29.02.2024 nr 7

Sotsiaalministeerium

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon tänab kaasamise eest. Esitame organisatsioonipoolsed kommentaarid ja mõtted Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus inimeste vajadustele vastava rehabilitatsioonisüsteemi loomiseks kohta.

Toetame muudatust, mis teeb inimesele vajalike abimeetmete ja eriala spetsialistideni jõudmise lihtsamaks ja selgemaks. Samuti tunnustame, et on asutud astuma reaalseid samme, millest on pikaajaliselt räägitud. Sõnum, mida VTK kannab, et inimene peab saama vajaliku abi lihtsamini ja kiiremini, on oluline.

VTK toob välja mitmeid olulisi probleemkohti, millega saame kindlasti nõustuda. Samas on nende lahendamise või visiooni suund näha vaid piiratud osadele probleemidele. Selgust ei too ka VTK lugemine seotuna TTKS-i VTK-ga.

Laste ja peredega seonduva korralduse osas on VTK-s üsna selge. On aru saada, mida tehakse, et lahendada lastega seotud vajaliku toe ja abi saamisega seotud takistusi ning ebaloogilist korraldust. Toetame igati muudatusi, mis aitavad vähendada haldus- ja administreerimiskoormust spetsialistidel ning lihtsamat korraldust kõigile osapooltele.

Toetame lapse vanusepiiri seadmist kõigis abi saamist reguleerivates seadustest 18- eluaastale.

Saame aru, et „SHS-i ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu VTK“ tuleb lugeda koosmõjus TTKS-i VTK-ga. Sellele infole tuginedes on aru saada, et seni SHS-i alusel ehk sotsiaalteenuste osutajatena tegutsenud eriala spetsialiste (tööalase ja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenust osutavad meeskonna liikmed) käsitletakse edaspidi tervishoiu valdkonna töötajatena? See on oluline muudatus valdkonnas töötavatele praktikutele ning abivajavatele inimestele abi kättesaadavuse vaates, et see ei kitsendaks nõudeid praktikute väljaõppele. Vastasel korral ei suurenda muudatus abi kättesaadavust, vaid vähendab praktikute hulka, kes saavad inimesele vajalikku abi osutada.

Planeeritav haldusala ja korralduse eest vastutava valdkonna muutmine ei anna juurde praktikuid, kes abi osutavad ehk ei suurenda kättesaadavust. Samuti ei muuda see erialase väljaõppega inimeste töö sisu ja suunda inimese aitamisel. Terapeudid teevad oma tööd endiselt oma teraapia väljaõppe parimaid tõenduspõhiseid teadmisi arvestades. Selleks toimub väljaõpe meie kõrgkoolides.

Peame oluliseks rõhutada vastutusala ja korraldusmudeli muutmisel rahastusmudeli inimesekeskseks ja paindlikuks jäämise vajadust, mis lähtuks konkreetse valdkonna praktiku poolt nähtud vajadusest, mitte ametnikulaua taga olevast inimesest või koodisüsteemidest.

VTK toob välja, et 42% SRT saajatest on täisealised psüühilise erivajadusega inimesed. Samuti on suur hulk tööalase ja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse saajad erihoolekandeteenuseid kasutavad inimesed. Kavandatav VTK jätab selgitamata ja puudutamata tänase ebamõistliku korralduse nii valdkonna praktikutele kui abivajavatele inimesele, kus täisealised psüühilise erivajadusega inimesed, peavad omale vajaliku abi saamiseks jätkuvalt liikuma kahe vastutustasandi - riik (SKA) ja KOV ning 4 vastusvaldkonna vahel - SKA (erihoolekanne), KOV (teised heaolu, elukvaliteeti ja toimetulekut toetavad abimeetmed), tervishoid (nt muusika- või loovterapeudi, tegevusterapeudi, psühholoogi, füsioterapeudi saamine) ja tööturu meetmed (tööle saamist toetavad teenused).

Nendele inimestele vajaliku toe ja abi, mida nad vajavad ja saavad täna läbi rehabilitatsiooniteenuse tegevusi osutavate praktikute, on VTK-ga kaasneva muudatuse puhul täiesti avamata ning ebaselge. See on suur hulk planeeritava VTK muudatusega seotud abisaajatest.

Nimetatud VTK-ga samaaegselt peame oluliseks selgust sõnumites, kuidas ja mis muutub psüühilise erivajadusega inimestele. Nendele vajaliku abi saamise korraldus ja kättesaadavus on sama oluline ning vajab kiiremini abini jõudmist ja selgemat korraldust. See on oluline ka valdkonna praktikutele, kes toetavad neid inimesi taastumise protsessis, osutades rehabilitatsiooniteenuseid või erihoolekandeteenuseid.

Lisaks toome VTK-st välja mõned punktid, millele soovime tähelepanu juhtida.

* Dokumendis lk 5 on viidatud, et tabelis 3 toodud teenustest osutati 2022. aastal suurimas mahus eriarsti ja füsioteraapia individuaalteenust ning tegevusteraapia individuaalteenust.
* Juhime tähelepanu, et tänases tervishoiusüsteemis ei ole harjumust ja tava osutada grupiteenuseid, mis on olemas SRT-s ja TRT-s. Seega on oluline just psüühikahäirega inimeste puhul, et tervishoiusüsteemiga integreerudes, tekiks võimalus grupiteenuste jätkumiseks, mis ei ole täna selles süsteemis tavapärane praktika. See eeldab valmisolekut ja teadmisi, et see on üks oluline täisealiste toetuse ja seotuse saavutamise ja taastumise teekonnal oluline suund.
* Dokumendis lk 7 on toodud, et sihtrühma vajaduste osas on kattuvusi Sotsiaalkindlustusameti (SKA) enda korraldatavate muude teenustega. Näiteks on suur osa SRT-d saavatest inimestest erihoolekandeteenuse saajad (vt ptk 2), mis tähendab, et praegune erihoolekandeteenuse sisu ei taga osa teenusel olijate jaoks vajaliku toe pakkumist põhiteenuse integreeritud osana.
* See olukord tähendab, et EHK-s peab inimene saama nende spetsialistide sekkumist, kes on täna SRT spetsialistid. Kuid selliseid spetsialiste EHK kulumudel ei rahasta. Täna on EHK-l vaid tegevusjuhendajad ja hooldajad.
* Dokumendis lk 7 on toodud, et SRT-d on õigustatud saama inimesed, kes seda tingimata alati ei vaja ning teenust ei ole võimalik saada nendel, kellel oma abivajadusest lähtuvalt on teenuse vajadus.
* Juhime tähelepanu, et tihti on olukordi, kus inimesel on teenust vaja aga mitte kompleksset teenust, mida SRT pakub, ehk ongi inimesel tarvis teatud teenuseid toimetuleku parendamiseks. Aga SRT osutamisel on normid, mille täitmine pole mõistlik ja kulutab hoopis ressursse. Praegu on ISTE projekt andnud piisava paindlikkuse teenuse osutamisel, mis lähtub iga indiviidi vajadustest. Inimese tervenemise protsessis on oluline roll ka perekonnal. ISTE projekt on andnud võimaluse ka perekonnal aktiivselt protsessi juures olla. Oluline on vaadata teenust kui tervikut. Kui osutame üksnes teatud teenuseid (natuke siit ja natuke sealt), selline toimimine ei ole tulemuslik. Teenusel peab olema eesmärk inimest toetada ja seda saab teha terviklikult.
* Dokumendis lk 10 on toodud, et erialaliitude esindajate sõnul on murekohaks inimese vajaduste kohta hinnangu andmine ning eesmärkide seadmine SRT teenuseosutaja meeskonda kuuluva spetsialisti poolt, kellel ei ole pädevust hinnatavates valdkondades, mis eeldavad erialaspetsialistide pädevust või on hindav(ad) spetsialist(id) madalama haridustasemega kui teenust osutavad spetsialistid ning vastupidi.
* Eelnevalt viidatud seisukohaga seoses, jäi kohati tunne, justkui teenuse osutajatel ei ole piisava kvalifikatsiooniga spetsialiste, hindamaks inimeste abivajadust. kui antud juhul toodi välja arvamus paari valdkonna erialaliidu poolt siis tuleks antud seisukohta pisut rohkem lahti mõtestada ja selgitada.
* Oleme nõus, et mõnikord võib olla, et inimese vajaduste kohta hinnangu andmine ning eesmärgid, mis on seatud olukorra parendamiseks ei pruugi olla vastavuses inimese reaalsete vajadustega, mistõttu ei pruugi olla tulemusteni jõudmine efektiivne. Mil viisil praegu VTK-s pakutav saab olukorra parendamisele kaasa aidata?
* Dokumendis lk 10 on toodud, et teenuseosutaja lähtub teenuse osutamisel rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvatest spetsialistidest, mis ei võimalda inimese vaatest vajaduspõhist individuaalset lähenemist. Lisaks tuleb ette olukordi, mil teenuseid pakutakse lähtuvalt sellest, millised konkreetsed spetsialistid teenuseosutaja meeskonnas parajasti olemas on. Selline teenuse korraldus on kulukas ega lahenda tegelikult inimese abivajadust.
* Kuidas VTK-ga loodav muudatus muudab seda, et teenuseosutajatena töötavad need, kes parajasti meil Eestis olemas on? Kas tulevad uued kõrgemad hariduse nõuded, enesetäiendamise nõue vms? Kas spetsialistid peavad ennast edaspidi tervishoiu teenuse osutajaks registreerima, kui rahastus tuleb tervishoiu vahenditest? Kas on mõeldud rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide laiendamise peale, et inimesed saaksid just täpselt selliseid teenuseid nagu neil vaja on? Siis tasuks juba mõelda ka sellele, kas etteantud normis minimaalne teenuste arv, mis moodustab kompleksteenuse on kõigi teenust saavate inimeste jaoks oluline. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise juures on oluline inimene, kes saab teenust, eesmärk on aidata säilitada, tagasi saada või parandada igapäevaseks toimetulekuks vajalikke oskusi ja toimimist, mis on kadunud või kahjustatud tervisliku seisundi tõttu.
* Kui mõningates piirkondades puuduvad teatud eriala spetsialistid, siis mil viisil on võimalik neid motiveerida tulema just nendesse piirkondadesse teenuseid osutama? Vajalik on mõelda kuidas lahendada puudu olevate spetsialistide probleem. Kas selles osas on planeeritud mingisuguseid muudatusi? Kas on mõeldud kuidagi nõudeid muuta? Teame, et suur probleem on logopeedidega. Kas ühe mõttena on võimalus teenust pakkuda ka neil spetsialistidel, kes õpivad aga ei ole veel kraadi kätte saanud? Kuid sellisel juhul peaks olema väga konkreetselt välja toodud, millistel alustel on alles õppival spetsialistil võimalik teenust osutada. Teisalt jällegi tekib küsimus, kas selliselt on korrektne teenust osutada?
* Dokumendis lk 10 on toodud, et rehabilitatsiooniprotsessis on senine rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel, kuid puudub kvaliteetne ja tulemuslik sekkumine.
* Juhime tähelepanu, et seniajani ei ole julgetud määratleda, mis on tegelikult sisuliselt kvaliteet ja mis on tulemuslikkus ning kelle hinnang on oluline tulemuslikkuse määratlemisel. Kui seda hakkab edaspidi määrama endiselt iga spetsilist tuginedes RFK-le, siis ei muutu inimese jaoks ikka midagi. Tuleks aru saada, mis ja milleks on tulemuslikkus, millisel tasandil ja kelle jaoks. Tulemuslikkust on alati seotud eesmärkidega. Ei saa tahta süsteemilt ja ka inimeselt tulemuslikkust, kui ei ole selge selle süsteemi või ka inimese enda isiklik valmisolek selleni liikuda. Mõnikord on tulemuslikkus ka see, et on jõutud valmisolekuni eesmärgist rääkima hakata. Tasuks mõtestada, kas see on süsteemile ja rahastajale piisav tulemuslikkusena?
* Dokumendis lk 11 on toodud, et rehabilitatsiooni baaskoolituse õppekava ei vasta aktuaalsetele vajadustele: vajalik on nt Rahvusvahelise Funktsioneerimisvõime Klassifikaatori (RFK) tundmine, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja oleks pädev tegutsema võttes arvesse inimese terviseseisundist tingitud piiranguid, oskusi, soove ja ressursse.
* Ebaselge on kuidas RFK kodeeringu tundmine paneb tegema psühholoogi paremat teraapiat, koostööd vaimse tervise õe või inimese pereliikmetega, kes on olulised sotsiaalse võrgustiku liikmed. Rehabilitatsiooni baaskoolituse läbimine ei anna ühtegi vajalikku pädevust, et teha inimesega paremat tööd tema motivatsiooni tõstmiseks, osalusvõime parendamiseks - nt hirmudega suhtlemisel, osalemisel tegevustel väljapool kodust keskkonda, kohanemisel töökeskkonnaga. Sellised teadmisi ei omandata rehabilitatsiooni baaskoolitusel ja seda ei anna ka RFK kasutamine. Kindlasti on kliinilised psühholoogid, vaimse terviseõed, psühhiaatrid, füsioterapeudi ja tegevusterapeudid, logopeedid, kes on MA kraadiga, erialaselt pädevad, et võtta arvesse inimese terviseseisundist tingitud piiranguid, oskusi, soove ja ressursse, kui nad nendega töötavad ja taastusabi - või ravi osutavad. Nende erialase väljaõppe raames omandatud oskused ei ole kadunud, kui nad ei sõnasta inimese tegevusvõimed ja funktsioonide piirangudi RFK koodikeelde. Ja RFK koodikeel ei tõsta nende erialaste oskuste taset töös inimestega.
* Dokumendis lk 14 on 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.
* Olles tutvunud ka TTKS jääb hetkel arusaamatuks, kes tervishoiuteenuse osutaja meeskonnas on nö juhtumikorraldaja ja vaatleb inimest tervikuna ning kes saab otsustajaks nt psühho-sotsiaalsete teenuste, taastusabi ja ennetavate teenuste saamise osas. Mõnikord tuleb ette olukordi, kus tervishoiuteenuste osutamisel ei ole spetsialistid teadlikud erinevatest sotsiaalteenustest, mis on vajalikud inimesele tervikliku abi osutamiseks. Seetõttu on mure, kuidas tagatakse inimesele tugi vajalike teenusteni jõudmiseks. Kas selles osas on planeeritud mingisuguseid tegevusi?
* Dokumendis lk 14 on toodud, et 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).
* Kas on mõeldud, mil viisil tagatakse tervishoiusüsteemis vajalik inimressurss plaanitu elluviimiseks? Tegemist on täiendav lisategevusega tervishoiusüsteemile. Pisut jääb segaseks, kas haiguste klassifikaator (RHK) mis kirjeldab sümptomaatikat diagnooside määramisel, oleks andmevahetuskeel inimese vajaduste kirjeldamiseks?

Lõpetuseks sooviksime jagada, et kui vaadata ühte toimivat lahendust sarnaselt rehabilitatsiooniteenusega, siis selleks on projektipõhine isikukeskse erihoolekande teenusemudeli (ISTE) rakendamine kohalikus omavalitsuses. Sellesse projekti on põimitud erihoolekanne ja toetavad rehabilitatsiooniteenuse komponendid. Omavalitsuse spetsialist teeb hindamise, mis tähendab, et inimene ei pea mitmes asutuses käima, teenuse saamist ja suunamist korraldab omavalitsus. Selline lähenemine on palju personaalsem. See on paindlik ja kiire võimalus inimesi toetada- nö ühe ukse süsteem. Lisaks on ISTE raames võimalus toetada ka pereliikmeid. Leiame, et kogu rehabilitatsiooni protsessi ümberkorraldamisel tasuks võtta ISTE projektist mõtteid ning kuulata edulugusid, kuidas teenuse toimimine päriselt indiviidi toetab.

Mõistlik ei ole luua uusi ja keerukaid süsteeme, tegelikult aitavad inimest ning igalt tasandil spetsialisti lihtsad ja toimivad lahendused.

Lugupidamisega

*Allkirjastatud digitaalselt*

Kairit Lindmäe

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon

Juhatuse esimees

A picture containing logo, font, graphics, graphic design

Description automatically generated