

Seetõttu on täna erihoolekandesüsteemis olevatele inimestele vajalik tagada kahte erinevat suunda.

Erihoolekanne kui

Pikaajalise hooldusteenussüsteemi osa

Vaimse tervise teenussüsteemi osa

Eesmärk

Elukestvalt toetatud ja võimetekohaselt tegus inimene

Võimalikult kvaliteetne elu vaimse tervise diagnoosiga elades – areng patsiendist kodanikuks

Sihtgrupp

I Sihtgrupp:

F7- intellektihäire ehk vaimse alaarengu diagnoosigrupi kuuluvad inimesed.

F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupi kuuluvad inimesed, kellel ravi ei anna tulemusi, haigusteadlikkust ei teki ja taastumine ei ole võimalik.

II Sihtgrupp:

F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete ja teiste psüühikahaigustega inimesed, kes on esmakordselt haigestunud ja/või varasema eluperioodi jooksul diagnoosi saanud inimesed.

Tegevused

Elukestev toetus, juhendamine, hooldus, sh õendushooldus, järelevalve ning oskuste säilitamine (habilitatsioon).

Haigusest taastumise toetamine, oskuste taasõpetamine, uue elueesmärgi leidmine, arendamine ehk rehabilitatsioon.

Teenuse kasutamise periood

Elukestev

Ajaliselt individuaalne vajadus. Liiguvad suurema toetusega teenustelt kergematele.

Tänased probleemid rakendamisel

*Teenustel õigustatult inimesed, kes vajavad kvaliteetset hooldust, mitte erihoolekannet, kuna üldhooldusel pole tagatud oskuste säilitamine ja toetus päevase aja sisustamisel.

*Õendustegevuste tagamine ebaühtlane;

*Pigem kvalifitseeritud hooldajate vajadus, mitte tegevusjuhendajate.

*Teenustel puuduvad rehabilitatsioonipädevusega spetsialistid;

*Inimesed taotlevad lisaks rehabilitatsiooniteenuseid;

*Tegevusjuhendajad madala kvalifikatsiooniga;

*Teenustel inimesed, keda teenuseosutaja ei oska toetada.

Lahendused

*Sihtgrupp väljub erihoolekande süsteemist üldhooldusteenusele;

*Tänased teenuseosutajad kvalifitseeruvad üldhooldusteenuse osutajateks;

*Õendusteenuse osutamine rahastatakse haigekassast ja toetatakse koostöö korraldamisel;

Lahendamata:

*Üldhooldusel inimene tasub teenuse eest ise, erihoolekandel tasub vaid toitlustuse ja majutuse eest. Kes katab ülejäänud kulud?

*Erihoolekande kulumudelisse rehabilitatsioonispetsialisti ressurss;

*Teenuseosutaja sõltuvalt sihtgrupist valib meeskonda ise rehabilitatsioonispetsialisti

*Erihoolekanne võrdsustub sisuliselt rehabilitatsiooni teenusega, seetõttu pole reha teenuseid vaja taotleda.

Praegused erihoolekande tegevused ja eesmärgid on sotsiaalhoolekande seaduses ja selle seletuskirjas sõnastatud kui inimese arendamine, hooldamine, toimetuleku oskuste õpetamine, iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning inimene peab ise aktiivselt teenuse ajal osalema ja panustama teenuse tegevustesse.

Tänase sõnastuse kohaselt on erihoolekandesüsteem nii pikaajalise hooldussüsteemi kui ka vaimse tervise teenussüsteemi osa. Samas ei ole mõlema süsteemi tegevusi võimalik erihoolekandesüsteemis oleva personaliga ellu viia.

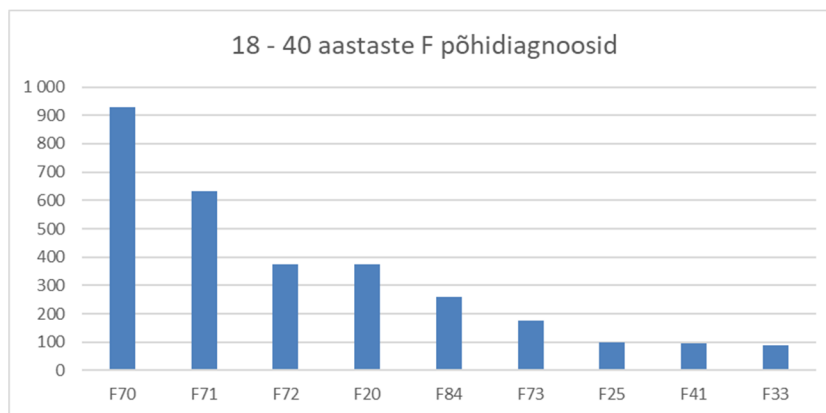
Pikaajalise hooldussüsteemi osana on ööpäevaringsetel teenustel vajalikud kvalifitseeritud hooldajad ja öendustöötajad. Tegevusjuhendajad on ööpäevaringsetel teenustel tegevuste juhid, kuid mitte hooldustöötajad. Samuti on tegevusjuhendajad oluline personal väljapool ööpäevaringseid teenuseid.

Vaimse tervise teenussüsteemi tegevuste elluviimiseks on teenustel puudu rehabilitatsiooni valdkonna spetsialistid. On võimalik arvestada tänasesse erihoolekande kulumudelisse ühe lisaspetsialisti töötasu. Konkreetse rehabilitatsioonispetsialisti saab teenuseosutaja ise vastavalt oma sihtgrupile valida. Sel juhul ei ole erihoolekande kasutajad enam õigustatud taotlema eraldi rehabilitatsiooniteenuseid. Vajalikud rehabilitatsioonitegevused peab saama erihoolekande raames.

TEENUSEKASUTAJATE JA JÄRJEKORRAS OLEVATE INIMESTE VANUSELINE JA DIAGNOOSIDE JAOTUS

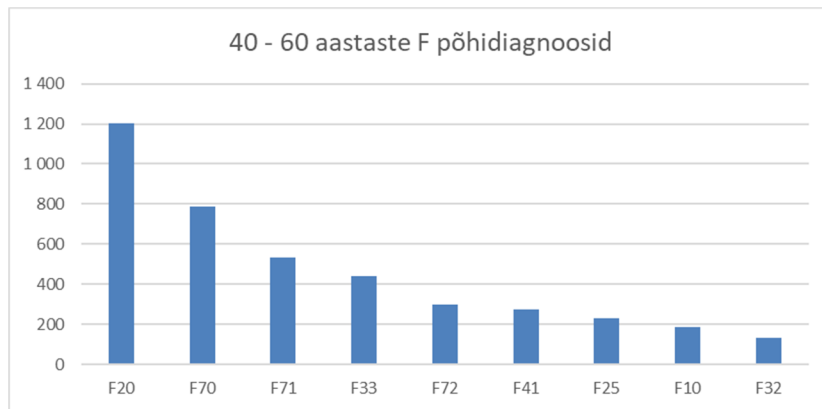
Erihoolekandeteenuste kasutajad

18-40 aastaste teenusekasutajate hulgas on suurim hulk teenuse kasutajaid intellektipuudega - F7 vaimse alaarengu diagnoosigrupid F70, F71, F72 (vt Joonis 10). Vähem on teenusekasutajate hulgas F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigruppi kuuluvaid inimesi.



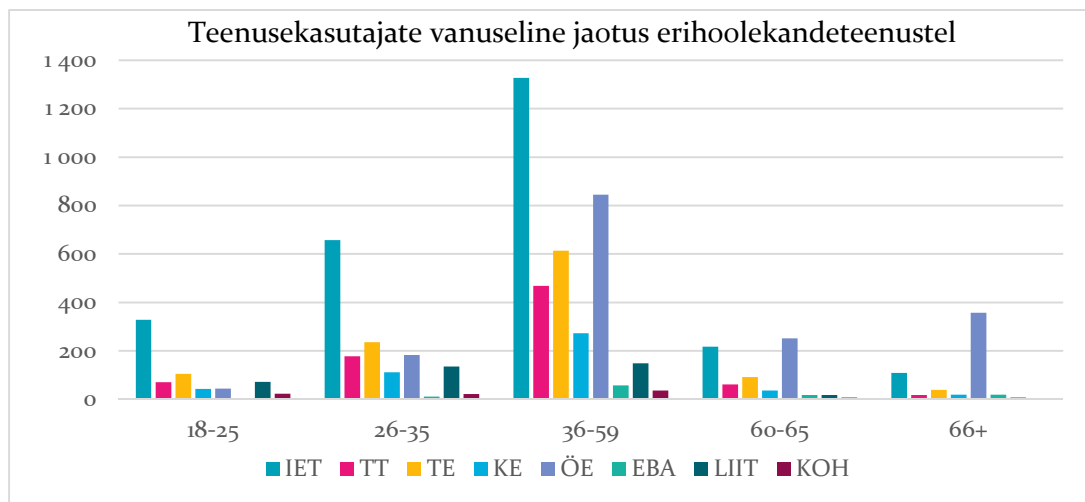
Joonis 10. Erihoolekandeteenuse kasutajate diagnooside jaotus vanusegrupis 18-40 eluaastat (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Samal ajal on 40-60 aastaste teenusekasutajate hulgas suurim hulk F20 – skisofreenia diagnoosigrupp, ja vähenenud on intellektipuudega inimeste hulk (vaimse alaarengu diagnoosigrupid F70, F71, F72) (vt Joonis 11).



Joonis 11. Erihoolekandeteenuse kasutajate diagnooside jaotus vanusegrupis 40-60 eluaastat (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Erihoolekandeteenuse kasutajate vanuseline jaotus näitab, et igapäevaelu toetamise teenuse kasutajate hulgas on rohkem tööelisi inimesi, vanuses 18-59. Ööpäevaringsete teenuste kasutajate hulk kasvab alates 36-eluaastast. Vanusegrupis 66+ on juba enamus teenusekasutajatest ööpäevaringsel teenusel (vt Joonis 12).



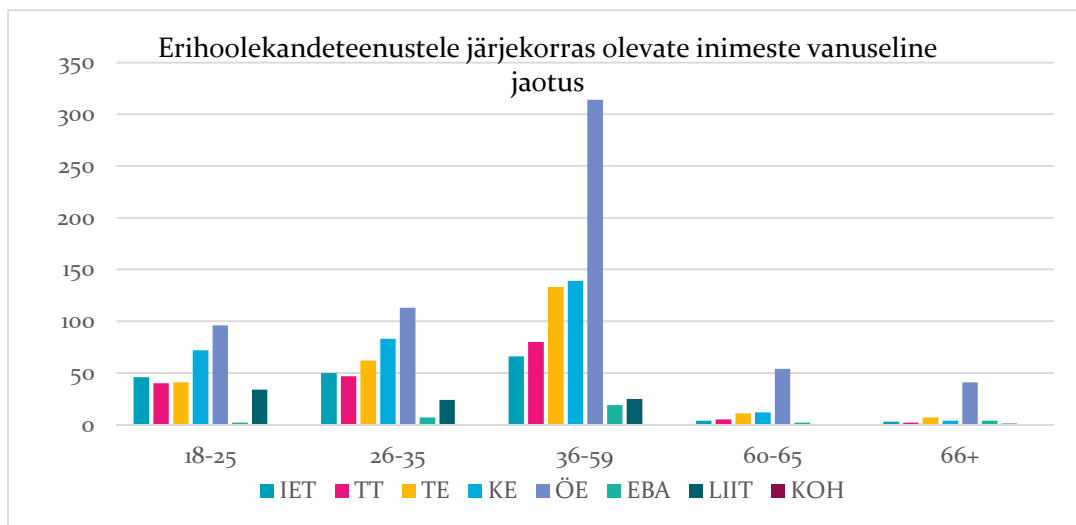
Joonis 12. Erihoolekandeteenuse kasutajate vanuseline jaotus erinevatel teenuse liikidel (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Diagnooside ja teenusel olevate inimeste vanuselisest jaotusest järeldub, et enamus F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigruppi kuuluvatest inimestest jõuavad erihoolekandeteenusele pigem 40-ates eluaastates ja siis vajavad nad juba ööpäevaringset abi. Samal ajal kui

intellektipuudega inimesed (vaimse alaarengu diagnoosigrupid F70, F71, F72) jõuavad erihoolekandeteenustele kohe peale haridustee lõppu. Vanemas vanusegrupis nende osakaal väheneb, kuna inimeste eluiga on lühem.

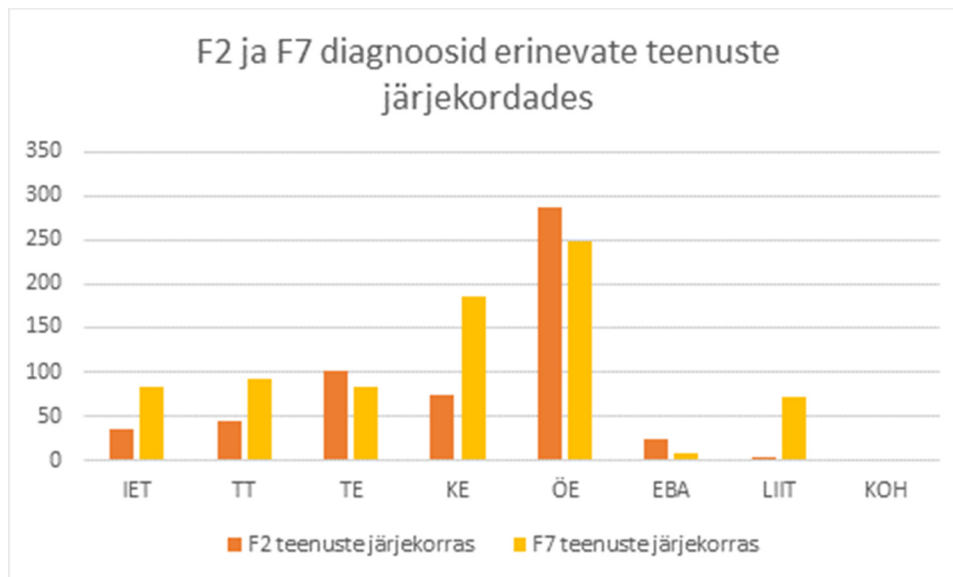
Erihoolekandeteenuste järjekorras olevad inimesed

Erihoolekandeteenuse järjekorras on kõige enam inimesi vanuses 36-59 eluaastat. Nooremates vanusegruppides, 18-35 eluaastat, on inimesed jaotunud ühtlasemalt kõikide teenuse liikide järjekordade vahel. Alates vanusest 36+ on kõige rohkem inimesi ööpäevaringse teenuse järjekorras (vt Joonis 13).



Joonis 13. Erihoolekandeteenuse järjekorras olevate inimeste vanuseline jaotus teenuse liikide vahel (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Järjekorras olevate inimeste diagnooside jaotus teenuse liikide vahel näitab, et intellektipuudega inimesed (vaimse alaarengu diagnoosigrupid F70, F71, F72) on jaotunud ühtlaselt erinevate toetavate teenuste ja ka liitpuudega inimeste ööpäevaringse teenuse järjekordade vahel. Samuti on neid rohkem kogukonnas elamise teenusele. Samal ajal kui F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigruppi kuuluvaid inimesi on toetavatele teenustele järjekorras vähe ning suurem osa on ööpäevaringse erihoolekande teenuse järjekorras.



Joonis 14. F2 ja F7 diagnoosigrupi kuuluvate inimeste arvu jaotus erihoolekandeteenuse liikide järjekorra vahel (Sotsiaalkindlustusameti andmebaas, 2019).

Teenusekasutajate ja järjekorras olevate inimeste vanuseline ja diagnooside jaotuse tendents viitab asjaolule, et nooremas eas ei ole F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupi kuuluvad inimesed saanud oma vajadustele vastavat abi, mille tõttu on nende toimetulekuoskused oluliselt vähenenud, tõenäoliselt ei ole nad suutnud täita sealjuures oma kohustusi pere, õppimise ja/või töö ning eluasemega seondult. Tagajärjeks on oluliselt suurenenud abivajadus, puuduv turvaline elukoht, mille tõttu on vajadus eluaset tagavale ööpäevaringsele teenusele.

Samuti näitab diagnoosigruppide jaotus, et kogukonnas elamise teenuse kohtadele on järjekorras F7 - intellektipuudega inimesed (vaimse alaarengu diagnoosigrupid F70, F71, F72), kes on elukestva toetuse vajajad ning jäävad teenusele pikaajaliselt. Teenuselt ei lahkuta ja uute inimeste liikumine järjekorrast teenusele on väga aeglane. F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupi kuuluvate inimeste erihoolekandeteenustele saamisel ja koostöös rehabilitatsioonispetsialistidega on suuremal osal inimestel võimalus parandada toimetulekuoskusi ja nad saavad liikuda väiksema toetusega teenusele.

Järeldus: F2 - skisofreenia ja skisotüüpsete häirete diagnoosigrupi kuuluvate inimestele on vaja tagada vajalikud vaimse tervise teenused kohe peale haigestumist nooremas eas, et vähendada ööpäevaringsete teenuste vajadust.