

Teie 29.11.2023 nr 1.2-1/4198-1

Meie 04.03.2024 nr 12.2024/5

Tagasiside sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsusele inimeste vajadustele vastava rehabilitatsioonisüsteemi loomiseks

Edastame MTÜ Papaver poolse tagasiside rehabilitatsioonisüsteemi puudutavate eelnõude osas. Selguse huvides oleme tagasiside loonud väljatöötamise kavatsuse ülesehituse alusel, tuues välja omapoolsed tähelepanekud ja võimalikud täiendavad riskikohad.

Oleme tänulikud kaasamise ja jätkuva koostöö eest.

Küsimuste ja mõtete puhul palun julgesti kontakteeruda.

Lugupidamisega

Kadri Vilgats
kadri.vilgats@papaver.ee

Anu Rahu
anu.rahu@papaver.ee

MTÜ Papaver
Kotka 26/1, 11315 Tallinn
Kuusalu tee 33, 74601 Kuusalu

+372 513 5758
info@papaver.ee

VTK SISSEJUHATUS

VTKga püstitatud eesmärk on väga hea ja tervitatav ka teenuse osutaja perspektiivist, eriti kui kõik plaanitavad ja elluviidavad tegevused aitavad kaasa selle täitumisele ja loovad lisaväärtust kõigile osapooltele, eeskätt reformi sihtgrupile ja abivajavale inimesele.

Oluline seejuures on taastumist toetavate teenuste kättesaadavuse ja ligipääsetavuse tagamine sihtgrupile reformi elluviimise ajal ja järgselt vähemalt samaväärses mahus, kui see on praegusel hetkel - ehk tagada, et reformi tulemusena ei suureneks abivajavate, kuid toeta/teenusteta inimeste arv.

VTKd tervikuna lugedes jääb samas mulje, et muudatuste elluviimise järgselt nähakse Eesti sotsiaalkaitse-süsteemis rehabiliteerivaid tegevusi vaid tervise taastamise ja haiguste ennetamise valguses ning kitsendatakse rehabilitatsiooni mõistet Eestis pelgalt tervise valdkonnast tulenevatele toimetulekupiirajatele. Jääb selgusetuks, kas süsteemi reformi tulemusena kaob ära praegu Eestis ning mujal maailmas tõenduspõhiselt kasutusel olevad biopsühhosotsiaalsete põhimõtete ja meetodikate rakendamine, mille raames käsitletakse inimese toimetulekut laiemalt (ja osana enda ümber olevatest keskkondadest) kui vaid terviseseisundist tulenevate piirangute taastamisena.

1. HETKEOLUKORD JA SIHTRÜHM

Tabelist 1. "SRT kulu, saajate arv ja teenustundide maht (2022)" ei selgu, kas tabelis on kajastatud vaid riigieelarvelistest vahenditest tasutud SRT mahud või sisaldab tulp "SRT kulud kokku" ka ESF vahenditest rahastatud SRT kulusid.

Teenuse osutajate ja SKA vahelistes 2022. aastal kehtinud lepingutes on välja toodud, et perioodil 1.01.2019 kuni 31.12.2022 rahastati tööealiste inimeste ja 0–15-aastaste laste sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kulu Euroopa Sotsiaalfondi (edaspidi ESF) struktuuritoetuste meetme 2.1 „Lapsehoiu ja puudega laste hoolekandeteenuste arendamine hoolduskoormuse vähendamiseks“ ja meetme 3.1 „Töövõime toetamise skeemi loomine ja juurutamine“ raames toetuse andmise tingimuste (TAT) „Sotsiaalse rehabilitatsiooni pakkumine töövõimereformi sihtrühmale ning raske ja sügava puudega 0–15-aastastele lastele“ vahenditest.

Praegusel juhul ei ole selge, kas rahalised vahendid, mida planeeritakse süsteemi ümberkorralduse raames tervishoiuvaldkonda suunata on võrdväärset tabelis toodud kuludega (kogusummas veidi üle 16 miljoni euro) või moodustavad vaid teatud osa sellest?

Ettepanek

Palume täiendada VTKd vastava info osas, kuivõrd kõne all olevad rahaliste vahendite kogusumma on määrava tähtsusega muudatuste mõjule, teenuste kättesaadavusele VTK sihtgrupi jaoks ning VTK eesmärgile tervikuna.

2. REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE KITSASKOHAD

- 2.1. SRT-d ja TRT-d osutavad spetsialistid, kellest oluline osa on tervishoiutöötajad ning seega on SRT ja TRT sisus kattuvus tervisevaldkonna poolt pakutavate teenustega. SRT praegune eesmärk ei taga pakutavate tervishoiu-, KOV ja hariduse tugiteenuste kõrval inimeste vajadustele vastavat selget lisandväärtust.

Oleme nõus VTK-s välja toodud kitsaskohaga - inimese vaatest teekond abini ei ole tänases süsteemis selge ega lineaarne ning see vajab kindlasti lahendamist.

VTKs on välja toodud, et SRT teenuse ebaselge eesmärk ei toeta teenuse sisu kujundamist lähtuvalt inimeste vajadustest ning ei võimalda hinnata teenuse tulemuslikkust ja seega ka kvaliteeti (lk 6). Teenuse osutaja ning SRTs kasutatavate meetodikate rakendajatena oleme vastupidisel seisukohal. Teaduspõhiste lähenemiste ja meetodikate (nt CARE) ning igapäevase praktilise kogemuse põhjal näeme, et teenuse kvaliteetset ja mõju efektiivset osutamist toetab õigusruumis eksisteeriv n-ö avar erinevaid eluvaldkondi hõlmav teenuse eesmärk, mis võimaldab seada koostöös tuge vajava inimesega võimalikult individikeskne ja teda kõnetav realistlik rehabilitatsiooniteenuse eesmärk.

Liigselt raamistav ja teenuse osutamist piirav eesmärk õigusruumis ning detailselt kirjeldatud sekkumised võivad viia teenuse SHS § 3 lg-s 2 kirjeldatud kvaliteedipõhimõtetest, sh inimesekesksus, teenuste võimestav iseloom jt, kaugemale ning vähendada seeläbi abi kvaliteeti, kättesaadavust ja tulemuslikkust sihtgrupile.

Ettepanek: Lahendada teenuste eesmärgistatus tervishoiusüsteemiga analoogselt, kus teenuste eesmärk on sõnastatud üldsõnaliselt - enamikel juhtudel on eesmärgiks ravi või sümptomite ägestumise ärahoidmine, leevendamine või tervise taastamine.

SRT VTKs on välja toodud, et praeguse teenuse korralduse puhul ei ole selge, millal peaks toimuma inimese teenuselt väljumine ning millal loetakse eesmärgid täidetuks (lk 7).

Teenuse osutajatena ei näe me seda kitsaskohana, kuna valdkonna eest vastutava ministri määrusega nr 69 on reguleeritud, et teenuselt väljumisel on vajalik anda teenuse tulemuslikkuse põhjendatud hinnang inimese abivajaduse ja saavutatud eesmärkide, toetavate ja takistavate tegurite ning edaspidiste soovitude kohta. Kuivõrd teenusele sisenedes püstitatud eesmärgid tuginevad konkreetsete üksikteenuste eesmärkidele (e alaeesmärgid), mille suunas spetsialistid töötavad, on teenuse tulemuslikkuse hinnangu näol paratamatult tegu ka meeskondliku hinnanguga, mille puhul võetakse arvesse kõikide osutatud teenuste tulemuslikkus. Otsus, millal loetakse eesmärgid täidetuks ja millal toimub isiku teenuselt väljumine, toimub vastava erialase kompetentsi omandanud spetsialistide üksikteenuste ja meeskondliku hindamise tulemusena koostöös isiku endaga. Sarnaselt ei ole tervishoiusüsteemi teenuste puhul õigusruumis reguleeritud teenuste väljumine, vaid otsuse teenuse osutamise lõpetamise ja jätkuva ravivajaduse puudumise kohta teeb ravimeeskond või -spetsialist.

Eelpoolkirjeldatud VTK-s välja toodud kitsaskohtade lahendamise riskina näeme suundumist oluliselt reglementeerituma ja vähem kliendikeskse teenustesüsteemi suunas, kus spetsialistide pädevust ja

otsustusvabadust hakkab piirama liig-reglementeeritud õigusruum ning määravaks aluseks otsuse langetamisel saab olema seaduses/määruses kirjeldatu, mitte kliendi tegelik abivajadus.

Ettepanek: Lahendada otsus teenusel väljumise ja eesmärkide täitmise kohta analoogselt tervishoiusüsteemiga, kus otsuse ravi vm tervishoiuteenuste kestuse üle langetab selleks pädev vahetult kliendiga töötav spetsialist või nendest koosnev meeskond.

VTK-s on välja toodud ka TRT ja SRT osaliselt kattuv eesmärk on murekohaks ning kahandab kummagi teenuse lisandväärtust (lk 7). Tekstist ei selgu, kuidas eesmärkide kattuvus lisandväärtust kahandab. Teenuse osutaja ja klientide vaates ei ole me praktikas seda kitsaskohana täheldanud, kuivõrd tegemist on spetsiifiliselt erinevate sihtgruppidega ning mõlemat rehabilitatsiooniteenust ei ole võimalik isikul korraga saada. 2024. aastast alates on osalise töövõimega inimestel võimalik saada nii tööalast- kui ka sotsiaalset rehabilitatsiooni, ka antud kontekstis on eesmärkide osaline kattuvus, mis sellist muudatust võimaldab, pigem sihtgrupi võimalusi laiendav kui piirav.

Ka punkti 2.1 pealkirjas on välja toodud, et **sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus ei paku teiste teenuste kõrval selget lisandväärtust.** Oleme nii sotsiaalse- kui ka tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutajana klientidelt kogutud tagasiside põhjal saanud VTK-s väljatoodud lisandväärtuse puudumisele vastupidist infot. Papaveri teenuse saajate hinnangul (aastatel 2020-2023) on enamike vastanute väitel rehabilitatsiooni teenusel osalemine toonud nende ellu positiivseid muutusi ning loonud lisandväärtust. Täpsustusena on välja toodud erinevad selgitused, näiteks: meie pere on saanud igakülgset abi, ilma teie abita ei oleks me nii kaugele jõudnud; teenus oli toeks ja eluks vajalik; väga suur tugi lapse erivajadusega toimetulekul, ilma teenusteta oleks olukord tunduvat keerulisem jms. Praktikutena näeme veel, et lisandväärtuse tagamise meetmeid ei saa taandada pelgalt seaduses sõnastatud teenuse eesmärgile, vaid lisandväärtust tagavaid meetmeid on oluliselt rohkem, millest paljud on olulised suurema kaaluga.

Ettepanek: Täiendavalt palume tuua VTK teksti selgitavaid seoseid ja viiteid, mõistmaks, kuidas praegune SRT eesmärk, mis osaliselt kattub teiste tugiteenustega (nt TRT) ei taga teenuse lisandväärtust ning millisel juhul saaks see seda tagada.

2.2. 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.

VTK-s lk 7 on välja toodud praeguse süsteemi kitsaskohana, et **SRT-d ei ole võimalik saada lastel ja täiskasvanutel, kellel ei ole tuvastatud puude raskusastet, kuid kellel on terviseseisundist tulenev abivajadus.**

Nõustume kitsaskohana, et puude raskusastme tuvastamine ei ole alati mõistlik teenuse saamise õigustatuse alus ning praegune puude määramise süsteem vajaks kaasajastamist või olemasolevate muude hindamisviisidega asendamist. Esikohal peaks olema inimese toimetulekupiirajatest lähtuv abivajadus, mille hindamine peaks toimuma ühtsetel alustel, nt rakendades mõnd RFK hindamisvormi.

Samas jääb eeltoodud väite faktiline alus ebaselgeks, kuivõrd SHS § 59 lg 1 p-s 3-9 on välja toodud täiskasvanud ja nendele kehtivad kriteeriumid, mille puhul on isik õigustatud saama SRT-d ning mitmel juhul (p-s 3, 4 ja 9) ei ole puude raskusastme tuvastamine teenuse õigustatuse aluseks.

Ettepanek: Teha VTK-sse täiendusi, et hetkeolukorra ja sihtgrupi kirjeldus vastaks praegu kehtivas õigusruumis sätestatule ning siduda teenuse saamine lahti puude raskusastme tuvastamisest.

VTKs lk 7 on kirjeldatud kitsaskohana **teenuse õigustatus inimestele, kellel ei ole individuaalsetest vajadustest lähtuvalt mitme spetsialisti kombinatsioonis osutatava kompleksteenuse (SRT) vajadust.**

Praktikutena ei oska me seda kitsaskohana näha. Praeguses õigusruumis on kirjeldatud kriteeriumid, mis on aluseks isikule individuaalsete vajaduste väljaselgitamiseks ja teenuse vajaduse hindamiseks, sarnaselt nagu hinnatud tövõime annab ligipääsu TRT või SRT vajaduse hindamisele. Kirjeldatud n-õ mitmetasandiline haavatava sihtgrupi teenusvajaduse välja selgitamise süsteem aitab riigi sotsiaalkaitsevõrgu osana leida paremini üles suure abivajadusega inimesi, kellel mitmes eluvaldkonnas esineva probleemistiku lahendamiseks on vaja multi-professionaalset meeskondlikku lähenemist toetamaks tema taastumist naasmaks igapäeva elu tegevustesse iseseisvana. Vastasel juhul võib abivajajate teenuse hindamisele ligipääsetavusest kõrvale jäämise järgselt probleemistiku süveneda, millest taastumise toetamine võib hiljem riigile palju kallimaks kujuneda. Praegune süsteem võimaldab teenuse osutajal abivajadust hinnata ning tagasisidestada SKAle, kui meeskondliku hindamise tulemusel nähtub, et inimesel siiski kompleksteenuse vajadus puudub.

VTK-s on lk 7 kirjeldatud: **”0-15-aastaste puudega lapse SRT (edaspidi puudega laste SRT) sihtrühmas piisab teenusele saamiseks puude raskusastme olemasolust. Lapsevanema või eestkostja esitatud SRT taotlusele tehakse valdavalt positiivne suunamisotsus (94%). Seega sisulist teenuse vajaduse hindamist teenuse korraldaja ehk SKA tasandil ei toimu.“**

Sotsiaalkindlustusamet (SKA) selgitas viimati 14.02.2024 toimunud infopäeval õigusruumis kehtivaid piiranguid, mis ei võimalda SKA-l teenusele suunamisest keelduda. Varasematel aastatel toimunud infopäevadel on SKA välja toonud, et antud erisus laste puhul (kus erinevalt tööealiste sihtgrupist ei tee SKA teenuse vajaduse sisulist hindamist) tuleneb sellest, et SKA hinnangul puudub neil pädevus puuetega laste SRT vajaduse hindamiseks. Seetõttu suunatakse laps SRT-le ja teenuse vajaduse hindamine toimub teenuse osutaja juures meeskondliku hindamise tulemusena teenuse 1001 raames. Meeskondliku hindamise tulemusena fikseeritakse uuring, hinnang ja soovitus rehabilitatsiooniplaanis, kus võib selguda, et laps ei vaja rehabilitatsiooniteenust. Nõustume, et teenusele suunamiseks piisab puude raskusastme olemasolust, kuid kehtiva süsteemi kohaselt on teenuse saamiseks vajalik rehabilitatsioonimeeskonna hinnang teenuse vajaduse kohta.

Ettepanek: Teenusele suunamise vajaduse hindamine on igal juhul oluline ning see võib toimuda kas SKA või teenuse osutaja juures. Juhul kui see toimub teenuse osutaja juures nagu praegusel juhul, siis peaks õigusruum võimaldama SKA-l arvesse võtta teenuse osutaja varasemaid hinnanguid suunamisotsuse väljastamisel või mitte väljastamisel või tühistamisel.

Ka KOV-i poolt suunatud abivajavate laste sihtgrupi puhul on VTK-s kitsaskohana välja toodud: **”Hindamise tulemusena ei otsusta SKA selle üle, milliseid teenuseid laps lähtuvalt enda vajadustest vajab, vaid selle üle, kas on täidetud SRT saamise alused.”** Sarnaselt eelmise punktiga ei oska me näha seda kitsaskohana, kuivõrd SRT vajaduse hindamine on SKA laste sihtgruppide puhul teadlikult delegeerinud SRT osutajatele ehk hindamine tegelikkuses toimub ning

isegi kahel tasandil - nii lastekaitse töötaja poolt enne teenusele suunamist kui ka peale suunamisotsuse väljastamist rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide poolt.

Ettepanek: Näeme peamise kitsaskohana eelpoolmainitud kitsaskohtade asemel lk 8 mainitud, et teenusele jõuab vahel ka lapsi, kes ise või kelle vanemad vajavad SRT asemel üksikteenuseid ning nõustume, et see küsimus vajab lahendamist. Selleks on erinevaid võimalusi, nt kasutades kindlaid hindamisinstrumente ja juhiseid, mida rakendatakse vastavalt kõikides KOV-ides ja SRT osutajate juures. Ühtlasi võiks KOVide hindamisinstrumendis olla välja toodud ja tõendatud, millised üksikteenused või muud sekkumised peavad enne SRT-le suunamist olema läbi proovitud.

VTK lk 8 on välja toodud, et KOVide poolt suunatud abivajava lapse heaolus esinevateks olulisteks puudujääkideks on **pereliikmete omavahelised ebaterved suhted ning lastel esinevad eneseregulatsiooni raskused (agressiivsus vs distantseerumine) ja käitumisprobleemid, mis on tingitud puudulikust vanemlikust toest ja mittetoetavatest peresuhetest. Seega jõuab teenusele lapsi, kes ise või kelle vanemad vajavad SRT asemel üksikteenuseid**

VTKst ega selle lisas 4 toodud graafikust ei selgu, kuidas eelkirjeldatud lapse heaolus esinevad puudujäägid toovad kaasa üksikteenuse vajadusega laste SRT teenusele jõudmise. Meie arusaamisel näitlikustab Lisas 4 toodud statistika just lapse heaolus esinevate probleemide paljusust ning seetõttu kompleksteenuse osutamise vajalikkust. Statistikast pigem võiks järeldada, et teenusele suunatakse multiprobleemsed lapsed, kes vajavad nii ise tuge kui ka nende vanemad nõustamist ja toetamist, et lapse elukeskkond oleks tema individuaalsete vajadustega arvestav. Seetõttu jäävad ülalmainitud VTKs kirjeldatud põhjus-tagajärg seosed ebaselgeteks.

Ettepanek: Palume arusaadavuse huvides tuua VTK teksti selgitavaid seoseid ja viiteid tehtud järelduste kohta.

VTK lk-l 9 alguses välja toodud selgitus tööealise lapse sihtgrupi osas oleme VTKs väljatooduga nõus - süsteem vajab lihtsustamist.

2.3. SRT-l teenusvajaduse hindamine on puudulik ning see ei ole seotud teenuse eesmärkide seadmise ja teenusel läbiviidavate tegevustega ega võimalda hinnata teenuse osutamise tulemuslikkust.

Oleme nõus, et erinevatel tasanditel toimuvate hindamiste, seatavate eesmärkide vahel võiks olla tugevam seos, et tagada ühtlasemalt teenuse kvaliteeti. Samas näeme seda riskikohana ka uue loodava süsteemi puhul, kui täiendavalt ei rakendata meetmeid, mis aitaksid ära hoida p-s 2.1. ja 2.2 kirjeldatud murekohti.

2.4. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste puhul ei ole tagatud, et inimesele osutatava teenuse sisu vastab tema individuaalsetele vajadustele, lähtub parimast teadmisest valdkonnas ning et teenuse osutamine on ühetaoline teenuseosutajate üleselt

Oleme nõus, et teenuse osutamine turul ei ole ühetaoline teenuse üleselt ning see kitsaskoht vajab lahendamist. Ühtset head kvaliteedi tagamist raskendab nõue, et SRT teenuse osutaja peaksid teenindama kõiki sihtgrupe korraga. Praeguse teenuse rahastuse juures ei ole võimalik tagada vajalikul määral erinevaid sihtgrupi spetsiifikatele vajalikke sekkumisi tundvaid ja rakendavaid spetsialiste - neid koolitada, motivatsiooni ja pädevust hoida piisava arvu sihtgrupi klientide näol.

Lk-l 10 on VTKs kirjutatud: **“Rehabilitatsiooniprotsessis on senine rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel, kuid puudub kvaliteetne ja tulemuslik sekkumine.”** Väide tugineb viite kohaselt dokumendile „Tööle saamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013. Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine. Lõppraport.”¹

Viite sisuga põgusalt tutvudes (kui leidsime TalTechi andmebaasidest õige dokumendi) ei leidnud raportist andmeid, mis toetaksid väidet. Dokumendi sissejuhatuses on analoogset probleemistikku esitatud, kuid dokumendi sisu ja analüüs puudutas 13 aastat tagasi (2011. aastal) piloteeritud rehabilitatsiooniprogramme, mida tänasel päeval sisuliselt enam ei rakendata.

Tõime eelpool kirjeldatu murekohana välja, kuna mitmete teenuse osutajate enda kogutud tagasiside klientidelt kinnitab vastupidist VTKs toodud väitele.

Ettepanek: Soodustada SRT osutajatel sihtgrupipõhist spetsialiseerumist, mis võimaldab teenuse osutamisel lähtuda ja hoida valdkonna parimaid praktikaid ja teadmisi ning tagab oluliselt kvaliteetsema ja tulemuslikuma sekkumise.

2.5. Praegune rehabilitatsiooniteenuste korraldus ei taga sihtrühma vajadustele vastavat teenuse osutamist, kvaliteeti ning arengut.

Oleme nõus mitmete punktis välja toodud kitsaskohtadega. Peamise raskuskohana näeme teenuse osutajatena **teenuse hinnastamismudelit, mis ei taga teenuse kvaliteeti** (lk 12).

2.6. Rehabilitatsiooniteenuste andmevahetus ei taga sujuvat teenuseosutamist, sh valdkondade üleselt. Olemasolev andmevahetus ning puudulikud infotehnoloogilised lahendused ei taga inimese vaatest sujuvat teenuse korraldust alates abivajaduse märkamisest ning proaktiivsest toe pakkumisest kuni teenuse tulemuslikkuse ja mõju hindamiseni nii üksikisiku kui teenusekorraldaja tasandil.

Oleme nõus punktis välja toodud lahendamist vajavate probleemkohtadega.

2.7. Laste vanuse erinevamine erinevates seadustes põhjustab laste ebavõrdse kohtlemise

Oleme nõus punktis välja toodud kitsaskohaga ning see vajab lahendamist.

¹ Ligi pääsetud 01.03.2024 internetis lingilt: <https://pdfslide.tips/documents/toeoesaamist-toetavate-rehabilitatsiooniprogrammide-pakkumine-.html?page=1>

3. REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE REGULATIIVSED MUUDATUSED

Aja kokkuhoiu eesmärgil toome alljärgnevalt välja peamised ohu- ja riskikohad, millele soovime tähelepanu juhtida ning mille puhul peame hädavajalikuks leida ja rakendada meetmeid nende maandamiseks.

3.1. Korraldada tervishoiusüsteemi kaudu teenuste osutamine inimestele, kes terviseprobleemist tingitud abivajaduse tõttu vajavad toetavaid, rehabiliteerivaid üksikteenuseid või rehabiliteerivaid sekkumisi

Oleme väga nõus välja pakutuda - taastumist toetavate teenuste rahastuse ja bürokraatia ühtsetele põhimõtetele viimine lihtsustab süsteemi kõikidele osapooltele.

Segaseks jääb kõne all oleva **eelarve suurus**, mis liiguks üle tervishoiuvaldkonda. Selle tööme täpsemalt välja käesolevas dokumendis p-s 1.1.

Täiendava murekohana näeme, et kuivõrd praegune VTK on keskendunud terviseseisundist tuleneva abivajadusega inimeste toetamisele läbi tervishoiusüsteemi ning on **oht et abist jääb kõrvale üks osa tänasest SRT sihtgrupist** - KOVi poolt suunatud abivajav laps ja nende võrgustik. Paljudel juhtudel on ka selle sihtgrupi puhul tegemist terviseprobleemidest toimetulekupiirangutega, kuid sageli jõuavad nad tervishoiusüsteemi läbi SRT spetsialistide soovitusel ning saavad alles siis vajalikul määral uuritud ja hinnatud ning tihti ka diagnoositud. See tähendab, et VTKs kirjeldatu kohaselt jääb sellele sihtgrupile VTK 3.1 punktis kirjeldatud teenused kättesaamatuks. Tegemist on kõrge abivajadusega sihtgrupiga, kellel on juba eelnevalt olnud tihe kokkupuude tugiteenustega KOVi ja haridussüsteemi tasandil, kuid kelle abivajaduse all ei ole osatud näha terviseprobleeme ning neid õigeaegselt tervishoiusüsteemi suunata.

Kolmanda murekohana näeme VTK ettepanekut, mille kohaselt **lisanduks tervishoiutöötaja töökohustuste hulka** lisaks diagnoosimisele ka kohustus hinnata inimese terviseseisundist tingitud raskusi igapäevaelus (lk 14: "See tähendab, et tervishoiutöötaja kirjeldab lisaks diagnoosi panemisele inimese vajadusi standardses keeles ning tuvastab ka tema tervisest tuleneva abivajaduse."). Antud ettepanek hõlmaks endas hindamist, mida viiks läbi arst (vm meditsiiniharidusega töötaja), kelle ressursid Eesti tervishoiusüsteemis on niigi piiratud (neid on vähe), kelle väljaõpe ja teenuse hind on riigile kulukas ning kelle oskusi oleks efektiivsem kasutada veelgi sihtotstarbelisemates tegevustes.

Samuti meie praktilise klienditöö kogemusest on välja tulnud, et tihti on inimesed hädas perearstilt ka haiguslehe saamisega, kui on tegemist esmaste tugevate läbipõlemise tunnustega või muude, veel diagnoosimata, vaimse tervise sümptomitega. Ehk paljudel juhtudel on perearstikeskustes **teadlikkus vaimse tervise häiretest ja selle mõjust inimese elule ja toimetulekule madal** ning seetõttu napib esmatasandi tervishoiukeskustes kahjuks ka oskusi ja valmisolekut inimesi selles osas toetada.

Alternatiivina näeme, et inimese ja tema keskkonnast tulenevate **toimetulekupiirajate hindamine ja kaardistamine RFK standardi kohaselt peaks toimuma a) meeskondliku töö tulemusena ja b) kaasates vajadusel nii tervishoiutöötajaid kui tervishoiuteenuste kõrvaliste erialade spetsialiste**, kes osutavad taastumist toetavaid sekkumisi.

RHKst erinevalt on RFK eraldiseisva klassifikaatorina ääretult vajalik inimeste toimetulekupiirajate kaardistamiseks kvantitatiivselt, kuid erinevalt RHKst ei ole RFK oma arengus veel nii üheselt ja objektiivselt selle üksikasutajale tõlgendatav. Et saaksime riigis paremini tagada RFK “keeles” edastatud **andmete üheväärsust ja kvaliteeti ning hoida, ühtlustada ja arendada RFK kasutusharjumust** valdkonnas, on meeskondlik hindamine ja tulemuste RFK “keelde tõlkimine” hädavajalik. Samuti on hindamise läbiviimine ja RFK “keelde” tõlkimine ühe inimese poolt kindlasti ebaobjektiivsem kui meeskondliku hindamise tulemus.

Samuti ei selgu, kes hakkaks meditsiinisüsteemis (tervishoiuasutustes) **teenuseid koordineerima**. Abi vajava inimese teenuste vajadus võib tihti ja kiirelt muutuda ning sellega kaasneb oluline ja märgatav töökoormuse maht. See on mahukas ja väga laialdasi teadmisi (vaimne tervis, teenuste süsteem, sotsiaalhoolekanne, lastekaitse, laiem seadusandlus jne) nõudev ning **reaalsete muudatuste/tulemuste saavutamise seisukohalt äärmiselt oluline töö**. Meditsiinipersonal sellega ilmselgelt tegeleda ei jõua ega oska. Teenuste koordineerimise / juhtumikorraldusliku töö vajalikkust on kinnitanud lisaks teadustöödele k erinevate riigi ja KOVi tasandil läbi viidud/viidavate (pilot-) projektide tulemused, nagu ISTE projekt, TUKI (integreeritud tugiteenuste koostöömudel), “Erivajadustega lastele suunatud integreeritud teenuste mudel”, „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine kohalikul tasandil“ jpt.

Neljanda ohukohana näeme **kompleksse või spetsiifilise abivajadusega inimestele nende terviseseisundist tulenevate (rehabiliteerivate) sekkumiste loomisega kaasnevat**. Spetsiifiliste sekkumiste loomise riskikohtadena näeme liigset sihtgrupi kriteeriumite jäikust/piiratust ning sekkumiste sisest vähest paindlikkust kliendi terviseseisundi muutuste korral. Riik on piloteerinud ja katsetanud spetsiifilisi rehabilitatsiooniprogramme, mis samuti on põhinenud tõenduspõhistel meetodikatel, kuid nende rakendamine praktikas jäi väga tagasihoidlikuks ning ka piiravaks (nii sihtgrupi valikul kui ka sihtgrupi jaoks vähe paindlikuks/kohandatavaks vastavalt indiviidi vajadustele). Samuti on uute sekkumiste välja arendamisel oht, et varasemalt riigi poolt välja arendatud ning end **praktikas õigustanud tõenduspõhised meetodikad**, mille osas paljud valdkonna töötajad on koolitatud, jäävad tagaplaanile ning nende rakendamine taandub.

Niisamuti ei ole meile teadaolevalt tõenduspõhisust saanud uskumine, et täpselt samade terviseseisundite ravimiseks ja osaluspiirangute taastamiseks eksisteerib üksainus lineaarne järgnevus (VTK: lk 15) sekkumistest, mis oleks tõhus igale selle sümptomaatikaga inimesele. Meie hinnangul võib selline lähenemine hoopis teenuse kvaliteeti halvendada ning tegelikult vähem kliendikeskseks. Enamikest, eriti vaimse tervise keerukustest, nagu ka kroonilistest haigustest **taastumise faasid on tõenduspõhiselt tsüklilised ning millega kaasnevad korduvad tagasilangused**.

Teadusuuringud kinnitavad, et **taastumist toetavate lahendustena töötavad eelkõige inimese isiksusega kooskõlas olevad sekkumised, mis sobituvad inimese väärtussüsteemi ja maailmapilti**. Nt dialektiline käitumisteraapia (DKT) on ainult üheks sobivaks lahenduseks kõrge suitsiidiriski ja ennast kahjustava käitumisega sihtgrupi puhul. Oma range struktureerituse, korrapärase reeglistiku ja kõrgete nõudmistega kodus rakendatavatele harjutustele ei ole DKT kindlasti kõigile sobiv ega jõukohane. Paljudele kõrge suitsiidiriskiga inimestele on abiks teistsugused sekkumised ning võimalus erinevaid lähenemisi proovida kuni toimiva teenuse (sh seda osutava spetsialisti) leidmiseni. Selline erinevate teenuste katsetamine võib tihti juba iseenesest olla inimesele jõustava iseloomuga - omada valikut ja kontrolli olukorras, kus elu kriiside tulemusena seda tihti ei tunnetata.

Segadust tekitavad VTK lk 15 joonisel nr 4 välja toodud **sekkumiste tõukepunktide sisu**. Palume võimalusel nendele **mõistetele/märksõnadele selgitusi**, keda konkreetselt on iga sihtgrupi all, on

mõeldud (näiteks millist sihtgruppi on mõeldud meelepuude all; keda mõeldakse krooniliste haigete all, sest suur osa terviseseisunditest võivad olla mh ka kroonilised) ning kas kahes nimetatud sihtgrupis võib esineda ka kattuvusi. Samuti palume täpsustust või võimalusel **viidet, millele tuginedes on antud jaotus VTKs valitud** tulevaste sekkumiste arendamise aluseks. Võimalusel palume lihtsuse huvides kasutada valdkonnas juba kasutusel olevaid ja juurdunud mõisteid sihtgruppidele viitamiseks, et vältida niigi muutuvas süsteemis täiendavat segadust ja aidata hoida spetsialistide fookust sisulisel klienditööl.

VTKs lk 16 on välja toodud, et muudatuste elluviimiseks tuleb vajadusel kaaluda eraldi riskikäitumisele suunatud täiendavate teenuste arendamist ja kasutuselevõttu kas SKA või KOV poolt pakutava teenusena. Peame seda väga oluliseks ning ühe alternatiivina soovitame kaaluda ka praeguse SRT allesjätmist selle sihtgrupi jaoks viies sisse vajalikke muudatusi teenuse tõhustamiseks. Täiendavalt võib kaaluda kõige viimase aja tõenduspõhiste sekkumiste maale toomist riskikäitumisega noortele ja täiskasvanutele, et vähendada vaimse tervise kriisi kääre pakkumise ja nõudluse vahel. Üks nendest on Berni ülikooli laste- ja noorukite osakonna juhataja ja psühhiaatri prof Michael Kaess'i poolt juhitud teadusgrupi poolt uuritav *The Cutting Down Programme*², mis koondab endas dialektilise käitumisteraapia ja kognitiivse käitumisteraapia põhitõdesid tavainimesele arusaadavas keeles. Programmi eesmärk on jõuda riskikäitumise asemel ennetuseni ning mudeli esimesed tõestuspõhised uuringud on näidanud kõrget tõhusust. Arendamisel on ka online-keskkond, et toetada näost-näkku teraapia järjekorras olevate inimeste toimetulekut.

3.2. Tagada 0-17 aastaste puudega lastele ühetaoline tugi, määratledes lapse vanuse erinevates puudega lapse õigusi tagavates seadustes ühesuguselt

Peame põhjendatuks riigi ja KOVi poolt pakutava abi andmise aluseks oleva lapse käsitlemise vanusepiiri ühtlustamist seadustes ning ettepanekuna võiks VTKs võtta aluseks perekonnaseaduses §-le 97 sätestatu. Tuginedes perekonnaseaduse §-le 97 "Ülalpidamist saama õigustatud isikud", siis laps võiks olla defineeritud alaealise lapsena või lapsena, kes täisealisena omandab põhi-, kesk- või kõrgharidust või õpib kutseõppe tasemeõppes, kuid mitte kauem kui 21-aastaseks saamiseni³.

² Taylor, L., Simic, M., Schmidt, U., 2022. *Cutting Down. An Evidence-based CBT Workbook for Treating Young People Who Self-harm*. Ligipääsetud internetis, 04.03.2024, aadressil:

<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003163046/cutting-lucy-taylor-mima-simic-ulrike-schmidt>

³ <https://www.riigiteataja.ee/akt/13330603?leiaKehtiv#para97>

4. VÕIMALIKUD MITTEREGULATIIVSED LAHENDUSED

Peame VTKs väljatoodud kavandatavaid mitteregulatiivseid muudatusi antud kontekstis olulisteks.

Täiendavalt näeme vajadust kõiki reformi puudutavate erialaspetsialistide väljaõppe õppekavade ülevaatamist ja täiendamist, jättes välja kompleksseid rehabilitatsioonimeetodikaid puudutavad ained (nt juhtumikorraldus, CARE meetodika jm) ja lisades RFK alaseid teadmisi selle rakendamiseks ning hindamiskompetentsi tõstmiseks vajalikke oskusi tervikuna.

VTKs ei selgu planeeritav meeskonnatöö osakaal teenuste integreerimise ja “ravimeeskondliku” lähenemise toetamisel kliendi jaoks. Juhul kui plaanitavate muudatuste raames on plaanis vähendada meeskonnatööd ja kompleksset teenuste osutamist nagu VTKd lugedes välja joondub, siis peame mitteregulatiivse lahendusena erialaspetsialistide läbipõlemise ja valdkonnast lahkumise vältimiseks ressurside suunamist riiklikke ja KOV tasandi erialasest ja erialaüleste supervisioonide läbiviimiseks ja süsteemi arendamiseks. Seda vältimaks käesolevalt tervishoiusüsteemis toimuvat, kus meditsiinitöötajate lahkumise põhjuseks on suur ülekoormus⁴ ja uuringute järgi ka tugev hierarhia arstide ja teiste tervishoiu valdkonna spetsialistide vahel.

⁴ Tohver, P., 2023. *ERIARST* | „Tükk aega ei naeratanud ma enam üldse.“ Üha rohkem Eesti arste viskab oma kitti varna, Delfi. Ligipääsetud internetis 04.03.2024, aadressil: <https://epl.delfi.ee/artikkel/120256665/eriartst-tukk-aega-ei-naeratanud-ma-enam-uldse-uha-rohkem-eesti-arste-viskab-oma-kitti-varna>

5. KAVANDATAVATE REGULATIIVSETE MUUDATUSTE MÕJUD

Kui võrrelda mõju käesolevas mõju peatükis välja toodud sihtgrupi suurus ning aastal 2022 SRTd saavate inimeste hulka, siis näeme ohukohana teenuste kättesaadavuse olulist langemist. Seda neljal põhjusel:

- A. praegused SRTle kuluvad rahalised vahendid jaotuvad ümber oluliselt suuremale sihtgrupile (sh jääb segaseks VTKs välja toodud põhjendus, miks võiks tulevikus piisata üksikteenusest kompleksteenusevajaduse ära hoidmiseks, kui seni teenusele jõudnud inimestel ei ole üksikteenusest piisanud ning abi saamise süsteemi sisenemise võimalusi ehk potentsiaalseid abivajaduse märkajaid ja hindajaid on praeguse süsteemi puhul rohkem);
- B. tervishoiuvaldkonnas on spetsialistide teenustundide hinnad võrreldes SRT spetsialistide hindadega ligikaudu 1.5x kõrgemad, mis tähendab omakorda 1.5x väiksemat teenuste mahtu, sh abi saavate inimeste hulka;
- C. tervishoiuasutustel ei pruugi olla soovi ega ka võimalusi (nt ei ole piisavalt vabu tööruume, täiendava halduskoormuse võimekust jms) värvata rehabilitatsioonivaldkonnast vabanenud spetsialiste, kes oleks valmis (sh piisava väljaõppe, kogemuste ning pädevusega) tervishoiu valdkonnas teenuse osutamist jätkama. Sellisel juhul jääb hulk väljaõppinud spetsialistide ressursse tervishoiuteenuste raames kasutamata, mis tähendab jälle teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse olulist langust;
- D. tänased rehabilitatsiooniteenuse osutajad ei pruugi olla võimelised saama enda tegevuskohale tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikku luba, ega suuda võimaldada endale uusi paremini varustatud ja tervishoiuteenuste nõuetele vastavaid ruume, mis on tihti paraku ka kallimad. See tähendab taas teenuste kättesaadavuse märgatavat langust, kuna teenuse osutajaid jääb vähemaks.