



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
ESTONIAN CHAMBER OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Sotsiaalministeerium

04.03.2024 nr 10

info@sm.ee

Eesti Puuetega Inimeste Koja arvamus rehabilitatsiooniteenuste VTK-le

Eesti Puuetega Inimeste Koda tunnustab mõtet, et püüatakse lahendada rehabilitatsioonisüsteemi killustatuse probleemi, kuid teiselt poolt ei ole näha tegevusi ja samme, kuidas hakkab kujunema abi saamine erinevate sihtgruppide vaates tervishoiuvaldkonnas. Seega peame oluliseks välja tuua küsimused ja teemapüstitused eesmärgiga, et kõik rehabilitatsiooniteenust vajavad sihtgruppid saaksid uues loodavas süsteemis lahenduse.

VTK-s on nimetatud, *et praegune rehabilitatsiooniteenuste süsteem ei vasta inimeste vajadustele, dubleerib kohati tervishoiu ja hariduse tugiteenuseid ega paku seetõttu selgelt lisandväärtust*. Soovime rõhutada, et rehabilitatsioonisüsteem peab olema terviklik süsteem ja tagama inimesele rehabilitatsiooni (võimalikult parima taastumise), mitte pakkuma ainult lisandväärtust.

VTK-s tuuakse välja üheks läbivaks probleemiks, et teenusele jõuavad need, kellel seda tingimata alati vaja pole ning teenust ei ole võimalik saada nendel, kellel on abivajadusest lähtuvalt rehabilitatsiooniteenuse vajadus. Täna süsteemis ei ole lastele täielikult kättesaadav tugispetsialistide abi haridussüsteemis, mida kinnitab ka Riigikontrolli 2020. aasta aruanne¹ ja VTK ise viitega, *et SRT-le jõuavad inimesed, kes pole piisavalt hariduse tugiteenuseid saanud*. Kuidas on planeeritud hariduse tugispetsialistide puudusele tähelepanu pöörata? Kas on plaanis

¹ <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2516/language/et-EE/Default.aspx>

valdkonda suunata lisaressurssi? Kas lisaks on VTK tegemise käigus uuritud või on planeeritud uurida (ja kas on andmete põhjal üldse võimalik), kui suur puudus on tervishoius üksikteenuste osutamisest? Kas teenuste puuduliku kättesaadavuse taga on alarahastus või spetsialistide puudus? Kuidas planeeritakse tervikuna seda olukorda lahendada?

VTK-s on mitmel korral toodud ühe probleemina välja teenuste dubleerimine erinevates süsteemides. Kas on võimalik andmete põhjal analüüsida, mis teenuste dubleerimise tagajärg on - kui palju spetsialistide ressursse teenuste dubleerimise tulemusena eesmärgipäraselt ei kasutata?

VTK nimetab ühe võimaliku mõjuna riigieelarve kulu vähenemise, kuna samaaegselt mitmest süsteemist teenuse saamine ei ole enam võimalik, vajaduspõhisema ning õigeaegsema teenuse osutamise tulemusel väheneb eeldatavalt korduvalt teenusele jõudvate ja kompleksteenuste vajadustega inimeste arv, kuna tervishoiu üksikteenustele jõutakse kiiremini, enne, kui raskem kompleksteenuste vajadus jõuab välja kujuneda. Leiame, et eelpool väljatoodud analüüsid võimaldavad mõista tervikpilti, milline on reaalne ressurside vajadus ühes või teises süsteemis ja kas muudatuse mõju tulemusena väheneb riigieelarve kulu või mitte, sest hetkel on mõju hinnang hüpoteetiline ja sellest tulenevalt on suur oht, et SRT eelarve jagamine tervishoiu ja kohalike omavalitsuste, erihoolekandeteenuse osutajate vm sotsiaalteenuste osutajate vahel põhjustab olukorra, kus üheski süsteemis ei ole piisaavalt ressursse, et inimesele terviklik abi tagatud oleks.

VTK visioon on integreerida erivajadustega inimestele rehabiliteerivate sekkumiste osutamine tervishoiuteenustega, pakkudes funktsioonide taastamisele ning säilitamisele suunatud teenuseid tervisevaldkonnateenustena. Seejuures arendatakse välja täiendavad eri sihtgruppidele vajalikud sotsiaal- ja terviseteenused ning kujundatakse ümber töölase rehabilitatsiooni sisu. Siinkohal on oluline aru saada, kuidas hakkab erinevate sihtgruppide lõikes inimese rehabilitatsiooniteenuse teekond välja nägema. Kuidas korraldusmudelid on mõeldud toimima?

Peame oluliseks lähtuda isikustatud eelarve põhimõttest, et inimene saab ise valida teenuseid/tegevusi/spetsialiste erinevate teenuseosutajate juures. Inimese võimalus ise oma teenuseid juhtida ning rahakasutust planeerida on inimesekeskne ja paindlik ning uue süsteemi loomisel oluline tagada, sh tagada inimesele jooksev ülevaade kasutatud teenustest, eelarvejäägist ja progressist.

VTK-s on välja toodud, et *Tervishoiuteenuse osutaja roll peaks olema inimese terviseseisundist tingitud tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamine ning hindamise tulemusest lähtuvalt teenusvajaduse otsustamine, teenusele suunamine ning teenuse osutamine. Sobiva sekkumise/teenuse vajaduse tuvastamine peab tuginema individuaalsele vajaduse hindamisele. See tähendab, et tervishoiutöötaja kirjeldab lisaks diagnoosi panemisele inimese vajadusi standardses keeles ning tuvastab ka tema tervisest tuleneva abivajaduse. Selleks, et tervishoiutöötaja saaks inimese vajadusi ühetaoliselt kirjeldada, tuleks võtta tervishoiuteenuste osutamisel kasutusele ühtne andmevahetuskeel (RHK-11 haiguste klassifikaator). Siinkohal peame oluliseks välja tuua ja tähelepanu juhtida juhtumikorraldaja rollile inimese ravi- ja rehabilitatsiooniteekonnal. Kindlasti ei saa selleks olla perearst või eriarst. **Inimese ravi- ja rehabilitatsiooni teekonna juhtimise eest peab vastutama üks isik, nt juhtumikorraldaja, kelleks võib olla tervishoiu sotsiaaltöötaja.***

VTK-st ei selgu, kuidas hakkavad teenuseid saama lapsed ja ka täisealised, kellel on sügav intellektipuue (F-70 grupi diagnoosid) ja kes vajavad habilitatsiooni? Kas laste teenused on plaanitud osana haridussüsteemist või tervishoiust? Mis puudutab teenuste korraldust, siis teenuseid tuleb osutada vastavalt vajadusele inimesele kõige sobivamas keskkonnas ja ajal (nt kodus, haridusasutuses, nt intellektipuudega lastele õpetatakse söömiseks vajalikke liigutusi ja oskusi sobival kellaajal ja situatsioonis, mitte suvalisel kellaajal “mängult söömist” teraapiakabinetis. Keskelt on vajalik mõista, et inimene saaks ja oleks võimeline õpitavaid oskusi teraapiast pärisellu üle kandma, vastasel juhul ei täida teraapia ja mõlemapoolne kulutatud aeg ja raha oma eesmärgi). Kuidas on mõeldud pakkuda teenuseid samale grupile kui nad saavad täisealiseks? Arvestama peab, et mitte kõik sihtgruppi kuuluvad inimesed ei kasuta erihoolekandeteenuseid tulenevalt isiklikest valikutest või sellest, et riigil ei ole võimalik teenuskohta pakkuda. Oluline on ka siinkohal jälgida, et nende inimeste jaoks oleksid rehabilitatsiooniteenused sidustatud läbi juhtumikorraldusliku lähenemise.

VTK nimetab, et *sihtrühma vajaduste osas on kattuvusi Sotsiaalkindlustusameti (SKA) enda korraldatavate muude teenustega. Näiteks on suur osa SRT-d saavatest inimestest erihoolekandeteenuse saajad, mis tähendab, et praegune erihoolekandeteenuse sisu ei taga osa teenusel olijate jaoks vajaliku toe pakkumist põhiteenuse integreeritud osana.*

Erihoolekandeteenuse kirjelduses ja kulumudelil puuduvad rehabilitatsioonispetsialistide sekkumised ja riik ei rahasta erihoolekandeteenusel rehabilitatsioonispetsialiste tööd. Seega on oluline, et kui edaspidi hakkavad erihoolekandeteenuse kasutajad saama teenuseid erihoolekandeteenuse sees, siis kuidas on plaan seda korraldada? Kes hindab spetsialistide vajadust ja korraldab rehabilitatsiooniteenuste osutamise?

VTK-s on välja toodud, et *Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liidu kaardistatud (august 2023) ülevaate kohaselt vajavad erihoolekande saajad enamasti kahe SRT spetsialisti teenust – seega osa saajaid, kel on vähem kui kolme spetsialisti poolt osutavate teenuse vajadus kas ei kvalifitseeru teenusele või pakutakse SRT all teenuseid, mida inimene tegelikult ei vaja. Esmane hinnang keskmisele teenusvajadusele sihtrühmast lähtuvalt on järgmine: 1) kogukonnas elamine: kogemusnõustaja ja psühholoog; 2) ööpäevaringne teenus (sh intellektihäirega ja kohtumäärusega inimesed): tegevusterapeut (KKT), hipoteraapia, loovteraapia; 3) mõõduka intellektihäirega inimesed: eripedagoog, loovterapeut; 4) äärmusliku abivajadusega inimesed: füsioterapeut ja loovterapeut; 5) autismispektriga inimesed (IET, ÖET): eripedagoog ja perenõustamine; alkoholisõltlased: psühholoog. Kindlasti ei ole see nimekiri teenuste vajadustest lõplik, sest inimeste vajadused võivad olla väga erinevad, nt ööpäevaringsel teenusel võib olla täpselt samasugune vajadus psühholoogi ja kogemusnõustaja teenuse järgi kui kogukonnas elamise teenusel jne.*

Peame oluliseks ära märkida, et tänases tervishoiusüsteemis ei ole harjumust ja tava osutada grupiteenuseid, mis on olemas SRT-s ja TRT-s. Psüühikahäirega inimeste puhul on oluline, et tervishoiusüsteemiga integreerudes, tekiks võimalus grupiteenuste jätkumiseks. See eeldab valmisolekut ja teadmisi, et see on üks oluline täisealiste toetuse ja seotuse saavutamise ja taastumise teekonnal oluline suund.

VTK-s tuuakse välja, *et rehabilitatsiooniprotsessis puudub kvaliteetne ja tulemuslik sekkumine. Viidatakse mitmetele rahvusvahelistele sotsiaalteenuste mõjude hindamise tööriistadele, kuid VTK sisu osas puudub vastav osa, kuidas plaanitakse tulemust ja kvaliteeti rehabilitatsioonisüsteemis hinnata. Täna on ebaselge, mis on kvaliteet ja millal ning kelle meelest on täidetud kvaliteetse teenuse osutamise nõuded. Seni kuni see pole kokku lepitud, on keeruline ka midagi kontrollida, hinnata tulemusi ja nende saavutamise protsesse, protsesside ja töö*

efektiivsust. Ettepanek on selgeks sõnastada ja kokkuleppida, mis on Eesti riigi hinnangul teenuste eesmärk ja tulemus - heaolu, elukvaliteedi muutus, turvalisuse ja osaluse tunde kasv. suurenenud sissetulekud, vähenenud ravimite väljaostmine, aktiivravi voodipäevade vähenemine vms.

VTK-s jääb segaseks tööalase rehabilitatsiooni saatus – kas inimeste töövõime taastamine ja säilitamine tervishoiuteenuste alla või jääb seda endiselt pakkuma Töötukassa? Kuidas on tööalast rehabilitatsiooni vajava inimese teekond abini planeeritud läbi ühe ukse poliitika toimima panna? Töövõime taastamine ja säilitamine on samuti seotud inimese tervise olukorraga.

Puudega lapse vanuse muutmine

EPIKoja hinnangul on muudatus inimese vaatest iseenesest loogiline, kuid inimestel on tekkinud õigustatud ootused rahalisele toetusele töövõimetoetuse näol, mistõttu on vajalik tegeleda nende inimeste õigustatud ootusega.

Puude ja töövõimeea muutumisel on vaja läbi mõelda erinevate valdkondade lõikes teenuste/toetuste ja muude hüvede saamise õigustatus – näiteks tänase korralduse järgi on 16-aastastel hinnatud töövõimega noortel, kellel on erihoolekandeteenuse vajadus, õigus ennast panna erihoolekandeteenuse järjekorda (sh eelisjärjekorda asenduskoduteenusel olevad lapsed). Olukorras, kus riik ei suuda õigeaegselt tagada inimestele teenuskohta, peab säilima võimalus ennast erihoolekandeteenuste järjekorda panna ka 16-aastastel.

Muudatuste tegemisel on oluline säilitada üleminekuage - 14-15. aastased, kes on kohe töövõimesüsteemi liikumas saavad valiku, kas nad soovivad töövõime hindamise ette võtta või liikuda kuni 18-aastaseni saamiseks sotsiaal- ja haridusvaldkonnas. Kui palju on neid 14-15.aastaseid, keda selline muudatus mõjutaks? Juba tänases süsteemis olevad 16-18. aastased peavad saama töövõimetoetust kuni täisealiseks saamiseni. Mis on need meetmed, mis on plaanitud tulude saamata jäämise riski maandamiseks? Ei saa nõus olla VTK-s väljatooduga, et *ühe meetmena plaanitakse 2025. aastal sügava puudega laste sotsiaaltoetuse tõstmist, millega seotud muudatused töötatakse välja PISTS jt seaduste muutmise eelnõu käigus 2024.aastal.* Nende meetmete mõte on pakkuda leevendust mootorsõidukimaksust tuleneva koormusega puudega inimestele ja nende peredele, kellel auto on igapäevaseks hädavajalik liiklemisvahend. Seega palume mitte ühe kokkuleppe, mis mootorsõidukimaksu eelnõu raames tehtud sai, varjus

teiste teemadega seotud muudatusi teha. Oluline on pakkuda õigustatud ootusele sobivat üleminekuaega ehk et toetust makstakse nii neile, kes täna juba toetust saavad ja neile, kellel on lähiaastatel selleks õigustatud ootus ehk tänased 14-15.aastased, ja kuni täisealiseks saamiseni.

Kokkuvõtvalt, uues süsteemis on vaja tagada terviklik lahendus sidustades tervishoiu, sotsiaal-ja haridusvaldkonna läbi juhtumikorralduse, et inimese jaoks kaoks ära ebamõistlik halduskoormus ning abi on tagatud vajaduspõhiselt. Lähtuda isikustatud eelarve põhimõttest, et inimene oleks vaba valima endale asutust või spetsialisti, kelle juures ta teenust soovib saada.

EPIKoda teeb ettepaneku VTK-ga edasiminemiseks kaasata valdkonnaeksperte, kes töötavad inimesekesksete lahenduste ning kaasaegsete arengusuundadega, näiteks Dagmar Narusson, kes on hinnatud ekspert vaimse tervise raskustega inimeste toetusüsteemides (arvestades, et suur grupp rehabilitatsiooniteenuse sihtgruppi on psüühikahäirega inimesed) ning Katrin Tsuiman, kellel on pikaajaline kogemus hoolekandevaldkonnas nii rohujuure, omavalitsuse kui ka riigi tasandil ning teadmised ja kogemused Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Quaility Rights metoodika rakendamisest. Ekspertide kaasamine võimaldab tuua uusi lähenemisi ja ning üles ehitada uus rehabilitatsioonisüsteem inimesest lähtuvalt.

Hea oleks suurte muudatuste korral anda lühiülevaade, kus on kajastatud täna kehtiv korraldus ja tuleviku olukord, et ka valdkonda mittetundev inimene saaks aru hetkeolukorrast ja probleemidest, võimalikest lahendustest ja nende mõjust (nt nagu on erivajadustega laste tugisüsteemi reformi puhul tehtud).

Peame oluliseks, et kõik huvirühmad ja teenuse osapooled (tervishoid, haridus- ja sotsiaalvaldkond, kohalikud omavalitsused, puuetega inimeste esindajad) oleksid kogu protsessi vältel kaasatud ja et muudatusi ei tehtaks liiga kiirustavalt ja ilma analüüsideta.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Krais-Leosk
Tegevjuht
Eesti Puuetega Inimeste Koda

Kristi Käär; kristi.kahar@epikoda.ee; +372 5401 0462