



SOTSIAALMINISTEERIUM

# TÖÖVÕIME HINDAMISE METOODIKA PILOTEERIMISE TULEMUSTE ANALÜÜS

Mari Kreitzberg

Kristiina Kamenik

Hede Sinisaar

Sotsiaalministeerium 2015

## Sisukord

Lühendid .....	5
1. Sissejuhatus .....	6
2. Analüüsi eesmärk ja uurimusküsimused .....	8
3. Metoodika ja valimi kirjeldus .....	9
3.1 Metoodika .....	9
3.2 Valimi kirjeldus .....	10
4. Tulemused .....	13
4.1 Töövõime hindamise taotlemine .....	13
4.1.1 Töövõime hindamise taotluse täitmise/esitamise viis.....	13
4.1.2 Taotluse täitmiseks ja esitamiseks kulunud aeg.....	14
4.1.3 Taotlusvormi arusaadavus.....	15
4.1.3.1 Taotlusvormi ülesehitus .....	16
4.1.3.2 Sõnastusest ja küsimustest arusaadavus.....	17
4.1.3.3 Küsimustiku vormistus .....	18
4.1.4 Töövõime hindamise taotluse küsimuste asjakohasus töövõime hindamiseks ülevaate saamiseks .....	19
4.1.4.1 Terviseseisundi ja tegutsemis- ja osaluspiirangute kirjeldamine .....	20
4.1.5 Töövõime hindamise taotlemise kokkuvõte .....	22
4.2 Töövõime hindamine.....	24
4.2.1 Piloteerimisel läbi viidud töövõime hindamiste tulemuste statistiline ülevaade.....	24
4.2.1.1 Töövõimet välistavad seisundid .....	24
4.2.1.2 Hinnang tegutsemis- ja osaluspiirangutele .....	25
4.2.1.3 Hinnang töövõimelisusele ja kestvusele.....	27
4.2.1.4 Töövõime kestvuse hinnang.....	29
4.2.1.5 Soovitused töötingimustele .....	32
4.2.1.6 Hinnang abivahendi vajadusele .....	33
4.2.1.7 Hinnang tööalase rehabilitatsiooni vajadusele .....	34
4.2.2 Ekspertiisvormi ja hinnangu kokkuvõtte arusaadavus.....	35
4.2.3 Taotluse- ja ekspertiisvormi vastavus ja kooskõla .....	37
4.2.4 Metoodika asjakohasus inimese terviseseisundist tuleneva töövõime, sh eri valdkondade tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamiseks .....	37

4.2.5 Töövõime hindamise metoodika arusaadavus ja töövõime hindamine .....	39
4.2.5.1 Metoodika rakendamisel esinenud probleemid.....	39
4.2.5.2 Hindamiste tulemuste formuleerimine.....	41
4.2.5.3 Hindamisskaalade sobilikkus ja asjakohasus.....	41
4.2.6 Hindamisviiside toimivus .....	41
4.2.6.1 Täiendava visiidipõhise hindamise tulemused.....	42
4.2.7 TIS-i andmete piisavus töövõime hindamiseks.....	45
4.2.7.1 TIS andmete piisavus dokumendipõhise või visiidipõhise hindamise läbiviimiseks .....	45
4.2.7.2 Kas TIS andmestikku kasutamine töövõime hindamiseks oli mugav? .....	47
4.2.8 Töövõime hindamise kokkuvõte .....	48
4.3 Ekspert hinnangu alusel töövõime ulatuse otsuse tegemine .....	49
4.3.1 Ekspert hinnangu asjakohasus töövõime ulatuse otsuse koostamiseks .....	49
4.3.1.1 Ekspertarstist sõltumatud probleemid.....	50
4.3.1.2 Ekspertarstidest sõltuvad probleemid.....	51
4.3.2 Hindamata jätmise põhjused .....	54
4.3.3 Ekspertiisi käigus antud hinnangute ja soovitude kasutamine TK klientide nõustamisel ja neile tööturuteenuste osutamisel .....	54
4.3.3.1 Ekspertiisi käigus antud hinnangute asjakohasus.....	54
4.3.3.2 Ekspertiisi käigus antud rehabilitatsiooni, abivahendite ja töötingimuste soovitude asjakohasus.....	55
4.3.4 Töövõime ulatuse otsuse koostamise kokkuvõte.....	56
4.4. Koolituste ja juhendite asjakohasus .....	58
4.4.1 Koolituste ja juhendite asjakohasus töövõime hindamise taotluse täitmiseks .....	58
4.4.2 Koolituste ja juhendite asjakohasus töövõime hindamise läbiviimiseks .....	58
4.4.3 Koolituse ja juhendite kokkuvõte.....	60
5. Kokkuvõte .....	61
5.1 Taotlemine .....	61
5.2 Töövõime hindamine.....	62
5.2 Töövõime hindamise otsus .....	63
5.4 Koolituste ja juhendite asjakohasus .....	64
6. Töövõime hindamise metoodika piloteerimise tagasisidest tulenevate ettepanekute realiseerimine.....	65

Kasutatud kirjandus .....	67
Lisa 1. Hindamisprotsessi parendusettepanekud .....	68
Lisa 2. Piloteerimisel osalenute statistiline ülevaade .....	73
A1. Valimi üldkirjeldus .....	73
A2. Vanuseline jaotus .....	74
A3. Sooline jaotus .....	75
A4. Maakondlik jaotus .....	75
A5. Kehtiva püsiva töövõimekao ulatuse järgi jaotus .....	76
A6. Puude raskusastme kehtiva otsuse ja määratud puude liigi järgi jaotus .....	77
A7. Hõiveseisund ja töökogemuse olemasolu .....	78
A8. Mittetöötavate töökogemus ja mittetöötamise selgitused .....	79
A9. Tervisest tulenevate raskuste esinemine tööülesannete täitmisel .....	80
A10. Abivahendi ja teise inimese abi kasutamine ning rehabilitatsiooniplaani olemasolu taotlejatel .....	81
A11. Taotlusele lisatud võrgustiku kontaktid .....	82

## Lühendid

Astangu KRK	– Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus
EPIK	– Eesti Puuetega Inimeste Koda
E-Tervise SA	– Eesti E-tervise Sihtasutus
EUMASS	– Euroopa Meditsiini- ja Sotsiaalkindlustuse Ühendus
ISO	– Rahvusvaheline Standardiorganisatsioon
MISP2	– X-tee portaal TIS-ist digiloo päringute tegemiseks
O*NET	– Võimete ja tööõuete klassifikaator
RFK	– Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon
RHK	– Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon
SKA	– Sotsiaalkindlustusamet
TIS	– Terviseinfosüsteem
TK	– Töötukassa
TÖR	– Töötamise register

## 1. Sissejuhatus

Vähenenud töövõimega inimeste elus ja tööl hakkamasaamist parandava töövõimereformi ühe olulise nurgakivina võttis riigikogu eelmise aasta novembris vastu töövõimetoetuse seaduse. Sama protsessi osana töötasid Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi esindajad välja töövõime ulatuse hindamise meetodika, mis läbis 2014. aasta lõpus ja 2015. aasta alguses testi (toimivuse ja rakendatavuse pilootuuringu). Viimase tulemusi ka käesolev raport kirjeldab ja analüüsib.

Reformi käigus hakkab riik hindama tänase töövõimekaotuse protsendi määramise asemel tervisekahjustusega inimese järelejäänud töövõimet. Hindamise fookuses on tuvastada, mida suudavad terviseprobleemidega või vähenenud töövõimega inimesed teha, samuti aidatakse neil leida sobiv töö ja saavutada tugevam positsioon tööturul. Tulemusena on neil võimalik teenida kindlat sissetulekut ja paremini endaga hakkama saada, kuid paraneb ka võimalus ennast teostada ja ühiskonnas osaleda (kaasatus).

Lisaks hindamise objektile muutub selle eesmärk – senise töö või viimase töökoha piirangute tuvastamise asemel hakatakse hindama, millised tööd ja töötingimused põhimõtteliselt konkreetsele inimesele tema erivajadusi arvestades sobivad. Muutub ka haldav asutus – praeguse töövõimetususe hindamise puhul on see sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA), uutes oludes juba töötukassa (TK).

Eelkirjeldatud muudatused tähendavad nii inimesele kui riigile ümberkorraldusi ja -harjumisi – kuulub ju sihtrühma enam kui 100 000 inimest. Võimalikult sujuv ja eesmärgipärane uuele hindamissüsteemile üleminek eeldab, et õigeaegselt on valminud uus meetodika, võimalikult elulähedastes oludes on testitud sellel põhineva tööprotsessi erinevad osad ning protsessis osalema hakkavad spetsialistid on läbinud vajaliku koolituse (TK ja SKA juhtumikorraldajad, ekspertiise läbiviivad tervishoiutöötajad ja nende meeskonnad).

Töövõime hindamise meetodika uued alused valmisid juba 2013. aastal<sup>1</sup> Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi<sup>2</sup> juhtimisel. Lisaks töötervishoiuarstidele osalesid selle koostamisel ekspertidena taastusarstid Varje-Riin Tuulik ja Tiina Tammik, perearst Katrin Martinson, psühhiaater Evi Marie Nurk ning tervishoiuanalüütik Ain Aaviksoo. Meetodika väljatöötajad analüüsisid erinevates riikides<sup>3</sup> rakendatavaid töövõime vahetu hindamise põhimõtteid ja hindamisinstrumente. Täiendavalt konsulteerisid nad erinevate<sup>4</sup> riikide töövõime hindamise valdkonna spetsialistidega ning Euroopa Meditsiini- ja Sotsiaalkindlustuse Ühenduse (EUMASS) asjatundjatega. Töövõime hindamise meetodika<sup>5</sup> lõppraporti kohaselt:

1) põhineb meetodika rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonil (RFK);

<sup>1</sup> Eesti Töötervishoiuarstide Selts. (2013). *Tööealise tervisekahjustusega isiku töövõime hindamise meetodika*. [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovõimereform/Uus\\_toovõime\\_toetamise\\_süsteem/toeovoime\\_hindamise\\_meetodika\\_2013.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovõimereform/Uus_toovõime_toetamise_süsteem/toeovoime_hindamise_meetodika_2013.pdf)

<sup>2</sup> Meeskonna moodustasid töötervishoiuarstid: Evelyn Aaviksoo, Anneli Einroos, Ülle Lahe, Tiia Piho, Viive Pille, Karin Sarapuu, Ahe Vilks.

<sup>3</sup> Holland, Suurbritannia, Island, Austraalia, Soome, Rootsi ja Eesti.

<sup>4</sup> Holland, Soome, Rootsi, Läti.

<sup>5</sup> Meetodika koostamise käigus viidi meetodika koostajate poolt 2014. aastal läbi meetodika Eestis rakendatavuse hindamiseks meetodika esialgne testimine, mille tulemusena täiendati meetodika materjale.

2) on kooskõlas Euroopa Meditsiini- ja Sotsiaalkindlustuse Ühenduse (EUMASS) soovustega<sup>6</sup> ja baseerub nn 20 võtmetegevuste (RFK alusel) kogumil, mille valiku aluseks on rahvusvaheline konsensus ja mida on valideeritud erinevates uuringutes<sup>7</sup>;

3) keskendub inimese tegutsemis- ja sooritusvõimele. Hindamine toimub taotleja esitatud taotluse põhjal ning töövõime hindamisel võetakse arvesse inimese terviseseisundit, talitluslikku võimekust ning sellest tulenevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid, nende prognoosi ja eeldatavat kestvust. Talitluslikku võimekust hinnatakse seitsmes valdkonnas (liikumine; käeline tegevus; suhtlemine: nägemine, kuulmine, kõnelemine; teadvusel püsimine ja enesehooldus; õppimine ja tegevuste elluviimine; muutustega kohanemine ja ohu tajumine; inimestevaheline lävimine ja suhted);

4) hinnang taotleja töövõimelisuse kohta jaguneb kolmeks: töövõimeline, osaliselt töövõimeline või töövõimetu.

Uus meetodika ja sellele tuginev tööprotsess sai testitud 2014. aasta 17. novembrist 2015. aasta 31. märtsini. Eesmärk oli teada saada, kuidas näeb võimalikult elulähedastes oludes välja töövõime hindamise taotluse esitamine, sellele järgnev hindamisprotsess ja otsusetegemine. Lisaks meetodika sisu ja rakendatavuse testimisele oli fookuses spetsialistide ettevalmistuse piisavus ja asjakohasus, et saada teada, millist laadi koolitusi ning juhendmaterjale spetsialistidele koostada. Uuringus osales 275 inimest, kellega saadi kontakt TK, SKA ja Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse (edaspidi Astangu KRK) klientide seast ning Eesti Puuetega Inimeste Koja (EPIK) kaudu.

Testimine toimus küll reaalelulistest tingimustes, kuid kuna selle fookuses oli meetodika protsess, mitte isikud, ei ole tulemused kogu sihtrühmale laiendatavad. Testi eesmärk oli kaardistada võimalikult suur hulk kitsaskohti ja seeläbi ennetada probleeme hindamise päriselus rakendamisel. Testi tulemused, saadud ettepanekud ning käesolev raport koos sihtrühmade tagasisidega on aluseks töövõime hindamise protsessi parandamisele, et see 2016. aasta teisel poolaastal võimalikult edukalt rakenduks.

Analüüsi koostajad tänavad Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti töötajaid esitatud kommentaaride eest ning Sotsiaalministeeriumi erinevate osakondade töötajaid, kes aitasid kaasa käesoleva töö valmimisele ning hindamisprotsessi parendusettepanekute lisamisele (vt 6. osa).

---

<sup>6</sup> EUMASS'i *core set* kasutatakse töövõime hindamisel eri tõlgendustena enamuses EU riikides vastavalt iga riigi oma hindamismetoodikale. (Eesti Töötervishoiuarstide Selts 2013).

<sup>7</sup> Anner, J; Brage, S; Donceel, P; Falez, F; Freudenstein, R; Oancea C, De Boer WEL. (2013). *Validation of the EUMASS Core Set for medical evaluation of work disability*. Disability and Rehabilitation 2013;35(25):2147-56.  
Brage, S; Donceel, P; Falez, F. (2008). *Development of ICF core set for disability evaluation in social security*. Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Disability and Rehabilitation. 2008;30(18):1392-6.

## 2. Analüüsi eesmärk ja uurimusküsimused

Analüüsi eesmärgiks on kirjeldada meetodika rakendatavust<sup>8, 9</sup>. Sellest aspektist lähtuvalt testiti erinevaid meetodika instrumente (taotlusvorm, ekspertiisivorm, hinnangu kokkuvõtte vorm). Samuti on eesmärgiks välja tuua esinenud hinnangud terviseinfosüsteemi (edaspidi TIS) andmete kasutatavuses infoallikana ning analüüsida spetsialistide hinnanguid meetodika kasutamise koolituste asjakohasuse ja piisavuse kohta. Analüüsis välja toodud kitsaskohad ja ettepanekud on aluseks meetodika ning hindamiseprotsessi parendusettepanekutele (vt osa 6 ja lisa 1).

Analüüs kirjeldab ja hindab töövõime hindamise meetodika piloteerimise tulemusi alljärgnevate valdkondade ja uurimisküsimuste lõikes:

### Töövõime hindamise taotlemine:

1. Kas meetodikas kasutatav taotlusvorm on arusaadav?
2. Kas taotlusvormil olevad küsimused võimaldavad kirjeldada piisavalt taotleja terviseseisundist tulevaid piiranguid ja toetavad piisavalt ekspertiisi läbiviimist?

### Töövõime hindamine:

3. Kas meetodikas kasutatav ekspertiisivorm, sh hinnangu kokkuvõte on arusaadav?
4. Kas meetodikas kasutatav taotlusvorm ja ekspertiisivorm on omavahel kooskõlas ja vastavuses?
5. Kas meetodika võimaldab hinnata ja välja tuua inimese terviseseisundist tulenevat võimekust ja takistusi erinevates valdkondades arvestades inimese tegevus- ja osaluspiiranguid?
6. Kas hindamisviisid (dokumendipõhine vs visiidipõhine) toimivad ootuspäraselt (dokumendipõhine hindamine TIS andmetele toetudes võimaldab anda adekvaatse hinnangu ning visiidipõhine hindamine kõrvaldab taotleja ja TIS andmetes ilmnunud vastuolud)?
7. Kas töövõime hindamiseks on terviseinfosüsteemi TIS andmestikust väljastatavad andmed piisavad?

### Töövõime hindamise otsus:

8. Kas eksperthinnang<sup>10</sup> ekspertiisivormi kokkuvõttel annab TK-le piisavat ja kvaliteetset infot töövõime ulatuse kohta hindamisotsuse tegemiseks?
9. Kas eksperthinnang ja selles sisalduvad soovitusel annavad inimese vajadustega kooskõlas infot TK-le inimese tööotsingute nõustamiseks ja tööle saamiseks vajalike tööturuteenuste osutamiseks?

### Töövõime hindamise meetodika kasutamise koolituste ja juhendite piisavus ja asjakohasus:

10. Kas TK juhtumikorraldajad ja SKA klienditeenindajad said vajalikud teadmised intervjuude läbiviimiseks ja taotluste täitmiseks?
11. Kas ekspertarstid said vajalikud teadmised töövõime hindamise läbiviimiseks?

<sup>8</sup> Töövõime hindamise meetodika piloteerimise raames läbi viidud puude liigi ja raskusastme määramise testimist ja selle tulemusi analüüsitakse eraldi.

<sup>9</sup> Analüüsis ei hinnata töövõime hindamise kvaliteeti.

<sup>10</sup> Analüüsi koostamise ajaks kokkulepitud mõisteks on „eksperdiarvamus“. Kuna piloteerimisel kasutati mõistet „eksperthinnang“, siis kasutatakse analüüsis sünonüümidega mõisteid „eksperthinnang“ ja „eksperdiarvamus“.



### 3. Metoodika ja valimi kirjeldus

#### 3.1 Metoodika

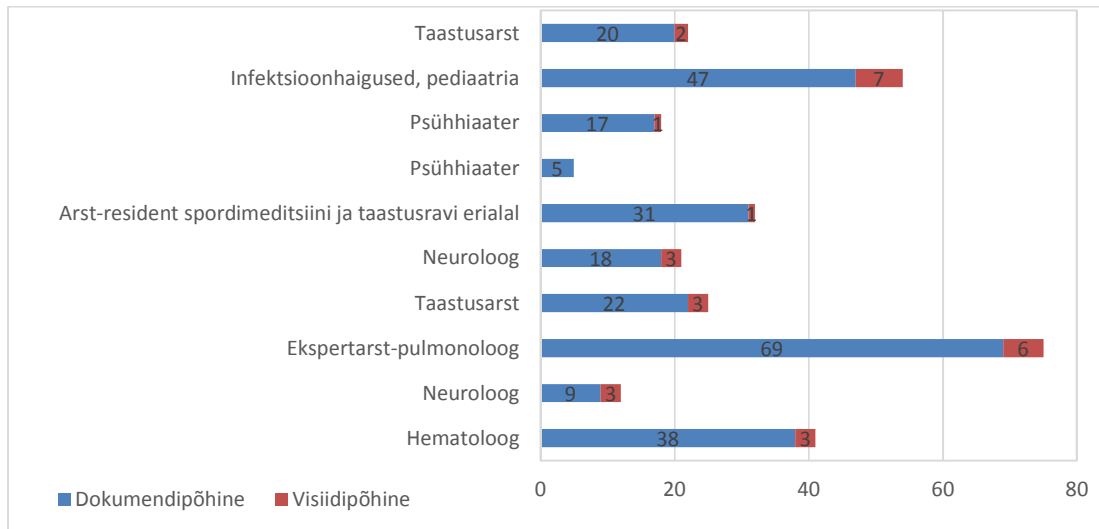
Analüüsi aluseks on metoodika pilootuuringus kogutud andmed. Pilootuuringu andmed koosnevad: taotluse vormi, ekspertiisi vormi, taotleja tagasiside küsimustiku, ekspertarsti tagasiside küsimustiku, juhtumikorraldajate tagasiside küsimustiku ning TK tagasiside kokkuvõtte andmetest. Pilootuuringu raames viidi SKA poolt läbi töövõime hindamise alusel puude määramise testekspertiisid, nende testide tulemused ei ole käesoleva töövõime hindamise piloteerimise analüüsiraporti osa.

Töövõime hindamise taotlejatel paluti pilootuuringus täita taotlejate tagasiside ankeet, mis saadeti kõigile neile taotlejatele, kellel oli taotluses märgitud isiklik e-kirja aadress (kokku 207 inimest) ning neist 102 täitsid tagasiside veebiküsimustiku (täpsemalt vt osa 4.1.1).

Piloteerimisel osales 10 ekspertarsti, kes kõik vastasid ka tagasiside ankeedile. Teenuse osutaja järgi jagunesid ekspertarstid järgmiselt: nii OÜ E.G.U. Erapraksisest kui OÜ Corrigost osales pilootuuringus kaks ekspertarsti, nii Haapsalu NRK-st kui SA Pärnu Haiglast osales kolm ekspertarsti. Erialade lõikes oli nende seas kaks psühhiaatrit, kaks neuroloogi ja kaks taastusravi arsti, ekspertarst-pulmonoloog, infektsioonhaiguste ja pediaatriaarst, hematoloog ning arst-resident spordimeditsiini ja taastusravi erialal.

Tagasiside andnud arstide kogemus ulatus 5-st ekspertiisist kuni 75 ekspertiisini ning kõik peale ühe psühhiaatri viisid läbi vähemalt ühe visiidipõhise hindamise.

**Joonis 1. Ekspertarstid eriala ja läbiviidud ekspertiiside arvu järgi**



Ekspertarstid hindasid kokku 304 juhtumit<sup>11</sup>, millest 148 korral lisasid nad ekspertiisivormi vabateksti väljale kommentaare küsimuste arusaadavuse, metoodika, TIS andmete olemasolu jm muude aspektide kohta. Läbi viidud juhtude seas oli 275 dokumendipõhist ja 29 visiidipõhist ekspertiisi. Hindamisviiside tulemusi kirjeldatakse täpsemalt osas 4.2.6.

TK poolt kaasati töövõime hindamise piloteerimisse 4 piirkonda – Tallinn ja Harjumaa, Tartumaa, Pärnumaa ja Ida-Virumaa. Hindamisintervjuusid viisid läbi 10 TK

<sup>11</sup> Ühe inimese kohta võidi teha mitu hindamist – nt nii visiidipõhine kui dokumendipõhine hindamine. Sellest tulenevalt on hinnatud juhtumite arv suurem kui piloteerimisel osalenute arv.

juhtumikorraldajat, kes intervjuerisid kokku 101 piloteerimise ajal TK-s töötuna registreeritud klienti, kes olid ise valmis ja nõus töövõime hindamise pilootprojektis osalema.

Hindamisintervjuude tulemused koondati TK juhtumikorraldajatega läbi viidud fookusgrupi intervjuu meetodil, kasutades selleks Sotsiaalministeeriumi koostatud ühtset tagasiside küsimustikku. Intervjuul osales 9 juhtumikorraldajat ja 3 TK teenusejuhti.

SKA-st osales pilootuuringus 5 juhtumikorraldajat ja 5 klienditeenindajat. Tagasiside küsimustik saadeti kõigile piloteerimisel osalenud SKA spetsialistidele, kuid tagasiside saadi vaid 3-lt klienditeenindajalt, kes kokku osalesid 12 inimese intervjuerimisel/taotluse täitmisel.

Vastavalt esitatud uurimisküsimustele kombineeriti andmete kogumiseks erinevaid analüüsimeetodeid. Pilootuuringu tulemuste analüüsimiseks kasutati nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid meetodeid. Kuna pilootuuring sisaldab suurel määral kvalitatiivset informatsiooni, kasutati andmete töötlemiseks programmi QDA Miner Lite.

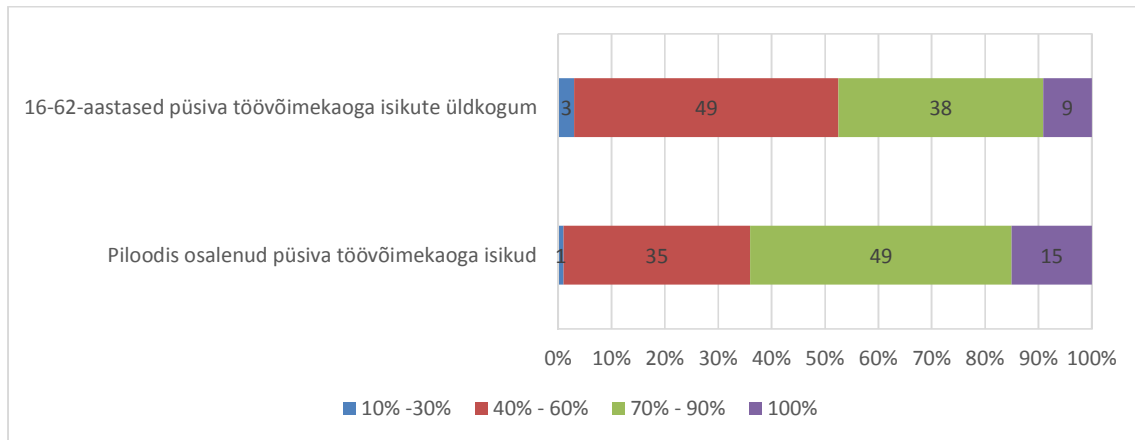
### 3.2 Valimi kirjeldus

Pilootuuringu läbiviimisel oli eesmärk kaasata valimisse erinevaid sihtrühmi nii puude liikide, töövõime kao ulatuse, vanuse kui elukoha lõikes (uuringus osalenute detailsem ülevaade on toodud lisas 2). Sihtrühmad kaasati TK, SKA piirkondlike teeninduspunktide ja Astangu KRK kaudu ning uuringus osalemine oli vabatahtlik.

Testimaks hindamismetoodikat ja protsesse võimalikult erinevates praktikas esineda võivates olukordades püüti valim komplekteerida selliselt, et ta esindaks ülal mainitud tunnuste lõikes võimalikult hästi kõiki püsiva töövõimekaoga inimesi (joonis 2). Mida mitmekesisem on valim, seda enam erisusi ning täpsustamist või parandamist vajavaid kohti meetoodika rakendamise ja protsesside toimivuse juures peaks uuring välja tooma. Kuna valim ei olnud väga suur, osalemine oli vabatahtlik ning kaasamise iseloom soosis keskmisest aktiivsemate sihtrühma esindajate valimisse sattumist, **ei saa valimi kohta tehtavaid järeldusi kanda üle kogu sihtrühmale**, näiteks ei saa kirjeldada töövõime ulatuse muutumist töövõimereformi rakendamisel. **Tulemused** ei ole kaalutud üldkogumile ehk iseloomustavad **üksnes uuringus osalevat valimit**. Eelnev on kooskõlas pilootuuringu ülesandepüstitusega testida hindamisprotsessi, mitte inimesi. Teiseks tuleb tulemuste tõlgendamisel arvestada, et uuringu eesmärk oli kaardistada võimalikult palju erinevaid kitsaskohti, ennetamaks hilisemaid probleeme meetoodika rakendamisel. Seega mõjutasid uuringus ilmnunud erinevad lahendamist vajavad rakenduslikud probleemid osaliselt ka antud töövõime ulatuse hinnanguid.

Üldjuhul ei ole võimalik aja-, raha- või muude ressursside piiratuse tõttu väga suure valimiga piloteerimist läbi viia. Selle pilootuuringu puhul seati eesmärgiks hõlmata vähemalt 4 piirkonda ning kaasata valimisse 100–300 inimest. Tegelik töövõime hindamisse pilootuuringusse kaasatud inimeste arv oli 275.

## Joonis 2. Töövõimekaaga inimeste üldkogumi ja pilootuuringu valimi võrdlus

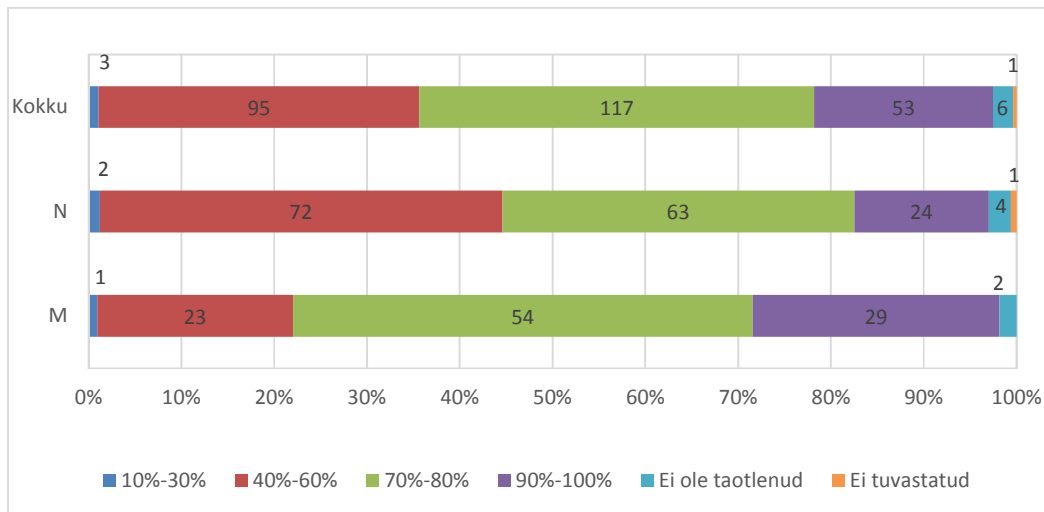


Vanuserühmade järgi oli valimis kõige enam vanemas tööeas (50–62-aastased) inimesi – enam kui kolmandik. Ligi pooled testimisel osalenud jäid vanusvahemikku 25–49 ning 15% olid kuni 24-aastased noored. Valimisse kuulunud noorim taotluse esitaja (taotluse esitamise päeval) oli 16-aastane ja vanim 62-aastane. Samas olid valimis esindatud nii tööga hõivatud kui ka need, kes taotlemise ajal ei töötanud: hõivatuid oli taotluse esitajate seas ligi kolmandik (87 inimest ehk 32% kõigist pilootuuringu osalenutest).

Ligi 40% taotluse esitanutest olid mehed. Kuid, mida noorem vanuserühm, seda suurem oli meeste osatähtsus valimis ning selline sooline jaotus kajastub üldjoontes ka tänase püsiva töövõimekaaga inimeste seas.

Enamus (275-st 268, so ligi 98%) taotluse esitanust olid varasema püsiva töövõimekaotuse otsusega<sup>12</sup>. Valimis osalenud kehtiva püsiva töövõimekaaga inimeste töövõimekao ulatus jäi vahemikku 30%-100%. Pilootuuringus osalenutest 117 inimesel (43%-l) jäi töövõimekao ulatus vahemikku 70%–80% ning 95 inimesel (35%-l) vahemikku 40%–60% (vt joonis 3).

## Joonis 3. Valimi jaotus kehtiva töövõimekaotuse ulatuse ja soo järgi

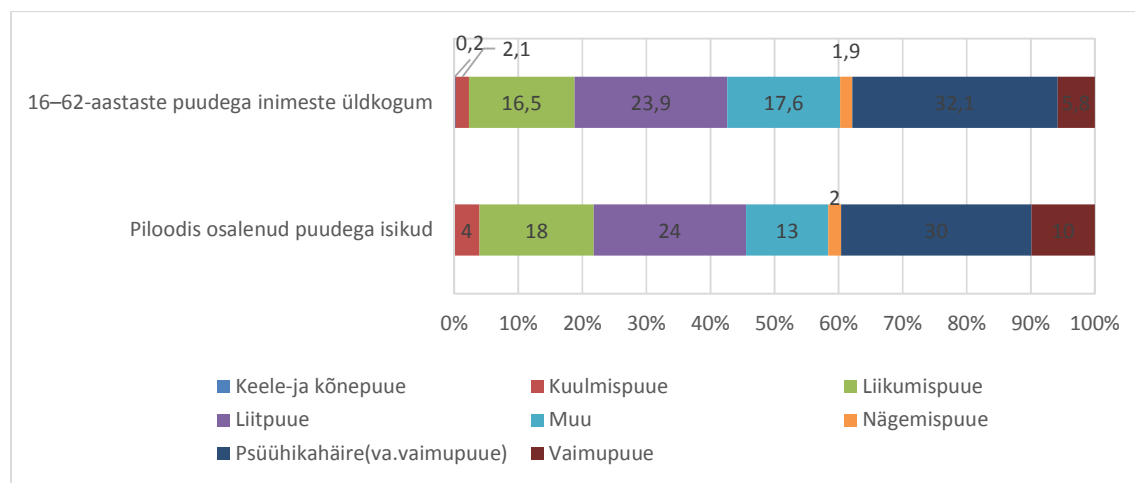


<sup>12</sup> SKA andmetel moodustavad kehtiva püsiva töövõimekaaga 16–62-aastaste seas 70%–80%se töövõimekaaga isikud 34%, 40%–60%se töövõimekaaga isikud 49% ja 90%–100% töövõimekaaga isikud 13%.

Valimis olid esindatud nii puude raskusastme kehtiva otsusega isikud kui ka need, kellel kehtivat puuet ei olnud. Pilootuuringu töövõime hindamise taotluse esitajatest enam kui kahel kolmandikul (70% ehk 194-l inimesel) oli puude raskusastme kehtiv otsus. Raskusastme järgi oli taotlejate seas sagedamini raske puudega isikuid – 94-l isikul, so kolmandikul pilootuuringus osalenutest.

Töövõime hindamise meetodika piloodis olid esindatud kõik puude liigid. Domineeriva puude järgi oli 30% (58 inimesel) pilootuuringus osalenud kehtuva puudega isikutest psüühikahäire. Liitpuudega oli iga neljas pilootuuringus osaleja (46 inimest) ning iga kaheksas oli liikumispuudega (35 inimest). Muu puue oli 25-l inimesel, vaimupuue 19-l, kuulmispuue 7-l ja nägemispuue 3-l inimesel (joonis 4)

**Joonis 4. 16–62-aastaste puudega inimeste üldkogumi ja pilootuuringu valimi võrdlus**



## 4. Tulemused

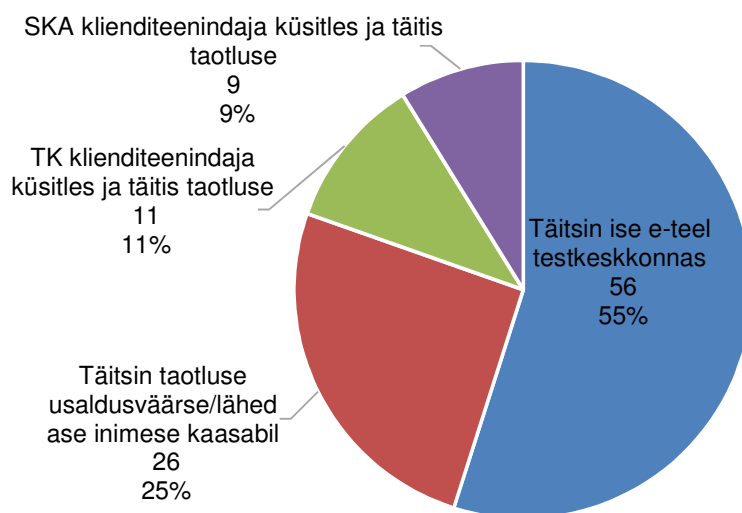
### 4.1 Töövõime hindamise taotlemine

Ekspertiisi läbiviimisel on ekspertarstile esmaseks sisendiks töövõime hindamise taotlus. Töövõime hindamise esimese etapi ehk taotlemise protsessi analüüsimise eesmärgiks on teada saada, kas taotlusvorm ja selle küsimused on arusaadavad ning kas see võimaldab piisavalt kirjeldada terviseseisundist tulenevaid piiranguid (uurimusküsimused 1 ja 2). Lisaks on välja toodud, millisel viisil töövõime hindamise taotlus esitati, kui palju aega kulus täitmisele ning kuidas hinnati TK/SKA abi taotluse küsimuste selgitamisel või täitmisel. Töövõime hindamise taotlemise analüüsimisel on aluseks võetud nii taotlejate kui ka ekspertarstide ja juhtumikorraldajate tagasiside.

#### 4.1.1 Töövõime hindamise taotluse täitmise/esitamise viis

Taotlemise tagasiside küsimustiku täitnud 102-st inimestest<sup>13</sup> veidi enam kui pooled (55% ehk 56 isikut) täitsid töövõime hindamise taotlusvormi elektroonilises testkeskkonnas iseseisvalt, iga neljas (26 isikut) kasutas taotlusvormi täitmisel abiks kedagi usaldusväärset või lähedast isikut. Iga viies tagasisideandja vastas töövõime hindamise taotluse küsimustele SKA või TK klienditeenindaja poolt juhitud küsitluse teel (joonis 5). Kuna piloteerimise üheks eesmärgiks oli hinnata taotluse täitmist intervjuerimise teel, siis seetõttu suunati osad piloodis osalejad klienditeenindusse ning seega ei saa järeldada, et kõik TK-s või SKAs taotluse täitnud vajasisid taotluse täitmisel abi (nt TK klientide puhul täideti taotlus alati intervjuerimise käigus).

**Joonis 5. Töövõime hindamise taotlusvormi täitmise ja esitamise viis tagasiside küsimustikule vastanute seas (N=102)**



Enamik TK juhtumikorraldaja või SKA klienditeenindajaga koos taotlusvormi täitnutest pidas neile antud **selgitusi arusaadavateks ja piisavateks**. Vaid üks SKA kaudu testimisel osalenud inimene ei pidanud seda piisavaks ning ei olnud temale antud selgituste arusaadavusega

<sup>13</sup> Tagasiside küsimustik saadeti 207-le pilootuuringus osalenud inimesele ning neist 102 täitsid tagasiside veebiküsimustiku.

rahul. Teisalt ei olnud tagasisides välja toodud selgitusi ega näiteid, millel tema „EI“ vastus põhines.

Tagasisides viidati ka sellele, et tegelikult ei olnud klienditeenindaja selgitusi vaja. Teisalt ootasid mõned taotlejad, et neilt küsitakse klienditeenindaja poolt põhjalikumalt infot.

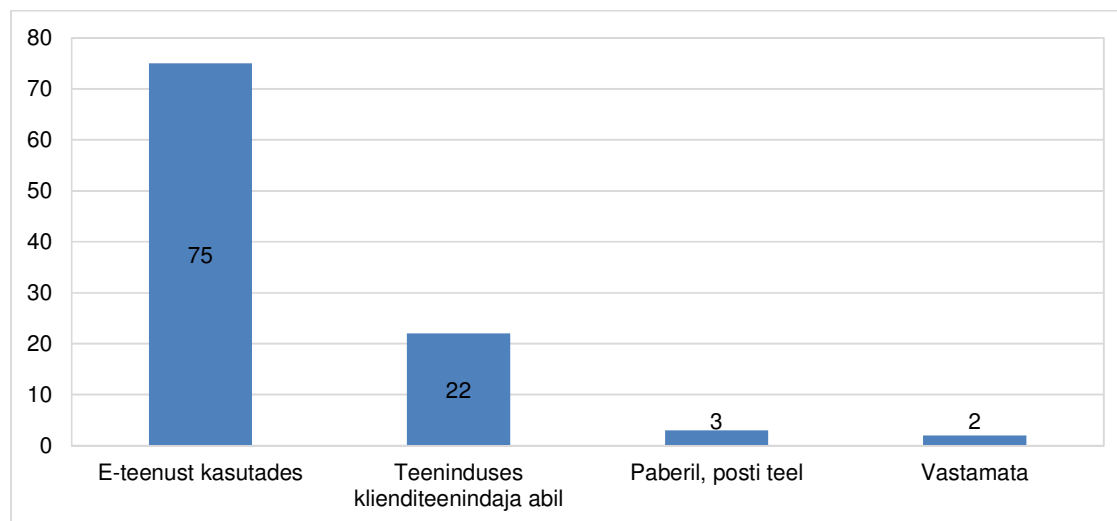
*„Taotluse täitsin ise, oma käega. Klienditeenindaja selgitused olid minimaalsed, sest ma ei vajanud neid. Küll aga andis ta tagasisidet minu õelatele märkustele ja kommentaaridele, tehes seda viisakalt ja oma parima arusaamise piirides.“*

Tähelepanu on vaja pöörata ka sellele, millises keskkonnas intervjuusid läbi viiakse. Nimelt juhiti ühe pilootuuringus osalenud taotleja poolt tähelepanu sellele, et intervjuu läbiviimise keskkond ei ole tema hinnangul privaadne:

*„Ja privaatus on vähe niimoodi avalikus kohas, mida andmekaitse selle kohta arvab? delikaatsed andmed ju“.*

Taotlejate tagaside küsimustikus uuriti, millisel viisil eelistataks edaspidi esitada tövõime hindamise taotlust. Sellest selgus, et **enamus vastanutest** (73% ehk 75 inimest) **eelistaks** esitada tövõime hindamise taotluse **e-teenust** kasutades (joonis 6).

#### Joonis 6. Töövõime hindamise taotluse esitamise viisi eelistused tagasiside küsimustikule vastanute seas (N=102)

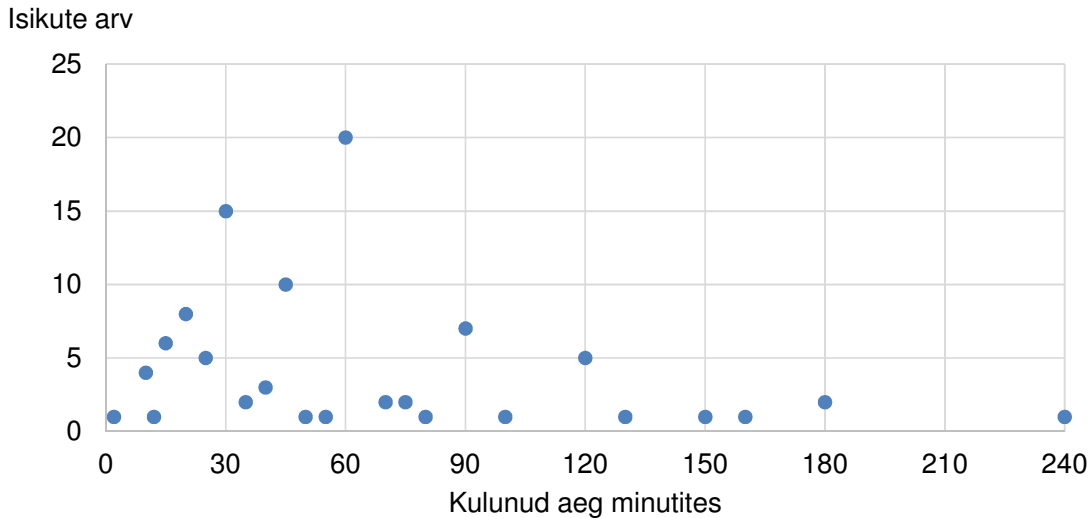


#### 4.1.2 Taotluse täitmiseks ja esitamiseks kulunud aeg

Taotlejate tagasiside põhjal ulatus taotluse täimise aeg 2 minutist<sup>14</sup> 4 tunnini (joonis 7). Keskmiselt kulus taotlusvormi täitmiseks 55 minutit. **Mood ehk sagedasem esinev ajakulu oli 60 minutit** (20 isikul) ning sellele järgnes 30-minutilise ajakuluga taotluse täitmine (15 taotlejal). Taotluse täitmiseks kulunud mediaanaeg (pooltel taotlejatel kulus vähem ja pooltel taotlejatel rohkem aega) oli 45 minutit.

<sup>14</sup> Tagasiside põhjal omas taotleja küsimustest ülevaadet kuna oli eelnevalt taotlusvormi ja selle küsimustega tutvunud, mistõttu oli sisuliselt tegemist vastuste sisestamise ajaga. Lisaks tuleb arvestada, et taotluse täitmise aja pikkust mõjutas see mitmes tegevusvaldkonnas sh võtmetegevustes esines piiranguid.

## Joonis 7. Isikute jagunemine taotleja hinnangul taotluse täitmiseks kulunud aja järgi



TK tagasiside kohaselt kulub keskmiselt ühe kliendi intervjuerimiseks 60 minutit, SKA tagasiside põhjal aga 100 minutit. Nii TK kui SKA tagasiside kohaselt kulges probleemsemalt ja ajamahukamalt psüühikahäiretega ja intellektipuudega inimeste intervjuerimine. Selle põhjusena toodi välja taotluse mahukust. Kuna intervjuerimine kestis keskmiselt tund kuni poolteist, siis oli nii kaua ühes asendis viibimisega probleeme ka liikumispuudega inimestel; pika intervjuerimise käigus tekkis psüühikahäiretega klientidel probleeme keskendumisega ning tähelepanu koondamisega.

Nägemispuudega inimeste puhul kulub rohkem aega täiendavate selgituste andmiseks (klientidele, kes vähegi suutsid ise lugeda, anti taotlusvorm ette või täideti koos veebikeskkonnas).

Välja toodi ka probleemid muukeelsete klientidega, kelle jaoks oli küll olemas tõlgitud venekeelne ankeet, kuid selle vahendamine ja selgitamine oli keeruline.

### 4.1.3 Taotlusvormi arusaadavus

Töövõime hindamise taotluse küsimuste arusaadavuse hindamiseks oli taotlejate tagasiside küsimustikus küsimus: „Kas töövõime hindamise taotluse küsimused olid Teile arusaadavad?“. Veebipõhises küsimustikus vastas küsimusele 19 inimest, kellest 63% ehk 12 inimest oli arvamusel, et küsimused olid arusaadavad (väitega ei olnud nõus 37% ehk 7 inimest). Täiendavalt koguti küsimuste arusaadavuse kohta tagasisidet e-kirja teel. Sellisel viisil koguti täiendavat infot 44-lt pilootuuringus osalenult<sup>15</sup> ning neist 45% (20 inimest) leidsid, et taotluse küsimused olid arusaadavad. Väitega ei olnud nõus 55% ehk 24 e-kirja teel tagasisidet andnud inimestest.

Teisalt oli ka neid taotlejaid, kes ka eitava vastuse korral tõid kommentaarides välja, et küsimused on hästi sõnastatud ja asjakohased ning et veebis täitmise korral sai kirjutada nii palju kui sooviti.

<sup>15</sup> Eraldi e-kirja teel küsimusele vastanud inimeste seas võib olla ka neid, kes vastasid küsimusele ka veebis. Sellest tulenevalt ei saa veebis ja e-kirja teel vastanute vastuseid kokku liita.

*„Üldiselt on kõik arusaadav ..... Mulle just meeldis, et arvutis täiendava info lahtrisse sai kirjutada juurde niipalju kui vaja!“*

*„Algatuseks võin öelda, et küsimused on sõnastatud hästi, on mõistetavad ja asjakohased.“*

*„/.../ meeldib, et paljude oskuste kirjeldamise juures on koht, kus on oma muutlikku seisundit võimalik kirjeldada“.*

Lisaks on tagasiside küsimustiku küsimuse „Kas Teie hinnangul võimaldasid taotluse küsimused anda Teie töövõime hindamiseks piisava ülevaate?“ vastustest (101 vastust) näha, et mitmed vastused tervise seisundi kirjeldamise võimaluse piisavuse osas sisaldavad samuti taotluse küsimuste mõistetavuse aspekte ning need kattuvad sellega, mida toodi välja e-kirja teel saadud tagasisides. Näiteks toodi probleemina välja, et ei ole võimalik muutlikku seisundit kirjeldada, kuigi selline võimalus oli olemas või oli ebaselgeks jäänud, millise tervise seisundi puhul on vaja küsimusele vastata.

*„Kuna minu tervislik seisund on väga muutlik päeviti siis oli raske panna kindlaid Ei või Jad.“*

*“Küsimused on rasked ja keeruline on neile konkreetselt vastata“*

*„Mõningate küsimuste puhul jäi selgusetuks kas liikumispuudega inimene peab neid vastama või mitte. /.../“*

Järgnevalt on lisaks taotlejatele arvesse võetud ka TK juhtumikorraldajate ja ekspertarstide tagasiside taotlemisele, võimalusel on lisatud ka SKA juhtumikorraldajate tagasiside. Kokkuvõttes eristusid tagasisides kolm suuremat teemat: taotluse ülesehitus; sõnastusest ja küsimustest arusaamine; vormistuslikud ja muud tehnilised probleemid. Taotlusvormi/taotlemise kohta välja toodud probleemid on lahendatavad sõnastuste ülevaatamise ja korrigeerimisega, juhendite täiendamisega ning täiendavate koolituste läbiviimisega juhtumikorraldajatele/klienditeenindajatele.

#### 4.1.3.1 Taotlusvormi ülesehitus

Nii TK juhtumikorraldajad kui SKA klienditeenindajad pidasid **taotlusvormi ülesehitust üldiselt asjakohaseks**. Taotlejad üldjuhul vormi ülesehituse kohta eraldi tagasisidet ei andnud, vaid viis e-kirja teel tagasisidet andnut töid kommentaarides välja, et taotluse ülesehitus on loogiline. Nii juhtumikorraldajad kui taotlejad töid probleemina välja asjaolu, et **võtmetegevuse põhiküsimusele vastamiseks** peab kõigepealt nägema ja läbi lugema kõik selle **valdkonna võtmetegevuste alaküsimused**, et saada aru, mida üldse küsitakse. Täpsustavad küsimused (ehk sisuliselt EI-vastuse puhul vastamisele kuuluvad küsimused) aitavad põhiküsimusest aru saada.

Juhtumikorraldajate tagasiside kohaselt **võib tekkida vigu kui taotleja täidab taotlusvormi ise**. Nimelt ei pruugi taotlejad alustada küsimustiku täitmist alaküsimuste lugemisest, vaid vastavad võtmetegevuse põhiküsimusele „jah“ ning liiguvad järgmise põhiküsimuse juurde.

Samas töid nii juhtumikorraldajad kui taotlejad positiivsena välja võimaluse täpsustamiseks mõeldud väljadel oma sõnadega rääkida enda terviseprobleemidest ja neid täpsemalt kirjeldada, kui seda võimaldab üksnes valikvastustega ankeet.

*„Hea on see, et alati on võimalus probleem lahti kirjutada“.* (taotleja).



#### 4.1.3.2 Sõnastusest ja küsimustest arusaadavus

TK juhtumikorraldajad olid arvamusel, et taotlusvormi küsimused on **keeruliselt sõnastatud** ning paljudele **sihtgruppidele raskesti arusaadavad ja mõistetavad**. Ka taotlejad tõid välja, et küsimused on keerulised ning eeldavad eneseanalüüsioskust, mistõttu vajavad osad taotlejad – **eriti psüühikahäirega, vaimupuudega inimesed vastamisel abi** või suunavaid selgitusi (sh tehti ettepanek koostada lihtsustatud vorm osadele sihtrühmadele).

TK juhtumikorraldajad tõid välja ka, et **keerulise lauseehitusega** (liiga pikad) küsimusi/võtmetegevusi on raske mõista ka **muukeelsetel klientidel**. Konkreetsete näidetena nimetati taas nii juhtumikorraldajate kui taotlejate poolt järgmisi võtmetegevuste lauseid: kas on piisavalt taht ja jõudu sooritada vabalt mis tahes vaimseid ja kehalisi tegevusi; kui kaua suudate ilma teise inimese abita ühel kohal püsida, kas seistes, istudes või vaheldumisi, tundmata valu ning kurnatust; kui kaugele suudate tasasel pinnal ohutult ja korduvalt liikuda, ilma et tuleks peatuda kas väsimuse, valu, õhu- või tasakaalupuuduse tõttu.

Taotlejate poolt toodi eelnimetatust kõige enam välja küsimuse „Kas Teil on piisavalt taht või jõudu sooritada vabalt mistahes vaimseid või kehalisi tegevusi?“ ebaselgust. Leiti, et küsimuses on koos mitu erinevat teemat (tahe ja jõud), küsimust võib iga inimene erinevalt mõista, vastusevariandid ei ole piisavad, küsimuse sisu ei ole asjakohane jne. Sagedamini toodi kommentaarides välja ka küsimuste „Kas Te näete mingeid võimalusi oma tavalist tööd jätkata kuni terviseseisund paraneb?“ ning „Kas Teie terviseseisund halveneb, kui töötate oma praegusel töökohal?“ mitmetimõistetavust ning teatud terviseseisundite puhul ka vastusevariantide mittesobivust. Seega ei ole küsimused alati üheselt arusaadavad ning küsimuse sõnastust on võimalik erinevalt tõlgendada ja erinevalt vastata.

Taotlejad ja TK juhtumikorraldajad tõid välja, et **mitmes võtmeküsimuses on koos mitu erinevat tegevust** ning seetõttu on taotlejal keeruline küsimusele vastata: (nt kui kaugele suudate tasasel pinnal ohutult ja korduvalt liikuda, ilma et tuleks peatuda kas väsimuse, valu, õhu- või tasakaalupuuduse tõttu – taotlejatele jääb arusaamatuks, kas seda tuleb hinnata nii ohutu kui korduva liikumise puhul eraldi, ainult ühe või teise puhul või koosmõjus).

Ka ekspertarstid tõid probleemiks välja, et taotlusvormil olevad küsimused mõõdavad mitut tegevust korraga, mis võib taotlejale vastuse andmise raskeks muuta või koguni tegelikkusele mittevastavaks muuta ja seda mitte ainult intellektipuude korral.

*„Taotlusvormi küsimused on sageli mitmekomponendilised ja kliendile ilma kõrvalise abita arusaamatud, mistõttu kliendi antud vastused ei pruugi olla õiged.“* (ekspertarst)

Juhtumikorraldajad rõhutasid, et küsimustele on **keeruline vastata** ka siis kui inimene mingil põhjusel **abivahendit ei kasuta** (kuigi peaks) ehk siis on tal keeruline ennast vastavase situatsiooni asetada ja küsimustele vastata. Eesti Autismiühingu poolt TK-le edastatud tagasiside kohaselt ei ole aga prillide kasutamist abivahendina selgitatud ehk millal loetakse prillide kasutamist selleks abivahendiks, mis mõjutab toimetulekut ning kuidas seda taotluses kajastada. Näiteks inimene eeldab, et kui tal on -3 prillid, siis need on ju abivahendid, millela liikumine on oluliselt mõjutatud, aga kas seda tuleb kajastada ohutu ringiliikumise all, abivahendite all või nägemise, kuulmise ja kõnelemise osas või ka kõigis kolmes alajaotuses?

Arusaamatust tekitasid ka **keerulised mõisted ja väljendid** (nt sooritus- ja tegutsemisvõime, raskusi tööturul osalemisega, jõudlus, sooritus, tahte- või energiapuudus, tunnetuslikud ja

intellektuaalsed funktsioonid, vaimselt toime tulla väljaspool kodu, tavapärasest mõistes ohutult, piisavalt hästi jne).

Küsimuste sõnastuse ja selgitustega seoses olid taotlejad arvamisel, et küsimuste mõistmiseks **ei ole piisavalt asjakohaseid näiteid** (spetsiifilisi/lihtsaid näiteid) ja mõistete selgitusi. Kuna taotlusvormil olevad **selgitused** ei ole piisavad, siis on vastamiseks või lahtiselgitamiseks vaja spetsialisti abi.

Teisalt on **täiendavaid näiteid ja koolitusmaterjalide täiendamist vaja ka juhtumikorraldajatel**, kes saaksid taotleja küsimusi selgitada. Näiteks nimetati, et võtmetegevuse „tegevuste õppimine“ (taotlusvormi küsimus 5.1) juures nimetatud lihtsate ja keeruliste tegevuste hindamine oli keeruline, kuna juhtumikorraldajad ei osanud tuua teisi näiteid peale ankeedis toodud näidete. Samas oli vaja selgitusi, kuidas liigitada tegevusi puudespetsiifilisest seisukohast lihtsateks ja keerulisteks (nt mis on keeruline või lihtne nägemispuudega inimesele, mis intellektipuudega inimesele).

Taotlejad nimetasid, et mõne küsimuse puhul ei ole arusaadav, kas **konkreetse puude liigi olemasolu korral on vaja vastata või mitte**. TK juhtumikorraldajate tagasisides kohaselt jäi arusaamatuks, kes ja milliseid probleeme peaks vastavalt kehalise võimekuse või vaimse võimekuse probleemide all kajastama. Metoodika kohaselt peaks vaimse võimekuse valdkonnas oma probleeme üldjuhul kirjeldama psüühiliste erivajadustega kliendid. TK juhtumikorraldajate sõnul kirjeldasid aga näiteks kuulmis- või nägemispuudega kliendid oma õppimise valdkonna, muutustega kohanemise ja ohu tajumise, inimestevahelise lävimisega seotud probleeme vaimse võimekuse valdkonna all (nt soovis üks nägemispuudega klient vastata taotlusvormi 6.2 võtmetegevusega seotud küsimustele, kuna oma nägemispuude tõttu ei suuda ta alati ohutult sooritada igapäevategevusi). Liikumispuudega inimesed soovisid oma liikumise piiranguid kirjeldada muutustega kohanemise ja ohu tajumise valdkonnas (kuigi probleemid ei ole seotud vaimse tervisega).

Taotlejate ja TK tagasiside põhjal tulid sagedamini esile veel mõned küsimused/mõisted, mida on vaja paremini sõnastada või selgitada põhjalikumalt juhendites: võtmetegevuste **vastusevariant „muutlik“**, eitavas vormis esitatud küsimused (millal vastata „jah“, millal „ei“, nt taotlusvormi küsimus 4.1); teadvusel püsimine ja enesehoolduse valdkond; rehabilitatsiooni mõiste; visiidipõhise hindamise olemus; „kuritarvitamise“ asemel on vaja neutraalsemat sõnastust (kas teil on tegutsemisraskusi alkoholi, sõltuvust tekitava või uimastava toimega ravimite või muude ainete kuritarvitamise tõttu).

Selgitamise ja ümbersõnastamise juures on oluline arvestada, et TK juhtumikorraldajate hinnangul pikad ja keerulised sissejuhatavad tekstid valdkondade ees ja järel väsitavad inimesi ning raskendavad keskendumist. Kuid ka juhtumikorraldajad oli arvamisel, et mingi selgitav tekst peaks olema, et aru saada, milliseid vastuseid ühe või teise valdkonna alla oodatakse.

#### 4.1.3.3 Küsimustiku vormistus

Mitmed välja toodud probleemid olid seotud vormistusega – kõige enam oli kommentaare sellega seoses, et **ei ole piisavalt ruumi** probleemide väljatoomiseks, põhjendamiseks või kirjeldamiseks (paber kandjal eriti) või et ei ole vastusevariante konkreetse terviseseisundi- või piirangu kohta (nt psüühikahäire, liitpuue). Ka detailsuse kohta oli taotlejatel mitmeid kommentaare – leiti, et küsimused on liiga üldised ning küsimustiku lõikes on detailsuse aste ebaühtlane. Ehk siis vaatamata sellele, et vormile oli jäetud vabateksti väli, kuhu oli võimalik

taotlejal lisada kõik oma eelnevalt kirjeldamata probleemid, siis seda ei märgatud või ei tulnud selle peale, et neid seal neid kirjeldada (ehk vabavälja olemasolu tuleks rohkem esile tuua).

Segadust tekitas **spetsialistide** (perearst, raviarst jt tervisege tegelevad spetsialistid) **andmete väljatoomine** - osade taotlejate jaoks seetõttu, et nad neid andmeid ei tea (nt öeldi, et andmed muutuvad, neid on raske hankida) ning osade jaoks oli probleemiks, et vorm ei võimaldanud nimetada kõiki. Juhendmaterjali kohaselt ei tule antud juhul nimetada kõiki – vaid ainult peamised tervisege tegelevad spetsialistid ning tagasiside põhjal võib öelda, et osad taotlejad seda nii ei mõistnud.

Ekspertarstid tegid tagasisides ettepaneku **täiendada taotlusvormi sissejuhatavat osa** (enne "tervisege tegelevad spetsialistid") **erihooletuste teenuste infoga** (sh töötamise toetamise, toetatud elamise, igapäevaelu toetamise teenuse või Astangu KRK õppimise infoga).

Lisaks leiti, et vaja on **vastuste loetelu** küsimuste juurde. Samuti oli selliseid arvamusi, milles öeldi, et küsimuste liigendus ei ole selge. Ekspertarstide tähelepanekutes toodi välja, et taotlusvormil vastusevariant „muutlik“ annaks arstile paremini hinnatava tulemuse, kui **vastusevariant oleks poolstruktureeritud** (taotlejale valikvastustena toodud, kuid kindlasti koos vabateksti väljaga, et taotleja saaks oma olukorda kirjeldada, kui valikutes sobivat ei leia). Nimelt oli taotlustes „muutlik“ vastusevariandi esinemissagedus suur, kuid sageli ei oldud täiendavalt selgitatud, mida selle all mõeldi (kas 1 kord nädalas või 1 kord kuus või mõni muu sagedus). Lisaks tõid ekspertarstid välja, et kui taotlusel saab valida vastusevariandi täiendavalt selgitust andmata, siis kohustusliku selgituse välja lisamine olenemata valitud vastusest annaks arstide hinnangul olulist lisandväärtust.

Ka leidsid taotlejad, et hindamise küsimustik on liiga pikk ning vastamine võtab liiga palju aega. Oluliseks peeti ka **salvestamise võimalust**, et saaks hiljem jätkata veebipõhise taotluse täitmist. Mõnel juhul viidati sellele, et küsimustikus on dubleerivaid küsimusi ning et probleemid ei ühti etteantud vastuste variantidega. TK juhtumikorraldajad tõid veel välja, et teksti mõistmise teeb keerulisemaks kaldkriipsude/sulgude kasutamine.

#### 4.1.4 Töövõime hindamise taotluse küsimuste asjakohasus töövõime hindamiseks ülevaate saamiseks

Töövõime hindamise taotlejatelt küsiti pilootuuringu tagasisides ka seda, kas taotluse küsimused olid piisavad, et saada piisav ülevaade tema tegevusvõimest töövõime hindamiseks. Veebipõhisele tagasiside küsimustikule vastanutest<sup>16</sup> 58% (59 inimest) leidsid, et taotluse küsimused võimaldasid anda piisava ülevaate tema töövõime hindamiseks. 42 inimest 102-st ehk 41% tagasisidet andnud taotlejatest vastasid küsimusele eitavalt. Samas ei saa järeldada, et küsimusele „Ei“ vastanutest kõik olid arvamusel, et taotluse küsimused ei ole piisavad tema töövõime hindamiseks. Seda sel põhjusel, et „Ei“ vastuste kommentaarid käsitlevad suures osas muid taotlusega seotud aspekte (küsimuste sõnastus, pikkus, loogilisus, vormistus, jne) ning võib eeldada, et „Ei“ vastusevariant valiti selleks, et saaks kasutada kommentaarivälja (kommentaari väli avanes „Ei“ vastuse korral).

<sup>16</sup> Kokku vastas veebipõhisele küsimustikule 102 inimest. Antud küsimuse „Ei“ vastusevariandi valis 43 inimest, kuid neist 1 puhul oli valiku põhjuseks see, et soovis avada kommentaarivälja. Kommentaari sisu oli, et testitav taotlus on tänasest oluliselt parem. Sellest tulenevalt on antud vastus analüüsis loetud „JAH“ alla. 1 inimene ei vastanud antud küsimusele.

Taotlejate tagasisidele lisaks on järgnevalt arvestatud ka TK juhtumikorraldajate ja ekspertarstide tagasisidet.

Peamiste töövõime hindamise ja tema tegevusvõime ülevaatega seonduvalt toodi kommentaarides välja terviseseisundi ja piirangute, haiguste kirjeldamisega ning ravimite tarbimise kirjeldamisega seotud probleeme.

#### 4.1.4.1 Terviseseisundi ja tegutsemis- ja osaluspiirangute kirjeldamine

Tagasisides toodi välja ka positiivseid hinnanguid (kuigi nende arv oli üsna vähene – 5). Leiti, et **varasemaga** (püsiva töövõimetuse taotlusega) **võrreldes on küsimustik parem**. Ka nimetasid osad taotlejad positiivse näitena, et **küsimustes on sees sõna „muutlik“**.

*„Üldiselt võib öelda, et antud küsimustik on varasemaga võrreldes siiski suur edasimineku ning eriti meeldib, et kehalise võimekuse hindamisel on võimalik valida ka vastusevarianti „minu suutlikkus.....on muutlik.“ Paljude terviseprobleemide korral just nii kipubki olema.“*

*“meeldib, et paljude oskuste kirjeldamise juures on koht, kus on oma muutlikku seisundit võimalik kirjeldada“.*

TK tõi tagasisides välja, et **käelise tegevuse võtmetegevused** (taotlusvormi punktid 2.1-2.3) **ei võimalda** kätega tehtavate **tööülesannete terviklikku hindamist** (nt hinnatakse eraldi käte sirutamist ja haarde funktsiooni, samal ajal väga tihti on töötegevuste teostamisel vaja nende kahe komponendi koostoimimist). Lisaks tehti ettepanek nägemise, kuulmise ja kõnelemise valdkonna 3.2 teisest küsimusest „Kas suudate teistelt inimestelt vastu võtta suures kirjas trükituna või punktikirjas edasi antud lihtsaid sõnumeid?“ **välja jätta sõnad „või punktikirjas edasi antud“**. Kahjuks ei oska mitte kõik pimedad või väga väikese nägemisjäädgiga inimesed, kellel oleks vaja osata, punktikirja. Punktikirja õppimine nõuab inimeselt pingutust, kuid teisalt ei ole Eestis kõigile soovijatele punktikirja õppimise võimalused tagatud. Punktikirjaoskusest ei ole kasu, kui teine inimene ehk tööandja ei oska punktikirja ega suuda lihtsaid teateid selles kirjas kirjutada.

Ekspertarstide tagasisides toodi aga välja **liiga üldist terviseseisundi kirjeldamist taotlejate poolt**, mis raskendab hindamist ja millest tulenevalt tekivad vastuolud taotluse ja TIS andmete vahel.

*„/.../ taotlusvormi küsimused võimaldavad taotlejal küll piisavalt selgitada oma terviseseisundit, kuid kahjuks paljudel juhtudel ei ole taotlejad seda võimalust kasutanud ja on jäänud napisõnaliseks, mistõttu ei teki selget pilti taotleja enesehinnangust.“*

Taotlejate poolt toodi välja, et taotlus ei sisalda **asjakohaseid küsimusi konkreetse terviseseisundi- või piirangu kohta** (nt psüühikahäire, liitpuue, vaimupuue) või ei võimaldanud küsimustik kirjeldada koormustaluvust, pingetaluvust, vaimset väsimust (nt „V osas ei leidnud ma võimalust vastata küsimustele, kuidas on näiteks pingetaluvusega või vaimse väsimisega - sellekohased täpsustused puuduvad“). Ka olid taotlejad arvamusel, et kõikide puude liikide kohta peaks olema eraldi küsimustik (nt „kui bloki kohta anda üldine vastus, et raskused on olemas, siis alablokis ei ole võimalik märkida, et selles valdkonnas raskusi pole /.../“).

Kõige **sagedasemaks probleemiks nimetati**, et ei ole küsimusi, mille all kirjeldada teatud haigusi (nt depressioon immuunsüsteemi haigused, diabeet, kõrgvererõhu tõbi jm) ja

nendest tulenevaid probleeme. Kriitikana toodi veel, et küsimuste rõhuasetus on liikumisel, kuulmisel, nägemisel, kuid **konkreetset haigust ei käsitle**. Seejuures arvati teisalt, et teatud haiguste puhul on raske eristada, millega on tegemist ning et taotleja ei oska lisada konkreetse haiguse kohta infot.

Taotlejad avaldasid kartust, et **teatud diagnoosid** (nt südamehaiged, suhkruhaiged) **jäävad ekspertiisi käigus tähelepanuta** kuna neil ei olnud võimalik oma probleeme sisuliselt kirjeldada. Leiti ka, et küsimustik ei võimalda kirjeldada, et teatud päevadel on tervises seisund halvem/parem (tervises seisund on muutlik) – tuleb lisada, et taotlusvormil oli iga võtmetegevuse küsimuse all olevas vastusevariant „muutlik“, kuid kommentaaridest lähtuvalt osad taotlejad seda seega ei märganud.

Samas oli taotluses jäetud võimalus iga küsimuse järel täiendavalt vabateksti väljal oma piiranguid kirjeldada. Välja toodud tagasiside juures tuleb veel arvestada, et töövõime hindamise taotluses tuleb inimese toimetulekut mõjutavat tervises seisundit- või piirangut kirjeldada võtmetegevuste küsimuste all ehk kuidas piirang avaldub mitte aga haiguste lõikes. See tähendab, et vaja on täpsustada ja selgitada taotluse küsimuste sõnastust ja eesmärki, et see oleks taotlejatele arusaadavam. Lisaks näitavad taotlejate poolt välja toodud probleemid, et kuigi taotlusvormi täitmise eelistatuim variant on e-teenus, siis **eeldatavalt vajatakse siiski tervises seisundi või piirangu kirjeldamisel kõrvalabi**.

Mitmes taotleja tagasisides toodi välja, et küsimuste **vastusevariantide valik on ebapiisav** (nt küsimuse „Kas Te näete mingeid võimalusi oma tavalist tööd jätkata kuni tervises seisund paraneb?“ tehti ettepanek lisada variant „säilib“).

Teisalt leiti taotlejate poolt, et kõike ei saagi ankeediga mõõta (*nt „Kõike ei saa ju ankeediga mõõta... väsimuse astet ja valude tugevust“*). Lisaks leiti mõnel juhul, et taotluse täitmisest ei piisa ning hindamiseks on vajalik ka vahetu kontakt hindajaga.

*„Tervise seisundit peab nägema, milleks inimene võimeline on“.*

*„Hindamine võiks toimuda kohapeal“.*

Mõnel juhul esines ka erinevaid arvamusi taotlejate seas: kui valdavalt toodi välja, et spetsiifiliste terviseprobleemide kohta ei ole küsimusi, siis mõningatel juhtudel leiti, et võrreldes tänasega arvestab töövõime hindamise küsimustik erinevaid puude liike rohkem.

*„Töövõime hindamise testküsimustik on veidi parem kui praegu kasutusel olev küsimustik. See arvestab veidi enam erinevaid puudeliike“.*

TK juhtumikorraldajate tähelepanekutes ja taotlejate tagasisides toodi välja, et taotlejad **eeldasid küsimusi ravimite pideva tarbimise kohta** sh ravimite kõrvalmõjude esinemise kohta (mis ei ole seotud ravimite kuritarvitamise ega sõltuvusega). Kommentaar viitab sellele, et rohkem on vaja selgitada, milliseid andmeid saab ekspertarst taotleja terviseloost (neid ei pea taotluses eraldi kirjeldama) ning milliseid ravimeid tuleb kirjeldada VIII valdkonna all.

Ekspertarstide poolt nimetati probleemina **taotluse puudulikku täitmist**, st taotleja märgib konkreetse tegevuse osas oma kaebused, kuid jätab raskusastme märkimata või jääb see liiga üldiseks ning sellest tulenevalt tekivad erinevused TIS andmestikuga.

#### 4.1.5 Töövõime hindamise taotlemise kokkuvõte

##### **Taotlusvormi täitmine:**

- Positiivsena toodi välja, et on võimalik oma tervises seisundit täpsustada ja võrreldes varasemaga on taotlusvorm parem.
- Taotlejad pidasid üldjuhul TK või SKA poolt antud selgitusi ja abi taotluse täitmisel piisavaks. Iga neljas tagasisidet andnud taotleja täitis küsimustiku mõne usaldusväärse või lähedase isiku abiga.
- Kõige probleemsemalt ja ajamahukamalt kulges psüühikahäiretega ja intellektipuudega inimeste intervjuerimine. Taotlusvormi pikkusest tulenevalt oli probleeme ka liikumispuudega inimeste intervjuerimisega. Küsimuste vahendamine ja selgitamine oli ajamahukas ja keeruline ka muukeelsete klientide puhul.
- Taotluses esitatud andmete puudulikkus on üheks põhjuseks, miks tekib vastuolu TIS andmetega.

##### **Taotlusvormi arusaadavus:**

- Üldiselt on taotlusvormi ülesehitus arusaadav ja asjakohane.
- Probleeme tekib siis kui inimene täidab taotluse ise ja ei alusta küsimustiku täitmist alaküsimuste lugemisest, vaid keskendub ainult põhiküsimustele vastamisele ning hindamist raskendab kui esitatud andmed on liiga üldised.
- Taotlusvormi peamiste probleemidena toodi välja keerulist sõnastust – eriti psüühikahäirega ja vaimupuudega inimeste jaoks on need raskesti arusaadavad ja mõistetavad. Ka muukeelsetel taotlejatel on raske küsimusi mõista.
- Sõnastuse ja arusaadavuse probleemide all nimetati ka küsimuste keerulist lauseehitust, küsimuses on koos mitu erinevat tegevust, abivahendi kasutamise interpreteerimine ei ole selge, esineb keerulisi mõisteid ja väljendeid, selgitavad sissejuhatavad tekstid on liiga pikad.
- Mitmel juhul jäi arusaamatuks, kas konkreetse puude liigi olemasolu korral on vaja vastata või mitte ning milliseid probleeme tuleks teatud valdkondade all kajastada (nt kehaline või vaimne võimekus).
- Segadust tekitasid ka osade küsimuste vastuste variandid. Vastusevariant „muutlik“ oli osade jaoks segane, kuid teiste jaoks tervises seisundi kirjeldamiseks asjakohane ja väga vajalik variant.

##### **Tervises seisundi ja tegutsemis- ja osaluspiirangute kirjeldamine:**

- Käelise tegevuse võtmetegevused ei võimalda terviklikult hinnata kätega tehtavaid tööülesandeid.
- Nägemise, kuulmise ja kõnelemise valdkonna puhul tekitab küsimusi sõnastuses kasutatud „punktkirjas edasi antud“.
- Taotlejate peamine kriitika seisnes selles, et küsimused ei olnud suunatud konkreetse tervises seisundi, diagnoosi, haiguse või tegutsemis- või osalus piirangu kohta või oli tervises seisundi kirjeldamiseks liiga vähe vastusevariante.
- Eeldati, et küsimused sisaldavad ka ravimite pideva tarbimise küsimusi. Taas on vaja taotlejatele selgitada, milliseid ravimeid on vaja kirjeldada ja mille kohta ekspertarst saab infot tervise loost.

- Tagasiside näitas, et taotlejatele on vaja rohkem selgitada, mida taotluse küsimused peavad töövõime hindamiseks kirjeldama. Taotluse täitmisel ilmnenu probleemid näitavad, et eeldatavalt on taotluse täitmiseks vaja kõrvalabi (eriti psüühikahäirega ja vaimupuudega inimestel).

**Vormistuslikud probleemid:**

- Probleemide välja toomiseks ja kirjeldamiseks ei olnud piisavalt ruumi (eriti paber kandjal). Küsimusi tekitas tervisege tegelevate spetsialistide andmete väljatoomine taotlusvormil.
- Salvestamise võimalus puudus, et saaks hiljem jätkata veebipõhise taotluse täitmist.
- Vajadus täiendada taotlusvormi sissejuhatust erihoolekandeteenuste infoga.
- Küsimustele soovitati lisada valikvastuste loetelu koos vabateksti väljaga.

## 4.2 Töövõime hindamine

Järgnevas analüüsi osas antakse esmalt statistiline ülevaade piloteerimisel osalenute töövõime hindamiste ekspertiisi tulemustest (toodud tulemused iseloomustavad ainult piloteerimisel osalenuid ehk valimit ning ei ole üldistatavad kõigile töövõimekaoga inimestele). Seejärel analüüsitakse töövõime hindamise protsessi võttes aluseks ekspertarstide tagasiside küsimustiku hinnanguid ja ekspertiisivormil esitatud kommentaarid. Töövõime hindamisel kasutab ekspertarst taotleja täidetud taotlusvormi ning meditsiinilist taustainfot, mida saadakse peamiselt TIS-st. Seega võetakse töövõime hindamisel arvesse inimese tervise seisundit ning sellest tulenevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid, nende prognoosi ja eeldatavat kestust. Kui taotluses on märgitud mõni töövõimet välistav meditsiiniline seisund, siis kontrollib töövõime puudumise kinnitamiseks ekspertarst üksnes vastava seisundi olemasolu terviseandmete põhjal ning töövõime hinnatakse puuduvaks.

Töövõime hindamise protsessi analüüsimise eesmärgiks on teada saada, kas töövõime hindamisel kasutatav ekspertiisivorm ja hinnangu kokkuvõte on arusaadavad, kas taotlusvorm ja ekspertiisivorm on omavahel kooskõlas (uurimusküsimused 3 ja 4) ning kas meetodika võimaldab hinnata ja välja tuua inimese tervise seisundist tulenevaid piiranguid ja võimekust (uurimusküsimus 5). Samuti on eesmärgiks teada saada, kas hindamisviisid (visiidipõhine vs dokumendipõhine) toimivad ootuspäraselt (uurimusküsimus 6) ning kas TIS-i andmed on infoallikana piisavad (uurimusküsimus 7). Samuti kirjeldatakse meetodika arusaadavust, rakendamisel sh hindamisskaalade kasutamisel esinenud probleeme.

### 4.2.1 Piloteerimisel läbi viidud töövõime hindamiste tulemuste statistiline ülevaade

Piloteerimisel teostati 275 inimese taotlusele 304 töövõime hindamist (sh 29 visiidipõhist). Töövõime ekspertiis viidi lõpuni 247 taotluse puhul ehk iga kümnenda taotluse puhul ei saanud ekspertarst hindamist TIS andmestiku ebapiisavuse tõttu (andmed ei olnud, andmed olid puudulikud, andmed olid ajakohastamata). Sagedamini jäi ekspertiis lõpuni teostamata vaimupuudega ja psüühikahäiretega inimeste korral. Siinkohal tuleb lisada, et taotluste hindamiste katkestamine andmestiku ebapiisavuse tõttu oli piloteerimisel omane. Piloteerimise puhul ei olnud piloodis osalenutel kohustust külastada oma arsti ning seetõttu võisid osadel juhtudel olla TIS-is andmed ebapiisavad (ei olnud viimase 5 aasta jooksul perearsti või eriarste külastanud). Piloteerimise iseloomu tõttu ei võetud üldjuhul ka inimese raviarstiga ühendust ega palutud puuduolevat infot TIS-i sisestada. Samuti ei suunanud TK inimesi arsti vastuvõtule, mis on hindamistulemuste saamiseks töövõimetoetuse seaduse järgi võimalik. Järgnevas analüüsi osas on arvesse võetud ainult need 247 taotlust, mille puhul viidi töövõime hindamine ekspertarstide poolt lõpuni.

#### 4.2.1.1 Töövõimet välistavad seisundid

Töövõime hindamise piloteerimisel osales 5 töövõimet välistava seisundiga inimest, kelle töövõime hinnati puuduvaks – kaks naist ja kolm meest. Nelja isiku puhul tuvastati töövõimet välistav seisund ekspertarstide poolt ekspertiisi käigus ning ühel juhul oli töövõimet välistav seisund märgitud taotlusele. Kui taotleja on märkinud taotluses, et tal esineb mõni töövõimet välistav seisund, siis võib meetodika kohaselt ekspertiisi läbi viia lihtsustatud korras ehk töövõime puudumise kinnitamiseks kontrollib ekspertarst üksnes vastava seisundi olemasolu meditsiinidokumentide põhjal.

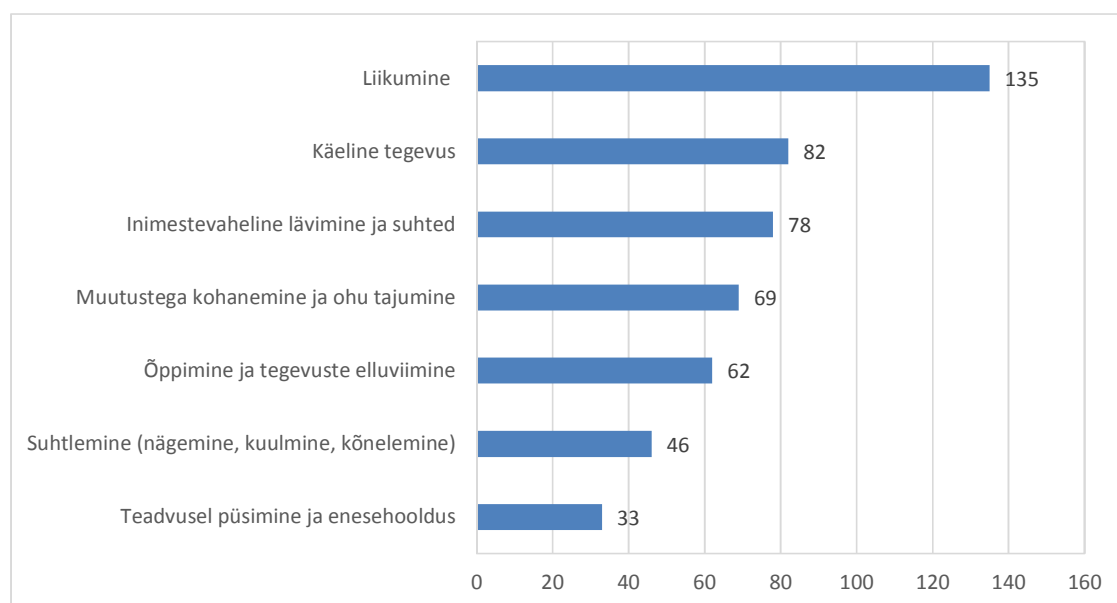


Töövõimet välistava seisundiga taotlejatest kahel oli 90%-line ja kolmel 100%-line püsiv töövõimetus. Puude liikide järgi oli nende seas kaks liitpuudega, kaks liikumispuudega ja üks vaimupuudega isik. Välistavatest seisunditest esines kahel inimesel IV staadiumi vähkkasvaja, raskeid voodihaigeid oli kaks ja ühel taotlejal oli raske või sügav vaimne alaareng. Ekspertarstide hinnangud loetelu kohta on toodud osas 4.2.4.

#### 4.2.1.2 Hinnang tegutsemis- ja osaluspiirangutele

Piloteerimisel tuvastati tegutsemis- ja osaluspiirangud 230-l inimesel ehk 93%-l lõpuni hinnatud taotlustest (joonis 8). Valdavalt esinesid piirangud liikumise valdkonnas (135-l inimesel), 82-l inimesel olid käelise tegevuse piirangud, 78-l ilmsid piirangud inimeste vahelise lävimise ja suhete valdkonnas. Kõige vähem oli neid inimesi, kellel tuvastati piirangud teadvusel püsimise ja enesehoolduse valdkonnas (33 inimest).

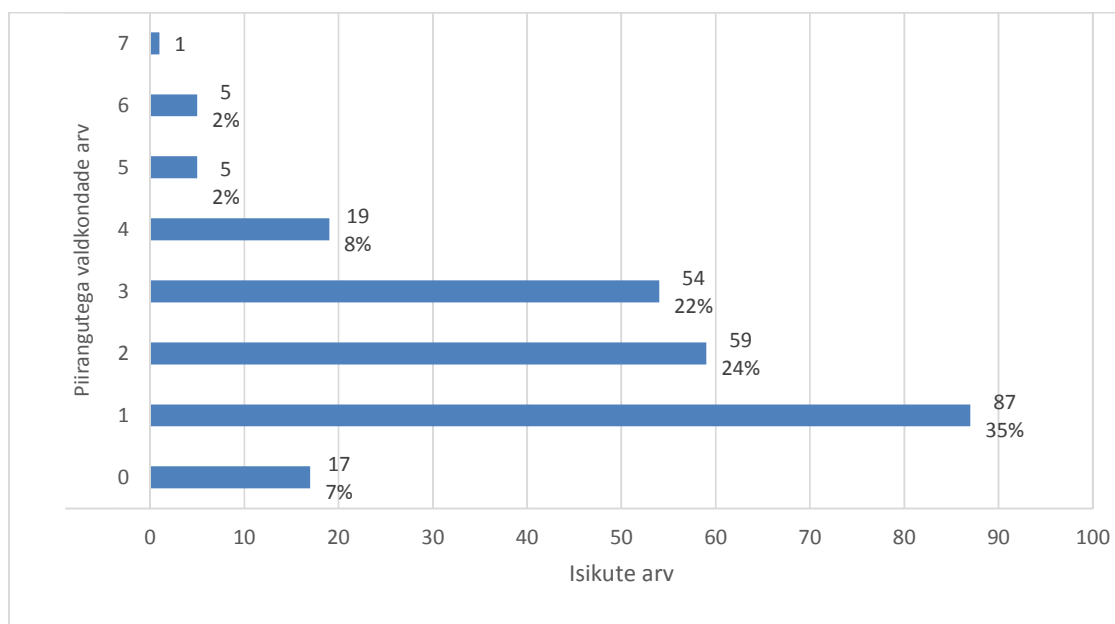
**Joonis 8. Tegutsemis- ja osaluspiirangute esinemissagedus valdkondade järgi**



Piloteerimisel osalenute seas oli nii neid, kellel ei esinenud piiranguid üheski valdkonnas aga ka neid, kellel esinesid piirangud kõigis seitsmes valdkonnas. Enamasti esinesid piirangud kahes või kolmes valdkonnas (113-l inimesel ehk 46%-l). Ühes valdkonnas esinesid piirangud igal kolmandal (35%) ehk 87-l inimesel. Piiranguid ei esinenud 7%-l ehk 17-l inimesel (joonis 9).

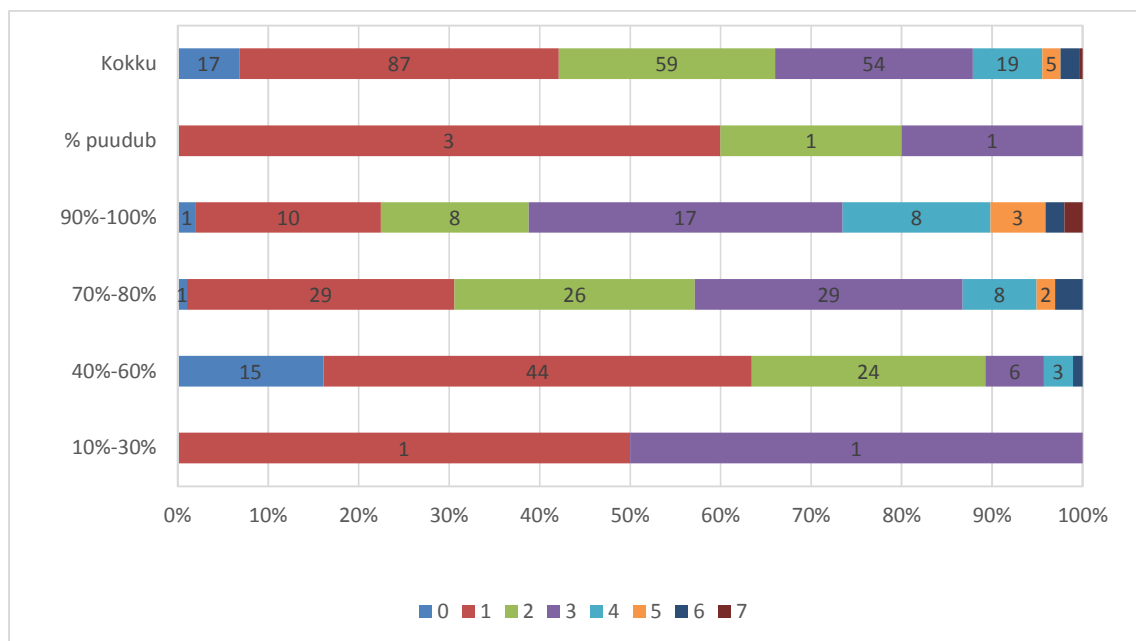
Kõige sagedamini esinesid piirangud samaaegselt liikumise ja käelise tegevuse valdkonnas – 63 korral. 51 korral olid üheaegselt piirangud muutustega kohanemise ja ohu tajumise ning inimestevahelise lävimise ja suhete valdkonnas. Õppimise ja tegevuste elluviimise ning inimestevahelise lävimise ja suhete valdkondades olid samaaegselt piirangud 47 korral. Üheaegselt esinesid piirangud ka õppimise ja tegevuste elluviimise ning muutustega kohanemise ja ohu tajumise valdkondades – 43 korral. Ülejäänud valdkondade kombinatsioonide esinemissagedus oli juba oluliselt väiksem.

**Joonis 9. Taotluse esitanud isikud piirangutega valdkondade arvu järgi**



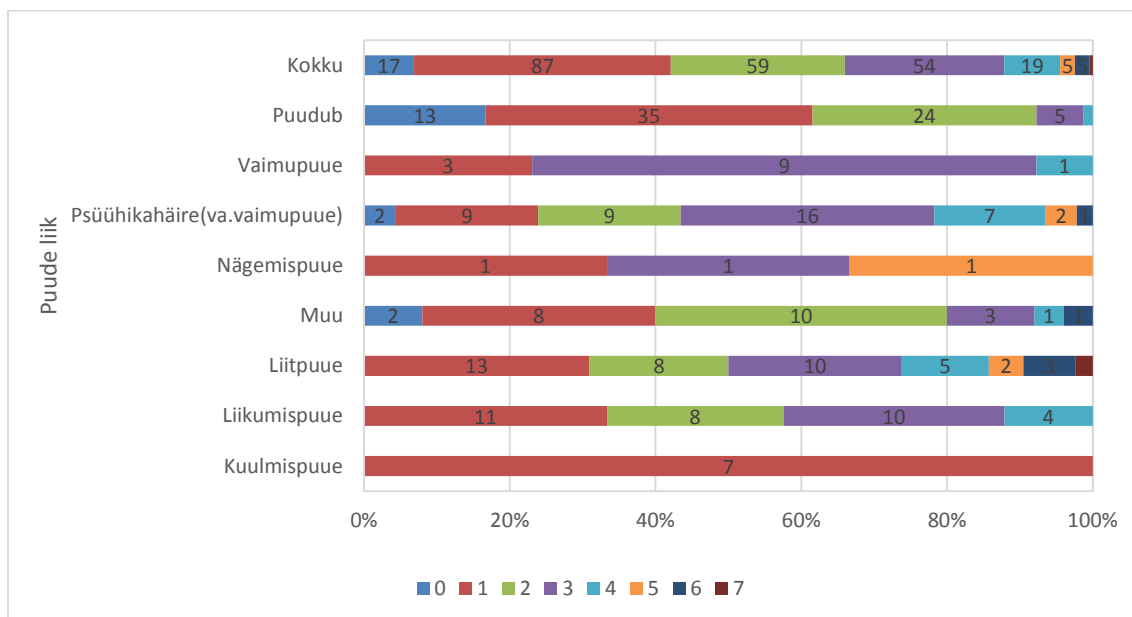
Piirangutega valdkondi tuvastati sagedamini neil, kellel on kehtiv püsiva tövõimekao ulatus vahemikus 70%–80%. Kõige harvemini tuvastati piiranguid neil, kelle püsiv tövõimekao ulatus oli kuni 60% (joonis 10).

**Joonis 10. Taotluse esitanud isikud püsiva tövõimekaotuse protsendi ja piirangutega valdkondade arvu järgi**



Sagedamini (igal kuuendal) ei tuvastatud piirangutega valdkondi nendel, kellel täna kehtivat puude raskusastet ei ole. Liitpuudega isikute seas esines ligi kolmandikul (31%-l) piiranguid vaid ühes valdkonnas. Vähemalt kolmes tegevusvaldkonnas esinesid piirangud 77%-l vaimupuudega, 57%-l psüühikahäirega ja pooltel liitpuudega isikutel (joonis 11).

Joonis 11. Taotluse esitanud isikud kehtiva puude liigi ja piirangutega valdkondade arvu järgi



#### 4.2.1.3 Hinnang töövõimelisusele ja kestvusele

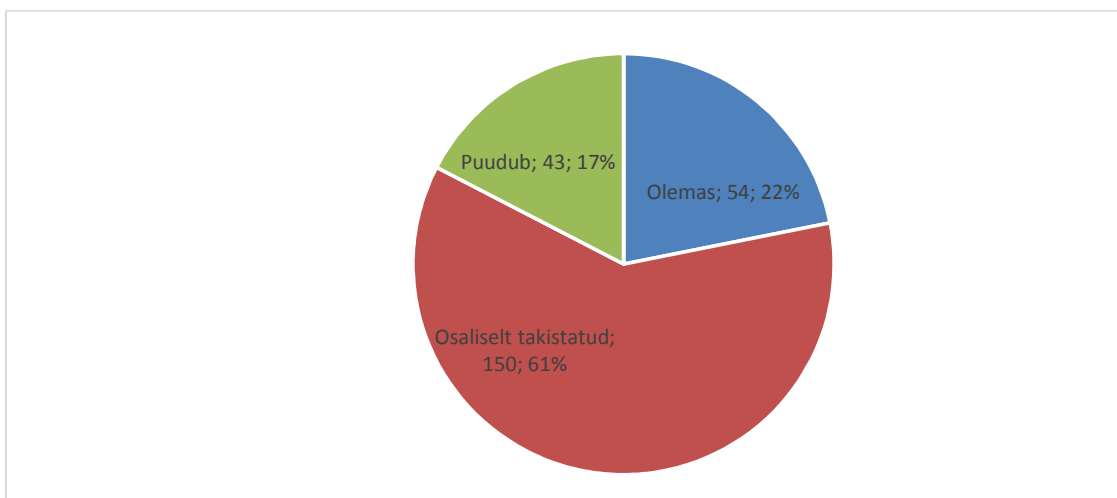
Piloteerimisel osalesid kehtiva töövõimekaoga inimesed, kuid eesmärk ei ole saada ülevaadet kõigi täna kehtivate töövõimekaog otsuste muutumisest. Piloteerimise raames sooviti kaardistada võimalikult palju erinevaid kitsaskohti, et seeläbi ennetada hilisemaid probleeme meetodika rakendamisel.

Seega iseloomustavad järgnevas osas toodud analüüsitulemused üksnes uuringus osalenud valimit ning nende põhjal ei ole võimalik järeldada, kui paljudel tänastel püsiva töövõimekaoga inimestel töövõime ulatus töövõimereformi rakendamisel määratakse ja millises ulatuses.

**Analüüsis toodud töövõime hindamise tulemusi ei saa üldistada kõigile kehtiva töövõimekaoga inimestele.** Valim ei olnud väga suur, osalemine oli vabatahtlik ning keskmisest aktiivsemate sihtrühma esindajate sattumist valimisse soodustas uuringusse kaasamise viis. **Tulemused** ei ole kaalutud üldkogumile ehk **iseloomustavad üksnes uuringus osalevat valimit.** Piloteerimise eesmärgiks oli kaardistada võimalikult palju erinevaid kitsaskohti ning seeläbi ennetada hilisemaid probleeme meetodika rakendamisel. Seetõttu tuleb töövõime hindamise tulemuste tõlgendamisel arvestada, et uuringus ilmnunud erinevad lahendamist vajavad rakenduslikud probleemid mõjutasid osaliselt antud töövõime ulatuse hinnanguid. Kokkuvõttes oli pilootuuringu fookuses hindamisprotsessi toimimine, mitte tänaste töövõimekaoga inimeste töövõimekaog ulatuse muutuse hindamine.

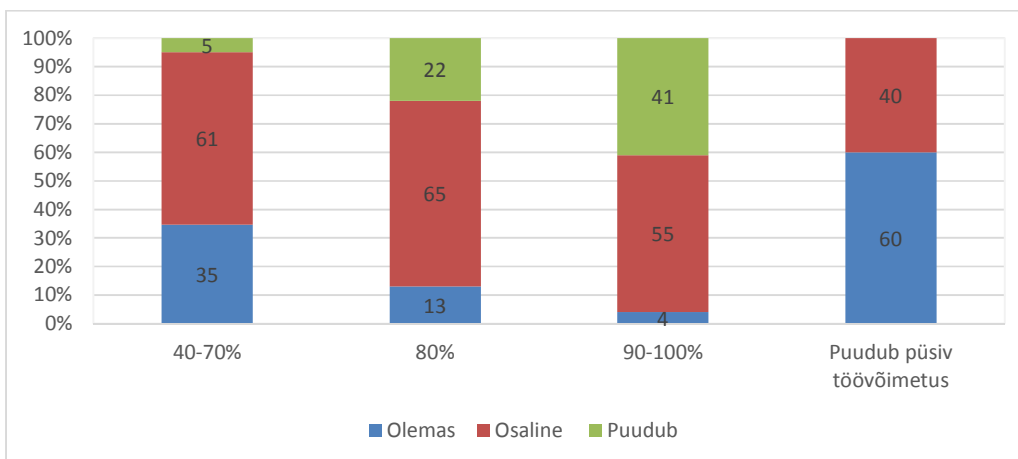
Piloteerimisel tuvastati täielik töövõime 22%-l (54-l inimesel), osaline töövõime tuvastati enam kui pooltel (61%-l ehk 150-l inimesel) ning töövõime puudumine igal seitsmendal (17%-l) piloteeritaval (joonis 12).

## Joonis 12. Piloteeritavad töövõimelisuse järgi



Ootuspäraselt selgus piloteerimise tulemustest, et mida väiksem on isikul kehtiv püsiv töövõimekaotus, seda suurema tõenäosusega tuvastati uue meetodika alusel tal töövõime olemasolu või osaline töövõime. Ja vastupidi, mida suurema töövõimekaotusega isik on, seda suurema tõenäosusega tuvastati tal uue meetodika põhjal puuduv töövõime. Kuid esines ka teistsuguseid olukordi, kus kehtiva 90–100%-lise töövõimekaotuse korral hinnati inimene töövõimeliseks või osalise töövõimega. Sellist ebatüüpilist olukorda soosis TIS andmete puudumine või andmete ebapiisavus. Ekspertarstide tagasisidest selgus, et nad püüdsid andmete puudulikkuse või puudumise korral anda hinnangu oma teadmistele ja kogemustele tuginedes. Meetodika kohaselt tuleb aga sellisel juhul andmeid juurde küsida või hinnangut ei koostata. Samuti toodi ekspertarstide tagasisides välja probleeme skoorimisega (vt ka osa 4.4).

## Joonis 13. Piloteeritavad püsiva töövõimekaotuse protsendi ja töövõime ulatuse järgi, osatähtsus protsentides



Töövõimeliseks hinnati piloteerimisel 40%–70%-lise töövõimekaoga isikutest 35%, 80%-lise töövõimekaoga isikutest 13% ning 90%–100%-lise töövõimekaoga isikutest 4%. Ekspertarstide poolt anti soovitusi sobivate töötingimuste ja –nõuete kohta ka töövõimelise hinnangu korral – nt töövõime olemasolu korral võis inimene tervisprobleemide süvenemise

vältimiseks vajada töötamisel eritingimusi, kindlat režiimi või täiendavaid puhkepause, abivahendeid või teatud tööde/töötingimuste vältimist.

TK poolt piloteerimise raames tehtud võrdleva hindamise otsustes muutus ekspertarstide poolt antud 54-st töövõime olemasoluga hinnangust kümnel juhul (19% 54-st) töövõime ulatus vähenenud töövõimeks.

TK hinnangul oli lahkumise sagedasemaks põhjuseks meetodikale mittevastav skoorimine (viitab ekspertarstide koolitusvajadusele) või ekspertarsti poolt taotleja kaebuste ja TIS-s oleva teabe vastavuse arvestamata jätmine (vastavalt mõlema kohta 3 juhtu ja 4-l juhul selgitus puudus).

Vähenenud töövõime hinnangutega juhtude võrdlemisel selgus, et TK poolt tehtud otsustes muutus ekspertarstide poolt antud 150-st vähenenud töövõimega hinnangust 17 töövõime olemasoluks (vähenenud töövõime hinnanguga isikutest 11%). Ekspertarstide poolt antud hinnangute ja TK poolt tehtud otsuste võrdlus on esitatud tabelis 1.

**Tabel 1. Ekspertarstide hinnangute ja TK poolt tehtud otsuste võrdlus töövõime olemasolu ja ulatuse kohta**

Arstide hinnangud olemasoleva töövõime ulatusele	TK otsused töövõime ulatuse kohta					Kokku
	Töövõimeline	Vähenenud töövõimega	Puudub töövõime	Töövõime jäi määratlemata	Tühi; kodeeringuga mittesobiv väärtus	
Töövõimeline	37	10		6	1	54
Vähenenud töövõimega	17	120	8	2	3	150
Puuduva töövõimega	2	2	39			43
Kokku	56	132	47	8	4	247

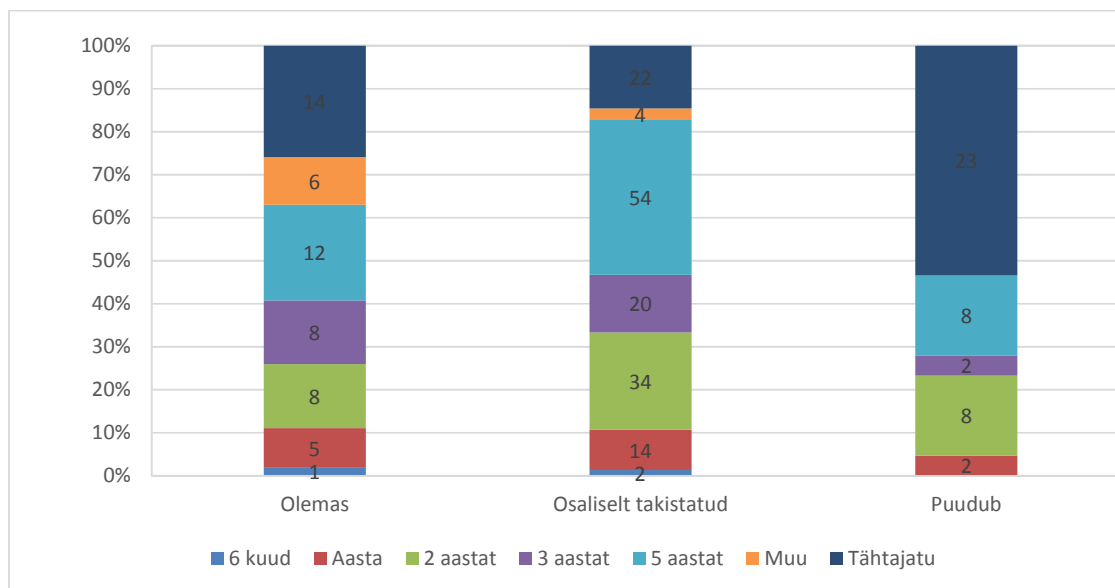
#### 4.2.1.4 Töövõime kestvuse hinnang

Kestvuse prognoosi hinnangu andmine on ekspertarstidele kohustuslik ning seda ka nendel juhtudel, kui inimene hinnati töövõimeliseks. Kõige sagedamini prognoositi hinnatud seisundi kestvuseks 5 aastat (30% juhtudest). Seejuures moodustas osalise töövõimega puhul 5-aastane kestvus üle kolmandiku (36%), puuduva korral pisut alla viiendiku (19%). Ligi igal viiendal (19%-l) osalise töövõimega inimesel oli töövõime ulatuse kestvuseks hinnatud 2 aastat. Puuduva töövõime korral oli lühimaks prognoositavaks kestvuseks aasta ja seda esines vaid 2 korral (joonis 14).

Piloteerimise raames anti ka „tähtajatu“ töövõime kestvuse hinnang, kuid selle põhjuseks oli juhendmaterjali ebaselgus. Töövõime hindamise meetodika rakendamisel lähtutatakse töövõimetoetuse seaduses toodust, mille kohaselt saab töövõime ulatuse kestvuseks määrata kuni viis aastat ning välistavate seisundite korral ka kuni vanaduspensionieani<sup>17</sup>, kuid see ei kajastunud piloteerimise otsustes juhendite ebapiisavuse tõttu.

<sup>17</sup> Töövõimetoetuse seadus, § 8.

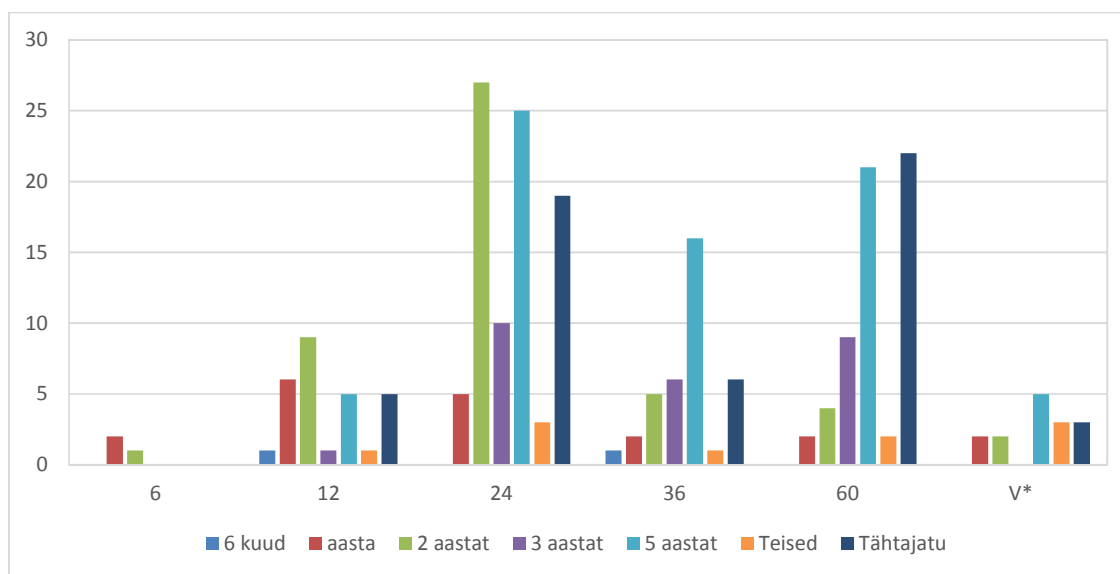
**Joonis 14 . Kestvuse prognooside jaotus töövõime ulatuse järgi**



Väärtust „Muu“ esines 5%-l juhtudest (10 isikul), sh osalise töövõime korral 3%-l ehk 4 isikul (puuduva töövõime korral seda ei esinenudki). Kahel korral oli täpsustuseks lisatud, et kehtivus on vanaduspensionieani. Neil juhtudel jäid taotlejad vanusesse 59 kuni 62-aastat, neil oli püsiv töövõimekaotus vahemikus 50%–60% ning neil puudus kehtiv otsus puude raskusastme kohta. 10-aastast kestvuse perioodi pakutud kahe juhtumi korral oli tegemist alla 25-aastaste isikutega, kellest ühel oli püsiv töövõimekaotus vahemikus 90%–100% ja sügav liikumispuue ning teisel oli püsiv töövõimekaotus vahemikus 70%–80% ning raske liikumispuue. Mõlemal neist prognoositi töövõime seisund vähe muutuvaks.

Kui tänaste kaheaastase püsiva töövõimetuse kestvusega otsuste seas langes kestvuse periood sagedamini kokku piloteerimise tulemusega, siis kehtivate kolmeaastaste otsuste seas oli testimisel sagedamini 5-aastase kestvusega otsuseid (joonis 15).

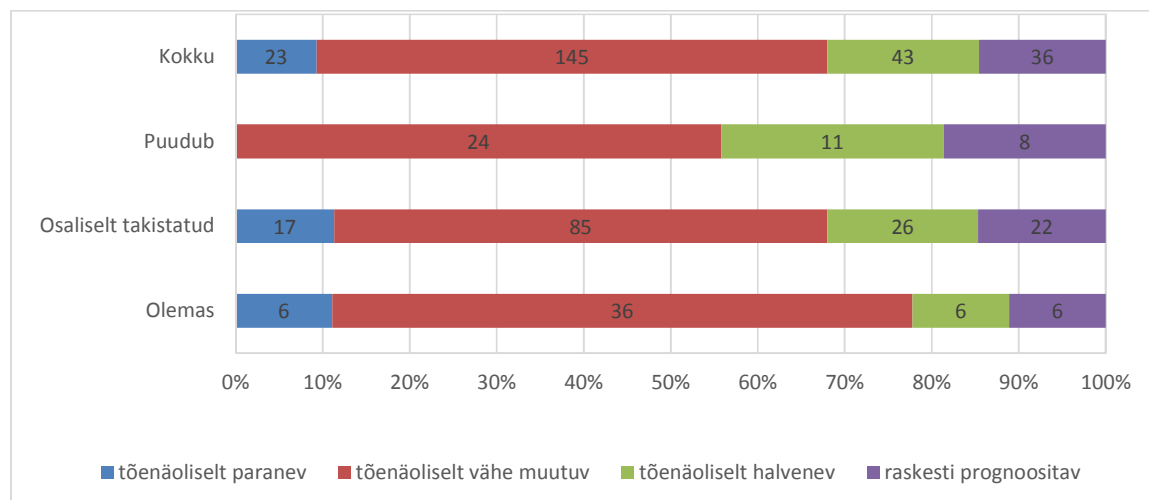
**Joonis 15. Töövõime hinnangu kehtivus püsiva töövõimetuse otsuste kehtivuste järgi**



V\* = vanaduspensionieani.

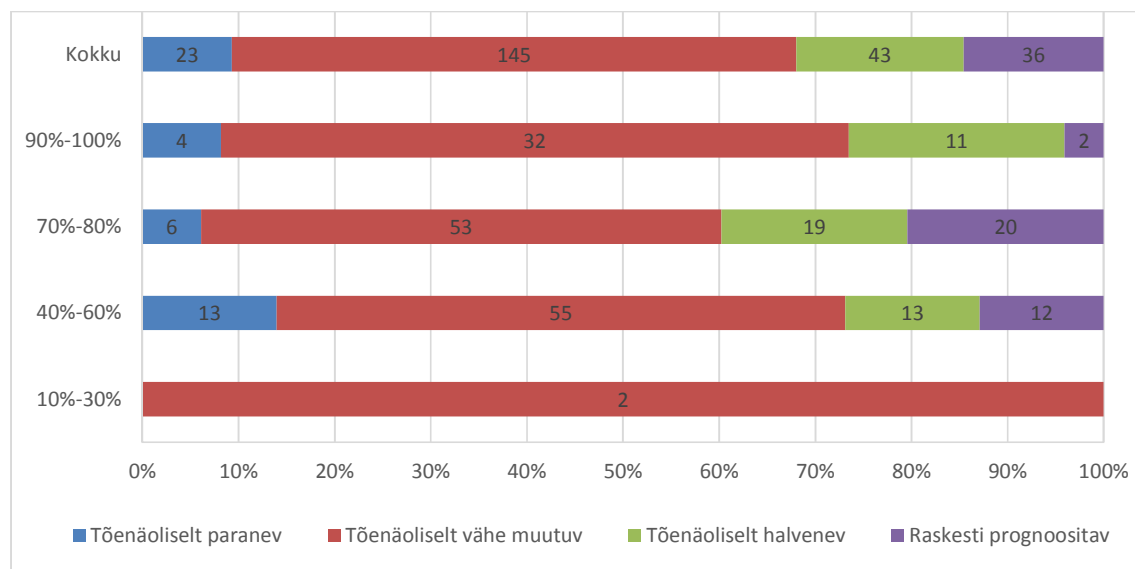
Töövõime seisundi prognoosi osas oli kõige sagedasemaks (59% ehk 145 juhul 247-st) väärtus „tõenäoliselt vähe muutuv“ ja seda olenemata töövõime olemasolust, osalisest töövõimest või töövõime puudumisest (joonis 16).

**Joonis 16. Töövõime seisundi prognoos töövõime ulatuse järgi**



Püsiva töövõimekaoga isikute puhul oli töövõime seisundi hinnang ja püsiva töövõimekaotuse ulatus üldise suundumusena ootuspärane. Hinnangut „tõenäoliselt paranev“ esines küll kõikides töövõimekaotuse ulatuse gruppides, kuid madalama ehk 40%–60%-lise töövõimekaoga isikutel ligi kaks korda sagedamini (14%-l) kui teistel. Vähe muutuvat ning tõenäoliselt halvenevat hinnangut esines aga sagedamini just suurema töövõimekaoga (90%–100%) isikutel vastavalt 65%-l ja 22%-l (joonis 17).

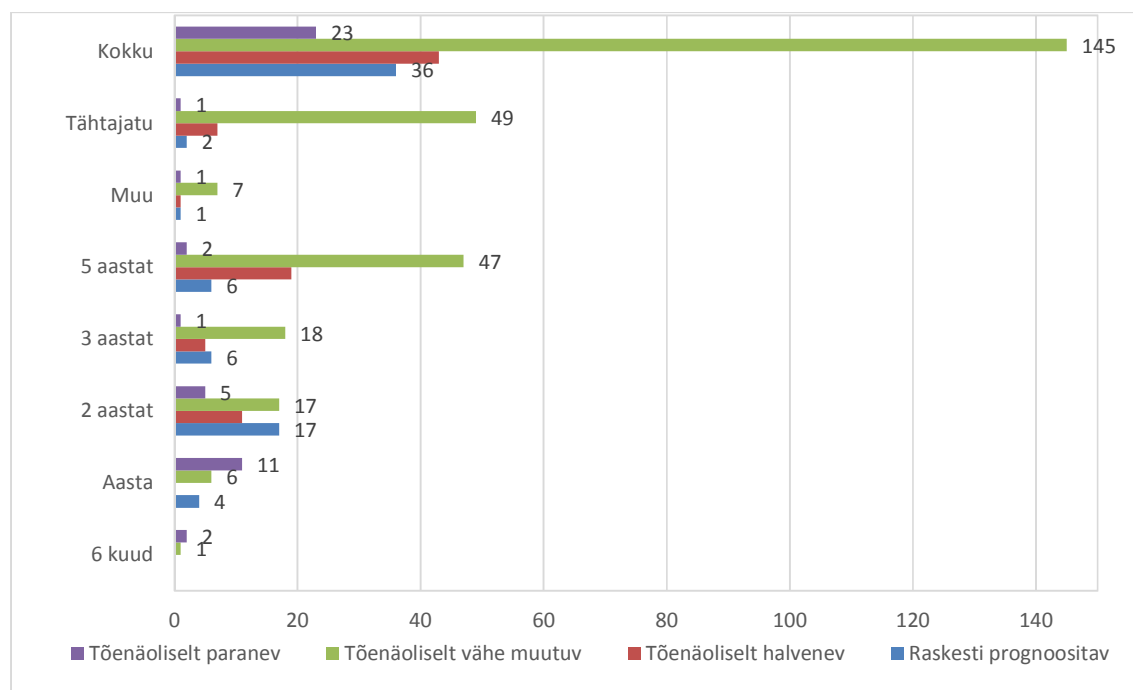
**Joonis 17. Töövõime seisundi prognoos töövõimekaotuse järgi**



Töövõime seisundi hinnanguid ja kestvuse prognoose koos analüüsid selgus, et kolmandik „tõenäoliselt vähe muutuv“ väärtustest oli seotud tähtajatu kestvuse prognoosiga ja ligi kolmandik 5-aastase kestvuse prognoosiga (vastavalt 49 ja 47 juhtu). Seevastu „raskesti prognoositavad“ juhud esinevad sagedamini (ligi pooled ehk 47%) 2-aastase kestvuse

prognoosi korral – see on eeldatavalt oodatav tulemus, sest siis on inimese soovi korral (taotluse esitamisel) võimalik läbi viia korduvhindamine (joonis 18).

**Joonis 18. Talitlusliku võimekuse seisundi hinnangud kestvuse prognoosi järgi**



#### 4.2.1.5 Soovitused töötingimustele

Töövõime hindamise piloteerimisel pidid ekspertarstid kirjeldama ka sobivat töökeskkonda, sobivaid sooritusi, sobivat töötamise vormi või tööaega ning ebasobivaid sooritusi, kasutades „Võimete ja töönoüete klassifikaatorit (O\*NET)”<sup>18</sup>.

Sobimatud töönoüded oli kajastatud 122 juhul ehk pisut vähem kui pooltel (49%) juhtudel. Sagedamini (63%-l) olid ebasobivad töötingimused kajastatud osalise töövõimega juhtudest. Ebasobivaid töötingimusi oli kajastatud igal kolmanda (35%) töövõimega inimese puhul ning puuduva töövõimega isikutest 21%-l. Enamasti (ca 100 juhul) oli kajastatud ebasobivad töötingimused tekstina ja klassifikaatori koode ei olnud lisatud, mis viitab eelkõige sellele, et kasutatud klassifikaator ei olnud ekspertarstidele harjumuspärane ning vajab nii juhendmaterjalides kui ka koolitusel rohkem tähelepanu. Samuti peaks uue meetodika rakendamisel kasutatav instrument (näiteks „trigamm“ otsingu rakendamine jms) enam toetama ekspertiisi läbiviivat arsti. Selgitava tekstina koos klassifikaatori koodiga oli lisatud ebasoovitavad töönoüded ja töötingimused 22 juhul. Samas esines ka olukordi, kus ebasobivad töönoüded ja töötingimused olid väljendatud vaid klassifikaatori koodiga ning lisainfo lisamiseta ei ole see kasutajatele piisav.

Ebasobiva töönoüete soovituste all toodi sagedamini (55 korral ehk 45% ebasobiva töönoüetega soovitustest) välja füüsilise töö sobimatust (kasutati termineid: füüsiline jõud, füüsiline koormus, füüsiline pinge jms). Sellele järgnesid pikalt seismise, (pideva) liikumisega, vahemaade läbimisega seotud töönoüded 31 korral (25%-l), käeliste tegevusega

<sup>18</sup> „The O\*NET Content Model“. [www.onetcenter.org](http://www.onetcenter.org)



ja raskuste tõstmisega seotud töö nõudeid ning koostööd või loovat suhtumist, inimestega suhtlemist, suulise kõne töötlemist vajav töö – mõlemad 24 korral.

Mõnel korral viidati ka olukorrale, kus isikule sobimatute töö nõuete kirjeldamiseks ei leitud klassifikaatorist vastet.

**Tabel 2. Sagedamini esinenud ebasoovitavad töö nõuded töövõime ulatuse järgi**

Sagedamini esinenud sobimatud töö nõuded	Töövõime ulatus				Osatähtsus sobimatutest töö nõuetest, %
	Olemas	Osaline	Puudub	Kokku	
Füüsiline töö, füüsiline koormus, füüsiline pingeline jms.	4	49	2	55	46
Pikalt seismine, kõndides, liikumine ja pikka vahemaad läbides jms.	5	23	3	31	25
Koostöö, inimestega suhtlemine, klienditeenindus, suulise kõne töötlemist vajav töö	3	19	2	24	20
Käeline tegevus (sh kahe käe koostöö, mootorika jms) ja raskuste tõstmine, teisaldamine)	1	20	3	24	20
Kõne mõistmist, vaimsed võimeid eeldavad toimingud, kognitiivsed võimeid eeldavad töö nõuded	2	16	2	20	16
Sundasendis või ühes asendis pikalt sooritatavad tegevused	4	13	1	18	15
Vaimset pinget eeldavad töö nõuded	2	14	0	16	13
Ebasobivate töö nõuetega kirjete arv kokku	19	94	9	122	

#### 4.2.1.6 Hinnang abivahendi vajadusele

Töövõime hindamise kokkuvõtvas hinnangus pidi ekspertarst andma soovitusel hinnatava abivahendite vajaduse kohta. Abivahendi soovitusel andmisel oli ekspertarstil abiks abivahendite loetelu ISO<sup>19</sup> klassifikaator, mida tuli kasutada vähemalt pearühmade kahekohalise koodi täpsusega. Enamike juhtudel olid arstid kasutanud klassifikaatorit detailsemalt (näiteks: „*Randme- ja sõrmeliigeste ortoosid*“ – mis vastab ISO klassifikaatoris 6-tasemelisele koodile 06.06.13 „Labakäe-randme-sõrme ostoosid“; „*Võiks proovida liikumist madala tugiraamiga (tugikepi kasutamine provotseerib valu)*“), mis vastab ISO klassifikaatoris 6-tasemelisele koodile 12.06.03 „Käimisraamid“). Väga üldsõnaliselt jäid eranditult ISO klassifikaatori 05. „abivahendid oskuste treenimiseks“ rühma abivahendite kasutamise soovitusel, kus piirduti klassifikaatori sõnastusega 2-tasemelises koodis – „*Abivahendid oskuste treenimiseks*“, lisamata täiendavaid selgitusi. Neljal juhul jäi abivahendi soovitus üldisemaks „*ergonoomilised abivahendid*“, neist ühele oli lisatud täpsustus „*koormuste teisaldamisel*“. Vormiliselt olid soovitusel abivahenditele enamjaolt antud sõnaliselt, mis TK juhtumikorraldajate tagasisidele toetudes oli oluliselt paremini arusaadavad ja kasutatavamad kui üksnes klassifikaatori koodina esitatud soovitusel (esines paaril korral). Sisuliselt esines abivahendite soovitusel all nii selliseid abivahendeid, mida isik juba kasutas kui ka seda, mida ekspertarst soovitas veel lisaks inimese talitluslikku

<sup>19</sup> [EVS-EN ISO 9999:2011](#)

võimekuse kompenseerimiseks kasutada. Seega on sellest lähtuvalt oluline täiendada hindamise juhendmaterjale vt ka osa 4.4.

Enamasti oli abivahendite soovitude andmisel tegu igapäevaelu toimetulekut toetavate abivahenditega. Töötamise toetamiseks ja töövõime tagamiseks vajalike abivahendite või töökeskkonna kohandamise alased soovitud (kokku seitsemel juhul) olid enamasti üldsõnalised: „*Randmeortoosid kätega töö*“; „*ergonoomilised vahendid töökohal, reguleeritav töölaud ja istekoht*“; „*vajadusel tolmu vms respiraator*“; „*reguleeritav töölaud ja istekoht*“; „*Ilmselt vajalik töökoha kohandamine*“; „*kohandatud tool ja kohandatud klaviatuur*“; „*kohandustega arvuti*“.

Sagedamini oli lisatud abivahendite kasutamise soovitud personaalsete liikumisvahendite ning suhtlus-, teabe- ja signaliseerimisvahendite loetelu rühma kohta – kokku vastavalt 52 ja 48 juhul (tabel 3). Seejuures oli suhtlus-, teabe- ja signaliseerimisvahendite soovitude puhul 4/5 juhtudest (83%-l) tegu osalise töövõimega. Kui vaadata osalise töövõimega inimeste rühma tervikuna, siis vähemalt igale neljandale neist soovitati ekspertarsti poolt suhtlus-, teabe- ja signaliseerimise rühma abivahendeid.

**Tabel 3. Abivahendite kasutamine ja/või soovitud abivahendite loetelu ISO klassifikaatori alusel töövõime ulatuse järgi**

ISO kood ja nimetus	Töövõime ulatus			Kokku	Osatähtsus, %
	Olemas	Osaline	Puudub		
04. Abivahendid inimese raviks	9	3	2	14	6
05 Abivahendid oskuste treenimiseks	0	3	5	8	3
06.Ortoosid ja proteesid	4	22	1	27	11
09. Enesehoolde ja –kaitse abivahendid	4	12	7	23	9
12. Personaalsed liikumise abivahendid	3	35	14	52	21
15. Abivahendid majapidamistödeks	1	6	0	7	3
18. Kodu ja muude ruumide sisustus ja kohandused	1	4	3	8	3
21. Suhtlus-, teabe- ja signaliseerimisvahendid	2	40	6	48	19
Kõrvalabi, isiku abi, saatja	0	4	2	6	2

Ligi igal viiendal juhul (19% ehk 45 juhtu) esines teave, et taotleja abivahendeid ei kasuta või ei vaja või ei ole andmete ebapiisavuse tõttu võimalik neid soovitada. Igal neljandal-viiendal juhul (23%-l, so 57 juhul) ei olnud ekspertarst lisanud teavet abivahendite kasutamise kohta ega andnud soovitusi kasutada mõnda abivahendit. Ligi pooltel neist juhtudest (49%-l 57-st) oli tegu osalise töövõimega inimestega ja 19%-l oli tegu puuduva töövõimega inimestega.

#### 4.2.1.7 Hinnang tööalase rehabilitatsiooni vajadusele

Töövõime hindamise piloteerimisel olid ekspertarstide rehabilitatsioonialased soovitud tihti üldsõnalised (näiteks „*vajab rehabilitatsiooni*“, „*vajab tööalast rehabilitatsiooni*“) ning sagedamini toodi soovitusi pigem igapäevast toimetulekut toetavate rehabilitatsiooniteenuste kohta. Konkreetselt funktsioone toetavaid ja/või funktsioone säilitavaid rehabilitatsiooniteenuseid soovitati 19%-l juhtudest. Nendel juhtudel oli enamasti (31 juhtu 46-st ehk 67%) tegemist osalise töövõimega inimestega, puuduva töövõimega isikuid oli nende seas 22% (10 juhtu). Esitatud soovitud olemasolevate funktsioonide säilitamiseks olid sageli ebamäärased (näiteks „*olemasolevate funktsioonide*

säilitamiseks”), kuid oli ka täpsemini sõnastatud soovitusi nagu näiteks „liigete- ja lülisambafunktsiooni säilitamine“ või „liigesliikuvuse säilitamine, parandamine“.

Lisaks esines juhte, kus ekspertarst soovitas rehabilitatsiooniteenust või nõustamisteenust näiteks elukeskkonnaga kohanemiseks, abivahendite kasutamiseks või kohandamiseks, kuid soovitati ka tervisliku eluviisi ja toitumisalast rehabilitatsiooni. Sotsiaalseks toimetulekuks andis ekspertarst psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse soovitusi ca 20 juhul, lisades mõnel juhul juurde ka täpsustused probleemi olemuse kohta (näiteks „psühhosotsiaalset - et julgeks ka kodust väljas liikuda abivahendiga“).

Esinesid mõned juhtumid, kus ekspertarst oli soovitanud nõustamist või rehabilitatsiooniteenust valuga toimetulekuks või soovitanud alkoholaravi, AAgripi tugiteenust, isikliku abistaja teenust, kogukonnas elamise teenust jms.

Väga sageli piirdusid soovitused vaid üldise sõnastusega (nt, „vajab psühholoogi nõustamist“ või „vajab psühhiaatrilist nõustamist“; vajab psühholoogi tuge“ jms). Tõenäoliselt oli põhjuseks teabematerjali puudumine võimalike erinevate rehabilitatsiooniliikide ja neis sisalduvate erialateenuste kohta (vt ka osa 4.4).

Kutsealast või tööalast rehabilitatsiooniteenust või nõustamist soovitati 55 juhul ehk 22% juhtudel. Ootuspäraselt anti kutse- või tööalase rehabilitatsiooni teenuste soovitusi sagedamini (40-l juhul 55-st ehk soovitustest 73%-l) osalise töövõimega inimestele, mis kõigist osalise töövõimega isikutest moodustas 27%. Puuduva töövõimega inimestele anti tööalast või kutsealast rehabilitatsiooni/nõustamisteenuse soovitusi ligi 23%-le.

Spetsialistide teenustest esines soovituste seas sagedamini (30 juhul) psühholoogi teenust, seda nii teenuse, nõustamise, toe, konsultatsiooni kui ka rehabilitatsiooni nimetuse all. Füsioterapeudi teenuse soovitusi anti 21 juhul.

Soovitusi rehabilitatsiooniteenuse vajadusele ei olnud täidetud, ei osatud hinnata (sh ka andmete ebapiisavuse tõttu) iga kaheksanda isiku puhul. Neid, kellele oli lisatud, et tõenäoliselt ei vaja rehabilitatsiooniteenust, oli vaid 11% (4/5 olid osalise töövõimega isikud ja 1/5l oli töövõime olemas).

Lisaks sotsiaalse rehabilitatsiooni, töö- ja kutsealases rehabilitatsiooni soovitustele tegid ekspertarstid soovitusi ka taastusravi vajaduse osas (26 juhul) ja ravi vajaduse soovitusi (4 juhul). Töövõimega isikutest soovitati ravi või taastusravi ligi igale viiendale, osalise töövõimega inimestest 9%-le ja puuduva töövõimega inimestest 12%-le.

#### 4.2.2 Ekspertiisivormi ja hinnangu kokkuvõtte arusaadavus

Küsimusele „Kas ekspertiisivormi ja hinnangu kokkuvõtte osa (kuidas on vaja täita/mida kirjutada) on arusaadav?“ vastasid enamik testimisel osalenud arstidest (9 ekspertarsti 10-st) eitavalt ehk **nende hinnangul ei ole ekspertiisivorm ja hinnangu kokkuvõtte arusaadavad**. Vaid üks ekspertarst vastas küsimusele jaatavalt. Mitmed arstid väitsid, et neis tekitas vorm segadust. Samuti toodi välja, et koolitus ekspertiisivormi täitmise osas jäi väheseks ning sellele on vaja edaspidi koolitustel rohkem tähelepanu pöörata. Häiris ka see, et juhendid erinesid pisut tegelikest vormidest. Ühe põhjusena nimetati ka seda, et küsimused tundusid olevat aegajalt üpris sarnased ja ei saadud aru nende erinevustest, mistõttu on vaja neid rohkem lahti seletada ja/või mõistetavuse parandamiseks vaadata üle sõnastus.

*“Küsimused on omavahel üpris sarnased, peaks olema paremini mõistetavad või rohkem lahti seletatud“.*

Enamikele jäi selgusetuks kokkuvõtva osa lisandväärtus ja mida kokkuvõttesse on kindlasti vaja märkida. Kas sinna peaks märkima „...*kaebused + anamnees+ uuringud+ piirangud+ olemasoleva või eeldatav töö tingimused?*“. Segadust tekitas ka sama teksti pidev kordamise vajadus.

*„Ei saanud lõpuni aru, misjaoks sama teksti korrata: piirangu avaldumine ja mõju; terviseseisundi mõju tegutsemisvõimekusele; tegutsemise ja osalemise piirang; eeltoodust tulenevalt on töötamine..., praktiliselt kõigisse neisse läheb sama sisuga tekst“.*

**Tagasisidele tuginedes võib väita, et tõenäoliselt jäi nii koolitusel, juhendmaterjalides** aga ka testimise tulemusena mitme arsti poolt tähelepanuta, et **koondhinnangu andmises oleks tulnud hinnang anda süsteemselt**, arvestades nii valdkonna siseste tegevuste, erinevate valdkondade, abivahendi, kõrvalabi, saadavate sotsiaalteenuste jne koosmõjuna. Seega jäi „koosmõju“ mõiste ebaselgeks ning vajab ekspertarstide juhendmaterjalis täpsustamist (vt ka osa 4.4).

Järeldusena tuleb nii **koolitustel aga ka juhendis selgelt sõnastada, mis eesmärgi kokkuvõttev** osa ekspertiisivormil täidab ja milline peaks olema selle osa lisandväärtus juba eespool täidetud tegevuste kohta iga konkreetse valdkonna all ja kes ning mis eesmärgil neid kasutab edaspidi. Seejuures saab koolitusprogrammi väljatöötamisel kasutada piloteerimisel osalenud ekspertarstide tähelepanekuid ja kommentaare.

*“jääb arusaamatuks, miks sama copy/paste tuleb teha kastikesest kastikesse, mis informatsiooni see annab ja kellele“.*

Arusaadavuse juures toodi nii ekspertarstide tagasiside küsimustikus kui ka ekspertiisivormi kommentaarides välja ka erinevaid **tehnilisi probleeme**: nt hoiaks aega kokku kui automaatselt kanduks juba sisestatud teave muutmata kujul teistele väljadele, kus küsitakse kommenteerija hinnangul sama infot. Segadust tekitas ka tehniline probleem elektroonilisel töövahendil, sest näiteks „...*liikumise osa kopeerub ei tea kuhu, viimased osad (inimsuhted jne) lähevad enamasti õigesse kohta.*“

Ekspertarstide tagasiside küsimustiku vastustes toodi välja ka seda, et RFK loogika alusel vormi täitmine ei ole kasutajasõbralik ning rohkem tuleks tähelepanu pöörata kasutajasõbralikele tehniliste lahenduste väljatöötamisele ja rakendamisele.

*„/.../ Antud vormis häiris enim see, et oodati pikkade täislausete vormistamist RFK loogika alusel. Kasutusel olevad rehabilitatsiooniplaanid on näidanud, et selline vabatekst on hiljem raskesti kasutatav. Kõige enam ootaks kodeerimise tuge IT lahendusena ja visuaalselt häid funktsioneerimisprofiile kogu ankeedi täitmise jooksul kasutamiseks, arsti ja patsiendi skooride jooksuks võrdlemiseks /.../“.*

Ekspertiisivormil esitati kommentaare 42 korral ning nendest 21 korral olid kommentaarid seotud ekspertiisivormi kasutajasõbralikkusega (enamasti oli tegemist liitpuude taotluse hindamisega) ning 17 korral muude tehniliste probleemidega. Kasutajasõbralikkuse juures toodi välja näiteks, et puudub erijuhtude kirjeldamise koht kui esinevaid terviseprobleeme ei ole võimalik klassifitseerida olemasolevatesse katergooriatesse. Samas **on ekspertiisvormil erijuhtude osa, mistõttu näitab kommentaar seda, et ekspertarstide juhendis on vaja erijuhtu rohkem selgitada.**

*„Ei oska tüsistusteta diabeedi korral funktsioonihäireid grupeerida. Insuliinravil olev diabeetik on raske haige, kes ei ole täielikult töövõimeline, kuid praeguse hinnangu alusel ei ole kohta, kus seda märkida.“*

Kommentaari põhjal tekitas segadust ka see, miks on puuduva töövõime kaotuse või välistava funktsiooni korral vaja kirjeldada kõiki funktsioonihäireid. Mainiti ka seda, et vormi on ebamugav täita, eriti vormi lõpuosa. Osade jaoks oli arusaamatu ka see, mida millise küsimuse all välja tuua. Kuid üksikutel juhtudel nimetati ka vormi struktuuriga seotud probleeme.

*„Jätkuvalt on tehnilised probleemid lõpuosaga, antud juhul kui on mitme valdkonna probleemid, ei saa küll aru, kust mis osa algama peaks. Arusaamatuks jääb, kuhu peaks uut infot kirjutama või mis peaks automaatselt eespoolt kopeeruma.“*

Lisaks mainiti tehniliste probleemide alla ka seda, et kokkuvõtet oli raske teha kuna andmeid ei saanud kõrvutada või esinesid muud tehnilised probleemid (nt ekspertiisihinnang ei kopeeru lõpuhinnangusse).

#### 4.2.3 Taotluse- ja ekspertiisivormi vastavus ja kooskõla

Ekspertarstidel paluti tagasiside küsimustikus hinnata „Kas taotlusel olevad küsimused olid kooskõlas/vastavuses ekspertiisivormil olevate küsimustega?“. 10-st ekspertarstist 4 leidsid, et taotlusvorm ja ekspertiisivorm on kooskõlas. Kuus ekspertarsti vastasid küsimusele eitavalt, vastuse kommentaarides toodi välja erinevaid põhjendusi. Ühel juhul oli tegemist pigem sellega, et taotlus ei olnud piisaval määral täidetud ning see tekitas küsimusi.

Peamiselt toodi ekspertarstide tagasisides ja ekspertiisivormi kommentaarides välja **ekspertiis- ja taotlusevormi küsimuste järjekorra ja/või numeratsiooniga seotud probleeme**. Leiti, et küsimuste järjekord ei ühti 4 ja 6 valdkonna puhul ning et kõigi küsimuste sõnastus ühesugune. Küsimuste järjekorra või sõnastuse erinevus põhjustab ekspertarstide hinnangul hindamisel üleliigset ajakulu.

*„Ekspertiisivormil ja kliendi poolt täidetud taotlusvormil ei ole valdkonnad samas järjestuses (vt. 4.1 ja 4.2).“*

**Kokkuvõttes võisid välja toodud probleemid olla tingitud ka sellest, et ekspertiisivormiga ei ole harjutud ning teisalt on vaja täiendada juhendis olevaid selgitusi ja koolitusmaterjale.**

#### 4.2.4 Metoodika asjakohasus inimese terviseseisundist tuleneva töövõime, sh eri valdkondade tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamiseks

Küsimusele „Kas erinevate terviseseisundite ja sellest tulenevate piirangute korral esines olukordi, kus instrumentarium (taotluse või ekspertiisi küsimused või hindamismetoodika) ei võimaldanud piisavalt hästi välja selgitada inimese töövõimet ning välja tuua erinevate valdkondade piirangute spetsiifikat?“ vastas eitavalt 3 ekspertarsti ja jaatavalt vastas 7 ekspertarsti 10-st. Seega kolmel arstil (sh arst, kes tegi kokku 52 ekspertiisi) ei esinenud sellist olukorda, kus taotlusvormi ja ekspertiisivormi küsimused ja metoodika ei võimaldanud erinevate terviseseisundite ja sellest tulenevate piirangute korral välja selgitada inimese töövõimet ning välja tuua eri valdkondade (nt liikumine, nägemine, psüühikahäire jne) spetsiifilisi aspekte. Seejuures kolmest arstist üks näiteid ei toonud, kuid lisas selgitusena, et käsitles selliseid olukordi erijuhtudena.

Küsimusele jaatavalt vastanute hinnangul ei võimaldanud taotluse/ekspertiisivormi küsimused ja hindamismetoodika töövõime hindamiseks piisaval välja selgitada erinevate valdkondade tegutsemispiiranguid ja inimese töövõimet. Selgituseks toodi erinevaid näiteid, mis olid seotud nii metoodika mõistmisega (*„näiteks psüühilise erivajadusega isik, kes elas iseseisvalt, planeeris tegevused ise, aga töötas toetatud tööl "iseseisev elu" raames, keeruline oli hinnata, kas ta suudaks ka nn päris tööd teha ja kas ta on osalise või puuduva töövõimega isik“*) kui sellega, kas TIS-s oli piisavalt andmeid (*„Isiku kaebus lugedes selgub, et tegmist psüühikahäirega, mis TIS-s ei kajastu (ühtegi F diagnoosiga epikriisi ei leidnud.“*).

Samuti sisaldasid toodud näited hinnangut selle kohta, et kui on tegemist **vaimupuudega või psüühikahäirega inimesega**, siis **taotluse ja ekspertiisivormi küsimused ei selgita piisavalt inimese terviseseisundist tulenevat töövõimet**, sh tegutsemis- ja osaluspiirangute spetsiifilisi aspekte (probleemina toodi seda välja ka ekspertarstide tagasiside küsimustiku teiste küsimuste all). Hinnangu tingis asjaolu, et taotluses toodud vastused ei vastanud inimese tegelikule olukorrale:

*„Kui oli tegemist liitpuudega, siis vaimne võimekuse häire olemasolu raskendas, kuna isikutel puudus sisuline kriitika oma psüühikahäire suhtes.“*

Selgitustes toodi probleemina välja, kuidas hinnata **kroonilise haigusega** (nt diabeet, astma) **inimese töövõimet**:

*„Tüsistusteta diabeedihaike, insuliinravis, südame rütmihäiretega ja pikaajalise depressiooniga - ei osanud tema tervisehäireid kusagile panna. Ei olnud tal olulist liikumise piiratust, õppimise ega muid häireid, kuid minu seisukoht on, et ta on osalise töövõimekusega, mitte täiesti töövõimeline, nagu tulemus tuli. Koormuslangust ei saa alati liikumise alla panna. /.../“*

*„Diabeetikud, astmaatikud, südamehaiged - neid ei saa liigitada liikumise valdkonda. Peaks olema veel mingi võimalus koormustaluvust määratleda.“*

Ühel korral toodi hinnangus välja, et dokumendipõhine hindamine ei võimalda inimese töövõimet välja selgitada (*„Minu arvamuse kohaselt dokumendipõhine hindamismetoodika ei võimaldanud sageli hästi välja selgitada inimese töövõimet. Muu instrumentarium on üldiselt hästi koostatud hindamaks inimese töövõimet ja käsitleb olulisemad valdkonnad, kuid mainitud hindamismetoodikat kasutades ei saa vähemalt praegusel ajal veel kindel olla selle usaldusväärsuses.“*).

Küsimusele „Kas **töövõimet välistavate seisundite** loetelu ekspertiisivormil on ammendav ja kasutatav?“ vastati ekspertarstide poolt enamjaolt jaatavalt (10-st ekspertarstist 8 nõustus, 2 vastas eitavalt). Eitavalt vastanud leidsid, et **loetelu võiks täiendada** (nt ühe ettepanekuna lisada „afaasia“) ning taas toodi välja küsimus, kuidas määratleda kroonilise haigusega juhte ning tehti sõnastuse parandamise ettepanekuid. Lisati ka, et loetellu peaksid kuuluma ka mõned erijuhtude (nt tuberkuloos) alla klassifitseeruvad juhtumid:

*„ei oska sõnastust pakkuda, aga need juhud, mis ilmselt on praegu erijuhtude alla paigutatud, näiteks mitmed sünnikahjustusega isikud, keda otseselt voodihaigeks ei saa lugeda, sest ratastooli tõstetuna nad siiski liiguvad ka ringi, aga nad pole võimelised lusikat suu juurde tõstma jne, seal võiks olla ka valikus siis: üleüldine raske seisund või midagi sellist /.../“*

## 4.2.5 Töövõime hindamise meetodika arusaadavus ja töövõime hindamine

### 4.2.5.1 Meetodika rakendamisel esinenud probleemid

Ekspertarstidel paluti tagasisidet ka hindamismetoodika rakendamisel esinenud probleemide kohta. Küsimusele „Kas Teil esines ebaselgeid kohti või raskusi meetodika rakendamisel hindamise läbiviimisel?“ vastas 4 ekspertarsti 10-st, et neil esinenud probleeme. Kuue ekspertarsti jaoks oli meetodika rakendamisel raskusi ning selgitustes nimetati lisaks ekspertvormiga seotud tehnilistele probleemidele (peamiselt seotud kasutajasõbralikkusega) ka sisulisi probleeme nagu nt **kuidas/millise funktsioonihäire alusel hinnata terviseseisundi mõju tegutsemisvõimekusele** ning tegutsemise- ja osalemise piiranguid, **määratleda funktsioonide raskusastet** (eriti vaimse võimekuse valdkonnas), kuidas määratleda sobivaid töid ja töötingimusi jm.

*„Kõigepealt ei ole selge, missugune funktsioonihäire ja mille alusel otsustada on kerge, mõõdukas jne, mis on need kriteeriumid; mis vahe on küsimusel terviseseisundi mõju tegutsemisvõimekusele ja tegutsemise ja osalemise piirangud; /.../“.*

*„Ei osanud üldse, koolituse osa ja praktiliste ekspertiiside osa koolitusel oli minu jaoks vähene“.*

Lisaks paluti ekspertarstidel tagasiside küsimustikus ka eraldi välja tuua raskused, mis esinesid meetodikast arusaamisest ja rakendamisel. Ka siin toodi välja **piirangute põhjuse ja tegutsemisvõime lahti kirjutamist**:

*„/.../ Näiteks kui tegu oli ratastooliga liikuva inimesega, kes on võimeline ka vähesel määral kõndima, siis kumba liikumisfunktsiooni hinnata? Samuti kui küsimus on püstitatud stiilis „kas istudes või seistes“, siis kui üks funktsioon on täielikult olemas ja teine raske piiranguga, siis kas hindan nõ paremat või halvemat funktsiooni?“.*

Ebaselgeks jäi ka olukord, **kus isikul olid väga tõsised piirangud mitmetes tegevusvaldkondades ning kus isik vajab igapäevaselt teiste isikute abi**, kuid sellele vaatamata töötab. Sellise näite korral on sisuliselt tegemist osalise töövõimega inimesega, kuid piirangute ulatusest ja raskusest lähtuvalt oleks tegemist puuduva töövõimega inimesega:

*„/.../ näide, kus eksperdina tahaks määrata mitte täielikku töövõimekaotust, vaid 100% töövõimetoetust oleks sügava puudega inimene (näit tetraparees), kes teeb edukalt IT tööd, kuid vajab ka ratastooli istumiseks 2 inimese kõrvalaabi. See keeleline arusaamatus oli üleval ka sotsiaalmeedias (töövõimekaotus 100%, kuid teeb tööd)“.*

Ekspertiisivormi kommentaarides ekspertarstid veel välja küsimuse, kuidas hinnata taotleja **muutlikku terviseseisundit** („Kuidas kodeerida kliendi enesehinnagut, kui see on hinnatud „muutlikuks“?“). Raskusi muutlikku seisundit hindamisel nimetati ka sellistel juhtumitel kui haigus teatud perioodil ägeneb ja siis taas olukord paraneb.

*„Taotlejal esineb haiguse ägenemisi (sagedus raskesti prognoositav), mille ajal ta tõenäoliselt on töövõimetu.“*

Eraldi teemana tõusis ekspertiisivormil toodud tagasisides esile **andmete piisavuse või puudumise küsimus**, samuti vajadus **täiendava taustinfo** (nt taotleja haridusalane info) järele. Andmete puudumine või ebapiisavus oli suurem probleem nende ekspertarstide jaoks,

kes hindasid neid juhtumeid, kus taotleja oli psüühikahäirega (sh psüühikahäire liitpuude koosseisus) või vaimupuudega. Andmete ebapiisavuse väljatoomist esines ka nende eksperarstide poolt esitatud kommentaarides, kes hindasid liikumis- ja kuulmispuudega või liitpuude juhtumeid.

Olulise täiendava teabe allikana (peamiselt psüühikahäirega juhtumite hindamisel) nimetasid eksperarstid rehabilitatsiooniplaani ja selles sisalduva teavet.

*„/.../ Sama psühhiaatrilistega, kus ilma rehabilitatsiooniplaanita on võimatu arvata, millega saab hakkama ja millega mitte“.*

*„Ankeedist ei tule välja, kas klient saab töötamise toetamise teenust, toetatud elamise teenust, igapäevaelu toetamise teenust või on õppinud/ õpib kutserehabilitatsioonikeskuses. Sellise info otse küsimine on väga suure informatiivsusega. /.../“.*

Töövõime hindamisel on täiendava infona võimalik kasutada ka TK/SKA juhtumikorraldaja poolt taotlusele lisatud tähelepanekuid. Ekspertarstidelt küsiti piloteerimise tagasisides, „Kas konkreetselt Teile olid hindamisel abiks (kas kasutasite lisateabena) **TK/SKA juhtumikorraldaja** poolt taotlusele lisatud tähelepanekuid?“. Seitse eksperarsti kümnest leidis, et neile olid sellised **tähelepanekud hindamiste läbiviimisel abiks**, 2 eksperarsti leidsid, et lisatud tähelepanekutest oli osaliselt abi ning üks arst ei kasutanud neid. Seega oli lisatud tähelepanekutest eksperarstidele üldiselt abi.

Ettepanekutena toodi välja, et TK/SKA tähelepanekute all võiks kajastada ka seda, kas taotleja täitis taotluse üksi või abiga, kui palju oli vaja küsimusi täpsustada jm juhtumikorraldaja tähelepanekud. Samuti leiti, et suur abi oleks ka suuremal määral näidete toomisest ning sellest kui märkida taotlusele haridusega seonduv info (sh vaimupuudega inimese puhul info selle kohta, mis koolis käinud).

Lisaks toodi küsimustiku erinevate vastuste all mitmel juhul välja probleeme, mis olid seotud vähese **koolituse ja juhendite ebapiisavusega**. Seejuures toodi välja nii vajadust erinevate näidete kui ka konsultatsioonivõimaluste järele (sh töid eksperarstid nii tagasiside küsimustikus kui ka ekspertiisivormil toodud kommentaarides välja, et nad vajaksid hindamise läbiviimisel nõuandjat ning seda peamiselt sel juhul kui on tegemist psüühikahäire või vaimupuudega inimese töövõime hindamisega). Koolituste ebapiisavust toodi välja ühe põhjusena, miks ei osatud kasutada O\*NET<sup>20</sup> või RFK<sup>21</sup> klassifikaatoreid (ei osatud õiget koodi märkida). Samas nimetatud klassifikaatorite kasutamisega esinenud probleeme toodi välja üksikutel juhtudel. Koolituste tõhustamise vajadust näitab ka see, et ekspertiisivormil toodud tähelepanekud olid olulisel määral seotud metoodikast arusaamisega. Nii näiteks toodi välja:

*„Vastavalt otsustustingimustele (möödukas piirang ühes valdkonnas) on klient hinnatud töövõimeliseks. Samas on tema töövõime täielikult sõltuv abivahendi kasutusest ja ka edaspidi peab olema tagatud abivahendi kättesaadavus (nt. juhul kui soodustuse eeltingimuseks on praegu TVK%).“*

*„Isikul on diagnoos, mis küll praegu ei mõjuta praegu töövõimet, aga on oluline jälgida (kasvajaline protsess).“*

<sup>20</sup> Võimete ja töönoüete klassifikaator.

<sup>21</sup> Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon.



Ekspertiisvormil esitatud kommentaaride põhjal on vaja koolitustel ja juhendmaterjalides täpsustada ka seda, millised võimalused on eriarsti kaasamiseks või millistel juhtudel suunata taotleja oma raviarsti vastuvõtule diagnoosi ja seisundi täpsustamiseks.

#### 4.2.5.2 Hindamiste tulemuste formuleerimine

Ebaselgeid kohti ja raskusi esines tulemuste formuleerimisel pea kõigil, vaid ühel arstil ei esinenud. Ehk 9 ekspertarsti 10-st vastasid jaatavalt küsimusele: „Kas Teil esines ebaselgeid kohti ja raskusi tulemuste formuleerimisel (nt valdkonna kokkuvõtte ja ekspertiisi kokkuvõtte koostamisel)?“. Küsimuse kommentaarides toodi enam välja probleeme, mis on seotud ekspertiisvormi ja hinnangu kokkuvõtte arusaadavuse ja tehnilise lahendusega. Nii jäi ebaselgeks ekspertiisvormi väljade sisuline tõlgendamine ning ei mõistetud sarnaste andmete kordamise vajadust (sama toodi välja ka vormi kohta esitatud küsimuse all vt osa 4.2.2). Välja toodi ka tehnilisi probleeme nt seda, et RFK koodide kasutamine on töömahukas.

*„Alguses esines kerge segadus teatud väljadega. Iga valdkonna kokkuvõtte ees oli lahter ""Ekspertiisi hinnang"". Arvasin, et sinna on vaja sisestada kokkuvõtvalt piirangu raskusaste, kuid see oli mõeldud täpsustava piirangu jaoks, mida eelnevalt ei olnud käsitletud. /.../“*

Sisuliste raskuste all toodi välja **ka raskusi sobivate töötingimuste määramisega ja abivahendite hindamisel** (ühe põhjusena nimetati juhendite ebapiisavust). Lisaks leiti, et enesehoolduse ja teadvuse valdkonna aspektid ei sobi koos hindamiseks.

#### 4.2.5.3 Hindamisskaalade sobilikkus ja asjakohasus

Hindamisskaalad pidasid sobilikeks ja asjakohasteks 8 arsti 10-st (tagasiside küsimustiku küsimus „Kuidas hindate hindamisskaalade sobilikkust/asjakohasust töövõime ulatuse hindamiseks?“). Nii sellele küsimusele vastates kui ka tulemuste formuleerimise raskuste kirjeldamisel ning ekspertiisvormil esitatud tähelepanekutes toodi ekspertarstide poolt välja, et **esines ebaselgeid kohti või raskusi skoorimise põhimõtetest arusaamisel** sh toodi välja skoorimise meetodilise ja sisulise poole ebakõla piirangute raskusastmetega seoses.

*„/.../ Kõnd, inkontinents (kui tuleb abivahenditega puhtalt toime), tegevuste õppimine. Kohati ekspertiisvormis punktide väärtused võrduvad valdkonna põhitegevuse RFK raskusastmega, kohati erinevad, mis on mõnevõrra segadusseajav.“*

*„mida millega liita, kas peab või võib jne“.*

*„Selle juhtumi korral ei tööta hästi kõndimise punktiskaala distantside kaupa - 200 meetri kõnd ei ole antud patsiendile mingi probleem, aga 15 minutit on juba ilmselt kerge probleem ja 45 minutit täielik probleem. Tegelikult on kõnni ja koormustaluvuse probleem suurem kui seismise oma, kuid punkti selle eest ei saa.“*

Ka ekspertiisvormi kommentaarides toodi välja, et **võtmetegevuste kohta punktide andmine on teatud juhtumite korral keeruline** ehk raske on hinnata taotleja terviseseisundit ja töövõimet (eriti kui on tegemist **psüühikahäirega inimesega**).

#### 4.2.6 Hindamisviiside toimivus

Piloteerimise üheks eesmärgiks oli hinnata, kas hindamisviisid (dokumendipõhine vs visiidipõhine) toimivad ootuspäraselt ning kas visiidipõhine hindamine kõrvaldab taotleja ja TIS andmetes ilmnenu vastolu.

Metoodika kohaselt viiakse ekspertiis suuremal osal juhtudest läbi dokumentide põhjal ehk dokumendipõhiselt. Kokku viid piloteerimisel läbi 304 ekspertiisi 275 taotluse kohta (sh võidi ühe taotluse kohta teha nii visiidi- kui dokumendipõhine hindamine). Kokku viidi läbi 275 dokumendipõhist hindamist ja 29 visiidipõhist hindamist.

Kui elektroonsetes meditsiinilistes dokumentides esineb vasturääkivusi on ekspertarstil õigus soovitada TK-l taotlejale visiidipõhise ekspertiisi läbiviimist või terviseseisundi, sh diagnoosi täpsustamiseks raviarstile (eriarstile) saatmist. Piloteerimisel pidasid arstid vajalikuks kutsuda inimene visiidipõhisele hindamisele vaid 12 juhul 275-st. Visiidipõhisele hindamisele kutsututest tuli hindamiseks kohale 7 inimest.

Piloteerimise raames ei olnud kõikide visiidipõhiste hindamise aluseks aga andmete erinevused. Selleks, et võrrelda dokumendipõhise ja visiidipõhise hindamise tulemusi, suunati täiendavalt (põhjuseks ei olnud vastuolu andmetes) visiidipõhisele hindamisele 22 dokumendipõhiselt hinnatud juhtu.

Ekspertarstide tagasiside küsimustiku andmete põhjal varieerus hinnanguline ajakulu dokumendipõhisel hindamisel 60 minutist 195 minutini ja visiidipõhisel hindamisel 30 minutist 195 minutini. **Keskmiselt kulus ekspertarstide hinnangu järgi dokumendipõhisele hindamisele pisut üle kahe tunni (ligi 129 minutit) ning visiidipõhisele hindamisele 1 tund ja 28 minutit (88 minutit).** Täiendavate testide läbiviimisel oli visiidipõhisele hindamisele kulunud aeg suurem. Seejuures on oluline arvestada, et tegemist oli arsti hinnanguga kui palju tal keskmiselt aega hindamisele kulus.

Ekspertarstidel on visiidipõhisel hindamisel võimalik läbi viia vajadusel ka täiendavaid tegutsemis- ja osalemisvõime testimisi. Piloteerimise järel küsiti ekspertiise läbi viinud arstidelt, kas nad viisid läbi täiendavaid teste ning paluti ka täpsustada, milliseid teste läbi viidi ning milliste piirangute ja takistuste hindamisel neid vaja oli. 10-st **ekspertarstist 2** (mõlemal juhul oli tegemist taastusravi arstidega) **viisid läbi täiendavaid teste:**

- 1) kliinilised neuroloogilised testid;
- 2) käelise tegevuse hindamiseks Box and Blocks testi;
- 3) sõrmede pigistusjõu mõõtmisvahend Hydraulic Pinchmeter'
- 4) depressioonitestid (EEK-2, Beck);
- 5) tähelepanu testid: visuaal-ruumilise tähelepanu ja mälu, arvutamise testid.

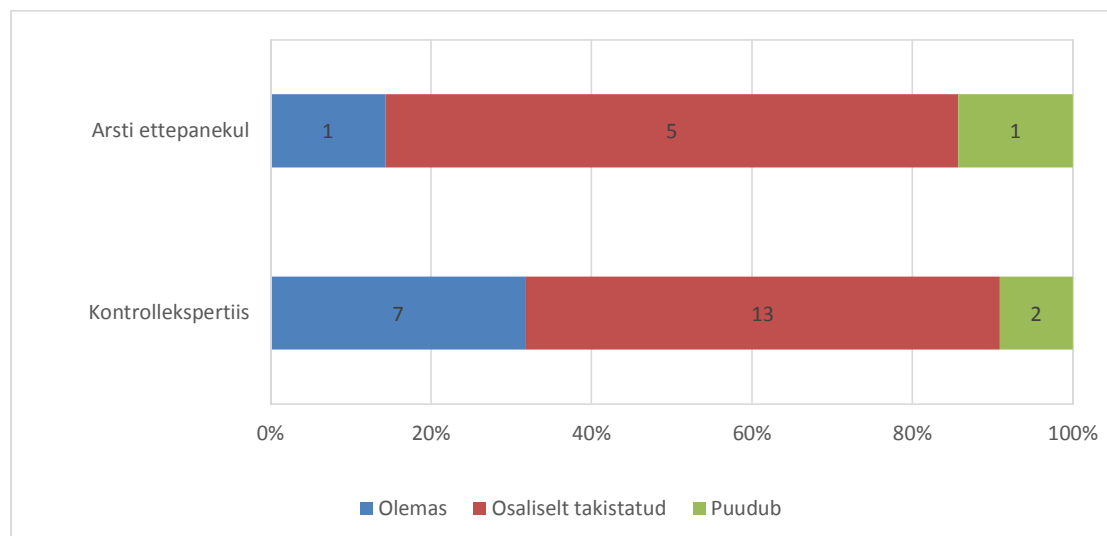
Ekspertarstide poolt ekspertiisivormi kaudu antud tagasisides oli visiidipõhise hindamise kohta tehtud vähe märkuseid (9 mainimist). Selle hulgas mainiti paaril korral, et visiidipõhisest hindamisest ei oleks kasu kuna infot on TIS-is vähe, visiidipõhist hindamist ei saa teostada kuna puudub diagnoos, taotlejat ei saanud visiidile kutsuda, taotleja ei tulnud visiidile kohale või keeldus sellest. Kahel korral aga mainiti, et visiidipõhine hindamine võiks kindlasti kasuks tulla.

#### 4.2.6.1 Täiendava visiidipõhise hindamise tulemused

Piloteerimise raames tehti täiendavalt visiidipõhine ekspertiis 29 hindamise taotluse kohta sh arsti ettepanekul andmete vastuolu tõttu 7 visiidipõhist hindamist ning ülejäänud 22 dokumendipõhist juhtu hinnati eesmärgiga võrrelda, kas taotleja töövõime ulatus, taotleja talitluslik võimekus ja taotleja töövõime kestus muutus võrreldes dokumendipõhise

ekspertiisiga<sup>22</sup>. Mõlemal juhul olid esindatud kõik kolm talitlusliku võimekuse astet (joonis 19). Samuti oli eesmärgiks kaasata teisi spetsialiste visiidipõhisele hindamisele

### Joonis 19. Visiidipõhisele ekspertiisile suunatud taotlused taotleja talitlusliku võimekuse järgi



Ekspertarstid tõid visiidipõhisele suunamise aluseks välja järgmised põhjused:

- digiloos dokumendid puudu;
- puue lapseas, mistõttu viimasel 5 aastal arstile pöördumisi TIS ei näita;
- taotluse ja TIS andmete vastuolu (sh taotluses kirjeldatud kaebuste kohta puuduvad TIS-s andmed);
- TIS andmed puuduvad;
- puudub neuroloogiline hinnang jalgade pareesi osas; osa epikriise on vaatamiseks suletud;
- puudub ajakohastatud TIS-teave, et hinnata kaebuste paikapidavust.

Visiidipõhisele hindamisele suunamistest 21 juhul (18 valimi alusel ja 3 arsti otsusel) ei näinud ekspertarstid vajadust kaasata täiendavaid spetsialiste ega viia läbi täiendavaid teste. Ühel juhul kasutati täiendava teabeallikana Astangu KRK spetsialistide hinnanguid rehabilitatsiooniplaanist, korra kaasati füsioterapeut, korra psühholoog, korra tegevusterapeut, konsulteeriti psühhiaatriga.

Kahel juhul oli ekspertarst arvamusel, et vahetud kontakt inimesega andis olulist lisateavet ekspertiisi läbiviimiseks.

Võrreldes dokumendipõhise hindamisega muutus visiidipõhisel hindamisel ekspertarsti hinnang töövõime ulatuse kohta 6 juhul:

- 2 juhul muutus osaliselt töövõime hinnang töövõimeliseks;
- 2 juhul muutus puuduva töövõime hinnang töövõimeliseks;
- 1 juhul muutus töövõimelise hinnang osalise töövõimega hinnanguks;
- 1 juhul muutus töövõimelise hinnang puuduva töövõime hinnanguks.

<sup>22</sup> Algne eesmärk oli läbi viia 12 visiidipõhist hindamist arsti ettepanekul ja 17 hindamist eesmärgiga võrrelda dokumendipõhise hindamise tulemust. Kuna arsti ettepanekul 5 kutsutat loobusid visiidipõhisele hindamisel tulekust, siis suurenes selle võrra dokumendipõhise hindamise võrdluseks läbi viidud hindamiste arv.

Muutused tegutsemispiirangu raskusastmele muutusid visiidipõhisel hindamisel oluliselt sagedamini – 17 juhul, täpsemalt on neid kirjeldatud järgnevas tabelis 4.

**Tabel 4. Tegutsemispiirangute raskusastme muutus visiidipõhisel hindamisel võrreldes dokumendipõhisel hindamisega**

Näitaja nimetus	Raskusastmete arv, mille võrra tegevuspiirang muutus					
	Vähenes 2 võrra	Vähenes 1 võrra	Jäi samaks	Tugevnes 1 võrra	Tugevnes 2 võrra	Tugevnes 3 võrra
	-2	-1	0	1	2	3
Juhtude arv	4	0	12	6	5	2

Tegutsemispiirang jäi samaks 12 korral. Samas tuleb järelduste tegemisel arvestada, et tegemist oli piloteerimisega ning nii dokumendipõhisel kui ka visiidipõhisel hindamisel esines ekspertarstidel ühelt poolt vigu skoorimisel kui teisalt ka andmeväljade mittetäitmist. Nimetatud probleemid on lahendatavad koolituste ja juhendmaterjalidega, mida on plaanis enne seaduse rakendumist läbi viia.

Visiidipõhise hindamise tulemusena muutusid tegutsemispiirangud ja piirangute valdkonnad vastavalt tabelis 5 toodule.

**Tabel 5. Tegutsemispiirangute ja piirangute valdkondade muutused visiidipõhisel hindamisel**

Ekspertarsti selgitus	Juhtumite arv
Täpsustus olemasolev valdkond (nõrgenes)	7
Täpsustus olemasolev valdkond (jäi samaks või tugevnes)	8
Selgus arsti viga dokumendipõhisel hindamisel	2
Lisandus uus valdkond, kus piirangud esinevad	4 (2 juhul liikumisvaldkond, 1 käelised tegevused ja 1 tahtejõu puudus, mida arsti selgituse järgi ei ole diagnoositud)
Langesid ära valdkond kus piirangud esinevad	2 (1 juhul liikumine ja 1 juhul käeliste tegevuste valdkond)
Ei muutnud midagi	5
Muutus valdkondade osas täiesti	2 (ühel juhul käeline tegevus asendus liikumise valdkonna ning teadvusel püsimise ja enese hoolduse valdkonnaga; teisel juhul lisandus liikumisvaldkonnale veel viis erinevat valdkonda, kus esinesid tegevuspiirangud)

\* Juhtumite arv ei ole summeeritav kuna ühe juhtumi kohta võis esineda mitu selgitust.

Ekspertarstidelt uuriti tagasiside küsimustikus lisaks ka seda, kas visiidipõhise hindamisega lahendati erinevused, mis ilmnesid dokumendipõhise hindamise andmete ja TIS andmete vahel. Üheksa arsti kümnest oli nõus, et **visiidipõhine hindamine lahendas dokumendipõhise hindamisel tekkinud isiku poolt taotlusel antud teabe ja TIS-i andmete võrdlemisel tekkinud vastuolud**. Vaid üks arst oli seisukohal, et visiidipõhine hindamine andis enamasti lahenduse ning leidis, et olulist lisaväärtust see dokumendipõhise hinnatud ekspertiisi tulemusel ei andnud. Antud hinnangu puhul tuleb arvestada, et visiidipõhise hindamise läbiviimise aluseks võis olla vajadus võrrelda erinevaid hindamisviise ning sellest tulenevalt ei andnud antud hindamine ekspertarsti jaoks ka täiendavat infot.

*„Kuna piloodiga sattunud, siis ei olnud muutust - olin samasugusel seisukohal ka pärast visiidipõhist hindamist“.*

#### 4.2.7 TIS-i andmete piisavus töövõime hindamiseks

Töövõime hindamise meetodika kohaselt on terviseandmed ekspertarstile kohustuslikuks sisendiks ekspertiisi läbiviimisel. Selleks on töövõime hindamise taotleja kohta TIS-is sisalduvad andmed viimase 5 aasta diagnooside ja asjakohaste epikriiside, retseptikeskuse viimase 2 aasta jooksul välja kirjutatud retseptiravimid ja meditsiiniseadmed ning haigekassa andmed viimase 2 aasta haiguslehtede perioodide ja väljastamise aluseks olevate diagnooside kohta. Piloteerimisel oli eesmärgiks teada saada, kas TIS-i andmed on infoallikana piisavad ning kas see võimaldab läbi viia dokumendipõhist hindamist.

##### 4.2.7.1 TIS andmete piisavus dokumendipõhise või visiidipõhise hindamise läbiviimiseks

Kaheksa arsti kümnest väitsid, et **TIS-i andmed ei toeta piisavalt dokumendipõhist töövõime hindamist** (vastused tagasiside küsimusele: „Kas TIS-i andmed toetasid piisavalt dokumendipõhist hindamist?“). Need kaks ekspertarsti, kes olid väitega nõus, viisid piloteerimise käigus läbi vastavalt 54 ja 22 ekspertiisi.

Sisuliselt kõik eitavalt vastanud ekspertarstid tõid ühel või teisel moel välja probleemina **andmete puudumise TIS-s või andmete ebapiisavuse**. Arstid tõid välja, et paljudel juhtudel on diagnoosid küll TIS-is olemas, kuid haiguskirjeldused on puudulikud. Samuti toodi välja, et kõik ravimid ning ka töövõimetuslehtede info ei ole kajastatud TIS-is.

*„Valdavalt TIS andmed olid puudulikud või puudusid üldse“.*

Samuti toodi välja, et TIS sissekannetes ei ole piisavalt kantud infot patsientide **funktsionaalse seisundi või piirangute kohta**. Sellest tulenevalt ei selgu andmete põhjal, milliseid tegutsemis- või osalemispiiranguid antud diagnoosid põhjustavad ning seetõttu esines ekspertarstide tagasiside põhjal olukordi, kus dokumentide alusel oli raske anda hinnangut piirangu ulatusele (või põhjustas ebaõige hinnangu andmist). Poolte ekspertarstide poolt toodi eraldi esile andmete puudumise või piisavuse (sh epikriiside sõnastus ja arusaadavus) probleemi **seoses psüühikahäirega inimeste tervises seisundi ja piirangute hindamisega**.

*„psühhiaatrilised väljavõtted on väga napisõnalised, ei anna ülevaadet tegelikust tegutsemisvõimekusest/.../“.*

Ekspertarstid tõid probleemina veel välja, et esines olukordi, kus TIS-is puudusid kirjeldused spetsiifiliste piirangute kohta (nt põieprobleemid, nägemis- ja kuulmisfunktsioon, enesehooldus, kognitsioonihäired jt), kuigi põhidiagnoosi alusel võis eeldada, et taotlejal need on.

Tagasisides toodu kohaselt esineb TIS-is juhte, kus on kirjas teave esmaste kaebuste kohta või mida konkreetsel visiidil tehti, kuid **hilisemaid muutuseid** paremuse poole **ei kajastata**. Kommentaarides toodud näite korral kirjeldati olukorda, kus dokumendipõhise hindamise raames oli tuvastatud käelise tegevuse piirang, kuid visiidipõhisel hindamisel selgus, et piiranguid on liikumisega seoses; samuti olukord, kus visiidipõhisel hindamisel selgus, et andmed ei ole kaasajastatud:

*„/.../ Võib olla aitaks etappepikriis, aga seda nõuet praegu ei ole. paberekspertiisil oli probleemne käeline tegevus, väljakutsel selgus, et kätega erilist midagi ei ole, pigem on probleemne koht liikumine; liigsest kaalust tulenevate häirete omanikud kohapeal osutasid normkaalulised olevat, sest vahepealset kaalum muutust keegi märkinud terviselukke ei olnud, ikka jooksis E66.0 ja vanad kaalunumbrid jne“.*

Leiti ka, et tegutsemis- ja osalemispiirangute hindamiseks on oluline, et **krooniliste haiguste korral oleksid muutused haiguse kulus ja mõju funktsionaalsusele epikriisides kajastatud**. Lisaks toodi välja, et mitmeid kordi esines liiga üldisi või arusaamatuid sissekandeid („/.../Tühjad sissekanded - nt. retsepti pikendus /.../“; „/.../ epikriise, kus psühhiaatri seisukoht jäi arusaamatuks.“).

Ka visiidipõhise hindamise kohta küsiti ekspertarstidelt: „Kas TIS-i andmed toetasid piisavalt visiidipõhist hindamist?“. Kui vaid kaks arsti leidsid, et TIS andmed toetasid dokumendipõhist hindamist, siis visiidipõhise hindamise puhul leidsid 4 ekspertarsti (sh ekspertarst, kes viis läbi 6 visiidipõhist hindamist), et TIS andmed toetavad piisavalt visiidipõhist hindamist. Kokku 6 ekspertarsti leidsid, et **TIS andmed ei toeta visiidipõhise hindamise läbiviimist piisavalt**.

Ka visiidipõhise hindamise puhul toodi sagedamini välja just TIS-i andmete puudumine/ebapiisavus psüühikahäirega inimeste korral.

*„Psüühikahäirete korral reeglina puudusid andmed, kuigi retseptid olid olemas. Oli ka isikuid kellel puudusid nii andmed kui ka retseptid“.*

Võrreldes dokumendipõhise hindamise ja TIS andmete piisavuse kohta antud hinnangutega, leidsid neli arsti, kes dokumendipõhisel hindamisel tõid välja TIS andmete ebapiisavust, et visiidipõhise hindamise puhul TIS andmed toetavad piisavalt visiidipõhist hindamist. Siinkohal võib eeldada, et visiidipõhisel hindamisel saadud info täiendas dokumendipõhisel hindamisel olnud andmete probleeme ning sellest tulenevalt ei leitud antud hindamisviisi puhul probleeme TIS-iga olevat (samuti võisid juhtumid erinevad olla).

*„Visiidipõhise hindamise jaoks valitud patsientide kohta ei olnud TIS-is üldse asjassepuutuvaid andmeid ega osati ka diagnoose. Objektiivne leid ja eeldatavad diagnoosid selgusid visiidipõhise hindamise käigus.“*

Seevastu kaks arsti olid vastupidisel arvamusel, et dokumendipõhise hindamise osas TIS andmed toetasid piisavalt hindamist, kuid visiidipõhise hindamise puhul mitte. Tuleb arvestada, et enamik arste tegid vaid kuni kolm visiidipõhist hindamist ning seetõttu ei saa statistiliselt usaldusväärseid järeldusi sellest teha. Samas kõige enam visiidipõhiseid ekspertiise teinud arst (7 visiidipõhist ekspertiisi) selgitas, et oli erinevaid juhtumeid ning vahel TIS andmed toetasid ja vahel ei toetanud. Eeldatavalt esinesid sellesttulenevalt ka erinevad arvamused TIS andmete piisavuse kohta dokumendipõhise ja visiidipõhise hindamisel.

Kommentaaries toodi välja ka seda, et **andmete puudumise korral kasutati ka muid andmeallikaid** nagu nt rehabilitatsiooniplaan.

Ka ekspertiisivormil esitatud kommentaaride seas toodi teemana kõige enam välja andmete olemasolu ja piisavust (kokku oli 91 tähelepanekut ning neist valdav enamus TIS andmete kohta). Vaid kuuel korral öeldi, et TIS-is on andmeid piisavalt ning seal on väga head andmed. 61 korral öeldi, et TIS-is on kaebustega seotud andmed puudu (sh diagnoosid, terviseseisundi kirjeldused, uuringute tulemused ja ravi) või need on hindamiseks ebapiisavad (sh andmed on aegunud, eriarstide sissekanded on liiga pealiskaudsed, erinevate arstide sissekanded on vastukäivad). Mitmel korral leidsid arstid, et terviseseisundi raskus ei tule andmete põhjal välja ning patsiendi kaebused ei lähe andmetega kokku. Sellisel puhul tehti tihti otsus enda arvamuse ja patsiendi kaebuste alusel ning seetõttu võidi töövõimet üle- või alahinnata (metoodika kohaselt on kohustus kasutada TIS andmeid). Mõned ekspertarstid leidsid

diagnoosid mujalt kui TIS-ist (nt rehabilitatsiooniplaan, retseptide väljaostmise info) või tegid võimalusel kohapeal vajalikud testid. Leiti, et TIS peaks kajastama ravimite väljaostmise infot. Välja toodud probleemid näitasid taas seda, et koolitustel ja juhendmaterjalides on vaja selgitada metoodikat, mis andmeid saab kasutada jne.

#### 4.2.7.2 Kas TIS andmestikku kasutamine töövõime hindamiseks oli mugav?

Andmete piisavuse teema kõrval uuriti ekspertarstidelt ka TIS andmestiku kasutamise mugavuse kohta „Kui mugav oli TIS andmestikku kasutada töövõime hindamiseks (siinkohal ei ole mõeldud testimiseks loodud keskkonna kasutajamugavust, vaid andmete kuvamise struktuuri ja andmete leitavust)?“ Piloteerimisel osalenud ekspertarstidest pooled ehk 5 ekspertarsti 10-st nõustusid väitega, et TIS-i andmestiku kasutamine (andmete kuvamise struktuur ja andmete leitavus) töövõime hindamisel on mugav. Vastusevariandi „Ei olnud mugav“ valis 5 ekspertarsti, kuid neist 4 lisasid kommentaarides, et **kasutamine on teatud juhtudel (nt ravimid) või tingimustel (nt kui andmeid ei ole palju) mugav:**

*„Diagnooside, ravimite ja uuringute leidmine oli küllaltki mugav“;*

*„mugav on see, kui kõik epikriisid on järjest ja avatuna (mitte nii, et pead avama ükshaaval ja loed läbi, lähed tagasi, avad järgmise)./.../“*

*„Kui on väga palju erinevaid visiite, siis olulise info sõelumine on töömahukas“.*

Lisaks selgus, et kui arst on oma töös igapäevane TIS-i kasutaja, siis on ta TIS-is oleva teabe paigutuse ja järjestusega harjunud ja see ei tekita probleeme.

**Tehniliste probleemidena** toodi välja, et osa teksti ei tule originaaldokumendist tervisekirjeldusse üle, mistõttu tehti ettepanek kasutada algdokumente, mis avaneksid üksteise all. Segavana toodi välja, et sama kuupäeva avades tuleb ette ikka sama epikriis. Lisaks mainiti, et on olukordi, kus toimub digiloost (MISP2<sup>23</sup>) iseeneselik väljalogimine („/.../ korduvalt iseeneselik MISP väljalogimine“).

Paremaks muutmise ettepanekute all toodi välja, et kui andmed puuduvad, siis võiks olla võimalus ekspertiisi kohe lõpetada:

*„/.../ Kui TIS andmed puuduvad ja ei ole spetsialistide kontakte, siis võiks kohe võimalik olla ekspertiisi lõpetamine andmete puudumise tõttu (mitte aga kõik valdkonnad läbi käia tõdemaks, et andmed puuduvad)“.*

Ekspertiisivormil ekspertarstid TIS-i kasutamise mugavuse kohta märkuseid ei tehtud. Välja toodi seda, et ebamugavust põhjustas andmete puudumisel nende juurde küsimine taotleja arstilt kuna kolleegid panevad töö ajal nende segamist pahaks. Küsimus laheneb kui töövõime hindamise süsteem rakendub, sest siis tekib kohustus teatud tähtjaks järelepärimisele vastata kui infot on vaja terviseseisundi täpsustamiseks.

---

<sup>23</sup> MISP2 – X-tee portaali TIS-ist digiloo päringute tegemiseks.

#### 4.2.8 Töövõime hindamise kokkuvõte

##### **Ekspertiisivormi ja hinnangu kokkuvõtte täitmine:**

- Ekspertiisivorm ja hinnangu kokkuvõtte ei ole piisavalt arusaadavad sh väljade sisuline tõlgendamine.
- Erijuhtude käsitlemine ja kirjeldamine on ebaselge.
- Ekspertiisivorm ja taotlusevormi küsimuste järjekord või numeratsioon ei ole ühesugune.
- Probleemi lahendamiseks on vaja täiendada juhendeid ja läbi viia koolitusi sh kirjeldada koondhinnangu andmist.

##### **Metoodika asjakohasus:**

- Ekspertiisi- ja taotlusvorm ei selgita piisavalt inimese terviseseisundist tulenevat töövõimet – eelkõige kui on tegemist vaimupuudega, psüühikahäirega või liitpuudega inimesega.
- Probleemina nimetati ka kroonilise haiguse korral töövõime hindamist

##### **Metoodika rakendatavus:**

- Mitmetes spetsiifiliste terviseseisundite puhul ei võimalda metoodika alati välja selgitada inimese töövõimet või välja tuua erinevate valdkondade piirangute spetsiifikat (nt liikumine, nägemine, vaimne alaareng, psüühikahäire, kroonilised haigused)
- Ebaselge on terviseseisundi mõju hindamine tegutsemise- ja osalemise piirangutele ja tegutsemisvõimekusele ning funktsioonide raskusastme määramine.
- Hindamiskaala kasutamisel esines ebaselgeid kohti või ei saadud aru skoorimise põhimõtetest (eriti terviseseisundite puhul keeruliseks nagu nt psüühikahäire).
- Sobivate töötingimuste määramine ja abivahendite hindamine on ebaselge.
- Mitmed välja toodud probleemid olid seotud koolituste ja juhendite ebapiisavusega sh klassifikaatorite kasutamine, näidete vähesus, sisuliste kommentaaride puudumine väljade täitmise kohta.
- TK/SKA juhtumikorraldajate tähelepanekud olid hindamise läbiviimisel abiks. Lisaks toodi välja vajadust täiendava taustinfo järele (nt haridus).

##### **TIS andmete piisavus:**

- TIS andmestik ei toeta dokumendipõhist hindamist kuna andmed on sageli puudu või on need ebapiisavad.
- Andmete puudumine või ebapiisavus on suurimaks probleemiks vaimse võimekuse valdkonna hindamisega.
- Infot ei ole piisavalt funktsionaalse seisundi või piirangute kohta, krooniliste haiguste muutuste kohta infot ja mõju funktsionaalsusele ei kajastata.
- Epikriiside sisu ja esitamine ei ole ühesugune.
- TIS andmete puudumisel kasutati muid andmeallikaid nt rehabilitatsiooniplaan.
- TIS andmestiku kasutamine on teatud juhtudel mugav, eriti siis kui sellega on harjutud.



### 4.3 Ekspert hinnangu alusel töövõime ulatuse otsuse tegemine

Järgneva analüüsi osa aluseks on TK kokkuvõtte töövõime hindamise piloodi tulemuste kohta ning selles tuuakse välja, kas ekspert hinnang ekspertiisivormi kokkuvõttel annab TK-le piisavat ja kvaliteetset infot töövõime ulatuse kohta hindamisotsuse tegemiseks (uurimusküsimus 8). Samuti, kas ekspert hinnang ja selles sisalduvad soovitusel annavad inimese vajadustega kooskõlas infot TK-le inimese tööotsingute nõustamiseks ja talle tööle saamiseks vajalike tööturuteenuste osutamiseks (uurimusküsimus 9).

#### 4.3.1 Ekspert hinnangu asjakohasus töövõime ulatuse otsuse koostamiseks

TK hinnangul **esines väga paljudel juhtudel ekspert hinnangutes puudusi**, mis raskendasid objektiivse otsuse koostamist. Esitatud ekspert hinnangutest (275) ei tuvastatud probleeme vaid 81-l (29%). **Pooltel juhtudel oli otsuse vormistamisel ekspert hinnanguga 1–2 probleemi**, kõige rohkem aga loendati ühe ekspert hinnangu puhul 7 märkust (vt tabel 6).

**Tabel 6. Ekspert hinnangute kohta koostatud märkuste arv**

Märkuste arv	Ekspert hinnangute arv
0	81
1	78
2	53
3	30
4	18
5	9
6	5
7	1
<b>Kokku</b>	<b>275</b>

**Kõige enam esines probleeme RFK klassifikaatori kasutamisel ja kodeerimisel**, samuti oli suurimaks probleemiks **ekspert hinnangu kokkuvõtte täitmata jätmine või liiga üldine** või mitteamusaadav **sõnastus** (tabel 7). Samuti oli **mitmeid probleeme TIS andmetega seoses** (andmed puudu, liiga vähe, vastuolu TIS-i ja taotluse andmete vahel jne). Kokkuvõttes jagunevad probleemid kaheks: ekspert arstist sõltumatuteks ja ekspert arstist sõltuvateks.

**Tabel 7. TK otsuste vormistamisega esinenud probleemide kirjeldused**

Probleem otsuste vormistamisel	Arv
RFK kodeerimine on puudulik	74
kokkuvõtteväli täitmata/täidetud üldsõnaliselt või mitteamusaadavalt	73
soovitusel täitmata/osaliselt täidetud/väheseid	49
piirangu põhjuse väli on lahendatud RFK koodiga	36
osad piirangud on kokkuvõtteväljal kajastamata	36
TIS andmed on puudu	30
skoorimise viga, millest tuleneb töövõime vale ulatus	25
vastuolu seisundi kirjelduse/raskusastme ja kokkuvõtte lahtris piirangu raskusastme osas	20
TIS andmeid on vähe	19
taotleja TIS diagnoosid, enda hinnangud ei ole vastavuses arsti töövõime kohta tehtud otsusega	18

vastuolud TIS ja isiku taotluse vahel	11
hinnang töövõime ulatusele võtmetegevustes puudu	10
piirangu raskusaste väljendatud numbriliselt/väljendamata	9
muud	18

#### 4.3.1.1 Ekspertarstist sõltumatud probleemid

##### a) Probleemid TIS andmetega

**TIS andmete puudulikkus** on üks peamisi põhjusi, miks jäi TK-I hindamisotsus tegemata (32 juhtu). Ekspertarstid on puudulike või väheste TIS andmete puhul toetunud töövõime hindamise taotlusele või teinud täiendavaid päringuid teistele eriarstidele ja spetsialistidele, kuid viimast varianti kasutati ainult 3 korral. Piloohindamise juures on antud asjaolu arusaadav vähese aja- ja ressursitingimuste tõttu, kuid uue rakenduva hindamissüsteemi korral on ilmselgelt tähtis võimalus kaasata teisi eksperte, et saada objektiivne pilt taotleja talitlusvõimekusest. Väheste või puudulike terviseandmete alusel hindamine võib viia valede otsusteni. See võib põhjustada negatiivseid tundeid taotlejates ja põhjustada vaideid ning kordushindamisi.

Probleemid TIS andmetega esinesid kahes olukorras: andmeid on süsteemis kas **liiga vähe või puuduvad üldse**.

TIS andmetega oli probleeme 51 juhul, sealhulgas andmed puudusid 30 juhul, andmeid oli vähe 19 juhul ja TIS-is retseptide andmed puudusid 2 korral. TIS-is retseptide andmete olemasolu või puudumist ei olnud ka paljud ekspertarstid üldse kajastanud.

Andmete vähesus või puudumine ei ole tingitud sellest, et töövõime hindamise taotleja ei oleks viimase 6 kuu jooksul arsti juures käinud, neid juhte oli vähe (2). Probleem on selles, kui suures ulatuses üldse arstid oma patsientide andmeid TIS-i märgivad ja seeläbi teistele arstidele ja institutsioonidele andmeid kättesaadavaks teevad.

TIS andmete puudulikkuse probleem esines piloohindamise juures valdavalt psüühilise erivajadusega taotlejate puhul või nende taotlejate puhul, kes olid perearsti juures käinud ja perearst oli pidanud vajalikuks saata taotleja psühhiaatri vastuvõtule. Samuti juhtudel, kus hindamist teostav ekspertarst ise oli kirjutanud taotleja antud ütluste kohaselt vaimse võimekuse valdkondades, et on alust kahtlustada psüühilist erivajadust (näide arsti kommentaarist: „*On alust arvata, et rütmihäirete tekkimisega on lisandunud ärevushäire (diagnoosimata)*“).

Juhendis peaks olema selge suunis, kuidas talitada juhul, kui terviseandmete vähesuse tõttu ei ole ekspertarstil võimalik töövõimet hinnata. Praegu on näiteks ekspertarst öelnud, et TIS andmed on puudu ja taotlejat hinnata ei saa, kuid talitlusvõimekuse väljale siiski kirjutanud „osaline töövõime“ või „töövõimeline“.

Lisaks on patsientidel võimalik oma andmed **TIS-is teistele kasutajatele kas osaliselt või täielikult sulgeda** (piloodis 1 juhtum). Kui TIS andmetele puudub juurdepääs, siis ei saa ka töövõime hindamise kohta eksperthinnangut koostada ning seda on vaja selgitada taotlejale taotluse esitamisel.

##### b) Probleemid hindamistaotluse kvaliteediga

Hindamistaotlus on väga oluline alusmaterjal ekspertiisi tegemiseks. TK juhtumikorraldajate tagasiside põhjal on alust arvata, et **taotluste kvaliteet võib osutuda ebapiisavaks, kui**

**töövõime hindamise taotleja täidab taotlusvormi üksi.** Taotlejad ei saanud osadest küsimustest aru, vastasid liiga lühidalt või üldiselt. Hindamistaotluse kvaliteedi tagamiseks tuleb ankeeti lihtsustada ja täiendada juhendit. Täpsemalt on taotlusega seotud hinnanguid käsitletud osas 4.1.

Piloodi käigus täideti taotlust enamasti vaid koostöös spetsialistiga või juhendajaga, millest tulenevalt oli vaid üksikuid probleeme taotluse kvaliteediga.

#### 4.3.1.2 Ekspertarstidest sõltuvad probleemid

##### a) Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsiooni (RFK) terminoloogia kasutamine

**Üks sagedasemaid probleeme oli RFK klassifikatsiooni kasutamine.** Sisu osas eristuvad selgelt eksperdid, kes on RFK-põhise lähenemisega tuttavad ja ilmselt kasutavad seda oma igapäevatoos (annavad soovitusi meditsiiniseadmete või abivahendite osas). Teine osa **ekspertidest ei oma ilmselt varasemat kogemust** puude raskusastme või töövõimekao hindajana ega kasuta igapäevatoos RFK-põhist lähenemist.

Struktuurihäiret ei väljendatud RFK-l põhinevas terminoloogias nt: „*Piirangu põhjus: E11.9;I10*“), vaid kliinilise Rahvusvahelisel Haiguste Klassifikatsiooni (RHK) diagnoosina<sup>24</sup> (nt „*Piirangu põhjus: isikul on diagnoositud II tüüpi diabeet, mis on insuliinraviga kompenseeritud ja kõrgvererõhktõbi, mis on raviga kompenseeritud*“).

Enamasti kasutati RFK terminoloogiat osaliselt, kuigi oli ka ekspertiise, kus RFK-st ei lähtunud üldse. RFK loendi koodi kasutati ilma seletuseta valdkondade võtmetegevuste piirangute avaldumise ja mõju väljal (nt „*Kõrgemad kognitiivsed funktsioonid (b1640, b1641, b1642, b1643, b1644, b1645, b1646)*“), kuid objektiivse hindamistulemuse saamiseks peaks ekspertarst koodide sisu sõnaliselt ja mõistetavalt lahti kirjutama. Vastasel juhul võib teiseneda otsuse tegemisel ekspertarsti antud hinnang.

Juhend peaks andma selged suunised, et väljale „piirangu avaldumine ja mõju tegevusvõimele“ peab kirjutama funktsiooni nimetuse, koodi ja sisu lahti kirjutama. Koondkokkuvõtte väljale tuleb aga kirjutada eeltoodust tulenevad piirangu põhjused ja piiranguga tegevused. Piirangu põhjused ja valdkonnad peavad olema väljendatud RFK terminoloogiale tuginedes ainult sõnaliselt, et vältida mittemeditsiinilise taustaga otsuse tegija asjatut terviseseisundi detailidesse laskumist. Kokkuvõtteväljal kirjeldatakse kõikide valdkondade talitlusvõimekus ja esitatakse nende koondmõju.

Metoodika peaks andma selge sisendi, kuidas tuleb koondkokkuvõtte väljal loetleda tegevuspiiranguid. TK ootuseks on detailsem tegevuspiirangute loetelu RFK klassifikatsiooni tervikliku loendi alusel. Piiranguga võtmetegevuste loetlemine taotluselt on otsuse tegija jaoks väheinformatiivne.

##### b) Kokkuvõttevälja sisu

Kokkuvõtteväli on jäetud kas täitmata või täidetud üldsõnaliselt või mittearusaadavalt. Enamikul juhtudel on probleemiks talitlusvõimekuse välja ebakohane täitmine või tegevuspiiranguga valdkondade nimetamata jätmine (nt ekspertiisvormilt: *Talitluslik võimekus: olemas, töötamine võimatu, võimeline*). Ekspertarstid ei osanud tegevuspiirangute koosmõju terviklikult kirjeldada.

<sup>24</sup> <http://rhk.sm.ee/>

Teine probleem, mis kokkuvõtteväljaga seondub, on kerge piiranguga valdkondade kokkuvõttes kajastamata jätmise. Viimane asjaolu on tingitud tõenäoliselt sellest, et meetodika kohaselt kerge piiranguga valdkondi ei summeerita ega arvestata töövõime ulatuse määramisel. Taotleja jaoks on oluline otsusel näha kõiki oma piiranguga võtmetegevusi, sõltumata nende raskusastmest. Samuti on TK jaoks otsustamiseks vajalik loetleda koondväljal kõik valdkonnad, kus esines probleem alates kergest piirangust kuni täieliku piiranguni.

#### c) Erinevate dokumentide ja väljade vastuolo

Analüüsi kohaselt esines **vastuolu hindamistaotluse ja TIS diagnooside ning ekspertarsti töövõime ulatuse kohta antud hinnangu vahel** (nt *Diagnoositud haiguste loetelu: Radikulopaatia, gonartroos, hüpotüreoos, osteoartroos, kõrgeenenud vererõhk. Piirangu avaldumine ja mõju tegevusvõimele: Taotlejal esinevad alaselja kiirguva valu sündroom, südamepuudulikkus ja tundeäired jalgades, ülekaal. Talitluslik võimekus: olemas*). Talitlusliku võimekuse välja sisu ei mõistetud ning tegevuspiirangu mõju ja raskusastet tegevusvõimele ei osatud tõlgendada.

Samuti ilmnes **vastuolu võtmetegevuste ja kokkuvõtte lahtris piirangute raskusastme osas ning vastuolud TIS andmete ja isiku taotlusel olevate ütluste vahel.**

#### d) Erijuht

Erijuhu mõiste on juhendis hägune ja eksperdid ei ole mõistnud selle sisu (viidatud kommentaarina mitme ekspertarsti poolt), **juhendis on vajalik täpsustada erijuhu mõiste ja sisu.**

#### e) Piirangute määramisega seotud probleemid

Piirangute valdkonna määras TK oma otsuses nendel, kellele määrati kas osaline või puuduv töövõime. Piloodis osalenud taotlejad, kes hinnati töövõimelisteks või kelle töövõime jäi hindamata, jäävad järgnevalt analüüsist välja.

**Tabel 8. Töövõime piirangute esinemine**

Piirangute valdkond	Ekspertiisides kajastatud juhtude arv
Töövõimelisi	59
Jäeti hindamata	32
Piirangute valdkond märkimata	3
Piirangute valdkondi 1	47
Piirangute valdkondi 2	44
Piirangute valdkondi 3	58
Piirangute valdkondi 4	16
Piirangute valdkondi 5	8
Piirangute valdkondi 6	6
Piirangute valdkondi 7	2

Osaline või puuduv töövõime määrati 184 piloodis osalenule. Enamikul neist tuvastati tegevuspiirang ühes, kahes või kolmes valdkonnas.

Ühe tegevuspiiranguga inimestest moodustasid peamise osa liikumispiiranguga inimesed. Kahe tegevuspiirangu puhul oli levinuimaks kombinatsiooniks liikumis- ja käelise tegevuse

piirangu olemasolu. Kolme tegevuspiirangu puhul esines inimestel enim üheaegselt piirangud järgmistes valdkondades: õppimine ja tegevuste elluviimine; muutustega kohanemine ja ohu tajumine; inimestevaheline lävimine ja suhted. Kokkuvõttes leiti inimestel kõige enam piiranguid liikumisvaldkonnas.

**Tabel 9. Piirangute esinemine töövõime hindamise valdkondade kaupa**

Piirangute valdkond	Arv
Liikumine	105
Käeline tegevus	66
Suhtlemine (nägemine, kuulmine, kõnelemine)	42
Teadvusel püsimine ja enesehooldus	29
Õppimine ja tegevuste elluviimine	74
Muutustega kohanemine ja ohu tajumine	67
Inimestevaheline lävimine ja suhted	81
<b>Inimeste arv</b>	<b>184</b>

Samas tuleb olla siin tulemuste analüüsimisel ettevaatlik, kuna piirangute määratlemisel esines probleem, et piloodis osalenud ei mõistnud küsimuste sisu samamoodi hindamismetoodika autoritega. Siin saab näiteks tuua, et liikumiskiirang märgiti ka nende inimeste puhul, kellel ei olnud füüsilisi, vaid psühholoogilisi takistusi liikumisel (kartus liikuda võõras kohas jne). Näiteks on liikumiskiirang märgitud 25 inimese puhul, kellel on piirangu valdkonnaks ka inimestevaheline lävimine ja suhted. Need piirangute valdkonnad ei ole üksteist välistavad, aga juhtumikorraldajate tagasiside järgi on teada, et küsimusi mõisteti erinevalt hindamismetoodika autoritest.

#### f) Probleemid töövõime ulatuse hindamisega

Märkimisväärselt palju oli probleeme töövõime ulatuse aluseks oleva **skoori arutamisel**. Metoodika skoori arutamise maatriks peaks võimaldama mitmete võtmetegevuste või valdkondade **kergete** piirangute lõppskoori summeerimist, mis oleks ühtlasi ekspertarsti kaalutusotsus (nt ekspertarsti kommentaarist *Paljudes valdkondades vähene funktsioonihäire, mis ei ole osalise töövõimena skooritav, kuid kumuleerudes mõjutab inimese võimalust töö leidmisel.*). Metoodika kohaselt on näiteks 5 valdkonnas kerge piiranguga taotleja töövõimeline, mida ta tegelikult ka ekspertarsti enda hinnangu alusel ei ole.

Samuti tuleks **skoorimisel arvestada nii abivahendiga kui ka abivahendita** inimese hetke talituslikku võimekust (nt ekspertarsti kommentaarist: „1) kurt, viipekeelt oskav ja nt implantaati omav taotleja ei ole sama töövõimega kui kuulmise abivahendeid mittekasutav ning kommunikatsiooni oskusteta taotleja, 2) vastavalt otsustustingimustele (mõõdukas piirang ühes valdkonnas) on klient hinnatud töövõimeliseks. Samas on tema töövõime täielikult sõltuv abivahendi kasutusest ja ka edaspidi peab olema tagatud abivahendi kättesaadavus (nt. juhul kui soodustuse eeltingimuseks on praegu TVK%).“). Ka SKA on arvamusel, et abivahendi arvestamine skoorimisel väga oluline nt kuulmispuude korral (kurt, kes valdab viipekeelt ei ole sügava puudega). Näites toodud mõlemad juhud peaksid olema arstide kaalutusotsused.

Kolmandat tüüpi töövõime ulatuse määramisega seotud puudused olid seotud **töönõuetega, mis ei sobi terviseseisundi tõttu taotlejale**. Metoodika alusel võib täielikult töövõimelisel inimesel esineda mittesobivaid töötingimusi. Näiteks on ekspertarst kirjutanud koondmõju

lahtrisse töövõimeline, samas ulatuse nimetanud „osaliseks“, kuna esineb mittesobiv töötingimus mingis töö liigis või keskkonnas (nt ekspertarsti kommentaarist: „*Ma tegelikult ei saa skoorimisest antud juhul aru. Patsient on praktiliselt kurt, ei ole seetõttu ka määratud kuuldeaparaati, kasutab viipekeelt, huultelt ei loe. Seega suhtlusest arusaamine = täielik piirang. Paljudeks töödeks ei ole ta suuteline. Samas füüsiliselt terve noor inimene, kes on suuteline täisajaga tootvaks tööks peale eriväljaõpet. Tabeli järgi 4 punkti 1 võtmetegevuses = täielik töövõimetus. Mis siin valesti on?“ või teine näide „ kui inimene ei saa füüsiliselt raskusi tõsta või teatud keskkonnas (kokkupuude kemikaalidega keelatud vms.) töötada küll aga sobib talle kontoritöö“).*

### 4.3.2 Hindamata jätmise põhjused

Ekspertarstid jätsid töövõime hindamata 6 juhul TIS andmete puudumise tõttu. TK vaatas ekspertarstide hinnangud üle ja töövõime ulatus jäi otsustamata 32 isikul 275-st.

Peamine põhjus on TIS andmete vähesus või puudumine, hindamist ei saa teostada vaid taotleja enda ütluste põhjal ja ekspertarsti erialaste teadmiste põhjalt. Probleem on seotud eelkõige psüühikahäirega ja vaimse puudega inimestega, kes ei ole oma psüühilist, vaimset haigust arstil lasknud hinnata, on sulgenud oma TIS andmed või eriarst ei sisesta epikriise TIS süsteemi.

Vähestel juhtudel on töövõime määramata jäetud vastuolude tõttu erinevate dokumentide/väljade vahel või ekspertiisi puudulikkuse tõttu.

Mainitud oli ka mitmel juhul vajadust täiendava koolituse järele.

### 4.3.3 Ekspertiisi käigus antud hinnangute ja soovitude kasutamine TK klientide nõustamisel ja neile tööturuteenuste osutamisel

Tagasiside hinnangutele ja soovitudele koguti TK juhtumikorraldajate ning teenusejuhtide tagasiside põhjal.

Üldjuhul kui ekspertiisi käigus on **põhjalikult kirjeldatud talitluslik võimekus ja antud soovitud, siis on neid võimalik arvestada** nii töökesksel nõustamise, tööturuteenuste vajaduse hindamisel kui sobiva töö leidmisel. Mida põhjalikumalt on kirjeldatud inimese piirangud, seda parem ülevaade tekib, millised on töötöingu valdkonnad, kliendi vajadused ja võimalused.

Sisulise hinnangu ja soovitude olemasolu võib vähendada vajadust tööturuteenuste vajaduse hindamisel täiendavate eksperthinnangute tellimise järele. Hinnang seisundi muutusele on oluline, nt teenuse vajaduse prognoosimisel.

#### 4.3.3.1 Ekspertiisi käigus antud hinnangute asjakohasus

Peamiselt võib hinnangu puhul talitluslikule võimekusele välja tuua järgnevat:

1) **Ekspertiisi kokkuvõttes kõikide valdkondade talitlusliku võimekuse koondmõju oli väga sageli jäänud hindamata.** Valdkondade kokkuvõtetes eraldiseisvalt oli osalemise- ja tegutsemise piirangud kirjeldatud, kuid ekspertiisi kokkuvõttes valdkondade ühismõju hinnangus olid toodud sageli ainult tervisenäitajad. Kuna valdkondade koondmõju ei olnud hinnatud, siis võib jääda ka sisend töökeskse nõustamise ja teenuste vajaduse hindamiseks puudulikuks. Juhtumikorraldaja jaoks on oluline näha terviklikku, seostatud hinnangu kokkuvõtet.

2) **Talitusliku võimekuse hinnangus kajastati ebaolulist infot**, nt kirjeldati inimese elulugu, kus ta elas ja õppis. Samal ajal toodi vähem välja olulist infot, nagu näiteks inimese tegevus- ja osalusvõime ning piirangud.

3) **Talitusliku võimekuse hindamisel piirduti ainult RFK koodide äratoomisega.** Juhtumikorraldajatel oli raske aru saada ja kasutada hinnangut, kui see oli kirjeldatud ainult RFK koodidega. Metoodika järgi tuleks nii valdkonna kokkuvõttes kui ekspertiisi koondkokkuvõttes kirjutada vabatekstina eelkõige töövõime hindamist taotlenud inimesele mõistetavas keeles hinnang talituslikule võimekusele.

4) Teenuste vajaduse hindamisel on **keerulisem mõista abivajaduse ulatust kirjeldavaid mõisteid** nt „*kerge piirang, ei mõjuta märkimisväärselt või taotlejal esineb ka kerge piirang õppimise ja tegevuste elluviimise valdkonnas, mis ei mõjuta märkimisväärselt isiku töövõimet*“. Kui puuduvad selgitused, kus ja kuidas piirangud avalduvad, siis jääb sisend nõustamiseks või teenuste vajaduse hindamiseks ebamääraseks.

#### 4.3.3.2 Ekspertiisi käigus antud rehabilitatsiooni, abivahendite ja töötingimuste soovitude asjakohasus

Soovitused olid lisatud 222 otsusele, soovitud olid välja toomata 14%-l juhtudest.

Peamiselt võib soovitude osas välja tuua järgnevat:

1) **Ekspertarstid mõistavad soovitude sisu ja vormi erinevalt.** Enamikul juhtudel olid soovitud olemas ja mõistetavad, kuid siiski leidis mitmeid osalisi, puudulikke ja ebaselgeid soovitusi, nt *sobib töö kontrollitud tingimustes*. Samuti jäid soovitud pinnapealseks ja lühikeseks, nõustamise ja teenuste osutamise seisukohast peaksid soovitud olema põhjalikumad ja sisulisemad.

2) **Abivahendite soovitud** väljendati ISO klassifikaatori 2-numbrilise koodiga, kuid informatiivsemad olid soovitud, kus ekspertarst oli täpsemalt kirjeldanud, milleks ja mis tüüpi abivahendite vajadus inimesel on.

3) Mõningad **abivahendite soovitud olid ebamäärased**, mis võib viidata ekspertarstide vähesele teadlikkusele abivahenditest, nt *vajab erivajadusega inimese prille*.

4) Sobivate **töötingimuste osas valitses ekspertarstide hulgas ebakõla**, kas loetleda välistavad (mittesobivad) töötingimused, sobivad töötingimused või mõlemad.

Näiteid soovitudest töötingimustele: *tubane keskkond; sundasendite vältimine; regulaarseid toitumispause võimaldav, vähe liikumist; raske hinnata kui teada ainult, et isik töötanud lüpsjana, aga mis on muidu hariduslik taust, ei saa ju soovitada isikule õpetajatööd kui tegemist põhiharidusega inimesega; patsient soovib töötada; vajalik kindlustunde toetamine ja abi töötamisel; Töönõuded, mis ei sobi: külm, niiskus, palju liikumist.*

5) **Välistavad töötingimused olid ilma selgitusteta loetletud O\*NET klassifikaatori koodidega.** Võimalik, et ekspertarstid ei tundnud klassifikatsiooni piisavalt hästi ega osanud koode täpsustada. Koodidena kirjeldatud soovitusi oli juhtumikorraldajatel raskem mõista ja rakendada. Lihtsam oli aru saada soovitudest, mille eksperdid olid kirjutanud sisulise vabatekstina, mida esines samas väga harva.

6) Rehabilitatsioonivajaduse osas oli positiivseid näiteid, kus soovitudes tuli selgelt välja, milles ja millist rehabilitatsiooni inimene vajab, nt: „*Vajab rehabilitatsiooni emotsionaalse tasakaalu taastamisel ja tegevusvõime soodustamisel igapäevaelus kasutatavate*

*abivahendite näol; Rehabilitatsiooniteenustes vajab: füsioterapeudi teenus liikumisvõime säilitamiseks ja tegevusterapeudi konsultatsioon abivahendite nõustamiseks“.*

7) Valdavalt olid **rehabilitatsiooniteenuse soovitud** siiski **liiga üldised** ega andnud edasi rehabilitatsioonivajaduse täpsemat sisu ega vajaduse põhjendust, nt soovitati *tööalast rehabilitatsiooni; psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni; kutsealast rehabilitatsiooni; psühholoogilist nõustamist* või *toitumisnõustamist*. Leidus ka ebaselge põhjendusega vastuolulisi soovitusi, nt *ekspertiisi hinnangu kohaselt ei ole töövõime vähenenud, kuid vajab kutsealast reha, kuna töö autojuhina ei ole parim valik*.

8) Tundub, et ekspertiisi läbiviijatele jäi **ebamääraseks, mis valdkonna rehabilitatsiooni osas soovitusi teha** (sh tööalase, meditsiinilise, sotsiaalse), nt soovitati ka meditsiinilist rehabilitatsiooni: *taastusravi jala liikumisfunktsiooni ja verevarustuse parandamiseks* või *taastusravi lülisambale ja liigestele*.

#### 4.3.4 Töövõime ulatuse otsuse koostamise kokkuvõte

##### **Ekspert hinnangutes enim esinenud probleemid:**

- Esitatud ekspert hinnangutest ei olnud otsuse vormistamisel probleeme 29%-l, pooltel juhtudel oli 1–2 probleemi.
- Kõige enam oli probleeme RFK klassifikaatori kasutamisega, kokkuvõtte sisuga ja TIS andmetega.

##### **Ekspertarstist sõltumatud probleemid:**

- Hindamisotsus jäeti peamiselt tegemata TIS andmete puudulikkuse tõttu:
  - ebatäpsed, arstide poolt esitamata TIS andmed (eriti psüühikahäiretega ja vaimupuudega inimeste puhul), TIS andmed on inimese poolt osaliselt/täielikult suletud;
  - vastuolu erinevate andmete vahel (TIS andmed, taotlus ja ekspertiis);

##### **Ekspertarstist sõltuvad probleemid:**

- RFK ideoloogia vähene tundmine ja puudulik rakendamine; piirangute võtmetegevuste avaldumise ja mõju väljendamine kliiniliste diagnoosidega.
- Valdkonna ja üldkokkuvõtte väljad segaselt ja osaliselt täidetud, lõplikul kokkuvõtteväljal osa infot puudu, puudulikult või vastuoluliselt täidetud ekspertiisid.
- Erijuhu sisu mittemõistmine.
- Ebapiisav oskus tegevuspiirangute alusel koostada terviklik hinnang taotleja töövõime avaldumisele ja tema tegevusvõime mõjule.
- Tegevusvõime ja piirangu raskusastme skoori arvutamise mittemõistmine sh abivahendi ja abivahendita talitlusliku võimekuse arvestamine skoorimisel.
- Mittesobivate töötingimuste ja töövõime ulatuse seoste mittemõistmine.

##### **Soovituste kasutamine TK klientide nõustamisel ja tööturuteenuste osutamisel:**

- Üldjuhul on põhjalikult kirjeldatud talitlusliku võimekuse hinnangut ja soovitusi võimalik arvestada nõustamisel ja tööturuteenuste vajaduse hindamisel.
- Ekspertiisi kokkuvõttes oli kõikide valdkondade talitlusliku võimekuse koondmõju jäänud sageli hindamata; talitlusliku võimekuse hinnangus kajastati ebaolulist infot.



- Sageli kasutasid ekspertarstid nii talitlusliku võimekuse hinnangus, abivajaduse ulatuse kirjelduses, abivahendite vajaduse kui ka välistavate töötingimuste juures erinevate klassifikaatorite koode (RFK, abivahendite ISO 2-kohaline kood, O\*NET) ilma lisaselgitusteta, mis raskendasid juhtumikorraldajate tööd nõustamisel ja teenuste vajaduse hindamisel.
- Rehabilitatsiooniteenuste, tehniliste abivahendite vormilise ja sisulise aspekti puudulik mõistmine ja rakendamiskogemuse vähesus.
- Rehabilitatsiooniteenuse soovitusel jäid tihti nipsisõnaliseks ning kohati ei oldud kindlad, mis valdkonna rehabilitatsiooni osas tuleks soovitusi teha.
- Sobivate töötingimuste loetlemise korral ei oldud aru saadud, kas loetleda tuleks sobivad või ebasobivad töötingimused.

#### 4.4. Koolituste ja juhendite asjakohasus

Metoodika piloteerimise üheks eesmärgiks on hinnata ka spetsialistide seas läbi viidud koolituste asjakohasust ehk kas TK juhtumikorraldajad ja SKA klienditeenindajad said koolitusel vajalikud teadmised intervjuude läbiviimiseks ja taotluse täitmiseks (uurimusküsimus 10) ning kas ekspertarstid said koolitusel vajalikud teadmised töövõime hindamise läbiviimiseks (uurimusküsimus 11).

Sotsiaalministeeriumi korraldatud töövõime hindamise metoodika ja intervjuueerimise alasel koolitusel osalenutest andsid tagasisidet nii TK juhtumikorraldajad kui ekspertarstid. SKA klienditeenindajate tagasisides koolituste ja juhendite kohta täiendavaid tähelepanekuid ei esitatud. Lisaks tuleb arvestada, et ka taotlemise ja hindamise juures välja toodud tähelepanekud olid mitmel juhul seotud koolituste ja juhendite piisavusega.

##### 4.4.1 Koolituste ja juhendite asjakohasus töövõime hindamise taotluse täitmiseks

TK juhtumikorraldajate üldine tagasiside ühepäevase koolituse kohta oli, et see oli väga põgus ülevaade ning jättis palju küsimusi õhku. Koolitus sarnanes rohkem infopäevale, kuna oli väga palju uut infot, kuid praktilisi küsimusi ei jõutud arutada. Koolituse põhieesmärgile, milleks oleks olnud taotlusvormi sisust põhjaliku ülevaate saamine ja intervjuueerimisoskuste omandamine, oli kogu info uudsuse tõttu keeruline keskenduda.

Koolituse kohta tehti alljärgnevad märkused/ettepanekud:

- 1) Juhtumikorraldajatele mõeldud koolitus peaks sisaldama **põhjalikumat metoodika käsitlust** – juhtumikorraldajal on oluline teada, kuidas töövõime hindamise läbiviimisel taotluse andmeid kasutatakse ning milliseid andmeid ekspertarst lisaks pärib ja vaatab.
- 2) Koolitustel ja juhendmaterjalil on vaja **põhjalikumalt käsitleda taotluse sisu** ja täitmist, näiteks:
  - o jäi puudu oskusest selgitada taotlejale seoseid küsimustiku eri osade (valdkondade) vahel;
  - o kuidas käituda sellisel juhul kui taotleja ei taha ühele või teisele küsimusele vastat;
  - o kuidas lahendada olukordi, kui tegemist on kliendiga, kes esitab liiga palju infot ning sellest tulenevalt on juhtumikorraldajal keeruline teha valikut, milline info kirja panna ja milline välja jätta.
- 3) Koolitus peaks oluliselt rohkem sisaldama **juhtumite praktilist käsitlemist** (nt võimalus ankeeti näidete põhjal täita).

Töövõime hindamise **taotluse täitmise juhend peaks olema otse suunitlusega TK juhtumikorraldajatele** ja teistele spetsialistidele, kes hindamisküsimustikku kliendiga koos/kliendi eest täidavad. Vastavalt sellele tuleks sisu üle vaadata, st **juhend peaks keskenduma eelkõige taotluse küsimustiku sisule** ja selle selgitamisele.

##### 4.4.2 Koolituste ja juhendite asjakohasus töövõime hindamise läbiviimiseks

Küsimusele „Kas piloteerimisele eelnenud töövõime hindamise koolitus oli asjakohane ja andis piisava kindlustunde ekspertiiside läbiviimiseks?“ vastas jaatavalt vaid üks arst. Ka eitavalt vastanud ekspertarstidest mitmed leidsid, et koolitus oli asjakohane ja andis hea

ülevaate teooriast ning piloteerimise meetodikast, kuid sellest jäi siiski koolitus väheseks. Peaaegu kõik ekspertarstid tõid välja, et see jäi liiga teooriakeskseks ja praktiliste tööde osas pinnapealseks, mistõttu **ei aidanud konkreetse ekspertiisi läbiviimisel**. Samuti ei andnud koolitus kindlustunnet, et kõik sai testimisel õigesti tehtud. Positiivse näitena toodi välja piloteerimisele eelnenud E-Tervise poolt läbiviidud koolitust TIS-i teenuse (MISP-2) kasutamise ja andmeturbe teemal.

Sarnaselt TK juhtumikorraldajatele, leidsid ka ekspertarstid, et **suurem rõhuasetus oleks pidanud olema praktiliselt näidete läbimängimisel**. Toodi välja, et koolitusel oleks vaja käsitleda kindlasti mitmeid ja väga erinevaid praktilisi olukordi. Näiteks toodi olukord, kus inimene saab kõike teha, kuid ei tohi teha (tegutsemine/osalemine) - nt maksahaigused või kui juhtum on ajutine, nt peale rasket tüsistunud operatsiooni on inimene töövõimetu.

*„koolitus andis hea ülevaate meetodikast jne, aga ei aidanud konkreetse ekspertiisi läbiviimisel, rohkem oleks pidanud olema rõhku reaalsete juhtumite läbimängimisele, siis oleksid küsimused tekkinud ja ehk oleksid ka vastused koorunud. /.../“*

Samuti toodi välja, et **koolituste kestvus oli liiga lühike** kuna kõik oli uus ning selle aja jooksul ei jõua keskenduda praktilistele näidetele. Lisaks arvati, et koolitus peaks olema arvuti taga ning koos juhendaja tuleks läbi käia kõik ekspertiisivormi ja kokkuvõtte osad (kuhu ja mida kirjutada) ning rohkem aega peaks olema hindamise läbiviimise teemal. Leiti, et koolitusel jagati liiga palju pabermaterjali, kuid kasutamise kohta oli vähe näpunäiteid. Nimetati ka individuaalse koolituse vajadust ning juhendite täiendamise vajadust (lisaks meetodika juhendile on vaja lühijuhendit iga vormi osa kohta).

*„Eelistaks individuaalkoolitust, kuna tase ja kerkivad küsimused on väga erinevad. mind aitas enim kahe kolleegi kogemus, kes olid süsteemiga tutvumiseks mitu päeva aega kulutanud- tänud neile, sain süsteemi kasutamise oskuse u 2 tunniga“.*

Kuus arsti 10-st oli nõus, et **koolitusmaterjalid toetasid piisavalt hindamise läbiviimist**. Ettepanekutena toodi välja, et vajalikud oleksid eraldi näidised puude liigiti. Samas toodi välja, et näidismaterjalide pakett ei moodustanud ühtset tervikut (*„hulka süsteemituid pabereid ja osalisi väljatrükke juhenditest ja raamatutes“*).

Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi koostatud **töövõime hindamise ekspertiisi läbiviimise juhendi kohta arvasid 7 arsti 10-st, et see toetas piisavalt hindamise läbiviimist**. Küsimusele eitanult vastanud tõid välja, et see peaks olema lisatud ekspertiisivormi lühijuhendina. Ka toodi välja, et ekspertiisivorm ja juhend ei ole vastavuses st juhendis ei ole kirjeldatud kõiki vormi osasid. Leiti, et juhendites tuleks täpsemalt selgitada, mis on mingi valdkonna kerge, mõõdukas, raske ja täielik raskusaste vaste meditsiiniliselt. Iga küsimuse nõ lühijuhend peaks aga olema integreeritud ekspertiisi vormi.

Tagasisides küsiti, **kas lisaks läbitud koolitusele vajaksid arstid töövõime hindamise läbiviimiseks veel täiendavat koolitust või lisateadmisi** ning millistel teemadel. Üheksa ekspertarsti kümnest pidasid täiendavaid koolitusi vajalikuks.

**Täiendava koolituse vajadust** nähtigi ennekõike **praktiliste näidete läbimängimisel**. Leiti, et koolitused peaksid käsitlema **erinevate valdkondade hindamist ja kokkuvõtete koostamist** ning ekspertiisivormi täitmist. Samuti nimetati, et vaja on ka vigade analüüsi arutelusid. Ekspertarstid tõid välja, et mittetöötervishoiuarstid vajavad ka töönoüete klassifikaatori kasutamise alast juhendamist. Hindamise osas on vaja selgemat juhendit, kuidas töövõimet hinnata (millal on tegemist osalise ja millal töövõimelise inimesega).

Rohkem peaks panema **rõhku ka vaimse võimekuse valdkonna teemalistele praktilistele seminaridele.**

*„Praktilisi seminare sh vaimse võimekuse valdkonnas. Mina tegin oma kolleegidele nn näidis ekspertiise, mida nad kasutasid harjutades oma oskusi vaimse võimekuse hindamisel, küsimuste puhul said minult küsida.“*

Lisaks nimetati, et koolitusi tuleks teha ka nendele, kes sisestavad terviseandmeid TIS-i, et seeläbi parandada andmete kvaliteeti ja sisu.

Ekspertarstidelt küsiti ka, kas nad vajaksid **rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK) teemal täiendavat koolitust** ning 6 arsti 10-st leidsid, et sellel teemal on vaja täiendavat ja sisulisemat koolitust.

Kuna enamik tervishoiutöötajaid täna nimetatud klassifikaatoriga kokku ei ole puutunud (erandiks piloteerijate seas olid infektsioonhaiguste ja pediaatriaarst ning taastusraviarstid), siis on tegu võõra teemaga, kus koolitus peaks lisaks üldpõhimõtetele ja teooriale sisaldama ka rohkelt praktilisi harjutusi, mis tuleks koos koolitajaga hiljem ka läbi analüüsida.

#### 4.4.3 Koolituse ja juhendite kokkuvõte

##### **Töövõime hindamise taotluse täitmine:**

- Juhtumikorraldajatele mõeldud koolitus sisaldas liiga vähe meetodika käsitlust, et selgitada taotlejale, milliseid andmeid tuleb esitada ja milleks kasutatakse.
- Koolitustel jäi taotluse sisu ja täitmise käsitlus liiga üldiseks sh küsimustiku eri osade seoste selgitamine.
- Liiga vähe praktiliste juhtumite käsitlemist.
- Taotluse täitmise juhend ei ole otseselt suunatud TK juhtumikorraldajatele ja teistele spetsialistidele.
- Juhend peaks keskenduma enam taotluse küsimustiku sisule ja selgitamisele.

##### **Töövõime hindamise läbiviimine:**

- Üldise ülevaate saamiseks oli koolitus enamasti hea.
- Hindamise läbiviimiseks jäi koolitus liiga teooriakeskseks ja üldiseks, liiga vähe oli praktilisi näiteid ja nende läbimängimisi.
- Täiendavate praktiliste koolituste raames on vaja käsitleda eri valdkondade hindamist ja kokkuvõtete koostamist.
- Rohkem on vaja vaimse võimekuse valdkonna teemalisi praktilisi koolitusi.
- Täiendavaid ja sisulisemaid koolitusi on vaja ka RFK klassifikaatori kasutamiseks.
- Enamasti olid koostatud juhendmaterjalid hindamise läbiviimiseks piisavad.
- Ebaselgeks jäi erivaldkondade raskusastme määramine.
- Ekspertiisivormi küsimuste juurde on vaja lisada lühijuhend.

## 5. Kokkuvõte

### 5.1 Taotlemine

#### Uurimusküsimus 1: Kas metoodikas kasutatav taotlusvorm on arusaadav?

Taotlusvormi ülesehitust peeti üldiselt asjakohaseks. Sagedamini esinevaid probleeme osa töid välja nii taotlejad, ekspertarstid kui TK juhtumikorraldajad.

Taotlusvormi peamiseks probleemiks on küsimuste keeruline sõnastus, mistõttu on need osadele sihtrühmadele raskesti arusaadavad ja mõistetamatud. Nii taotlejate kui TK tagasisides tuli välja, et arusaadavust raskendavad ka keerulised mõisted, väljendid ja lausekonstruktsioonid. Samuti on küsimustes tihti koos mitu erinevat tegevust, mida paljud taotlejad ei suuda mõista.

Kõige probleemsemalt ja ajamahukamalt kulges taotlusvormi täitmine/intervjueerimine psüühikahäirega ja vaimupuudega inimeste puhul. TK juhtumikorraldajate tagasiside põhjal on alust arvata, et taotluste kvaliteet võib osutada ebapiisavaks, kui töövõime hindamise taotleja täidab taotlusvormi üksi (taotlejad ise ei saanud osa küsimustest aru, vastasid liiga lühidalt või üldiselt). Hindamistaotluse kvaliteedi tagamiseks tehti TK poolt ettepanek lihtsustada ankeeti ja täiendada juhendit.

Taotluse mahukuse tõttu oli teistest enam probleeme ka liikumispuudega inimestel. Nii juhtumikorraldajad kui taotlejad töid taotlusevormilt välja konkreetseid küsimusi, mis vajaksid paremini sõnastamist või põhjalikumat selgitamist juhendites.

Probleeme tekib ka sel juhul kui inimene täidab taotluse ise ja ei alusta küsimustiku täitmist alaküsimuste läbilugemisega, vaid keskendub ainult põhiküsimustele. Välja toodud probleemid näitavad, et taotluse täitmisel on vaja täiendavat abi, kuigi inimesed eelistaksid taotlust esitada elektroonselt. Mitmel juhul jäi taotlejate jaoks ebaselgeks, kas konkreetse puude liigi korral on vaja vastata ning milliseid probleeme tuleb erinevate valdkondade all kajastada (nt kehaline võimekus ja vaimne võimekus). Lisaks tekitasid segadust ka mõned vastusevariandid või ei peetud neid piisavateks.

#### Uurimusküsimus 2: Kas taotlusvormil olevad küsimused võimaldavad kirjeldada piisavalt taotleja terviseseisundist tulevaid piiranguid ja toetavad piisavalt ekspertiisi läbiviimist?

Käelise tegevuse võtmeküsimused ei võimalda hinnata kätega tehtavaid tööülesandeid. Nägemise, kuulmis ja kõnelemise valdkonnas tekitab segadust punktkirja oskuse küsimus.

Peamiselt toodi taotlejate poolt välja, et küsimused ei olnud suunatud konkreetse haiguse/diagnoosi kohta. Taotlejate jaoks jäi ebaselgeks, mida ja millal ravimite tarbimisega seoses on vaja taotluses kirjeldada.

TK tagasiside põhjal tuli välja, et kuigi taotleja tegutsemise suutlikkust tuleb hinnata alati koos abivahendi kasutamisega, siis ei ole see nendel juhtudel võimalik kui inimene erinevatel põhjustel abivahendit ei kasuta ning tal on seetõttu keeruline end asetada vastavatesse situatsioonidesse ja sellest lähtuvalt vastata.

Lisaks toodi ekspertarstide tagasisides probleemina välja seda, et taotlejad kirjeldavad osasid vaevusi väga üldiselt. Ehk taotlejal on võimalik märkida taotlusesse küll konkreetse tegevusega seotud probleeme, kuid on võimalik jätta märkimata raskusaste ning see muudab hindamise keerulisemaks.

## 5.2 Töövõime hindamine

**Uurimusküsimused 3 ja 4:** Kas metoodikas kasutatav ekspertiisvorm, sh hinnangu kokkuvõte on arusaadavad ning kas on taotlusvorm ja ekspertiisvorm on omavahel kooskõlas ja vastavuses?

Ekspertarstide tagasisidest selgus, et üldjuhul ei ole ekspertiisvorm ja hinnangu kokkuvõte arusaadavad. Enamikele jäi segaseks kokkuvõtva osa lisandväärtus. Probleemina toodi välja ka ebaselgust erijuhtude käsitlemisel ja kirjeldamisel.

Leiti, et väga oluline roll on koolitustel ning läbiviidud koolituse maht ja sisu ei olnud piisav. Koolitustel on vaja rohkem rõhku panna sellele, mis eesmärki kokkuvõttev osa ekspertiisvormil täidab ja milline peaks olema selle osa lisandväärtus juba eespool täidetud tegevuste kohta iga konkreetse valdkonna all.

Ekspertiisvormil esitatud tagasiside põhjal selgus, et taotluse ja ekspertiisvorm ei lähe alati omavahel kokku (nt ei ole valdkonnad samas järjekorras või on kodeering erinev).

Ekspertarstidest enamik leidsid, et TK ja SKA poolt taotlusele lisatud tähelepanekud olid vajalikud. Tagasisides tehti ka ettepanek lisada nendesse tähelepanekutesse info, kas taotleja täitis üksinda või kellegi abiga.

**Uurimusküsimus 5:** Kas metoodika võimaldab hinnata ja välja tuua inimese terviseseisundist tulenevat võimekust ja takistusi erinevates valdkondades arvestades inimese tegevus- ja osaluspiiranguid?

Enamike ekspertarstide tagasiside kohaselt ei selgita ekspertiisi- ja taotlusvorm piisavalt inimese terviseseisundist tulenevat töövõimet, seda peamiselt vaimupuudega, psüühikahäirega ning liitpuudega inimeste taotluste hindamisel. Peamiselt nimetati siinkohal järgmisi valdkondi, millega esines probleeme: liikumine, nägemine, vaimne alaareng, psüühikahäire, kroonilised haigused. Seejuures on raskusastme määramisel oluline, et ka muutused haiguse kulus (sh paremuse poole) oleks epikriisides kajastatud.

Leiti, et spetsiifiliste terviseseisundite puhul ei võimalda metoodika alati välja selgitada inimese töövõimet ega välja tuua eri valdkondade piiranguid.

Ekspertarstide jaoks jäi ebaselgeks, kuidas hinnata terviseseisundi mõju tegutsemis- ja osaluspiirangutele ning kuidas määrata funktsioonide raskusastet. Ka hindamisskaala jäi mõnel juhul arusaamatuks (nt psüühikahäire) või esines kasutamisel ebaselgeid kohti. Ebamäärane on ekspertarstide jaoks ka hinnangu andmine sobivatele töötingimuste ja soovituste andmine abivahendite kasutamiseks.

Leiti, et TK ja SKA poolt taotlusele lisatud tähelepanekud olid hindamisel abiks, kuid lisaks nimetati veel tunnuseid, mille osas soovitakse lisainfot. Kokkuvõttes olid mitmed välja toodud probleemid seotud koolituste ja juhendite ebapiisavusega (sh klassifikaatorite kasutamise osas).

**Uurimusküsimus 6:** Kas hindamisviisid (dokumendipõhine vs visiidipõhine) toimivad ootuspäraselt?

TIS andmete piisavuse hinnangute osas olid erinevused ka selles, kas lähtuti dokumendi- või visiidipõhisest hindamisest. Dokumendipõhise hindamise puhul leiti vähem, et TIS andmed toetavad piisavalt dokumendipõhist hindamist. Kuid ka visiidipõhise hindamise puhul toodi

kõige enam välja TIS-i andmete puudumist/ebapiisavust (seda eelkõige psüühikahäirega inimeste korral).

Ekspertarsti poolt visiidipõhisele hindamisele suunamise põhjusteks oli puudulikud andmed digiloos, viimase 5 aasta jooksul ei olnud arsti juurde pöördunud ning seetõttu ei olnud TIS-is andmeid, taotluse ja TIS andmete vahel oli vastuolu, TIS andmed puudusid üldse, puudus neuroloogiline hinnang või oli osa epikriiside vaatamiseks suletud.

Osalenud ekspertarstidest üheksa kümnest leidsid, et visiidipõhine hindamine lahendas dokumendipõhise hindamisel tekkinud isiku poolt taotlusel antud teabe ja TIS-i andmete võrdlemisel tekkinud vastuolud.

### **Uurimusküsimus 7: Kas töövõime hindamiseks on TIS andmestikust väljastatavad andmed piisavad?**

Enamik pilootuuringus tagasisidet andnud ekspertarstidest leidsid, et TIS-i andmed ei toeta piisavalt dokumendipõhist töövõime hindamist. Sagedasemaks probleemiks oli TIS-is vajalike andmete puudumine, ebapiisavus. Ekspertarstid tõid välja, et sageli olid diagnoosid küll TIS-is olemas, kuid haiguskirjeldused olid puudulikud ning seetõttu ei olnud võimalik välja lugeda, mida antud diagnoosid tegelikult põhjustavad. Leiti, et kuna TIS-i sissekandeid tegevad arstid ei kajasta alati patsientide funktsionaalset seisundit ega piiranguid, siis ei ole selle põhjal võimalik funktsionaalset seisundit või piirangut hinnata. Ka ei ole epikriiside sisu ja esitamine alati ühesugune.

Andmete puudumine või ebapiisavus on suurimaks probleemiks vaimse võimekuse valdkonna puhul. Täiendava teabeallikana peeti oluliseks nt rehabilitatsiooniplaanis sisalduvat infot jm.

## **5.2 Töövõime hindamise otsus**

### **Uurimusküsimus 8: Kas eksperthinnang ekspertiisivormi kokkuvõttel annab TK-le piisavat ja kvaliteetset infot töövõime ulatuse kohta hindamisotsuse tegemiseks?**

TK tagasiside põhjal esines eksperthinnangutes puudusi, mis raskendasid objektiivse otsuse koostamist. Esitatud eksperthinnangutest ei tuvastatud probleeme 29%. Pooltel juhtudel oli otsuse vormistamisel eksperthinnanguga 1–2 probleemi.

Kõige enam oli probleeme RFK klassifikaatori kasutamisega, hindamise kokkuvõtte sisuga ja TIS andmestikuga. Kõige peamisem põhjus, miks jäi hindamisotsus tegemata, oli TIS andmete puudulikkus sh oli põhjuseks ebatäpsed andmed, vastuolu erinevate andmete vahel ning andmete sulgemine taotleja poolt.

Ekspertarstidega seonduvalt toodi välja, et kõige enam esineb probleeme RFK klassifikaatori kasutamisega kuna osad eksperdid ei oma varasemat kogemust ega kasuta igapäevatoos RFK-põhist lähenemist. Lisaks toodi probleemina välja, et ekspertarstid kasutasid nii talitlusliku võimekuse hinnangus, abivajaduse ulatuse kirjelduses, abivahendite vajaduse kui ka välistavate töötingimuste juures erinevate klassifikaatorite koode ilma lisaselgitusteta.

Kokkuvõtteväljaga seoses oli peamiseks probleemiks, et see oli kas täitmata või täidetud liiga üldiselt. Samuti oli ekspertiisi kokkuvõttes jäänud kõikide valdkondade talitlusliku võimekuse koondmõju jäänud sageli hindamata või kajastati ebaolulist infot. Täpsustada on vaja ka erijuhu mõistet ja sisu ning sellele pöörasid tagasisides tähelepanu ka ekspertarstid.

Töövõime ulatuse hindamisega seoses oli TK-l mitmeid probleeme töövõime ulatuse aluseks oleva skoori arvutamise (nt lõppskoori summeerimine), samuti tuleks selle juures arvestada inimese hetke talituslikku võimekust abivahendiga ja ilma.

**Uurimusküsimus 9:** Kas eksperthinnang ja selles sisalduvad soovitusel annavad inimese vajadustega kooskõlas infot TK-le inimese tööotsingute nõustamiseks ja tööle saamiseks vajalike tööturuteenuste osutamiseks?

Ekspertiisi kokkuvõttes kõikide valdkondade talitusliku võimekuse koondmõju oli väga sageli jäänud hindamata. Valdkondade kokkuvõtetes eraldiseisvalt oli osalemise- ja tegutsemise piirangud kirjeldatud, kuid ekspertiisi kokkuvõttes valdkondade ühismõju hinnangus olid toodud sageli ainult tervisenäitajad. Kuna valdkondade koondmõju ei olnud hinnatud, siis võib jääda ka sisend tööalase nõustamise ja teenuste vajaduse hindamiseks puudulikuks.

Probleemne oli ka terviseseisundist lähtuvate töönõuete kirjeldamine kuna tööalase rehabilitatsiooniteenuse soovitusel jäid tihti üldiseks ning sobivate töötingimuste loetlemise korral ei olnud aru saadud, kas loetleda tuleks sobivad või ebasobivad töötingimused.

Teenuste vajaduse hindamisel on keerulisem mõista abivajaduse ulatust kirjeldavaid mõisteid. Leiti, et kui puuduvad selgitused, kus ja kuidas piirangud avalduvad, siis jääb sisend nõustamiseks või teenuste vajaduse hindamiseks ebamääraseks.

#### 5.4 Koolituste ja juhendite asjakohasus

**Uurimusküsimus 10a ja 10 b:** Kas TK juhtumikorraldajad ja SKA klienditeenindajad said vajalikud teadmised intervjuude läbiviimiseks ja taotluste täitmiseks ning kas ekspertarstid said vajalikud teadmised töövõime hindamise läbiviimiseks?

Üldine tagasiside ühepäevase koolituse kohta oli, et see liiga üldine ülevaade. Kuna teema oli uudne, siis oli planeeritud aeg teemasse süvenemiseks liiga lühike ning eelkõige toodi välja, et praktilisi näiteid oli vähe. Seetõttu ei aidanud koolitus ka konkreetse ekspertiisi läbiviimisel või taotleja juhendamisel.

Leiti, et juhtumikorraldajatele mõeldud koolitus peaks sisaldama ka põhjalikumalt metoodika käsitlemist, taotluse sisu ja täitmise selgitamist. Samuti leiti, et juhtumikorraldajate koolitus peaks suuremal määral sisaldama juhtumite praktilist käsitlemist (nt võimalus ankeeti näidete põhjal täita). Ekspertarstide arvamusel kohaselt on vaja koolitustel enam käsitleda eri valdkondade hindamist ja kokkuvõtte koostamist. Samuti leiti, et rohkem on vaja vaimse võimekuse valdkonna teemalisi koolitusi ning ka erivaldkondade raskusastme määramise osas on vaja koolitustel rohkem tähelepanu pöörata.

Arvati, et töövõime hindamise taotluse täitmise juhend tuleb üle vaadata ning see peab rohkem lähtuma taotluse küsimustiku sisust ning peab olema rohkem suunatud TK juhtumikorraldajatele ja teistele spetsialistidele.

Töövõime hindamise ekspertiisi läbiviimiseks koostatud juhendi puhul leidsid ekspertarstid, et kuigi see toetas piisavalt hindamise läbiviimist, esines juhendis teatud puudusi (nt liiga vähe näiteid, rohkem on vaja kasutatavate mõistete selgitusi – erinevates valdkondades kasutusel olevad mõisted). Ekspertiisi vormi peaks olema integreeritud ka nn iga küsimuse lühijuhend ning koolitusmaterjalid peaksid sisaldama eraldi näiteid puude liikide lõikes. Tagasisides toodi ka välja, et mittetöötavate arstide jaoks on vaja RfK klassifikaatorite kasutamise alast koolitust.



## 6. Töövõime hindamise metoodika piloteerimise tagasisidest tulenevate ettepanekute realiseerimine

Töövõime hindamise metoodika piloteerimisel kogutud tagasiside jagunes lahendusvajaduste leidmise vajalikkuse seisukohast kaheks peamiseks teemaks:

- taotlusvormi sõnastuse arusaadavus;
- töövõime hindamise põhimõtete (sh ekspertiisivormi ja TIS-i andmete) kasutamine.

### 1. Taotlusvormi sõnastuse arusaadavus

Kokkuvõtlikult saab jaotada töövõime hindamise taotlusvormi puudutava tagasiside kolmeks peamiseks teemaks:

- Sõnastusest ja küsimustest arusaamine, mille lahendamiseks tuleb viia sisse konkreetseid parandused taotlusvormi sõnastusse, muuta küsimuse asukohta või lisada juurde täitmist hõlbustavaid näiteid, koostada infomaterjale, luua lihtsustatud vorm ja täitmise juhised.
- Tehniline ja protsessi puudutav (nt rohkem ruumi vabavastuste kirjutamiseks, täitmise hõlbustamiseks andmevahetuse arendamine, taotlusvormi pikkus jne).
- Üldine taustateadmiseks võetav info (tähtsused või arvamused lähtuvalt enda konkreetsest haigusest ja palju muud), mille puhul lahenduste leidmise vajadus puudub, aga kommunikatsiooni mõttes hea teada, mis inimestes küsimusi võib tekitada.

Töövõime hindamise taotlusvormi muudatuste vajadused ja lahendused on kirjeldatud ja koondatud lisatud tabelis (vt lisa 1, tabel 1).

### 2. Töövõime hindamise (sh ekspertiisivorm ja terviseandmete kasutamine) põhimõtted

Töövõime hindamise piloteerimise tagasisidet analüüsi tulemusi arvesse võttes, saame öelda, et piloteerimisel töövõime hindamisel kasutatava metoodika ja põhimõtete muutmise vajadust ei selgunud.

Valdavalt on töövõime hindamise piloteerimisel kaardistatud puudused lahendatavad:

- a) arstide tööjuhendi täiendamise;
- b) pikema ja tõhusama koolitusprogrammi (sh TK infosüsteemi kasutamise koolitus) läbimise tulemusel töövõime hindamiseks vajaliku kompetentsi arendamise;
- c) ning hindamiseks vajaliku andmete olemasolu (sh TIS-i andmed) ja andmevahetuse tagamise teel.

TIS-i andmete kasutamist puudutav tagasiside piloteerimisel osalenud arstidelt jagunes kaheks peamiseks teemaks:

- a) tervise andmete infosüsteemi mittekanndmine, info puudumine (inimene pole arstil käinud ning seisundi hindamiseks vajalik info puudub);
- b) TIS-i andmete kvaliteet.

Olulise tähtsusega saab olema tagada kõikide arstide poolt TIS-i andmete sisestamine ja nende sisukus töövõime hindamise teostamise seisukohast.

Peamised töövõime hindamisel ilmnunud puudused ja lahendused on kirjeldatud lisatud tabelis (vt lisa 1, tabel 2).

### 3. Tegevuskava puuduste lahendamiseks

Töövõime hindamise piloteerimisel kaardistatud puuduste lahendused realiseeritakse järgmise tegevuskava alusel:

- Taotlusvormi ja ekspertiisivormi sõnastused korrigeeritud – III kvartal 2015 a.
- Metoodika kasutamise juhendid korrigeeritud – III kvartal 2015 a.
- Lihtsustatud keeles taotlusvorm ja täitmise juhised koostatud – III kvartal 2015 a.
- TIS-i andmekvaliteedi raamistiku tegevuskava – IV kvartal 2015 a
- Metoodika kasutamise koolitusprogramm koostatud – I kvartal 2016.
- Ekspertiisi läbiviimise infotehnoloogiline lahendus – II kvartal 2016
- Koolitused ekspertarstidele korraldatud – II kvartal 2016.

## Kasutatud kirjandus

Abivahendite loetelu ISO klassifikaator EVS-EN ISO 9999:2011.  
<http://www.evs.ee/tooted/evs-en-iso-9999-2011> (26.06.15)

Anner, J; Brage, S; Donceel, P; Falez, F; Freudenstein, R; Oancea C, De Boer WEL. (2013). Validation of the EUMASS Core Set for medical evaluation of work disability. *Disability and Rehabilitation* 2013;35(25):2147-56.

Brage, S; Donceel, P; Falez, F. (2008). Development of ICF core set for disability evaluation in social security. Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security. *Disability and Rehabilitation*. 2008;30(18):1392-6.

Eesti Töötervishoiuarstide Selts. (2013). *Tööealise tervisekahjustusega isiku töövõime hindamise meetodika*. [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovoimereform/Uus\\_toovoime\\_toetamise\\_sustem/toeoevoime\\_hindamise\\_metoodika\\_2013.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovoimereform/Uus_toovoime_toetamise_sustem/toeoevoime_hindamise_metoodika_2013.pdf) (26.06.15)

The O\*NET Content Model. [www.onetcenter.org](http://www.onetcenter.org) (26.06.15)

Töövõimetus seadus (TVTS). <https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014001> (26.06.15)

## Lisa 1. Hindamiseprotsessi parendusettepanekud

Tabel 1. Kokkuvõtte taotlusvormi peamistest muutmise vajadustest ja lahendustest

Jrk nr	Taotlusvormi puuduste kirjeldus	Planeeritav tegevus/ muudatus
1	Taotlusvormil ei tule välja, kas klient saab töötamise toetamise teenust, toetatud elamise teenust, igapäevaelu toetamise teenust või on õppinud/ õpib kutserehabilitatsioonikeskuses.	Taotlusvormi info vastav täiendamine, planeeritud on info saamist toetava andmevahetuse (TK ja SKA vahel) loomine.
2	Taotlusvormi osa "SOORITUS- JA TEGUTSEMISVÕIME" all küsimus "Kas Teil on piisavalt tahet või jõudu sooritada vabalt mistahes vaimseid või kehalisi tegevusi?" - ei ole arusaadav sõnastus „sooritus“ ning tahet ja jõudu ei saa koos hinnata.	Viime valdkonnad kehaline ja vaimne kokku üheks: KEHALINE JA VAIMNE VÕIMEKUS ning tahet ja jõudu puudutava taustaküsimuse, mida peaks arvestama nii vaimse kui kehalise võimekuse all tõstame sinna kõige esimeseks (viime ka küsimuse kaheks ning jätame küsimuse sõnastusest välja "mistahes"). Küsimuse ümbertõstmise tulemusel kaob ära eraldi valdkond "SOORITUS JA TEGUTSEMISVÕIME", sellesse osasse jääb alles vaid abivahendeid, kõrvalabi ja rehabilitatsiooni kajastav info, seetõttu muudame pealkirjaks: ABIVAHENDID, KÕRVALABI, REHABILITATSIOON.
3	Käelise tegevuse küsimused: "Kas suudate vähemalt üht kätt nii palju tõsta, et saate panna mingi eseme seljas oleva mantli, pintsaku, jope või jaki rinnataskusse?" ning "Kui vabalt suudate üles tõsta ja liigutada liitrist vedelikuga täidetud anumad" (tetrapleegiku või afaasiahaigega arvestades) ning "Kas saate emba-kumba kätt kasutada". Tekitas küsimusi, kuidas vastata, kui raskused on nt sõrmedega, aga kätega ei ole.	Käelise tegevuse küsimused sõnastame taotlejate huvidest lähtuvalt selliselt, et arvestame kahe käe kasutamist, kasutame sõnastust "käsi ja sõrmi" ning sõnastuse "ühte kätt" asemel "mõlemat kätt."

Jrk nr	Taotlusvormi puuduste kirjeldus	Planeeritav tegevus/ muudatus
4	Taotlusvormi osa "Töötamine" - mida töötamise all mõeldakse ning vastusevariantidele täpsustuste tegemise võimaldamine.	Muudame töötamise blokki: 1) Lisame täpsustamise võimaluse kõigile JAH vastustele, küsimusele nr 2: JAH vastuse puhul palun täpsustage, mis põhjustab terviseseisundi halvenemist; Küsimusele nr 3: JAH vastuse puhul palun täpsustage terviseseisundist tulenevaid probleeme, mis tekivad töökaaslastega. 2) Kustutame küsimuse nr 4 (kuna täpsustuste lisamisega kaob selle küsimuse vajadus): Kas Te näete mingeid võimalusi oma tavalist tööd jätkata kuni tervisekaebused lahenevad? Lisame selgituse, et arvestada kõiki töövorme (vabatahtlik töötamine, kaitstud töö jne). Ametile lisame "või tööülesanne". Töötamise andmeid peaks TK hakkama edaspidi kasutama/näitama töötamise registri TÖR andmetelt.
5	Vaimset tervist puudutava osa täiendamise vajadus mälu/meeldejätmise osas.	Õppimisvõime osasse lisame (5.3 küsimuse juurde) täiendi "või mälu seotud probleemide tõttu."
6	Raskused kehalise ja vaimse tervise häirete kirjeldamiseks sobiva koha leidmisel.	Muudame 9. valdkonna sisu, mis oli varem mõeldud täitmiseks vaid vaimse tervise ja psüühiliste häirete korral, edaspidi saab täita ka kirjeldada seal ka muud kehalise tervise probleeme, mida eespool polnud võimalik konkreetsete küsimuste all välja tuua. Uus pealkiri 9.valdkonnale: "Muud kehalise või vaimse tervise häired ja psüühilised probleemid."
7	Valdkonnas "Inimestevaheline lävimine ja suhted", küsimuse (7.2 Kohane käitumine) all küsitakse, kas käitumine ärritab teisi inimesi – küsimused väljendi „ärritab“ kohta.	Asendame küsimuse all igal pool sõnastustes "ärritab" sõnaga "häirib". Lisame sulgudes selgitus juurde käitumise kohta, et mõeldud on nii tahtlik kui tahtmatu käitumine.
8	Võtmetegevuse põhiküsimusele vastamiseks peab kõigepealt nägema ja läbi lugema kõik selle valdkonna võtmetegevuste alamküsimused, saamaks aru, mida üldse küsitakse. Taotlejad ei pruugi alustada küsimustiku täitmist alamküsimuste lugemisest, vaid vastavad võtmetegevuse põhiküsimusele „jah“ ning liiguvad järgmise põhiküsimuse juurde.	Lisame läbivald terves taotlusvormis võtmetegevuse küsimuse JAH-le eelnevasse selgitusse kõikide allpool olevate küsimuste lühikirjelduse, et inimene saaks aru, mida kõike selle "JAH" alla käib, et inimene ei jätaks tema jaoks olulisi küsimusi tähelepanuta/vastuseteta. Nt Seismine ja istumine: Suudan ilma abita paigal seista ja ühelt toolilt teisele istuda ilma valu või muude takistusteta.

Jrk nr	Taotlusvormi puuduste kirjeldus	Planeeritav tegevus/ muudatus
9	Teadvusel püsimise ja enesehoolduse valdkonna täitmine tekitab küsimusi.	Lisame taotlusvormile vastava selgituse juurde: "Selles osas küsitakse Teilt: - teadvusel püsimise kohta: kas ja kui tihti Teil esineb ärkveloleku ajal minestust, teadvuse hägunemise või teadvuse kaotuse hooge; - toitumise kohta: kui vabalt Te saate iseseisvalt süüa ja juua" - enesehoolduse kohta: kas ja milliseid raskusi on teil soole või põie kontrolliga."
10	Rehabilitatsiooni mõiste oli paljudele taotlejatele arusaamatu.	Lisame vastava selgituse: riiklikult toetatud teenused (sotsiaaltöötaja, psühholoogi, tegevusterapeudi, logopeedi jne teenused) parandamaks iseseisvat toimetulekut ja töötamist või tööle asumist.
11	Mittekohaseks peeti väljendi "kuritarvitamine" küsimuses: "kas teil on tegutsemisraskusi alkoholi, sõltuvust tekitava või uimastava toimega ravimite või muude ainete kuritarvitamise tõttu". Seda peamiselt seetõttu, et selle küsimuse all peaks kirjeldama taotleja ka arstide poolt kirjutatud ravimite kõrvalmõjust tulenevad tegutsemispiirangud.	Kuna siia alla käib ka arstide poolt inimesele tarvitamiseks kirjutatud uimastava või sõltuvust tekitava toimega ravimite kasutamine, siis muudame küsimuse sõnastust, kasutame väljendit "tarvitamine." Küsimusega seotud valdkonna pealkirja täpsustatakse ka ravimite kasutamise seisukohalt.
12	Liikumise valdkonna küsimus: "Kui kaugele suudate tasasel pinnal ohutult ja korduvalt liikuda, ilma et tuleks peatuda kas väsimuse, valu, õhu- või tasakaalupuuduse tõttu? See, et inimesel ei ole raskuseid tasasel pinnal liikumisega ei tähenda, et tal ei oleks raskuseid liikumisel tegelikul pinnal.	Sõnastame küsimuse ümber: "Suudan iseseisvalt ringi liikuda ja trepist käia ilma raskusteta". Lisame selgituseks: Eri tasapindadel liikumise all mõistetakse mingi vahemaa läbimist samal tasapinnal ja liikumist astmetel. Tavapärane liikumine on ilma raskuste ja takistusteta liikumine, sealhulgas ilma valu, väsimuse, õhu- või tasakaalupuuduseta.
13	Arusaamatusi põhjustas ohutu ringiliikumise võime kirjeldamine, kas tuleks seda hinnata nägemise või füüsilise liikumise piirangutest tulenevalt.	Ohutu ringiliikumise all mõistetakse turvaliselt ja eksimata soovitud kohta liikumist, sealhulgas üle tee minemist või uute paikade külastamist. Seetõttu viime ohutu ringiliikumise seonduvad küsimused nägemise valdkonna alt liikumise valdkonna alla.
14	Üldised raskused töövõime hindamise taotlusest arusaamisega.	1) Ühtlustame taotluse sõnastustes ja küsimuste vastustes sõnakasutused: ja/või ning jah/väikeste raskustega; 2) Lisame taotluses võtmeküsimustele juurde selgitavaid näiteid, kus need puuduvad; 3) Töötame välja infovaldiku ning eraldi lihtsustatud taotluse vormi ja täitmise juhise intellektipuudega inimestele.

**Tabel 2. Kokkuvõtte ekspertiisvormi ja ekspertiisi läbiviimise peamistest muutmise vajadustest ja lahendustest**

Jrk nr	Puuduste kirjeldus	Planeeritav tegevus/ muudatus
1	Ekspertiisvormil oli iga valdkonna kokkuvõtte ees andmeväli "Ekspertiisi hinnang", mis tekitas ekspertarstidel täitmisel segadust. Sisestati kokkuvõtvalt piirangu raskusaste, kuid see oli mõeldud täpsustava piirangu jaoks, mida eelnevates võtmeküsimustes ei olnud käsitletud.	Muudame lahtri "Ekspertiisi hinnang" sõnastuse segaduse vältimiseks iga valdkonna lõpus vastavalt "Muu täpsustatud piirang".
2	Sõnastusest „Talituslik võimekus“ arusaamine hinnangu kokkuvõttes, kus vajalik kirjeldada inimese töövõime.	Asendame sõnastusega „Töövõime“.
3	Esines erineva sõnastuse kasutamist taotlusvormiga võrreldes.	Ühtlustame erineva sõnakasutuse vormide vahel.
4	Hindamiseks vajalike inimese taustaandmete olemasolu.	Taotlusvormile lisatakse täiendavad inimese töötamise, hariduse ja teenuste (tööturuteenused jne) saamisest ülevaate andvad andmed.
5	TIS-is inimese terviseandmete puudumine, kuna inimene pole hindamisele eelneva 6 kuu jooksul arsti külastanud	TK kontrollib enim inimese taotluse ekspertiisi suunamist, kas süsteemi on inimese terviseinfot ning puudumise korral informeerib inimest seisundi diagnoosimiseks arstile mineku vajadusest.
6	TIS-i arstide poolt terviseandmete mittekandmine ja sisestatud andmete halb kvaliteet	Tervise infosüsteemist saadavate andmete kvaliteedi parandamiseks toimub pidev koostöö tervishoiuteenuse osutajate ning nende infosüsteemide arendajatega vanade dokumentide ning tehniliste vigade parandamiseks. E-tervise SA teeb pidevat analüüsi andmehõive osas (hetkel eeskätt perearstide osas). Andmehõive parandamiseks on rakendatud ka Terviseameti järelevalvefunktsioon. Samuti toimub andmekvaliteedi parandamine automaatkontrollide arendamise ning algandmete sisestamise ja edastamise võimaluste edasiarendamise abil. Septembrist rakendatakse oluline täiendus, tervise infosüsteemi täis funktsionaalne valideerimine st, et tehniliselt vigaseid dokumente tervise infosüsteem vastu ei võta. Koos tervise infosüsteemi sisuliste andmekontrollide täienemisega peaks selle tulemusena olemasolevate andmete kvaliteet oluliselt tõusma. Andmekvaliteedi raamistiku tegevuskava koostatakse 2015.a lõpuks E-tervise strateegia raames (Sotsiaalministeeriumi, E-Tervise SA ja

Jrk nr	Puuduste kirjeldus	Planeeritav tegevus/ muudatus
		<p>tervishoiuteenuse osutajate koostöös), mis paneb paika konkreetsed edasised tegevused.</p> <p>Kindlasti on oluline edaspidi aktiivne TK tagasiside (kvaliteedi ja puuduste kohta) Eesti E-tervise SA-le konkreetsete TTO ja arstide dokumenteerimise osas.</p> <p>Oluline andmekvaliteedi parandamise roll on ka uuel, andme-põhise TIS2.0 arhitektuuri ja infovahetuse realiseerimisel 2018. a. TIS2.0 muudab üksikute infoväljade parandamise paindlikumaks (sh üksikute andmekasutajate vajadusi arvestades), samuti võimaldab luua rohkem automaatkontrolle. Selle teostamiseks käivad praegu analüüsitegevused</p>
7	Raskusastmete skoorimisel vastuolud valdkondliku ja hinnangu ja kokkuvõtliku hinnangu vahel.	Loodava infosüsteemi lahendused toetavad ja kontrollivad täitmise loogikat. Arstide töövõime hindamise juhend ning tõhusama praktilise koolitusprogrammi läbimine tagab skoorimise loogikast parema arusaamise.
8	Metoodika klassifikaatorite (RFK, ISO, O*-NET) ebapiisav kasutamine.	Loodava infosüsteemi lahendused, kus klassifikaatorid on süsteemi integreeritud toetavad ja kontrollivad täitmist. Samuti tõhusama praktilise koolitusprogrammi läbimine tagab parema kompetentsi kasutamiseks.
9	Töövõime hindamise kokkuvõttes soovitude andmine sobivate töötingimuste, abivahendite kasutamise ja rehabilitatsiooni osas oli liiga üldsõnaline ja soovitusi anti vähe.	Loodava infosüsteemi lahendused, kus klassifikaatorid on süsteemi integreeritud toetavad ja kontrollivad täitmist. Samuti tõhusama praktilise koolitusprogrammi läbimine tagab parema kompetentsi kasutamiseks.



## Lisa 2. Piloteerimisel osalenute statistiline ülevaade

### A1. Valimi üldkirjeldus

Pilootuuringu läbiviimisel oli eesmärgiks kaasata valimisse erinevaid sihtrühmi puude liikide, töövõime kao ulatuse, vanuse ja elukoha lõikes. Sihtrühmade kaasamine toimus TK, SKA piirkondlike teeninduspunktide ja Astangu KRK kaudu ning pilootuuringus osalemine oli vabatahtlik.

Kuigi piloteerimisse püüti kaasata üldkogumit võimalikult hästi esindav inimeste rühm, ei saa tulemust üldistada tänastele kehtiva püsiva töövõimekaoga inimestele (st tulemused ei ole kaalutud püsiva töövõimekaoga inimeste üldkogumile), vaid **analüüsi tulemused iseloomustavad üksnes uuringus osalevat valimit** ning sellest ei saa järelda kui paljudel ja kuidas tänastel püsiva töövõimekaoga inimestel tervikuna muutub töövõime ulatus töövõimereformi rakendamisel. Valim ei olnud väga suur, osalemine oli vabatahtlik ning keskmisest aktiivsemate sihtrühma esindajate sattumist valimisse soodustas uuringusse kaasamise viis. **Piloteerimise eesmärgiks oli kaardistada võimalikult palju erinevaid kitsaskohti ning seeläbi ennetada hilisemaid probleeme metodika rakendamisel.** Seetõttu tuleb töövõime hindamise tulemuste tõlgendamisel arvestada, et uuringus ilmnunud erinevad lahendamist vajavad rakenduslikud probleemid mõjutasid osaliselt antud töövõime ulatuse hinnanguid. **Kokkuvõttes oli pilootuuringu fookuses hindamisprotsessi toimimine, mitte tänaste töövõimekaoga inimeste töövõimekao ulatuse muutuse hindamine.**

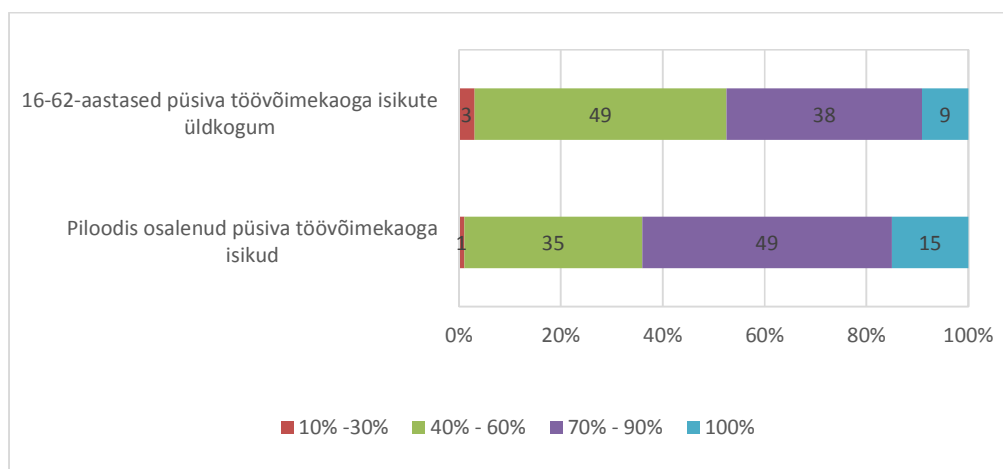
Samas, mida lähedasem on pilootuuringu valim üldkogumile, seda asjakohasemad tulemused testimine eeldatavalt annab. Ehk võimalikult mitmekesisem valim peaks eeldatavalt tooma välja võimalikult palju erisusi ja täpsustamist või parandamist vajavaid kitsaskohti metodika rakendatavuse ja protsesside toimivuse kohta. Üldjuhul ei ole võimalik aja-, raha- või muude ressursside piiratuse tõttu väga suure valimiga piloteerimist läbi viia.

Selle pilootuuringu puhul seati eesmärgiks hõlmata vähemalt 4 piirkonda ning kaasata valimisse 100–300 inimest, sh erinevate puudeliikidega (nägemispuue; kuulmispuue; keele- ja kõnepuue; liikumispuue; psüühikahäire ja vaimupuue, liitpuue) inimesed; erinevatesse püsiva töövõimetuse protsendirühmadesse (10–30%; 40–60%; 70–80%; 90–100%) kuuluvad inimesed.

Piloteerimisel seati eesmärgiks kaasata minimaalselt 100 ja maksimaalselt 300 töövõimekaoga inimest. Piloteerimisel esitatud tegelik taotluste arv oli kokku 275, mis on seatud maksimumeesmärgist 92%. Piloteerimisel esitati töövõime hindamise taotlusi 17. novembrist 2014 kuni 31. märtsini 2015 ehk umbes 4,5 kuu jooksul.

Enamus (275-st 268, so ligi 98%) taotluse esitanutest olid varasema püsiva töövõimekaotuse otsusega. Valimis osalenud kehtiva püsiva töövõimekaoga inimeste töövõimekao ulatus jäi vahemikku 30%-100%. Pilootuuringus osalenutest 43%-l jäi töövõimekao ulatus vahemikku 70%–80% ning 35% vahemikku 40%–60% (vt joonis 1).

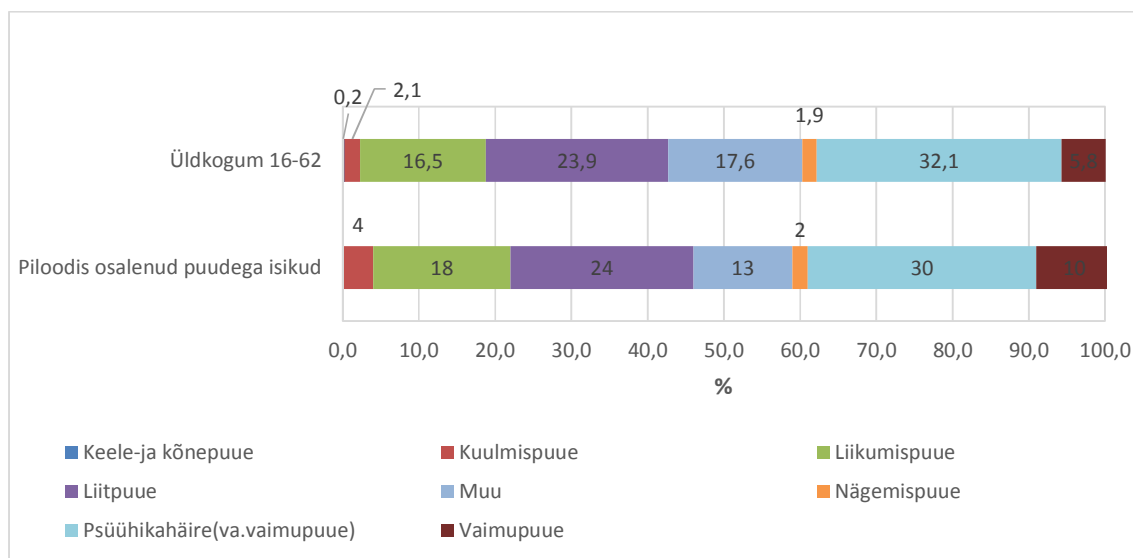
### Joonis 1. Töövõimekaaga inimeste üldkogumi ja pilootuuringu valimi võrdlus



Valimis olid esindatud nii puude raskusastme kehtiva otsusega isikud kui ka need, kellel kehtivat puuet ei olnud. Pilootuuringu töövõime hindamise taotluse esitajatest enam kui kahel kolmandikul (70% ehk 194-l inimesel) oli puude raskusastme kehtiv otsus. Raskusastme järgi oli taotlejate seas sagedamini raske puudega isikuid – 94-l isikul, so kolmandikul pilootuuringus osalenutest.

Töövõime hindamise meetodika piloodis olid esindatud kõik puude liigid. Domineeriva puude järgi oli 30%-l (58 inimesel) pilootuuringus osalenud kehtiva puudega isikutest psüühikahäire. Liitpuudega oli iga neljas pilootuuringus osaleja (46 inimest) ning iga kaheksas oli liikumispuudega (35 inimest). Muu puue oli 25-l inimesel, vaimupuue 19-l, kuulmispuue 7-l ja nägemispuue 3-l inimesel.

### Joonis 2. 16–62-aastaste puudega inimeste üldkogumi ja pilootuuringu valimi võrdlus

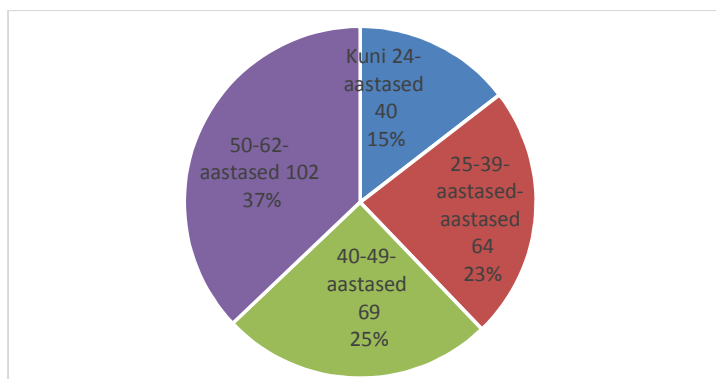


#### A2. Vanuseline jaotus

Piloteerimisse kaasati maksimaalne tööealiste inimeste vanusevahemik. Noorim taotluse esitaja oli taotluse esitamise päeval 16. aastane ja vanim 62. aastane. Vanuserühmade järgi moodustasid suurima osa vanemas tööeas (50–62-aastased) isikud – enam kui kolmandiku.

Ligi pooled testimisel osalenud jäid vanusvahemikku 25–49 ja 15% olid kuni 24-aastased noored (vt joonis 3).

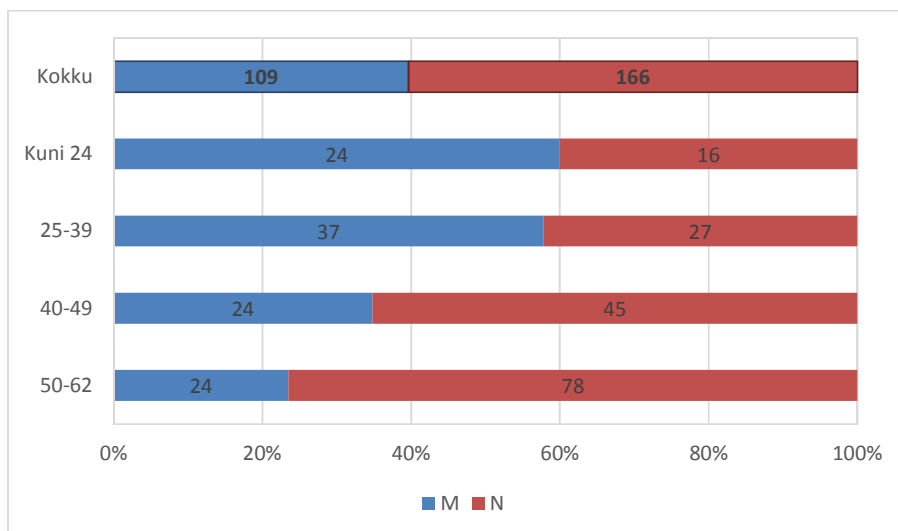
**Joonis 3. Valimi jagunemine vanuse järgi**



### A3. Sooline jaotus

Ligi 40% taotluse esitanutest olid mehed. Kuid mida noorem vanuserühm, seda suurem oli meeste osatähtsus valimis ning selline suundumus kajastub üldjoontes soolises jaotuses ka tänaste püsiva töövõimekaoga inimeste seas.

**Joonis 4. Valimi jagunemine soolises lõikes vanusegruppide järgi**



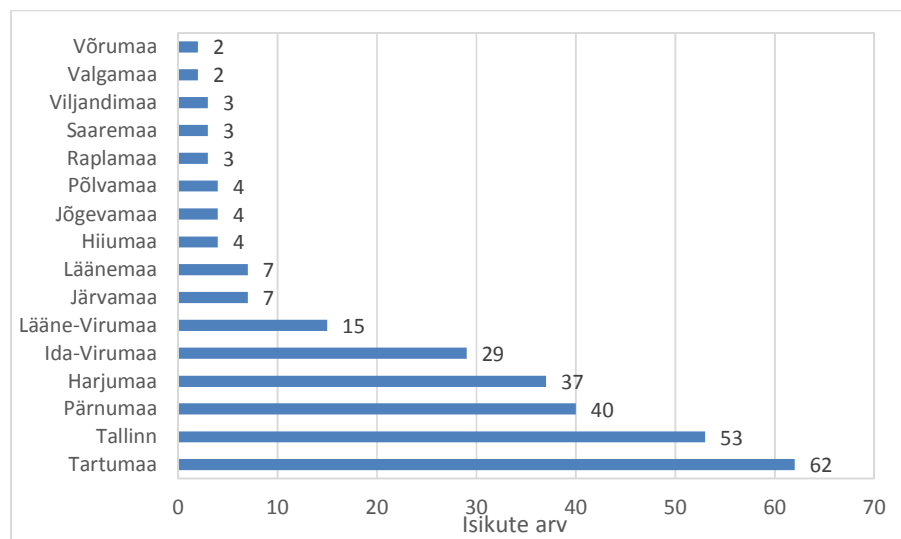
Kuni 24-aastaste seas oli mehi 60%, 50–62-aastaste vanusrühmas aga oli iga neljas ning 39–49-aastaste seas oli iga kolmas taotluse esitanud mees.

### A4. Maakondlik jaotus

Riigikogu sotsiaalkomisjoni ettepanek, mille ka töövõimereformi juhtrühm kinnitas, oli hõlmata testimisse 4 piirkonda. Samas on selge, et mida enam on erinevaid piirkondi hõlmatud ja mida laialdasem saab olema kaetus, seda parema tagasiside annab testimine. Positiivne on, et valim esindas inimesi kõigest 15-st maakonnast. Paraku jäi mahult esindatus siiski ebaühtlaseks ja mõnevõrra ebaproportsionaalseks. Enim oli testimisel nõus osalema inimesi Harjumaal (kokku 90, so ligi kolmandik valimist), neist enam kui pooled Tallinnast – 53 inimest. Samas on see arv ebatäpne, kuna 19 inimest Harjumaalt ei täpsustanud, kas

tegemist on Tallinna või muu Harjumaa piirkonnaga. Kuigi Võru- ja Valgamaal on tervisekaoga inimeste osatähtsus üks suurimaid rahvastikus, õnnestus testimisse kaasata kummaski maakonnast 2 inimest. Suurem oleks võinud esindatus olla ka Viljandi-, Saare-, Rapla-, Põlva-, Jõgeva- ja Hiiumaal. Kuna aga testimisel ei püstitatud eesmärgiks saavutada valimi proportsionaalne esindatus maakondlikus lõikes, võib tulemust väga heaks lugeda.

### Joonis 5. Valimi jaotus maakonniti



### A5. Kehtiva püsiva töövõimekao ulatuse järgi jaotus

Enamus (275-st 268, so ligi 98%) taotluse esitanust olid püsiva töövõimekaotuse kehtiva otsusega (joonis 6.). Kuus isikut ei olnud püsivat töövõimetust viimase viie aasta jooksul taotlenud ja üks isik oli seda taotlenud, kuid seda ei tuvastatud.

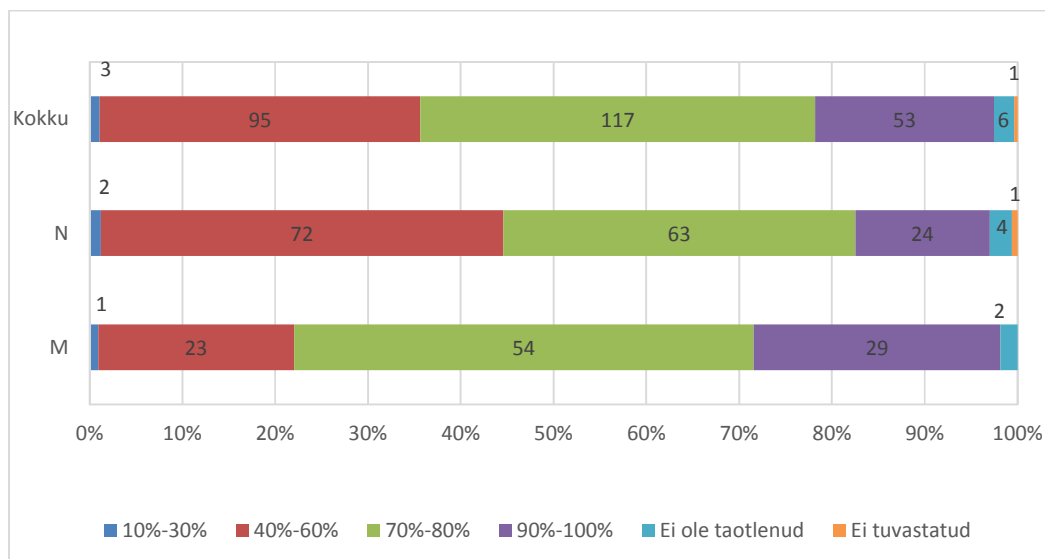
Töövõimekao ulatuse järgi oli valimis nii neid, kelle kehtiva töövõimekaotuse ulatus oli kuni 30% (3 isikut) kui ka neid, kelle oli see 100% (39 isikut).

Sagedamini jäi püsiva töövõimekao ulatus vahemikku 70%–80% (117 isikul, mis moodustas 43% valimist ja 44% kehtiva püsiva töövõimega valimi osast). Sellele järgnes sageduselt 40%–60%-lise püsiva töövõimekaoga isikute rühm – 95 inimesega, mis moodustas pisut üle kolmandiku (35%) valimist<sup>25</sup>.

Valimis oli naiste seas 40%–60%-lise töövõimekaoga isikuid 2 korda sagedamini kui meeste seas (taotluse esitanud naistest 43% ja taotluse esitanud meestest 21%). Üldine suundumus valimis oli, et suurema töövõimekaotuse ulatusega isikuid oli meeste seas sagedamini, kui naiste seas. See vastab üldjoontes tänaste töövõimekaoga naiste ja meeste jaotusele töövõimekao ulatuse osas – töövõimekaoga naiste seas on sagedamini väiksema kao ulatusega ja meeste seas suurema kao ulatusega isikuid. Nii oli valimis meeste seas 70%–80%-lise töövõimekaoga isikuid neljandiku võrra sagedamini kui naiste seas (meeste seas vastavalt pooled ja naistest 38%) ning meeste seas 90%–100%-lise töövõimekaoga isikuid 2 korda sagedamini kui naiste seas (meeste seas vastavalt 27% ja naistest 14%).

<sup>25</sup> Kehtiva püsiva töövõimekaoga 16-62-aastaste seas kokku moodustavad täna 70%–80%se töövõimekaoga isikud 34% ja 40%–60%se töövõimekaoga isikud 49% ja 90%–100% töövõimekaoga isikud 13%.

**Joonis 6. Valimi jaotus soo lõikes kehtiva töövõimekaotuse ulatuse järgi**



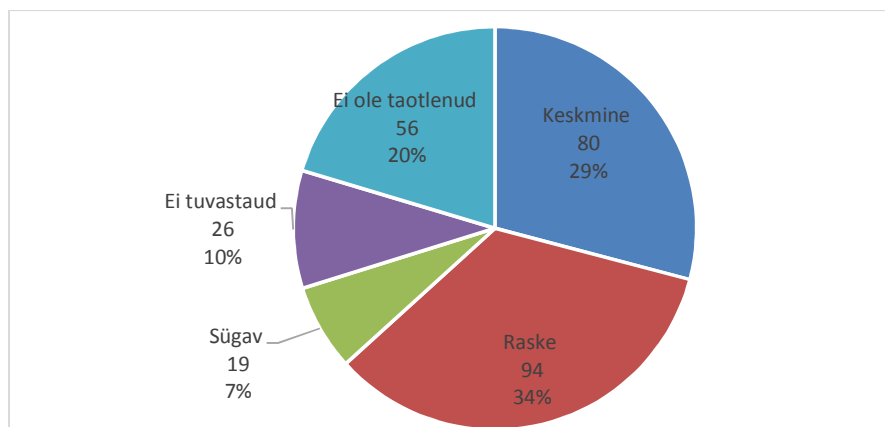
**A6. Puude raskusastme kehtiva otsuse ja määratud puude liigi järgi jaotus**

Valimis olid esindatud nii puude raskusastme kehtiva otsusega isikud kui ka need, kellel kehtivat puuet ei olnud. Samuti olid esindatud kõik puude liigid, sh kõne- ja keelepuue (ka liitpuude koosseisus).

Taotluse esitajatest enam kui kahel kolmandikul (70%-l) oli puude raskusastme kehtiv otsus. Neist, kellel seda ei olnud, ligi kolmandik (31%, 3 meest ja 23 naist) oli viimase 5 aasta jooksul puuet taotlenud, kuid seda ei tuvastatud (joonis 7).

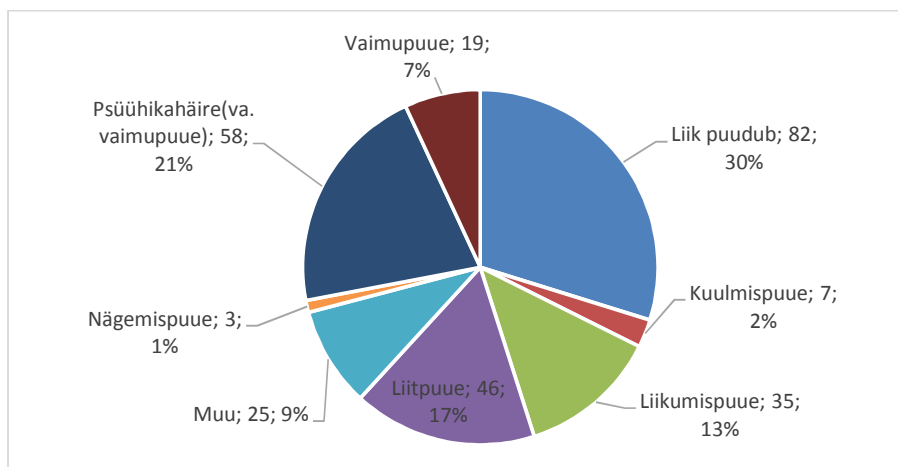
Raskusastme järgi oli taotlejate seas sagedamini raske puudega isikuid – 94-l isikul, so kolmandikul taotlejatest.

**Joonis 7. Valimi jaotus puude kehtiva raskusastme järgi**



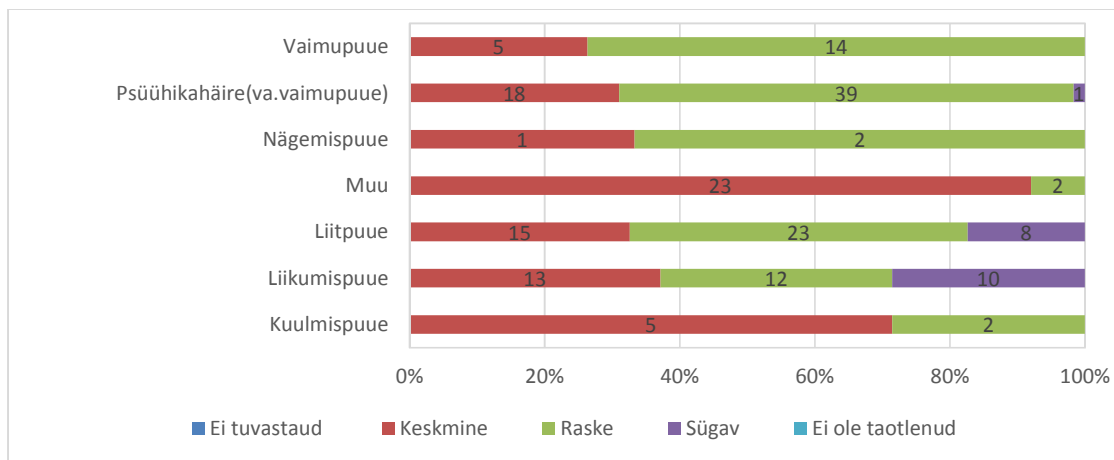
Kehtiva puudega taotlejate seas oli sagedamini isikuid, kellel domineerivaks puudeks oli psüühikahäire. Neid oli taotlejate seas 58, mis kehtiva puudega isikute hulgas moodustas 30%. Arvukuselt teine oli liitpuudega isikute rühm 46 isikuga ehk iga neljas puudega taotleja (joonis 8). Domineeriva puudena oli liikumispuue 35 isikul, so igal kaheksandal taotluse esitanul, muu puue oli 25-l isikul, vaimupuue 19-l isikul, kuulmispuue 7-l ja nägemispuue 3-l isikul.

## Joonis 8. Valimi jaotus kehtiva puude liigi järgi



Järgnev joonis (joonis 9) iseloomustab erinevate puuetega taotlejate jaotumist puude raskusastme järgi.

## Joonis 9. Kehtiva puudega taotluse esitanute jaotus puude raskusastmete järgi domineeriva puude liigiti

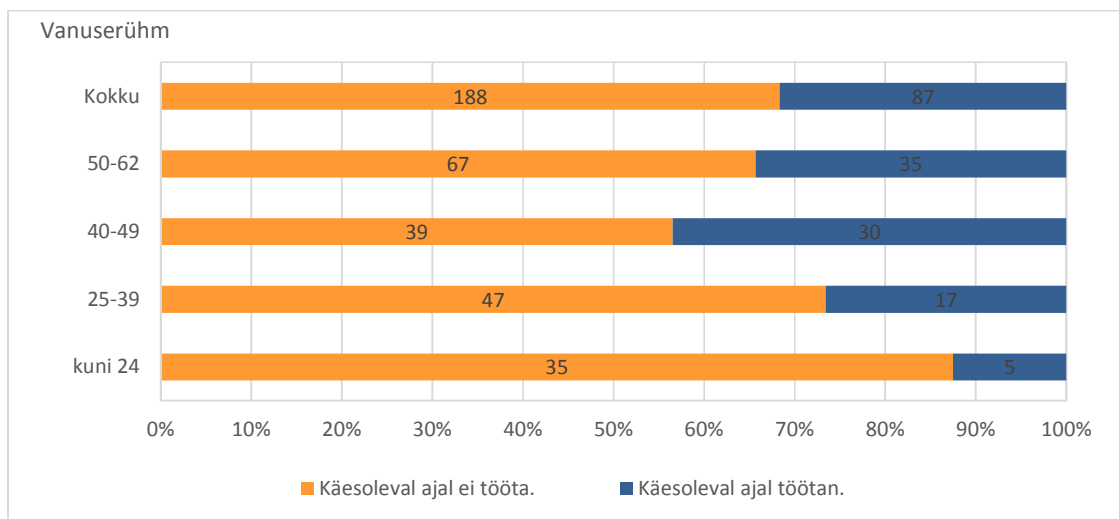


Kuigi taotluse esitanute seas ei olnud esindatud domineeriva puudena keele- ja kõnepuudega inimesi, oli nende seas kokku 12-l isikul (ühel kuulmispuudega, ühel liikumispuudega ja 10 liitpuudega) kehtiva puude määramise meetodika järgi kõnefunktsiooni piirangute keskmine väärtus vähemalt 2, mis teisendades puude raskusastmete skaalale ületab vähemalt keskmise puude lävendi.

### A7. Hõiveseisund ja töökogemuse olemasolu

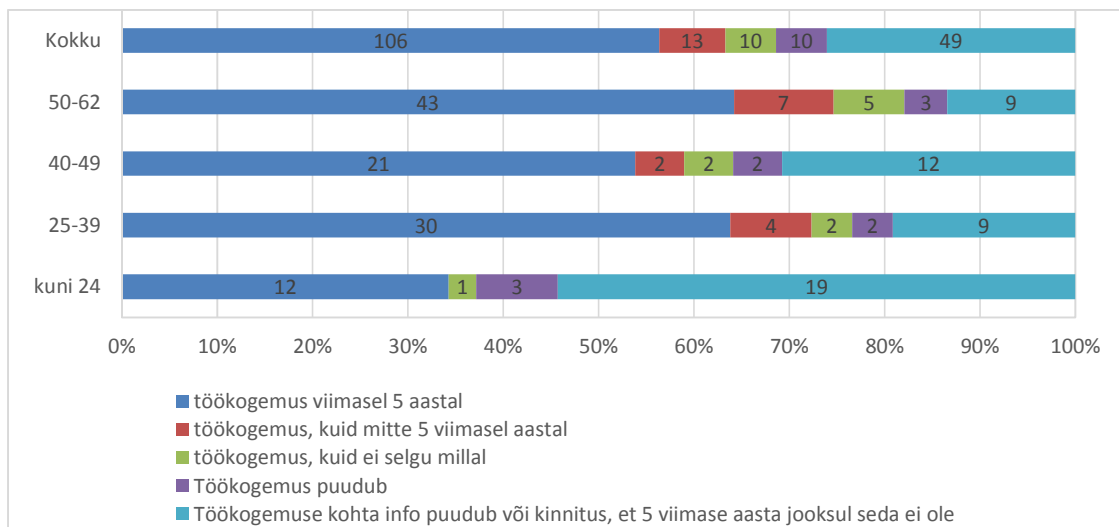
Valimis olid esindatud nii hõivatud kui ka need, kes taotlemise ajal ei töötanud. Hõivatuid oli taotluse esitajate seas ligi kolmandik – 275-st 87 ehk 32%. Samas erines hõivatute osatähtsus vanusgruppide lõikes oluliselt. Sagedamini oli hõivatuid 39–49-aastaste vanuserühmas – 43%. Suhteliselt vähe oli hõivatuid kuni 24-aastaste vanusrühmas – iga kaheksas. Samas on see igati ootuspärane, sest noorimas vanusrühmas on suur õppijate (nii kool, kui kursused) osatähtsus. Kaks kolmandikku sellesse vanusrühma kuuluvatest olid tegevuses õppimisega, elukutse omandamise või kohanemiskursustel osalemisega. Vanemas tööeas (50–62-aastased) olevatest töötas iga kolmas (joonis 10).

**Joonis 10. Taotlejate jaotus hõiveseisundi järgi vanusgruppide lõikes**



Neist 188st, kes taotluse esitamise ajal ei töötanud jagunesid varasema töökogemuse olemasolu<sup>26</sup> järgi vanuserühmade järgi vastavalt joonisele 11.

**Joonis 11. Mittetöötavate jaotus hõiveseisundi järgi vanusgruppide lõikes**



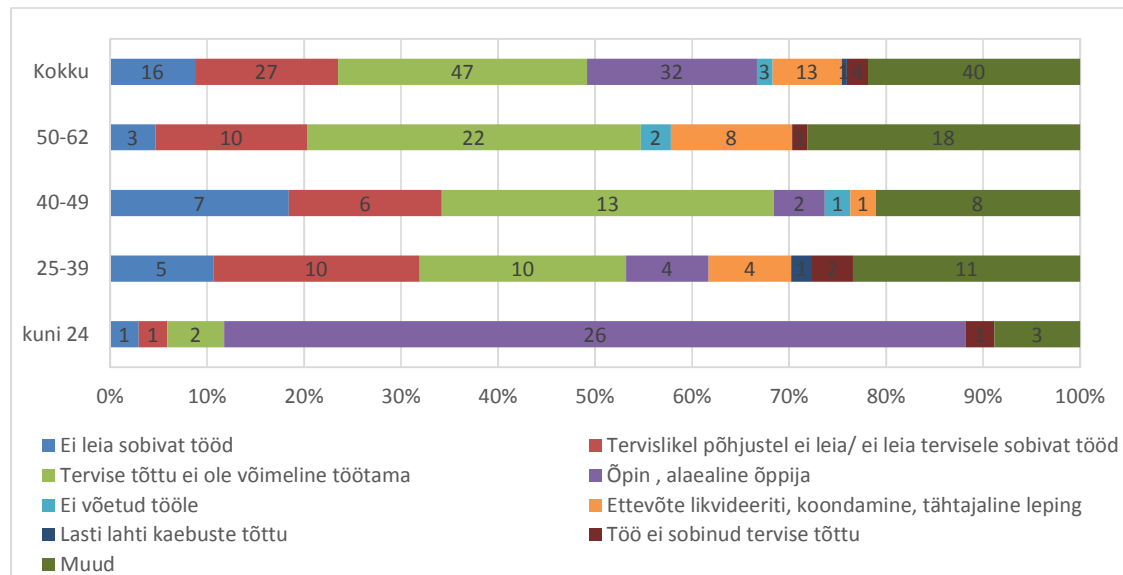
#### A8. Mittetöötavate töökogemus ja mittetöötamise selgitused

Töökogemus jäi viimase viie aasta sisse kolmandikul kuni 24-aastastest, 64%-l 25–39-aastastel, 54%-l 40–49-aastastel ja 64%-l 50–62-aastastel mittetöötavatel. Kuid lisaks oli osadel mittetöötavatel töökogemus siiski olemas, kuid jäi enam kui 5-aasta tagusesse aega (9%-l 25–39-aastastest, 5%-l 40–49-aastastest ja 10%-l 50–62-aastastest mittetöötavatest taotlejatest) (vt joonis 11).

<sup>26</sup> Töökogemuse olemasolu ja 5 viimase aasta töökogemuse tulemused on saadud erinevate tunnuste tekstide töötusel. Tunnused, mille vastuste sisu, kui see sisaldas teavet töökogemuse ja selle ajalise määratluse kohta, kaasati olid: Viimase 5 aasta töökohad ja tööperioodide pikkused igas töökohas; Kui mõni Teie töösuhe on lõppenud tervise tõttu, siis selgitage töösuhte lõppemise põhjuseid; Töökoht; Ametikoht (kellena); Staaž (tööperioodi pikkus) käesoleval ametikohal; Viimase 5 aasta töökohad ja tööperioodide pikkused igas töökohas.

Töökogemus puudus 9%-l kuni 24-aastastest ja 5%-l 40-49-aastasest mittetöötavatest inimestest. Nii 25–39-aastaste kui 50–62-aastaste mittetöötavate seas oli töökogemuseta inimeste osakaal 4% (joonis 11). Mittetöötavate taotlejate selgitused mittetöötamise põhjuste järgi erinevates vanusrühmades jagunesid erinevalt (vt joonis 12, tabel 2 ja 3).

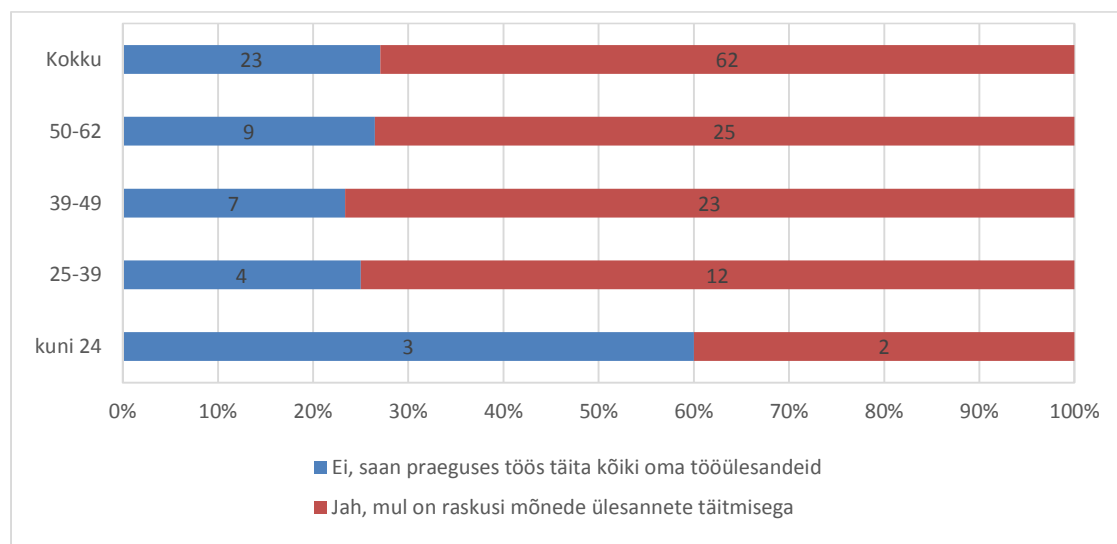
**Joonis 12. Mittetöötavad taotlejad vanusrühmade ja mittetöötamise põhjuste järgi**



#### A9. Tervisest tulenevate raskuste esinemine tööülesannete täitmisel

Suuremal osal töötavatest taotlejatest on töötamisel tervisest tulenevaid raskusi mõnede tööülesannete täitmisega. Vaid iga neljas (27% ehk 23 isikut) väitis, et saab töös täita kõiki oma tööülesandeid. Kusjuures vanuserühmades siin suuri erinevusi ei olnud (kõige nooremas vanusrühmas ei ole saa olulisi järeldusi teha, sest kogumi väiksusest tingituna on ühe isiku proportsionaalne mõju väga suur) (joonis 13).

**Joonis 13. Tervisest tulenevate raskuste esinemine tööülesannete täitmisel vanuserühmade järgi**

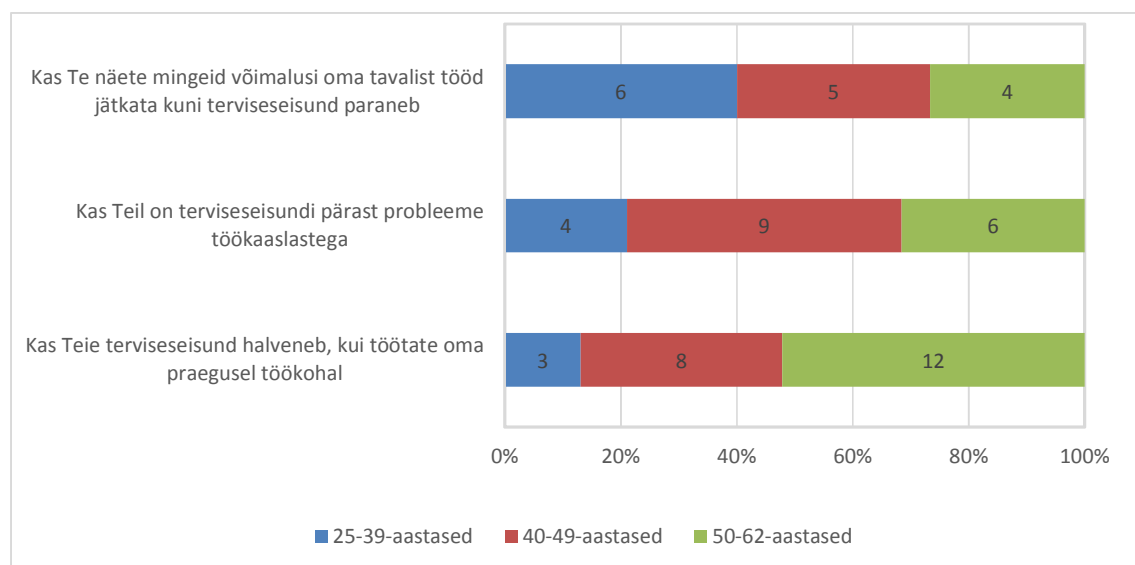




Täpsemalt on tabelis 4 toodud kirjeldused selle kohta, millised raskused ja probleemid töötavatel taotlejatel täna tööülesannete täitmisel tervisest tulenevalt esinevad.

Küsimusele „Kas tervises seisund halveneb, kui isik töötab oma praegusel töökohal?“ vastas töötavatest 27% (23 isikut) jaatavalt. Küsimusele „Kas on tervises seisundi pärast probleeme töökaaslastega?“ vastas jaatavalt 22% (19 inimest) töötavatest inimestest ning võimalusi jätkata oma tavalist tööd tervises seisundi paranemisel ei näinud 18% (15 isikut), kes vanuse järgi jaotusid vastavalt joonisele 14.

**Joonis 14. Isikud, kellel töötamisel tervis halveneb, kellel on tervisest tulenevaid probleeme töökaaslastega suhtlemisel ja kes terve paranemisel tänase töö jätkamise võimalust ei näe, vanusrühmade järgi**

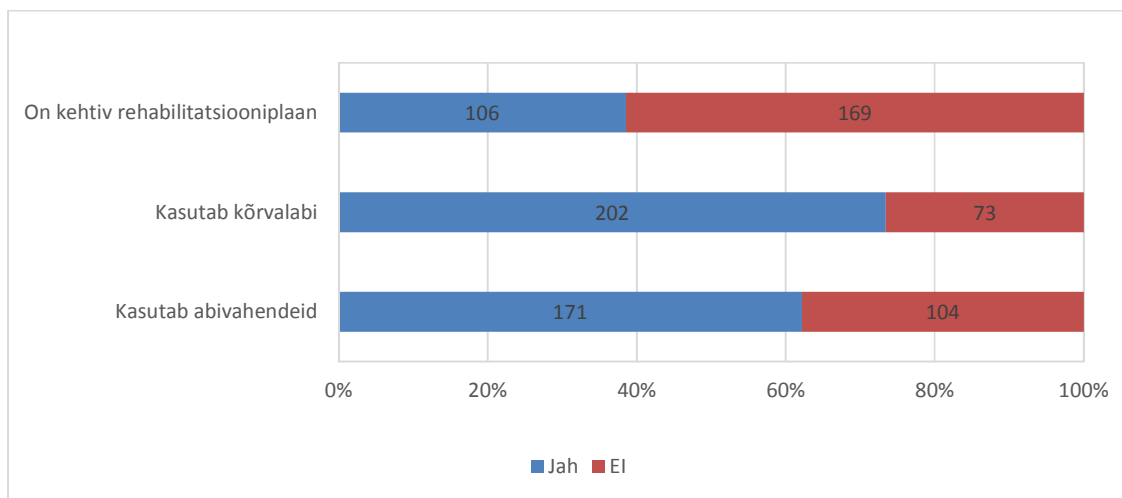


#### A10. Abivahendi ja teise inimese abi kasutamine ning rehabilitatsiooniplaani olemasolu taotlejatel

Kõige sagedamini oli taotlejate seas neid, kes kasutavad teise inimese abi – 73%. Kõrvalabi vajadus ulatub enesehoolduse abist kuni raskete kodutöödeni (nagu näiteks akende pesu, puude toomine jms) välja. Kõrvalabi vajadus sisaldab ka tugiisikuteenuse vajadust, so nõustamine rahaasjades, ametiasutustes asjaajamisi jne.

Taotlejatest 62% kasutab toimetulemiseks ja igapäevaelus toimetamisel abivahendeid ning kehtiv rehabilitatsiooniplaan oli taotlejatest 39%.

## Joonis 14. Abivahendi, kõrvalabi kasutamine ja rehabilitatsiooniplaani olemasolu



### A11. Taotlusele lisatud võrgustiku kontaktid

Kõige sagedamini (246 korral) oli kontaktandmetest täidetud perearsti lahter. Raviarsti kontakt oli lisatud 175-l, sotsiaalhoolekandeteenuse osutaja andmed oli taotlusele lisatud 38-l. Loetelus mitte nimetatud spetsialisti andmeid oli lisatud 35-le taotlusele, sotsiaaltöötaja kontakt oli lisatud 34-l, psühholoogi kontakt 27-l taotlejal 275-st. Samas oli 19 taotlejat, kes ei olnud täitnud taotluses ühegi spetsialisti kontaktandmeid.

Kõige sagedamini olid täidetud nii perearsti kui raviarsti kontaktandmed samaaegselt – selliseid taotlusi oli 166 kuid taotlusi, kus ei olnud neist kumbagi antud oli 20.

Erinevate kontaktandmete olemasolu taotlustel iseloomustab alljärgnev tabel.

**Tabel 1. Taotlustel täidetud kontaktide arv**

Kontaktide arv	Taotluste arv	Taotluste osatähtsus, %
Ühegi isiku kontaktandmeid ei antud	19	6,9
Anti 1 isiku kontaktandmed	60	21,8
Anti 2 isiku kontaktandmed	111	40,4
Anti 3 isiku kontaktandmed	66	24,0
Anti 4 isiku kontaktandmed	19	6,9
<b>Kokku taotlusi</b>	<b>275</b>	<b>100</b>

**Tabel 2. Mittetöötamise põhjused vanusegruppides**

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjusest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25–39	39–49	50–62	Kokku
Ei leia sobivat tööd	Algul kui jäin töövõimetus pensionile, ei saanud selja tõttu töötada ja hiljem ei olnud tööd saada				1	1
	Ei leia osalise ajaga minu võimetele vastavat tööd			1		1
	ei leia sobivat tööd, tahan mööblialale jääda			1		1
	Ei leia sobivat töökohta		1		1	2

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjustest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25-39	39-49	50-62	Kokku
	ei ole leidnud sobivat tööd	1	1	1	1	4
	ei ole leidnud tööd		1			1
	Haige olen praegu. 2008 juhtus avarii, sellest ajast olin puudega inimene. Õues lund saan teha. Hooldekodus pole tööd teha			1		1
	pole leidnud sobivat kohta			1		1
	puudub jõukohane töö			1		1
	sobivat tööd ei ole pidevalt leida		1			1
	sobivat tööd on keeruline leida		1			1
	Pole leidnud tööd			1		1
<b>Ei leia sobivat tööd kokku</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>16</b>
Tervislikel põhjustel ei leia sobivat tööd	Depressioon; kõrghariduse puudumine; vaid ühe käega tehtavate tööde piiratud valik.		1			1
	ei leia tervisele vastavat tööd				1	1
	ei ole leida midagi, tervislikel põhjustel			1		1
	Ei ole sobivat töökohta. M. Feofanova: alates veebruarist 2015 hakkab tööle SA Hea Hoog juures - käsitöö.			1		1
	ei ole vastavat puudele tööd				1	1
	Füüsiliselt ei jõua töötada täistööpäeva				1	1
	jõuetus, ei ole leidnud sobivat tööd				1	1
	nägemise tõttu kõik tööd ei sobi		1			1
	on üritanud tööle saada, kuid ei saa füüsilist koormust taluda, ei saa tööga hakkama. Käed valutavad (õlaliigesed) väga, suhkur kõigub, peab kogu aeg kontrollima.				1	1
	pole leidnud tervisega sobivat tööd; lapsed		1			1
	pole leidnud tervislikule seisukorrale vastavat sobivat tööd		1			1
	pole tervisele sobilikku töökohta			1		1
	puudest tingitult ja erivajaduse tõttu ei ole sobivat tööd			1		1
	raske haiguse tagajärjel ei saanud enam füüsilist koormusega tegeleda				1	1
	raske teha füüsilist tööd, ei saa raskusi tõsta.				1	1
	seoses tervisliku seisundiga on töö leidmine raskendatud		3	1	3	7
	septembrist 2014 koondatud, puuduliku nägemise tõttu on tööd raske leida		1			1
	tervise seisund on muutlik. Pole leidnud sobivat-vajan pändlikku tööaega.		1			1
	tervislik seisund seab piiranguid			1		1
	Tööle mitte sobivus epilepsia hoogude tõttu ja kaudselt ka juhulubade puudumise tõttu, mis on samuti epilepsia.	1				1
	ei ole sobivat tööd tervisele		1			1

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjusest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25-39	39-49	50-62	Kokku
<b>Tervislikel põhjustel ei leia sobivat tööd kokku</b>		1	10	6	10	27
Tervise tõttu ei ole võimeline töötama	psüühikahäire tõttu ei ole võimeline töötama	1				1
	1,5 aastat tulin töölt ära, sest haigused ägenesid ja ei suutnud enam töötada				1	1
	Autoavariist tekkinud trauma, selgroomurd ja põrutused		1			1
	Depressioon ja sellest tulenevad probleemid. Hakkama saamine on olematu.		1			1
	Ei ole võimeline tööd tegema ja tööl käia				1	1
	ei ole võimeline töötama tervislikel põhjustel				1	1
	füüsiline nõrkus		1			1
	haigestumine		1			1
	haigus		1		1	2
	ilmselt 2012 a alguses toimus äkiline teadvusekadu, koljulumurd ja peale seda diagnoosid				1	1
	Kehv tervislik seisund	0	3	10	9	22
	kliendil olid veenilaiendid (varikoos), pärast jalga hakkas mädanema ja on tekkinud haav mis ei parane				1	1
	lahkumine töölt tervise tõttu				1	1
	Psüühosijärgne seisund, taastumisaeg	1				1
	Psüühikahäired		1			1
	Raske depressioon ärevushäirega		1			1
	Raske puue, reumatoid artriit				1	1
	südameinfarktjärgne kahjustus				1	1
	tervise halvenemine				1	1
	tervise tõttu ei jõua tööd teha				1	1
	terviseprobleemid, raske füüsiline puue, ratastool			1		1
	Terviseprobleemid, väga kõrge vererõhk				1	1
	Tervislikud probleemid õlavöötmetes, põlv käib liigesest välja, käeliigesed ja migreen.			1		1
	väga nõrgad käed, osteoroposi tõttu ei saa töötada				1	1
	ärevushäirete tõttu ei saa töötada			1		1
<b>Tervise tõttu ei ole võimeline töötama kokku</b>		2	10	13	22	47
Õppimine (sh eriala omandamine, kursused)	Sest, ma käin koolis pagari töö kursusel	1				1
	Õpin, lõpetasin kooli	10	2	2		14

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjusest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25-39	39-49	50-62	Kokku
	Õpin Astangu KRK-s. Koondamine 2011. a jaanuaris. 2011 juunis olnud 1 kuu tööl, lahkunud omal soovil halbade töötingimuste tõttu. tervise oluline halvenemine toimus pärast seda. Seost töö (puidu tislere) ja haiguse vahel ei ole.		1			1
	Õpin Astangu KRK-s	6	1			7
	Õpin Astangu KRK-s kohanemiskursusel	3				3
	õpin Astangu KRK-s Puidupingitöölise eriala	3				3
	õpin Astangu KRK-s, tarkvara arenduse erialal	1				1
	Õpin elukutset	1				1
	Õpin pagaritöö kursusel Astangu keskusel	1				1
<b>Õppimine kokku</b>		26	4	2	0	32
Ei võetud/võeta tööle	ei läbinud kehalised katsed Viru Vanglas valvurina				1	1
	ei ole tööle võetud			1	1	2
<b>Ei võetud/võeta tööle kokku</b>		0	0	1	2	3
Ettevõtte likvideeriti; koondamine; tähtajaline leping	ettevõtte likvideeriti			1	1	2
	Koondamine		2		6	8
	koondamine 2014 ja tervis				1	1
	Tööleping lõppes, kuna töö oli tähtajaline ning töö sai läbi.		2			2
<b>Ettevõtte likvideeriti; koondamine; tähtajaline leping kokku</b>		0	4	1	8	13
<b>Lasti lahti kaebuste tõttu</b>	Kaebuste põhjal lasti lahti.		1			1
Töö ei sobinud tervise tõttu	töö mida tegin oli liiga pingeline, mis ei sobinud tervisliku olukorraga		1			1
	Liiga pikad tööpäevad, enesetunne halvenes, töösuhe lõppes omal soovil	1				1
	tervisest sõltuvalt lõppes töösuhe		1			1
	tervislikud põhjused-ei sobinud töö merel				1	1
<b>Töö ei sobinud tervise tõttu kokku</b>		1	2	0	1	4
Muud (sisaldab erinevaid variante, sh liiga lakoonilist sõnastust, millel võib olla	arvuti on asi, mis soodustab epilepsiat; ei julge ka voodist välja tulla mõni päev		1			1
	Isik ei vastanud küsimusele, kaldus täiesti teemast kõrvale, ei saanud aru. Tegevusjuhendaja ei osanud vastata, kuna inimene on hiljuti tulnud teenusele ja veel ei ole		1			1

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjustest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25-39	39-49	50-62	Kokku
mitu tõlgendust; mitut põhjust korraga, samuti motivatsiooni puudumist jne)	nii hästi kõike teada. Tegevusjuhendaja ütles, et inimene käib kerjamas.					
	keskendumine võtab rohkem aega, asjadest raske aru saada, suhtlemine võõrastega raske			1		1
	kliendil puudub vasak käsi, tööohutuse järgi ei võeta tööle			1		1
	kodunt tööle pääsemine on takistuseks			1		1
	koondamine ja südameoperatsioonid ka eelmise aasta 2 korda, ei saanud täismahus tööd otsida				1	1
	koondamine ja tervis ka				1	1
	Kuna ma ei ole kooli lõpetanud ja olen 100% töövõimetu.	1				1
	Käimisega probleeme, 2 operatsiooni, liigesed vahetatud, sõrmed moondunud				1	1
	käte suremine, vasak jalg sureb ära kui paarsada meetrit käin				1	1
	madal konkurentsivõime tervise tõttu				1	1
	Motivatsiooni puudumine.		1			1
	nahaprobleemid, tekib lööve tühjast-tähjast				1	1
	Närvide tõttu ei soovi töötada		1			1
	oli insult, liikumine takistatud				1	1
	omal soovil				1	1
	On mustalt töötamise kogemus, kuid mitte kunagi pole töötanud ametlikult	1				1
	paha, pea käib ringi, ei tohi, ei lähe korda, ei saa üldse mitte midagi, tuleb veel uuesti panna, ütlesin, et ei tohi, alguses tuleb kõvasti teha. Alguses hakkab võtma, siis on hästi jälle. jne jne				1	1
	Parema käe liikumine oluliselt piiratud				1	1
	Pole leidnud võimetele vastavat tööd.		1			1
	Pole leidnud õpitud/õpitava erialale vastavat tööd, tööandja suhtumise tõttu.		1			1
	põhjus ei ole tingitud tervisest		1			1
	selg valutab, käimine on seoses sellega raskendatud				1	1
	seoses kutsehaigusega 1994.a. töövõimetu				1	1
	Sest on 80% töövõimetu		1			1
	Soovitakse kogemustega töötajaid, kuid mul see puudub			1		1
	Tartu Emajõe Kool vahetas personali välja, tervislikul põhjusel ka, sest tööaeg liiga pikk minu jaoks			1		1
	Teravad valud alaseljas, raskendatud liikumine, välja ravimata vasaku rangluu murd				1	1
	Tervis ei ole nii hea, vererõhk madal. Käes valud				1	1
	tervis põhiliselt				1	1
	tervis; kukkunud ka liikuvast bussist välja suvel 2014 ja murdusid jala ja käeluud				1	1
Tervislikel põhjustel, pikk raviperiood			1		1	

Mittetöötamise põhjus	Taotleja kirjeldus mittetöötamise põhjustest	Vanusegrupp				
		kuni 24	25-39	39-49	50-62	Kokku
	tervislikust seisundist tulenevalt anti 1. aasta taastumiseks aega -tööleping lõpetatud tervise tõttu				1	1
	Trauma 2006. aastal, peale seda ei ole töötanud		1			1
	töökogemuse puudumine, tööpakkumiste vähesus	1				1
	vanglas viibimine, narkoravi, tervislik seisund		1			1
	Vasak pool on halvatud. Insult 2012 nov, alles taastun, vana töö ei sobi ja uut ei ole leidnud			1		1
	Vähene haridus ja töökogemuste puudumine, tervislikud põhjused (unehäired, allergia, psüühikahäire)			1		1
	väike laps (ei saa vahetustega tööle rakenduda), ei saa raskusi tõsta üle 3 kg, ei saa kaua istudes ja seistes tööd teha		1			1
	Väsimus, ettevõtted ei võta tööle, kui oled haige.				1	1
<b>Muud kokku</b>		3	11	8	18	40
<b>Kokku</b>		34	47	38	64	183

**Tabel 3. Mittetöötamise põhjused viimase 5 aasta töökogemust omavatel ja mitteomavatel isikutel**

Põhjuste grupp	Mittetöötamise põhjuse kirjeldus	Viimase 5 aasta kogemus		Kokku
		Jah	Ei või täitmata	
<b>Ei leia sobivat tööd</b>	Algul kui jäin töövõimetuspensionile, ei saanud selja tõttu töötada ja hiljem ei olnud tööd saada.		1	1
	Ei leia osalise ajaga minu võimetele vastavat tööd	1		1
	ei leia sobivat tööd, tahan mööblialale jääda	1		1
	Ei leia sobivat töökohta	1	2	3
	ei ole leidnud sobivat tööd	5	1	6
	Haige olen praegu. 2008 juhtus avari, sellest ajast oln puudega inimene. Õues lund saan teha. Hooldekodus pole tööd teha		1	1
	Pole leidnud tööd	1		1
	puudub jõukohane töö	1		1
	sobivat tööd on keeruline leida	1		1
<b>Tervislikel põhjustel ei leia/ ei leia tervisele sobivat tööd</b>	Depressioon; kõrghariduse puudumine; vaid ühe käega tehtavate tööde piiratud valik.	1		1
	ei leia tervisele vastavat tööd	1	1	2
	ei ole leida midagi, tervislikel põhjustel	1		1
	Ei ole sobivat töökohta. M. Feofanova: alates veebruarist 2015 hakkab tööle SA Hea Hoog juures - käsitöö.	1		1
	ei ole vastavat puudele tööd		1	1
	Füüsiliselt ei jõua töötada täistööpäeva	1		1
	jõuetus, ei ole leidnud sobivat tööd	1		1
	nägemise tõttu kõik tööd ei sobi		1	1

Põhjuste grupp	Mittetöötamise põhjuse kirjeldus	Viimase 5 aasta kogemus		Kokku
		Jah	Ei või täitmata	
	on üritanud tööle saada, kuid ei saa füüsilist koormust taluda, ei saa tööga hakkama. Käed valutavad (õlaliigesed) väga, suhkur kõigub, peab kogu aeg kontrollima.	1		1
	pole leidnud tervisega sobivat tööd; lapsed		1	1
	pole leidnud tervislikule seisukorrale vastavat sobivat tööd	1		1
	pole tervisele sobilikku töökohta	1		1
	raske haiguse tagajärjel ei saanud enam füüsilist koormusega tegeleda	1		1
	raske teha füüsilist tööd, ei saa raskusi tõsta.	1		1
	seoses tervisliku seisundiga on töö leidmine raskendatud	1		1
	septembrist 2014 koondatud, puuduliku nägemise tõttu on tööd raske leida	1		1
	tervise ja elukoha tõttu keeruline leida sobivat tööd		1	1
	tervise seisund on muutlik. Pole leidnud sobivat- vajan paindlikku tööaega.	1		1
	tervise tõttu ei leia sobivat tööd	1		1
	terviseprobleemid, pole sobilikku tööd leidnud	1		1
	tervislik seisund seab piiranguid		1	1
	tervislik seisund, sobiva töö puudumine		1	1
	tervislikel põhjustel pole leidnud sobivat tööd	1		1
	Tervislikud põhjused, pole leidnud sobivat tööd	1		1
	Tööle mitte sobivus epilepsia hoogude tõttu ja kaudselt ka juhilubade puudumise tõttu, mis on samuti epilepsias.	1		1
<b>Tervise tõttu ei ole võimeline töötama</b>	psüühikahäire tõttu ei ole võimeline töötama		1	1
	1,5 aastat tulin töölt ära, sest haigused ägenesid ja ei suutnud enam töötada	1		1
	Autoavariist tekkinud trauma, selgroomurd ja põrutused	1		1
	Depressioon ja sellest tulenevad probleemid. Hakkama saamine on olematu.		1	1
	Ei ole võimeline tööd tegema ja tööl käia		1	1
	ei ole võimeline töötama tervislikel põhjustel	1		1
	füüsiline nõrkus		1	1
	haigestumine	1		1
	haigus	1		1
	haiguse tõttu	1		1
	ilmselt 2012 a alguses toimus äkiline teadvusekadu, koljulumurd ja peale seda diagnoosid	1		1
	Kehv tervislik seisund	1		1
	kliendil olid veenilaiendid (varikoos), pärast jalga hakkas mädanema ja on tekkinud haav mis ei parane		1	1
	lahkumine töölt tervise tõttu		1	1
	Psüühosijärgne seisund, taastumisaeg		1	1
	Psüühikahäired		1	1
	Raske depressioon ärevushäirega	1		1



Põhjuste grupp	Mittetöötamise põhjuse kirjeldus	Viimase 5 aasta kogemus		Kokku
		Jah	Ei või täitmata	
	Raske puue, reumatoid artriit		1	1
	südameinfarktjärgne kahjustus		1	1
	tervise halvenemine	1		1
	tervise tõttu	14	7	21
	tervise tõttu ei jõua tööd teha	1		1
	terviseprobleemid, raske füüsiline puue, ratastool		1	1
	Terviseprobleemid, väga kõrge vererõhk	1		1
	Tervislikud probleemid õlavöötmetes, põlv käib liigesest välja, käeliigesed ja migreen.	1		1
	väga nõrgad käed, osteoroposi tõttu ei saa töötada		1	1
	ärevushäirete tõttu ei saa töötada		1	1
<b>Õpin, omandan elukutset, kursustel jms</b>	alaealine, õpin alles		1	1
	Ei tööta, kuna olen õpilane		1	1
	Hetkel õpin Astangu KRK-s. Mul puudub ka erialane kvalifikatsioon, koolipäevad on väga pikad ja see ei võimalda mul kooli kõrvalt tööl käia.		1	1
	lõpetasin just kooli		1	1
	Ma ei tööta, sest mul pole erialast kvalifikatsiooni. Õpin praegu Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses kohanemiskursusel		1	1
	Olen Astangu kutserehabilitatsiooni keskuse õpilane.	1		1
	Sest, ma käin koolis pagari töö kursus	1		1
	Õpin	1	9	10
	Õpin Astangu Keskus	2	1	3
	Õpin Astangu KRK-s. Koondamine 2011. a jaanuaris. 2011 juunis olnud 1 kuu tööl, lahkunud omal soovil halbade töötingimuste tõttu. tervise oluline halvenemine toimus pärast seda. Seost töö (puidu tisler) ja haiguse vahel ei ole.	1		1
	Õpin Astangu KRK-s	1	1	2
	Õpin Astangu KRK-s kohanemiskursusel		1	1
	Õpin Astangu KRK-s kohanemiskursusel, ei ole tööd otsinud		1	1
	õpin Astangu KRK-s Puidupingitöölise eriala	1		1
	õpin Astangu KRK-s, tarkvara arenduse erialal		1	1
	Õpin Astangu KRK-s puidupingi tööline	1		1
	Õpin elukutset	1		1
	Õpin pagaritöö kursusel Astangu keskuses		1	1
	Õpin puidutööd Astangu keskuses		1	1
	Õpin täiskoormusega päevases õppes	1		1
<b>Ei võetud tööle</b>	ei läbinud kehalised katsed Viru Vanglas valvurina	1		1
	ei ole tööle võetud		1	1
	ei võeta tööle	1		1
<b>Ettevõtte likvideeriti, koondamine,</b>	ettevõtte likvideeriti	1		1
	Firma likvideeriti	1		1
	Koondamine	8	0	8

Põhjuste grupp	Mittetöötamise põhjuse kirjeldus	Viimase 5 aasta kogemus		Kokku	
		Jah	Ei või täitmata		
tähtajaline leping	koondamine 2014 ja tervis	1		1	
	tähtajaline tööleping	1		1	
	Tööleping lõppes, kuna töö oli tähtajaline ning töö sai läbi.	1		1	
Lasti lahti kaebuste tõttu	Kaebuste põhjal lasti lahti.	1		1	
Töö ei sobinud tervise tõttu	töö mida tegin oli liiga pingeline, mis ei sobinud tervisliku olukorraga	1		1	
Muud	arvuti on asi, mis soodustab epilepsiat; ei julge ka voodist välja tulla mõni päev	1		1	
	Isik ei vastanud küsimusele, kaldus täiesti teemast kõrvale, ei saanud aru. Tegevusjuhendaja ei osanud vastata, kuna inimene on hiljuti tulnud teenusele ja veel ei ole nii hästi kõike teada. Tegevusjuhendaja ütles, et inimene käib kerjamas.	1		1	
	keskendumine võtab rohkem aega, asjadest raske aru saada, suhtlemine võõrastega raske	1		1	
	kliendil puudub vasak käsi, tööohutuse järgi ei võeta tööle			1	1
	kodunt tööle pääsemine on takistuseks			1	1
	koondamine ja südameoperatsioonid ka eelmine aasta 2 korda, ei saanud täismahus tööd otsida	1			1
	koondamine ja tervis ka	1			1
	Kuna ma ei ole kooli lõpetanud ja olen 100% töövõimetu.			1	1
	Käimisega probleeme, 2 operatsiooni, liigesed vahetatud, sõrmed moondunud			1	1
	käte suuremine, vasak jalg sureb ära kui paarsada meetrit käin			1	1
	Liiga pikad tööpäevad, enesetunne halvenes, töösuhe lõppes omal soovil	1			1
	madal konkurentsivõime tervise tõttu			1	1
	Motivatsiooni puudumine.	1			1
	nahaprobleemid, tekib lööve tühjast-tähjast	1			1
	Närvide tõttu ei soovi töötada	1			1
	oli insult, liikumine takistatud			1	1
	omal soovil			1	1
	On mustalt töötamise kogemus, kuid mitte kunagi pole töötanud ametlikult			1	1
	paha, pea käib ringi, ei tohi, ei lähe korda, ei saa üldse mitte midagi, tuleb veel uuesti panna, ütlesin, et ei tohi, alguses tuleb kõvasti teha. Alguses hakkab võtma, siis on hästi jälle. jne jne			1	1
	Parema käe liikumine oluliselt piiratud	1			1
	Pole leidnud võimetele vastavat tööd.			1	1
	Pole leidnud õpitud/õpitava erialale vastavat tööd, tööandja suhtumise tõttu.			1	1
	põhjus ei ole tingitud tervisest			1	1
selg valutab, käimine on seoses sellega raskendatud	1			1	

Põhjuste grupp	Mittetöötamise põhjuse kirjeldus	Viimase 5 aasta kogemus		Kokku
		Jah	Ei või täitmata	
	seoses kutsehaigusega 1994.a. töövõimetu		1	1
	Sest on 80% töövõimetu	1		1
	Soovitakse kogemustega töötajaid, kuid mul see puudub		1	1
	Tartu Emajõe Kool vahetas personali välja, tervislikul põhjusel ka, sest tööaeg liiga pikk minu jaoks		1	1
	Teravad valud alaseljas, raskendatud liikumine, välja ravimata vasaku rangluu murd		1	1
	Tervis ei ole nii hea, vererõhk madal. Käes valud		1	1
	tervis põhiliselt	1		1
	tervis; kukkunud ka liikuvalt bussist välja suvel 2014 ja murdusid jala ja käeluid	1		1
	tervisest sõltuvalt lõppes töösuhe		1	1
	Tervislikel põhjustel, pikk raviperiood	1		1
	tervislikud põhjused-ei sobinud töö merel	1		1
	tervislikust seisundist tulenevalt anti 1. aasta taastumiseks aega -tööleping lõpetatud tervise tõttu	1		1
	Trauma 2006. aastal, peale seda ei ole töötanud		1	1
	töökogemuse puudumine, tööpakkumiste vähesus		1	1
	vanglas viibimine, narkoravi, tervislik seisund		1	1
	Vasak pool on halvatud. Insult 2012 nov, alles taastun, vana töö ei sobi ja uut ei ole leidnud		1	1
	Vähene haridus ja töökogemuste puudumine, tervislikud põhjused (unehäired, allergia, psüühikahäire)		1	1
	väike laps (ei saa vahetustega tööle rakenduda), ei saa raskusi tõsta üle 3 kg, ei saa kaua istudes ja seistes tööd teha		1	1
	Väsimus, ettevõtted ei võta tööle, kui oled haige.	1		1
(tühi)	(tühi)	2	5	7
<b>Kokku</b>		<b>105</b>	<b>84</b>	<b>189</b>

**Tabel 4. Terviseprobleemidest tingitud raskused tööülesannete täitmisel**

Valitud vastusevariant	Taotleja poolt lisatud selgitus
<b>Jah, mul on raskusi mõnede ülesannete täitmisega</b>	<p>Kuna töötan põhiliselt seistes, siis on ikka õhtuks liigesed täitsa paistes ja valutavad. Kükitada ei saa.</p> <p>1) Kommunikatsioonivõimalus sõltub otseselt keskkonnast (kajav ruum ja suur distants välistavad suhtlemisvõimaluse; 2) koosolekutel, kus laua taga suhtluspartnereid rohkem kui 1, on nende räägitava jälgimine raskendatud, sest pole võimalik järjepidevalt järgida suu pealt lugemist; 3) personaalsed kuulmisabivahendid (kuuldeaparaadid ja kommunikatsiooni lisaseadmed parandavad suhtlemisvõimalusi teatud piirini; 4) üldised kommunikatsiooniabivahendid (ruumis kasutatav võimendi, kuhu saab personaalse raadiosaatja ühendada) ja suhtluspartnerite kasutatavad mikrofonid parandavad oluliselt suhtlusvõimalusi, aga teatud piirini (nt. suu pealt lugemise võimalus peab igal juhul jääma!).</p> <p>Põhimõtteliselt on üldiste kommunikatsiooniabivahendite kasutamisel kaks kitsaskohta: 1) võimendisüsteemi kvaliteet; 2) mikrofonide kasutamise kvaliteet suhtluspartnerite poolt. Väga head näited on KUMU-s kasutatav võimendi koos suu juurde kinnitatava või suu juures hoitava mikrofoniga.</p>

<p>Aruannete, arvete jm koostamisel olen teinud vigu, seetõttu käesolevalt kontrollin kõike mitu korda üle -&gt; aega kulub tavapärasest rohkem.</p> <p>Peale vestlust "raske" kliendiga olen nii väsinud, et ei suuda muid keskendumist nõudvaid ülesandeid täita.</p> <p>Unustan rutiinseid tegevusi: aknaid sulgeda, kappe lukustada.</p> <p>Suuremad takistused ilmnevad pärast tööpäeva: koju jõudes jaksan enamasti teha valmis söögi ja seejärel jään üsna kiiresti magama: teleri ette, arvutitooli vm. Vajadus uinuda on nii tugev, et seda ei saa edasi lükata ka nt jalutuskäiguga värskes õhus. Keskmine unevajadus ööpäevas on 10-12 tundi.</p> <p>Töönädala sees ei jaksa teha majapidamistöid või jäävad need poolikuks: nt panen nõud masinasse ja masina käima, kuid puhtaid nõusid masinast välja ei võta, pesu pestes jääb puhas pesu kuivama viimata ja läheb seetõttu kopitama, söök võib pliidil kõrbema minna, sest olen vahepeal uinunud...</p>
<p>arvuti klaviatuuri/hiire kasutamine, erinevate kaablite ühendamine, asjadeni ulatamine, liikumine töökohal, töökohale jõudmine</p>
<p>ei saa lugeda käsitsi kirjutatud arveid kui kiri on hele, halva mootorika tõttu on raskendatud paberite arhiveerimine, vajan abi kõigis toimingutes, mis on seotud nägemise suuremate asjade teisaldamise ja väljaspool kodu liikumisega</p>
<p>Ei suuda kaua istuda, ei saa raskeid kaustu tõsta, sõidan palju bussiga (ei saa istuda, selg ja jalad hakkavad valutama)</p>
<p>Esemete maast kätte saamisega. Raskuste tõstmine. Sundasend.</p>
<p>Esimesed 4 tundi tunnen ennast hästi, peale seda olen väsinud, jalad valutavad.</p>
<p>Esineb perioode, kus ma oma halva füüsilise tervise tõttu (pea- ja seljavalud)ei ole võimeline tõlketööd tähtajaks täitma. Lisaks järgmiste punktide juures kommentaarid: Pidev töö arvutiga on viimase 3 aasta vältel halvendanud nägemist ja tekitav seljavalusid, süvenenud on veenilaiendiprobleem; Mul ei ole töökaaslast; Ellujäämiseks on töötamine vajalik.</p>
<p>Et töö toimub arvutis, vajan karpaalkanali sündroomi tõttu tekkivate paresteesiaste esinemisel pikemaid ja sagedamaid puhkepause</p>
<p>halbadel päevadel ei saa arvutit kasutada peavalu, iivelduse, silmade väsimise jms tõttu headel päevadel pean panema meeldetuletuse, et üle 40 min korraga vaimselt ei pingutaks istuva tööviisi tõttu läheb trauma saanud jalg sundasendis tursesse, hakkab valutama, läheb krampi. Aegajalt vaja leida võimalus jalg kõrgemale sättida, mille järel saab jälle mõnda aega edasi töötada.</p>
<p>Koosolekutel osalemine, kõnest arusaamine - igapäevane töösuhtlus</p>
<p>Kui on lift katki peab keegi aitama trepist alla. Asjade võtmine kõrgemalt kapist.</p>
<p>Kuna mõne operatsiooni instrumentide komplektid on rasked ja kuna neid peab tõstma siis pean valima operatsioone millistel osalen.</p> <p>Sage kõhulahtisus segab samuti töötamist.</p>
<p>kuna saan ühe käega ainult tõsta ja jalgadel ei saa ka tervet päeva olla</p>
<p>Kuna silmanägemine on väga halb, siis oma tööd tehes pean pestavad nõud loputades hoolikalt ka käega üle katsuma, enne kui nõud masinasse lükkan.</p>
<p>Kuna sõrmed ei haara, siis kõik ülesanded, mis vajavad peenemat näputööd nagu näiteks arvuti lisaseadmete ühendamine on raskendatud või võimatu.</p>
<p>Kuulmispuudest tingituna on raskusi kõne kuulmise ja mõistmisega.</p> <p>Opereerimata neurinoomi tõttu valmistavad raskusi füüsilist ja vaimset pinget nõudvad tegevused(sh. kummardamine, tõstmine jne.)</p> <p>Liikumispuue tekitab pikemal kõndimisel jalavalusid ja on takistuseks liikumisel.</p>
<p>Kõik kohad mida vajan külastada pole ratastoolile ligipääsetavad</p>
<p>kõik tööd mulle ei sobi, ma ei saa töötada kui on vaja seista, samuti käia treppidest edasi-tagasi regulaarselt nt, kui üks tööülesanne on ühel ja teine teisel korrusel. Teen tööd aeglasemalt. Samuti ei tohi ma tõsta raskusi, lükata ja kanda jne. Praegune pakendamise töö sobib!</p>
<p>Käega on probleem, parem käsi hakkab valutama ja läheb krampi.</p>
<p>Käelised tegevused käsitööriistadega ja elektriliste tööriistadega</p>

kärrikas keskkond eritasapinnad, kirjud seinad, nt ruuduline vaipkate, diagonaalselt paigutatud plaadid põrandal ja seintel; laburünt süsteemis kitsad koridorid,
Liigesevalude tõttu ei saa tõsta esemeid või isegi kõndida
Liikumine, seismine, suhtlemine
Liikumine, töö dokumentidega
liikumine, klientide abistamisel, raskuste tõstmisel, kükitamisel, et kaup kätte saada alumiselt riulilt
liikumisega nii õues kui toas ja trepist liikumisega
lume lükkamine on raske, kuna mul üks käsi hästi ei tööta. Pean vahepeal puhkama.
Lumi on raske, raske on lund lükata.
mul tihti pea valutab(migreen),vererõhk kõrge, arvutisse vaatamine on raskendatud, nägemine on häiritud, silmadel on valus,
Näiteks lihvida ei saa, sest käed tõmbavad krampi. Nuga on raske kasutada käte värina tõttu.
Olen ametnik-tööaeg 8-17-ni. Istuv töö: sundasend ning töö arvutiga. Pean tegema tihti puhkepause kuna pikalt ei saa istuda ning ka arvutiga töö tekitab õlavöötme, käte, (randmed)valu. Võimalus pikali olla lõuna ajal on olemas.
On perioode, kus tekivad ärevushäired ja tekivad koordineerimishäired (ei saa klaviatuuriklahvidele pihta), silme ees läheb häguseks. Tekib vererõhutõus.
Pean vahel ennast sundima tööle minema. Kui on periood millal ma ei taha inimesi näha ja nendega tegeleda ning rääkida.
peenmootorikat nõudvad tööd nt. täpsust vajavad tööd, liimimine, sõlmimine, nõelumine; koordineerimise ja tasakaalu nõudvad tööd pikaajaline tegevus väsitab, tekivad keskendumisraskused
Pikalt istumist vajavad koosolekud, koolitused. Pikad sõidud klientide juurde.
Pimedal ajal raske töötada, kuna nägemisega raskusi. Kasutan lisavalgustus, mis abistab, kuid mitte eriti hästi.
probleem meelespidamisega, ei saa teha keerulisi, mõtlemist nõudvate tööülesannetega Puudest tulenevalt on töö teostamine väga aeganõudev, millega kaasnevad aegajalt ka erinevad valud: silma-,kaela-,selja-, veenilaiendite- ja puusaliigesevalud
raske istuda, seista, seljavalud
Raske telefoni teel suhelda.
Raskemate esemete tõstmine ja madalal asuvate esemete võtmine ja asetamine kuna kummardamisel läheb pea kergesti ringi käima ja kükkasendist on raske püsti saada ja põlved valutavad tihti. Samuti valutavad randmed ja parem õlg mistõttu ei saa selle käega teinekord ka esemeid laual tõsta. Kuna mul on ka unega probleeme ja tarvitan seetõttu ravimeid on raskusi arvutamise ja muude keskendumist nõudvate ülesannetega
Raskemate esemete tõstmine nt. prügikottide tühjendamine. Üle poole tunni ei suuda keskenduda ühele kindlale tegevusele. Pean vahepeal istuma ja puhkama.
Raskuste tõstmine, käe operatsioon
Raskuste tõstmisega.
Restide tegemine ei ole jõukohane
Rasket füüsilist pingutust nõudvad ülesanded
Sagedased meeleolumuutused, rahutus, segab keskendumist. Unetuse tõttu pidev väsimus, füüsiline ülekoormus
Suhtlemine inimestega, kuulmispuudest kartus suhelda inimestega.
Suhtlemine on takistatud ja seetõttu mõnede tööülesannete täitmine vajalikus mahus pole võimalik.
Sundasend, mille tõttu tekib valu ja pinge õlalihastes, alaseljas. Tööpäeva lõpuks paistetavad jalad ülesse, eriti parem. Käin 2 korda nädalas ravivõimlemises, mis leevendab

vaegusi. Arvutiga töötamisest silmade väsimus, õhtul ei näe isegi prillidega lugeda. Pingelise töö tõttu ei kasuta ettenähtud puhkepause.
tasakaaluhäirete tõttu, püsimatu
telefonisuhtlus, suhtlemine võõraste inimestega, kelle kõne ei ole piisavalt selge
Tervise seisundi tõttu on teatud perioodid, kus pean olema väga säästlik enda suhtes. Seetõttu on mul vaja oma tööalaseid tegevusi korralikult planeerida ja kokkuleppel tööandjaga kohustuste tähtaegsids ajatada.
Transport, isiklik abistaja, ratastool, ei suuda kaua istuda (eriline lamatiste oht), selg väsib ja hakkab valutama, parema käe liikuvus piiratud ja käsi nõrk, valu käes ja õlas.
Trepist liikumisel pean otsima alati tuge, esineb tasakaalu häireid
treppidel kõnd; libedatel, ebatasastel pindadel liikumine; raskuste teisaldamine; toitumiskindlusest tulenevad eripärad (diabeet)
tugevad kaelavalud
Tundide õppeprotsessi aktiivsuse vähendamine, tööprotsessi muutmine, lisa tegevustest/koolitustest loobumine.
Vajan nt abi värviuubide lahti keeramisel. Kuhugile minnes vajan liikumisel abi, nt näituste korraldamisel, vahel vajan enda "tõlket".
<b>Mõnede tööülesannete täitmisega raskusi kokku vastas 62 inimest</b>

Statistilise ülevaate koostas: Mari Kreitzberg