



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
THE ESTONIAN CHAMBER OF DISABLED PEOPLE



SOTSIAALSE REHABILITATSIOONI, TEHNILISTE ABIVAHENDITE JA ERIHOOLEKANDE KORRALDUSE ANALÜÜS

Projekti number 1.5.0112.12-0084

Tellijä: EESTI VABARIIGI SOTSIAALMINISTEERIUM
Teostaja: EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA

Juuni, 2013

Analüüsi tellis Sotsiaalministeerium, vaatluse all on töövõimehindamise seosed sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekandeteenuste korraldusega.

Analüüs valmis programmi „Töövõimetuskindlustuse skeemi ettevalmistamine“ raames Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

Autorid:

Karin Hanga – Eesti Puuetega Inimeste Koja tegevjuht, Tallinna Ülikooli Sotsiaaltöö Instituudi lektor ja doktorant. Roll projektis: ekspert (rehabilitatsiooniteenuse korraldus) ja projektijuht

Hille Maas – Tartu Ülikooli Füsioteraapia ja Spordibioloogia Instituudi õppejõud, Eesti Füsioterapeutide Liidu nõukogu esimees. Roll projektis: ekspert (abivahendite vajaduse hindamine ja abivahendite teenuse korraldus).

Sirlis Sõmer-Kull – Sotsiaalministeeriumi hoolekandeosakonna juhataja (hetkel lapsehoolduspuhkusel). Roll projektis: ekspert (erihooletandeteenuste korraldus).

Gert Schultz – audiitor, Riigikontroll. Roll projektis: ekspert (mõjude hindamine).

Konsulteerisid: Dagmar Narusson, Külli Roht.

Eesti Puuetega Inimeste Koda on katusorganisatsioon, mis ühendab puuetega inimeste ühendusi ja liite üle Eesti.

EPIKoja missiooniks on kaasa aidata puuetega inimeste iseseisvaks toimetulekuks vajalike tingimuste ning võrdsete osalemisvõimaluste loomisele ühiskonnas ning olla puuetega inimeste poliitika edendamise alaseks üleriigiliseks koostöö- ning koordinatsioonioraniks.

Eesti Puuetega Inimeste Koda
Toompuiestee 10
Tallinn
www.epikoda.ee



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
THE ESTONIAN CHAMBER OF DISABLED PEOPLE



Sisukord

1. Sissejuhatus	4
1.1 Analüüsis kasutatavate mõistete selgitused.....	7
2. Ajutine töövõimekaotus ja seosed riiklike sotsiaalteenustega	9
2.1 Hetkeolukord	9
2.2 Planeeritavad muudatused	10
2.3 Ajutine töövõimekaotus ja rehabilitatsiooniteenus	11
2.4 Ajutine töövõimekaotus ja abivahendid	15
2.5 Ajutine töövõimekaotus ja erihoolekandeteenused	17
3. Püsiv töövõimekaotus ja seosed riiklike sotsiaalteenusega	20
3.1 Hetkeolukord	20
3.2 Planeeritavad muudatused	20
3.3 Püsiv töövõimekaotus ja rehabilitatsiooniteenus	24
3.4 Püsiv töövõimelangus ja tehnilised abivahendid	27
3.5 Püsiv töövõimelangus ja erihoolekandeteenused	31
4. Töövõimehindamise ja teenuste osutamise skeemid	36
4.1 One-stop shop (alternatiiv 1).....	39
4.2 Juhtumikorralduslik mudel (alternatiiv 2).....	49
4.3 Eraldatud teenuse osutamine (alternatiiv 3)	54
4.4 Alternatiivide võrdlustabel	59
5. Rakendusküsimused alternatiivi 1 korral.....	61
5.1 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 korral - rehabilitatsiooniteenus.....	61
5.2 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 puhul – abivahendid	67
5.3 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 puhul – erihoolekandeteenus	70
6. Mõjude hindamine.....	76
6.1 Taustaandmed ja mõju hindamisel arvestatud asjaolud	76
6.2 Alternatiiv 1	76
6.3 Alternatiiv 2.....	79
6.4 Alternatiiv 3.....	81
7. Kokkuvõte ja soovitused	84
8. Kasutatud kirjandus	88
9. Lisad	90
Lisa 1. Hindamismenetlus Töötukassas (töötu isik).....	90
Lisa 2. Hindamismenetlus Töötukassas (töötav isik).....	91
Lisa 3. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus	92
Lisa 4. Abivahendi-alase teenuse kirjeldus	102
Lisa 5. EPIKojas puuetega inimeste organisatsioonidele läbiviidud aruteludel tõstatatud kitsaskohad seoses töövõimetuskindlustuse reformiga	118

1. Sissejuhatus

Puudega ja püsiva töövõimekaotusega inimeste arvu suurenemine viimastel aastatel on tinginud riigi sotsiaalkaitsekulutuste kasvu ning vajaduse analüüsida puude/püsiva töövõimekaotuse tuvastamise aluseid ning erivajadusega inimeste toimetulekut toetavate meetmete pakkumist. Vajadusele korrastada püsiva töövõimekaotuse tuvastamise aluseid eesmärgiga tagada sotsiaalkaitsekulutuste jätkusuutlikkus ning abi vajavate inimeste efektiivne toetamine, on viidanud ka erinevad uuringud (Riigikontroll 2010¹, Praxis 2011²; OECD soovitused Eestile³). Samuti on läbiviidud uuringutes rõhutatud vajadust liikuda hindamissüsteemide arendamisel meditsiinilise seisundi fikseerimiselt aktiivsuse ja töötamise kesksusele, lähtudes perspektiivist, milline võiks inimese töövõime olla ning milliseid töövõimet toetavaid meetmeid tuleks pakkuda⁴; osutades võimaluse korral abi integreeritult⁵.

Eelnevast tulenevalt algatati 2012. aasta I kvartalis sotsiaalministeeriumi poolt vabariigi valitsuse heakskiidul töövõimetuskindlustuse reform, seades eesmärgiks erineval põhjusel tööturult eemale jäänud inimeste (nt tööõnnetuse, kutsehaiguse, ajutise- või pika-ajalise töövõimetuse tõttu) võimalikult kiire tagasiasitamine tööturule⁶. Planeeritakse, et peamiseks asutuseks, kes hakkab hindama isiku töövõimet, maksma töövõimetusega seotud hüvitisi ning administreerima erinevaid riiklikke töötamise toetamiseks suunatud meetmeid, saab Eesti Töötukassa.

Tööturule tagasipöördumiseks võib puudega- või töövõimekaotusega inimene vajada erinevaid meetmeid, mida tänasel päeval administreerivad erinevad osapooled - nt võib inimene vajada töötamise või töölt eemaloleku perioodil rahalist toetust ja asendussissetulekut (ajutine töövõimetuse - Haigekassa, püsiv töövõimetuse Sotsiaalkindlustusamet, töötutoetus - Töötukassa); ravimeid, ravi (sh taastusravi) ning meditsiinilisi abivahendeid (Haigekassa), riiklikest sotsiaalteenustest võivad olla vajalikud rehabilitatsioon ja erihoolekanne (Sotsiaalkindlustusamet), tehnilised abivahendid (maavalitsused) ning mitmed teenused elukohas, eeskätt transporditeenus, ligipääs üldkasutatavatele hoonetele (kohalik omavalitsus). Samuti võivad olla vajalikud meetmed haridusvaldkonnast (nt kutsenõustamine, ümberõpe, täiendkoolitused), tööturuvaldkonnast (erinevad tööturuteenused). Kuna meetmeid pakutakse erinevate osapoolte poolt, on süsteem juba tänasel päeval puudega- või püsiva töövõimekaotusega inimese jaoks keeruline, toetuste ning teenuste jaotumine asutuste vahel killustunud. Seetõttu on oluline on mõelda terviklikult läbi erinevate töötamist toetavate meetmete pakkumine ning isiku liikumine nimetatud süsteemides.

¹ "Riigi tegevus puudega inimeste ning töövõimetuspensionäride toetamisel" Riigikontrolli audit, 2010 <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2159/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

² "Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikku rahastamise võimalused" analüüsi raport, Praxis, 2011 http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jatkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf

³ "Reforming disability benefit schemes: what can Estonia learn from other European countries?" OECD, 2012

⁴ "Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon

Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis", PRAXIS, 2012, <http://www.praxis.ee/>

⁵ "Uuring „Kliendikeskne esmatasandi juhtumitöö ning juhtumikorraldus sotsiaalkaitse tervikliku koostoime tagamisel" KPMG Baltics OÜ / Justiitsministeerium, Sotsiaalministeerium

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/KPMG_lõpparuanne_5.pdf

⁶ <http://www.valitsus.ee/et/uudised/pressikonverentsid/stenogrammid/58462>

Käesolevas hankes on vaatluse all riigi poolt rahastatavate sotsiaalteenuste - rehabilitatsiooniteenuse, erihoolekandeteenuste ning tehniliste abivahendite eraldamise teenuse korraldus, seosed planeeritava töövõimehindamise sisseviimisega ning töölesaamise toetamisega.

Eesmärk on analüüsida terviseolukorrast tuleneva tegevus- ja osalusvõime⁷ ning eelkõige terviseolukorrast tuleneva töövõimelangusega tööealiste isikute liikumise protsessi seoses töövõime hindamise sisseviimisega Töötukassas – milline on isiku liikumine töövõimehindamisele ja tööturuteenustele; kas Töötukassasse pöördunud tööealistele inimestele viiakse lisaks töövõimehindamisele läbi ka rehabilitatsiooni- ja tehniliste abivahendite vajaduse hindamine; kes võiks jääda nimetatud teenuseid korraldama ning finantseerima. Seejuures on vaatluse all teenuste vajadusepõhine osutamine – st võimalusel peaksid osutatavad teenused ennetama püsiva töövõimekaotuse tekkimist (ajutise ja/või püsiva töövõimelanguse olukorras).

Eelpool nimetatud riiklike sotsiaalteenuste eesmärgiks on iseseisva toimetuleku, tegevus- ja osalusvõime arendamise kõrval töövõimelanguse ennetamine, töövõime arendamine või säilitamine – seega on nimetatud teenused osaliselt kattuvate eesmärkidega (olles olemuselt nii hoolekandelised- kui tööturumeetmed).

Puudega- ja püsiva töövõimekaotusega inimesed on ühiskonnas üheks haavatavamaks sihtgrupiks, kelle igapäevane toimetulek sõltub suures määras tänasest töövõimetuspensionist ja puudetoetusest. Kõik muudatused, mis nimetatud valdkonnas tehakse, peavad olema põhjalikult läbi kaalutud, arvestatud üleminekuaja ning pikema-ajaliste mõjudega.

Töövõimetuskindlustuse reformi saab pidada äärmiselt rakendus kriitiliseks reformiks – see tähendab, isegi kui ühiskonna ja puudega inimeste endi poolt on tajutud reformi vajalikkust ja kiidetud heaks planeeritud muudatused, sõltub reformi edukus muudatuste **tegelikust ellurakendamisest**. Et reform saaks olla edukas peavad pingutama kõik osapooled - Töötukassa peab suutma tagada pädevad spetsialistid, kes hakkavad isikute töövõimet hindama, objektiivse hindamismetoodika ja hüvitised; vajalikud on väga erinevad meetmed, mida puudega- ja püsiva töövõimekaotusega inimestele nende aktiivsuse suurendamiseks ja tööturule tagasitoomiseks pakkuda. Lisaks peavad töövõimekaotusega inimestele olema kättesaadavad piisavas mahus ravi- ja taastusraviteenused, töötervishoiuarsti teenused, et ennetada püsiva töövõimelanguse tekkimist. Täna sel päeval praktiliselt puuduvad kaitstud- ja toetatud töö võimalused puudega inimestele, mis on äärmiselt vajalikud, arvestades, et suur osa erivajadusega inimestest ei ole valmis töötama avatud tööturul. Avatud tööturul töötamiseks on vajalikud täiendavad toetus- ja motiveerimismehhanismid töandjatele, kuna tänased meetmed selleks ei ole olnud piisavad. Samuti on vaja arendada rehabilitatsiooni- ja abivahendite teenuseid ning toetada kohalike omavalitsuste suutlikkust pakkuda nende kohustuses olevaid töötamist toetavaid teenuseid (eeskätt transporditeenus, aga ka isikliku abistaja või tugiisiku teenus erivajadusega inimestele; hooldusteenused, et vabastada hoolduskoormusest tööealised inimesed, kes hooldavad puudega pereliiget). Puuetega inimeste organisatsioonid saavad olla partneriks ja panustada omalt poolt puude-spetsiifiliste nõustamisteenustega, inimeste aktiveerimisega ja motiveerimisega (sarnase-toetuse põhimõttel, miks mitte töötades Töötukassas), kuid ka nemad vajavad tegutsemiseks stabiilseid tegutsemis- ja rahastamistingimusi.

Analüüsi teostas Eesti Puuetega Inimeste Koda, kaasates töögruppi järgmised eksperdid: Karin Hanga, Hille Maas, Sirlis Sõmer-Kull. Protsessiskeemid koostas ning muudatustega

⁷ Vt töös kasutatavad mõisted

Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekande korralduse analüüs, 2013

kaasnevaid mõjusid hindas Gert Schultz. Töögrupp konsulteerisid Dagmar Narusson ja Külli Roht. Projektijuht Karin Hanga.

Analüüsi läbiviimiseks toimusid arutelud nii puuetega inimeste organisatsioonidega (19.04; 08.05, vt lisa 5 tõstatatud ettepanekud), Sotsiaalministeeriumi, Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa esindajatega (25.03. 26.04); tehniliste abivahenditeenuse osutajatega (12.04, 10.05, 12.06) ning kirjalikud konsultatsioonid erinevate osapooltega.

Antud analüüs valmis programmi „Töövõimetuskindlustuse skeemi ettevalmistamine“ raames Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

1.1 Analüüsis kasutatavate mõistete selgitused

Keha funktsioonid on organsüsteemide füsioloogilised funktsioonid. Keha ehk organismi funktsioonid jaotatakse vaimsed, sensoorsed, hääle- ja kõne-, kardiovaskulaarse, hematoloogilise, immunoloogilise ja respiratoorse süsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi, urogenitaalsed ja reproduktiivsed funktsioonid, närvide, lihaste, luustiku, liikumisega seotud funktsioonid, naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid. (WHO, ICF 2001, RFK 2004)

Keha struktuurid on keha anatoomilised osad nagu organid, jäsemed ja nende komponendid. Keha ehk organismi struktuuride alla kuuluvad närvisüsteemi struktuurid, silm, kõrv, hääl, kõne ja nendega seotud struktuurid, südame ja veresoonkonna, immuun- ja hingamissüsteemi struktuurid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemiga, urogenitaal- ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid, nahk ja nahaga seotud struktuurid. (WHO, ICF 2001, RFK 2004)

Keha funktsioonide ja struktuuride eristamine - **funktsioonide** alla kuulub näiteks selline põhiline taju nagu „**nägemisfunktsioon**“, selle **struktuuriline** korrelaat on „**silm** ja sellega seotud struktuurid“. (RFK 2004)

Terviseolukord on keha anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise funktsiooni või struktuuri kõrvalekalle või puudumine/ kaotus. (WHO 2002). Mõiste terviseolukord on tähenduselt neutraalne (st ei rõhuta negatiivseid aspekte) ja universaalne (st on kasutatav kõigi inimeste puhul ja ei rõhuta erisusi „füüsilise“ ja „psüühilise“ seisundi vahel). Mõiste hõlmab kõiki keha funktsioonide ja struktuuride kõrvalekaldeid, mis omakorda võivad põhjustada inimestel võimete langust.

Tegevusvõime – tegevuste sooritamine indiviidi poolt.

Tegutsemine – inimese poolt läbiviidavad toimingud või tegevused. (RFK, 2005)

Tegutsemispiirangud (activity limitations) on raskused, mida inimene võib kogeda igapäevaelu situatsioonides tegevuste läbiviimise ajal. (WHO, ICF 2001, RFK 2005)

Osalusvõime – inimese kaasatus elulistesse situatsioonidesse ja inimese võime osaleda elulistes situatsioonides.

Osalus – inimese kaasatus elulisse situatsiooni. (RFK, 2005)

Osaluspiirangud on probleemid, mida inimene võib kogeda seoses igapäevaelu situatsioonidesse kaasatuse või olulistest sotsiaalsetest tegevustest kõrvalejäämisega. (WHO, ICF 2001, RFK 2005) Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK) 2005.

Personaalsed faktorid (tegurid) – Taustategurid, mis hõlmavad inimese igapäevaelu tausta ning koosnevad nendest erijoontest, mis ei kuulu tervise olukorra alla. Siia kuuluvad vanus, sugu, haridustase, kogemused, isikuomadused ja iseloom, võimed, muud tervisega seotud olukorrad, sportlik eluviis, harjumused, kasvatus, toimetulekuviisid, sotsiaalne taust, elukutse ning eelnevad ja praegused läbielamised. (WHO-DAS II, Tervise ja puude mõõtmine, juhend)

Sooritus – tegevusvõime tase, mida indiviid oma hetke jõuvarudega ning tegelikus keskkonnas teeb. Kuna tegelik ümbrus hõlmab ka sotsiaalset tausta, võib sooritust mõista ka kui inimeste “elulises situatsioonis olemist” või “elukogemust” nende reaalses elukeskkonnas.

Suutlikkus – indiviidi võime ülesannet täita või tegevust sooritada. Suutlikkuse eesmärk on näidata kõrgeimat võimalikku talitlustasandit, milleni isik võib selles valdkonnas sel momendil jõuda. Et indiviidi kogu potentsiaalset võimekust hinnata, peaks olema vastavat funktsioonihäiret toetav/ kompenseeriv abivahend või kohandatud keskkond, et neutraliseerida struktuuri- ja funktsioonihäirest tulenevat negatiivset mõju isiku töö- ja tegevusvõimele. Suutlikkus kajastab abivahendi alase teenuse kontekstis isiku võimekust abivahendi abil teostada tegevusi, mis osaliselt või täielikult on ilma abivahendita pärsitud.

Rehabilitatsioon (laiemas käsitluses) on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese võimalikult suure iseseisvuse saavutamine, sotsiaalse osaluse, kaasatuse ja rahulolu suurendamine.

(International Encyclopedia of Rehabilitation

<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/#s6>)

Rehabilitatsiooniteenus – sotsiaalhoolekande seaduse alusel reguleeritud riiklik sotsiaalteenus, mis on aktiivne, kindla alguse ja lõpuga protsess, mille käigus hinnatakse inimese ressursse ja vajadusi, seatakse eesmärk muutuseks inimese elus, planeeritakse tegevused/teenused (terviklikult), viiakse sekkumised läbi, hinnatakse eesmärgi saavutamist, vajadusel korrigeeritakse.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamine – isiku terviseolukorrast põhjustatud tegevus- ja osalusvõime piirangute ja olemasolevate ressursside hindamisele tuginedes isiku rehabilitatsioonivajaduse väljaselgitamine ja vajadusel tema seostamine rehabilitatsiooni- ja/või sotsiaalkaitsemeetmetega.

Seostamine on protsess, mis tähendab kliendi kokkuviiimist temale vajaliku teenuse/meetmega. Sõltuvalt kliendist, võib selleks olla vajalik meetme või teenuse osutajaga kontaktivõtmine, kontaktide vahendamine, informatsiooni edastamine kliendi vajaduste kohta, konkreetse aja kokkuleppimine, korraldamine või veendumine, et klient saab minna kokkulepitud teenusele.

2. Ajutine töövõimekaotus ja seosed riiklike sotsiaalteenustega

Töövõimetuskindlustuse reformi üks eesmärkidest on toetada tööealiste inimeste tööhõives püsimist, ennetada tööturult eemalejäämist ja püsiva töövõimekaotuse tekkimist. Selleks planeeritakse viia sisse muudatused ka ajutise töövõimekaotusega inimeste toetamiseks perioodil, mil nad haiguse, vigastuse vm põhjuse tõttu viibivad ajutiselt haiguslehel.

Tänapäeval ei võimalda kehtiv regulatsioon rehabilitatsiooniteenust, tehniliste abivahendite eraldamise teenust või erihoolekandeteenuseid osutada nõuendavate meetmetena (nt rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendite teenuse puhul nõutav puude raskusaste, püsiv töövõimekaotus). Selleks, et paremini mõista rehabilitatsiooniteenusega, abivahenditega või erihoolekandeteenustega seostumist ajutise töövõimekaotuse perioodil, annab käesolev peatükk esmalt lühikese ülevaate hetkeolukorrast, kuidas inimesi on võimalik haigusest või vigastusest tingitud ajutise töövõimetuse perioodil toetada ning milliseid muudatusi ministeeriumi poolt planeeritakse. Seejärel toome alapeatükkides välja võimalused seostumiseks hanke objektiks olevate riiklike sotsiaalteenusega.

Kuigi määrav roll inimese tervise taastumisel ajutise töövõimetuse perioodil on tervishoiuteenustel, võivad teatud juhtudel olla vajalikud ka (sotsiaalne) rehabilitatsiooniteenus, abivahendid ning erihoolekanne.

2.1 Hetkeolukord

Kehtiva seadusandluse alusel reguleerib tööealise isiku ajutise töövõimekaotuse tuvastamist ning sellega seotud hüvitiste maksmist ravikindlustuse seadus ning korraldab Eesti Haigekassa. Haigekassa korraldab ka tervishoiuteenuste rahastamist ning meditsiiniseadmetega (meditsiinilised abivahendid) varustamist.

Ajutise töövõimekaotuse põhjused võivad olla erinevad, nt kindlustatud isiku haigestumine, ajutine töölt eemalviibimine sünnituse, pereliikme hoolduse või lapsendamise korral. Käesolevas analüüsis on põgusalt vaatluse tööealise inimese **haigestumisest** tingitud ajutine töövõimetuse ning selle seosed rehabilitatsiooni, abivahendite ning erihoolekandega.

Ajutise töövõimetuse korral (haigus, vigastus, trauma jm) väljastab perearst või eriarst töötavale inimesele töövõimetulehe, mis vabastab inimese töö- ja teenistuskohustuste täitmisest. Tõise sissetuleku puudumist kompenseerib haigushüvitis, mida makstakse haigestumise 4.päevast kuni 8.päevani tööandja poolt ning alates 9.päevast Haigekassa poolt. Hüvitise määr on 70% töötaja keskmisest töötasust. Kutsehaigestumise, tööõnnetuse, kuritöö tõkestamisel või riigi huvide kaitsmisel saadud vigastuse korral maksab hüvitist vaid haigekassa, tehes seda töövabastuse teisest päevast 100%-lise määraga⁸.

Kui ravikindlustatud tööealine inimene on olnud haige kauem kui 120 kalendripäeva, tuleb raviarstil hüvitise maksmise pikendamiseks või püsiva töövõimetuse otsuse tegemiseks saada arstliku ekspertiisi komisjoni otsus (Sotsiaalkindlustusamet). Ekspertiisi vastava otsuse korral on inimesel õigus haigushüvitist saada kuni 182 järjestikust kalendripäeva ning kokku kuni 250 kalendripäeva kalendriaastas. Kui arstlik ekspertiisikomisjon tuvastab juba püsiva töövõimekaotuse ning see on suurem kui 40%, hakkab inimesele hüvitist (töövõimetuspension) maksuma juba Sotsiaalkindlustusamet.

Töövõimetuspensionit saava töötava tööealise inimese haigushüvitise maksmisel on erisus: töövõimetuspension saaval inimesel, kes on haiguslehel haiguse või vigastuse tõttu, mille

⁸ Ravikindlustuse seadus, 5. jagu, rahalised hüvitised <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122012011#para25>

pärast määrati talle töövõimetuspension, on õigus saada Haigekassalt haigushüvitist ühe haiguse korral järjest kuni 60 kalendripäeva eest ja kokku kalendriaastas kuni 90 kalendripäeva eest⁹.

Kehtiva seadusandluse kohaselt **ei tohi** töötav inimene haiguslehel olles samaaegselt saada töist tulu. See võib omakorda soodustada nende inimeste passiivsust, kes viibivad haiguslehel sageli või pikka aega, kuigi terviseseisundist tulenevalt võiksid juba täita (osalises mahus või muutunud iseloomuga) kergemaid töökohustusi.

2.2 Planeeritavad muudatused

Reformiga on kavandatud erinevaid tegevusi ajutiselt töövõimete inimeste tööturult eemalviibimise ennetamiseks ja lühendamiseks¹⁰ (näiteks kohandada Eesti oludele soovituslikud juhendmaterjalid perearstidele/eriarstidele haiguslehtede väljastamise pikkuse kohta) ning inimeste aktiivsuse suurendamiseks töötada välja perearsti, eriarsti või töötervishoiuarsti poolset soovitusi, kuidas haiguslehel olles saaks inimene jätkata töötamist temale sobival viisil. Täna suurem vastutus töötajate tervise hoidmise ja arendamise eest loodetakse panna tööandjatele, arendada töötervishoidu ning kaasata erakindlustus.

Kavandatav protsess,

Inimese liikumine ja toetamine ajutise töövõimekaotuse ajal:

- Isik pöördub haigestumise korral oma perearsti/eriarsti¹¹ poole, kes hindab isiku terviseolukorrast põhjustatud tegevusvõime piiranguid ja tööga seotud muudatuste tegemise vajadust. Perearst/eriarst väljastab digitaalse töövõimetuslehe, mis on kättesaadav tööandjale ja hüvitist maksvale asutusele (Haigekassa või Töötukassa).
- Arst soovitab isikule ja tööandjale meetmeid, mida võiks rakendada ajutise töövõimelanguse ajal (mil isik on haiguslehel). Valitavate meetmete eesmärk on hoida isiku aktiivsust ja seotust tööhõivega. Valitavad meetmed¹² on nt muutused töökorralduses: osaline tööaeg, paindlik tööaeg, töögraafiku muutmine, töökoormuse ja/ või tööülesannete (kohustuste) vähendamine/ muutmine, kaugtöö meetodite kasutamine; muutused tööttingimustes: töökoha kohandamine, abivahendite kasutusele võtmine; töötamist toetavate tervishoiuteenuste kasutamine.
- Meetmete rakendamine on tööandjale teatud mahus kohustuslik, tööandja võib taotleda abi meetmete rakendamiseks Töötukassast (nt abi töökoha kohandamisel, abivahend töötamiseks jm), samuti tehakse koostööd töötervishoiuarstiga.
- Töötatakse välja hüvitise liik, mis arvestab asjaoluga, et inimene töötab osalise koormusega, töövõimelangusest tingitud sissetuleku vähenemine kompenseeritakse Haigekassast (tulevikus Töötukassast).

Eelpool toodust lähtub, et seoses töövõimetuskindlustuse reformiga tõuseb perearstide/eriarstide töökoormus, lisanduvad täiendavad (täpsustatud) kohustused, et toetada

⁹ Ravikindlustuse seadus, paragr 57.

¹⁰ Sotsiaalministeeriumi informatsioon, 27.12.2013; 26.02.2013

¹¹ sarnased soovitusel võib inimesele anda ka töötervishoiuarst. Töötervishoiuarst hindab isikut, tema töökohta ja töö iseloomu ning annab tööandjale hinnangu isiku töövõime tagamise tingimuste kohta. Töötervishoiuarst annab soovitusel, millistel tingimustel on isikul töötamine võimalik ja milliseid meetmeid tööandja peab selleks tegema.

¹² Meetmete soovitamiseks on vajalik koostöös Eesti Perearstide Seltsiga töötada välja juhendmaterjalid, viia läbi vajalik teavitust jm.

tööealiste inimeste aktiivsust ning tagasipöördumist tööturule – lisaks tervise seisundi hindamisele fikseerib perearst/eriarst terviseinfosüsteemis ning digitaalsel töövõimetuslehel ka soovitud, millistel tingimustel saab isik töötamist jätkata. Samuti saab perearst/eriarst fikseerida omapoolsed soovitud, kui isik vajab abivahendeid (tänane töend abivahendivajaduse osas, täpsustatud kujul). Uue kohustusena võiks perearst/raviarst anda hinnangu isiku struktuuri- või funktsioonihäire raskusele, mis on vajalik rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamiseks (kirjeldatud täpsemalt peatükis 5.1, rubriik protsess, terviseinfo). Kogu perearstilt/eriarstilt terviseinfosüsteemi kaudu saadavate andmete koosseis vajab terviklikku läbimõtet (puude raskusastme, töövõime, abivahendi, rehabilitatsiooni jm vajaduse hindamiseks vajalik info), et kogutav informatsioon oleks asjakohane ja kasutatav mitmel eesmärgil.

2.3 Ajutine töövõimekaotus ja rehabilitatsiooniteenus

Sotsiaalministeeriumi hange nägi ühe ülesandena ette analüüsida, kuidas võiks toimuda ajutise töövõimekaotusega inimese suunamine rehabilitatsiooniteenusele, st käsitleda rehabilitatsiooniteenust püsiva töövõimekaotuse ning puude tekkimise ennetava meetmena. Ennekõike on töösuhtes olevale ajutise töövõimekaotusega inimesele vajalik piisavas mahus ning õigeaegne ravi (perearsti ja eriarsti teenused, sealjuures on äärmiselt oluline taastusravi), kuid teatud juhtudel võib olla vajalik ka (sotsiaalne) rehabilitatsioon.

Rehabilitatsioon ja taastusravi

Sageli põhjustab probleeme arusaamine, mida tähendab ja kust jookseb piir meditsiinilise taastusravi (finantseerib Haigekassa) ja sotsiaalse rehabilitatsiooni (finantseerib Sotsiaalkindlustusamet) vahel.

Rehabilitatsiooni¹³ all mõistetakse inimese tegevusvõime ja osalusvõime arendamise kompleksset protsessi, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese **sotsiaalse osaluse suurendamine ühiskonnas**. Rehabilitatsioon jaguneb meditsiiniliseks rehabilitatsiooniks ehk taastusraviks ja sotsiaalseks rehabilitatsiooniks.

Taastusravi on tervishoiuteenus, selle eesmärk on inimese terviseolukorra, suutlikkuse ning soorituse parandamine nii palju kui võimalik (st tegeletakse terviseolukorraga). Taastusravi on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele, tegu on töövõimet või toimetulekut toetava raviga¹⁴. Ambulatoorsele või statsionaarsele taastusravile suunatakse perearsti või eriarsti poolt kindlate meditsiiniliste näidustuste korral ja funktsioonihäire raskuse alusel. Intensiivse taastusravi puhul on fikseeritud terviseprobleemi tekkimise algusaeg (kuni 6 kuud haiguse algusest) ning ravi on piiratud konkreetsete päevade arvu või kordadega.

Taastusravivõrgu arengukava (aastani 2015) toob välja, et taastusravi kättesaadavus on ebarahuldav, olles tingitud nii rahastuse ebapiisavusest, patsientidele üle jõu käivast omaosalusest, pikkadest järjekordadest kui ka liigselt piiravatest ning ebaefektiivsetest korralduslikest alustest taastusraviteenuse osutamist reguleerivas seadusandluses. Arvestades töövõimetuskindlustuse eesmärke on kindlasti vaja astuda samme taastusravi õigeaegse ja piisava kättesaadavuse parandamiseks.

¹³ International Encyclopedia of Rehabilitation <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/#s6>;

¹⁴ Eesti Haigekassa kodulehekülj, www.haigekassa.ee

Sotsiaalne rehabilitatsioon¹⁵ on sotsiaalteenus ja selle eesmärk on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamine 4 eluvaldkonnas, milleks on elamine, õppimine, töötamine, sotsiaalne funktsioneerimine ning lisaks inimese tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine. Selleks, et tegevus- ja osalusvõime piirangutega inimene saaks siseneda tööturule ning teha tööd, on vaja eelnevalt tegeleda terviseseisundi stabiliseerimise ja parandamisega, seejärel arendada inimese võimalikult iseseisvat toimetulekut (ehk tegevusvõimet), et inimene tuleks võimalikult hästi ise toime, vähendada pereliikmete hoolduskoormust, tegeleda psühholoogilise toetuse pakkumisega, arendada toimetulekut koduses ja lähimas keskkonnas väljaspool elukohta. Ka tänases rehabilitatsiooniteenuse korralduses on erinevaid probleeme, millest tingituna ei ole teenus piisavalt kättesaadav ning ei täida talle seaduses pandud eesmärke (mh puudega inimese töölesaamise toetamine.)

Vajab täiendavat diskussiooni, kuidas tõhustada taastusravi ja sotsiaalse rehabilitatsiooni vahelist koostööd, et vältida osalist dubleerimist, mis süsteemides täna on. Nii taastusravis kui rehabilitatsioonis on tunnustatud meeskonnapõhine lähenemine kliendile (meeskonnas sarnase ettevalmistusega spetsialistid), mõlemas süsteemis peaks olema vaatluse all patsient/klient kui tervik tema elukeskkonnas. Siiski on mõlemal teenusel on oma selged ja erinevad eesmärgid, mis tuleb seada lähtudes igast konkreetsest inimesest; planeeritud meetmed peavad teineteist toetama, mitte omavahel konkureerima; taastusravi piiratud kättesaadavust ei saa kompenseerida sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kaudu.

Rehabilitatsiooniteenusele suunamise võimalused ajutise töövõimekaotuse perioodil

Kehtiv seadusandlus rehabilitatsiooniteenust ennetava meetmena pakkuda ei võimalda. Vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele peab rehabilitatsiooniteenuse taotlemiseks olema inimesel tuvastatud puude raskusaste või püsiv töövõimekaotus (psüühikahäirega inimeste puhul). Kaaluda saab 2 võimalust, kuidas ajutise töövõimekaotusega inimest seostada rehabilitatsiooniteenusega:

1. koostöös taastusravimeeskondadega (st sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse vajadust hinnatakse taastusravi käigus). Tõenduspõhises taastusravis kasutatakse erinevaid mõõdikuid ja hindamissüsteeme, nt Functional Independence Measurement (FIM), mis hindab isiku olukorda ja edasiminekut taastusravis. Võib kaaluda rehabilitatsioonivajaduse hindamise läbiviimist taastusravi järgselt, kuid erinevate taastusravis kasutatavate hindamisinstrumentide ülesehitust on vaja täiendavalt analüüsida, et kindlalt väita nende sobivust ka sotsiaalse rehabilitatsiooni vajaduse väljaselgitamiseks. Rehabilitatsioonivajadust võivad näha ka teised tervishoiuspetsialistid (nt kindlate diagnooside, progresseeruvate haiguste puhul, mille puhul võib eeldada rehabilitatsiooni vajadust), kuid silmas peab pidama, et rehabilitatsiooniteenusele suunamine peab tuginema ühtsetele meetodilistele põhimõtetele ja hindamine peab olema pädev/erapooletu.
2. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooniprogrammi pakkumine enne töövõimehindamist (st rehabilitatsioon ennetava meetmena nt Töötukassas).

Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnas on väljatöötatud sotsiaalhoolekande seaduse eelnõu, mis jõustumise korral muudaks rehabilitatsiooniteenusele suunamise korda. Seadusemuudatuste ellurakendumisel muutub tänane rehabilitatsiooniteenusele suunamise

¹⁵ International Encyclopedia of Rehabilitation <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/#s6>;

protsess (mis tugineb peamiselt puudega inimese **õigusel saada teenust**) **vajadusepõhiseks**, st teenusele suunamisele eelneb nõ eelhindamine (ehk rehabilitatsioonivajaduse hindamine spetsialisti poolt). Täisealine inimene suunatakse rehabilitatsiooniteenusele vaid sellisel juhul, kui spetsialist on tuvastanud teenuse vajaduse. Seejuures ei pea seadma tingimuseks, et inimesel on juba tuvastatud puude raskusaste või püsiv töövõimekaotus¹⁶, vaid suunamise aluseks on tegevusvõime langus, isiku vajadused, eesmärgid ning rehabilitatsiooniteenuse võimalused pakkuda vastavat abi.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise (nn eelhindamise) viib intervjuu vormis läbi pädev spetsialist (eelnoõ kohaselt SKA-sse palgatav töötaja), kes tuginedes isiku tegevus- ja osalusvõime hindamisele langetab kaalutlusotsuse teenusele suunamise/mittesuunamise kohta. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses toimuva rehabilitatsiooniteenuse alase arendusprojekti “Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine” 2010 - 2011, 2012 - 2013 raames on välja töötatud soovituslik RFK-l põhinev rehabilitatsioonivajaduse hindamise vahend (sisaldab Maaailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt väljatöötatud Puude hindamise küsimustikku, WHO Disability Assessment Schedule 2.0), kirjeldatud on rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse protsess ning arvutatud välja teenuse maksumus.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrument sisaldab nii inimese taustandmeid, informatsiooni hariduse ja senise tegevuse kohta tööhõives, peamisi abistajaid, senini osutatud abimeetmeid ning isiku ja spetsialisti koostöös rehabilitatsioonile seatavaid esmaseid eesmärgid rehabilitatsioonis. Üheks osaks rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrumendist on nimetatud WHO DAS 2.0 küsimustik, mida võib vaadelda **ühena võimalikest standardiseeritud küsimustikest**, et selgitada välja isiku toimetulekuraskuseid erinevates eluvaldkondades (mille lahendamine on võimalik rehabilitatsiooni abil). Sarnaseid standardiseeritud hindamisvahendeid on vajalik Eesti oludele kohandada ka edaspidi, arvestades näiteks puudespetsiifilisi aspekte (nägemispuue, intellektipuud, psüühikahäire vm).

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus on lisatud käesoleva töö lisse, instrument ise edastatud Sotsiaalministeeriumile. Väljatöötatud teenuse kirjeldusele on võimalik tugineda nii Sotsiaalkindlustusametis kui Töötukassas, sõltuvalt sellest, kes jääb edaspidi tööalaseid isikuid rehabilitatsiooniteenusele suunama. **Töögrupi peamine soovitus on edasistes arendustöodes tugineda nimetatud teenuse kirjeldusele ning soovituslikule hindamisvahendile.**

Kokkuvõtteks:

Vajab täiendavad analüüsi, kuidas korraldada üleminek tervishoiuteenuselt sotsiaalsele rehabilitatsioonile, nii et see oleks sujuv ja tugineks inimese vajadustele (mitte ei oleks tegu ühest süsteemist teise suunamisega finantside puudumise tõttu). Rehabilitatsiooniteenusele suunamine peab samuti tuginema isiku vajadustele ja tema olukorra hindamisele – inimese tegevus- ja osalusvõime piirangud võimaldab välja selgitada näiteks eelpool selgitatud rehabilitatsioonivajaduse hindamine; aga kaaluda võib ka tuginemist taastusravis läbiviidavatele hindamistulemustele. Erinevate hindamisinstrumentide ülesehitust on vaja siiski täiendavalt analüüsida, et kindlalt väita nende sobivust ka sotsiaalse rehabilitatsiooni

¹⁶ väljatöötatud SHS eelnoõus on siiski lähtunud puude raskusastme olemasolust. Kui TK kaudu rakendub töövõimehindamine ning see sisaldab ka rehabilitatsioonivajaduse hindamist ja isikul tuvastatakse rehabilitatsiooni vajadus, siis ei ole mõistlik nõuda isikult ka puude raskusastme olemasolu. Analüüsi teostanud meeskonna hinnangul peaks puude raskusastme nõudest tulevikus loobuma ja rehabilitatsioonile suunatakse vastavalt hinnatud vajadustele, sh puude tekkimise ennetamiseks.

vajaduse väljaselgitamiseks. Oluline on, et hindamisvahendid põhineksid Rahvusvahelisel Funktsioneerimise Klassifikatsioonil, mida Maailma Terviseorganisatsioon soovib kasutada rehabilitatsiooni valdkonnas.

Soovitame, et ajutise töövõimetuse perioodil (4-6 kuu jooksul haigestumise järgselt), viiakse rehabilitatsioonivajaduse hindamine läbi ühe võimaliku meetmena, mida inimene võib vajada iseseisva toimetuleku arendamiseks, tööturule tagasipöördumiseks jm. Siinjuures ei pea ootama niikaua, kuni inimesel on väljakujunenud ja määratud puude raskusaste.

Üldjuhul peaks rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine toimuma **sõltumatus asutuses (nt TK või SKA)**, kes jääb korraldama ja finantseerima rehabilitatsiooniteenuseid tööealistele inimestele (tagamaks erapooletust, teenusele suunamist ühetaolistel alusel ning vältimaks huvidekonflikti).

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise protsess seostatuna töövõimehindamisega on kirjeldatud lähemalt alternatiivides 1, 2 ja 3 (peatükk 4).

2.4 Ajutine töövõimekaotus ja abivahendid

Ajutise töövõimetuse perioodil võib tekkida isiku esmane kokkupuude meditsiiniliste abivahenditega (meditsiiniseadmed) ning ka sotsiaalsüsteemi kaudu korraldatud tehniliste abivahenditega.

Meditsiinilised abivahendid ehk meditsiiniseadmed

Meditsiinilised abivahendid on isikutele kättesaadavad ajutise töövõimetuse perioodil. Abivahendi rahastamist läbi Eesti Haigekassa reguleerib Meditsiiniseadme seadus (RT I 2004, 75, 520), mis tugineb omakorda Ravikindlustuse seaduse § 48-le (RT I 2002, 62, 377). Meditsiiniseadme seaduse § 3 põhjal võib meditsiiniseade olla instrument, aparaat, seade, tarkvara, materjal või muu toode, mida kasutatakse haiguste/vigastuste/puude diagnoosimiseks, ärahoidmiseks, jälgimiseks, ravimiseks või leevendamiseks jne. Eesmärgiks on hüvitada kindlustatud isikutele meditsiiniseadmete loetelus olevaid meditsiiniseadmeid, mille abil on võimalik ravida haigusi/vigastusi, või mille kasutamine hoiab ära haiguse süvenemise. Vajalik on kinnitus raviarstilt (RT I 2004, 75, 520).

Meditsiiniseadmete loetelu, nende piirhinnad, ettenähtud kogused ja tasumise tingimused on toodud sotsiaalministri 15.12.2011 määruses nr 60 "Eesti Haigekassa meditsiiniseadmete loetelu ja meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadme eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord". Meditsiiniseadmete loetelu muudatused kinnitati 2012.aastal ning jõustusid 2013. aastal – teostati määruse muudatus ning alates 1. oktoobrist 2012.aastast enam paberil meditsiiniseadme kaardid ei kehti. Digitaalse meditsiiniseadme kaardi rakendamine on patsiendi jaoks muutnud meditsiiniseadme soetamise protseduuriliselt kergemaks, arstidele kaasa toonud täiendava kohustuse, millist funktsiooni alati ei pruugita osata teostada ning seeläbi võib kannatajaks jääda abivahendit vajav isik.

Sihtgrupp

- Ajutine töövõime kaotus kuni 4 kuud
- Alanev töövõimekaotus 4-6 kuud, positiivse dünaamikaga töö- ja tegevusvõimes

Lahendusi vajavad küsimused:

1. Probleemne on meditsiiniseadme kaardi kasutamine meditsiiniseadmete valmistajatele ja müüjatele, kuna digitaalsel meditsiiniseadme retseptil puudub informatsioon seadme või vahendi tehniliste tootekriteeriumite kohta (ei kasutata ISO klassifikaatori alast liigitust) ning samuti ka patsiendi funktsioonihäire (RFK liigitus) või meditsiinilise diagnoosi kohta (RHK-10). Sellises vormis retsept muudab seadme soovitamise ja määramise väga ebakindlaks, kergesti tekib olukord, kus patsient ei tea, mida ta vajab ning seadme müüja või valmistaja ei oska adekvaatset toodet soovitada.
2. Segadust tekitab asjaolu, et ei määraval ega soovitajal ei lasu kohustust teostada järeelvalvet seadme või vahendi mõjususe (efektiivsuse) üle. Seega, kui ajutise töövõimekaotusega inimesele on määratud tervenemist/ taastumist toetav abivahend, ei ole see integreeritud töötervishoiuarstide poolt soovitatud nn. etapiviisilise tööle naasmise kavaga, puudub kontroll seadme tulemuslikkuse üle isiku töö- ja tegevusvõime paranemise üle seadme abil.

Töögrupi soovitus, kuidas võiks meditsiinilise abivahendi taotlemine toimuda:

Abivahendi määrab ajutise töövõimekaotusega isiku perearst või eriarst RFK klassifikaatori ning ISO 9999 klassifikaatori koodidega varustatud retseptiga. Isik pöörduv abivahendite müügi ja rendiga tegelevasse ettevõttesse (nimekiri Eesti Haigekassa kodulehel), kust talle väljastatakse vastav abivahend. Abivahendi vajaduse möödumisel tagastab isik abivahendi rendilepingu korral samasse ettevõttesse, müügi korral jääb abivahend isikule. Meditsiinilise abivahendi riikliku ja omaosaluse määr kehtestatakse Eesti Haigekassa poolt. Ajutise töövõimetuse püsimise (üle 6 kuu) ning püsivaks töövõimetuseks üle minemise korral pöörduv isik Töötukassasse, kus töötervishoiuarst vajadusel suunab isiku abivahendi alasele teenusele (hindamisele, kohandamisele, proovimisele).

Soovitused:

1. Soovitame võtta kasutusele ajutise töövõimekaotuse puhul meditsiiniseadme määramisel ISO klassifikaatori alase liigituse digitaalsel meditsiiniseadme retseptil, mis muudaks oluliselt paremaks seadme soetamise kvaliteedi ja hõlbustaks määramist.
2. Soovitame Eesti Haigekassal vaadata kriitilise pilguga üle meditsiiniseadmete loetelu ning lähtuda loetelu täiendamisel töövõimetust põhjustanud haiguste ravi eesmärkidest. Praegu korvatavatest abivahenditest on enamus krooniliste haiguste alaägedana hoidmise vahendid (toomid, glükomeetri ribad jne.). Kuid arvestades asjaolu, et suurim osa tööealise inimese töövõimetuspõhjustest moodustavad tööst tulenevad tugiliikumiselundkonna spetsiifilised vaevused, peaks korvatavate seadmete hulgas olema ka ajutise töövõimetuse perioodil mitmeid igapäevaste olmetegevuste sooritamiseks mõeldud abivahendeid (söögi valmistamise abivahendid, riietumise abivahendid) kui ajutise liikumisvõimetuse korral liikumisvõimet toetavad vahendid (kõndimisraamid, kargud, manuaalne ratastool).
3. Koostöös töötervishoiuarstidega peaks tööealise ajutise töövõimekaotusega inimese abivahendi eraldamise seostama tööle naasmise kavaga, mis tähendab, et hinnatakse isiku tööalast tegevust ning analüüsitakse, kas isik vajab ajutiselt kergemat või osaajaga tööd või on ta võimeline taastumisperioodi järgselt ja abivahendite toel jätkama samal ametikohal eelnenud töökoormusega. Näiteks karpaalkanali sündroomi postoperatiivsel taastusravil ei peaks patsiendile määrama üksnes randmeliigeste ortoosi, vaid ka koostama tööle naasmise tegevuskava töötervishoiuarsti poolt, kus ühe meetmena on küll tegevusvõimet toetavad abivahendid, kuid teise ja mitte vähemtähtsana toetava meetmena on töökoha riskianalüüs (tööliigutused, -asendid ja – keskkond).
4. Ajutise töövõimekaotusega isiku töövõimetuse jätkumisel ning suunamisel Töötukassa juhtumikorraldaja poole, on vajalik koostada üleminekuskeem ehk mil moel pääseb TK juhtumikorraldaja ja püsivat töövõimetust hindama hakkav arst ligi informatsioonile, mis puudutab ajutise haiguse ja terviseseisundi kulgu ning eelnevalt soetatud/ kompenseeritud abivahendeid.
5. Määratleda ajutise töövõimetuse periood ajaliselt ning Eesti Haigekassa ja Töötukassa informatsioonivahetuse hulk ja viisid, tagades informatsiooni elektroonse edastamise ja kättesaadavuse vajalike asutuste vahel (TK; SKA).
6. Juhul, kui raviarsti hinnangul on ajutise töövõimetuse perioodil tegemist nn. kohe prognoositavalt pikaajalise kroonilise töövõimekaotusega ning erivajadusega (nt. selja- ja peaaajakahjustused), kaasaks raviarst juba haiglaravi perioodil abivahendi spetsialisti, kes abivahendi alase teenust osutades hindab isiku abivahendite vajadust pikaajalisest perspektiivist lähtuvalt ja annaks soovitusel Töötukassa juhtumikorraldajale¹⁷¹⁸. Abivahendi alane teenus on kirjeldatud Lisas 4.

¹⁷ hetkel rahastab ajutise töövõimetuse perioodil abivahendeid Haigekassa. Samas on töövõimetuskindlustuse reformiga planeeritud, et toetada tööealseid inimesi ka ajutise töövõimekaotuse perioodil erinevate meetmetega

2.5 Ajutine töövõimekaotus ja erihoolekandeteenused

Erihoolekandeteenused jagunevad oma olemuselt kaheks: tavapärasel elukeskkonnas toimetulekut toetavad teenused (igapäevaelu toetamine, töötamise toetamine, toetatud elamine) ja ööpäevaringse hoolduse teenused (ööpäevaringne hooldus (ÖH); ÖH sügava liitpuudega isikutele, ebastabiilse remissiooniga ja kohtumääruse alusel suunatud isikutele). Kogukonnas elamise teenust võib pidada vaheetapiks ööpäevaringse hoolduse ja tavapärasel elukeskkonnas toimetulekut toetavate teenuste vahel. Tavapärasel elukeskkonnas toimetulekut toetavad teenused sisaldavad ka preventiivset iseloomu, ennetades isiku toimetulekuraskuste süvenemist ja ööpäevaringsele hooldusele suunamist.

Igapäevaelu toetamise teenus on oma olemuselt kõige kiiremini ja kergemini ligipääsetav teenus inimese haigestumisel. Näiteks juba ravi ajal on inimesel võimalus liituda igapäevaelu toetamise teenusega. Teenus aitab hoida inimest aktiivsena ning säilitada või koheselt alustada tema igapäevaelu toimetulekuoskuste taastamist. Sellest tulenevalt on teenusele ka ainult kaks kriteeriumit: isikul peab olema raske, sügav või püsiva kuluga psüühikahäire, mida diagnoosib eriarst (psühhiaater)¹⁹.

Isiku teenusele suunamiseks on vajalik kas psühhiaatri või rehabilitatsiooniteenuse osutaja kirjalik hinnang või rehabilitatsiooniplaan. Hinnang kajastab igapäevaelu toetamise teenuse sisuks olevaid eesmärkide, eesmärkide saavutamiseks vajalikke soovituslikke tegevusi, igapäevaelu toetamise teenuse osutamise kestust ja tegevuste läbiviimise soovituslikku sagedust ning raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire olemasolu²⁰. Seega võimaldab kehtiv kord isiku suunamist igapäevaelu toetamise teenusele tervisekahjustuse ilmnemisel eriarsti hinnangu alusel enne töövõime määramist või Töötukassasse pöördumist. Isik võib kasutada igapäevaelu toetamise teenust ka ajutise töövõime kaotuse ajal.

Igapäevaelu toetamise teenus sisaldab väga erinevaid tegevusi isiku tegevusvõime arendamisel. Vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele, sisaldab igapäevaelu toetamise teenus järgnevat:

Igapäevaelu toetamise teenuse osutamise käigus on teenuse osutaja kohustatud lähtuvalt isiku vajadustest ja suunamisotsuses nimetatud teenuse saamise eesmärgist:

- 1. kujundama isiku isiklikke ja igapäevaelu oskusi, kaasates ta nimetatud oskusi arendavatesse tegevustesse, arvestades isiku tervise seisundit;*
- 2. juhendama isikut sotsiaalsete suhete loomisel, säilitamisel ja arendamisel;*
- 3. juhendama isikut aja planeerimisel ja vaba aja sisustamisel;*
- 4. juhendama isikut tervishoiu-, sotsiaal-, posti-, finants- ja muude teenuste kasutamisel ning hariduse omandamise võimaluste leidmisel ja elluviimisel;*

(seal juures abivahenditega), et vältida nende pikka töölt-eemalolekut. Vajab täiendavat diskussiooni, kuidas korraldada ajutise töövõimekaotusega isikute abivahendite eraldamine, kas Haigekassa, Töötukassa või SKA eelarvest.

¹⁸ selline lähenemine on vajalik nii stabiliseerunud kui mittestabiliseerunud seisundite korral. Vajadus rakendada AV spetsialisti kaasamist kiiresti, kuna suur hulk hilisematest abivajajatest ennetaks kohese vertikaalseerimise vms. abil hilisemaid haiglaravi perioode ja töövõimetust (heaks näiteks lamatiste teke ebaõige asendi ning voodis lamamise puhul seljaajutraumade puhul). See skeem on kõikides arenenud maades kasutusel kui perspektiivne ja läbi mõeldud lähenemine kliendi ja süsteemi ressursside seisukohalt.

¹⁹Sotsiaalhoolekande seaduse erihoolekandeteenuste regulatsiooni puudutava muudatuse seletuskiri (2009)

<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihoolekanne.html>

²⁰ Sotsiaalhoolekande seadus (RT I, 18.04.2013, 6)

5. *kujundama isiku tööoskusi ja võimaldama isikule töö tegemise harjutamist;*
6. *nõustama isiku lähedasi, sealhulgas isikuga samas eluruumis elavaid isikuid igapäevaeltu toetamise teenust saama õigustatud isiku käitumise ja temaga suhtlemise eripärades;*
7. *toetama teenust saavaid, sarnase diagnoosiga ja sellega seonduvate probleemidega isikuid toetavate gruppide tegutsemist isikute juhendamise ja nõustamise kaudu ja*
8. *kaasama isikut muudesse tegevustesse, mis on vajalikud igapäevaeltu toetamise teenuse eesmärgi saavutamiseks.*²¹

Igapäevaeltu toetamise teenuse raames tegeletakse tööoskuste kujundamise ja töö harjutamisega, mis üldjuhul eelnevad isiku töötamisele avatud tööturul või tööturumeetmete kasutamisele. Juhul, kui igapäevaeltu toetamise teenust kasutav isik pöördub Töötukassasse töövõime hindamiseks ja/või töötuna registreerimiseks, on vajalik infovahetus ja koostöö erihoolekandeteenuse osutaja ja TK vahel. Samuti võib isik juhul kui ta töötab, vajada sotsiaalsete oskuste arendamiseks paralleelselt igapäevaeltu toetamise teenust.

Kehtiva õiguse alusel on ülejäänud (nii toetavate kui ööpäevaringsete) erihoolekandeteenuste raames nõue **töövõime kaotuse** määratluse olemasolu kohta. Seega kehtiva õiguse kohaselt osutatakse neid teenuseid pärast töövõime- ja tegevusvõimelanguse väljakujunemist. Kuna erihoolekandes on koostamisel valdkonna arengukava, siis on mõistlik analüüsida antud arengukava raames, kas erihoolekandes peaks olema vajalik lisaks igapäevaeltu toetamise teenusele pakkuda muid toimetulekuvõime langust ennetavaid meetmeid.

Sotsiaalministeerium on kavandanud muuta töötamise toetamise, toetatud elamise ja kogukonnas elamise teenuse tingimusi ning kaotada ära töövõime piirangu määratluse nõue²². Pärast antud muudatust on sisuliselt võimalik psüühilise erivajadusega inimesel taotleda nimetatud erihoolekandeteenuste kasutamist ka ajutise töövõime kaotuse ajal enne Töötukassasse töötuna arvelevõtmiseks või töövõime ulatuse määramiseks pöördumist. Seega võib ka nimetatud kolme teenust pidada töövõimepiirangute väljakujunemist ennetavateks meetmeteks. Samas ka töövõimetuskindlustuse reformi eesmärk on võimalikult kiiresti suunata isik tagasi tööturule ning ennetada töövõimepiirangute väljakujunemist. Seega tõenäoliselt psüühikahäirega inimese puhul praktikas siseneb tervisekahjustuse ilmnemisel inimene võimalikult kiiresti Töötukassa kaudu süsteemi ning paralleelselt töövõimehindamisega hinnatakse ka nimetatud erihoolekandeteenuste vajadus. Ajutise töövõimetuse ajal on kõige kriitilisem igapäevaeltu toetamise teenusele juurdepääs ning see võimalus on olemas ka juba tänases õigusruumis.

Käesolev analüüs keskendus riiklike hoolekandeteenuste osutamise ja töövõime hindamise protsessi seostamisele. Analüüs ei käsitlenud erihoolekandeteenuste sisu, nende võimalikku kattuvust tööturumeetmetega ning võimalikke muudatusi või uute teenuste vajaduse analüüsi. Siiski on oluline välja tuua, et eelkõige töötamise toetamise teenus sisaldab mitmeid olulisi tööturuteenustele olulisi elemente - nt leida isikule tema võimetest lähtuv sobiv töö, nõustada ja juhendada isikut töökohal, samuti nõustada ja juhendada tööandjat ning kaastöötajaid isiku võimalikest erivajadustest. Oluline erinevus on teenuse osutamise ajaline kestvus, kus töötamise toetamise teenust saab isik lähtuvalt vajadusest ilma ajaliste piiranguteta.

²¹ Sotsiaalhoolekande seadus (RT I, 18.04.2013, 6)

²² SHS eelnõu kohaselt §11 art 4: 5) 16-aastaselt kuni riikliku pensionikindlustuse seaduse §-s 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud psüühikahäirega isikul, kellel on tuvastatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajadus.. Samuti on juba täna toetatud elamise ja toetatud töö teenuse sihtgrupi eest kadunud töövõime kaotuse % nõue.

Kokkuvõtteks:

- kehtiv õigus võimaldab isiku suunamist toimetuleku raskuste süvenemist ja töövõime piirangute väljakujunemist ennetavale igapäevaelu toetamise teenusele. Kuna igapäevaelu toetamise teenusele on võimalik isikut suunata otse eriarsti hinnangu alusel, siis võib see toimuda enne püsiva töövõimetuse perioodi, st enne kui isik suundub TK-sse.
- TK juhtumikorraldajal peab olema võimalik saada informatsiooni, kas isik kasutab riiklikke erihoolekandeteenuseid (SKA ja TK inforegistritevaheline infovahetus).
- Erihoolekandeteenuse osutaja ja TK juhtumikorraldaja peaksid tegema koostööd, et abistada isikut liikumisel toetatavalt teenustelt tööle või toetatud tööle.
- Plaanitavate SHS muudatuste kohaselt on isikul võimalik kasutada ka töötamise toetamise, toetatud elamise ja kogukonnas elamise teenust enne püsiva töövõimetuse väljakujunemist. Siiski võiks eeldada, et nende teenuste vajaduse hindamine toimub töövõime ulatuse hindamise raames isiku sisenemisel Töötukassa kaudu.
- Erihoolekandeteenuste valdkonna arengute planeerimiseks tuleb täiendavalt analüüsida, kas lisaks igapäevaelu toetamise teenusele oleks vajalik kujundada või võimaldada juurdepääsu muudele toetavatele teenustele enne töövõime ja tegevusvõime piirangute väljakujunemist (enne töövõime ulatuse määratlust) sh ajutise töövõimetuse ajal.
- Täiendavat analüüsi vajab töötamise toetamise teenuse ja tööturuteenuste võimalikud kattuvused. Võimalik vaadelda töötamise toetamise teenuse ja kaitstud töö ühtse analüüsi raames. Võib olla põhjendatud töötamise toetamise teenuse osutamine edaspidi tööturuteenuste raames ning ka teenusele suunamine sarnaselt tööturuteenustele.

3. Püsiv töövõimekaotus ja seosed riiklike sotsiaalteenusega.

Käesolev peatükk annab lühikese ülevaate kehtivast püsiva töövõimekaotuse tuvastamise korrast ning ministeeriumi poolt planeeritavatest muudatustest, kuidas võiks tulevikus toimuda isiku töövõimehindamine. Välja on toodud töövõimehindamise ja riiklike sotsiaalteenuste **omavahelised kokkupuutekohad**, mida on vaja kindlasti arvestada järgmistes arengutes – nii töövõime- ja teenuste vajaduse hindamisel, teenustega seostamisel ja teenuste finantseerimisel.

Alapeatükid 3.1, 3.2 ja 3.3. selgitavad, milline on kehtiv riiklike sotsiaalteenuste regulatsioon, kitsaskohad, seosed töölesaamise eesmärgiga ning edasised arenguvajadused, et paremini toetada töölesaamise eesmärki.

3.1 Hetkeolukord

Püsiva töövõimekaotuse tuvastamine toimub Sotsiaalkindlustusametis, kaasates ekspertarste. Tuginetakse dokumentidele (isiku poolt täidetud arstliku ekspertiisi taotlus, vajalikud küsimused töövõimekaotuse tuvastamiseks) ning perearsti/eriarsti poolt edastatud terviseseisundikirjeldusele. Püsiv töövõimekaotus võib olla:

1. täielik (100%), kui inimesel esineb haigusest või vigastusest põhjustatud tugevasti väljendunud funktsioonihäire, mille tõttu ta ei ole võimeline tööga elatist teenima;
2. osaline (10-90%), kui inimene on võimeline tööga elatist teenima, kuid haigusest või vigastusest põhjustatud funktsioonihäire tõttu ei ole võimeline tegema talle sobivat tööd.

Juhul, kui tuvastatakse püsiv töövõime kaotus ja see on suurem kui 40% (40-100%), võib isik taotleda riigilt töövõimetuspension. Töövõimetuspension on asendussissetulek ja kompenseerib seda, et inimene ei saa osaliselt või täielikult töötada.

Kriitikana tänase töövõimekaotuse tuvastamise osas tuuakse välja, et hindamisel tuginetakse peamiselt inimese terviseseisundile, võimetusele teha endist tööd (või tööd, millel inimene töötas viimati); pensioni maksmise kõrval ei pakuta inimesele aktiveerivaid meetmeid ega motiveerita asuma tagasi tööturule.

3.2 Planeeritavad muudatused

Töövõimetuskindlustuse reformi peamise eesmärgi (toetada tööealiste töövõimekaotusega inimeste tööturule naasmist) täitmine eeldab tänaste töövõimekaotuse tuvastamise aluste ülevaatamist ning muutmist. Kehtiv, isikute passiivsust soodustav süsteem vajab asendamist süsteemiga, kus tuginetakse inimese allesjäänud võimekusele ning erinevate aktiivsust suurendavate meetmete pakkumisele, mis vastavad konkreetse inimese hinnatud vajadustele.

Analüüsi teostamisel lähtus töögrupp järgmistest teadaolevatest arengutest töövõimehindamise protsessis²³:

1. Püsivat/pikaajalist töövõime vähenemist hakkab hindama ning vastavaid otsuseid langetama Töötukassa.

²³ Sotsiaalministeeriumi info 27.12.2013; 26.02.2013.

2. Hüvitist pikaajalise töövõime kaotuse või vähenemise korral hakkab määrama ja maksma Töötukassa.
3. Koos hüvitise maksmisega pakutakse isikule teenuseid (tööturuteenused ja rehabilitatsiooniteenused, abivahendid).
4. Töövõime kaotusega isikutele tuleb tagada juurdepääs rehabilitatsiooniteenustele vajaduspõhiselt ja võimalikult varakult.

Kõik viidatud punktid tähendavad olulisi muudatusi tänases töövõimekaotuse tuvastamise, hüvitiste maksmise ning teenuste osutamise süsteemides – täna tuvastab püsivat töövõimetust ning maksab hüvitist Sotsiaalkindlustusamet; rehabilitatsiooniteenuse ning tehniliste abivahendite saamiseks peab tööealisel inimesel olema tuvastatud puude raskusaste²⁴.

Töövõimehindamise protsess töötava tööealise isiku puhul²⁵ (vt joonis “Hindamismenetlus”, koostatud Töötukassa poolt, lisa 1):

- Töötav isik ei naase terviseolukorra halvenemise (haigus, trauma vm) tõttu töökohale ca 4 kuu jooksul (sh ei ole piisanud isikule perearsti/eriarsti/töötervishoiuarsti soovitudest; tööandjal ei ole võimalik soovitatud meetmeid rakendada või need ei too piisavat tulemust).
- Töötav töövõimelangusega isik suunatakse/pöördub teenuste/hüvitise saamiseks Töötukassa poole. Töötukassa spetsialist viib läbi esmase hindamise, et selgitada välja, milles inimese probleem seisneb - kas vajab teenuseid või tegemist on püsiva töövõimelangusega ja isik vajab nii hüvitist kui teenuseid. Töövõimehindamise läbiviimiseks peab isik olema käinud arsti juures viimase 3 kuu jooksul (perearsti/eriarsti poolt sisestatud info terviseinfosüsteemi, lisaks teeb arst märke soovitusel kohta hinnata inimese säilinud töövõimet).
- Spetsialist otsustab, kas töövõimehindamine on võimalik läbi viia dokumentide alusel “selge lahendus²⁶” või suunatakse isik täiendavaks hindamiseks ja kohtumiseks töötervishoiuarsti juurde.
- “Selge lahendus” - vajalikud dokumendid kogutakse kokku ja langetatakse otsus inimesega kohtumata. Langetatakse otsus hüvitise ja selle kestvuse osas.
- “Keeruline lahendus” isik/dokumendid suunatakse töötervishoiuarsti juurde. Viiakse läbi töövõime hindamine, vajadusel kaasates täiendavaid spetsialiste; võimalik, et hinnatakse ka abivahendi ja rehabilitatsiooniteenuse vajadust. Töötervishoiuarst annab töötukassale hinnangu inimese töövõimekaotuse kohta ja soovitused tervise ning säilinud funktsioonide baasil, mis aitavad tema töökohta säilitada (abivahendite pakkumine ja töökohta kohandamine) või leida tema tervises seisundile vastav sobivam töökoht. Saadud info baasil suhtleb juhtumikorraldaja edasi töötaja ja tema tööandjaga või leiab inimesele uue töö (sama tööandja juures või avatud tööturul).
- Isikule pakutakse vajalikke tööturuteenuseid, makstakse hüvitist, kui ta sellele kvalifitseerub ja vajadusel seostatakse erinevate teenustega (tervishoid, SKA, KOV vm).

²⁴ Õigus saada soodustingimustel abivahend ilma puude raskusastme või tuvastatud töövõime kaotusega (alates 40%) on insuliini süstivatele diabeetikutele; isikutel, kellel on rinnavähi tagajärjel eemaldatud rind või tuvastatud kuulmislangus alates 30 detsibellist.

²⁵ Sotsiaalministeeriumi ja Töötukassa info 26.04.2013, 10.06.2013, töömaterjalid.

²⁶ Joonisel märgitud kui “lihtne” lahendus. Soovitame kasutada väljendit “Selge” lahendus, kuna isiku juhtum võib tervisekahjustusest vm põhjustest tingituna olla väga keeruline (nt sügava liitpuudega inimesed).

Mittetöötav tööealine inimene (vt joonis “Hindamismenetlus”, koostatud Töötukassa poolt, lisa 2):

- Töösuhet mitteomav tööealine inimene (nt äsja töötuks jäänud inimene; inimene, kes on pikalt olnud mitteaktiivne; tänane töövõimetuspensionär, kes terviseolukorrast tingituna ei tööta) – pöördub tööle saamiseks, töövõime hindamiseks või töövõimetusega seotud hüvitiste saamiseks Töötukassasse (nii uus taotleja kui ka inimene, kellel saab senine määratud töövõimetusperiood läbi).
- Töötukassa spetsialist viib läbi esmase hindamise. Spetsialist otsustab, kas töövõimehindamine toimub dokumentide alusel või suunatakse isik/dokumendid töötervishoiuarstile. Ka töötu inimene peab olema hindamisele eelneva 3 kuu jooksul käinud arsti vastuvõtul ning omama tervise infosüsteemis arsti märgest soovitusel tema töövõimet hinnata.
- “Selge lahendus” - vajalikud dokumendid kogutakse kokku ja langetatakse otsus inimesega kohtumata. Tehakse otsus hüvitise ja selle kestvuse osas.
- “Keerulise lahenduse” puhul suunatakse isik/dokumendid töötervishoiuarsti juurde. Viiakse läbi töövõime hindamine, vajadusel kaasates täiendavaid spetsialiste; vajadusel hinnatakse abivahendi ja rehabilitatsiooniteenuse vajadust. Langetatakse otsus töövõimekaotuse ja hüvitise suuruse osas. Töötervishoiuarst annab töötukassale hinnangu inimese töövõime kaotuse kohta ja soovitused tervise ning säilinud funktsioonide baasil, mis aitavad juhtumikorraldajal leida tema tervises seisundile vastav sobivaim töökoht.
- Isik pöördub tagasi töötukassa juhtumikorraldaja poole. Isikule pakutakse vajalikke teenuseid ja meetmeid ning osalise töövõimega inimeselt eeldatakse aktiivsust toetuse (kui kvalifitseerub, siis alguses töötuskindlustushüvitise ja selle ammendumisel töövõimetoetuse) saamiseks. Teatud teenuste osas, mida töötukassa ei osuta (meditsiiniline rehabilitatsioon, mõningad abivahendid jne), suunatakse inimene abi saamiseks vajaliku asutuse poolt (tervishoid, SKA, KOV vm).

Töövõimehindamine (lähteinformatsioon)

Ollakse seisukohal, et töövõime hindamist hakkab läbi viima meditsiinilise haridusega spetsialist (võimalik, et töötervishoiuarstid; ka tänased ekspertarstid). Töövõime hindamise protsessis hinnatakse lisaks meditsiinilisele poolele ka sotsiaalset ja tööalast võimekust. Koos töövõime hindamisega hinnatakse Töötukassas ka isiku abivahendi ja rehabilitatsiooniteenuse vajadust²⁷.

Kuna analüüsi teostamise ajal (märts, aprill, mai) ei olnud selgunud töövõime hindamise meetodilisi aluseid, ei saanud analüüsida töövõime hindamise ja rehabilitatsioonivajaduse hindamise meetodikaid²⁸ või nende omavahelist kattuvust.

²⁷ Praxis'e 2012. aasta uuring: töövõime hindamine ja rehabilitatsioon peaksid käima käsikäes. Inimese töövõimet tuleks hinnata olukorra järgi, milles inimene saaks teha sobivat tööd, sobivate töötingimustega, sobivas töökeskkonnas ning talle pakutaks vajalikke rehabilitatsioonimeetmeid.

²⁸ Välja on töötatud ja piloteeritud rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus ning soovituslik hindamisvahend, mis tugineb Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt koostatud RFK põhimõtetele – WHO DAS küsimustik (Disability Assessment Schedule). Käesolevas hankes on väljatoodud soovituslik protsess ja hindamise alused abivahendite hindamiseks, mis samuti toetub RFK põhimõtetele.

Töövõime -, rehabilitatsiooni- ja abivahendi vajaduse hindamise meetodikad peaksid põhinema ühel loogikal. Soovitame võtta aluseks RFK põhimõtted. Vastavalt meetodikad rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks on näiteks WHO DAS ja töövõime hindamiseks näiteks PWPE, Cal-FCP, FCE.

Töövõime hindamise järgselt langetatakse otsus:

- a) isik on töövõimeline ja töövõimetoetusele ei kvalifitseeru (võib saada erinevaid teenuseid ning töötuna arvele võttes selgub, kas isik kvalifitseerub töötuskindlustushüvitisele või töötutoetusele);
- b) isik on osalise töövõimega ja kvalifitseerub pooles määras töövõimetoetusele (võib saada erinevaid teenuseid, lisaks töötuskindlustushüvitist, kui on täidetud vastavad kriteeriumid);
- c) isiku võime tööd teha puudub täielikult ning isik kvalifitseerub täismääras töövõimetoetusele (talle pakutakse sotsiaalteenuseid; töötukassa teenused siis, kui isikul on selleks soov ja motivatsioon).

Töötukassa poolt pakutakse ka täna rehabiliteerivaid teenuseid, mida on võimalik edasi arendada:

- tööalase rehabilitatsiooni programmid,
- individuaalsed lähenemised (abivahend, kohandamine)²⁹.

Töövõimehindamise ja riiklike sotsiaalteenuste kokkupuutekohad on järgmised:

1. Töövõime hindamise ja rehabilitatsiooniteenuse, tehniliste abivahendite eraldamise ning erihoolekande teenuse **sihtgrupi osaline kattumine** (tööealised isikud, kellel on terviseolukorrast tingitud tegevus-, osalus- ja töövõimelangus; tänase seadusandluse alusel tööealised isikud, kellel on tuvastatud puude raskusaste ja/või püsiv töövõimekaotus). Riiklike sotsiaalteenuseid osutatakse ka vanaduspensioniealistele isikutele ning lastele;
2. Töövõimehindamiseks vajaliku informatsiooni ja rehabilitatsiooni-, abivahendite- ning erihoolekandeteenuse vajaduse hindamiseks **kogutava informatsiooni osaline kattumine** (töövõime- ja rehabilitatsioonivajaduse väljaselgitamiseks ning töövõime arendamiseks vajalikud hinnatavad valdkonnad on osaliselt samad, samasisulist infot ei ole otstarbekas koguda mitme asutuse poolt, vajadus korraldada kogutud informatsiooni riskasutamine), siit tuleneb selge hindamismetoodikate ja põhimõtete ühtlustamise vajadus;
3. Rehabilitatsiooni-, erihoolekande- ning abivahendite teenuse ning töötamist toetavate teenuste **eesmärkide kattuvus**; st nimetatud teenused on vajalikud nii isiku tegevus- ja osalusvõime arendamiseks (olemuslikult hoolekandeline meede), kui ka töövõime arendamiseks, säilitamiseks (tööturumeede). Inimene vajab tema vajadustele vastavat abi – milline asutus, millises etapis hindab teenuse vajadust, kuidas korraldada asutuste vaheline koostöö teenuste osutamisel, finantseerimisel, teenusosutajate planeerimisel jm.
4. Teenuseid osutavate asutuste funktsioonide osaline kattumine (hindamine, planeerimine, teenustele suunamine, juhtumikorraldamine jm).
5. Isiku **abimeetmetega seostamise (ehk juhtumikorralduse meetme)** läbiv kasutamine, nt rehabilitatsioonimeeskonna töö; KOV sotsiaaltöötaja töö; TK juhtumikorraldaja; SKA erihoolekande juhtumikorraldaja. Oluline on jälgida, et isiku abimeetmetega seostamise eest vastutab üks juhtumikorraldaja ning isiku liikumisel ühest süsteemis teise (nt töövõime puudumisega isiku juhtumi liikumisel TK-st KOV) antakse kaasa selleks vajalik info ning jälgitakse, et isik ei jääks süsteemide vahele.

Võtmeküsimus:

Kuidas tagada tööealise terviseolukorrast tingitud töövõimelangusega isiku puhul

1. **isiku vajaduste terviklik hindamine** (mittedubleerimine, mitmed hindamised);

²⁹ neid teenuseid pakub Töötukassa ka praegu oma klientidele. Abivahendid ja töökoha kohandamine on ka praegu sama nimega teenused. Tööalase rehabilitatsiooni alla käivad sisuliselt praegu mitmed erinevad teenused (psühholoogiline nõustamine, tööharjutus, tööklubi jne).

2. **isiku vajadustest tulenev meetmete pakkumine** võimalikult lihtsal ja mittebürookraatlikul viisil (et inimene ei peaks samasisulisi teenuseid taotlema mitmest asutusest); teenuse saamise protsessi lihtsus.
3. **tulemuslik juhtumikorraldus** ja efektiivne seostamine erinevate vajalike meetmetega (lisaks rehabilitatsioonile, abivahenditele ka KOV teenused, taastusravi jm).
4. **asutuste töökorraldus** (koostöö ja samas funktsioonide mittedubleerimine).

3.3 Püsiv töövõimekaotus ja rehabilitatsiooniteenus

Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk ja korraldus

Rehabilitatsiooniteenus on riigieelarvest finantseeritav riiklik **sotsiaalteenus** puudega inimestele. Sotsiaalsoolekande seadus toob välja, et rehabilitatsiooniteenuse³⁰ eesmärgiks on toetada ja parandada puudega inimeste iseseisvat toimetulekut, soodustada töötamist või tööle asumist ja suurendada ühiskonnas osalemist.

Rehabilitatsiooniteenust saavad taotleda igas eas puudega inimesed, tööealised psüühilise erivajadusega inimesed, kellel on määratud püsiv töövõimekaotus vähemalt 40% ja alaealised õigusrikkujad (kelle puhul on alaealiste komisjon määranud mõjutusvahendina rehabilitatsiooniteenuse). See tähendab, teenuse taotlemise eeltingimuseks on puude raskusaste määramine või töövõimekaotuse protsendi tuvastamine. Konkreetsed rehabilitatsiooni eesmärgid seatakse koostöös kliendi ja meeskonna vahel, tulenevalt kliendi arenguvajadustest ja vanusest³¹:

- puudega laste puhul on olulisel kohal lapse arengu ja hariduse omandamise toetamine,
- puudega tööealiste inimeste puhul toetada tööle asumise valmisolekut ja tööl püsimist,
- puudega eaka inimese puhul parandada iseseisvat toimetulekut.

Rehabilitatsiooniteenuse raames hinnatakse erinevate rehabilitatsioonimeeskonna liikmete poolt (arst, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed jm) inimese vajadusi, seda milles seisnevad probleemid ning millist abi inimene vajab olukorra parandamiseks. Hindamise tulemusel koostatakse rehabilitatsiooniplaan, mis koosneb spetsialistide hinnangutest, soovitustest ning tegevuskavast, kuhu on kantud isikule vajalikud rehabilitatsiooniteenused, aga soovituslikuna ka muud vajalikud teenused ja abimeetmed (nt KOV poolt osutatavate sotsiaalteenuste, erihoolekandeteenuste või abivahendi vajadus). Oluline on olukorda objektiivselt hinnata, püstitada eesmärk, mille poole püüelda ning leida parimad viisid eesmärkide teostamiseks.

Plaani kehtivusaeg on täisealistel 6 kuust kuni 5 aastani, lastel kuni 3 aastat.

Plaani koostamise järgselt juhendatakse inimest meeskonnaliikmete poolt, kuidas plaani elluviia, seostatakse teenustega; osutatakse erinevaid rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid, vajadusel viiakse läbi vahehindamisi ning samuti hinnatakse eesmärgi saavutamist ja rehabiliteerimise tulemuslikkust.

³⁰ Sotsiaalsoolekandeseadus 3. jagu - Rehabilitatsiooniteenus

³¹ Sotsiaalsoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu materjal, märts 2013.

Rehabilitatsiooniteenus ja töölesaamine

Kuigi tööealistel inimestel on rehabilitatsiooniteenuse eemärgid seotud töölesaamise eesmärgiga, näitab 2007. aastal Sotsiaalministeeriumi poolt läbiviidud uuring, et rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkus töölesaamise toetamisel on madal (16% vastanutest tõi välja, et nad on rehabilitatsiooniteenuselt abi saanud (uuesti) tööleasumisel, töötamise jätkamisel). Erinevad osapooled toovad välja, et tänane rehabilitatsiooniteenuse korraldus ei võimalda täita sotsiaalhoolekande seaduses väljatoodud eesmärki toetada puudega- ja püsiva töövõimekaotusega inimeste töölesaamist või tööturul püsimist.

Rahulolematust rehabilitatsiooniteenuse osas on väljendanud väga erinevad osapooled – nii puudega inimesed, teenuse osutajad, kaasnevate valdkondade spetsialistid (KOV, ravisüsteem, töötukassa jm). Tuleb mõista, et rehabilitatsiooniteenuse ebapiisav tulemuslikkus on tingitud väga erinevatest probleemidest, mis seostuvad nii teenuse korralduse, finantseerimise, teenuseosutajate pädevuse kui ka erinevate osapoolte väga erinevate ootustega pakutava teenuse sisu osas. Seetõttu vajab rehabilitatsioonivaldkond kindlasti edasiarendamist nii korralduse- kui sisuga seotud küsimustes.

Häid tulemusi rehabilitatsiooniteenuse kaudu tööturule integreerimisega on saavutatud Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse poolt läbiviidud arendusprojektides “Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine”, mille tulemusel saab kinnitada, et

- rehabilitatsiooniteenus kui erivajadusega inimestele osutatav tööturule sisenemist ettevalmistav ja töötamist toetav teenus on vajalik ja põhjendatud,
- tõhusa rehabilitatsiooniga ja inimese informeerimise, nõustamise ning jõustamisega on võimalik ennetada püsivat töövõimelangust ja puude taotlemist,
- rehabilitatsiooni üksikteenuste osutamise kõrvale on vaja luua kompleksed ja eesmärgipärased rehabilitatsiooniprogrammid (lisaks piloteeritud töö-eesmärgile suunatud programmidele ka muud vajalikud programmid),
- tänane finantseerimisesüsteem (ühesugune piirmäär) ei võimalda lähtuda isiku individuaalsetest vajadustest ja saavutada planeeritud tulemust.

Kokkuvõte: rehabilitatsioonivajaduse hindamise ning rehabilitatsiooniteenuse seosed töövõimehindamise ja tööturule naasmisega

1. Rehabilitatsiooniteenusele suunamine peab olema vajadusepõhine, rehabilitatsioonivajaduse hindamine võib toimuda koos töövõimehindamisega (see võimaldab vähendada erinevaid hindamisi tööealise isiku jaoks, hindamiseks kogutav informatsioon võib kattuda töövõimehindamiseks kogutava informatsiooniga), EDASPIDI: vajadus hindamismetoodikate ühtlustamiseks, et samasisulist infot ei kogutaks isikult mitmel korral;
2. Kui rehabilitatsioonivajaduse hindamist ja teenuseid jäävad osutama erinevad asutused (nii Töötukassa kui Sotsiaalkindlustusamet) peaks see toimuma ühetaolistel alustel ja olema isiku jaoks **terviklik** (st võtma arvesse inimese vajadusi neljas peamises rehabilitatsioonivaldkonnas – elamine, õppimine, töötamine, sotsiaalsed suhete loomine/ ühiskonna elus osalemine), et vältida uut hindamist teise asutuse poole pöördumisel.
3. Rehabilitatsioonivajaduse hindamisel soovitame tugineda Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses rehabilitatsiooniteenuse alase arendusprojekti raames väljatöötatud rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele ning

soovituslikule hindamisvahendile³². Antud dokumendid soovitame võtta aluseks järgmiste arengute planeerimisel.

4. Tuleb mõista, et rehabilitatsiooni üldeesmärk tööelistel inimestel võib küll olla kaugemas perspektiivis töölesaamine, kuid mitte ainult – samavõrd olulised on rehabilitatsiooni muud eesmärgid – iseseisev toimetulek, selleks vajalike oskuste õpe (nt kohanemine puudega, abivahendiga, hakkamasaamine kodustes tingimustes, enesehooldus, siirdumised, toimetulekuoskused jpm).

³² Rehabilitatsioonivajaduse hindamise vorm; sisaldab RFK-I põhinevat WHO DAS küsimustikku.

3.4 Püsiv töövõimelangus ja tehnilised abivahendid

Abivahendite alane hetkeseis ja abivahenditega seonduvad kitsaskohad

Eesti Vabariigis reguleerib abivahendite eraldamist Sotsiaalministri (14.12.2000) määrus nr 79 ning selle Lisad 1 ja 2 (soodustingimustel kompenseeritavad väikeabivahendid ja keerulisemad abivahendid). Kehtiv seadusandlus ei ole ajakohane, olemasolevas määruses käsitletakse ainult abivahendi taotlemise ja soetamise protsessi ning soodustingimustel soetatavate abivahendite nimekirja. Puudub abivahendi vajaduse hinnangu koostamine pädeva spetsialisti poolt, hinnangu põhjal abivahendi määramine ja tulemuslikkuse ning efektiivsuse hindamise mehhanism. Abivahendi teenuse osutajal puuduvad pädevusnõuded ja neile vastavuse hindamise mehhanism (nt tegevusload). Samuti ei ole isikule kättesaadav info võimalike abivahendite olemasolu ja tootespetsiifika kohta ning abivahendi kasutaja õigustest ja kohustustest.

Abivahendialase teenuse protsess ja kirjeldus, mis on käesoleva hanke raames esitatud Lisas 4 aitab täpsustada abivahendi vajaduse hindamise aluseid, teenuse osutajatele seatud kriteeriumeid ja pädevusnõudeid ning teenuse tulemuslikkuse järelvalvet. Ühtse abivahendialase teenuse kriteeriumite ja pädevuste seadustamine aitab ühitada Eesti Haigekassa ajutise töövõimetuse korral määratavate meditsiiniseadmete hindamise-määramise alused ja Sotsiaalministeeriumi poolt püsiva töövõimetuse korral tehnilise abivahendi hindamise-määramise alused.

16-29 aastastest isikutest vajavad Sotsiaalministeeriumi statistika alusel tehnilisi abivahendeid alla pooled ehk 40%, 30-49 aastastest 48%, 50-64 aastastest juba üle pooled ehk 60% ning 65 ja vanematest puuetega inimestest 72%. Puudeliikide lõikes vajavad enim abivahendeid kõne-, kuulmis- ja nägemispuudega (82%), liikumispuudega (75%) ja liitpuudega (70%) täiskasvanud puudega inimesed.

Hetkel on Sotsiaalministeeriumi poolt ja puuetega inimeste organisatsioonide, ettevõtjate/teenuse osutajate toel käivitatud abivahendite eraldamise süsteemi muutmise protsess, mille eesmärgiks on abivahendite kättesaadavuse suurendamine, abivahendite taotlemise menetlemise lihtsustamine, rahaliste vahendite efektiivne kasutamine ning inimeste valikuvabaduse soodustamine abivahendite valikul.

Seadusandluse muutmine aitab parandada abivahendite määramise kvaliteeti, seadustab süsteemi toetavad tugiteenused (hooldus, remont), parandab abivahendite kättesaadavust, aitab kasutada riiklikke vahendeid efektiivseimal viisil ning määrab kindlaks ka kasutaja õigused ja kohustused teenuse kasutamisel.

Abivahendi alane teenus peab olema kliendi vajadustepõhiste hoolekandeteenuste üks osa. Multiprobleemsete kliendijuhtumite efektiivseks lahendamiseks tuleb arendada rehabilitatsioonispetsialistide ja abivahendi spetsialistide koostööd ja juhtumikorraldusliku lähenemise kasutuselevõtmist. Unustada ei saa asjaolu, et tehnilised abivahendid on mõeldud toetama/kompenseerima isiku tegevusvõimest tulenevaid osaluspiiranguid (RFK-põhine lähenemine) ning abivahendi alane teenus on siiani puuduolev lüli rehabilitatsiooniteenuse ning abivahendi määramise vahel ning abivahendite määramise eesmärgid peavad ühtima rehabilitatsiooniplaani tegevuskavas püstitatud eesmärkidega. Vähendada tuleb abivahendi ning rehabilitatsiooniteenuse taotlemisega seonduvat bürokraatiat ning liikuda tervikliku lähenemise ehk isiku tegevushäiretest tuleneva programmipõhise teenuse osutamise poole. Eelisarendame sellist rehabilitatsiooni- ja abivahendi alast teenust, mis toetab

töövõimekaotusega isiku tööhõivet või aitab ennetada tööturult välja langemise või püsiva hooldusvajaduse väljakujunemist.

Tehniliste abivahendite määramise eesmärk

Erinevalt ajutise töövõimetuse korral määratavatest meditsiiniseadmetest, on püsiva töövõimetuse korral määratava tehnilise abivahendi alase teenuse ja abivahendi määramise eesmärgiks isiku tegevusvõime toetamine/ säilitamine/ kompenseerimine, iseseisva toimetuleku soodustamine, hooldusvajaduse vähendamine. Tehnilised abivahendid on rehabiliteerivate tegevuste üks osa. Tehniliste abivahendite jaotamist töö- ning tegevusvõime alasteks abivahenditeks ei saa toetada, kuna selline lähenemine võib soodustada ulatusliku töövõimekaoga isikute tööturult välja langemist ning sotsiaalset isoleeritust.

Abivahendi määramise eeldused püsiva töövõimetuse korral

1. Abivahendite alane teenus on vajadus- ja tõenduspõhine (tuginedes Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsioonile ning abivahendite hindamise standardiseeritud hindamismetoodikatele).
2. Tehnilise abivahendi määramine on isiku toimetulekut toetav, hooldusvajadust vähendav, sotsiaalset isoleeritust ennetav meede.

Abivahendite teenuse tööealiste isikute sihtgrupp

- Püsiv töövõimekaotus (kestnud üle 4-6 kuu, RFK alusel „Mõõdukas“ tegevusvõime kadu ehk 25-49 % tegevusvõimest)
- Püsiv töövõimekaotus (kestnud üle 6 kuu, RFK alusel „Raske“ ehk tegevusvõime kadu 50-95 % tegevusvõimest ning RFK alusel „Sügav, täielik“ ehk tegevusvõime kadu 96-100%).

Teenuse ja vahendite taotlemine

Abivahendite alasele teenusele suunab püsiva töövõimekaotusega isiku perearst, eriarst või töövõime hindamise läbimise ja vajaduse tuvastamise korral töötervishoiuarst RFK klassifikaatori alusel kirjeldatud tegevusvõime häirete alusel koostatud retseptiga. Juhul, kui abivahendialase teenuse vajadus tuvastatakse rehabilitatsiooniteenuse käigus, on abivahendi alase teenuse kirjelduse Lisas 4 nimetatud vastavate RFK klassifikaatori tegevusvõime häireid hindavate spetsialistide pädevused, kes on õigustatud vastava valdkonna abivahendeid määrama. Abivahendialase teenuse osad on (vajalik läbida loetlemise järjekorras): vajaduse hindamine, abivahendi määramine ja kohandamine, abivahendi proovimine, abivahendi valmistamine/soetamine, abivahendi tulemuslikkuse hindamine, vajadusel muutustööd või uus taotlemine. Abivahendi alast teenust osutab abivahendi spetsialist (kriteeriumid ja pädevused kirjeldatud Lisas 4 „Abivahendi alane teenus“).

Teenuse osutamine

Teenust osutatakse abivahendi spetsialisti kompetentsiga teenuseosutajate poolt, kelle pädevuskriteeriumid on riiklikult kehtestatud ja ning kontrollitud Sotsiaalkindlustusameti poolt. Üheks pädevuskriteeriumiks on erivajadusega inimeste abivahendi spetsialisti kutsetunnistuse olemasolu. Abivahendi teenust osutatakse spetsialiseerumise alusel pädevust omatavas (eeldab vähemalt 1 riiklikult tunnustatud AVS täiendkoolituse läbinud ning kutsetunnistuse omandanud spetsialisti olemasolu) rehabilitatsioonimeeskonnas. Teenust osutatakse kehtiva rehabilitatsiooniteenuste loetelu/tulevikus rehabilitatsiooniprogrammide raames (vajadus uueks teenuseks/programmiks „Tegevusvõimet toetavate abivahendite-alane teenus“ , teenuse maksimaalsed mahud jooksva aastal on piiritletud. Tegevusvõimet

toetavate abivahendite piirhinnad on määratletud olme-, liikumis- ja kommunikatsioonivahendite osas, töö- ja tegevuskeskkonna kohandustööde osas.

Abivahendi alase teenuse seos töövõimega

Tehniliste abivahendite eesmärk püsiva töövõimetusega isikute korral on isiku osalise töövõime säilitamine või isikute tööturule integreerimine. Kuna abivahendeid püsiva töövõimetusega inimese puhul ei ole võimalik liigitada tööga seotud ja tegevusvõimet toetavateks, tuleb antud sihtgrupi puhul toetada **terviklikku lähenemist** (tõised tegevused, kodused tegevused)³³. Tehniliste abivahendite määramise alused on ühtsed nii töötervishoiuarsti kui tegevusvõimet toetavate spetsialistide puhul, abivahendi alane teenus on suunatud töö säilitamisele või tööle saamisel. Toetava meetmena lisandub abivahendi spetsialisti poolt teostatav töökeskkonna (kodukontoris töötamise korral kodukeskkonna) kohanduste vajaduse hindamine ning ettepanekute-soovituste tegemine töökeskkonna kohandusteks.

Kokkuvõtteks:

Kehtiva sotsiaalministri määruse lisades 1, 2 ja 6 sätestatud abivahendite loetelu vajab ajakohastamist ja korrastamist. Mitmete kirjete osas ei ole lisades toodud ISO-kood ja abivahendi nimetus vastavuses, mõningad ISO-koodid katavad tunduvamalt laiemat abivahendite sortimenti kui määruse lisas on toodud- tuleb selgelt piiritleda ja esitleda, mida abivahendite määruse alusel soodustingimustel eraldatakse konkreetse ISO-koodi alt.

Abivahenditega tegelevates ettevõtetes ei kasutata enamjaolt tõenduspõhist abivahendi määramist ning selle tulemusel määratakse inimesele abivahend, mis ei pruugi talle sobida ning ei toeta funktsioonihäirest tingitud tegevuspiirangut. Mõningatel puhkudel võib valesti soovitatud või halvasti kohandatud abivahend tuua kaasa tegevuspiirangute süvenemist või tekitada uusi probleeme - näiteks halvasti kohandatud või kohandamata ratastool võib tuua kaasa lamatisi, mis tähendab inimesele suuri ebameeldivusi ja vajadust meditsiinilise ravi järele. Meditsiiniline ravi on aga omakorda taasringlusest tulnud kulu riigile ja samuti teatud ulatuses ka inimesele endale.

Otsustuspädevus kallite abivahendite puhul on puudulik – praegustel maakondlikel ekspertkomisjonidel ei ole piisavalt pädevust ega inimressurssi otsustada erinevate hinnapakumiste vahel. Perearstide ja eriarstide poolt väljastatud abivahendi vajadust põhjendaval tõendil on tihti märke: *vajab inkontinentsitoodet* või *vajab ratastooli*. Taoline lakooniline kirje ei tulene tegevusvõime häiretest, jätab abivahendeid vahendavale ettevõttele suure vabaduse enda tahtmist mööda soovitada abivahendit ning ettevõttel puudub vajalik alusinformatsioon soovitamaks inimesele tema vajavat abivahendit.

Töögrupp toetab Sotsiaalministeeriumi poolt kavandatavat seadusandluse muudatust ja reorganiseerimist järgmistes valdkondades:

1. Abivahendite eraldamise süsteemi tsentraliseerimine tagaks järelevalve
2. Abivahendite alane teenus seadustada pädevuspõhise riikliku teenusena, sarnaselt rehabilitatsiooniteenusele
3. Koostöö arendamine Sotsiaalministeeriumi ja Töötukassa vahel eesmärgiga pakkuda parimal viisil ja õigel hetkel tegevusvõimet toetavat abivahendit

³³ 26.04 EPIKojas toimunud koosolekul väljendas TK esindaja arvamust, et hooldus- ja põetusabivahendid ei peaks kuuluma TK poolt käsitletavate abivahendite loetlusse. Analüüsi teostanud töögrupp on arvamusel, et kuigi kogu ISO klassifikaatori ulatuses peaks abivahendite osas olema ühtne lähenemine, ei ole siiski välistatud, et nt mähkmeid või muid hooldusvahendeid saab inimene osta arstitõendi alusel apteegist ehk et tervishoiusüsteemist. Selleks on vajadus jätkata läbirääkimisi Haigekassaga meditsiiniaseadmete loetelu täiendamiseks.

4. Abivahendite registri loomine ühe osana meditsiiniseadmete registris

Riikliku teenuse ühtse kättesaamise tagamiseks kõigile abivajajatele on vajalikud järgmised baasmuudatused:

Raha liiguks inimesega kaasas, mitte inimene ei liiguks asutuse juurde, kus raha on, millest tulenevalt tekiks inimesel valiku võimalus erinevate ettevõtete vahel ja seeläbi ka abivahendite sortimentide lõikes.

Rahastamine oleks tsentraalne, mitte maavalitsuste eelarvete läbi, mis aitaks ühtlustada rahade kasutamist üle Eesti ning inimene ei sõltuks enam niivõrd maakonna spetsiifikast. Nimetatud muudatused on vajalikud hoolimata TVK edasisest rakendumisest.

3.5 Püsiv töövõimelangus ja erihoolekandeteenused

Erihoolekandeteenuste eesmärk ja korraldus

Erihoolekandeteenusteks loetakse 8 erinevat teenust: igapäevaelu toetamine, toetatud elamine, töötamise toetamine, kogukonnas elamine, ööpäevaringne hooldus, ööpäevaringne hooldus ebastabiilse remissiooniga inimestele, ööpäevaringne hooldus sügava liitpuudega inimestele, ebastabiilne hooldus kohtumäärusega isikutele.

Kuigi erinevad erihoolekandeteenused on oma sekkumiste rõhuasetustelt pisut erinevad, on läbivaks eesmärgiks kõigi teenuste puhul inimeste võimalikult iseseisev toimetulek. Eesmärgi saavutamiseks pakutakse inimesele toetust ja arenemisvõimalusi järgnevatel valdkondades:

- inimese isiklikud ja igapäevaelu oskused;
- sotsiaalsete suhete loomine ja vaba aja sisustamine;
- tööoskuste kujundamine;
- hariduse omandamise toetamine;
- avalike teenuste kasutamisel juhendamine ja toetamine
- isiku lähedaste ja pereliikmete nõustamine.³⁴

Erihoolekandeteenuste osutamisel lähtutakse järgnevatest põhimõtetest:

- osutatav teenus peab olema kohandatud inimese vajadustele ja soovidele (lähtumine rehabilitatsiooniplaanist ning tegevusplaanist);
- inimesel peab olema õigus valida teenuse osutajate vahel ja erinevate tegevuste vahel teenusel olles;
- ööpäevaringseid hooldusteenuseid osutatakse ainult juhul kui isikut ei ole olnud võimalik abistada toetavate erihoolekandeteenuste või muude kogukonnapõhiste hoolekandeteenuste abil.³⁵

Samuti kehtib põhimõte, et psüühilise erivajadusega inimeste probleemid peavad olema lahendatavad nõ üldiste avalike, kõigile inimestele mõeldud teenuste kaudu ja spetsialiseerunud teenused rakenduvad ainult ja alles siis, kui üldistest avalikest teenustest konkreetse inimese jaoks ei piisa.³⁶

Erihoolekandeteenuste korralduses on oluline roll rehabilitatsiooniteenusel. Rehabilitatsiooniteenuse raames püütakse lühiajaliselt (maksimum kuus kuud) ja intensiivselt tegeleda isiku tegevusvõime arendamisega. Rehabilitatsiooniteenusega samaaegselt on võimalik isikul kasutada ka toetatud elamise ja töötamise toetamise teenust, eesmärgiga toetada ja õpetada inimest elama ja töötama võimalikult iseseisvalt ning vältida ööpäevaringsele hooldusele suunamise vajadust. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise järgselt antakse hinnang isiku edasise erihoolekandeteenuste vajaduse kohta, mis kajastatakse rehabilitatsiooniplaanis.

Teenustele suunamist ja osutamist korraldab Sotsiaalkindlustusamet, kus on tööle võetud juhtumikorraldajad, kelle ülesandeks on informeerida klienti teenusele saamise võimaluste osas (sh protsess, vajaminevad dokumendid) ning toetada isikut kogu teenusele suunamise

³⁴ Sotsiaalhoolekande seadus (RT I 1995, 21, 323)

³⁵ Sotsiaalhoolekande seaduse erihoolekandeteenuste regulatsiooni puudutava muudatuse seletuskiri (2009)

³⁶ Paavel, V., Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Sotsiaalministeerium jt 2000/2001

protsessi ulatuses. Juhtumikorraldajate töö eesmärk on toetada isikut kogu erihoolekandeteenuse kasutamise seotud asjaajamises.³⁷

Erihoolekandeteenuste sihtgrupp

Erihoolekandeteenustele õigustatud isikute puhul on 4 peamist läbivat tunnust:

- 1) vanus - erihoolekandeteenustele on õigustatud täisealised isikud, rõhuasetusega tööealised isikud;
- 2) terviseseisund - psüühikahäire olemasolu (raske, sügav või püsiva kuluga);
- 3) tegevusvõime piirang. Oluline on märkida, et tegevusvõime piirangu ulatust hinnatakse kehtiva korra alusel ööpäevaringsete teenuste puhul puude raskusastme ja töövõime kaotuse % olemasolu kaudu.
- 4) tuvastatud vajadus erihoolekandeteenuste kasutamiseks - erihoolekandeteenuste vajaduse osas annab eksperthinnangu rehabilitatsioonimeeskond ning see kajastub rehabilitatsiooniplaanis. Igapäevaelu toetamise teenuse puhul annab hinnangu psühhiaater ning kohtumäärusega teenusele suunamisel kohus.

Sihtgrupist on välistatud dementsuse diagnoosiga vanaduspensioniealised isikud (juhul kui neil pole muud pikaajalist, rasket või sügavat psüühikahäiret) ning isikud, kellel juhtivaks diagnoosiks on sõltuvus alkoholist või narkootilistest ainetest.

Aasta	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kokku	4,247	4,324	4,325	4,398	4,549	4,655	4,666	4,659

Tabel 1: Erihoolekandeteenustel viibinud inimesed aasta lõpu seisuga (*Allikas: Sotsiaalministeeriumi statistika*)

Erihoolekande sihtgrupp moodustab väikese osa kõikidest käitumis- ja psüühikahäiretega inimestest. Teenused on suunatud neile, kel lisaks psüühikahäirele on välja kujunenud olulises ulatuses osalus- ja tegevusvõime piirangud. Ekspertide hinnangul moodustab Eestis erihoolekandeteenust vajavate isikute koguarv 7000 – 8000 inimest³⁸. Teenustega on kaetud läbi aastate orienteeruvalt 4600 inimest, seega ei vasta pakkumine tegelikule nõudlusele (tabel 1). Samas näiteks juba ainuüksi 40%-lise püsiva töövõimekaotusega põhidiagnoosiga psüühika- ja käitumishäired 16-62-aastased isikuid on 21 279³⁹. Aastas diagnoositud uusi psüühika- ja käitumishäire juhtumeid on 27 566 (2011 aasta).⁴⁰ Seega erihoolekandeteenuste vajajad moodustavad hinnanguliselt 38% kõigist psüühikahäire tõttu töövõime kaotusega isikutest ning väga väikese protsendi kõikidest isikutest, kel on diagnoositud käitumis- ja psüühikahäired.

Psüühikahäire olemusest tulenevalt võib sihtgrupi jagada kaheks: vaimse alaarenguga inimesed (moodustavad 40% kogu sihtgrupist) ning nõ haigusega inimesed (moodustavad 60% kogu sihtgrupist) (Tabel 2).

Erihoolekandeteenuseid kasutavad isikud, kel on kehtiva korra alusel määratud nii osaline kui täielik töövõime kaotus. Kuigi erihoolekandeteenuste klientide puhul on tegemist olulise tegevus- ja funktsioneerimisvõime piirangutega inimestega, on teenuste osutamisel läbivalt

³⁷ Sotsiaalhoolekande seaduse erihoolekandeteenuste regulatsiooni puudutava muudatuse seletuskiri (2009)

³⁸ Erihoolekandeteenuste audit. 2000. Sotsiaalministeerium

³⁹ Sotsiaalministeeriumi statistika.01.01.2012

⁴⁰ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/> (25.02.2013)

üheks peamiseks eesmärgiks inimeste tööhõive, mida ka erinevate teenuste lõikes on saavutatud.

Teenuse nimetus	Isikute arv kokku	Puude raskusaste			Määramata	Töövõime kaotuse %			
		keskmine	raske	sügav		Määramata	10-30 %	40-70 %	vähemalt 80%
Igapäevaeltu toetamine	2021	265	1481	170	105	141	0	117	1763
Toetatud elamine	679	76	582	15	6	38	0	33	608
Kogukonnas elamine	116	2	105	8	1	2	0	3	111
Töötamise toetamine	445	70	357	14	4	12	0	30	403
Ööpäevaringne erihooldusteenus (ÖH)	2164	103	1343	713	5	665	0	1	1498
ÖH ebastabiilne remissioon	59	0	5	54	0	5	0	0	54
ÖH sügav liitpuue	275			275		4	0	0	271
ÖH kohtumäärusega	284	1	183	97	3	52	0	0	232
Kokku (01+...+08)	6043	517	4056	1346	124	919	0	184	4940
Kokku teenusekasutajaid	5304	442	3431	1315	116	880	0	148	4276

Tabel 3: Erihoolekande klientide jagunemine puude raskusaste ja töövõime kaotuse % alusel (allikas: Sotsiaalministeeriumi statistika 2013)

Lähtuvalt tabel 3 toodust on erihoolekandeteenuste klientidest 66% raske puue, 25% on sügav puue ning 8-9% on keskmine puue. Töövõime kaotuse protsendi alusel moodustavad vähemalt 80% töövõime kaoga isikud 80% kõikidest teenuste kasutajatest. Vähem kui 80% töövõime kaoga isikud moodustavad 3% kõigist teenustekasutajatest. Määramata töövõime kaotusega isikute gruppi kuuluvad vanaduspensioniealised isikud, moodustades 16% kõigist teenuse kasutajatest.

Pensionärid pensioni liigi järgi	Isikute arv
Vanaduspensionärid	582
Töövõimetuspensionärid kokku (03+...+09)	3674
sh töövõime kaotus 40%	8
töövõime kaotus 50%	4
töövõime kaotus 60%	30
töövõime kaotus 70%	81
töövõime kaotus 80%	1778
töövõime kaotus 90%	314
töövõime kaotus 100%	1459
Pensionärid pensioniga väljateenitud aastate eest	1
Toitjakaotuspensionärid	0
Rahvapensioni saajad (sh töövõimetuspension rahvapensioni määras)	195
Riiklikku pensioni saavate isikute arv kokku	4452

Tabel 4: Riiklikku pensioni saavad teenuse kasutajad (aruandeaasta lõpu seisuga) (*Allikas: Sotsiaalministeeriumi sotsiaalala statistika*)

Täieliku töövõime kaoga ehk 100% töövõimetute kohta väga head statistilist ülevaadet Sotsiaalministeeriumi statistika ei anna, siiski on võimalik kaudselt hinnata riiklikku pensioni saavate teenusekasutajate põhjal 100% töövõime kaoga isikute arvu erihoolekandeteenustel (tabel 4). Riiklikku pensioni saavad teenuse kasutajate hulgast 100% töövõime kaoga isikuid on erihoolekandeteenustel hinnanguliselt 33%.

Kirjeldatud andmete põhjal on erihoolekandeteenuste kasutajad olulise tegevusvõime piirangutega sh kolmandik sihtgrupist on tänase töövõime hindamise süsteemi alusel täielikult töövõimetud. Siiski olulisel määral klientidest on töövõime osaliselt säilinud ning erihoolekandeteenustel olemise ajal nad ka töötavad, seda sõltumata teenuse liigist.

Erihoolekandeteenuste klientide tööga hõivatust võib iseloomustada AS Hoolekandeteenuste, kui ühe suurema teenuseosutaja näitajate põhjal (tabel 5).

Teenus/ TVK%	60%	70%	80%	90%	100%	Vanadus- pension	Tead- mata	Kokku
TE	1		53	19	17	7	3	100
IT	1		29	4	8	2	1	45
TT	2		37	14	12	3	2	70
KE	1	1	20	16	7		1	46
ÖH			69	27	84	30	14	224
ÖK			8	7	17	1	2	35
Kokku	5	1	216	87	145	43	23	520

Tabel 5: AS Hoolekandeteenuste tööga hõivatud kliendid töövõime kaotuse protsendi alusel teenuste lõikes (*Allikas: AS Hoolekandeteenuste statistika*)

Oluline on välja tuua, et tööga on hõivatud ka 100% töövõime kaotusega isikud, mistõttu ei ole võimalik tänase töövõimetuse hindamise süsteemi näitajate alusel välja tuua, kui palju inimesi on tegelikult ka täielikult töövõimetud ja kui paljudel inimestel on töövõime säilinud. Arvestades klientide liikumisi, siis keskmiselt on AS Hoolekandeteenused teenustel ühes kuus 2192 klienti, neist keskmiselt on kalendrikuus hõivatud (lepingulise)tööga 246 inimest. Oluline on ka märkida, et AS Hoolekandeteenused pakub põhiosas ööpäevaringse hoolduse teenuseid. Kõikidest ASi klientidest töötab avatud tööturul 1,47%. Kõikidest töötavatest klientidest töötab avatud tööturul 12,72%. Arvestades, et erihoolekandeteenustel on nõ kõige raskemate toimetulekuprobleemidega raske ja pikaajalise psüühikahäirega isikud, on nad töövõimelised ja ka hõivatud tööga. Erihoolekande klientide tööga hõivatuse tõstmine on hoolekandepoliitika üks eesmärke.

Kokkuvõtteks, võimalikud kattuvused TVK reformiga:

- osaliselt kattuvad eesmärgid: erihoolekandeteenused on suunatud nii inimese sotsiaalse toimetuleku parandamisele kui töövõime arendamisele, tööoskuste kujundamisele ja töötamise toetamisele, seda sõltumata teenuse liigist, nt ka ööpäevaringse hoolduse teenuse raames püütakse leida inimesele tööalast rakendust. Tervisekahjustusega isikute võimalikult kõrge tööhõive on ka TVK uue süsteemi üks peamisi eesmärke;

- teenuste järgnev või samaaegne osutamine: erihoolekandeteenused üldiselt järgnevad või toetavad tööturumeetmete osutamist. Ehk juhul kui isikut ei ole võimalik tööturumeetmete abil rakendada tööle, võib vajalik olla erihoolekandemeetmete kasutamine (võimalik, et ka samaaegselt tööturumeetmetega). Samuti kehtiva õiguse kohaselt peab isikul olema enne erihoolekandeteenuste (välja arvatud kaks teenust) kasutamist määratud töövõime kaotuse ulatus;
- abimeetmete vajaduse hindamine: erihoolekandeteenuseid osutatakse vastavalt hinnatud vajadusele (hetkel rehabilitatsiooniteenuse raames). Hindamisel lähtutakse isiku peamistest eluvaldkondadest: töötamine, õppimine, elamine ja sotsiaalne suhtlemine. Ka TVK raames viiakse läbi inimese vajaduste hindamine nii töövõime ulatuse kui abistamise meetmete vajaduse osas;
- sihtgrupi kattuvus: erihoolekandeteenused on suunatud eelkõige tööealisele elanikkonnale, nii tänases mõistes piiratud töövõimega kui töövõime puudumisega isikutele. Töövõime hindamine on suunatud tööealistele inimestele ning TVK reformi raames on planeeritud, et TK hakkab korraldama piiratud töövõimega isikute juhtumeid toetamaks isikute tööhõivesse naasmist;
- erihoolekandeteenused on suunatud ainult kolmandikule kõigist töövõime kaotusega psüühikahäirega inimestest - erihoolekandeteenused on suunatud neile käitumis- ja psüühikahäirega isikutele, kel on välja kujunenud olulisel määral tegevusvõime piirangud (teenuse sihtgrupp moodustab täna 38% kõigist psüühikahäire tõttu töövõime kaoga isikutest);
- erihoolekandeteenustele suunamisel rakendatakse juhtumikorralduslikku lähenemist. TK rakendab klientide tööle saamise toetamisel samuti juhtumikorralduslikku lähenemist. Oluline vältida juhtumikorralduslike tegevuste dubleerimist.

4. Töövõimehindamise ja teenuste osutamise skeemid

Töövõimekaotusega inimesed vajavad sageli erinevate valdkondade sekkumismeetmeid - teenuseid ja toetuseid nii tööturu-, sotsiaal-, tervishoiu- kui ka haridusvaldkonnast. Erinevate valdkondade meetmete seostatud osutamist on võimalik korraldada erinevalt - alustades eraldiseisvatest süsteemidest kuni teenuste integreerimiseni läbi kõikide tasandite.

Avalike teenuste seostatud osutamine on üheks suuremaks väljakutseks mitmete riikide sotsiaalpoliitikas. Sagedamini on olemas näited teenuste ja süsteemide seostamisest sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahel, aga ka sotsiaal- ja tööturuteenuste ning sotsiaal- ja haridusteenuste vahel.

Euroopa Nõukogu on oma soovitusel välja toonud 8-astmelise “redeli”, et illustreerida sotsiaalteenuste (mõeldes nii hoolekande, tööturu kui haridusmeetmeid) integreerimisvõimalusi⁴¹:

1. **Integratsioon esmatasandist kuni valitsuse tasandini** ehk läbi kõikide tasandite integratsioon – kõige ulatuslikum integratsioonimudel, nõ “top to bottom” kus läbivalt kõikidel tasanditel on konkreetsete teenused või valdkonnad seostatud. Senise praktika kohaselt väga harva saavutatud integratsiooni tasand.
2. **Süsteemitasandil integratsioon** – erinevate teenuste osutamine on viidud ühe organisatsiooni alla (ühe juhtimistasandi alla). Inimesel on selge arusaam, kuhu minna teenust taotlema. Sisuliselt neljanda (one-stop shop) mudeli edasiarendus, kus lisaks ühest uksest sisenemisel hindamise ja planeerimise seostamisele osutatakse ka konkreetse sihtgrupi jaoks olulisi erinevaid teenuseid antud asutuse kaudu.
3. **Partnerlus** – teenuseosutajad loovad ühise partnerlusel põhineva ettevõtte või formaliseerivad protsessi. Kasutatakse ühist rahastust jne.
4. **One-stop shop** – teenusetaotleja siseneb nõ integreeritud teenuseosutaja uksest, toimub terviklik hindamine ja koostatakse terviklik teenuste osutamise plaan. Peamiselt teenuseosutajast lähtuv lähenemine. Teenuseid võivad osutada erinevad osutajad.
5. **Toimiv ja püsiv koostöö teenuseosutajate vahel** – erinevalt ad hoc lähenemisest, teenuseosutajate vahel on pidev läbimõeldud ja planeeritud koostöö.
6. **Multidistsiplinaarsed meeskonnad** – erinevate organisatsioonide töötajad töötavad ühises meeskonnas nt kohalikul tasandil. Tegemist on rõhuasetusega abistamise tasandil koostööle. Teenuste osutamise korralduse tasandil on süsteemid pigem eraldiseisvad.
7. **Ad Hoc koostöö** – mingist konkreetsest probleemolukorrast tulenev vajadus teha asutustevahelist koostööd. Pidevat asutustevahelist süsteemset planeeritud koostööd ei toimu.
8. **Peaaegu täielik eraldatus teenuste osutamisel** – (iganenud) süsteem, mis lähtub standardiseeritud teenuste osutamise korraldusest. Keskendub eelkõige administreerimise ja süsteemi huvidele, mitte isiku huvidele ja vajadustele.

Sisuliselt on võimalik integreerida teenuseid järgnevalt:

- 1) struktuuritasandil integratsioon – üks organisatsioon pakub sihtgrupile vajalikke erinevaid teenuseid (nt tööturu- ja sotsiaalteenused, tervishoiu- ja sotsiaalteenused).

⁴¹ Integrated social services in Europe, Report, Council of Europe (2004)

- 2) koostööl põhinev integratsioon – teenuste korraldus on eraldiseisev, koostööd teevad erinevate valdkondade spetsialistid isiku abistamise protsessis, meeskonnatöö.
- 3) juhtumikorralduslik integratsioon – lähtuvalt kliendi vajadustest püüab juhtumikorraldaja seostada isikule vajalikke meetmeid (nõutavat) pakutavaga. Meetmeid pakutakse erinevate selleks spetsialiseerunud asutuste poolt. Juhtumikorraldust pakkuv organisatsioon ei pruugi pakkuda ise ühtegi teenust. On nõ isiku “advokaat”.

Lisaks on Euroopa Komisjoni Sotsiaalkaitse Komitee koostanud sotsiaalteenuste soovitusliku kvaliteediraamistikku⁴², kus teenuste kvaliteedi printsiipidena on muuhulgas toodud järgnevad:

- 1) Isikukesksus – teenuste osutamisel tuleb lähtuda isiku mitmekülgsedest vajadustest sh füüsilised, intellektuaalsed kui sotsiaalsest keskkonnast tulenevad ja arvestama ka kultuurilisi eripärasid.
- 2) Igakülgne, kompleksne lähenemine – sotsiaalteenuseid tuleb kavandada ja osutada integreeritud lähenemisest lähtuvalt. Teenused peavad vastama inimese mitmekülgsedele vajadustele, suutlikkusele ja eelistele.

Hetkel toimub inimese töövõimekaotuse hindamine (sageli koos puude raskusastme tuvastamisega) Sotsiaalkindlustusametis. Puude määramise alused ja protsess jäävad esialgu muutmata, kuid töövõime hindamine plaanitakse anda Töötukassa pädevusse. Probleemiks saab inimese liikumine asutuste vahel:

1. puude raskusastme tuvastamine ja riiklikud puude-toetused – SKA
2. töövõime hindamine, hüvitised, tööturuteenused – TK
3. riiklikud sotsiaalteenused – (hetkel) SKA, maavalitsus

Kuidas korraldada isiku vajaduste hindamine ja teenuste osutamise protsess nii, et see oleks inimese jaoks terviklik (nt samasisulise info küsimine ühel korral), inimene ei peaks korduvalt pöörduma erinevate asutuste poole, isiku poolt seatud eesmärgid ja erinevate valdkondade meetmed oleksid seostatud ja osutatav abi tulemuslik?

Lähtuvalt eelnevast pakume välja kolm võimalikku mudelit tööturuteenuste ja riiklike sotsiaalteenuste koososutamiseks **töövõimekaotusega isikutele:**

- 1) **Süsteemitasandil integreeritud one-stop shop mudel** (*edaspidi: Töötukassa mudel, one-stop shop mudel*) (alternatiiv 1) - teenuste osutamine on seostatud süsteemi- ja isiku tasandil – nii vajaduste hindamine kui peamiste meetmete pakkumine toimub ühe asutuse poolt - tööealisele isikule on sisenemiseks üks uks (Töötukassa), toimub integreeritud hindamise ja meetmete planeerimise protsess ning peamisi isikule vajalikke teenuseid osutab üks asutus (Töötukassa: isiku töövõime- ja teenuste vajaduste hindamine, hüvitise maksmine ja tööturuteenuste, abivahendite ja rehabilitatsiooniteenuse osutamine). Teiste isikule vajalike meetmete kasutamiseks pakutakse TK juhtumikorralduslikku abi (isikut juhendatakse ja nõustatakse muude valdkonna poolt pakutavate meetmete saamiseks, nt erihoolekandeteenused SKA-st, hoolekandeteenused KOV-st, raviteenused HK-st).
- 2) **Juhtumikorralduslik mudel** (alternatiiv 2) - viiakse läbi terviklik vajaduste hindamine ühes asutuses, kuid meetmeid pakutakse erinevate asutuste poolt - seostamine toimub isiku tasandil, teenuseid osutavad erinevad asutused (TK

⁴² A Voluntary European Quality Framework for Social Services, SPC/2010/10/8 final

tööturuteenused, SKA riiklikud sotsiaalteenused; KOV hoolekandeteenused jne). TK viib läbi töövõime- ja teenuste vajaduste hindamise, maksab hüvitist, osutab tööturuteenuseid ning seostab isiku erinevate asutuste poolt pakutavate teenustega (nt rehabilitatsiooni-, abivahendite- ja erihoolekandeteenustega, mida jääb osutama SKA).

- 3) **Eraldatud teenuse osutamine** (alternatiiv 3) – nii meetmete vajaduse hindamine kui meetmete pakkumine toimub erinevate asutuste poolt - tänane süsteem, kus olulist koordineeritud teenuste osutamist ei toimu. Isiku vajadusi hinnatakse ja teenuseid osutatakse ja finantseeritakse eraldiseisvalt, asutused toimivad eraldiseisvalt. Isik peab lähtuvalt oma vajadusest valima õiged asutused, kuhu pöörduda.

Analüüs toob välja kolme alternatiivi puhul välja järgmised punktid:

1. Mudeli peamised põhimõtted, asutuste peamised rollid ja kohustused.
2. Töövõimelangusega isiku liikumise protsess töövõimehindamisele (töövõimehindamine koos/eraldi rehabilitatsiooni- ja abivahendite vajaduse hindamisega).
3. Töövõimelangusega isiku seostumine riiklike sotsiaalteenustega.
4. Teenuste osutamine, finantseerimine, järelevalve.
5. Tugevad ja nõrgad küljed, samuti lahendamist vajavad küsimused ning eeldused, et süsteem sellisel kujul saaks toimida.

4.1 One-stop shop (alternatiiv 1)

Nn Töötukassa mudel

Peamised põhimõtted ja asutuste rollid:

MUDELI PÕHITUNNUSED

- tööealise (osalise) töövõimega inimese jaoks on üks sisenemiseks ja aktiivsete tööturumeetmete ning kahe töötamist toetava hoolekandemeetme (rehabilitatsiooniteenus ja abivahendid) saamiseks.
- Töötukassa viib läbi teenuste vajaduse hindamise, hõlmates nii aktiivseid tööturumeetmeid kui riiklike hoolekandeteenuseid (abivah, rehab ja erih) ning võimalike muude institutsioonide teenuste esialgset vajadust. Suunab ja finantseerib (osalise)töövõimega inimeste puhul ka kahte hoolekandeteenust (abivah ja rehab).
- TK seostab (läbi juhtumikorralduse) isiku muude institutsioonide poolt pakutavate meetmetega (sh SKA erihoolekanne, KOV hoolekandemeetmed, tervishoiuteenused, haridusmeetmed jm avalikud teenused).

TÖÖTUKASSA

- Tegeleb tööealiste inimestega ja eakatega, kes töötavad või on seadnud eesmärgiks töölesaamise⁴³;
- Hindab töövõimet, pakub ja finantseerib meetmeid peamiselt neile isikutele, kellel on täielik või osaline töövõime⁴⁴;
- Hindab töövõimet ning erinevate meetmete vajadust (töölesaamiseks ja töö säilitamiseks), sh rehabilitatsiooniteenuse ja abivahendite teenuse vajadust. Hindamisel lähtub inimesest kui tervikust (neljal eluvaldkonnal põhinev hindamine: elamine, töötamine/õppimine, sotsiaalsed suhted, vaba aeg);
- Pakub ja rahastab rehabilitatsiooniteenuseid/programme ning inimese tegevus- ja töövõimet toetavaid-arendavaid abivahendeid töövõimelistele isikutele (kes vajavad nimetatud teenuseid) ning isikutele, kellel on säilinud osaline töövõime;
- Töötukassa juhendab ja nõustab (juhtumikorraldus) isikut muude valdkondade teenuste taotlemisel ning vajadusel suunab inimese SKA või KOV spetsialisti juurde täiendavate teenuste saamiseks.

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

- SKA spetsialiseerub suure hooldus- ja toetusvajadusega isikutele meetmete osutamisele ning lastekaitse ja lastele suunatud teenuste korraldamisele.
- SKA teostab rehabilitatsioonivajaduse hindamist töövõimepuudumisega inimestele ning vanaduspensioniealistele; osutab rehabilitatsiooniteenuseid lastele, töövõimepuudumisega inimestele ning eakatele;
- Osutab erihoolekandeteenuseid raske ja pikaajalise psüühikahäirega isikutele;

⁴³ Vanaduspensioniealistel inimestel kes pöörduvad Töötukassasse ei hinnata töövõimet, aga toetatakse erinevate meetmetega töö säilitamiseks või töölesaamiseks. Kuna käesoleva hanke eemärk on analüüsida tööealiste inimestega seonduvaid küsimusi, siis vanaduspensioniealistele ei keskenduta.

⁴⁴ EPIKoja organisatsioonid on seisukohal, et ka täieliku töövõimekaotusega inimestel peab olema võimalik osaleda tööga seotud programmides (nt kaitstud töö), kuid see ei ole seotud aktiivsusega.

- Toetab ja nõustab SKA-sse suunatud puudega isikut (juhtumikorraldus) teiste valdkondade teenuste saamisel sh teeb koostööd KOVga isikule vajalike KOV teenuste arendamisel;
- Korraldab riiklike hoolekandeteenuste (erihoolekanne, rehabilitatsioon, abivahendid) teenuse osutajate vastavust seaduses esitatud nõuetele (spetsialistid, ruumid vm). Vastavalt teenusele annab välja tegevusloa teenuse osutajale (sisaldab kannet MTR-sse)⁴⁵. Osaleb rehabiliteerivate programmide vajaduse analüüsimises ning kinnitab rehabilitatsiooniprogramme.
- SKA poolt pakutavad meetmed moodustavad nõu eelneva etapi isiku suundumisel tööturuteenustele ja tööle; nõue arendada inimese eeldusi tööturule sisenemiseks tuleb SHS-s kehtestatud teenuse kirjeldusest.

ASTANGU KUTSEREHABILITATSIOONI KESKUS

- On kompetentsikeskus rehabilitatsiooniprogrammide arendamise teemal;
- Analüüsib vajadust programmide osas, teeb ettepanekuid puuduvate meetmete väljaarendamiseks;
- Toetab meetodiliselt erinevate rehabilitatsiooniprogrammide arendamist (lisaks tööalastele programmidele teiste eluvaldkondade programmid), pakub tuge programmide arendajatele;
- Osaleb abivahendite alases arendus- ja koolitustegevuses;
- Haldab abivahendite üleriigilist registrit, vahendab abivahenditesse puutuvat tooteinfot ning piirhindade infot Töötukassa juhtumikorraldajale, töötervishoiuarstile või kaasatud rehabilitatsioonispetsialistidel;
- Viib riigi tellimusel läbi keerulisemate juhtumite puhul abivahendi-, kodu- või töökoha kohanduse vajaduse hindamisi.

Alternatiivi 1 kirjeldus

SIHTGRUPP TÖÖTUKASSAS

- 16.a. kuni vanaduspensioniealised isikud⁴⁶,
- töövõimelised (kuid vajavad toetavaid meetmeid) ja osalise töövõimega isikud, (täieliku töövõimekaotusega isikud võivad osaleda vabatahtlikult TK meetmetes),
- töösuhtes olevad või töösuhet mitte omavad isikud,
- esmased ja korduvad pöördumised kui ilmnevad täiendavad abivajadused töötukassa poolt pakutavate meetmete osas.

PROTSESS

⁴⁵ Tegevusloa väljastamise küsimus on vaja uuesti läbiarutada seoses TVK arengutega. Eeldame, et käsitletavate sotsiaalteenuste osutamiseks teostab SKA eelkontrolli seaduses esitatud nõuetele vastavuse osas ning väljastab tegevusloa, mis annab õiguse teenuse osutamiseks. Tegevusluba võib olla vajalik eeskätt nendel juhtudel, kui SKA ise konkreetset teenust ei rahasta (nt TK rahastab töövõimelise isiku abivahendi või rehabilitatsiooniprogrammi), st SKA ei saa teostada lepingulist järelevalvet. SKA kontrollib kõikide teenuste puhul nõuetele vastavust, teenuseosutajal on majandustegevuse registri registreering ja tegevusluba.

⁴⁶ Vanaduspensioniealistel inimestel kes pöörduvad Töötukassasse ei hinnata töövõimet, aga toetatakse erinevate meetmetega töö säilitamiseks või töölesaamiseks. Kuna käesoleva hanke eemärk on analüüsida tööaliste inimestega seonduvaid küsimusi, siis vanaduspensioniealistele ei keskenduta.

1. **Terviseinfo**⁴⁷ – isik on kohustatud käima kolme kuu jooksul enne töövõime hindamise taotlemist kas perearsti või teda põhiliselt raviva eriarsti vastuvõtul.

1.1 Terviseinfo sisaldab perearsti/eriarsti hinnangut abivahendi vajaduse kohta:

- 1.1.1 Juhul kui perearst/isikut põhiliselt raviv eriarst on pädev määrama abivahendit (lisa 4 abivahendi-alane teenus), märgitakse abivahendi vajadus terviseinfosüsteemi (tänapäevane tõend abivahendivajaduse kohta).
- 1.1.2 Juhul kui isik võib vajada abivahendit, mille määramine ei kuulu perearsti /eriarsti pädevusse (rehabilitatsiooniasutuse või mõne muu spetsialisti pädevus), siis teeb arst sellekohase märke terviseinfo vormil nt “vajab abivahendi vajaduse täiendavat hindamist” (suunamine abivahendialasele teenusele).

1.2 Juhul kui isikul on psüühikahäire:

- 1.2.1 Juhul kui isik ei ole psühhiaatrit külastanud, pöördub perearsti poole, kuid perearsti hinnangul võib isikul olla psüühikahäire. Perearst märgib terviseinfo vajaduse konsulteerida psühhiaatriga. Psühhiaater kaasatakse töötervishoiuarsti meeskonda.
- 1.2.2 Psühhiaatri hinnangul (juhul kui isik on perearsti asemel käinud psühhiaatri kui eriarsti juures) on märgitud isiku psüühikahäire raskusaste, millest võib olla tingitud tema erihoolekandeteenuste vajadus: nt “isiku psüühikahäire on raske, sügava või püsiva kuluga ning piirab tema tegevusvõimet”. St psühhiaater hindab psüühikahäire olemasolu ja raskust, mitte ei hinda erihoolekandeteenuste vajadust.

1.3 Juhul, kui perearst/eriarst näeb rehabilitatsiooniteenuse vajadust:

- 1.3.1 Kui perearsti/eriarsti hinnangul vajaks isik sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust, teeb perearst/eriarst terviseinfosse märke: “isikul on struktuuri- ja funktsioonihäirest tingituna tegevusvõime oluline langus⁴⁸”.

2. **Pöördumine** – tööeline isik (tervisekahjustusega) pöördub Töötukassasse, et saada abi tegevusvõime arendamisel, töö leidmisel, töö säilitamisel ja/või töövõime hindamisel. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.

⁴⁷ Juhul kui terviseinfo puuduvad toodud andmed, siis saadakse need sarnaselt VTITS § 8-le, “Kui tervise infosüsteemis töövõime hindamiseks vajalikud andmed puuduvad või on ebapiisavad, edastab töötukassa arstile taotluse nende saamiseks.” Vajadus mõelda läbi, kuidas toimub TK ja SKA vaheline infovahetus (infosüsteemide ristskasutamine, päringud vm), sest isiku puude raskusastet ning töövõimekaotust puudutav “ajalugu” on SKA-s.

⁴⁸ Perearst/eriarst annab oma hinnangu isiku struktuuri- ja funktsioonihäirele. Kui arst leiab, et probleem on mõõdukas - täielik, tehakse vastav märge: isik vajab reh.vajaduse hindamist.

0 EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0-4%

1 KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5-24%

2 MÕÕDUKAS probleem (keskmine, tuntav, ...) 25-49%

3 RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50-95%

4 TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96-100%

8 täpsustamata (Tta)

9 ei ole rakendatav

Perearsti/eriarsti eelnev hinnang rehabilitatsioonivajadusele vajab täiendavat kaalumist; see saab olla soovituslik. Kogu terviseinfo dokumenteerimise vajadus – nii töövõimehindamiseks, abivahendi vajaduse hindamiseks kui rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks vajab kompleksset ülevaatamist. Eeldab koolitust ning juhendmaterjale.

3. Hindamine – isiku tegevus- ja töövõime, erinevate teenuste vajadus.

3.1 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:

3.1.1 Isiku töövõime ulatust – “selge kaasus⁴⁹ - juhtum” kindlate perearsti/eriarsti poolt kroonilise haigusseisundi või tööst põhjustatud haigust kinnitavate diagnooside loetelu põhjal (ilma isikuga kohtumata).

3.1.2 TK spetsialist hindab tööturuteenuste vajadust, osutab meetmeid; makstakse hüvitist jm.

3.2 TK võib tellida töövõime tuvastamiseks ekspertiisi töötervishoiuarstilt “keeruline kaasus – juhtum”. Töötervishoiuarst võib hindamisse kaasata täiendava spetsialisti (nt puudespetsiifilise ettevalmistusega rehabilitatsiooni- või abivahendispetsialisti, psühhiaatri vm). Juhul kui töövõime hindamise ekspertiis tellitakse töötervishoiuarstilt, korraldab töötervishoiuarst ka rehabilitatsiooni-, abivahendite ja erihoolekande vajaduse tervikliku hindamise⁵⁰:

3.2.1 Psüühilise erivajadusega isiku puhul kaasab töötervishoiuarst psühhiaatri (registreeritud tervishoiutöötajate registris) ja/või rehabilitatsioonimeeskonna (reguleeritud SHS alusel ja registreeritud MTR-s).

3.2.2 Töötervishoiuarst (võimalik konsulteerida tema poolt kaasatud rehabilitatsioonispetsialistiga) teostab rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tervikliku hindamise⁵¹. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel arvestab töötervishoiuarst samade asjaoludega, mida SHS alusel arvestab SKA isiku rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamisel.

3.2.3 Juhul kui isik vajab abivahendit, mis ei kuulu perearsti/isikut põhiliselt raviva eriarsti pädevusse, hindab töötervishoiuarst abivahendi vajadust abivahendi alase teenuse kirjelduses välja toodud valdkondades või kaasab vastava pädevusega spetsialisti (vastavalt lisa 4).

3.2.4 Erihoolekandeteenuste vajaduse hindamiseks raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire puhul kaasab töötervishoiuarst rehabilitatsioonispetsialistid või -meeskonna, mis viib läbi erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamise. Hinnangu saab aluseks võtta isiku konkreetsele erihoolekandeteenustele suunamisel.

3.2.5 Pädev isik või asutus abivahendi vajaduse tuvastamiseks on kinnitatud abivahendite loetelu sätestavas õigusaktis (SHS alusel).

4. Töövõime ulatuse otsus - TK teeb lähtuvalt TK enda poolt läbi viidud töövõime hindamise või töötervishoiuarsti ekspertiisile tuginedes kaalutusotsuse isiku töövõime ulatuse ja hüvitise maksmise kohta:

4.1. **isik on töövõimeline** (võib vajada ja saada erinevaid teenuseid, sh abivahend, rehabilitatsioon);

4.2 **isik on osalise töövõimega** – jätkatakse tööle saamise abistamise/töö säilitamise toetamise protsessiga ja meetmete osutamisega (sh abivahend, rehabilitatsioon). Koostöös juhtumikorraldajaga seatakse isikule aktiivsuse nõuded töövõimetushüvitise saamisel. Erihoolekandeteenuste taotlemiseks esitab isik sooviavalduse SKAle.

⁴⁹ “selge kaasus” - Töötukassa joonisel märgitud kui “lihtne kaasus”, ei soovita kasutada väljendit **lihtne kaasus**, kuna tegemist võib olla väga keeruliste ja raskete juhtumitega (sügava liitpuudega inimesed).

⁵⁰ Kõikide isikute puhul, kes suunatakse töövõimehindamisele töötervishoiuarstile, ei pea hindama rehabilitatsiooni või abivahendi vajadust. Otsus, milliste isikute puhul antud hindamine läbi viia, on töötervishoiuarsti ekspertotsus.

4.3 **isikul puudub töövõime**⁵² – isikul on õigus vabatahtlikult osaleda Töötukassa poolt pakutavates tööalastes meetmetes (kaitstud töö, toetatud töö); lisaks taotleda SKAst rehabilitatsiooni-, abivahendite-, ja erihoolekandeteenust. Täiendavalt vajalik KOV teenused ja tugi vastavalt KOV pädevusele.

5. **Aktiviseerivate meetmete (sotsiaalteenuste) planeerimine ja osutamine TK poolt; seostamine meetmetega, mida TK ei osuta** (nt KOV meetmed, tervishoiumeetmed).

5.1. Juhul kui isik vajab abivahendit, mille määramine ei kuulu perearsti/eriarsti ega Töotervishoiuarsti pädevusse, siis tellib TK isikule abivahendi vajaduse hindamise ja hindamise järgselt vajaliku abivahendi pädevalt asutustelt/spetsialistilt.

5.2. Lähtuvalt töövõimehindamise raames läbiviidud rehabilitatsioonivajaduse hindamise tulemusest lepitakse isikuga kokku rehabilitatsiooniteenuse osutamise edasises protsessis.

5.3. TK suunab isiku rehabilitatsiooniteenusele/programmi. Rehabilitatsiooniteenuse/programmide valik koos teenuseosutajate vahel valiku tegemiseks vajaliku infoga on avaldatud SKA kodulehel/või MTR-s.

5.4. Juhul kui osalise töövõimega psüühilise erivajadusega isikule osutatakse rehabilitatsiooniteenust, hinnatakse teenuse osutamise lõpus ka tema erihoolekandeteenuste vajadust. Isik võib taotleda toetatud elamise ja toetatud töötamise teenust rehabilitatsiooniteenuse osutamise ajal vastavalt kehtivale korrale. Ülejäänud erihoolekandeteenustele suunatakse isik rehabilitatsiooniteenuse osutamise järgselt vastavalt kehtivale korrale.

5.5. TK spetsialist teavitab SKA juhtumikorraldajat võimalikust erihoolekandelis abi vajavast isikust. TK juhtumikorraldaja juhendab ja nõustab isikut erihoolekandeteenuste taotlemiseks SKAst. SKA korraldab isiku edasise erihoolekandeteenustele suunamise. SKAI on võimalik kasutada erihoolekandeteenuste vajaduse hinnangut, mis on koostatud töövõime hindamise käigus (kajastub ilmselt TK infosüsteemis).

5.6. TK teeb koostööd KOVga isikule vajalike KOV meetmete osutamise tagamiseks.

6. **Teenuste olemasolu, kvaliteet**⁵³ - SKA korraldab riiklike hoolekandeteenuste osutajate kvaliteedi nõuetele vastavuse hindamist ning teostab järelevalvet.

6.1 Rehabilitatsiooniteenust, erihoolekandeteenust ja soodustingimustel tehniliste abivahendite eraldamise teenust saab osutada eraõiguslik juriidiline isik, füüsilisest isikust ettevõtja, kohaliku omavalitsuse asutus või valitsusasutuse hallatav asutus, kellele on väljastatud tegevusluba ja kes on registreeritud rehabilitatsiooniteenuse või soodustingimustel tehniliste abivahendite teenuste osutajana majandustegevuse registris.

6.2 Eraõiguslik juriidiline isik, füüsilisest isikust ettevõtja, kohaliku omavalitsuse või valitsusasutuse hallatav asutus esitab tegevusloa taotluse sh majandustegevuse registris rehabilitatsiooniteenuse, erihoolekandeteenuse või soodustingimustel

⁵² Juhul kui töotervishoiuarst hindas isiku abivahendi ja/või rehabilitatsiooniteenuse ja/või erihoolekandeteenuste vajadust, kuid isikule määratakse töövõime puudumine, siis peavad hindamise käigus kajastatud andmed ja otsus olema nähtavad SKAle (SKAIS ja TÖIS liidestamine).

⁵³ Printsip: juhul kui turul ei ole mitte ühtegi teenuseosutajat, siis ei ole võimalik isikul ka teenust kasutada. TK võtab üle teenuse eest tasumise kohustuse, mitte teenuse tagamise kohustuse. SKA annab loa turul tegutsemiseks.

tehniliste abivahendite teenuse osutajana registreerimise Sotsiaalkindlustusametile (vastavalt SHS § 11⁹ ja 11¹⁰).

- 6.3 TK suunab isiku hoolekandeteenusele, millele on väljastatud tegevusluba sh registreeritud majandustegevuse registris (nii rehabilitatsiooni- kui abivahendite teenuse puhul), sõlmitud leping⁵⁴. Majandustegevuse registrisse kannab teenuseosutaja SKA, olles eelnevalt teostanud nõuetele vastavuse kontrollinud ja väljastanud tegevusloa.
- 6.4 Teenuseosutajad (nii rehabiliteerivate programmide osutajad, kui ka abivahendite alase teenuse osutamise kompetentsiga ettevõtted) on avaldatud majandustegevuse registris SKA poolt. Teenuse osutaja kohta on kajastatud info, mis võimaldab teha sisulist teadlikku valikut teenuseosutajate vahel.
- 6.5 Võimalike turul pakutavate abivahendite registrit sh tooteinfo ja hinnakirja haldab Astangu.

7. Vaided ja kvaliteedi kontroll ning järelevalve

- 7.1. Teenuse nõuetele⁵⁵ vastavust hindab SKA tegevusloa väljaandmisel ja järelkontrolli teostades.
- 7.2. Kui teenusele suunab TK; siis isiku vaided vaatab läbi TK
Juhul kui kliendi kaebuse menetlemisel TK tuvastab teenuseosutaja võimaliku nõuetele vastavuse rikkumise, teavitab sellest SKAd. SKA hindab tegevusloa nõuetele vastavust. Probleemide korral SKA peatab või tühistab tegevusloa. SKA hindab rehabilitatsiooni, abivahendite ja erihoolekandeteenuste nõuetele vastavust ning annab tegevusloa välja sõltumata, kes edaspidi teenust rahastab. Eeldame, et rehabilitatsiooni, abivahendi ja erihoolekandeteenuse osutajana tegutsemiseks peab asutusel olema vastav tegevusluba. Teenuse eest võivad tasuta erinevad osapooled, nt SKA, TK, isik, KOV vm osapool, kes soovib teenust kasutada. Juhul kui SKA ise plaanib suunata isikuid antud teenuseosutaja juurde, siis sõlmitakse ka leping ning teostatakse järelevalvet lepingu täitmise üle. Tegemist on tervishoiuteenuste korraldamise analoogiga, kus teenuse osutamiseks on nõutav tegevusluba sõltumata teenuse finantseerijast.

8. **Meetmete tulemuslikkuse hindamine** - TK hindab individuaalse tööotsimise kava tulemuslikkust (konkreetse teenuse tulemuslikkust, nt rehabilitatsioon, saab esmaselt hinnata teenuseosutaja; kokkuvõtva hinnangu erinevate meetmete osas teeb TK).

9. **Finantseerimine** – Sotsiaalteenuseid finantseeritakse TK eelarvest või riigieelarvest TK eelarve kaudu. Isikule osutatud teenuse kulude katmine toimub soovitatavalt voucheri põhimõttel.⁵⁶ Isikul peaks olema valik erinevate talle sobivate teenuseosutajate vahel, mistõttu hanke korras ühe teenuseosutaja väljavalimine piiraks isiku õigust ise valida. SKA poolt teenusele suunatud isikute teenuste maksumust rahastatakse riigieelarvest SKA eelarve kaudu.

⁵⁴ kui TK suunab ja maksab siis lepingut SKA-ga pole vaja. Vajalik on juhtudel kui SKA suunab ja maksab.

⁵⁵ Nõuded on hinnatavad dokumentide alusel - kas on vajalik arv personali, kas personali kvalifikatsioon vastab, kas ruumid vastavad tervisekaitse- ja tuleohutusnõuetele jne).

⁵⁶ Teenuse rahastamine voucheri põhimõttel vajab täiendavat analüüsi. Printsip peaks olema, et raha liigub isikuga kaasas ja isik saab ise valida nõuetele vastavate teenuseosutajate vahel. Juhul kui turul ei ole ühtegi teenuseosutajat, on mõeldav, et TK korraldab hanke ja teenusepakkujat töötavad selle tarbeks uue teenuse välja.

10. Rehabilitatsiooniteenuse/programmide arendamine – Erinevate sekkumiste vajadust hindab, uusi meetmeid piloteerib ning teisi teenuseosutajaid juhendab ja nõustab programmide arendamisel Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus arendab lisaks tööle saamise eesmärgiga programmidele õppimise, elamise ja sotsialiseerumise valdkonna programme.

SOTSIAALKINDLUSTUSAMETI KAUDU SISENEMINE

SIHTGRUPP

Lapsed (kuni 16 eluaastat) ja vanaduspensioniealine isik ning tööealised isikud, kel on TK poolt tuvastatud töövõime puudumine. Erihoolekandeteenuste taotlemise sihtgrupp on ühtlasi ka töövõime piiranguga tööealised isikud.

Tööealiste isikute rehabilitatsiooniteenuse sihtgrupi tunnuseks on Töötukassa poolt tuvastatud töövõime puudumine. Puude raskuste ei peaks enam nõutav olema tööealise sihtgrupi tunnusena.

PÖÖRDUMINE

1. **Pöördumine** – Isik pöördub SKA poole taotlusega saada rehabilitatsiooni, abivahendi või erihoolekandeteenust.
2. **Hindamine**
 - 2.1 SKA viib läbi rehabilitatsiooniteenuse vajaduse eelhindamise (kui see ei ole juba toimunud TK töövõimehindamise ajal). Juhul, kui vastav hindamine on isikule juba tehtud, saab SKA aluseks võtta juba koostatud hinnangu⁵⁷.
 - 2.2 Erihoolekandeteenuse vajaduse tuvastamiseks suunatakse isik rehabilitatsiooniteenusele, juhul kui isikule ei ole töövõime hindamise käigus koostatud erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamist (nt töövõimetud isikud).
 - 2.3 Juhul kui psüühilise erivajadusega osalise piiratud töövõimega isikule on osutatud rehabilitatsiooniteenust TK poolt ja hinnatud muuhulgas erihoolekandeteenuste vajadust, siis kasutab SKA juba koostatud rehabilitatsiooniteenuse osutaja hinnangut.
 - 2.4 Isiku abivahendi vajadus hinnatakse välise eksperdi poolt (arst, rehabilitatsiooniprogramm, rehabilitatsiooniteenus; abivahendi vajaduse tuvastamise teenus). Juhul kui töövõime hindamise käigus on koostatud isikule abivahendi teenuse vajaduse hinnang, kasutab SKA antud hinnangut. Samuti kui terviseinfos on perearst/eriarst märkinud abivahendi teenuse vajaduse, kasutab SKA antud hinnangut isikule abivahendi eraldamise otsuse tegemisel.
 - 2.5 Tööealiste isikute hindamisel ja teenuse osutamisel lähtutakse isiku terviklikest vajadustest, sh tähelepanuta ei saa jätta ka töövõime arendamist ja tööeelduste arendamist, kui selline eesmärk on võimalik inimese puhul seada.

⁵⁷ SKA-le peab jääma võimalus ka hinnangu täiendamiseks vajaduse korral, kuid vältima peaks kõikide TK-st suunatud ja hinnatud isikute "ülehindamist".

2.6 SKA lähtub töövõime hindamise ekspertiisi käigus kogutud varasemast informatsioonist, et vältida andmete korduvat kogumist või küsimist inimeselt.

3. **Meetmete osutamine** – SKA suunab oma sihtgrupi isiku rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenusele; tasub isikule soetatud abivahendi eest.
4. **Koostöö** – SKA teeb juhtumikorralduslikku koostööd KOV, TK jt osapooltega juhul kui eelhindamise käigus on ilmnunud, et isik vajab ka muude sektorite meetmeid. Nõustab ja juhendab isikut muude meetmete saamise võimaluste osas. Informeerib KOV hoolekandelist abi vajavast isikust. Nõustab ja juhendab KOV isiku võimalike KOV vastutusalas olevate sotsiaalteenuste vajaduse osas. Toetab KOV multiprobleemsete inimeste vajaduste hindamisel (eelhindajad) ning juhendab meetmete vajaduse osas.
5. **Teenuste olemasolu, kvaliteet** -
 - 5.1 teenuste loetelu ja nõuded on reguleeritud Sotsiaalhoolekande seaduses.
 - 5.2 SKA väljastab teenuseosutajale tegevusloa ja registreerib teenuseosutaja majandustegevuse registris. Teenuseosutajad on nähtavad majandustegevuse registris, lisaks võib olla vajalik SKA poolt täiendava info nähtavaks tegemist osutatavate teenuste kohta. Esitatud on info mis võimaldab isikul või TKl teha teadlik valik teenuseosutajate vahel.
 - 5.3 Võimalikke turul pakutavate abivahendite inforegistrit ja hinnakirja haldab Astangu Kutsrehabilitatsiooni Keskus.
 - 5.4 Teenuse riigi poolt finantseeritav maksumus on kinnitatud VV poolt.
 - 5.5 SKA sõlmib nõuetele vastava teenuseosutajatega lepingud. Mõeldud on teenuseosutajaid, kes osutavad teenust SKA poolt suunatavatele klientidele.
 - 5.6 Isik valib endale sobiva teenuseosutaja, vahendid liiguvad koos isikuga.
6. **Vaided ja kvaliteedi kontroll ning järelevalve** – SKA lahendab SKA poolt teenusele suunatud isikute vaided. SKA teostab teenuseosutajate üle korralist järelevalvet. SKA arendab meetmete kvaliteedi hindamise meetodikaid ja töötab välja indikaatorid.
7. **Meetmete tulemuslikkuse hindamine** – teenusele suunamisel lähtutakse isiku vajadustest ning püstitatakse eesmärk, mida konkreetse teenusega püütakse saavutada. Erihoolekandeteenuse eesmärk seatakse lähtuvalt kehtivale korrale. Rehabilitatsiooniteenusele seatakse eesmärk lähtuvalt eelhindamise tulemusest. Abivahendi teenuse osutamisel lähtutakse abivahendi vajaduse hindamise tulemusest.
8. **Finantseerimine** – teenuseid finantseeritakse riigieelarvest; SKA eelarve kaudu.
9. **Teenuste arendamine - Astangu koostöös SKAga** arendab rehabilitatsiooniprogramme. Koondab infot abivahenditeenuse osutajate kohta ja annab infot abivahendite vajaduse osas.

TUGEVUSED

- Tööealise inimese jaoks on süsteemi sisenemiseks “üks uks” – Töötukassa. Sealt saab alguse isiku vajaduste hindamine, meetmetega seostamine (vajaduse korral seostatakse ka järgmise asutusega, kes isiku juhtumi korraldamise üle võtab). Inimese jaoks on üks juhtumikorraldaja, üks kontaktpunkt peamiste tööhõivet toetavate meetmete osas: aktiivsed tööturumeetmed ja kaks hoolekandeteenust; isikud, kellel tuvastati töövõimepuudumine, või kes vajavad lisaks tööturuteenustele erihoolekandeteenuseid⁵⁸, seostatakse SKA-ga.

⁵⁸ Erihoolekandeteenused jääksid hetkel SKA koordineerida. Võimalik, et toetatud töötamise/kaitstud töö teenused võiksid liikuda TK alla, kuna kannavad töötamise toetamise eesmärke.

- Eelduslikult on selle skeemi puhul võimalik terviklikumalt ja mittedubleerivalt läbi viia inimese vajaduste hindamist, ühes asutuses lihtsam info riskasutamine ja abistamise tulemuslikkuse hindamine.
- Võimaldab tööealiste isikute riiklike hoolekandeteenuste ja tööturumeetmete administreerimiseks, taotlemiseks, osutamiseks kasutada võimalikult ühetaolist süsteemi, suurendab efektiivsust ja vähendab dubleerimisest tulenevaid lisakulusid.
- Isikute abistamine, kes vajavad korraga nii aktiivseid tööturumeetmeid kui rehab/abivahendi teenust muutub tulemuslikumaks. Meetmed on paremini seostatavad, lihtsam on liikuda erinevate meetmete vahel, võimalik on meetmete koosotamine ja jälgimine, et kõik meetmed toetavad kindlat eesmärki.
- Ühe asutuse raames meetmete pakkumine võimaldab kiiremini reageerida inimese vajadustele ja sekkumisi rakendada.
- Inimene ei pea pöörduma erinevate asutuste poole, ajakulu on väiksem, inimene ei lähe mitme asutuse vahel "kaduma"
- Võimaldab spetsialiseeruda ühele sihtgrupile, tööealistele, ning seada läbivaks eesmärgiks kõigi töövõimeliste tööealiste inimeste tööhõive, seda ka hoolekandeteenuste osutamisel (sh sotsiaalteenuste üheks eesmärgiks tööle saamise, töötamise toetamine või töövõimetute isikute puhul töösarnase tegevuse korraldamine).
- Võimaldab asutustel spetsialiseeruda lähtuvalt sihtgrupist, Töötukassa keskendub terviklikult töövõimega tööealistele inimestele. Sotsiaalkindlustusamet keskendub laste tegevusvõime arendamisele ja toetamisele (eeldades, et ka lastekaitse keskasutus tuleb SKAsse) ning suure toetuse ja hooldusvajadusega eakatele ja tööealistele inimestele.
- Abivahendid ja rehabilitatsiooniteenused omavad ka töötamise toetamise eesmärki, mistõttu on seostatavad aktiivsete tööturumeetmetega paremini kui muud hoolekandeteenused.

NÕRKUSED

- Sotsiaalkindlustusamet peab ka siiski haldama samasid teenuseid (rehabilitatsioon, abivahendid, erihoolekanne) – Töötukassa töövõimega tööealistele; Sotsiaalkindlustusamet lastele ja eakatele ning isikutele, kel töövõime puudub.
- Mõlemas süsteemis peab olema pädevus ja võimekus terviklikuks sotsiaalteenuste vajaduse tuvastamiseks, teenuste haldamiseks, administreerimiseks jne.
- Ümberkorraldused on suured ja aeganõudvad, et mõlemad asutused omaksid pädevust teenuste vajaduste hindamiseks.
- Inimese eagrupi vahetumisel (laps, tööealine, eakas) peab inimene siiski liikuma abi saamiseks teise süsteemi.
- Liikumisel Töötukassa alla moodustavad tööealistele töövõimelisele isikutele suunatud riiklikud hoolekandeteenused väga väikese osa asutuse tööturumeetmetega võrreldes, mistõttu võib olla raske säilitada hoolekandeteenuste spetsiifikat.
- Ei suudeta säilitada hoolekandeteenuste põhimõtet, et lähtutakse isikust kui tervikust, arvestades tema vajadustega erinevates eluvaldkondade (nt nii töötamine kui elamine ja sotsiaalne toimetulek väljaspool töökohta), keskendutakse siiski ainult tööhõivele.

LAHENDAMIST VAJAVAD KÜSIMUSED:

- Kas Töötukassa on valmis lähtuma inimesest kui tervikust, või keskendutakse siiski ainult tööle saamisele ja töötamise toetamisega seotud vajadustele?
- Kas Töötukassa on valmis hindama, suunama ja finantseerima ka kahte tänast hoolekandeteenust?
- Töötukassasse on vaja palgata ja/või vaja välja arendada vastav pädevus (peamiselt rehabilitatsiooni-, abivahendi- ja töövõimehindamise kompetents).
- Tuleb arendada välja võimekus pika-ajaliseks juhtumikorralduseks (ka seostamine KOV teenustega, raviteenused), inimene võib jääda pikaks ajaks Töötukassa kliendiks.
- Kas Sotsiaalkindlustusamet on valmis hindama teenuseosutajate nõuetele vastavust ning arendama kvaliteedi ja järelvalve süsteemi nende teenuste osas, kuhu võib isiku suunata TK?
- Kas Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus on valmis arendama rehabilitatsiooniprogramme ja töö- ning kutsealase rehabiliteerimise meetodikaid ning koolitama teisi teenuseosutajaid?

EELDUSED

- Töötukassa peab olema valmis tegelemaks kogu (osaliselt)töövõimeliste tööaliste sihtgrupiga ja erinevate vajadustega (lisaks töölesaamise eesmärgile iseseisva toimetuleku taastamine jm).

4.2 Juhtumikorralduslik mudel (alternatiiv 2)

(Töötukassa + Sotsiaalkindlustusamet)

Mudeli peamised tunnused:

Juhtumikorraldusliku mudeli⁵⁹ puhul liigub isik Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti vahel. Töötukassa hindab isiku vajadusi, korraldab ja finantseerib tööturuteenuseid. SKA vastutab riiklike sotsiaalteenuste (rehabilitatsioon, abivahendid, erihoolekanne) osutamise ja finantseerimise eest. TK juhtumikorraldaja seostab isiku temale vajalike teenustega.

Kohustused teenuste osutamise osas jagatakse TK ja SKA vahel järgmiselt:

- **Töötukassa:** hindab isiku vajadusi töölesaamise eesmärgist lähtuvalt, osutab ja finantseerib tööturuteenuseid. TK hindab ise meetodika⁶⁰ alusel rehabilitatsiooni ja abivahendi vajadust, aga ei korralda nende teenuste osutamist ega finantseerimist; seostab SKA-ga⁶¹.
- **Sotsiaalkindlustusamet:** korraldab abivahendite-, rehabilitatsiooni- ja erihoolekandeteenuste osutamist, administreerimist ja finantseerimist.

SIHTGRUPP

Töötukassa

- 16.a. kuni vanaduspensioniealised isikud,
- töövõimelised (kuid vajavad toetavaid meetmeid) ja osalise töövõimega isikud, täieliku töövõimekaotusega isikud (võivad osaleda vabatahtlikult Töötukassapoolsetes meetmetes),
- töösuhtes olevad või töösuhet mitteomavad isikud,
- esmaselt või korduvalt pöördunud isikud.

Sotsiaalkindlustusamet

- kõik sihtgrupid (lapsed, eakad ja tööealised isikud, kel on töövõime hindamisel tuvastatud töövõime puudumine);
- tööealised töövõimekaotusega inimesed võivad siseneda ka TK suunamisel ja TK poolt läbi viidud rehabilitatsiooni ja abivahendite teenuse hinnangu alusel,
- töövõimetuse kehtimise perioodil võivad tööealised siseneda otse SKAse ning taotleda SKA vastutusalas olevaid riiklikke sotsiaalteenuseid (ei pea enam minema läbi TK).

⁵⁹ Kõigi kolme pakutud skeemi puhul kasutatakse juhtumikorralduse meetodikat. Antud skeemi puhul on aga rõhutatud, et TK ise ei korralda meetmeid (rehab, abivah, erih), vaid seob läbi juhtumikorralduse inimese SKAse poolt pakutatud nimetatud meetmetega ehk pöörõhk on seostamisel.

⁶⁰ Hindamise eesmärk on saada ülevaade inimese funktsioneerimis- ja osalusvõimest kõigis neljas peamises eluvaldkonnas ning hindamisest lähtuvalt püstitada eesmärk nii inimesele endale kui lähtumiseks teenuseosutajale. Antud eesmärki täidab rehabilitatsiooniteenuse puhul WHO DAS meetodika.

⁶¹ Kuidas vältida huvidekonflikti, et üks asutus hindab ja suunab teenusele, teine asutus finantseerib? Huvidekonflikt on välditav hindamise tuginemisele meetodilistele alustele. Selle skeemi puhul on võimalik ka, et TK hindab vajadust, SKA suunab teenusele, kuid TK osaleb finantseerimisel. Lahendada on vaja küsimus, kuidas TK kuidas finantseerib SKA poolt suunatud ja SKAga lepingulises suhtes olevate teenuste ees. Võimalik kolmepoolsed lepingud, kuid nende administreerimine, kontrollimine jne võib osutada keeruliseks.

PROTSESS TÖÖTUKASSAS (töövõimehindamine ja tööturuteenused):

- 1. Terviseinfo – sama, nagu alternatiivi 1 puhul.**
- 2. Pöördumine** – isik pöördub Töötukassasse, et saada abi töö leidmisel ja/või töövõime hindamiseks. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.
- 3. Hindamine (1) – töövõime ja töötamist toetavate teenuste vajaduse osas.**
 - 3.1 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:**
 - 3.1.1 Isiku vajadusi töötamise seisukohast lähtudes
 - 3.1.2 Töövõimehindamine ja otsuse langetamine - “selged lahendused- juhtum” - isiku töövõime hinnatakse kindlate diagnooside või kindla juhtumi põhjal (ilma isikuga kohtumata).
 - 3.1.3 Töötukassa spetsialist võib näha töötamiseks vajaliku abivahendi või nt töökoha kohandamise vajadust. Isiku abivahendi vajaduse tervikliku hindamise viib Töötukassa tellimusel läbi pädev spetsialist. Hindamine on terviklik, st sisaldab hinnangut nii töötamiseks kui tegevusvõime arendamiseks jne vajalikke abivahendeid.
 - 3.1.4 Töötukassa spetsialist märkab inimesega töötamise käigus rehabilitatsiooniteenuse vajadust. Rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks suunab TK spetsialist isiku töötervishoiuarsti juurde, kes ise, või kaasates pädeva spetsialisti viib läbi reh.vajaduse hindamise.
 - 3.1.5 Töötukassa spetsialist võib näha erihoolekandeteenuste vajadust. Erihoolekandeteenuse vajaduse eksperthinnangu annab rehabilitatsiooniasutus.
- 4. Kui see on vajalik töövõime hindamiseks, siis võib TK tellida töövõime tuvastamiseks ekspertiisi töötervishoiuarstilt “keerulised kaasused – juhtum”.** Töötervishoiuarst võib hindamisse kaasata täiendava spetsialisti (nt puudespetsiifilise ettevalmistusega rehabilitatsiooni- või abivahendispetsialisti, psühhiaatri vm).
 - 4.1.1 Psüühilise erivajadusega isiku puhul kaasab töötervishoiuarst psühhiaatri ja/või mõne muu pädeva spetsialisti (nt psüühilise erivajadusega inimestele spetsialiseerunud tegevusterapeut, psüühilise erivajadusega inimeste rehabilitatsioonimeeskonna liikmed). Lisaks töövõime hindamisele hinnatakse ka erihoolekande teenuste tuvastamise vajadust⁶².
 - 4.1.2 Töötervishoiuarst tuvastab ise isiku abivahendi vajaduse (terviklikult, kasutades sobivat meetodikat), kaasab pädeva spetsialisti või tellib vajaduse hindamise pädevalt spetsialistilt. Abivahendeid finantseerib SKA, kelle jaoks on TK-s läbiviidud abivahendivajaduse hindamise tulemused siduvad. SKA finantseerib isiku abivahendi, kui selleks on eelarves rahalised vahendid; kui vahendeid ei ole, pannakse isik järjekorda⁶³.
 - 4.1.3 Töötervishoiuarst viib läbi rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise, tuginedes sotsiaalhoolekande seaduse eelnõus väljatöötatud rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele ning kriteeriumitele. Rehabilitatsiooniteenust hinnatakse terviklikult, isiku neljast põhivaldkonnast lähtuvalt. Otsus, millistel töövõimekaotusega inimestel hinnatakse

⁶² Erihoolekandeteenuste vajadusele hinnang antakse rehabilitatsiooniteenusel. Töötervishoiuarsti poolt tuvastatakse vajadus suunata isik erihoolekandeteenuste vajaduse hindamiseks rehabilitatsiooniteenusele.

⁶³ Eeldame siiski, et isik saab SKAst kohe teenusele ja järjekordi ei ole. Seega peaks ka antud nõue seaduses olema, et kui isikul on TK hindamine, siis ta peab nõ kohe saama SKAst teenust, et mitte pärssida töölesaamise eesmärgi täitmist.

rehabilitatsioonivajadus, tugineb töövõimehindamist läbiviiva tervishoiuarsti pädevusele.

- 5. Otsus** - TK teeb lähtudes töövõime hindamise tulemustest kaalutusotsuse isiku töövõime ulatuse ja hüvitise maksmise kohta. Otsus sisaldab informatsiooni ka rehabilitatsiooniteenuse osas ning abivahendite osas (milliseid abivahendeid isik vajab).
Otsus:
 - 5.1. isik on töövõimeline (võib saada teenuseid).
 - 5.2 isik on osalise töövõimega, (võib saada teenuseid).
 - 5.3 isikul puudub töövõime. TK võib pakkuda tööalaseid programme, milles osalemine on isikule vabatahtlik. Isik seostatakse SKA-ga, kes korraldab ning finantseerib rehabilitatsiooni-, abivahendite- ja erihoolekandeteenuseid.

- 6. Aktiviseerivate meetmete planeerimine**
 - 6.1 TK spetsialist jätkab tööotsimise kava täitmist (sj soovitusel rehabilitatsiooni, abivahendi jne osas) tuginedes töövõimehindamise käigus saadud informatsioonile ja soovitudele.

- 7. Hoolekandeteenustega seostamine**
 - 7.1 TK nõustab ja juhendab isikut SKA-st rehabilitatsiooniteenuse, abivahenditeenuste ja erihoolekandeteenuste taotlemise võimaluste osas SKAst.
 - 7.2 TK spetsialist teavitab SKA *juhtumikorraldajat* võimalikust riiklike sotsiaalteenuseid vajavast isikust, teeb koostööd KOV ja teiste isikule vajalike teenuste osutajatega.
 - 7.3 SKA juhtumikorraldaja võtab ühendust riiklike sotsiaalteenuseid vajava isikuga ning tutvustab talle meetmete taotlemise protsessi.
 - 7.4 TK juhtumikorraldaja jälgib ning vajadusel toetab ja juhendab isikut jätkuvalt ka teiste asustuste poolt meetmete osutamise protsessi käigus.
 - 7.5 TK poolt läbi viidud abivahendi ja rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise andmed on kättesaadavad SKAle ning aluseks SKA poolt isiku suunamisel rehabilitatsiooniteenusele või abivahendi soetamiseks.
 - 7.6 Juhul kui isiku tööle saamiseks TK tuvastab võimaliku KOV hoolekandeteenuste vajaduse, informeerib KOV hoolekandelist abi vajavast isikust ning teeb koostööd isikule KOV teenuste osutamisel.

- 8. Pöördumine SKAsse** – isik esitab riiklike sotsiaalteenuste saamiseks taotluse SKAsse. Juhul kui Töötukassa poolt on terviklikult hinnatud abivahendivajadust ja rehabilitatsiooniteenuse vajadust ning abivahendi ja rehabilitatsiooniteenus on käsitletud isiku jaoks kohustuslike aktiviseerimismeetmetena, on otsus SKAle siduv. Antud juhul ei esita isik enam taotlust SKAle, vaid TK edastab oma otsuse SKAle ja SKA võtab ühendust isikuga teenuse saamise võimaluste ning aja osas.

- 9. Riiklike hoolekandeteenuste vajaduse hindamine SKAs:**
 - 9.1 Erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamiseks suunatakse isik rehabilitatsiooniteenusele.
 - 9.2 Kui isiku abivahendi vajadust (nt täieliku töövõimekaotusega isikute puhul) ei ole hinnatud TK poolt, tellib SKA abivahendi vajaduse hindamise pädevalt spetsialistilt. Abivahendivajadust võidakse hinnata ka rehabilitatsiooniteenusel.

9.3 Kui isiku rehabilitatsioonivajadust ei ole hinnatud TK poolt (nt täieliku töövõimekaotusega isikud), siis hinnatakse rehabilitatsioonivajadus SKA poolt.

9.4 Eelhindamise läbiviimiseks tuginetakse töövõime hindamise ekspertiisi käigus kogutud informatsioonile, et vältida andmete korduvat kogumist või küsimist inimeselt.

10. SKA vastutusalas olevate meetmete osutamine

10.1 SKA korraldab abivahendite eraldamist ning finantseerimist, isikul omaosalus.

10.2 SKA suunab isiku rehabilitatsiooniteenusele ja finantseerib rehabilitatsiooniteenuseid.

10.3 SKA suunab isiku erihoolekandeteenustele ja finantseerib erihoolekandeteenuseid; isikul võib olla omaosalus.

10.4 SKA informeerib TK isikule riiklike hoolekandeteenuste osutamise otsustest.

10.5 Juhul kui rehabilitatsioonivajaduse hindamise käigus ilmnes, et isik vajab KOV vastutusalas olevaid hoolekandemeetmeid, nõustab ja juhendab SKA isikut KOV vastutusalas olevate meetmete taotlemise võimaluste osas. Vajadusel nõustab ja juhendab KOV sotsiaaltöötajat isikule KOV teenuste pakkumisel.

11. Teenuste olemasolu, kvaliteet - SKA korraldab riiklike hoolekandeteenuste osutajate kvaliteedi nõuetele vastamise hindamist ning teostab järelevalvet.

12. Vaided ja kvaliteedi kontroll ning järelevalve

12.1 Teenuse nõuetele vastavust hindab SKA tegevusloa välja andmisel.

12.2 Isiku vaided vaatab läbi SKA .

12.3 Korralist järelevalvet teenuseosutajate üle teostab SKA (järelevalve nõuete järgimise ja nõuetele vastavuse üle).

13. Meetmete tulemuslikkuse hindamine - SKA hindab riiklike sotsiaalteenuste tulemuslikkust.

14. Finantseerimine

Riiklike sotsiaalteenuseid finantseeritakse riigieelarvest SKA eelarve kaudu.

15. Rehabilitatsiooniteenuse/programmide arendamine – Erinevate sekkumiste vajadust hindab, uusi meetmeid piloteerib ning teisi teenuseosutajaid juhendab ja nõustab programmide arendamisel Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus.

TUGEVUSED:

1. Iga asutus jääb “oma liistude juurde”. Töötukassa saab tugevdada aktiivsete tööturumeetmete osutamist, SKA riiklike sotsiaalteenuste osutamist. Mõlemal asutusel teenuste osutamisel selged, kitsad eesmärgid, varasem kogemus nende teenuste osutamisel ja arendamisel.

2. Kuna inimesed sisenevad Töötukassa kaudu töövõimehindamisele (meetmed ja hüvitis), siis esmaseks vajaduste hindajaks, meetmete planeerijaks ja eesmärgi seadjaks tööealistel inimestel jääb Töötukassa; kui seal eesmärgitäitmine ei õnnestu, suunatakse/seostatakse Sotsiaalkindlustusametiga (pehmemad meetmed);

3. SKA-l juba olemas kogemus ja infosüsteem rehabilitatsiooni ja erihoolekande menetlemise ja arendamisega, TK tuleb see alles välja-arendada.

NÕRKUSED:

1. Isik peab liikuma asutuste vahel (ajakulu reaalse teenuse kättesaamiseks pikeneb).
2. Inimene on tervik, tema vajadused põimunud, hindamisel seda arvestatakse, aga teenuste osutamisel mitte (teenuste osutamist korraldavad asutused on eraldiseisvad).
3. Kuna aktiivsete tööturumeetmete ja riiklike hoolekandeteenuste menetlemise protsessid ja finantseerimine on erinevad, siis ei pruugi olla inimesele meetmete osutamine sujuv (nt vajaks kiirelt abivahendit, kuid SKA ei ole selleks rahalisi vahendeid ja inimene pannakse järjekorda. Sama rehabilitatsiooniga)
4. Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti poolt osutatavate meetmete eesmärgid ei pruugi kattuda ja üksteist toetada.
5. Kuigi juhtumikorraldaja koordineerib inimese juhtumit, on tema võimalused ja volitused teise asutuse poolt pakutavate meetmete osutamise mõjutamiseks piiratud.
6. Täna Töötukassa juba pakub abivahendeid, samuti on mõni tööturuteenus (tööharjutus vm) sisult rehabilitatsioonimeede –antud skeemi puhul peaksid need teenused liikuma SKA alla.
7. Dubleerimine asutuste vahel (TK ja SKA ei pea mõlemad omama kompetentsi vajaduste terviklikuks hindamiseks):

LAHENDAMIST VAJAVAD KÜSIMUSED:

1. Informatsiooni vahetamine Töötukassa ja SKA vahel, juba kogutud andmete riskasutamine – kuidas tagada?
2. Keerulised juhtumid ja kombineerunud probleemidega inimesed (vajavad igal juhul TK ja SKA koostööd, aga kuidas korraldada nii, et ei toimuks inimese korduvat suunamist ühest süsteemist teise, lisaks on vajalikud KOV teenused – kes on nõ juhtumikorraldaja)?
3. Kuidas tagada, et isik jõuaks SKA-st tagasi Töötukassasse (st peale rehabilitatsiooni seostumine tööturuga)?
4. Milline on menetluse kulu, kui inimese hindamine algab TK ja realselt vajab sotsiaalteenust, milline variant on kuluefektiivsusest lähtuvalt optimaalne?

EELDUSED:

1. Mõlemas asutuses on realselt olemas vajalikud paindlikud ja kliendi vajadustele vastavad meetmed, mida on võimalik kohandada ja sobitada isikule (nii Töötukassas kui Sotsiaalkindlustusametis).
2. Mõlemas asutuses on realselt olemas pädevad spetsialistid (st ei suunataks spetsialisti ebapädevuse tõttu isikut ära), tugev juhtumitöö mõlemas asutuses.
3. Toimiv sektoritevaheline koostöö, et realselt klienti aidata.

4.3 Eraldatud teenuse osutamine (alternatiiv 3)

Töötukassa + Sotsiaalkindlustusamet (abivahendi- ja rehabilitatsiooniteenus jaotatud Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusameti vahel)

Mudeli peamised põhimõtted:

Sisuliselt tegemist tänase olukorraga, kus abivahendite teenus ja tööalane rehabilitatsioon⁶⁴ on jaotatud 2 asutuse vahel: töölesaamise eesmärgil vajalikud abivahendid/kohandamine/rehabilitatsioon läbi TK, sotsiaalseks toimetulekuks vajalikud meetmed – läbi SKA. Isikule jääb 2 asutust nimetatud teenuste saamiseks.

TÖÖTUKASSA:

hindab isiku töövõimet ja tööalaseid vajadusi, seal juures kitsalt tööalase rehabilitatsiooni ja abivahendite vajadust. Töötukassa maksab hüvitist, osutab ja finantseerib tööturuteenuseid, töötamiseks vajalikke abivahendeid ja tööalase rehabilitatsiooni programme. Kõikide tööalaste eesmärkidega (töö säilitamine, tööle saamine, jm) pöördub isik Töötukassa poole. Sotsiaalteenuse vajaduse korral seostab TK juhtumikorraldaja isiku SKA, KOV jm vajaliku osapoolega.

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET:

hindab riiklike sotsiaalteenuse vajadust vastavalt väljatöötatud metoodikale (rehabilitatsioon, abivahend, erihoolekanne), seostab iseseisvat toimetulekut ning tegevusvõimet arendavate sotsiaalteenustega, suunab, administreerib ja finantseerib sotsiaalse eesmärgiga teenuseid. Sotsiaalteenuste saamiseks pöördub isik otse Sotsiaalkindlustusameti poole (nii esmase- kui korduva abitaotlemise korral), kuid võidakse suunata ka läbi TK juhtumikorralduse.

SIHTGRUPP

Töötukassa

- tööealised isikud (lisaks eakad, kes töötavad või on seadnud eesmärgi asuda tööle),
- töövõimelised, osalise töövõimega ja töövõimetud isikud (töövõimetud inimesed osalevad TK programmides vabatahtlikult),
- töösuhtes olevad või töösuhet mitteomavad isikud,
- esmased ja korduvad pöördumised abi saamiseks.

Sotsiaalkindlustusamet

- Kõik sihtgrupid (lapsed, tööealised isikud ja eakad, kellel on terviseolukorrast tingitud tegevus- ja osalusvõime langus⁶⁵). Võivad siseneda otse SKAsse ning taotleda SKA vastutusalas olevaid riiklikke hoolekandemeetmeid või on seostatud TK juhtumikorraldaja poolt.

PROTSESS (Töötukassast)

⁶⁴ Mitmed tänased Töötukassa teenused nt Tööklubi, tööharjutus, on olemuselt rehabiliteerivad ja sarnased tänastele rehabilitatsiooniprogrammidele.

⁶⁵ Igale konkreetsele teenusele suunamine tugineb isiku hinnatud vajadustele, nt reh.teenusele suunamiseks vajalik reh.vajaduse hindamise läbimine; erihoolekandeteenusele suunamine tugineb rehab.meeskonna otsusele jm.

1. Terviseinfo – sama, nagu alternatiivide 1 ja 2 puhul.

2. Pöördumine – isik (tervisekahjustusega) pöördub Töötukassasse abi saamiseks töö leidmisel ja/või töövõime hindamiseks. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.

3. Hindamine (1) – töövõime ja teenuste vajadus.

3.1 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:

3.1.1 Isiku olukorda töötamise eesmärgist lähtuvalt, tööturuteenuste vajadust, toetustele kvalifitseerumist.

3.1.2 TK spetsialist võib märgata töötamiseks vajaliku abivahendi vajadust (Töötukassa enda teenus). Kui abivahendivajadus ei ole juba hinnatud perearsti/eriarsti poolt ja vajadus selgub töötukassas, siis TK spetsialist tellib abivahendi vajaduse hindamise sisse (ostab hindamise teenust) selleks pädevalt spetsialistilt. Kui isik suunatakse töövõimehindamiseks edasi töötervishoiuarstile, siis võib töötamiseks sobiva abivahendi vajaduse tuvastada töötervishoiuarst. Abivahendi vajaduse hindamisel lähtutakse inimese vajadustest **terviklikult** (st hindamisel võetakse arvesse nii töötamiseks kui tegevusvõime arendamiseks vajalike abivahendite vajadust).⁶⁶

3.1.3 TK spetsialist võib märgata tööalase rehabilitatsiooni vajadust (Töötukassa enda teenus). Spetsialist hindab tööalase rehabilitatsiooni vajadust ise; või kui isik suunatakse töövõimehindamiseks töötervishoiuarstile, siis võib tööalase rehabilitatsiooni vajaduse tuvastada töötervishoiuarst. LAHTINE: kas rehabilitatsiooniteenuse vajadust hinnatakse TK-s terviklikult või tööalastest vajadustest lähtuvalt? Terviklik, 4-eluvaldkonnale põhinev rehabilitatsioonivajaduse hindamine eeldab sama meetodika kasutamist, mida kasutab SKA reh.vajaduse hindamisel⁶⁷ ja sellisel juhul tuleks hindamine läbi viia töötervishoiuarsti või tema poolt kaasatud pädeva spetsialisti poolt töövõimehindamise etapis; kui TK jääb pakkuma vaid tööalast rehabilitatsiooni, siis ei ole väljatöötatud meetodika kasutamine vajalik.

3.1.4 Nõ “selged lahendused” (kindlad diagnoosid vm, loetelu nt UK kogemus) hindab TK spetsialist töövõimet ise, langetatakse ostus töövõimetushüvitise osas.

3.2 Kui see on vajalik töövõime hindamiseks, siis võib TK tellida töövõime tuvastamiseks ekspertiisi töötervishoiuarstilt. Töötervishoiuarst võib hindamisse kaasata täiendava spetsialisti (nt puudespetsiifilise ettevalmistusega rehabilitatsiooni- või abivahendispetsialisti, psühhiaatri vm).

3.2.1 Töötervishoiuarst kaasab psüühilise erivajadusega isiku töövõime hindamiseks vajadusel psühhiaatri või mõne muu pädeva spetsialisti (nt psüühilise erivajadusega inimestele spetsialiseerunud tegevusterapeut). NB! erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamine toimub endiselt SKA-s, rehabilitatsiooniteenuse raames.

⁶⁶ abivahendi vajaduse hindamine peaks isiku jaoks olema terviklik, et vältida samalaadse hinnangu tellimist SKA poolt.

⁶⁷ Planeeritav reh.vajaduse hindamise meetodika tugineb RFK-le, WHO DAS meetodika, kohandatud Eesti oludele.

- 3.2.2 Töötervishoiuarst hindab isikule vajalike abivahendite vajadust terviklikult (töölane ja muud); või kaasab selleks pädeva spetsialisti või tellib hindamise pädevalt spetsialistilt.
- 3.2.3 Töötervishoiuarst hindab isiku **töölase** rehabilitatsiooni vajadust. LAHTINE: kas töötervishoiuarst hindab rehabilitatsioonivajadust üksnes töölesaamise eesmärgist või terviklikult? Terviklik, 4-eluvaldkonnale põhinev rehabilitatsioonivajaduse hindamine eeldab sama meetodika kasutamist, mida kasutab SKA reh.vajaduse hindamisel⁶⁸. Kui töötervishoiuarst hindab reh.teenuse vajaduse terviklikult, on see aktsepteeritav SKA jaoks.
- 3.2.4 Kui töötervishoiuarst ei hinda reh.vajadust terviklikult, kuid nähakse nõ sotsiaalse rehabilitatsiooni (esmast) vajadust, seostatakse TK juhtumikorralduse poolt inimene SKA-ga. SKA hindab terviklikult reh.vajadust ja osutab reh.teenust vastavalt seadusandlusele.

4. Otsus - TK teeb töövõime hindamise või töötervishoiuarsti ekspertiisile tuginedes kaalutusotsuse isiku töövõime ulatuse ja hüvitise maksmise kohta:

- 4.1. isik on töövõimeline (võib saada tööturuteenuseid ja töötamiseks vajaliku abivahendi ja tööalase rehabilitatsiooni TK-st); ning riiklike sotsiaalteenuseid SKA-st, kui SKA-s vajadus on tuvastatud).
- 4.2 isik on osalise töövõimega (saab hüvitist ja tema vajadustele vastavaid tööturuteenuseid (sh töötamiseks vajalik abivahend, tööalane rehab); samuti sotsiaalteenuseid SKA-st, kui SKA-s on tuvastatud vastav vajadus).
- 4.3 isikul puudub töövõime. TK võib pakkuda tööalaseid rehabilitatsiooniprogramme ja teenuseid, kuid nendes osalemine ei ole isikule kohustuslik. Võib saada teenuseid SKA-st, kui vastav vajadus on tuvastatud.

5. Aktiviseerivate meetmete planeerimine

- 5.1 TK spetsialist jätkab isiku abimeetmete planeerimist, sh töötamiseks vajalikud abivahendid ja tööalane rehabilitatsioon kui TK enda teenused.
- 5.2 Tööalase rehabilitatsiooni vajadus on hinnatud, TK hangib vajaliku tööalase rehabilitatsiooniprogrammi (kas vouchersüsteem või kuulutab TK ise välja hanke teatud programmide osutamiseks). TK võib seada tingimuse, et tööalaseid rehabilitatsiooniprogramme ostetakse vaid nendelt asutustelt, kes on SKA poolt aktsepteeritud teenuseosutajad SKA poolt (nt registreeritud majandustegevuse registris).
- 5.3 Kui isik vajab lisaks tööalasele rehabilitatsioonile teisi rehabilitatsiooniteenuseid (nt iseseisvate puudespetsiifiliste toimetulekuoskuste õpe, kohanemine jm), seostab TK juhtumikorraldaja isiku SKA-ga.
- 5.4 Töötamiseks vajalik abivahend hangitakse isikule TK poolt.
- 5.5 Sotsiaalse toimetuleku ja tegevusvõime arendamiseks vajalike sotsiaalteenustega (SKA ja KOV) seostamine toimub TK juhtumikorraldaja poolt.

6. Aktiviseerivate meetmete (sotsiaalteenuste) osutamine -

- 6.1 TK nõustab ja juhendab isikut sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse, tegevusvõimet arendavate abivahenditeenuste ja erihoolekandeteenuste taotlemise võimaluste osas SKAst.

⁶⁸ Planeeritav reh.vajaduse hindamise meetodika tugineb RFK-le, WHO DAS meetodika, kohandatud Eesti oludele.

- 6.2 TK spetsialist teavitab SKA juhtumikorraldajat võimalikust riiklike hoolekandeteenuseid vajavast isikust. Samuti teavitab isiku nõusolekul KOVi võimalikust hoolekandelist abi vajavast isikust.
- 6.3 SKA juhtumikorraldaja võtab ühendust riiklike hoolekandeteenuseid vajava isikuga ning tutvustab talle meetmete taotlemise protsessi.
- 6.4 TK juhtumikorraldaja jälgib ja vajadusel toetab ja juhendab isikut ka teiste asustuste poolt meetmete osutamise protsessi käigus.

7. Pöördumine SKAsse – isik esitab riiklike hoolekandeteenuste saamiseks taotluse SKAsse. SKA alustab isiku riiklike hoolekandeteenuste vajaduste tuvastamist. Võimaluse korral tugineb SKA isiku kohta varasemalt kogutud informatsioonile (nt puude määramine, töövõime hindamise käigus tuginetud informatsioon jm⁶⁹).

8. Hindamine (2)⁷⁰ SKAs:

- 8.1 SKA viib läbi rehabilitatsioonivajaduse hindamise, milleks kasutatakse soovituslikku hindamismetoodikat. Hindamisel ja teenuste osutamisel lähtutakse isiku terviklikest vajadustest sh elamine, töötamine/õppimine, iseseisev toimetulek, sotsiaalsed suhted. Isiku abistamise eesmärk seatakse lähtuvalt eelhindamise tulemusest vastavates põhivaldkondades.
- 8.2 Rehabilitatsioonivajaduse hindamise tulemustest lähtuvalt seostatakse isik temale vajalike teenustega – **a)** rehabilitatsiooniplaani koostamine (seal juures erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamine (kui selleks ei ole eraldi programmi); abivahendi vajaduse tuvastamine (kui selleks ei ole vastavasisulist programmi); **b)** konkreetne rehabilitatsiooniteenus/või programm, **c)** KOV, ravi, MTÜ vm.
- 8.3 SKA korraldab isiku abivahendivajaduse tervikliku hindamise, mis viiakse läbi kas rehabilitatsiooniraames või pädeva spetsialisti poolt.
- 8.4 Võimaluse korral tuginetakse isiku kohta varem kogutud informatsioonile (töövõimehindamine, puude määramine, tervises seisund). See on vajalik, et vältida andmete korduvat kogumist või küsimist inimeselt.

9. SKA vastutusalas olevate meetmete osutamine

- 9.1 SKA informeerib TK juhtumikorraldajat isikule riiklike hoolekandeteenuste osutamise otsustest.
- 9.2 SKA otsustab isikule abivahendi eraldamise ja hüvitab isikule soetatud abivahendi maksumuse.
- 9.3 SKA suunab isiku rehabilitatsiooniteenusele ja hüvitab isikule teenuse kulud.
- 9.4 SKA suunab isiku erihoolekandeteenustele ja hüvitab isikule teenuse osutamise kulud.
- 9.5 Juhul kui eelhindamise käigus ilmnes, et isik vajab KOV vastutusalas olevaid hoolekandemeetmeid, nõustab ja juhendab SKA isikut KOV vastutusalas olevate meetmete taotlemise võimaluste osas. Samuti võtab ühendust isiku elukohajärgse

⁶⁹ Rehabilitatsioonivajaduse hindamisel tuginetakse isiku vajadustele, eelduslikult ei pea inimesel olema tuvastatud puude raskusastet. Isik võib reh.teenust taotleda ka enne töövõimehindamist, st võib olla juhtumeid, kui SKA ei saa reh.vaj.hindamisel tugineda varasemale infole.

^{70 70} Juhul kui TK on valmis sisse viima rehabilitatsiooniteenuste vajaduse tuvastamise vastavalt WHO DAS metoodikale ning valmis tellima pädevalt isikult abivahendi hindamise, tehakse teenuste vajaduse hindamine TK-s. TK otsus antud hoolekandeteenuste osutamiseks on SKAle siduv ja SKA enam täiendavat hindamist läbi ei vii.

KOVga ja informeerib hoolekandelist abi vajavast isikust. Vajadusel nõustab ja juhendab KOV sotsiaaltöötajat isikule KOV teenuste pakkumisel.

10. Teenuste olemasolu, kvaliteet

- 10.1TK korraldab tööturuteenuste, sh töötamiseks vajalike abivahendite ning tööalaste rehabilitatsiooniprogrammide olemasolu, hankimise, kontrollib kvaliteedinõuetele vastavust.
- 10.2SKA korraldab riiklike hoolekandeteenuste olemasolu, ja kontrollib kvaliteedinõuetele vastamist.

11. Vaided ning järelevalve

- 11.1 TK – tööturuteenused ja töötamise seotud abivahendid/tööalane rehabilitatsioon (need on samuti tööturuteenused)
- 11.2 SKA – hoolekandeteenuste nõuetele vastavust hindab SKA tegevusloa välja andmisel.

12. **Meetmete tulemuslikkuse hindamine** – TK tööturuteenused (sh töötamiseks vajalik abivahend ja tööalane rehabilitatsioon); SKA hindab hoolekandeteenused.

13. **Finantseerimine** – TK tööturuteenused; SKA – sotsiaalteenused.

14. **Rehabilitatsiooniteenuse/programmide arendamine** – Erinevate sekkumiste vajadust hindab, uusi meetmeid piloteerib ning teisi teenuseosutajaid juhendab ja nõustab programmide arendamisel Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus.

TUGEVUSED:

- Iga asutus jääb “oma tänaste liistude juurde”. Töötukassa saab spetsialiseeruda aktiivsete tööturumeetmete pakkumisele; jätkab töötamiseks vajalike abivahendite hankimist, arendab ja tugevdab konkreetset töölesaamiseks vajalikke rehabilitatsiooniprogramme, st jääb töötamise-eesmärgi keskseks; SKA saab keskenduda riiklike hoolekandeteenuste vajaduse hindamisele, pakkumisele ja arendamisele, millega on juba kogemus.
- Tööalase eesmärgi täitmisel saab isik TK-st kiiresti abi (tööturuteenused, töötamiseks vajalik abivahend ja tööalane rehabilitatsioon) – kõik toimub läbi Töötukassa; tööalaste eesmärkide puhul ei ole suunamist teise süsteemi.
- Kuna inimesed sisenevad Töötukassa kaudu töövõimehindamisele (meetmed ja hüvitis), siis esmaseks vajaduste hindajaks, meetmete planeerijaks ja eesmärgi seadjaks tööalistel inimestel jääb Töötukassa; kui seal eesmärgitäitmine ei õnnestu, suunatakse/seostatakse Sotsiaalkindlustusametiga (pehmemad meetmed);
- Inimesele on tööturu- ja riiklike sotsiaalteenuste saamise protsess suhteliselt harjumuspärane (sama, nagu siiani).

LAHENDAMIST VAJAVAD KÜSIMUSED:

- Isiku vajaduste hindamine – kas TK hindab isiku rehabilitatsioonivajadust tööalastest eesmärkidest lähtuvalt või terviklikult?
- Kuidas jagada rehabilitatsioonis tööalased eesmärgid ja teised eesmärgid? Rehabilitatsioon on integreeritud valdkond, kus taoline eristamine ei ole lihtne – sageli on sotsiaalne rehabilitatsioon eelduseks tööalasele, kuid inimese protsess algab töövõimehindamisega üldjuhul Töötukassast.
- Varasemalt läbiviidud hindamiste ja isiku kohta kogutud informatsiooni ristikasutamine mõlema asutuse poolt (et vältida dubleerimist, sama info küsimist ning et oleks võimalik jälgida kliendi liikumist ja eesmärkide elluviimist mõlemas süsteemis).

NÕRKUSED:

- Ajakulu isiku jaoks, liikumine asutuste vahel kui vajalikud on nii tööalane rehabilitatsioon kui sotsiaalne rehabilitatsioon.
- Jääb tänane olukord, kus inimesel on abivahend töötamiseks (mida eelduslikult ei tohiks kasutada muul ajal kui tööl ning tuleb tagastada peale töösuhte lõppu) ning abivahend toimetulekuks.
- Võib tekitada segadust, et isikul jääb 2 asutust abivahendi/rehabilitatsiooni saamiseks – TK - töötamisega seotud abivahendid ja SKA tegevusvõimet arendavad jm abivahendid – tuleb leida lahendus, kui üks inimene vajab mitut erinevat abivahendit. Isegi, kui TK hindab abivahendi vajadust terviklikult, tuleb korraldada finantseerimine (kahest erinevast allikast)? Samuti – rehabilitatsioon, kas/kuidas teha vahet tööalasel eesmärgil ja sotsiaalsel eesmärgil?

EELDUSED:

- Mõlemas asutuses on realselt olemas pädevad spetsialistid (juhul, kui TK hindab nii rehabilitatsiooni- kui abivahendi vajadust terviklikult, peab ka siin olema vastav pädevus), tugev juhtumitöö mõlemas asutuses, et ei tekiks olukorda, kus inimest suunatakse ühest asutusest teise spetsialistide pädevuse puuduse tõttu.
- Toimiv sektoritevaheline koostöö, informatsiooni riskasutamine, et realselt klienti aidata.
- Mõlemas asutuses on realselt olemas vajalikud paindlikud ja kliendi vajadustele vastavad meetmed, mida on võimalik kohandada ja sobitada isikule (nii Töötukassas kui Sotsiaalkindlustusametis).

4.4 Alternatiivide võrdlustabel

Võrdluse alguspunkt: isiku sisenemine Töötukassasse.

	Kriteerium	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2	Alternatiiv 3
1	Teenustele suunamine toimub isiku vajaduste ja tegevusvõime hindamisel	JAH	JAH	JAH
2	Isiku vajaduste hindamine on terviklik ja integreeritud (hinnatakse nii töövõimet kui tööturu- ja riiklike sotsiaalteenuste vajadust, neljas peamises eluvaldkonnas)	JAH, hindamised integreeritud ühtsesse protsessi	JAH, hindamised integreeritud ühtsesse protsessi	EI, hindamised eraldi asutustes (TK-s töövõime hindamine, SKA-s riiklike sotsiaalteenuste vajaduse hindamine)
3	Hindamine on seostatud teenuste osutamise kiiresti (ajaline kulu hindamiselt teenuste jõudmisel on optimaalne)	Suuremal määral. Osalise töövõimega isik saab tööturuteenused, rehabilitatsiooni ja peamised abivahendid ühest asutusest – TK;	EI. Hindamine on terviklik, kuid teenuste osutamine jaotatud TK ja SKA vahel (TK-s tööturuteenused,	Osaliselt. Abivahend töötamise jätkamiseks, tööalane rehabilitatsioon TK

		täieliku töövõimekaotusega isik seostatakse TK poolt SKA-ga, kes pakub reh/abivah/erih. Korduva teenuse vajadusega täieliku töövõimekaotusega inimesed pöörduvad töövõimekaotuse kehtivuse perioodil edaspidi otse SKA-sse.	SKA-s riiklikud sots.teenused). TK seostab isiku, kuid ajakulu reaalselt teenusele jõudmisele võib pikeneda.	osutamisel (kiiresti); abivahend ja rehabilitatsioon toimetuleku arendamiseks SKA-st). TK seostab isiku, kuid ajakulu reaalselt teenusele jõudmisele võib pikeneda.
4	Teenusele suunamine on varajane ja isiku töövõimet toetav (puude väljakujunemist ennetav)	JAH, kui ka ajutise töövõimekaotusega seotud hüvitis/meetmed liiguvad TK-sse (rehabilitatsioon, abivahendid).	EI, isegi, kui ajutise töövõimekaotusega seotud hüvitiste maksimine on TK-s, siis rehab/abivah.teenused on siiski SKA-s.	Osaliselt, TK pakub koos tööturuteenustega töötamiseks vajaliku abivahendi, tööalast rehabilitatsiooni.
5	Teenustele suunamise ja taotlemise protsess on võimalikult ühetaoline ja läbipaistev (nt nii tööturu kui töötamist toetavate riiklike sotsiaalteenuste saamise protsess on ühetaoline)	Suuremal määral, rehabilitatsiooni- ja abivahendite teenus TK-s sarnase menetluse alusel; erihooldus osaliselt.	Osaliselt, hindamise etapp on terviklik TK-s, riiklike sotsiaalteenuste taotlemine SKA kaudu.	EI, Abivahendi- ja rehabilitatsiooniteenus on eesmärgist lähtuvalt jaotatud TK ja SKA vahel.
6	Teenustele suunamine on inimese jaoks lihtne "üks uks"	Suuremal määral, osalise töövõimega inimestele rehabilitatsiooni- ja abivahendite teenuse puhul "üks uks" - TK, töövõimepuudumisega inimestele ja erihoolekandele saamiseks "kaks ust" - TK seostab SKA-ga.	Osaliselt, hindamiseks "üks uks", teenustele suunamiseks "kaks ust" (kogu sihtgrupil).	Osaliselt (sõltub inimese vajadustest). Töötamiseks vajalik abivahend ja tööalane rehabilitatsioon - üks uks - TK; toimetuleku arendamiseks vajalik rehabilitatsioon ja muud abivahendid ning erihoolekanne - SKA.
7	Meetmete seostatud osutamine ja korraldus (tööturu ja riiklike sotsiaalteenuste)	Suurel määral	Osaliselt, hindamine terviklik, meetmete osutamine eraldatud)	Osaliselt, abivahend töötamiseks, tööalane rehabilitatsioon TK-st)
8	Süsteemi ümberkorralduse ulatus	Suur	Keskmine	Minimaalne
9	Ühekordsete vahendite vajadus süsteemi ümberkorraldamiseks	Suur	Keskmine	Minimaalne
10	Vahendite vajadus süsteemide ülalpidamiseks	Keskmine	Keskmine	Keskmine

5. Rakendusküsimused alternatiivi 1 korral

Alljärgnevad alapeatükid annavad täpsema informatsiooni alternatiiv 1 rakendusküsimuste kohta rehabilitatsiooniteenuse, abivahendite ning erihoolekandeteenuste seisukohalt.

Analüüsi teostamisel lähtus töögrupp järgmistest põhimõtetest:

1. teenustele suunamine tugineb isiku vajaduste ja tegevusvõime hindamisele⁷¹,
2. teenustele suunamine on varajane ja isiku töövõimet toetav (st töövõimetuse väljakujunemist ennetav või vähendav),
3. isiku vajaduste hindamine on ühetaoline, terviklik, tugineb meetodilistele alustele,
4. isiku vajaduste hindamisel kogutav informatsioon peab olema riskasutatav ning integreeritav teenuse osutamise järgmistesse etappidesse (mitedubleerimine info kogumisel),
5. teenuste taotlemise ja teenustele suunamise protsess peab olema ühetaoline ja läbipaistev,
6. ajaline kulu hindamiselt teenusele jõudmisele peab olema optimaalne.

Nendele põhimõtetele vastas kõige enam alternatiiv 1, **one stop shop** ehk Töötukassa mudel, mis võimaldab kõige enam võtta arvesse isikukeskset lähenemist ning annab eeldused, et integreerides erinevate teenuste osutamise ühte asutusse (tööturuteenused, rehabilitatsioon, abivahendid), tagab see töövõimekaotusega isikutele selgema protsessi vajaliku abi saamiseks tööturule naasmise eesmärgi täitmiseks.

5.1 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 korral - rehabilitatsiooniteenus.

Asutuste rollid ja peamised põhimõtted:

TÖÖTUKASSA:

1. Hindab rehabilitatsioonivajadust terviklikult (4-eluvaldkonnas)⁷².
2. Seostab sobiliku rehabilitatsiooniteenuse või programmiga.
3. Finantseerib töövõimelise ja osalise töövõimega isikute osalemist rehabilitatsiooniteenusel või –programmis.

Peamised põhimõtted Töötukassas seoses rehabilitatsioonivajaduse hindamisega:

- Rehabilitatsioonivajaduse hindamine toimub TK paindlikult, st võib toimuda samaaegselt ja integreeritult silmast-silma toimuva töövõime hindamisega⁷³, aga samuti võib Töötukassa juhtumikorraldaja isiku suunata rehabilitatsioonivajaduse hindamisele ka hilisemas tööleaitamise protsessis (nt juhul, kui isiku töövõimehindamine toimus dokumentide alusel või kui juba läbiviidud töövõimehindamine ei sisaldanud rehabilitatsioonivajaduse hindamist).

⁷¹ teenusele suunamisele eelneb vajaduse hindamine nii tööturuteenuste, rehabilitatsiooniteenuse, abivahendite eraldamise kui erihoolekandele suunamise puhul.

⁷² Rehabilitatsioonivajaduse hindamine on isiku jaoks terviklik, st hindamine 4 peamise eluvaldkonna lõikes – elamine, töötamine/õppimine, sotsiaalsed suhted, vaba aeg.

⁷³ Eeldab omavahel integreeritavaid, soovitatavalt RFK-le tuginevaid hindamisvahendeid, kuna teatud osa infost on vajalik mõlemaks juhiks – nii töövõime- kui rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks. Seda osa, mis isiku tegevus- ja osalusvõimest on juba hinnatud töövõimehindamise käigus ei ole vaja reh.vajaduse hindamisel üle küsida.

- Rehabilitatsioonivajaduse hindamise viib läbi selleks vastava ettevalmistusega kõrgharidusega spetsialist⁷⁴, näiteks töötervishoiuarst või tema poolt kaasatud rehabilitatsioonispetsialist⁷⁵, tuginedes rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele (vt lisa 3).
- Silmast-silma töövõimehindamise, sealjuures rehabilitatsioonivajaduse hindamise sihtgrupiks võivad olla **kõik tööealised isikud**, st hindamise tulemusel selgub nii inimese töövõime (töövõime säilinud, töövõime osaline, töövõime puudub) kui rehabilitatsiooniteenuse vajadus (seal juures, kas inimene vajab põhjalikumalt hindamist ja rehabilitatsiooniplaani koostamist, konkreetset rehabilitatsiooniprogrammi).

Peamised põhimõtted rehabilitatsiooniteenuse või –programmiga seostamisel Töötukassas:

- Töötervishoiuarst või tema poolt kaasatud rehabilitatsioonispetsialist hindab rehabilitatsioonivajadust ja annab oma soovitusel; inimese edasine seostamine temale vajaliku rehabilitatsiooniteenuse või –programmiga või muu vajaliku meetmega (nt KOV teenus vm) toimub Töötukassa **juhtumikorraldaja** vahendusel.
- **Seostamine** tähendab inimese kokkuviiumist temale vajaliku teenuse/meetmega. Sõltuvalt kliendist, võib selleks olla vajalik rehabilitatsiooniteenuseosutajaga kontaktivõtmine, informatsiooni edastamine kliendi vajaduste kohta, konkreetse aja kokkuleppimine, korraldamine või veendumine, et klient saab minna kokkulepitud teenusele.
- Isik saab ise (koostöös juhtumikorraldajaga) valida temale sobiva rehabilitatsiooniteenuseosutaja nende teenuseosutajate hulgast, kellel on SKA poolt antud tegevusluba rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks.
- Töötukassa finantseerib isiku rehabilitatsiooniteenusel osalemist vouchersüsteemi alusel.
- Rehabilitatsiooniteenus on üks teenus Töötukassa poolt pakutavatest meetmetest. Vajab täiendavat kaalumist, kas isikul on võimalik edaspidi taotleda üksnes rehabilitatsiooniteenust (toimetuleku arendamise eesmärgil).

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Peamised põhimõtted rehabilitatsioonivajaduse hindamise ja teenusega seostumise kohta Sotsiaalkindlustusametis:

- SKA viib läbi rehabilitatsioonivajaduse hindamise isikutele, kelle puhul TK on tuvastanud töövõime puudumise ning vanaduspensioniealistele inimestele tuginedes rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele;
- Juhul, kui TK on juba hinnanud töövõimepuudumisega isiku rehabilitatsioonivajadust ja selle fikseerinud, tugineb SKA sellele hinnangule, võtab üle isiku juhtumi korraldamise ja asub seostama isikule vajalike teenustega.
- Korraldab rehabilitatsiooniteenuste osutamise ja finantseerimise puudega lastele, eakatele ja nende tööealistele inimestele, kelle puhul TK töövõimehindamine on tuvastanud töövõime puudumise.

⁷⁴ Lähtudes rehabilitatsioonivajaduse teenuse hindamise kirjeldusest, edastatud SoM-le 02.05.2013.

⁷⁵ arvestades, et töötervishoiuarste on vähe ja nende senine kokkupuude puudega inimestega põgus, oleks mõistlik kaasata (ja täiendkoolitada) reh.spetsialiste, kellel on varasem töökogemus puudega inimeste ja reh.teenusega. Parem oleks, kui erinevaid hindajaid ei oleks ühe isiku jaoks mitmeid.

- Toetab ja nõustab SKA-sse suunatud puudega isikut juhtumikorralduse põhimõttel sobiliku rehabilitatsiooniteenuse osutaja leidmisel ning rehabilitatsiooniteenusele saamisel; samuti teiste valdkondade teenuste saamisel (erihoolekanne, KOV, ravisüsteem jm vajalikud meetmed).

Rehabilitatsiooniteenuse osutajate süsteemne korraldamine:

- Korraldab rehabilitatsiooniteenuse osutajate registreerimise, kontrollib teenuseosutaja vastavust seaduses esitatud nõuetele.
- Korraldab järelevalvet SKA poolt finantseeritud rehabilitatsiooniteenuse osutamise üle.
- Analüüsib rehabilitatsiooni- ja muude sekkumiste vajadust (nõ suurema kõrvalabivajadusega puudega inimestele vajalikud täiendavad meetmed); koostöös Astangu KRK-ga analüüsib, milline on nõudlus erinevate rehabilitatsiooniprogrammide osas, teeb ettepanekuid puuduvate meetmete väljaarendamiseks.
- Kinnitab rehabilitatsiooniprogramme.

ASTANGU KUTSEREHABILITATSIOONI KESKUS

- Analüüsib rehabilitatsiooni- ja muude sekkumiste vajadust (nõ suurema kõrvalabivajadusega inimestele vajalikud täiendavad hoolekandemeetmed), teeb ettepanekuid puuduvate meetmete väljaarendamiseks.
- Toetab meetodiliselt erinevate rehabilitatsiooniprogrammide arendamist valdkonnas (lisaks töötamise valdkonnale teised rehabilitatsioonivaldkonnad).
- On kompetentsikeskus rehabilitatsiooniteenusega seotud arendusküsimustes.

Täpsustav informatsioon töövõimehindamise seostest rehabilitatsiooniga

REHABILITATSIOONITEENUSE SIHTGRUPP TÖÖTUKASSAS:

1. **Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel:** kõik tööealised inimesed, kellel on terviseolukorrast tingitud tegevus- ja osalusvõime langus⁷⁶.
2. **Rehabilitatsiooniteenusega seostamisel ning -teenuste finantseerimisel:** tööealised isikud, kelle puhul on töövõimehindamise järgselt tuvastatud täielik töövõime (kuid vajavad siiski rehabilitatsiooniteenuseid) või töövõime osaline langus ning kelle puhul on rehabilitatsioonivajaduse hindamise järgselt tuvastatud reh.teenuse vajadus; vanaduspensioniealised isikud, kes töötavad või kelle eesmärk on töölesaamine ning kelle puhul on rehabilitatsioonivajaduse hindamine tuvastanud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse.

PROTSESS

1. **Terviseinfo** – rehabilitatsioonivajaduse tuvastamiseks on soovitatav, et isik oleks käinud kolm kuud⁷⁷ enne hindamise läbiviimist kas perearsti või teda põhiliselt raviva eriarsti vastuvõtul. Pere- või eriarst dokumenteerib terviseinfosüsteemis struktuuri- või

⁷⁶ Hetkel lahtine – kes hindab töötava vanaduspensioniealise inimese vajadusi (kui vajab TK poolseid meetmeid töötamise jätkamiseks ja selleks võib olla vajalik rehabilitatsioon).

⁷⁷ Kolme kuu tähtaeg ei ole tegelikult oluline. Siin võib-olla hoopis oluline isiku nõ ajalugu, ka diagnoos, funktsioonihäire raskus (multiplex, Parkinsoni tõbi jne).

funktsioonihäire olemasolu ning hindab selle raskusastet skaalal 0-4⁷⁸. Kui arst leiab, et probleem on mõõdukas kuni täielik, tehakse märke, nt “isik vajab rehabilitatsioonivajaduse hindamist”, või “isikul on struktuuri- või funktsioonihäirest tingituna tegevus- ja osalusvõime oluline langus”.

2. **Pöördumine TK poole** – rehabilitatsiooniteenus on üks tööealistele isikutele pakutav Töötukassa poolne meede, mida osutatakse erinevate rehabilitatsioonieesmärkide puhul (nii iseseisvate toimetulekuoskuste arendamiseks kui töölesaamise toetamiseks/tööl püsimiseks). Kõik tööealised terviseolukorrast tingitud töövõimelangusega isikud ei vaja rehabilitatsiooniteenust, otsuse (milline isik võiks vajada rehabilitatsioonivajaduse hindamist) langetab TK spetsialist, kes on alustanud tööd inimesega.

16. **Rehabilitatsioonivajaduse hindamine** viiakse läbi vastava ettevalmistusega kõrgharidusega spetsialisti poolt, toetudes soovituslikule rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele (LISA nr 3). Hindamist viib läbi kas töötervishoiuarst või tema poolt kaasatud rehabilitatsioonispetsialist, pidades silmas rehabilitatsiooni terviklikkust, st ei hinnata üksnes isiku tööalase rehabilitatsiooni vajadust vaid laiemalt. Hindamise läbiviimisel kasutatakse ära isiku kohta juba varasemalt kogutud informatsiooni (terviseinfosüsteem, SKAIS vm). Rehabilitatsioonivajaduse hindamise järgselt langetab hindamise läbiviinud spetsialist **otsuse** – kas isik vajab a) rehabilitatsiooniplaani koostamist (põhjalikumalt hindamist), b) konkreetset rehabilitatsiooniteenust või –programmi, c) isik ei vaja rehabilitatsiooniteenust (sellisel juhul märgitakse muud vajalikud teenused ja meetmed (nt KOV, ravi vm).

17. **Isiku rehabilitatsiooniteenuse või muu vajaliku meetmega seostamine** – isik pöördub taas oma juhtumikorraldaja juurde, kes asub tegutsema vastavalt rehabilitatsioonivajaduse hindamise otsusele. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse korral lepatakse isikuga kokku rehabilitatsiooniteenuse osutamise edasises protsessis, koostöös valitakse sobiv teenuseosutaja. Rehabilitatsiooniteenuse ja -programmide valik koos vajaliku infoga on avaldatud SKA kodulehel/või MTR-s. Töötukassa spetsialist juhendab ja nõustab isikut sobiva programmi valikul. Lepitakse kokku teenuseosutajaga, millal isik saab teenust kasutada. Isik läheb kokkulepitud ajal teenust kasutama. Teiste meetmete vajaduse korral (ravi, KOV, mittetulundusühingud, vajadus tööandja konsulteerimiseks, abivahend jm) teeb juhtumikorraldaja vajaliku eeltöö, et isik seostada vajaliku meetmega.

18. **Vaided, kvaliteedi kontroll ning järelevalve.** Kui teenusele suunab TK; siis isiku vaided vaatab läbi TK. Juhul kui kliendi kaebuse menetlemisel TK tuvastab teenuseosutaja võimalikku nõuetele mittevastavuse, teavitab sellest SKAd. SKA hindab tegevusloa nõuetele vastavust.

19. **Meetmete tulemuslikkuse hindamine** – isikule osutatud rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkust hindab reh.teenuse osutaja, Töötukassa võib teostada korralist järelevalvet osutatud reh.teenuse osas; kuid peamiselt hindab Töötukassa individuaalse tööotsimise kava tulemuslikkust (sh kava raames osutatud teenuste tulemuslikkust).

20. **Finantseerimine** – rehabilitatsiooniteenuseid ja –programme finantseeritakse Töötukassa eelarvest või riigieelarvest TK eelarve kaudu.

⁷⁸ Skaala, vastavalt RFK-le:

0 EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0-4%

1 KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5-24%

2 MÕÕDUKAS probleem (keskmine, tuntav, ...) 25-49%

3 RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50-95%

4 TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96-100%

8 täpsustamata (Tta)

9 ei ole rakendatav

Vajalik juhendmaterjal perearstidele/eriarstidele.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- perearsti- või eriarsti poolt on terviseinfosüsteemis fikseeritud (soovituslik): “isik vajab rehabilitatsioonivajaduse hindamist”, või “isikul on struktuuri- või funktsioonihäirest tingituna tegevus- ja osalusvõime oluline langus”. Vajab juhendmaterjali.
- Rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks on vajalik juurdepääs infosüsteemidele (SKAIS, TIS, TÖIS, STAR).
- Juhul kui töövõimehindamise käigus tuvastati isiku töövõime täielik puudumine, kuid töövõimehindamine sisaldas ka isiku abivahendi ja/või rehabilitatsiooniteenuse ja/või erihoolekandeteenuste vajaduse hindamist, siis peavad hindamise käigus kajastatud andmed ja otsus olema nähtavad SKAle, kellele on läbiviidud hindamise tulemused aluseks järgnevate teenuste osutamisel (ei toimu ülehindamist).
- Töövõimetu isiku kohta läheb teade SKAle automaatselt, SKA juhtumikorraldajal on kohustus võtta ühendust isikuga, kellel on määratud töövõime puudumine ning juhendama ja nõustama isikut (vajadusel pereliiget), millistele sotsiaalsetele abistamismeetmetele on isikul edaspidi õigus (sh riiklikele sotsiaalteenuste vajaduse hindamisele SKA kaudu. Samuti vastavalt SHS-le millistele kohalikele omavalitsuse vastutusalas olevatele meetmetele on isikul õigus.)
- SKA/Töötukassa teavitab (isiku nõusolekul) KOV hoolekandelist abi vajavast isikust.

SOTSIAALKINDLUSTUSAMETI KAUDU SISENEMINE

SIHTGRUPP

Lapsed (kuni 16 eluaastat) ja vanaduspensioniealine isik ning tööealised isikud, kel on TK poolt tuvastatud töövõime puudumine.

Tööealiste sihtgrupi tunnuseks on töövõime puudumine. Puude raskuste ei peaks enam nõutav olema tööealise sihtgrupi tunnusena.

PROTSESS

10. **Pöördumine** – Isik pöördub SKA poole rehabilitatsiooniteenuse saamiseks.

11. **Rehabilitatsioonivajaduse hindamine** –

11.1 SKA viib läbi rehabilitatsioonivajaduse hindamise (juhu, kui töövõimekaotusega tööealise isiku puhul ei ole see juba toimunud TK-s), kasutades soovitusliku hindamisvahendit ning tuginedes rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldusele;

11.2 Rehabilitatsioonivajaduse hindamise läbiviimiseks tuginetakse varasemale informatsioonile, kui see on kogutud tööealisel inimesel töövõime hindamise kontekstis või eakal inimesel puude määramise kontekstis, et vältida andmete korduvat kogumist või küsimist inimeselt.

12. **Meetmetega seostamine ja osutamine** – SKA suunab isiku rehabilitatsiooniteenusele, kui eelhindamine kinnitas rehabilitatsiooni vajadust ning SKA eelarves on selleks rahalised vahendid. SKA seostab inimese vajaliku meetmega vastavalt rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjelduses väljatoodud põhimõtetele.

13. **Koostöö** – SKA teeb juhtumikorralduslikku koostööd KOV, ravi jt osapooltega juhul kui eelhindamise käigus on ilmnunud, et isik vajab ka muude sektorite meetmeid. Nõustab ja juhendab isikut muude meetmete saamise võimaluste osas. Informeerib KOV

hoolekandelist abi vajavast isikust. Nõustab ja juhendab KOV isiku võimalike KOV vastutusalas olevate sotsiaalteenuste vajaduse osas.

14. Rehabilitatsiooniteenuste olemasolu, kvaliteet -

14.1 rehabilitatsiooniteenuste loetelu, nõuded ja finantseerimise maht on reguleeritud Sotsiaalhoolekande seaduses ja kinnitatud VV poolt.

14.2 SKA registreerib teenuseosutaja majandustegevuse registris, kontrollib teenuseosutajate vastavust seaduses sätestatud nõuetele.

14.3 SKA sõlmib teenuseosutajatega raamlepingud, teostab SKA poolt suunatud isikute rehabilitatsiooniteenuse osas järelevalvet, annab ülevaateid teenuse ja eelarve kasutamise alasest statistikast

15. Vaided ja kvaliteedi kontroll ning järelevalve – SKA lahendab SKA poolt teenusele suunatud isikute vaided. SKA teostab teenuseosutajate üle korralist järelevalvet. SKA arendab meetmete kvaliteedi hindamise meetodikaid ja töötab välja indikaatorid.

16. Meetmete tulemuslikkuse hindamine – SKA seab isikule eesmärgi teenuse osutamiseks (ja hindab selle tulemuslikkust).

17. Finantseerimine – teenuseid finantseeritakse riigieelarvest; SKA eelarve kaudu.

18. Teenuste arendamine - Astangu koostöös SKAga.

5.2 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 puhul – abivahendid

1. **Terviseinfo**⁷⁹ – isik on kohustatud käima kolme kuu jooksul enne abivahendi taotlemist perearsti, eriarsti, töötervishoiuarsti vastuvõtul.

1.4 Juhul kui isikul tuvastatakse abivahendi vajadus:

- 1.4.1 Perearst, eriarst märgib terviseinfo RFK struktuuri- ja funktsioonihäire põhjal x-kohalise⁸⁰ koodi, mis kajastab häire valdkonda (s,b,d) ning häire iseloomu (nt. 110) ja raskusastme määrajat (2, 3 või 4). RFK tööpõhimõtte on kirjeldatud Abivahendi alase teenuse kirjelduse Lisas 4.

2. **Pöördumine** – tööealine isik (tervisekahjustusega) pöördub Töötukassasse, et saada abi töö leidmisel, töö säilitamisel ja/või töövõime hindamisel. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.

3. **Hindamine – abivahendi alaste teenuste vajaduse tuvastamine.**

3.1 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:

- 3.1.1 Isiku töövõime ulatust – “selge kaasus - juhtum” kindlate diagnooside loetelu põhjal (ilma isikuga kohtumata). Antud juhul võetakse abivahendi saamisel aluseks Terviseinfos pere- või eriarsti poolt kirjutatud 5-kohaline RFK kood ning suunatakse isik Töötukassa poolt väljastatud voucheriga abivahenditega tegelevasse ettevõttesse abivahendi soetamiseks/ rentimiseks.

3.2 Töötervishoiuarst + rehabilitatsioonispetsialist/abivahendi spetsialist hindab:

TK võib tellida töövõime tuvastamiseks (sealhulgas, tehnilised abivahendid) ekspertiisi töötervishoiuarstilt “keeruline kaasus – juhtum”.

- 3.2.1 Töötervishoiuarst hindab ise abivahendi vajadust (lähtudes abivahendi-alase teenuse kirjeldusest, hindamispõhimõtetest ja –vahenditest); kuid töötervishoiuarst võib kaasata abivahendi hindamiseks pädeva spetsialisti⁸¹ või suunata isiku abivahendi alasele teenusele.
- 3.2.2 Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluv SHS nõuetele vastav abivahendi spetsialist hindab objektiivselt isiku abivahendi vajadust, kasutades ISO klassifikaatoril ja RFK klassifikaatoril põhinevat vormi (Lisa 4), kuhu koostatakse detailne kirjeldus (struktuurihäire, funktsioonihäire, tegutsemispiirangud, abivahendi määramise eesmärgid ning sekkumisstrateegiad-vahendid, tugiteenused). Abivahendi

⁷⁹ RFK struktuuri-, funktsioonihäire ning tegutsemispiirangute kvantitatiivne näitaja (raskusaste).

xxx.0 EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0-4%

xxx.1 KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5-24%

xxx.2 MÕÕDUKAS probleem (keskmine, tuntav, ...) 25-49%

xxx.3 RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50-95%

xxx.4 TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96-100%

Abivahendeid määratakse mõõdukast kuni täieliku probleemi ulatusele, seega saab Terviseinfose kantud abivahendi vajaduse koodi viimane number olla 2-4.

⁸⁰ Vajalik kokkuleppida, millise täpsusega hindamise viib läbi perearst, kas 2, 4 vm täpsusega, ülejäänuga tegeleb AV spetsialist.

⁸¹ Abivahendi-alast teenust osutab spetsialist, kelle tegutsemine on reguleeritud SHS alusel, kes on registreeritud MTR-s ning omab abivahendi spetsialisti kutsetunnistust.

spetsialist hindab ja koostab aruande, s.t. aruandes kajastuvad isiku sotsiaalse rolli täitmiseks vajalikud tugiteenused ning teenuse järelevalvet kajastav info.

- 3.2.3 Abivahendi spetsialist tuvastab ka, kas abivahend täidab eesmärgi arendada/toetada/ kompenseerida inimese töö- ja tegevusvõimet sellisel määral, et isik saaks hakkama jõukohaste töiste ja muude tegevustega (ehk teostab abivahendi tulemuslikkuse järelevalvet ja vajadusel teostab muudatusi/ kohandusi).

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- Töötervishoiuarsti käsutuses peab olema info pädevaks tunnistatud abivahendialase teenuse osutajatest.
- Vajalik on üleminekuaja seadmine, millise aja jooksul peavad rehabilitatsioonispetsialistidest (füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed, eripedagoog) teenuse osutajad olema omandanud riikliku kutseregistri kutsetunnistuse. Ettepanek: kehtestada üleminekuajaks 2014-2016.
- Perearstid, eriarstid ja töötervishoiuarstid vajavad juhendmaterjale ja koolitust RFK klassifikaatori ning ISO klassifikaatori kasutamiseks.

4. Abivahendi eraldamise otsus - TK teeb lähtuvalt töötervishoiuarsti poolt kinnitatud abivahendi vajaduse ekspertiisist kaalutusotsuse isiku abivahendi vajaduse hüvitamise kohta:

- 4.1. Isikule eraldatakse soovitud abivahendi soetamiseks voucher täisulatuses
- 4.2 Isikule soovitud abivahendi maksumusele kehtestatakse isikupõhine piirmäär. Kui on vajadus kõrgemaks määraks, peab AV spetsialisti poolt olema põhjendatud.
- 4.3. Isikule seatakse aktiivsuse nõuded abivahendi kasutamisel.
- 4.4. Isikul puudub töövõime – isikul on õigus taotleda SKAst abivahendialast teenust.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- abivahendeid vajava töövõime isiku kohta läheb teade SKAle.
- SKA juhtumikorraldajal on kohustus võtta ühendust teenuse osutajaga ja nõustama isikut (vajadusel pereliiget), millistele abivahendite ning meetmetele on isikul edaspidi õigus (sh riiklikele sotsiaalteenuste vajaduse hindamiseks SKA kaudu).
- Vaja täiendavalt analüüsida, kas ja milliseid abivahendite alase teenusega seotud andmeid vajab SKA isiku nõustamiseks ja edasisel suunamisel.

Abivahendialase teenuse osutamine SKA poolt

- Juhul kui TK suunab töövõime hindamise alusel töövõime isiku SKA-sse ja isikule ei ole teostatud eelnevalt abivahendi vajaduse hindamist, suunab SKA isiku abivahendi alasele teenusele. Teenust osutav spetsialist on abivahendi spetsialist, kelle tegevus on *reguleeritud SHS alusel, kes on spetsialistina registreeritud MTR-s ning omab abivahendi spetsialisti kutsetunnistust*. Juhul, kui sama isik on suunatud rehabilitatsiooniteenusele, viiakse abivahendivajaduse hindamine läbi rehabilitatsiooniteenuse raames.
- Abivahendi spetsialist hindab objektiivselt isiku abivahendi vajadust, kasutades ISO klassifikaatoril ja RFK klassifikaatoril põhinevat vormi, kuhu koostatakse detailne kirjeldus (struktuurihäire, funktsioonihäire, tegutsemispiirangud, abivahendi määramise eesmärgid ning sekkumisstrategiad-vahendid, tugiteenused).

- SKA teeb lähtuvalt rehabilitatsioonispetsialisti/ abivahendi spetsialisti aruandes välja toodud abivahendite vajaduse ekspertisile tuginedes kaalutusotsuse isiku abivahendi hüvitamise kohta.
- Isik pöördub SKA poolt edastatud voucheriga abivahendi rendi ja müügiga tegelevatesse ettevõtetesse vajaliku abivahendi soetamiseks.
- Abivahendi spetsialist tuvastab ka, kas abivahendi abi täidab eesmärgi arendada/ toetada/ kompenseerida inimese töö- ja tegevusvõimet sellisel määral, et isik saaks hakkama jõukohaste töiste tegevustega (ehk teostab abivahendi tulemuslikkuse järelvalvet ja vajadusel teostab muudatusi/ kohandusi)

Rakendusküsimused:

- Kas suudetakse käivitada kutseandmine konkreetsesse valdkonda spetsialiseeruva abivahendi spetsialisti kutsele ja kas üleminekuajag 2014-2016 on piisav
- Kas kallitele abivahenditele kehtestatakse piirhinnad? Kuid alati peab säilima võimalus erisuste kasutamise, näiteks kõrgtehnoloogiliste abivahendite abil on võimalik täiesti liikumisvõimetu inimese suhtlemisvõime taastamine ning seeläbi ka potentsiaalne töistes tegevustes kaasamine
- Milline saab olema Astangu PTAK roll abivahendi alase teenuse arendamises ja rakendamises?
- Kuidas abivahendi alane teenus ja selle osad sobituvad SoM-i nägemusega abivahendite süsteemi muutmisel?

5.3 Rakendusküsimused ja protsess alternatiivi 1 puhul – erihoolekanne

1. **Terviseinfo**⁸² – isik on kohustatud käima kolme kuu jooksul enne töövõime hindamise taotlemist kas perearsti või teda põhiliselt raviva eriarsti vastuvõtul.

1.1 Juhul kui isikul on psüühikahäire:

1.1.1 Perearst märgib terviseinfo vajaduse konsulteerida psühhiaatriga (kui perearsti hinnangul võib isikul olla psüühikahäire).

1.1.2 Psühhiaatri hinnangul (juhul kui isik on perearsti asemel käinud psühhiaatri kui eriarsti juures) on märgitud isiku psüühikahäire raskuaste, millest võib olla tingitud tema erihoolekandeteenuste vajadus: nt “isiku psüühikahäire on raske, sügav või pikaajaline ning piirab tema tegevusvõimet”.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- **Terviseinfo andmekoosseisus on kajastatud:**

- Juhul, kui hinnangu on andnud eriarst: isiku psüühikahäire on raske, sügav või pikaajaline ning piirab tema tegevusvõimet (võimalik, et kaetud juba VTITS § 8 lg 4 “töövõime vähenemist põhjustavate haiguste diagnoosid koos raskusastmega”)
- Juhul kui terviseinfo annab perearst, kelle hinnangul võib isikul olla psüühikahäire: isikul võib olla psüühikahäire, vajab eriarsti konsultatsiooni.

2. **Pöördumine** – tööealine isik (tervisekahjustusega) pöördub Töötukassasse, et saada abi töö leidmisel, töö säilitamisel ja/või töövõime hindamiseks. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.

3. Hindamine – töövõime hindamine ja erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamine.

3.1 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:

3.1.1 Isiku töövõime ulatust – “selge kaasus - juhtum” kindlate diagnooside loetelu põhjal (ilma isikuga kohtumata). Psüühikahäirega isikute puhul täpsustamisel võimalik nimekiri diagnoosidest, mille puhul saab diagnoosipõhiselt määrata töövõime puudumise.

3.2 Töötervishoiuarst + ekspertarst+ rehabilitatsioonimeeskond hindab:

TK võib tellida töövõime tuvastamiseks ekspertiisi töötervishoiuarstilt “keeruline kaasus – juhtum”.

3.2.1 Psüühilise erivajadusega isiku puhul kaasab töötervishoiuarst (isiku oma raviarsti) psühhiaatri (*registreeritud tervishoiutöötajate registris*) või rehabilitatsioonimeeskonna liikmed (*reguleeritud SHS alusel ja registreeritud MTR-s*).

⁸² Juhul kui terviseinfo puuduvad toodud andmed, siis saadakse need sarnaselt VTITS § 8-le, “Kui tervise infosüsteemis töövõime hindamiseks vajalikud andmed puuduvad või on ebapiisavad, edastab töötukassa arstile taotluse nende saamiseks.”

- 3.2.2 Psühhiaater kaasatakse töötervishoiuarsti meeskonda kindlasti juhul, kui isikul on tuvastatud psüühikahäire või kui perearst on märkinud võimaliku psüühikahäire olemasolu. Töötervishoiuarst võib ise tuvastada vajaduse konsulteerida psühhiaatriga.
- 3.2.3 Töötervishoiuarst psüühilise erivajadusega isiku rehabilitatsioonivajaduse hindamisel (koostöös psühhiaatriga vajadusel) tuvastab muuhulgas, kas rehabilitatsiooniteenuse abil on võimalik arendada psüühilise erivajadusega inimese tegevusvõimet ja töövõimet määral, et isik saaks hakkama tavapärasel elukeskkonnas koos/ilma toetavate erihoolekandeteenustega. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise vajadust hindab töötervishoiuarst kõigi raske, pikaajalise või sügava psüühikahäirega isikute puhul.
- 3.2.4 Juhul kui terviseinfos on märgitud või töövõime hindamise käigus tuvastab eriarst, et “isiku psüühikahäire on raske, sügav või pikaajaline ning piirab tema tegevusvõimet”, kaasab töötervishoiuarst isiku töö- ja tegevusvõime tuvastamiseks ja erihoolekandeteenuste vajaduse hindamiseks psüühilise erivajadusega inimestele spetsialiseerunud rehabilitatsioonimeeskonda. Töötervishoiuarst võib isiku suunata rehabilitatsioonimeeskonda töö- ja tegevusvõime hindamisele ka juhul, kui isiku juhtum on kompleksne ja keeruline ning ei ole võimalik ainuüksi psühhiaatri hinnangule tuginedes otsustada isiku töövõime ulatuse üle. Rehabilitatsioonimeeskonda ei kaasata erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamiseks juhul, kui töötervishoiuarst on tuvastatud p 3.2.3 kirjeldatud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse ning isik suunatakse rehabilitatsiooniteenusele/programmi. Sellisel juhul tuvastatakse erihoolekandeteenuste vajadus rehabilitatsiooniteenuse osutamise jooksul.
- 3.2.5 Rehabilitatsioonimeeskond hindab isiku tegevus- ja töövõimet ning annab hinnangu tegevus- ning töövõime ulatuse ning erihoolekandeteenuste vajaduse kohta. Huvikonflikti vältimiseks ei hinda rehabilitatsioonimeeskond isiku rehabilitatsiooniteenuse vajadust.
- 3.2.6 Rehabilitatsioonimeeskond või töötervishoiuarst võtab isikuga ühendust ning lepivad kokku tema vajaduste hindamiseks rehabilitatsiooniteenusele asumise aeg. Isiku vajaduste hindamine võib toimuda pikema-ajaks, nt kuni 2 nädalat. Võib eeldada isiku majutamise vajadust. Eelistatum variant on, et rehabilitatsioonimeeskond teostab isiku tegevus- ja töövõime hindamist võimalikult tema tavapärasel elukeskkonnas.
- 3.2.7 Töötervishoiuarsti koondab ekspertiisi tulemuse, milles märgitakse:
- 3.2.7.1 isiku töövõime ulatus,
 - 3.2.7.2 vajadus rehabilitatsiooniteenuse kasutamiseks,
 - 3.2.7.3 juhul, kui isik ei vaja rehabilitatsiooniteenust, siis hinnang psüühilise erivajadusega inimese erihoolekandeteenuste vajaduse kohta: igapäevaelu toetamine, toetatud elamine, kogukonnas elamine, toetatud töötamine või ööpäevaringne hooldus, ÕH tugevdatud toetusega; ÕH sügava liitpuudega isikutele.⁸³
- 3.2.8 Erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamisel peab andmekoosseis selleks vastama SHS alusel kehtivale rehabilitatsiooniplaani andmekoosseisule.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

⁸³ Eesmärk on hoida riiklike sotsiaalteenuste ja töövõime hindamine komplekselt ühes kohas koos ning mitte “jooksutada” inimest erinevate asutuste vahel.

- Töötervishoiuarstil peab olema võimalus kaasata (isiku) eriarsti ja MTR-s psüühilise erivajadusega inimestele rehabilitatsiooniteenust osutava rehabilitatsioonimeeskonna liikmeid.
- Töötervishoiuarstil peab olema võimalus suunata raske, sügava või pikaajalise psüühilise erivajadusega isikut rehabilitatsiooniteenusele töö- ja tegevusvõime hindamiseks ning erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamiseks. Rehabilitatsiooniteenuse nõuded, teenuse osutamise järgne hinnangu andmise vorm ja teenuse hinnakiri peaks vastama SHS-s reguleeritud rehabilitatsiooniteenuse nõuetele.
- Raske, sügava ja pikaajalise psüühikahäirega isiku töö- ja tegevusvõime, sh erihoolekandeteenuste vajaduse hindamisse kaasatakse rehabilitatsioonimeeskonna liikmeid.

Rakenduslikud küsimused:

- Psühhiaatrid peavad lisaks diagnoosile kirjeldama ka psüühikahäire raskust: raske, sügav või pikaajaline ning piirab tema tegevusvõimet.
- Töötervishoiuarstid vajavad erikoolitust rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamiseks ps. erivajadusega inimeste puhul.
- Diagnooside loetelu (F00 – F09 ja F73-F74), mille puhul oleks võimalik määrata töövõime puudumine, tuleks veelkord kooskõlastada Eesti Psühhiaatrite Seltsiga.
- Erihoolekandeteenuste vajaduse täpsemaks hindamiseks oleks otstarbekas töötada välja vastav psüühikahäirega inimeste sekkumiste vajaduse hindamise täpsem meetodika (erinevalt tänasest olukorrast, kus rehabilitatsiooniplaanil märgitakse teenuse liik, mida isik vajab).

4. Töövõime ulatuse otsus - TK teeb lähtuvalt TK enda poolt läbi viidud töövõime hindamise või töötervishoiuarsti ekspertiisile tuginedes kaalutusotsuse isiku töövõime ulatuse ja hüvitise maksmise kohta:

4.1. isik on töövõimeline

4.2 isik on osalise töövõimega, töötü – jätkatakse tööle saamise abistamise protsessiga ja meetmete osutamisega. Isikule seatakse aktiivsuse nõuded töövõimetushüvitise saamisel.

4.3 isikul puudub töövõime – isik on õigus vabatahtlikult osaleda Töötukassa poolt pakutavates tööalastes meetmetes; lisaks taotleda SKAst rehabilitatsiooni-, abivahendite-, ja erihoolekandeteenust. Täiendavalt vajalik KOV teenused ja tugi vastavalt KOV pädevusele.

5. Sotsiaalsete aktiveerivate meetmete planeerimine osalise töövõimega psüühilise erivajadusega isikule

- 5.1. Töövõimetu isiku puhul informeerib TK isiku või tema seadusliku esindaja nõusolekul KOV hoolekandelist abi vajavast isikust.
- 5.2. Juhul kui töövõime piiranguga isiku puhul ilmnes erihoolekandeteenuste vajadus, informeerib TK SKAd erihoolekandelist abi vajavast isikust.
- 5.3. TK juhtumikorraldaja juhendab ja nõustab isikut erihoolekandeteenuste taotlemise protsessi osas SKAst.

- 5.4. Juhul kui TK suunab osalise töövõimega ps erivajadusega isiku rehabilitatsiooniprogrammi, siis hinnatakse isiku erihoolekandeteenuste vajadust uuesti programmi lõppedes.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- Hoolekandelist abi vajavast isikust KOV informeerimise kohustus (isiku nõusolekul).
- Juhul kui töövõime hindamise käigus tuvastati, et isik vajab erihoolekandeteenuseid, informeerib TK sellest SKAd
- Juhul kui isik ei pöördunu SKAsse erihoolekandeteenuste taotlemiseks, võtab SKA isikuga ühendust ning kontrollib, kas tal puudub soov teenuse taotlemiseks või tal puudub info, kuidas teenust taotleda SKA kaudu. Juhul, kui isik soovib teenust, kuid puudub info, kuidas teenust taotleda, nõustab ja juhendab SKA isikut erihoolekandeteenuste taotlemisel.

6. Erihoolekandeteenuste osutamine SKA poolt

6.1. Erihoolekandeteenuste saamiseks esitab isik taotluse SKAsse.

6.1.1. Juhul kui isikule on koostatud töövõime hindamise käigus hinnang erihoolekandeteenuste vajaduse kohta (andmed vastavad rehabilitatsiooniplaani andmetele) ja isik ei kasuta TK suunamisel rehabilitatsiooniprogrammi, võtab SKA antud hinnangu aluseks isiku erihoolekandeteenustele suunamisel. Vastavalt kehtivale õigusele rehabilitatsiooniteenusega samaaegselt isikut erihoolekandeteenusele ei suunata (väljaarvatud toetatud elamise teenus ja töötamise toetamise teenus).

6.1.2. Juhul kui isik vajab erihoolekandeteenuseid või erihoolekandeteenuste vajaduse ümberhindamist ning tal puudub kehtiv rehabilitatsiooniplaan/rehabilitatsiooniasutuse hinnang, suunab SKA isiku rehabilitatsiooniteenusele isiku tegevusvõime arendamiseks ja hindamiseks ning eksperthinnangu andmiseks erihoolekandeteenuste vajaduse kohta.

6.1.3. SKA lähtub isiku erihoolekandeteenustele suunamisel kehtivast õigusest. Isikul peab enne teenustele suunamist olema koostatud rehabilitatsiooniplaan, rehabilitatsiooniasutuse hinnang.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- SKAl peaks olema võimalus suunata isikut, kes soovib kasutada erihoolekandeteenuseid, kuid kes pole läbinud erihoolekandeteenuste vajadust ennetavat ja erihoolekandeteenuste vajadust hindava rehabilitatsiooniteenust, ise isiku rehabilitatsiooniteenusele. Rehabilitatsiooniteenusele suunamise protsess on analoogne töövõime puudumisega isikute rehabilitatsiooniteenusele suunamise protsessile SKAst (sh eelhindamise läbimine jne).
- Töövõime hindamise käigus koostatud erihoolekandeteenuste vajaduse hinnangule peab SKA juhtumikorraldajal olema juurdepääs.
- Kehtiva õiguse kohaselt on erihoolekandeteenuste saamise tingimuseks töövõime kaotuse protsendivahemike lõikes täna kehtiva korra alusel. Uue töövõime määratluse

muutmisel, lähtuvalt uuest töövõime hindamise metoodikast, tuleks muuta ööpäevaringse erihoolekandeteenuse saamise kriteeriumid.⁸⁴

- Kuna käesoleva analüüsi koostamise hetkel puudus uus töövõime hindamise metoodika, ei olnud võimalik analüüsida, kas uue metoodika alusel hinnatavad osalise töövõimega isikud vajaksid ka ööpäevaringse hoolduse teenust või vajaksid ööpäevaringse hoolduse teenust ainult töövõime puudumisega isikut. Antud analüüs tuleks läbi viia töövõime hindamise metoodika piloteerimise käigus.

7. Psüühilise erivajadusega isiku tööhõive erihoolekandeteenuste kasutamise ajal

7.1. Isikud, kel on määratud piiratud töövõime, jätkavad tööotsinguid ka erihoolekandeteenuste kasutamise ajal. TK juhtumikorralduse ja tööturuteenuste vahendusel.

7.2. Erihoolekandeteenuse osutaja teeb koostööd TK juhtumikorraldajaga (sh vahendab tööpakkumisi, TK teenuste kasutamise vajadus) isikule töö leidmisel erihoolekandeteenusel viibimise ajal või liikumisel erihoolekandeteenustelt avatud tööturule.

Rakendusküsimused:

- Eraldi analüüsi vajab töötamise toetamise teenuse osutamine hoolekandeteenusena. Töötamise toetamise teenus sisaldab mitmete tänaste tööturuteenuste elemente ja on suunatud inimesele töö leidmisele ning töötamise toetamisele. Vajalik oleks analüüsida kõikide toetatud töötamise toetamise vorme (kaitstud töö, toetaud töö jm) ning nende korraldamise otstarbekust tööturuteenustena või hoolekandeteenustena.
- Võimalik, et töötamise toetamise ja kaitstud töö analüüsi järgselt täpsustuvad meetmed ning nt töötamise toetamise teenusele võib töövõimega raske, pikaajalise või püsiva psüühikahäirega isikut suunata otse TKst, sarnaselt rehabilitatsiooni ja abivahendite teenusega. Antud otsust ei ole võimalik teha enne töötamise toetamise ja kaitstud töö olemuse täpsustamist.

8. **Teenuste olemasolu, kvaliteet**⁸⁵ - SKA korraldab erihoolekandeteenuste osutajate kvaliteedi nõuetele vastavuse hindamist ning teostab järelevalvet vastavalt kehtivale õigusele. Erihoolekandeteenuste nõuded on reguleeritud sotsiaalhoolekande seaduses.

9. Vaided ja kvaliteedi kontroll ning järelevalve

SKA teostab teenuseosutajate vastavust nõuetele ning annab välja sellekohaseid tegevuslube. Lahendab kliendikaebusi juhul kui kliendile pakutava teenuse vastavus nõuetele on kaheldav. Teostab korralist järelevalvet teenuste üle.

⁸⁴ Sotsiaalministeeriumis kavandatava sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse alusel on planeeritud ära jätta töövõime ulatuse näitaja toetavate erihoolekandeteenuste puhul. Seega on vajalik ainult ööpäevaringsete teenuste puhul viia teenusele õigustatud isikute töövõime ulatuse kriteerium vastavusse uute töövõime määratlustega.

⁸⁵ Printsipi: juhul kui turul ei ole mitte ühtegi teenuseosutajat, siis ei ole võimalik isikul ka teenust kasutada. TK võtab üle teenuse eest tasumise kohustuse, mitte teenuse tagamise kohustuse. SKA annab loa turul tegutsemiseks.

10. Meetmete tulemuslikkuse hindamine – SKA hindab erihoolekandeteenuse osutamise tulemuslikkust. SKA töötab välja erihoolekandeteenuste tulemusnäitajad ja meetodika nende hindamiseks.

11. Finantseerimine – Erihoolekandeteenuseid finantseeritakse SKA eelarvest (riigieelarveline eraldis).

12. Diagnoosist lähtuv püsiv töövõimetus.

Ühest nimekirja diagnoosidest, mille puhul isikul töövõime puudub, ei ole võimalik koostada. Sama diagnoosiga isikute taastumisprotsess ja toimetulek võib olla väga erinev. Töövõime kaotuse ulatus on seotud psüühikahäire raskustme ja selle püsimisega. Näiteks võib skisofreeniahaige olla töövõimeline, osalise töövõimega või töövõimetu.

Võib välja pakkuda üksikud diagnoosid, mille puhul isikul üldjuhul töövõime puudub: dementsus (F00-F09 Orgaanilised - k.a. sümptomaatilised – psüühikahäired) ja vaimne alaareng (F 73 – F 74).

Seega käitumis- ja psüühikahäireid iseloomustavaid diagnoose, kelle puhul saaks määrata diagnoosipõhiselt töövõime puudumine, on väga vähe. Siiski diagnoosi-listi lõplikul kinnitamisel tuleks veelkord konsulteerida Eesti Psühhiaatrite Seltsiga.

6. Mõjude hindamine

6.1 Taustaandmed ja mõju hindamisel arvestatud asjaolud

Töövõimetus pensionäre oli Sotsiaalkindlustusameti (www.ensib.ee) 2012. a andmetel kokku 90 093, nendest 9 941 isikul oli töövõimekaotus 100% (ligi 11%).

Abivahendeid sai 2012. a 8880 tööalist, rehabilitatsiooniteenuseid 2343 tööalist puudega inimeste ning 2 341 psüühilise erivajadusega inimest, rehabilitatsiooniplaan koostati 1252 tööalisele puudega inimesele ning 1659 psüühilise erivajadusega inimesele.

Abivahendite, rehabilitatsiooniteenuse ja erihoolekande teenuse puhul võib seoses muudatustega tekkida surve teenuse mahtude suurenemisele, kuna töövõimehindamise käigus satuvad hindamisele ka isikud, kellel eelnevalt ei olnud piisavalt kokkupuudet sotsiaalteenustega, kuid kes neid teenuseid sellegipoolest vajaksid. Samuti tuleb silmas pidada, et rehabilitatsiooniteenuse, erihoolekande ning ja abivahendite teenuse puhul on tekkinud arvestatavad järjekorrad, teenuste kättesaadavus on olnud pärsitud, mis võib avaldada negatiivset mõju töölesaamisele. Kuna need ohud on kõigi alternatiivide puhul samad, siis järgnevas mõjude hindamises seda ei käsitleta, kuid võimalikku teenuste mahtude suurendamise vajadust tuleb eelarve planeerimisel silmas pidada.

Järgnevas analüüsis ei käsitleta SKA töökoormuse kasvu, mis on seotud sotsiaalteenuste vajaduse hindamisega lastel ja pensioniealistel. Samuti ei käsitleta järgnevalt TK töövõime hindamise kulusid, sest selle meetodika ei ole käesolevaks hetkeks välja töötatud ja ei ole võimalik hinnata töövõime hindamise töömahtu (intervjuude kestus, infokogumise vajadus, testide sooritamine vms) ja sellest tulenevalt ka maksumust. Nii SKA kui ka TK töömahu kasv ja sellest tulenev rahavajadus on sõltumata alternatiivist konstantne, kuigi seda ei ole järgnevalt hinnatud, on seda vaja arvestada SKA ja TK eelarve planeerimisel.

Tegemist on esmase finantsmõjude hindamisega.

6.2 Alternatiiv 1

Töötukassa (TK) võtab alternatiiv 1 puhul Sotsiaalkindlustusametilt (SKA) üle tööaliste inimeste töövõimehindamise – kuigi ei ole teada töövõime hindamise alused, võib arvata, et see arv ei erine väga suures osas praegustest 100% töövõimetute arvust. Teenuste integreeritud pakkumine võimaldab teenuseid paremini sihitada nii, et sellest on enim kasu.

Muudatus toob kaasa TK töökoormuse tõusu, kuna lisaks töövõimehindamisele on vaja hakata hindama ka sotsiaalteenuste (rehabilitatsioon, abivahendid, erihoolekandeteenused) vajadust.

Lisaks kaasnevad muudatusega seoses olulised stardikulud, kuna TK personal vajab olulist täiendamist ning koolitust, välja on vaja arendada toetavad IT süsteemid ning koolitust vajavad ka eksperdid, keda TK kasutab hindamisel (töötervishoiuarstid, rehabilitatsioonispetsialistid - abivahendispetsialistid).

Stardikulud

Teenuste vajaduse hindamiseks on vajalikud hindamisküsimustikud - abivahendi vajaduse hindamise ning erihoolekandeteenuse vajaduse hindamise instrumendi ja juhendi

väljatöötamine, rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrumendi ja juhendi⁸⁶ ülevaatamine seoses töövõimehindamise metoodikaga – 35 000 eurot (varasema WHO DAS 2.0 kogemuse põhjal⁸⁷);

Töötukassa juhtumikorraldajate⁸⁸ koolitus (soovitame 6-päevast täiendkoolitust⁸⁹ töövõimekaotusega ja puudega inimeste tööleaitamise teemadel: vajaduste hindamine, seostamine, hoolekande-, rehabilitatsiooni- ja tervishoiuvaldkonna meetmete planeerimine, erihoolekandeteenuste osutamise korraldamine, juhtumi- ja võrgustikutöö põhimõtted, suhtlemisoscused jm teemad. Koolitus arvestatud 60 töötajale, 6-päevase koolituse orienteeruv maksumus 300 eurot inimese kohta, kokku 18 000 eurot (EPIKoja täiendkoolituste näite varal). Koolitusteemad kattuvad TVK reformi raames võimaliku vajamineva TK juhtumikorraldajate koolitusega. Ainult sotsiaalhoolekande korraldusega seotud teemade maht on hinnanguliselt 2 päeva.

SKA-s töötavate juhtumikorraldajate täiendkoolitus – (rehabilitatsiooni- ja abivahendi vajaduse hindamine, erihoolekandega seostamine SKA-s, TK-st suunatud kliendid): 25 inimest, 300 eurot inimese kohta, kokku 7 500 eurot;

Töötervishoiuarstide täiendkoolitus (soovitame vähemalt 6-päevast täiendkoolitust töövõimekaotusega ja puudega inimeste vajaduste hindamise, rehabilitatsiooni põhimõtete ning rehabilitatsioonivajaduse ning abivahendite vajaduse määramise jm teemadel). Koolitus 40 töötervishoiuarstile, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

Rehabilitatsioonispetsialistide ja abivahendispetsialistide täiendkoolitus (töötajad, keda kaasatakse töövõimehindamise, rehabilitatsioonivajaduse ja/või abivahendivajaduse hindamisesse) – 40 töötajat, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

IT kulud - infosüsteem, mis tagaks juhtumikorralduse rakendamise toetamise, seostatuse hindamisinstrumentidega, juurdepääs muudele registritele jne – 109 000 eurot (varasem SHS raames teostatud hinnang, SOM 2010. aastast).

Püsikulud

TK juhtumikorraldajate töötasu – ajutise- ja püsiva töövõimekaotusega isikute juhtumikorraldus, rehabilitatsioonivajaduse ja abivahendivajaduse hindamise ettevalmistamine ning vastav klienditöö – töömaht on kokku 35 täistööajaga juhtumikorraldajat (juhtumikorraldus ning sotsiaalteenustega seostamine on üks osa TK klienditöötajate ülesannetest, mida töötajad hakkavad täitma töövõimetuskindlustuse reformi käivitumisel), arvestades tinglikult kolm klienti päevas, klientide arvuks võetud 24 500 inimest (orienteeruvalt 20 000 isikut, kes sisenevad igal aastal esmakordselt töövõimetuskindlustuse süsteemi, kelle hulgas on ka lisaks praegused töövõimekaotusega isikud, kes hakkavad sisenema kordushindamisele TK kaudu, sh 5000 inimest, kellel on

⁸⁶ Juhend on suunatud spetsialistile, kes konkreetset hindamisvahendit kasutab, nt perearst/eriarst AV vajaduse hindamisel, rehabilitatsioonivajaduse hindamisel vastav spetsialist jm.

⁸⁷ Ei sisalda elektroonse instrumendiväljatöötamist.

⁸⁸ Eelduslikult nõuab töövõimetuskindlustusreformi käivitamine lisatööjõu palkamist Töötukassasse, mainitud juhtumikorraldajad täidavad erinevaid vajalikke töökohustusi, mille hulka kuuluvad ka töövõimekaotuse ning puudega inimeste vajaduste hindamine ning sotsiaalteenustega seostamine.

⁸⁹ 6-päevane täiendkoolitus on vajalik nii töövõimetuskindlustuse reformiga kaasnevate üldiste eesmärkide täitmiseks kui ka sotsiaalteenustega seostumise ettevalmistamiseks.

tuvastatud täielik töövõimetus (praegused töövõimetus 100 %); 2 000 abivahendi teenuse vajaduse hindamisega ja 2500 psüühiliste erivajadustega inimeste rehabilitatsiooni vajaduse hindamisega). Palgaks on arvestatud 1 090 eurot kuus. Kulud kokku 613 452 eurot aastas.

SKAs töötavad juhtumikorraldajad (kohustuseks töövõimepuudumisega tööealiste isikute rehabilitatsioonivajaduse hindamine, abivahendivajaduse ning erihoolekandeteenuste vajaduse väljaselgitamine ning seostamine isikutel, kes on suunatud Töötukassa poolt⁹⁰) – töömaht 5 täistöökohaga töötajat (tinglikud töötajad, tegelikult on SKA töötajate ülesannete hulgas ja eraldi tööle ei võeta), kes tegelevad ca 5000 täieliku töövõime puudumisega inimeste teenuste vajaduste väljaselgitamisega (pool 2012. aastal 100% töövõimetusga inimeste arvust, mis peaks ligikaudselt vastama täieliku töövõime puudumisega inimeste arvule). Töökoormus tinglikult 3 klienti päevas, palk 1 090 eurot. Palgakulu kokku 122 690 eurot aastas.

Rehabilitatsiooni- ja abivahendivajaduse hindamiste läbiviimine – töötervishoiuarstid ning nende poolt kaasatud sobivad eksperdid (rehabilitatsiooni-, abivahendispetsialistid, psühhiaatrid jm):

- Abivahendi vajaduse hindamine: ligikaudu 2 000 klienti (2012. aastal abivahendi saanute statistika põhjal – enamus liikumisabivahendi saanuid ja osa nägemisabivahendi saanuid), hindamine 2 tundi, 38 eurot lähtudes Astangu KRK hinnangust) ja kodukülastuse transpordikulud (20 eurot), kokku 116 000 eurot.
- Rehabilitatsioonivajaduse hindamine: sihtgrupiks ligikaudu 22 500 inimest (esmakordsed pöördunud ning psüühiliste erivajadustega inimesed), ajakulu 2 tundi, 38 eurot inimese kohta (lähtudes Astangu KRK hinnangust), kokku 855 000 eurot.
- Erihoolekande teenuste vajaduse hindamiseks koostatakse rehabilitatsiooniplaan, 192 eurot inimese kohta, 1660 inimest (2012. aastal psüühiliste erivajadustega inimeste rehabilitatsiooniteenuse raames plaani saanute arv), kokku 318 272 eurot aastas.⁹¹

	Alt 1
Stardikulud	193 500
Hindamisinstrumendid ja juhendid	35 000
TK juhtumikorraldajate täiendkoolitus	18 000
SKA juhtumikorraldajate täiendkoolitus	7 500
Töötervishoiuarstide täiendkoolitus	12 000
Kaasatavate spetsialistide täiendkoolitus	12 000
IT kulud	109 000
Püsikulud	2 025 414
TK juhtumikorraldajad	613 452
SKA juhtumikorraldajad	122 690
Abivahendivajaduse hindamine	116 000

⁹⁰ Siin arvestatud ainult töövõimetus tööealised, mitte laste ja eakate vajaduste hindamist, teenustega seostumist.

⁹¹ Erihoolekandeteenuste vajaduse hindamisel lähtutakse hetkel rehabilitatsiooniplaani koostamise maksumusest, kuna erihoolekandeteenuste kasutamise eelduseks on hinnatud teenuste vajadus kajastatuna rehabilitatsiooniplaanis. Juhul, kui töötatakse välja eraldiseisev erihoolekandeteenuste vajaduse hindamise teenus, kujuneb eelarveline kulu teenuse tegelikust maksumusest ning võib olla erinev rehabilitatsiooniplaani maksumusest (nt hindamise kestvus on pikem kui 15 tundi, lisandub majutus vm). Erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamine eraldiseisvana viiakse läbi ainult isikute puhul, kellel puudub rehabilitatsiooniteenuste vajadus.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamine	855 000
erihoolekande teenuste vajaduse hindamine	318 272

6.3 Alternatiiv 2

Ülesanded TK ja SKA vahel jäävad jaotatuks, TK hindab vajadused ja tagab juhtumikorralduse, kuid sotsiaalteenuste osutamine jääb SKA ülesandeks, lisaks jäävad SKAse need, kellel tuvastatakse täielik töövõime puudumine. Eelduslikult ei tohiks see arv erineda väga suures osas praegustest 100% töövõimetute arvust. Teenuste pakkumine ei ole nii integreeritud kui alternatiiv 1 puhul.

Muudatus toob kaasa nii TK kui SKA töökoormuse tõusu, seega summaarselt tekib surve eelarve kasvule. Stardikulud on samad, nii TK-sse kui ka SKAse on vaja juurde palgata spetsialiste, spetsialistid vajavad koolitust, välja on vaja arendada toetavad IT süsteemid, mis tagaks TK ja SKA vahelise infovahetuse. Koolitust vajavad ka eksperdid, keda TK kasutab hindamisel.

Stardikulud

Abivahendi vajaduse hindamise instrumendi ja juhendi väljatöötamine, rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrumendi ja juhendi ülevaatamine seoses töövõimehindamise meetodikaga ning erihoolekandeteenuste vajaduste hindamise instrument ja meetodika – 35 000 eurot (varasema WHO DAS kogemuse põhjal);

Töötukassa juhtumikorraldajate ⁹² koolitus (soovitame 6-päevast täiendkoolitust ⁹³ töövõimekaotusega ja puudega inimeste tööleaitamise teemadel: vajaduste hindamine, seostamine, hoolekande-, rehabilitatsiooni- ja tervishoiuvaldkonna meetmete planeerimine, erihoolekandeteenuste osutamise korraldamine, juhtumi- ja võrgustikutöö põhimõtted, suhtlemisoscused jm teemad. Koolitus arvestatud 60 töötajale, 6-päevase koolituse orienteeruv maksumus 300 eurot inimese kohta, kokku 18 000 eurot (EPIKoja täiendkoolituste näite varal, arvestatud on lektorite töötasu ja tööjõumaksudega, kohvi- ja lõunapausidega, ruumi- ja materjalide kulu ning korralduslike kuludega). Koolitusteemad kattuvad TVK reformi raames võimaliku vajamineva TK juhtumikorraldajate koolitusega. Ainult sotsiaalhoolekande korraldusega seotud teemade maht on hinnanguliselt 2 päeva.

SKA-s töötavate juhtumikorraldajate täiendkoolitus – (rehabilitatsiooni- ja abivahendi vajaduse hindamine, erihoolekandega seostamine SKA-s, TK-st suunatud kliendid): 25 inimest, 300 eurot inimese kohta, kokku 7 500 eurot;

Töötervishoiuarstide täiendkoolitus (soovitame vähemalt 6-päevast täiendkoolitust töövõimekaotusega ja puudega inimeste vajaduste hindamise, rehabilitatsiooni põhimõtete ning rehabilitatsioonivajaduse ning abivahendite vajaduse määramise jm teemadel). Koolitus 40 töötervishoiuarstile, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

⁹² Eelduslikult nõuab töövõimetuskindlustusreformi käivitamine lisatööjõu palkamist Töötukassasse, mainitud juhtumikorraldajad täidavad erinevaid vajalikke töökohustusi, mille hulka kuuluvad ka töövõimekaotuse ning puudega inimeste vajaduste hindamine ning sotsiaalteenustega seostamine.

⁹³ 6-päevane täiendkoolitus on vajalik nii töövõimetuskindlustuse reformiga kaasnevate üldiste eesmärkide täitmiseks kui ka sotsiaalteenustega seostumise ettevalmistamiseks.

Rehabilitatsioonispetsialistide ja abivahendispetsialistide täiendkoolitus (töötajad, keda kaasatakse töövõimehindamise, rehabilitatsioonivajaduse ja/või abivahendivajaduse hindamise) – 40 töötajat, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

IT kulud - infosüsteem, mis tagaks juhtumikorralduse rakendamise toetamise, seostatuse hindamisinstrumentidega, juurdepääs muudele registritele jne – 109 000 eurot (varasema SOM analoogse hinnangu põhjal 2010. aastast).

Püsikulud

TK juhtumikorraldajate töötasu – ajutise- ja püsiva töövõimekaotusega isikute juhtumikorraldus, rehabilitatsioonivajaduse ja abivahendivajaduse hindamise ettevalmistamine ning vastav klienditöö – töömaht on kokku 26 täistööajaga juhtumikorraldajat (juhtumikorraldus ja sotsiaalteenustega seostamine on üks osa TK klienditöötajate ülesannetest), arvestades tinglikult kolm klienti päevas, klientide arvuks võetud sarnaselt alternatiiv 1-ga 24 500 inimest. Palgaks on arvestatud 1 090 eurot kuus. Kulud kokku 455 707 eurot aastas.

SKA juhtumikorraldajate töötasu – töömaht on kokku 13 täistööajaga töötajat (üks osa SKA klienditöötajate ülesannetest, eraldi töötajaid tööle ei võeta), töökoormus tinglikult kaheksa klienti päevas, klientide arv 24 500, keskmine palk 1 090 eurot. Kulud kokku 227 854 eurot aastas.

Rehabilitatsiooni- ja abivahendivajaduse hindamiste läbiviimine – töötervishoiuarstid ning nende poolt kaasatud sobivad eksperdid (rehabilitatsiooni-, abivahendispetsialistid, psühhiaatrid jm):

- Abivahendi vajaduse hindamine: ligikaudu 2 000 klienti (2012. aastal abivahendi saanute statistika põhjal – enamus liikumisabivahendi saanuid ja osa nägemisabivahendi saanuid), hindamine 2 tundi, 38 eurot lähtudes Astangu KRK hinnangust) ja kodukülastuse transpordikulud (20 eurot), kokku 116 000 eurot.
- Rehabilitatsioonivajaduse hindamine: sihtgrupiks ligikaudu 22 500 inimest (esmakordsed pöördujad, ning psüühiliste erivajadustega inimesed), ajakulu 2 tundi, 38 eurot inimese kohta (lähtudes Astangu KRK hinnangust), kokku 855 000 eurot.

Alternatiiv 2 puhul toimub erihoolekandeteenuste vajaduse hindamine SKAs. Juhul kui isik ei vaja rehabilitatsiooniteenust, võiks ka SKAs olla võimalus suunata isik ainult erihoolekandeteenuste vajaduse tuvastamise teenusele (hetkel rehabilitatsiooniplaani koostama):

- Erihoolekande teenuste vajaduse hindamiseks koostatakse rehabilitatsiooniplaan, 192 eurot inimese kohta, 1660 inimest (2012. aastal psüühiliste erivajadustega inimeste rehabilitatsiooniteenuse raames plaani saanute arv), kokku 318 272 eurot aastas..

	Alt 2
Stardikulud	193 500
Hindamisinstrumendid ja juhendid	35 000
TK juhtumikorraldajate täiendkoolitus	18 000
SKA juhtumikorraldajate täiendkoolitus	7 500
Töötervishoiuarstide täiendkoolitus	12 000
Kaasatavate spetsialistide täiendkoolitus	12 000

IT kulud	109 000
Püsikulud	1 972 833
TK juhtumikorraldajad	455 707
SKA teenuste vajaduse hindajad/juhtumikorraldajad	227 854
abivahendi ekspertiisid	116 000
rehabilitatsiooni ekspertiisid	855 000
erihoolekande teenuste vajaduse hindamine	318 272

6.4 Alternatiiv 3

Ülesanded TK ja SKA vahel on täielikult eraldatud, juhtumikorraldus toimub nii SKAs kui ka TKs, sotsiaalteenuste osutamine on SKA ülesanne, Abivahendite, rehabilitatsiooniteenuse ja erihoolekande teenuse puhul ei ole seoses muudatustega oodata teenuste vajaduse vähenemist, teenuste pakkumine on lahus tööturuteenustest.

Muudatus toob kaasa nii TK kui SKA töökoormuse tõusu, seega summaarselt tekib surve eelarve kasvule. Stardikulud on kõrgemad, kuna juhtumikorralduse IT lahendus tuleb luua mõlemasse asutusse. TK personal vajab koolitust. Koolitust vajavad ka töötervishoiu eksperdid, keda TK kasutab hindamisel.

Stardikulud

Abivahendi vajaduse hindamise instrumendi ja juhendi väljatöötamine, rehabilitatsioonivajaduse hindamise instrumendi ja juhendi ülevaatamine seoses töövõimehindamise meetodikaga ning erihoolekandeteenuste vajaduste hindamise instrument ja meetodika – 35 000 eurot (varasema WHO DAS kogemuse põhjal);

Töötukassa juhtumikorraldajate ⁹⁴ koolitus (soovitame 6-päevast täiendkoolitust ⁹⁵ töövõimekaotusega ja puudega inimeste tööleaitamise teemadel: vajaduste hindamine, seostamine, hoolekande-, rehabilitatsiooni- ja tervishoiuvaldkonna meetmete planeerimine, erihoolekandeteenuste osutamise korraldamine, juhtumi- ja võrgustikutöö põhimõtted, suhtlemisoscused jm teemad. Koolitus arvestatud 60 töötajale, 6-päevase koolituse orienteeruv maksumus 300 eurot inimese kohta, kokku 18 000 eurot (EPIKoja täiendkoolituste näite varal). Koolitusteemad kattuvad TVK reformi raames võimaliku vajamineva TK juhtumikorraldajate koolitusega. Ainult sotsiaalhoolekande korraldusega seotud teemade maht on hinnanguliselt 2 päeva.

SKA-s töötavate juhtumikorraldajate täiendkoolitus – (rehabilitatsiooni- ja abivahendi vajaduse hindamine, erihoolekandega seostamine SKA-s, TK-st suunatud kliendid): 25 inimest, 300 eurot inimese kohta, kokku 7 500 eurot;

Töötervishoiuarstide täiendkoolitus (soovitame vähemalt 6-päevast täiendkoolitust töövõimekaotusega ja puudega inimeste vajaduste hindamise, rehabilitatsiooni põhimõtete

⁹⁴ Eelduslikult nõuab töövoimetuskindlustusreformi käivitamine lisatööjõu palkamist Töötukassasse, mainitud juhtumikorraldajad täidavad erinevaid vajalikke töökohustusi, mille hulka kuuluvad ka töövoimekaotuse ning puudega inimeste vajaduste hindamine ning sotsiaalteenustega seostamine.

⁹⁵ 6-päevane täiendkoolitus on vajalik nii töövoimetuskindlustuse reformiga kaasnevate üldiste eesmärkide täitmiseks kui ka sotsiaalteenustega seostumise ettevalmistamiseks.

ning rehabilitatsioonivajaduse ning abivahendite vajaduse määramise jm teemadel). Koolitus 40 töötervishoiuarstile, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

Rehabilitatsioonispetsialistide ja abivahendispetsialistide täiendkoolitus (töötajad, keda kaasatakse töövõimehindamise, rehabilitatsioonivajaduse ja/või abivahendivajaduse hindamise) – 40 töötajat, 300 eurot inimese kohta, kokku 12 000 eurot;

IT kulud - infosüsteem, mis tagaks juhtumikorralduse rakendamise toetamise, seostatuse hindamisinstrumentidega, juurdepääs muudele registritele jne – 109 000 eurot (varasema SOM analoogse hinnangu põhjal 2010. aastast).

Püsikulud

TK töötajate töötasu – töömaht on kokku 26 täistööajaga juhtumikorraldajat (juhtumikorraldus on üks osa TK klienditöötajate ülesannetest, eraldi töötajaid juhtumikorraldajateks ei võeta), töökoormus tinglikult neli klienti päevas, klientide arvuks võetud sarnaselt alternatiiv 1-ga 24 500 inimest. Palgaks on arvestatud 1 090 eurot kuus, kulud kokku 455 707 eurot aastas.

SKA töötajate töötasu – töömaht on kokku 26 täistööajaga töötajat (üks osa SKA klienditöötajate ülesannetest, eraldi töötajaid juhtumikorraldajateks ei võeta), töökoormus tinglikult neli klienti päevas, klientide arv 24 500. Palgaks on arvestatud 1 090 eurot. Kulud kokku 455 707 eurot aastas.

Rehabilitatsiooni- ja abivahendivajaduse hindamiste läbiviimine – töötervishoiuarstid ning nende poolt kaasatud sobivad eksperdid (rehabilitatsiooni-, abivahendispetsialistid, psühhiaatrid jm):

- Abivahendi vajaduse hindamine: ligikaudu 2 000 klienti (2012. aastal abivahendi saanute statistika põhjal – enamus liikumisabivahendi saanuid ja osa nägemisabivahendi saanuid), hindamine 2 tundi, 38 eurot lähtudes Astangu KRK hinnangust) ja kodukülastuse transpordikulud (20 eurot), kokku 116 000 eurot.
- Rehabilitatsioonivajaduse hindamine: sihtgrupiks ligikaudu 22 500 inimest (esmakordsed pöördujad, ning psüühiliste erivajadustega inimesed), ajakulu 2 tundi, 38 eurot inimese kohta (lähtudes Astangu KRK hinnangust), kokku 855 000 eurot.
- Erihoolekande teenuste vajaduse hindamiseks koostatakse rehabilitatsiooniplaan, 192 eurot inimese kohta, 1660 inimest (2012. aastal psüühiliste erivajadustega inimeste rehabilitatsiooniteenuse raames plaani saanute arv), kokku 318 272 eurot aastas.

	Alt 3
Stardikulud	257 100
Hindamisinstrumendid ja juhendid	35 000
TK juhtumikorraldajate täiendkoolitus	18 000
SKA juhtumikorraldajate täiendkoolitus	7 500
Töötervishoiuarstide täiendkoolitus	12 000
Kaasatavate spetsialistide täiendkoolitus	12 000
IT kulud	172 600
Püsikulud	2 200 686
TK juhtumikorraldajad	455 707

SKA teenuste vajaduse hindajad/juhtumikorraldajad	455 707
abivahendi ekspertiisid	116 000
rehabilitatsiooni ekspertiisid	855 000
erihoolekande teenuste hindamine	318 272

Kõik alternatiivid kokkuvõtlikult:

	Alt 1	Alt 2	Alt 3
Stardikulud	193 500	193 500	257 100
Hindamisinstrumendid ja juhendid	35 000	35 000	35 000
TK juhtumikorraldajate täiendkoolitus	18 000	18 000	18 000
SKA juhtumikorraldajate täiendkoolitus	7 500	7 500	7 500
Töötervishoiuarstide täiendkoolitus	12 000	12 000	12 000
Kaasatavate spetsialistide täiendkoolitus	12 000	12 000	12 000
IT kulud	109 000	109 000	172 600
Püsikulud	2 025 414	1 972 833	2 200 686
TK juhtumikorraldajad	613 452	455 707	455 707
SKA juhtumikorraldajad	122 690	227 854	455 707
abivahendi vajaduse hindamine	116 000	116 000	116 000
Rehabilitatsioonivajaduse hindamine	855 000	855 000	855 000
Erihoolekande teenuste hindamine	318 272	318 272	318 272

7. Kokkuvõte ja soovitused

Käesolevas analüüsis olid vaatluse all planeeritavad muudatused seoses töövõimehindamise rakendamisega – kuidas planeeritav, Töötukassas läbiviidav töövõimehindamine ja isikule osutatavad tööturuteenused seostuvad riiklike sotsiaalteenustega (rehabilitatsiooniteenus, erihoolekandeteenused, tehnilised abivahendid). Riiklikke sotsiaalteenuseid osutatakse täna Sotsiaalkindlustusameti ja maavalitsuste poolt ning erinevatest asutustest teenuste taotlemine töölesaamise eesmärgi täitmiseks võib osutada keeruliseks.

Analüüsis olid vaatluse all inimese liikumise protsess töövõime-, tööturu- ning iseseisvat toimetulekut ja töötamist toetavate teenuse vajaduse hindamisel ja teenusele suunamisel; asutuste töökorraldus teenuste administreerimisel, finantseerimisel ja omavahelisel koostööl. Teema on oluline, tagada töövõimekaotusega inimesele võimalikult sujuv liikumine, vähendades seejuures erinevate tegevuste (nt hindamiste) dubleerivust ning keerukust, mis võib olla põhjustatud teenuste taotlemisest erinevate asutuste kaudu.

Töövõimetusreformi peamine eesmärk on toetada töövõimekaotusega inimeste aktiivsust ja pakkuda erinevaid vajalikke meetmeid kiireks tagasipöördumiseks tööturule.

Analüüsis toodi välja 3 võimalikku alternatiivset skeemi, kuidas töövõimehindamine võiks olla seotud erinevate meetmetega.

Nendest esimene alternatiiv käsitleb riiklike teenuste integreerimist Töötukassasse (tööturuteenused, riiklikest sotsiaalteenustest rehabilitatsioon ja abivahendid); teine alternatiiv eristab Töötukassa poolt pakutavaid tööturuteenuseid ja Sotsiaalkindlustusameti poolt pakutavaid riiklikke sotsiaalteenuseid (isik käib asutuste vahel, teda toetab Töötukassa juhtumikorraldaja) ning kolmandas alternatiivis on riiklikud sotsiaalteenused teenused (rehabilitatsioon ja abivahendid) lahutatud lähtuvalt nende eesmärgist kahe asutuse vahel (töötamiseks vajalik abivahend ja tööalane rehabilitatsioon Töötukassast, tegevusvõime arendamiseks ja toimetulekuks vajalik abivahend ja rehabilitatsioon Sotsiaalkindlustusametist). Igal alternatiivil on oma tugevad ja nõrgad küljed nii isiku kui teenuseid administreerivate asutuste jaoks ning selged arendamist vajavad küsimused.

Pidades silmas töövõimehindamise reformi eesmärke ning põhimõtet, et teenuste taotlemise protsess oleks inimesele lihtne, on töögrupi eelistus on alternatiiv nr 1. Sellisel juhul toimub tööealistele inimestele abi osutamine kõige integreeritumal kujul Töötukassa kaudu (töötamishüvitis, töövõimehindamine, mille raames viiakse läbi ka rehabilitatsiooni- ja abivahendivajaduse hindamine, tööturuteenused ja töötamist toetavad riiklikud teenused - rehabilitatsioon ja tehnilised abivahendid). Töötukassast tuleks kujundada peamine kompetentsikeskus tööealiste, seal juures ka osalise töövõimega inimeste vajaduste terviklikul hindamisel ning tööturule tagasipöördumise toetamisel. Inimestele, kelle puhul töövõimehindamine toob välja **töövõime täieliku puudumise** ning kes vajavad suuremat toetust, juhendamist ning spetsiifilisi teenuseid (näiteks erihooldusteenuseid, hooldusteenused jm) maksab Töötukassa hüvitis, nad võivad oma tahte alusel Töötukassa meetmetes osaleda, kuid olulisem on nende inimeste seostamine töötukassa juhtumikorraldaja poolt vajaliku abi osutajaga (SKA, KOV). Seega, Töötukassa jääks osutama teenuseid inimestele, kellel on säilinud osaline töövõime; Sotsiaalkindlustusamet inimestele, kellel töövõime puudub ning mõlemad asutused saavad spetsialiseeruda just nimetatud sihtgrupile vajalike teenuste arendamisele ja pakkumisele.

Siiski on äärmiselt vajalik, et toimuks tihe asutustevaheline koostöö. Esiteks, isiku “ajalugu” puude, senise töövõimekaotuse, riiklike sotsiaalteenuste kasutamise osas on SKA-; ka uute meetodikate alusel kogutavast informatsioonist isiku kohta on osa kattuv (puude määramisel, töövõime hindamisel, teenuste vajaduse hindamisel) - tuleb vältida samasisulise info küsimist isikult/perearstilt mitmel korral. Sõltumata sellest, millise alternatiiviga otsustab riik edasi minna, peavad Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusamet mõlemad omama pädevat juhtumikorraldajate kompetentsi, et ühele isikule tuua kokku temale vajalikud teenused mõlemast asutusest (nt kui abivahendid jäävad SKA korraldusele, kuid abivahend on vajalik töötamiseks). Kolmandaks – juhul, kui täieliku töövõimekaotusega inimesed suunatakse SKA-sse, peab ka nende inimeste puhul silmas pidama tööeelduste edasiarendamist. Neljandaks – alternatiivi 1 puhul võtaks TK küll üle kohustuse hinnata, seostada ja finantseerida tööealiste (töövõimeliste) isikute rehabilitatsiooni, kuid teenuseosutajate nõuetele vastavust hindab SKA (vähendades sellega teenuste administreerimisega kaasnevat dubleerimist TK ja SKA vahel).

Töövõimetuskindlustuse reform toob kaasa väga suuri muudatusi nii tööealiste inimeste kui ka riigi jaoks, vajalikud on väga erinevad ümberkorraldused, mille elluviimiseks on vajalikud täiendavad analüüsid, arendused, piisavalt aega ning rahalisi vahendeid. Tegemist on nõ rakenduskriitilise reformiga – mis tähendab, reformi edukus ja temale pandud eesmärkide saavutamine on kriitilisel määral seotud ellurakendamise efektiivsusega tegelikus elus. Alljärgnevalt on toodud soovitusel oluliste **arendusvajaduste** osas, mis on eelduseks töövõimehindamise ning riiklike sotsiaaltoetuste seostamiseks ning töövõimekaotusega inimeste tööturule tagasitoomiseks:

1. Infosüsteemid, dokumentide ja andmete menetlemine (SKAIS, TIS jm):

Puude raskusastme määramine ja sellekohase informatsiooni kogumine toimub Sotsiaalkindlustusametis, töövõimehindamine ja meetmete planeerimine Töötukassas - informatsioon puude- ja töövõime tuvastamiseks võib osaliselt kattuda. Tuleb tagada, et Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa spetsialistide vahel oleks riskasutatav ja kättesaadav juba varasemalt kogutud informatsioon (nt puude tuvastamisel, isiku töövõimehindamisel, tööturu-, rehabilitatsiooni- või abivahendi vajaduse hindamisel kogutud andmed – eeldab ühilduvaid infosüsteeme ja toimivat koostööd andmete vahetamisel).

Nii puude raskusastme-, töövõime-, rehabilitatsioonivajaduse- kui abivahendivajaduse hindamise aluseks on terviseinfosüsteemis kajastuv informatsioon, selle asja- ja ajakohasus ning piisavus – TIS info peab olema kättesaadav nii Töötukassale kui Sotsiaalkindlustusametile; vajadus teha täiendavat teavitustööd, et perearstid/eriarstid, kes siiani ei ole liitunud või TIS-i infot sisestanud, seda teeksid.

2. Täiendavate kohustuste andmine perearstidele, eriarstidele:

Töögrupp näeb, et paratamatu on inimest ravivate perearstide/eriarstide töökoormuse tõus – ajutise töövõimekaotuse puhul soovitude andmine isikule ja tööandjatele meetmete kohta, mida rakendada isiku töötamise võimaldamiseks ajutise töövõimelanguse perioodil; töövõime hindamiseks vajaliku terviseinfo dokumenteerimine, täpsustatud hinnang abivahendi vajaduse kohta, hinnang funktsiooni- ja struktuurihäire raskusele, mis mõjutab tegevusvõimet (rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks). Vajalik info peab olema kättesaadav TIS kaudu. Vajab täiendavat analüüsi, millised on nõ kohustuslikud ja minimaalsed andmed. Perearstidele/eriarstidele on vaja töötada välja sellekohased juhendmaterjalid, viia läbi TIS arendustööd.

3. Spetsialistid, nende pädevus:

Töövõimetuskindlustuse reformi käivitamiseks ja töövõimelangusega inimeste toetamiseks on vaja palgata ja täiendkoolitada erinevaid spetsialiste Töötukassas (Sotsiaalkindlustusametis). Puuetega inimeste organisatsioonid on tundunud muret töötervishoiuarstide ettevalmistuse osas, kuna tänasel päeval ei ole töötervishoiuarstid tegelenud raske- ja sügava puudega inimeste töövõime hindamisega, samuti rehabilitatsiooni- või abivahendite vajaduse hindamisega; ka Töötukassas ei ole piisaval määral spetsialiste ja juhtumikorraldajaid, kes on pädevad puudespetsiifilistes- ja erivajadustega seotud küsimustes. Heaks võimaluseks oleks erinevatele ametikohtadele palgata ja täiendkoolitada puudega inimesi endid; samuti oleks otstarbekas kaasata erinevaid rehabilitatsioonispetsialiste, kelle on pädevus töötamiseks puudega inimestega.

Pakutav täiendkoolitus peaks sisaldama vajalike hindamismetoodikate kasutamist, puudespetsiifilisi aspektide tundmist töövõime hindamiseks ja töölesaamise toetamiseks vajalike meetmete planeerimiseks (tööturu-, sotsiaal-, tervise- haridusvaldkondadest), juhtumikorralduse ja võrgustikutöö põhimõtteid, suhtlemistreeningut jpm.

4. Hindamiseks kasutatavad meetodikad:

Töögrupi soovitus on isiku puude-, töövõime- ja teenustevajaduste hindamisel tugineda ühtsetele alustele, mida pakub Rahvusvahelisel Funktsioneerimisvõime Klassifikatsioonil põhinev lähenemine ning mida soovitab ka erinevate riikide kogemus. RFK võimaldab arvesse võtta nii inimese struktuuri- ja funktsioonihäirest või kõrvalekaldest (ehk meditsiinilisest seisundist) tingitud tegevus- ja osalusvõime piiranguid, keskkonda ja personaalseid tegureid, mida on vaja arendada iseseisva funktsioneerimise tagamiseks, tööturule ja ühiskonda integreerumiseks. RFK põhimõtetele tugineb juba väljatöötatud rehabilitatsioonivajaduse hindamine ning käesolevas hankes soovitatud abivahendivajaduse hindamine. RFK-d käsitletakse kui ühtset standardkeelt erinevate spetsialistide vahel.

5. Osutatavad meetmed, mis on vajalikud töövõimelangusega inimeste töölesaamise toetamiseks:

Vajalikud väga erinevad töötamist toetavad teenused, toetused ja meetmed, mille maht ja kättesaadavus peavad olema piisavad. Siia kuuluvad nii üldised (avalikud) teenused kui ka spetsiifilisemad, puudega inimestele vajalikud KOV teenused - ligipääsetav ja töölkäimisvõimalusi arvestav ühistransport, piisavas mahus invatransport, isiklik abistaja, füüsiline juurdepääs jne, arvestades sealjuures regionaalseid eripärasid. KOV tasandil on vajalikud ka need teenused, mis toetaksid hoolduskoormusega inimesi.

Kindlasti vajavad edasiarendamist nii töölesaamist toetavad kui iseseisvat toimetulekut, puudega inimeste motivatsiooni ja valmisolekut arendavad sotsiaalsed **rehabilitatsiooniprogrammid**. Häid tulemusi töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammidega on saavutatud näiteks Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuses, kes võiks jätkata erinevate programmide vajaduse analüüsimise, arendamise ja programmide osutajate metoodilise toetamisega.

Läbimõtlemit vajab **puudest tingitud lisakulude hüvitamine** seoses töötamisega – kui tahame puudega inimeste tööhõivet suurendada, on äärmisel oluline ka vajadustest lähtuv lisakulude hüvitamine (töötamisetoetuse üleandmisel SKA-st TK-sse). Toetuse määramine peab olema juhtumipõhine; mitte üks piirmäär kõigile. Inimesed, kelle lisakulud on väga suured (nt transpordi kasutamisel, kulud abistajale), võib väheneda motivatsioon tööleminekuks.

Puudega inimestele on vajalikud **kaitstud ja toetatud töökohad**. Kaitstud ja toetatud töökohtade planeerimine peaks toimuma riigi poolt, tuginema analüüsitud vajadustele (st milliste teenuste/toodete jne järgi on vajadus). Vajalik on õiguslik regulatsioon ja teenust osutavate asutuste töö korraldamine nii, et oleks tagatud jätkusuutlikkus (siin ei toimi nõ vaba-turumajanduse printsiip või projektipõhisus). Kaitstud ja toetatud töökohadele peaks saama suunata nii Töötukassa (osalise töövõimega inimesed) kui ka SKA (inimesed, kelle puhul töövõime puudub).

6. Tööandjate teadlikkus, tööandjate toetamine ja täiendavate töökohtade loomine:

Täiendavate töökohade loomise ja tööandjate toetamise vajadus; tänased meetmed (seadusandlusest tulenevad lisavõimalused - maksusoodustused, Töötukassapoolne tugi, pikendatud põhipuhkus jm) vajavad edasiarendamist, vähem bürokraatlikke sätteid. Seejuures tuleks arvesse võtta regionaalpoliitilisi aspekte töökohade loomiseks või tööandjate toetamiseks.

8. Kasutatud kirjandus

KPMG Baltics OÜ (2011). “Kliendikeskne esmatasandi juhtumitöö ning juhtumikorraldus sotsiaalkaaste tervikliku koostoime tagamisel”. Uuring.
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/KPMG_lõpparuanne_5.pdf

Poliitikauuringutekeskus Praxis (2011) “Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikku rahastamise võimalused”, analüüsi raport.
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussüsteemi_jatkusuutliku_rahastamise_voimalused_taisversioon.pdf

Poliitikauuringutekeskus Praxis (2012) “Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies Euroopa Liidu riigis”
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Praxis_T%C3%B6%C3%B6v%C3%B5imetus_Eestis_5_EL_Riigis_v1.2_01.pdf

Riigikontroll, audit (2010) “Riigi tegevus puudega inimeste ning töövõimetuspensionäride toetamisel” <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2159/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

OECD (2012), “Reforming disability benefit schemes: what can Estonia learn from other European countries?”

International Classification of Functioning, Disability and Health, Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health (2002).
<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

WHO Disability Assessment Schedule <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

International Encyclopedia of Rehabilitation
<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/#s6>

Integrated social services in Europe, Report, Council of Europe (2004)

A Voluntary European Quality Framework for Social Services, SPC/2010/10/8 final

Paavel, V., Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Sotsiaalministeerium jt 2000/2001

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/> (25.02.2013)

Seadusandlus:

Ravikindlustuse seadus <https://www.riigiteataja.ee/akt/131122012011#para25>

Sotsiaalhoolekande seadus <https://www.riigiteataja.ee/akt/118042013006>

Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekande korralduse analüüs, 2013

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus <https://www.riigiteataja.ee/akt/106122012014>

Riikliku pensionikindlustuse seadus <https://www.riigiteataja.ee/akt/106122012003>

Eesti Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelu <https://www.riigiteataja.ee/akt/123022013001>

Sotsiaalministri määrus nr 79 (14.12.2000) “Tehniliste abivahendite taotlemise kord”
<https://www.riigiteataja.ee/akt/113122012011>

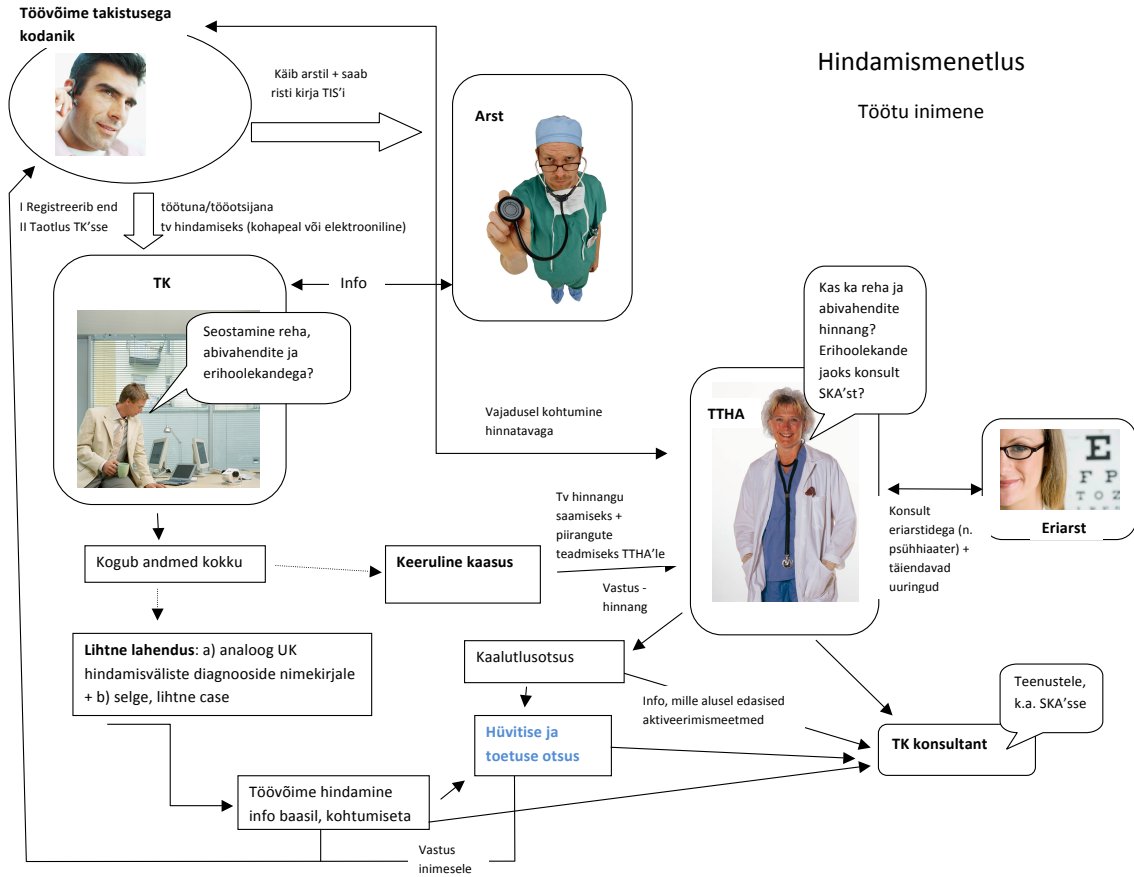
Vabariigi Valitsuse määrus nr 256 (20.12.2007) “Rehabilitatsiooniteenuste...”
<https://www.riigiteataja.ee/akt/117122010035>

Sotsiaalhoolekande seaduse erihoolekandeteenuste regulatsiooni puudutava muudatuse seletuskiri (2009) <http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihoolekanne.html>

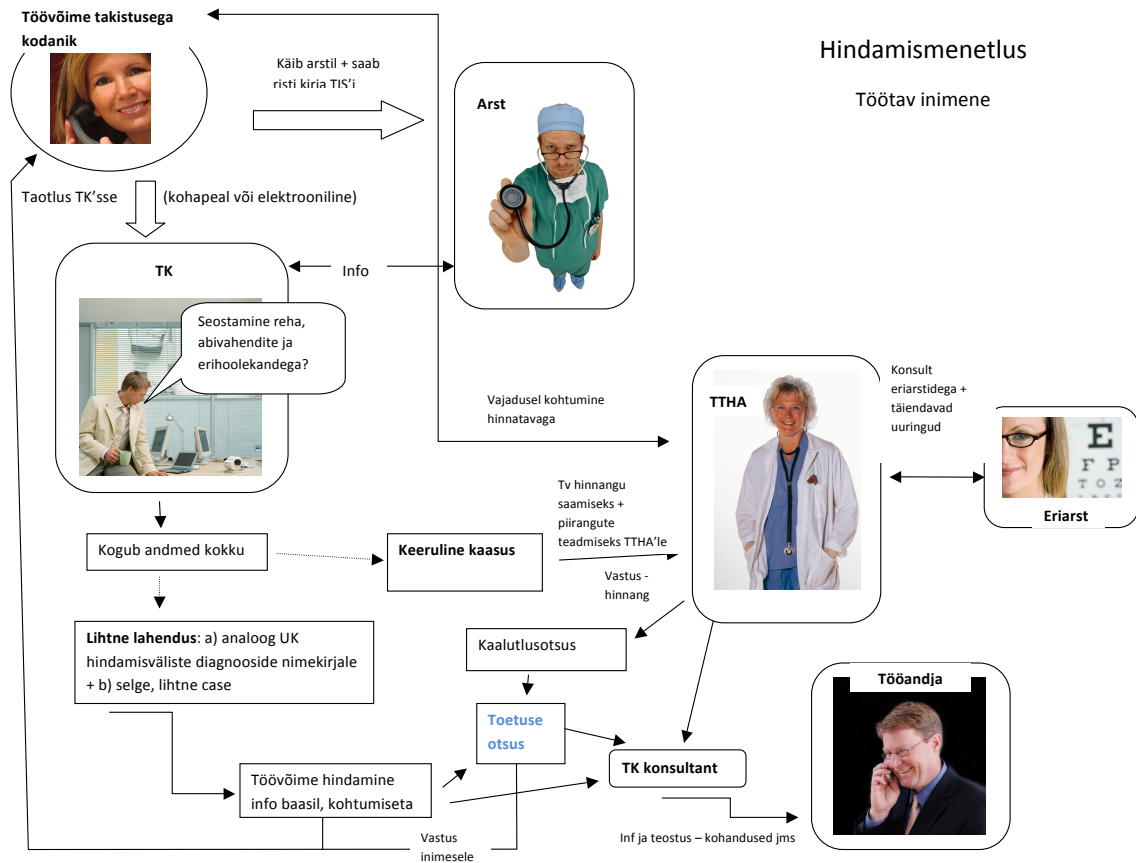
Sotsiaalhoolekande seaduse rehabilitatsiooniteenuse regulatsiooni puudutav eelnõu (2013)

9. Lisad

Lisa 1. Hindamismenetlus Töötukassas (töötu isik)



Lisa 2. Hindamismenetlus Töötukassas (töötav isik)



Lisa 3. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus



ESF raamprogrammi "Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013" programmi „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2012-2013“ alapunkti 3.2. „Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine“ 2012-2013 raames läbi viidud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamise piloteerimise tulemusel välja töötatud rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse kirjeldus ja hind.

REHABILITATSIOONIVAJADUSE HINDAMISE TEENUS

I TEENUSE SISU

Teenuse eesmärk, taust ja kasutatavad mõisted

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse eesmärk on isiku terviseolukorrast põhjustatud tegevus- ja osalusvõime piirangute hindamisele tuginedes isiku rehabilitatsioonivajaduse väljaselgitamine ja vajadusel tema seostamine rehabilitatsiooni- ja/või sotsiaalkaitsemeetmetega⁹⁶.

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenus on personaalne, tugineb isiku reaalsele olukorra ja vajaduste hindamisele; loob eelduse rehabilitatsiooniks eraldatud vahendite ressursisäästlikuks ja tulemuslikuks kasutamiseks.

Rehabilitatsioon on protsess ja rehabilitatsioonivajaduse hindamine on selle protsessi üks lahutamatu osa. Rehabilitatsioonivajaduse hindamist ei saa käsitleda rehabilitatsiooni tervikprotsessist eraldiseisva tegevusena ning hindamisele peab järgnema isiku vajadustele vastavate meetmetega seostamine.

Isiku huve rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamisel esindab eeskätt isik ise, eestkostja ja vastavalt vajadusele isiku nõusolekul pereliige, KOV sotsiaaltöötaja, raviastutus (raviarst, perearst, raviastutuse sotsiaaltöötaja, pereõde jms) töötervishoiuarst või muu usaldusisik.

Teenuse raames kohtub ekspert isikuga (eestkostjaga), ekspert hindab isiku tegevus- ja osalusvõimet, et selgitada välja, kas ta vajab rehabilitatsiooniteenust. Rehabilitatsioonivajaduse ilmnemisel sõnastab isik koos eksperdiga esmase rehabilitatsioonieesmärgi. Lähtudes isiku eesmärgist ning osalus- ja tegevusvõime arendamise vajadustest seostatakse isik temale sobivaimate rehabilitatsiooni- ja/või sotsiaalkaitsemeetmetega või muude osalus- ning tegevusvõimet aktiveerivate meetmetega, mis loovad eelduse püstitatud eesmärkide täitmiseks.

Rehabilitatsiooni mittevajamise korral konkreetset eesmärki ei sõnastata; eksperdi poolt

⁹⁶ Mõistete selgitused – vt lk 2

lisatakse selgitus, miks rehabilitatsioon ei ole vajalik või otstarbekas.

Rehabilitatsiooniprotsessi läbimise järgselt toimub osutatud rehabilitatsioonimeetmete tulemuslikkuse hindamine, mis toimub eeskätt rehabilitatsiooniteenuseid osutanud asutuse poolt. SKA, kui teenuse rahastaja hindab tulemuslikkust ja teostab kontrolli teenuse üle korralise järelevalve käigus (st mitte kõikide juhtumite korral) vastavalt SKA poolt väljatöötatud korrale.

Seega on rehabilitatsioonivajaduse hindamise otsesteks tegevusteks:

1. isiku vajaduste hindamine
2. kaalutlusotsuse langetamine
3. isiku seostamine meetmetega.

Kasu isikule

Hindamise läbiviimise ja informatsiooni andmise järgselt:

1. paraneb isiku teadlikkus oma tegevus- ja osalusvõimest ning arendamise võimalustest;
2. paraneb isiku kaasatus ühiskonda, kuna lähtudes isiku eesmärgist ning osalus- ja tegevusvõime arendamise vajadustest seostatakse isik temale sobivaimate rehabilitatsiooni- ja/või sotsiaalkaitsemeetmetega või muude osalus- ning tegevusvõimet aktiveerivate meetmetega, mis loovad eelduse püstitatud eesmärkide täitmiseks.

Kasutatavad mõisted:

Terviseolukord (health condition: disorder or disease) on keha anotoomilise, füsioloogilise või psüühilise funktsiooni või struktuuri kõrvalekalle või puudumine/ kaotus. (WHO 2002). Mõiste terviseolukord on tähenduselt neutraalne (st ei rõhuta negatiivseid aspekte) ja universaalne (st on kasutatav kõigi inimeste puhul ja ei rõhuta erisusi „füüsilise“ ja „psüühilise“ seisundi vahel). Mõiste hõlmab kõiki keha funktsioonide ja struktuuride kõrvalekaldeid, mis omakorda võivad põhjustada inimestel võimete langust.

Tegutsemine (activity) – inimese poolt läbiviidavad toimingud või tegevused. (RFK, 2005)

Tegutsemispiirangud (activity limitations) on raskused, mida inimene võib kogeda igapäevaelu situatsioonides tegevuste läbiviimise ajal. (WHO, ICF 2001, RFK 2004)

Osalus (participation) – inimese kaasatus elulisse situatsiooni. (RFK, 2005)

Osaluspiirangud (participation restrictions) on probleemid, mida inimene võib kogeda seoses igapäevaelu situatsioonidesse kaasatuse või olulistest sotsiaalsetest tegevustest kõrvalejäämisega. (WHO, ICF 2001, RFK 2004)

Personaalsed faktorid (tegurid) - Taustategurid, mis hõlmavad inimese igapäevaelu tausta ning koosnevad nendest erijoontest, mis ei kuulu tervise olukorra alla. Siia kuuluvad vanus, sugu, haridustase, kogemused, isikuomadused ja iseloom, võimed, muud tervisega seotud olukorrad, sportlik eluviis, harjumused, kasvatus, toimetulekuviisid, sotsiaalne taust, elukutse ning eelnevad ja praegused läbielamised. (WHO-DAS II, Tervise ja puude mõõtmine, juhend)

Rehabilitatsioon (laiemas käsitluses) on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise

kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese võimalikult suure iseseisvuse saavutamine, sotsiaalse osaluse, kaasatuse ja rahulolu suurendamine.

Sotsiaalne rehabilitatsiooniteenus – sotsiaalhoolekande seaduse alusel reguleeritud riiklik sotsiaalteenus, mis on aktiivne, kindla alguse ja lõpuga protsess, mille käigus hinnatakse inimese ressursse ja vajadusi, seatakse eesmärk muutuseks inimese elus, planeeritakse tegevused/teenused (terviklikult), viiakse sekkumised läbi, hinnatakse eesmärgi saavutamist, vajadusel korrigeeritakse.

Sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse tuvastamine (ehk rehabilitatsioonivajaduse hindamine) - isiku terviseolukorrast põhjustatud tegevus- ja osalusvõime piirangute ja olemasolevate ressursside hindamisele tuginedes isiku rehabilitatsioonivajaduse väljaselgitamine ja vajadusel tema seostamine rehabilitatsiooni- ja/või sotsiaalkaitsemeetmetega.

Seostamine on protsess, mis tähendab kliendi kokkuviiimist temale vajaliku teenuse/meetmega. Sõltuvalt kliendist, võib selleks olla vajalik meetme või teenuse osutajaga kontaktivõtmine, kontaktide vahendamine, informatsiooni edastamine kliendi vajaduste kohta, konkreetse aja kokkuleppimine, korraldamine või veendumine, et klient saab minna kokkulepitud teenusele.

Rehabilitatsioonimeetmed on rehabilitatsiooniteenuste osutajate poolt osutatavad rehabilitatsiooniteenused (tegevused) ja rehabilitatsiooniprogrammid, mis on suunatud isiku rehabilitatsiooni eesmärgi täitmisele.

Sotsiaalkaitsemeetmed on sotsiaalkaitse organisatsioonide poolt osutatavad abimeetmed. Sotsiaalkaitseorganisatsioonid on Sotsiaalkindlustusamet, rehabilitatsiooniteenuste osutajad, kohalikud omavalitsused ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltööüksused (sotsiaalosakonnad), sotsiaalteenuseid osutavad organisatsioonid (päevakeskused, asenduskodud jt), tervishoiuteenuste osutajad (perearstid, perearstikeskused ja raviasutused), haridusasutused, Töötukassa ja Töötukassa osakonnad, vanglate kriminaalhooldusosakonnad.

Muud osalus- ning tegevusvõimet aktiveerivad meetmed on näiteks puuetega inimeste organisatsioonid; teised MTÜ-d; ringilised tegevused jm tegevused, mis aitavad tõsta/säilitada kliendi aktiivsust.

Teenuse sihtgrupp

Teenuse sihtgruppi kuuluvad täisealised inimesed, kelle tegevus- ja osalusvõime on **olulisel määral**⁹⁷ piiratud tulenevalt **terviseolukorrast**.

Lisaks võib isikul olla tuvastatud ajutine- ja/või püsiv töövõimekaotus; puude risk või puude raskusaste. Seega kuuluvad antud teenuse sihtgruppi tegevus- ja osalusvõime piirangute või raskustega inimesed vaid sel juhul, kui see tuleneb nende muutunud (halvenenud) **terviseolukorrast** ja on seotud personaalsete faktoritega (mitte üksnes seotud inimest ümbritseva keskkonnaga⁹⁸).

⁹⁷ olulisel määral – kui isikul on tegevuste või toimingute igapäevaelus sooritamisel mõõdukad või tõsised raskused (WHO, WHO DAS II juhend)

⁹⁸ Isiku tegevus- ja osalusvõime hindamine hõlmab küsimusi tema praeguse keskkonna kohta, ent kodeerimine põhineb tegevus- ja osalusvõimel, mitte keskkonnal.

Kaalutusotsuse, kas suunata isik rehabilitatsiooniteenusele või mitte, langetab hindamist läbiviinud ekspert. Kaalutusotsuse langetamisel tugineb ekspert hindamise tulemustele: DAS 2.0 toimetuleku häirumise vahemik ning *personaalsed faktorid*?

Näiteks:

1. kui inimese terviseolukord on muutunud (inimene on haige), kuid see ei ole mõjutanud püsivalt⁹⁹ tema tegevus- ja osalusvõimet, vajab inimene tervishoiuteenuseid ning ei kuulu antud teenuse saajate hulka.
2. Kui isiku sotsiaalne toimetulek ja osalusvõime on langenud muudel, kui terviseolukorrast tingitud põhjustest (nt inimene on teisest kultuurist/rahvusest, inimese sotsiaalsete oskuste tase on ebapiisav, inimene on kaotanud töö, kuid tervis on korras), siis ei kuulu isik antud teenuse saajate sihtgruppi (kuigi probleemide tagajärjeks võivad olla osalusvõime piirangud, sarnaselt antud teenuse sihtgruppi kuulujatega).

Terviseolukorra tõttu tegevus- ja osalusvõime piiranguid kogevate inimeste sihtgrupp võib olla suhteliselt suur. Samas - antud teenuse saajate hulka kuuluvad isikud, kelle tegevus- ja osalusvõime on **olulisel määral** langenud. Mõiste „olulisel määral“ tuleneb RFK põhimõtetest ja võib olla hinnatud kliendi enda poolt rehabilitatsiooniteenuse taotlusel ja/või tuvastatud perearsti/eriarsti poolt¹⁰⁰, kuid konkreetne toimetuleku häirumise määr selgub eelhindamise läbimisel.

Lõplik sihtgrupi defineering on riiklik poliitiline otsus, st sõltub eelarvest ja võib olla ajas muutuv.

Teenuse osutamise aluseks olevad õigusaktid

1. Sotsiaalhoolekande seadus

Seotud õigusaktid (arvestades planeeritavaid muudatusi seoses isiku töövõimehindamisega ning rehabilitatsiooni sihtgruppi laiendamise vajadusega):

2. Tööturuteenuste ja toetuste seadus (rehabilitatsioon, kui töölesaamist ja töötamise jätkamist toetav meede).
3. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (rehabilitatsioon, kui puude raskusastme tekkimist ennetav või kompenseeriv meede).
4. Ravikindlustuse seadus (rehabilitatsioon, kui ajutisel töövõimetuslehel olevaid isikuid toetav meede, ennetamaks püsiva töövõimekaotuse tekkimist; sh kutsehaigus- ja tööõnnetusjuhtumid).
5. Riiklik pensionikindlustuse seadus (rehabilitatsioon, kui püsiva töövõimekaotuste tekkimist ennetav või kompenseeriv meede).

II TEENUSE TAOTLEMISE JA OSUTAMISE PROTSESS

Teenuse sisu kirjeldus

Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenus koosneb alategevusest, mis seostuvad:

- I) ettevalmistavate tegevustega,
- II) otsese klienditöö tegevustega,
- III) järeltegevustega.

⁹⁹ **püsivalt mõjutanud** – kas terviseolukord on isiku tegevus- ja osalusvõimet mõjutanud saab hinnata perearst/eriarst/töötervishoiuarst. Perearst/eriarst võib teha sellekohase märke terviseinfosüsteemi.

¹⁰⁰ Nt märke terviseinfosüsteemis.

I. Ettevalmistavad tegevused SKA-s:

1. Isiku (tema esindaja) taotluse¹⁰¹ registreerimine¹⁰². Kliendi sihtgrupi vastavuse kontrollimine (nt, kas isik on täisealine; kui kriteeriumiks jääb puude raskusaste/püsiv töövõimekaotus, siis selle tuvastamine jm). Vajadusel päringute tegemine sihtgrupitingimuste väljaselgitamiseks.
2. Isikule rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse olemuse, kliendi võimaluste, tingimuste ja kaasneva vastutuse selgitamine, hindamise aja¹⁰³, koha ja korralduse kokkuleppimine.
3. Eelinfo kogumine infosüsteemidest (puude/püsiva töövõimekaotuse aluseks olev terviseinfo; senini isikule osutatud riiklikud sots.teenused – rehabilitatsioon, erihoolekanne; infovahetus Töötukassa, vajadusel KOV-ga).
4. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise ankeedi eeltäitmine eksperdi poolt.

II Otsene klienditöö

1. Kohtumine isikuga (vajadusel eestkostja või esindajaga), kontakti loomine, küsitluse protsessi selgitamine ja informeerimine. Tuleb tagada vajadusel väljasõit kliendi juurde.
2. Küsimustiku läbimine ja info dokumenteerimine isiku ja/või tema esindaja ütluste kohaselt. Isiku tegevus- ja osalusvõime piirangute väljaselgitamine 6 valdkonnas, mis toimub järgmiselt: hindamisvahendi alateema ja täitmise põhimõtete selgitamine; küsimuse esitamine isikule; küsimuse mõtte selgitamine; vastuse kuulamine; vajadusel vastuse ületäpsustamine; vastuse dokumenteerimine, vastuse analüüsimine ja vajadusel selgituse lisamine kommentaaridesse.
3. Isikule esmase tagasiside andmine ilmnunud osalus- ja tegevusvõime piirangutest ja potentsiaalsetest arendamise võimalustest.
4. Potentsiaalsete rehabilitatsiooni eesmärkide arutamine, kliendil abistamine rehabilitatsioonieesmärgi või rehabilitatsioonivajaduse puudumise sõnastamisel.
5. Võimalike rehabilitatsioonivõimaluste (üksikteenuste, programmide) ja teiste rehabilitatsioonieesmärgi saavutamiseks sobivate meetmete arutelu kliendiga.
6. Kliendist ja tema keskkonnast tulenevate rehabilitatsiooni toetavate ja takistavate asjaolude väljaselgitamine.
7. Kokkuleppe sõlmimine edasise koostöö teostamiseks (nt järgmise kohtumise aeg/koht¹⁰⁴ või viis, kuidas infot edastatakse – e-post, tavapost, tel).

III Järeltegevused

1. Vajadusel andmete kontrollimine ja info täpsustamine eksperdi poolt (nt kui isiku poolt esitatud info jäi ebaselgeks) teistelt spetsialistidelt või isikult (esindajalt).
2. Rehabilitatsioonivajaduse analüüsimine ning eksperthinnangu sh eitava otsuse ettevalmistamine.

¹⁰¹ Teenuse taotlusel on klient allkirjaga kinnitanud oma nõusolekut delikaatsete isikuandmete kasutamise, töötlemise, edastamise jm osas. Taotlusel võib klient anda esmase informatsiooni terviseolukorrast tingitud osalusraskuste kohta.

¹⁰² Ettevalmistavad tegevused 1 ja 2 võivad olla teostatud SKA klienditeenindaja poolt, kes võtab vastu kliendi taotluse, selgitab edasist protsessi ja kokkuleppel isikuga registreerib reh.vajaduse hindamise teenuse järjekorda.

¹⁰³ Rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenuse järjekorda registreerimine.

¹⁰⁴ Teistkordne silmast-silma kohtumine ainult vajaduse korral.

3. Isiku seostamine vajalike rehabilitatsioonimeetmetega (rehabilitatsiooniplaani koostamine, rehabilitatsiooniprogramm(id), üksikteenus(ed), - ja/või sotsiaalkaitsemeetmega (erihoolekanne, KOV, Töötukassa, ravisüsteem vm) ja/või teiste rehabilitatsioonieesmärgi saavutamist toetavate tegevustega (MTÜd, tööandjad, koolitused jm sobivad meetmed).
4. Potentsiaalsete teenuseosutajatega läbirääkimine - teenuse osutamise võimalus, aeg, koht, maht, finantseerimine jm. Alternatiivsete valikute ja võimaluste dokumenteerimine.
5. Isikule otsuse (sisaldab hinnangut toimetulekule, otsust ja infot edasiste meetmete kohta) edastamine ja asjaolude selgitamine vastavalt kokkulepitud viisile kas posti-, e-posti teel ja telefoni teel või vajadusel/võimalusel isikuga kohtumisel.
6. Isikuga koostöös ühise ja lõpliku seisukoha väljatöötamine (millises eluvaldkonnas ja milles muutust soovitakse; realistlike eesmärkide sõnastamine); erinevate võimaluste tutvustamine (sh isikule info andmine asutuse/teenuse/ programmi/spetsialistide osas, protsessi edasine korraldus); koos isikuga meetme(te) valimine¹⁰⁵.
7. Lõpliku otsuse dokumenteerimine (hinnang, otsus, edasine protsess) ja edastamine isikule posti- või e-posti teel¹⁰⁶.
8. Teenuse osutaja teavitamine ja kokku leppimine teenuse osutamise aja suhtes.
9. Juhtumi koordineerimine üleandmine 13.1 rehabilitatsiooniasutusele nende klientide puhul, kes saadetakse rehabilitatsiooniteenusele või programmi, kus talle sealhulgas koostatakse rehabilitatsiooniplaan ja koordineeritakse selle elluviimist, 13.2 Töötukassa või KOV juhtumikorraldajale kui isik ei vaja rehabilitatsiooniteenust ja nimetatud asutuste juhtumikorraldajate pädevuses on isiku juhtumi edasine koordineerimine (läbi rääkimine ja üle andmine) ja kui selleks on saavutatud vastav kokkulepe.

Rehabilitatsiooniteenuse vajadust hindav ekspert võib teha päringud¹⁰⁷ isiku osalus- ja tegevusvõime arendamiseks vajalike meetmete väljaselgitamiseks ning isikule edasise abi planeerimiseks (eeskätt juhul, kui):

1. isik ei tea temale varasemalt osutatud meetmeid või ei saa eksperdile arusaadavalt edasi anda infot temale osutatud teenuste, meetmete kohta;
2. kui eksperdil tekib põhjendatult kahtlus, et temale edastatud andmed kliendile osutatud teenuste, meetmete kohta ei ole kas piisavad või tõesed.
3. On vajadus kokkuleppida konkreetseid järgmisi kliendile vajalikke meetmeid.

Täiendavad päringud (vastavalt juhtumile ja vajadusele) kas :

1. **Perearstile, raviarstile** (nt varasem ravi, järgmised meetmed),
2. **KOV-i** (nt kui see on vajalik selgitamaks kliendi sobivust teistesse toimetulekut toetavatesse meetmetesse või kliendi juhtumi delegeerimiseks KOV-le:
 - Kas klient ja tema probleemid on KOV-is teada
 - Kas kliendil on KOV-is oma juhtumikorraldaja, kes see on, kontaktid
 - Missuguseid toimetulekut tagavaid teenuseid on KOV-i poolt kliendile osutatud
 - Missuguseid teenuseid/meetmeid on võimalik KOV-il osutada.

¹⁰⁵ võimalusel koos isikuga, või ka telefoni, e-posti teel, vajadusel uus kohtumine

¹⁰⁶ otsus koos edasiste tegevustega (kontaktid jm) peab realselt jõudma inimeseni, st see ei ole suuline info inimesele.

¹⁰⁷ Luba delikaatsete isikuandmete töötlemiseks jne on kliendilt küsitud taotlusel.

3. Töötukassasse (tööealine klient):

- Kas klient ja tema probleemid on Töötukassal teada
- Kas kliendil on Töötukassas oma juhtumikorraldaja, kes see on, kontaktid
- Missuguseid tööhõive ja tööalase rehabilitatsiooni teenuseid on Töötukassa poolt kliendile osutatud
- Missuguseid teenuseid/meetmeid on võimalik Töötukassal osutada.

4. Tööandjale (töötava või konkreetse tööandjaga seotud kliendi kohta):

- Kas tööandja teab oma nimetatud töötaja (kliendi) töövõimetuse, erivajaduse, puudega seotud probleeme ja nende mõju töötamisele
- Kas tööandja teab temale laienevaid võimalikke teenuseid, toetusi seoses nimetatud töötaja (kliendi) töötamisega tema asutuses
- Takistused ja potentsiaalsed võimalused nimetatud töötaja (kliendi) töötamisel tööandja juures.

5. Haridusasutusele, õpetajale, kus klient õpib või võiks/peaks potentsiaalselt õppima:

- Kas haridusasutus teab nimetatud õpilase (kliendi) erivajaduse, puudega seotud probleeme ja nende mõju õppimisele, õpetamisele, õppekeskkonnale?
- Kas haridusasutus teab temale laienevaid võimalikke teenuseid, toetusi ja kohustusi seoses nimetatud õpilase (kliendi) õppimisega tema asutuses; millist abi haridusasutus võiks vajada?
- Takistused ja potentsiaalsed võimalused nimetatud õpilase (kliendi) õppimisel kliendi haridusasutuses.

6. Rehabilitatsiooniasutusele, kus on koostatud kliendi rehabilitatsiooniplaan, osutatakse rehabilitatsiooniteenused, pakutakse rehabilitatsiooniprogrammi:

- Mis on senini olnud kliendi rehabilitatsiooni eesmärk
- Mida on eesmärkide täitmiseks tehtud, mida plaanitakse teha
- Hinnang senitehtu tulemuslikkusele
- Hinnang eesmärgi potentsiaalsele täitmisele, prognoos, tähtajad.

7. Perekonnaliikmetele, isiklikule sotsiaalvõrgustikule:

- võimalused ja takistused, mis on seotud kliendi pere või isikliku sotsiaalvõrgustikuga,
- võimalused ja takistused, mis on seotud kliendi keskkonnaga,
- võimalused ja takistused, mis on seotud kliendi ning tema lähikondsete toekspidamiste, hoiakute, huvide, tabudega.

Teenuse kättesaadavus, menetluse pikkus

1. 5 tööpäeva jooksul alates isiku (esindaja) taotluse esitamisest registreerib SKA isiku rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenusele (isikuga lepitakse kokku temale sobiv hindamise läbiviimise aeg arvestades SKA võimalusi).
2. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise optimaalne aeg on 21 päeva, kuid mitte hiljem kui 2

- kuu jooksul alates isiku (esindaja) poolt vastava taotluse esitamisest¹⁰⁸.
3. Otsus isiku rehabilitatsiooniteenusele suunamise/mittesuunamise kohta langetatakse 10 tööpäeva jooksul alates hindamise läbiviimisest .
 4. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse ilmnemisel paneb SKA isiku teenuse järjekorda. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine peab toimuma vastavalt inimese vajadusele (võimalikult kiiresti), kuid mitte hiljem kui 2 kuu jooksul vastava otsuse langetamisest.
 5. Juhul, kui isik ei vaja rehabilitatsiooniteenust, seostatakse ta muude sotsiaalkaitsemeetmetega isikule sobival ajal, kuid vähemalt 2 kuu jooksul .
 6. Rehabilitatsioonivajadust hinnanud ekspert monitoorib kliendi seostumist teenustega 3 kuud peale teenusele suunamist vastavalt SKA-s väljatöötavale korrale.

Teenuse osutamise koht

Teenust osutatakse Sotsiaalkindlustusameti piirkondlikes osakondades; vastavalt isikute vajadustele muudes asukohtades.

Teenuseosutaja koormus (case load)

Ekspert saab vastu võtta 3 (kuni 4) klienti päevas ja kuni 20 nädalas, arvestusega, et töökoormus moodustub ettevalmistavatest tegevustest, otsese klienditööga seotud tegevustest ning järeltegevustest.

III TEENUSE OSUTAJA

Rehabilitatsioonivajaduse hindamist viib läbi (rehabilitatsioonispetsialisti erialase ettevalmistusega) kõrgharidusega ning vajaliku täiendkoolituse¹⁰⁹ läbinud spetsialist.

Nõuded teenuseosutajale

1. Haridusnõuded – kõrgharidus kas sotsiaaltöös, psühholoogias, eripedagoogikas, logopeedias, tegevusteraapias, füsioteraapias, või arstiteaduses koos rehabilitatsioonialase täiendkoolitusega või kõrgharidus rehabilitatsioonivaldkonnas.
2. Läbitud ekspertide spetsialiseerumiskoolitus – hindamisinstrumendi kasutamine, klienditöö, juhtumikorraldus, võrgustikutöö, suhtlemispsühholoogia.
3. Väga head klienditööoskused või klienditöökogemus rehabilitatsiooni- või sotsiaalvaldkonnas.
4. Sobivad isiksuseomadused (tolerantsus, empaatiavõime, pingetaluvus).
5. Väga head suhtlemisoskused, läbirääkimis- ja enesejuhtimisoskused.
6. Arvuti- ja infosüsteemide kasutamise oskus.
7. Autojuhiloa (reaalne vajadus sõita hindamise läbiviimiseks kliendi elukeskkonda). Keelte oskus (eriti vene keel).

Nõuded teenuse osutamise ruumidele, inventarile

Ruum segamatuks kliendivestluseks, internetiühendusega arvuti, printer, telefon.

Võimalus viipekeeletõlgi vt olulise spetsialisti kaasamiseks.

¹⁰⁸ Võimalik, et on vajadus nõ eelisjärjekorra sisseadmiseks (nii reh.vajaduse hindamisele kui reh.teenusele). On oluline, et eelhindamise järgselt ja rehabilitatsioonivajaduse olemasolul suunataks isik kiiresti teenusele.

Järjekord pigem eelhindamisele, kui eelhindamise järgselt reh.teenusele.

¹⁰⁹ vajaduse korral võib projektimeeskond panna kokku soovitusliku täiendkoolituse programmi.

IV MUU INFO

Kaebuste käsitlemine/ menetlemine/ järelevalve

Sotsiaalkindlustusamet tagab ja tutvustab klientidele tagasiside esitamise ning kaebuste esitamise korda ning korraldab perioodilisi tagasiside uuringuid. Kliendil on õigus esitada vaie vastavalt õigusaktides kehtestatud korrale.

Eeldused, et rehabilitatsioonivajaduse hindamine on efektiivne:

1. Reh.vajaduse hindamine eeldab pädevust ning piisavat inim- ja ajaressurssi. Hindamise järgselt on väga oluline kliendi **seostamine** tema vajadustele vastavate teenustega (kas rehabilitatsioon või muud teenused) nii, et inimene jõuaks reaalse abini. Efektiivne juhtumikorraldus ja võrgustikutöö on ajamahukad, kuid vähendavad edasisi probleeme, klientide rahulolematust, vaideid vm.
2. Kui hindamise järgselt ilmneb rehabilitatsiooniteenuse vajadus, peab suunamine vajalikule teenusele toimuma suhteliselt kiiresti (hiljemalt 2 kuu jooksul). Juhul, kui hindamise järgselt ei ole kliendist tulenevate objektiivsete põhjusteta peale 6 kuu möödumist teenust osutatud, on hindamise tulemused aegunud ja isik võib vajada uut hindamist. Ka hilisem rehabilitatsioon on kulukam ja vähem tulemuslik.
3. Rehabilitatsiooniteenuse ning rehabilitatsiooniprogrammide töömeetodite ja kvaliteedi sisuline edasiarendamine, programmide arendamise koordineerimine. Vaja on edasi arendada erinevaid sotsiaalse rehabilitatsiooniprogramme, mille eesmärk on tegevus- ja osalusvõime piirangutega inimeste (a) iseseisvate toimetulekuoskuste arendamine (b) psühholoogilise tasakaalu toetamine; (c) töölesaamine ja aktiivsetes tööturumeetmetes osalemine (d) sotsialiseerumine ja kogukonna tegevustes osalemise suurendamine jne.
4. Teiste toetavate teenuste edasiarendamine ja kättesaadavuse parandamine (psühholoogiline nõustamine, KOV teenused, ravi- eeskätt taastusraviteenused, tööturuteenused, haridus- ja karjäärinõustamisteenused jm) – et oleks võimalik inimesi seostada vajaliku abiga.
5. Valdcondlik koostöö rehabilitatsioon, kohalik omavalitsus, töötukassa, ravisüsteem – koostööjuhised, teadlikkus jm.
6. Toimivad IT lahendused – elektroonne hindamisinstrument; vajadus taustinfo kogumiseks SKAIs infosüsteemist; samuti STAR infosüsteemist (eeldusel, et seal sisalduvad andmed isikule osutatud hoolekandemeetmete kohta); samuti rehabilitatsiooniteenuse järjekorrad, teenuseosutajad jm.

Riskikohad:

1. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise käigus kogutud informatsioon peab olema kättesaadav sisend järgmistel rehabilitatsioonietappidel (plaani koostamine, teenuse või programmi osutamine); samuti vajadusel töövõimehindamisel, puude raskusastme määramisel vm. Vältida tuleb samasisulise info kogumist järgmistel etappidel (topelthindamine jm). See eeldab kogutud andmete riskasutamise võimalust erinevate osapoolte vahel.
2. Mõelda läbi psüühikahäirega inimeste liikumise protsess teenustel (eeskätt, kas on otstarbekas rehabilitatsioonivajaduse hindamine, kui isik tuleb hoolimata sellest, kas vajab reh.teenust või mitte, suunata rehabilitatsiooniplaani koostamisele, kuna vajalik on hinnang erihoolekandeteenuste osas). Võimalik lahendus – eraldiseisva teenuse “erihoolekandeteenuse vajaduse hindamise teenus” väljatöötamine (nii teenusele suunamiseks kui teenusel olemise pikendamiseks). Vajalik on paindlik lähenemine – kui teenusel selgub, et isik vajab siiski ka reh.plaani, siis koostatakse

erihooletandeteenuse vajaduse hindamisel reh.plaan (ja vastupidi – kui on suunatud ainult reh.plaani koostamisele, hinnatakse ka erihooletandeteenuste vajadus).

3. Muud teenused, mille saamiseks on vajalik märge rehabilitatsiooniplaanis (st sellisel juhul ei toimu isiku suunamine reh.teenusele vajadusepõhiselt vaid tulenevalt muudest asjaoludest) – nt lapsehoiuteenus, kallis abivahend; sageli esitavad ka KOV-d nõude, et reh.plaanis peab olema hinnatud vajadus sotsiaalkorteri, isikliku abistaja vm osas.

Täiendavad arendusvajadused seoses rehabilitatsioonivajaduse hindamise teenusega:

1. Rehabilitatsioonivajaduse hindamise küsimustik vajab täiendamist (täpsed vajadused selguvad projekti lõppedes).
2. Eesti keelt mitterääkivad kliendid (eeskätt vene keelt kõnelevad inimesed) – vajadus juhendmaterjali tõlkimiseks ja kohandamiseks vene keelde, mis hõlbustaks hindamise läbiviimist vene keelt kõnelevatele klientidele (küsimustik koos selgitustega).

Lisa 4. Abivahendi-alase teenuse kirjeldus

ABIVAHENDI ALANE TEENUS

Teenuse taust, eesmärk, eeldused ja kasutatavad mõisted

Taust

Eesti Vabariigis reguleerib abivahendite eraldamist sotsiaalministri (14.12.2000) määrus nr 79 ning selle Lisad 1 ja 2. Probleemiks on, et kehtiv seadusandlus on üldsõnaline, puudub regulatsioon abivahendite vajaduse hindajate ja hindamismeetodite kohta; isiku õigused ning mitmed teenuse korraldusega seotud asjaolud on kirjeldatud ebapiisavalt. Seadusandluse üldsõnalisus põhjustab igapäevases elus mitmeid probleeme, näiteks ei ole tagatud tehnilist abivahendit vajavale inimesele piisav informatsioon tema tegevusvõimet toetavast/kompenseerivast abivahendist, tootespetsiifiline ning kasutaja õiguste ja kohustuste alane info, järeelhindamine ja tegevusvõime dünaamikast lähtuv abivahendi muutustöö või vahetamine. Samuti puuduvad pädevusnõuded teenuse osutajatele.

Vajadus on välja töötada **abivahendialase teenuse protsess ja kirjeldus**, mis täpsustaks isiku abivahendi vajaduse hindamise aluseid, abivahendi määramist ja kasutusõpetust, abivahendi laenutust, müüki ja tagastust, teenuseosutajate pädevusnõudeid ning isiku õiguseid ja kohustusi abivahendi eraldamise protsessis. See tagaks mitmete tänaste probleemide lahendamise ning annaks eeldused riigi poolt eraldatud ressursside efektiivsemaks kasutamiseks.

Eesmärk

Abivahendialase teenuse eesmärk on tuginedes isiku tegevus- ja osalusvõime piirangute hindamisele isiku kompenseerimist vajavate töö- või tegevusvõime osade väljaselgitamine, vajadusel abivahendite määramine ning efektiivsuse järelevalve. Töö- ja tegevusvõimet toetavate/kompenseerivate abivahendite vajaduse hindamise-määramise teenus peab olema otseselt seotud isiku taastumise, tõiste tegevuste säilitamisega või rehabilitatsiooni eesmärkidega.

Teenuse osutamisel lähtutakse järgmisest eeldustest:

1. Abivahendite alasele teenusele suunamine on isiku vajaduspõhine (tuginedes Rahvusvahelisele Haiguste ja Funktsioneerimise klassifikatsioonile ning tõenduspõhiste standardiseeritud abivahendite vajaduse hindamismetoodikatele).
2. Teenus on isiku arengut, toimetulekut ja taastumist toetav, töö- või õppimisvõimet säilitav/kompenseeriv ja töövõimekaotust ennetav või vähendav.

Abivahendi alast teenust saavad osutada vastava pädevusega spetsialistid, kelleks on riiklikult tunnustatud abivahendi spetsialisti kutsetunnistusega rehabilitatsioonispetsialistid (füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed) või kutsetunnistusega abivahendi spetsialistid (tehnikud, meistrid). Abivahendi spetsialisti kutsestandard on välja töötatud ja kinnitatud Kutsekvalifikatsiooni Sihtasutuse riiklike kutsestandardite registris 2010.aastal, koostöös Kutsekojaga on erinevatest spetsialistidest koosnev huvigrupp käivitanud riiklikult aktsepteeritud täiendkoolituse ning alustatud on kutseandmiseks vajalike dokumentide välja töötamisega. Kutseandmise alustamine toimub hiljemalt 2014.aastal, sellega ühtlustub

abivahendi teenuse osutamise kvaliteet ning tagatakse teenuse osutaja kutsealased pädevused, teadmised ja oskused.

Mõisted

Tehnilised abivahendid (proteesid, ortoosid jm abivahendid) on tooted, instrumendid, varustus või tehnilised süsteemid, mille abil on võimalik ennetada tekkinud või kaasasündinud kahjustuse või puude süvenemist, kompenseerida kahjustusest või puudest tingitud funktsioonihäiret, parandada või säilitada võimalikult kõrget füüsilist ja sotsiaalset iseseisvust ning tegutsemisvõimet.

ISO klassifikaatori põhise seadusandliku akti (määruse) alusel kompenseeritavate tehniliste abivahendite loetelus on kindlaks määratud abivahendite doteerimise määr, kasutusaeg, kasutusvorm (rent või müük) ning kallite abivahendite korral piirhinnad abivahendi eest tasumisel. Piirhindade puhul tasub riik piirhinnana sätestatud maksumuse, isiku piirhinnast kallima abivahendi maksumuse ülejäänud osa tasub kas isik ise või võimalusel KOV.

Sooritus - tegevusvõime tase, mida isik oma hetke jõuvarudega ning tegelikus keskkonnas teeb. Kuna tegelik ümbrus hõlmab ka sotsiaalset tausta, võib sooritust mõista ka kui inimeste "elulises situatsioonis olemist" või "toimetuleku kogemust" nende reaalses elukeskkonnas.

Suutlikkus - indiviidi võime ülesannet täita või tegevust sooritada. Suutlikkuse määramise eesmärk on näidata kõrgeimat võimalikku talitlustasandit, milleni isik võib selles valdkonnas jõuda. Et indiviidi kogu potentsiaalset võimekust hinnata, peaks olema vastavat funktsioonihäiret toetav/ kompenseeriv abivahend või kohandatud keskkond, et neutraliseerida struktuuri- ja funktsioonihäirest tulenevat negatiivset mõju isiku töö- ja tegevusvõimele. Suutlikkus kajastab abivahendi alase teenuse kontekstis isiku võimekust abivahendi abil teostada funktsioone, mis osaliselt või täielikult on ilma abivahendita pärsitud.

SIHTGRUPP

Soodustingimustel tehniliste abivahendite ostmist, laenutamist või nendega seotud teenuste kompenseerimist määruse alusel võivad taotleda:

- 1) lapsevanemad või eestkostja lapsele;
- 2) tööealised isikud, kellel on tuvastatud töövõime kaotus;
- 3) vanaduspensioniealised isikud, kellel abivahend toetab iseseisvamat toimetulekut kodukeskkonnas.

TEENUSE STRUKTUUR

1. Vajaduse märkamine
2. Vajaduse hindamine
3. Kohandamine ja proovimine
4. Kasutuse tulemuslikkuse hindamine
5. Muutustööd või uus soetus

1. Abivahendi vajaduse märkamine

- 1.1. Abivahendi vajadus tuleneb sünnipärasest või kujunenud tegevusvõime häirest ning väljendub isiku võimetuses või puudulikus toimetulekus oma sotsiaalse rolliga (õppimine, töötamine, igapäevane kodune elu, vaba aeg ja suhtlus).

- 1.2. Abivahendi vajadust märgata ja sellest perearstile/eriarstile teada anda võib isik ise või tema hooldaja, eestkostja või muu tugivõrgustiku liige (k.a. sotsiaaltöötaja).
- 1.3. Pere- või eriarst suunab isiku keerulisemal juhul abivahendi alasele teenusele või lihtsamal juhul määrab abivahendi ja nõustab abivahendite müügi ja laenutusega tegelevate ettevõtete osas.

2. Abivahendi vajaduse hindamine

- AV vajadust hinnatakse kasutajapõhiselt, eesmärgipäraselt ja individuaalselt
- 2.2. Isiku sooritusvõimet hinnatakse spetsialisti vastuvõtul, keerulisematel juhtudel isiku töö- või tegevuskeskkonnas standardiseeritud mõõtmismeetodite, vaatluse ja intervjuu abil.
 - 2.3 Arvesse võetakse kliendi töö- ja tegevusvõime piirangud, elu- ja tegevuskeskkonna takistused
 - 2.4 Valik tehakse koostöös kliendiga, vajadusel tema lähi- või tugivõrgustiku liikmetega
 - 2.5 Hindamistulemuste alusel määratakse ISO klassifikaatori (Lisa 1) alusel 6-numbrilise täpsusega abivahendi tüüp ja selle tehnilised parameetrid.
 - 2.6 AV vajadust hinnatakse põhimõttel, et tehniline abivahend tagaks maksimaalse iseseisva töö- ja tegevusvõime.
 - 2.7 AV vajadus dokumenteeritakse elektroonselt
 - 2.8 AV määraja viib läbi abivahendi tulemuslikkuse ning muutustööde vajaduse hindamise kokkulepitud aja jooksul
 - 2.9 AV vajaduse hindamise alusel võib spetsialist soovitada tugiteenuseid, nagu keskkonnakohandused.

3. Abivahendi kohandamine ja proovimine

- 3.1 AV vajadust hinnatakse kasutajapõhiselt, eesmärgipäraselt ja individuaalselt
- 3.2. Isiku sooritusvõimet hinnatakse spetsialisti vastuvõtul, keerulisematel juhtudel isiku töö- või tegevuskeskkonnas standardiseeritud mõõtmismeetodite, vaatluse ja intervjuu abil.
- 3.3. Arvesse võetakse kliendi töö- ja tegevusvõime piirangud, elu- ja tegevuskeskkonna takistused
- 3.4. Valik tehakse koostöös kliendiga, vajadusel tema lähi- või tugivõrgustiku liikmetega
- 3.5. Hindamistulemuste alusel määratakse ISO klassifikaatori (Lisa 1) alusel 6-numbrilise täpsusega abivahendi tüüp ja selle tehnilised parameetrid.
- 3.6. AV vajadust hinnatakse põhimõttel, et tehniline abivahend tagaks maksimaalse iseseisva töö- ja tegevusvõime
- 3.7. AV vajadus dokumenteeritakse elektroonselt
- 3.8. AV määraja viib läbi abivahendi tulemuslikkuse ning muutustööde vajaduse hindamise kokku lepitud aja jooksul
- 3.9. AV vajaduse hindamise alusel võib spetsialist soovitada tugiteenuseid, nagu keskkonnakohandused.

4. Tulemuslikkuse hindamine

- 4.1 Kokku lepitud aja möödudes hinnatakse isiku rahulolu abivahendiga ja abivahendi efektiivsust
- 4.2. Tulemuslikkust hinnatakse lihtsamate abivahendite korral telefoniintervjuu vormis, keerulisemate abivahendite korral tegevuskeskkonna visiidina
- 4.3. Küsitlus isiku kasutuses oleva abivahendi kasutusmugavuse kohta

- 4.4. Analüüsitakse uuesti isiku töö- ja tegevusvõimet ning toimetulekut ning tehakse vajadusel ettepanek olemasoleva abivahendi kohandamiseks/ uue abivahendi soetamiseks
- 4.5. Nõustatakse ja juhendatakse isikut abivahendi igapäevases hooldamises ja kasutamises

5. Muutustööd

- 5.1 Muutunud tegevusvõime tingimustes kohandatakse abivahend muutunud tegevusvõime alusel kliendile või soovitatakse isikule uus abivahend
- 5.2. Kontrollitakse abivahendi tehnilist seisukorda, abivahendi tehniliselt mitte korras olemisel korral või amortiseerumisel määratakse isikule uus abivahend
- 5.3. Vajadusel organiseeritakse abivahend vastavalt hooldus- ja remondi vajadusele hooldusteenust osutavasse ettevõttesse
- 5.4. Nõustatakse ja juhendatakse isikut abivahendi igapäevases hooldamises ja kasutamises.

1. Tehnilise abivahendi hindamine ja määramine

Tehnilise abivahendi vajadust hindavad ja määravad püsiva töövõimetuse korral antud teenuse kirjelduse Lisas 3 toodud spetsialistid: eriarst, perearst, töötervishoiuarst või abivahendi spetsialist (füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed)

2. Tehniliste abivahendite vajadust hindab ja määrab vastavalt RFK struktuuri- ja funktsioonihäiretele:
 - 2.1. perearst või eriarst tervise seisundi alusel
 - 2.2. töötervishoiuarst töövõime hindamise alusel.
3. Tehniliste abivahendite vajadust hindab ja määrab oma valdkonnas:
 - 3.1. tegevusterapeut, füsioterapeut, logopeed tegevus- ja töövõime häirete alusel
4. Tehniliste abivahendite vajadust hindab, annab soovitusi ning valmistab/ teostab kohandusi tehniliste erialade (tehnik, meister) abivahendi kutsetunnistusega spetsialist
5. Vajadusel kaasatakse siduserialade spetsialistid: insenertehniliste erialade esindajad (arhitekt, projekterija, disainer) ning IT spetsialistid

Tehnilise abivahendi vajaduse hindamine

Abivahendi spetsialist

Abivahendi spetsialist hindab inimese töövõimet ja toimetulekut toetavate abivahendite vajadust ja efektiivsust, määrab abivahendi ning vajadusel kohandab ja/või valmistab abivahendi. Abivahendi spetsialist võib töötada rehabilitatsiooni-, tervishoiu-, hoolekande- või haridusasutuses.

Abivahendi spetsialist töötab ajutise ja/või püsiva töövõime kaotusega ning erivajadustega inimestega, teeb koostööd tervishoiu-, hariduse-, tööturu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidega ning isiku lähisugulastega. Teenuse osutamise keskkonnaks võib olla ettevõtte või isiku kodu-, töö-, õpikeskkond.

Abivahendi spetsialisti peamiseks töövahenditeks on hindamisvahendid, mõõtmisvahendid, testimisvahendid, oma valdkonna töövahendid ning kommunikatsioonivahendid.

Abivahendi spetsialisti kutse eeldab kutsestandardis kirjeldatud kompetentside omandamist ning pideva täiendkoolituse võimaluse olemasolu.

Abivahendi spetsialist teab ja mõistab:

- 1) Funktsioonihäiretest tulenevaid tegevuspiiranguid ja osaluse takistusi (RFK klassifikatsiooni alusel)
- 2) Abivahendite ISO klassifikaatori tooteid ja loogilisi seoseid ISO ning RFK vahel
- 3) Abivahendi vajaduse ja efektiivsuse hindamise tõendus põhiseid meetodeid
- 4) Kliendi ja spetsialisti võrgustikutöö aluseid
- 5) Tagasisidestamise põhitõdesid
- 6) Teenindus- ja nõustamispõhimõtteid

ABIVAHENDITE MÄÄRAMISE ALUSED

4. **Terviseinfo**¹¹⁰ – isik on kohustatud käima kolme kuu jooksul enne abivahendi taotlemist perearsti, eriarsti, töötervishoiuarsti vastuvõtul.

1.5 Juhul kui isikul tuvastatakse abivahendi vajadus:

- 1.5.1 Perearst, eriarst märgib terviseinfo RFK struktuuri- ja funktsioonihäire põhjal 5- kohalise koodi, mis kajastab häire valdkonda (s,b,d) ning häire iseloomu (nt. 110) ja raskusastme määrajat (2, 3 või 4). RFK tööpõhimõte on välja toodud antud teenuse kirjelduse Lisas 4.

5. **Pöördumine** – tööealine isik (tervisekahjustusega) pöördub Töötukassasse, et saada abi töö leidmisel, töö säilitamisel ja/või töövõime hindamisel. Esitab taotluse töötuna/tööotsijana registreerimiseks ja/või töövõime hindamiseks.

6. **Hindamine – abivahendi alaste teenuste vajaduse tuvastamine.**

3.3 Töötukassa (TK) spetsialist hindab:

- 3.3.1 Isiku töövõime ulatust – “selge kaasus - juhtum” kindlate diagnooside loetelu põhjal (ilma isikuga kohtumata). Antud juhul võetakse abivahendi saamisel aluseks Terviseinfos pere- või eriarsti poolt kirjutatud 5-kohaline RFK kood ning suunatakse isik Töötukassa poolt väljastatud voucheriga abivahenditega tegelevasse ettevõttesse abivahendi soetamiseks/ rentimiseks.

3.4 Töötervishoiuarst + rehabilitatsioonispetsialist/abivahendi spetsialist hindab:

TK võib tellida töövõime tuvastamiseks (sealhulgas, tehnilised abivahendid) ekspertiisi töötervishoiuarstilt “keeruline kaasus – juhtum”.

¹¹⁰ RFK struktuuri-, funktsioonihäire ning tegutsemispiirangute kvantitatiivne näitaja (raskusaste).

xxx.0 EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0-4%

xxx.1 KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5-24%

xxx.2 MÕÕDUKAS probleem (keskmine, tuntav, ...) 25-49%

xxx.3 RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50-95%

xxx.4 TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96-100%

Abivahendeid määratakse mõõdukast kuni täieliku probleemi ulatusele, seega saab Terviseinfose kantud abivahendi vajaduse koodi viimane number olla 2-4.

- 3.4.1 Töötervishoiuarst hindab ise abivahendi vajadust (lähtudes abivahendi-alase teenuse kirjeldusest, hindamispõhimõtetest ja –vahenditest); töötervishoiuarst võib kaasata abivahendi hindamiseks pädeva spetsialisti¹¹¹ või suunata isiku abivahendi alasele teenusele.
- 3.4.2 Abivahendi spetsialist hindab objektiivselt isiku abivahendi vajadust, kasutades ISO klassifikaatoril ja RFK klassifikaatoril põhinevat vormi (Lisa 3), kuhu koostatakse detailne kirjeldus (struktuurihäire, funktsioonihäire, tegutsemispiirangud, abivahendi määramise eesmärgid ning sekkumisstrateegiad-vahendid, tugiteenused, antud teenuse kirjelduse Lisa 3). Abivahendi spetsialist hindab ja koostab aruande terviklikust aspektist lähtuvalt, s.t. aruandes kajastuvad isiku sotsiaalse rolli täitmiseks vajalikud tugiteenused ning teenuse järelevalvet kajastav info.
- 3.4.3 Abivahendi spetsialist tuvastab ka, kas abivahend täidab eesmärgi arendada/toetada/ kompenseerida inimese töö- ja tegevusvõimet sellisel määral, et isik saaks hakkama jõukohaste tööte ja muude tegevustega (ehk teostab abivahendi tulemuslikkuse järelevalvet ja vajadusel teostab muudatusi/ kohandusi).

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- Töötervishoiuarsti käsutuses peab olema info pädevaks tunnistatud abivahendi-alase teenuse osutajatest
- Abivahendi alast teenust osutavad spetsialistid on registreeritud riiklikus kutseregistris
- Vajalik on üleminekuaja seadmine, millise aja jooksul peavad rehabilitatsioonispetsialistid (füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed, eripedagoog) teenuse osutajad olema omandanud riikliku kutseregistri kutsetunnistuse. Ettepanek: kehtestada üleminekuajaks 2014-2016.
- Võimalik, et töötervishoiuarstid ja perearstid vajavad koolitust RFK klassifikaatori ja ISO klassifikaatori kasutamiseks.

4. Abivahendi eraldamise otsus - TK teeb lähtuvalt töötervishoiuarsti poolt kinnitatud abivahendi vajaduse ekspertiisist isiku abivahendi vajaduse hüvitamise kohta:

- 4.1. Isikule renditakse soovitatud abivahendi soetamiseks täisulatuses
- 4.2 Isikule soovitatud abivahendi maksumusele kehtestatakse piirmäär
- 4.3. Isikule seatakse aktiivsuse nõuded abivahendi kasutamisel.
- 4.4. Isikul puudub töövõime – isikul on õigus taotleda SKAst abivahendialast teenust.

Võimalikud reguleerimist vajavad küsimused:

- Töövõimetu abivahendeid vajava isiku kohta läheb teade SKAle (SKAIS-i?).
- SKA juhtumikorraldajal on kohustus võtma ühendust teenuse osutajaga ja nõustama isikut (vajadusel pereliiget), millistele abivahendite ning meetmete on isikul edaspidi õigus.
- Planeeritava abivahendi spetsialisti (füsio-, tegevusterapeut, logopeed, tehniline spetsialist) seadustamine Sotsiaalhoolekandeseaduse alusel teenuse osutajana ning teenuse sisu osas
- Abivahendi spetsialistid töötavad rehabilitatsioonimeeskondades ja vastutus nende pädevuskriteeriumite järelevalve eest lasub Sotsiaalkindlustusametil

¹¹¹ Abivahendi-alast teenust osutab spetsialist, kelle tegutsemine on reguleeritud SHS alusel, kes on registreeritud MTR-s ning omab abivahendi spetsialisti kutsetunnistust.

- Vajalik andmete analüüs, kas ja milliseid abivahendite alase teenusega seotud andmeid vajab SKA isiku nõustamiseks ja edasisel suunamisel.

Abivahendialase teenuse osutamine SKA poolt

- Juhul kui TK suunab töövõime hindamise alusel töövõimetu isiku SKA-sse ja isikule ei ole teostatud eelnevalt abivahendi vajaduse hindamist, suunab SKA isiku abivahendi vajaduse hindamise alasele teenusele. Teenust osutav spetsialist on abivahendi spetsialist, kelle tegevus on *reguleeritud SHS alusel, kes on spetsialistina registreeritud MTR-s ning omab abivahendi spetsialisti kutsetunnistust*. Juhul, kui sama isik on suunatud rehabilitatsiooniteenusele, viiakse abivahendivajaduse hindamine läbi rehabilitatsiooniteenuse raames.
- Abivahendi spetsialist hindab objektiivselt isiku abivahendi vajadust, kasutades ISO klassifikaatoril ja RFK klassifikaatoril põhinevat vormi, kuhu koostatakse detailne kirjeldus (struktuurihäire, funktsioonihäire, tegutsemispiirangud, abivahendi määramise eesmärgid ning sekkumisstrateegiad-vahendid, tugiteenused).
- SKA teeb lähtuvalt rehabilitatsioonispetsialisti/ abivahendi spetsialisti aruandes välja toodud abivahendite vajaduse ekspertiisile tuginedes kaalutusotsuse isiku abivahendi hüvitamise kohta.
- Isik pöördub SKA poolt edastatud voucheriga abivahendi rendi ja müügiga tegelevatesse ettevõtetesse vajaliku abivahendi soetamiseks.
- Abivahendi spetsialist tuvastab ka, kas abivahendi abi täidab eesmärgi arendada/ toetada/ kompenseerida inimese töö- ja tegevusvõimet sellisel määral, et isik saaks hakkama jõukohaste töötegevustega (ehk teostab abivahendi tulemuslikkuse järelvalvet ja vajadusel teostab muudatusi/ kohandusi)

Küsimused:

- Kas suudetakse käivitada kutseandmine konkreetsesse valdkonda spetsialiseeruva abivahendi spetsialisti kutsele ja kas üleminekuaeg 2014-2016 on piisav
- Kas kallitele abivahenditele kehtestatakse piirhinnad? Kuid alati peab säilima võimalus erisuste kasutamise, näiteks kõrgtehnoloogiliste abivahendite abil on võimalik täiesti liikumisvõimetu inimese suhtlemisvõime taastamine ning seeläbi ka potentsiaalne töistes tegevustes kaasamine
- Milline saab olema Astangu PTAK roll abivahendi alase teenuse arendamises ja rakendamises?

LISA 1 abivahendi-alase teenuse juurde

Tehniliste abivahendite loetelu ISO klassifikaatori alusel

KOOD Tooterühmad

04 Abivahendid inimese raviks

Abivahendid, mis aitavad parandada, jälgida ja säilitada patsiendi tervislikku seisundit

05 Abivahendid oskuste treenimiseks

Sh füüsiliste, vaimsete ja sotsiaalsete oskuste täiendamise abivahendid

06 Ortoosid ja proteesid

Proteesid ja proteesiseadmed on väliselt kinnitatavad seadmed tervelt või osaliselt puuduva või puuduliku kehaosa asendamiseks; sh keha- ja välisjõuga rakendatavad välisortoosid ning välisproteesid, ortopeedilised jalatsid

09 Enesehoolde ja –kaitse abivahendid

Abivahendid uriinipidamatuse all kannatajatele ning stoomiga opereerituile; sh abivahendid riietumiseks ja lahtiriietumiseks, rõivad, kingad, kehatermomeetrid, kellad ja kaalud. Söömise ja joomise abivahendid

12 Personaalsed liikumise abivahendid

15 Abivahendid majapidamistödeks

18 Kodu ja muude ruumide sisustus ja kohandused

Sh puhke- ja/või toamööbel (ratastega või ilma), mööblimanused ning vahendid ja seadised elu-, töö- ja õpperuumide kohandamiseks

21 Suhtlus-, teabe- ja signaliseerimisvahendid

Sh lugemise, kirjutamise, telefoneerimise ja turvahäirete andmise abivahendid

24 Toodete ja kaupade käsitsemisvahendid

30 Meelelahutuse abivahendid

Alus: Puuetega inimeste tehnilised abivahendid. Klassifikatsioon ja terminoloogia, EVS-EN ISO 9999:2010

Rahvusvaheline Funktsioneerimisvõime, Vaeguste ja Tervise Klassifikatsioon

LISA 2 abivahendi-alasele teenusele

Abivahendi määramise osas õigustatud spetsialistid:

ISO abivahendite klassifikaatori pearühmad:

04 AV inimeste raviks (hingamisravi, vereringe ravi, valgusravi, abdominaalsonga ravi, ravimite annustamine, steriliseerimisvahendid, biokeemilise testimise seadmed, tunnetustestide vahendid, stimulaatorid, sooja- ja külmaravi vahendid, lamatiste vältimise vahendid, tajumistreeningu vahendid, nägemistreeningu vahendid, lülisamba venitamise vahendid, liikumis-, jõu- ja tasakaalutreeningu seadmed)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, südame veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid, naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, silm, kõrv ja nendega seotud struktuurid, südame ja veresoonekonna, immuun- ja hingamissüsteemi struktuurid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemiga seotud struktuurid, urogenitaal- ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid, nahk ja nahaga seotud struktuurid)

MÄÄRAJA: eriarst, perearst

05 AV oskuste treenimiseks (suhtlusterapia vahendid, alternatiivse ja augmentatiivse kommunikatsiooni vahendid, kontinentsitreening, tunnetusoskuste treening, põhioskuste treening, õppeainte õpetamise treening, kutseõpetuse treening, kunstiopetuse treening, sotsiaalsete oskuste treening, arvutite sisendseadmete õpetamise vahendid, igapäevaelu tegevuste treening)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, hääle- ja kõnefunktsioonid, südame veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid, naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, suhtlemine, liikuvus, enesehooldus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

MÄÄRAJA: logopeed, tegevus- ja füsioterapeut

06 Ortoosid ja proteesid (lülisamba ortoosisüsteemid, ülajäseme ortoosid, alajäseme ortoosid, alajäseme ortoosisüsteemid, funktsionaalsed neuromuskulaarsed stimulaatorid, ülajäseme proteesisüsteemid, kosmeetilised ülajäseme proteesisüsteemid, alajäseme proteesisüsteemid, kosmeetilised alajäseme proteesisüsteemid, muud proteesid, v.a. jäsemete proteesid, ortopeedilised jalajäljendid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (sensoorsed funktsioonid ja valu, südame veresoonte süsteemi funktsioonid, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide, lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, ainevahetus- ja endokriinsüsteemiga seotud struktuurid, urogenitaal-ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, liikuvus, enesehooldus, kodused toimingud, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

MÄÄRAJA: perearst, eriarst, füsio- ja tegevusterapeut, valdkonna abivahendi spetsialist

09 Enesehoolde- ja kaitsevahendid (rõivad ja jalatsid, kehal kantavad abivahendid, abivahendid riietumiseks ja lahtiriietumiseks, tualeti kasutamise abivahendid, trahheostoomia abivahendid, stoomi abivahendid, abivahendid naha kaitseks ja hoolduseks, uriini eritumist suunavad abivahendid, uriini absorbeerivad ja rooja koguvad abivahendid, mittetahtliku urineerimise ja roojamise ärahoidmise abivahendid, maniküüri ja pediküüri abivahendid, juustehoolduse abivahendid, hamabahoolduse abivahendid, näonaha hoolduse abivahendid, abivahendid inimese füüsiliste ja füsioloogiliste omaduste mõõtmiseks, seksuaalse tegevuse abivahendid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, südamete veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid, naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, südamete ja veresoonekonna, immuun- ja hingamissüsteemi struktuurid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemiga seotud struktuurid, urogenitaal-ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid, nahk ja nahaga seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, suhtlemine, liikuvus, enesehooldus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

MÄÄRAJA: pere- ja eriarst; füsio- ja tegevusterapeut

12 Personaalse liikumise abivahendid (ühe käega käsitletavate käimisabivahendid, käimisabivahendid kahe käega käsitlemiseks, käimisabivahendite tarvikud, eriautod, auto kohandused, mopeedid ja mootorrattad, jalgrattad, ratastoolid ja tarvikud, sõidukid, teisaldusvahendid, pööramise abivahendid, tõstmisabivahendid, orienteerumisvahendid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (sensoorsed funktsioonid ja valu, südamete veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid, naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, südamete ja veresoonekonna, immuun- ja hingamissüsteemi struktuurid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemiga seotud struktuurid, urogenitaal-ja reproduktiivsüsteemiga seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid, nahk ja nahaga seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, suhtlemine, liikuvus, enesehooldus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

MÄÄRAJA: pere- ja eriarst, füsio- ja tegevusterapeut, valdkonna abivahendi spetsialist

15 Abivahendid majapidamistöödeks (toitude ja jookide valmistamise abivahendid, nõudepesuvahendid, söömise ja joomise abivahendid, koristusvahendid, tekstiilesemete valmistamise ja hooldamise abivahendid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (sensoorsed funktsioonid ja valu, südame veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi f-d, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvsüsteemi struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, liikuvus, kodused toimingud)

MÄÄRAJA: tegevusterapeut, valdkonna abivahendi spetsialist

18 Kodu ja muude ruumide sisustus ja kohandused (lauad, valgustid, istemööbel, voodid, mööbli kõrguse reguleerimise vahendid, tugivahendid, väravate, uste, akende ja kardinate avamis- ja sulgemisseadised, eluruumide ja muude ruumide ehituselemendid, redelid ja treppredelid, tõstukid, eluruumide ja muude ruumide ohutusvarustus, hoiuööbel)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, südame veresoonte, immuun- ja hingamissüsteemi funktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvsüsteemi struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, liikuvus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

Häired RFK valdkonnas IV: keskkonnategurid (tooted ja tehnoloogiad, looduskeskkond ja tehnilikud keskkonnamuutused, toetus ja suhted, hoiakud, teenused, süsteemid ja strateegiad)

MÄÄRAJA: füsio- ja tegevusterapeut, valdkonna abivahendi spetsialist

21 Suhtlus-, teabe- ja signaliseerimisvahendid (optilised abivahendid, elektron-optilised abivahendid, arvutite, kirjutusmasinate ja elektroonilise varustuse väljundseadmed, arvutid, kirjutusmasinad ja tekstiprotsessorid, kalkulaatorid, joonistamise ja kirjutamise abivahendid, mitteoptilised lugemisvahendid, magnetofonid ja raadiod, televisiooni- ja videoaparatuur, telefonid ja telefoneerimise abivahendid, heliedastussüsteemid, lähisuhtluse abivahendid, kuuldeaparaadid, signaliseerimise ja indikatsiooni abivahendid, alarmsüsteemid, alternatiivsed lugemismaterjalid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, hääle- ja kõnefunktsioonid, seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvsüsteemi struktuurid, silm, kõrv ja nendega seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (õppimine ja teadmiste rakendamine, üldised ülesanded ja nõuded, liikuvus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

Häired RFK valdkonnas IV: keskkonnategurid (tooted ja tehnoloogiad, toetus ja suhted, hoiakud, teenused, süsteemid ja strateegiad)

MÄÄRAJA: tegevusterapeut, logopeed, eripedagoog, valdkonna abivahendi spetsialist

24 Toodete ja kaupade käsitlemisvahendid (märgistusmaterjalid ja -riistad, vahendid anumate käsitlemiseks, juhtseadmed, arvutite ja elektroonikaseadmete sisendseadmed, ümbritseva keskkonna reguleerimise süsteemid, ajareleed, käsivarre ja /või labakäe ja /või sõrme funktsioone abistava ja /või asendavad abivahendid, käe ulatuse suurendamise abivahendid, asetusabivahendid, kinnitusabivahendid, tõstevahendid, kaupade kandmise vahendid, tööstustranspordi vahendid, transportöörid, kraanad)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, silm, kõrv ja nendega seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (üldised ülesanded ja nõuded, liikuvus, kodused toimingud, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

Häired RFK valdkonnas IV: keskkonnategurid (tooted ja tehnoloogiad, teenused, süsteemid ja strateegiad)

MÄÄRAJA: füsio- ja tegevusterapeut, abivahendi spetsialist

27 Keskkonna parendamise vahendid, tööriistad ja masinad (keskkonna parendamise vahendid, mõõteriistad, töömööbel, käsitööriistad, masinad elektertööriistad ja tarvikud)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud f-d)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (üldised ülesanded ja nõuded, inimestevaheline lävimine ja suhted, peamised elualad)

Häired RFK valdkonnas IV: keskkonnategurid (tooted ja tehnoloogiad, teenused, süsteemid ja strateegiad)

MÄÄRAJA: füsio- ja tegevusterapeut, abivahendi spetsialist, kaasatakse vajadusel insenertehniline spetsialist

30 Meelelahutuse abivahendid (mänguasjad, mängud, kehakultuuri- ja spordivahendid, muusikariistad, fotograafia, filmi- ja videode tegemise abivahendid, käsitööriistad, materjalid ning seadmed, välis- ja siseaianduse tööriistad, materjalid ja seadmed, jahi- ja kalastustarbed, matkamistarbed, suitsetamise abivahendid, lemmikloomade hooldamise vahendid)

Häired RFK valdkonnas I: organismi funktsioonid (vaimsed, sensoorsed funktsioonid ja valu, närvide lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid)

Häired RFK valdkonnas II: organismi struktuurid (närvisüsteemi struktuurid, silm, kõrv ja nendega seotud struktuurid, liikumisega seotud struktuurid)

Häired RFK valdkonnas III: tegutsemine ja osalus (inimestevaheline lävimine ja suhted, ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu)

Häired RFK valdkonnas IV: keskkonnategurid (tooted ja tehnoloogiad, teenused, süsteemid ja strateegiad)

MÄÄRAJA: tegevus- ja füsioterapeut, logopeed

LISA 3 abivahendi-alasele Abivahendi hindamisvormi näidis

Kliendi ja abivahendite sobivuse hinnang (Matching Person and Assistive Technology, MPT, M. Schreier, Canada, 1997)

Kliendi nimi: _____ Vanus: _____ Kuupäev: _____ Vormi täitis: _____



Valdkond
Kõne/Suhtlus

Struktuurihäire	Funktsioonihäire	Tegevuspüüangud	Eesmärgid	Sekkumisstrateegiad
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.

Näited: **Tehnika** - elektrooniline sideseade, käsipaneel. **Kohandamine** - Suhtlemisoskuse harjutamine ISO koodid

Mobiilsus

1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.

Näited: **Tehnika** – ratastool, tugiraam, kohandatud sõitmise juhtimisseadmed. **Kohandamine** – kaldpinnad, sobivad pinnad. ISO koodid

Peenmotoorika/käte kasutus

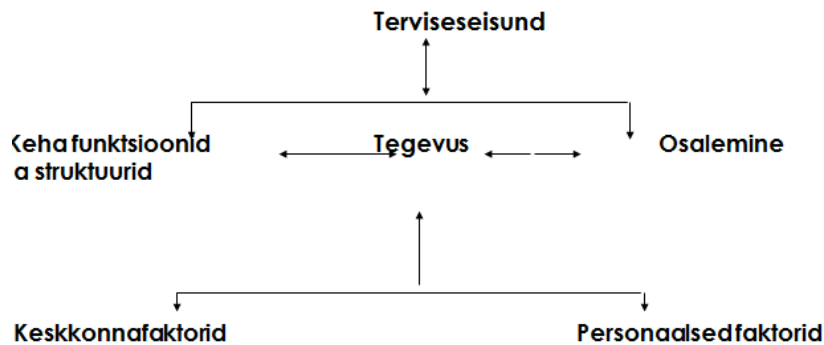
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.

Näited: **Tehnika** – kohandatud arvutiklaviatuur ja hiir, hooldusvahendid. **Kohandamine** - automaatsed ukseavajad, puutekraaniga pangaterminaal. ISO

LISA 4 abivahendi-alasele teenusele

RFK tööpõhimõte

RFK tööpõhimõte



International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
Rahvusvaheline Funktsiooni, Puude ja Tervise Klassifikatsioon

Kirjeldab ja liigitab viise, kuidas inimesed tulevad toime oma tervislikust seisundist lähtuvalt ja tervislikule seisundile liituvaid valdkondi, nagu keha erinevate struktuuride funktsioonid, indiviidi tegevused ja osalemine elus

RFK „võti“ abivahendi alase teenuse osas on isiku soorituse ja suutlikkuse hindamine:

- **“sooritus”** kirjeldab inimese tegevust antud keskkonnas omade jõuvarudega – hõlmab nii füüsilist, sotsiaalset kui suhtumuslikku ümbrust
- **“suutlikkus”** kirjeldab inimese võimet sooritada tegevust maksimaalse potentsiaaliga (abivahend, kohandatud keskkond)

Organismi funktsioonid on elundsüsteemide füsioloogilised talitlused (kaasa arvatud psüühilised funktsioonid).

Organismi struktuurid on keha anatoomilised osad, nagu elundid, jäsemed või nende osad.

Tegutsemine on ülesande täitmine või tegevuse sooritamine inimese poolt.

Osalus on inimese kaasatus elulisse situatsiooni.

Häire on probleemid organismi funktsiooni või struktuuriga, nagu nt oluline kõrvalekalle või puudumine

- 1 EI OLE probleemi (puudub, tühine, ...) 0-4%
- 2 KERGE probleem (väike, nõrk, ...) 5-24%
- 3 MÕÕDUKAS probleem (keskmine, tuntav, ...) 25-49%
- 4 RASKE probleem (suur, tõsine, ...) 50-95%
- 5 TÄIELIK probleem (vaieldamatu, sügav, ...) 96-100%

- Häired võivad olla ajutised või alalised; progresseeruvad, regresseeruvad või staatilised; vahelduvad või pidevad. Kõrvalekalle standardist võib olla kerge või raske; võib varieeruda aja jooksul. Häire olemus ei selgita selle tekkepõhjust ja vastupidi. Siiski, häire puhul esineb alati keha funktsioonide puudulikkus, mis kaasneb erinevate haiguste või füsioloogiliste seisunditega.

Näide: VII Liikumise valdkonna häire hindamine RFK klassifikaatori raskusastme järgi:

- 0 Liigub vabalt välismaastikul ja siseoludes
- 1 Liigub lähemas ümbruses
- 2 Liigub oma elukeskkonnas
- 3 Liigub kõrvalabiga või kasutab abivahendeid
- 4 Istub ratastoolis, kuid ei saa iseseisvalt asukohta vahetada
- 5 Lamav haige rohkem kui pool ajast

Abivahendi alasele teenusele suunatakse isikud, kelle esineb mõõdukas kuni täielik struktuuri- ja funktsioonihäire.

Organismi struktuurid

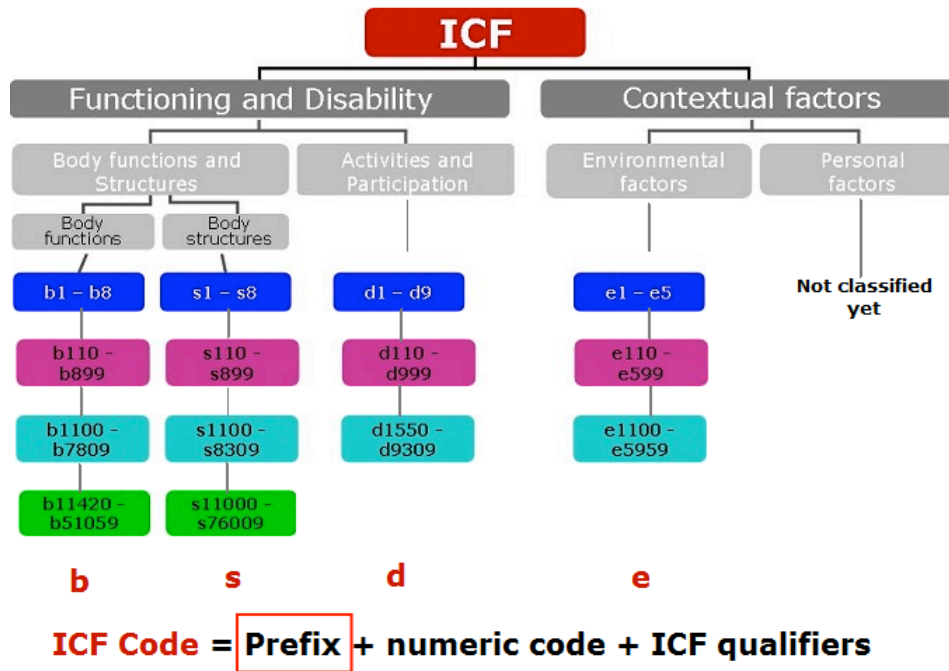
- I Närvisüsteemi struktuurid
- II Silm, kõrv ja nende struktuurid
- III Hääle ja kõnega seotud struktuurid
- IV Südame ja veresoonkonna struktuurid
- V Seede- ja ainevahetusega seotud struktuurid
- VI Urogenitaalstruktuurid
- VII Liikumisega seotud funktsioonid
- VIII Naha struktuurid

Organismi funktsioonid

- I peatükk Vaimsed funktsioonid
- II peatükk sensoorsed funktsioonid ja valu
- III peatükk Hääle- ja kõnefunktsioonid
- IV peatükk Kardiovaskulaarse, hematoloogilise, immunoloogilise ja respiratoorse süsteemi funktsioonid
- V peatükk Seede-, ainevahetus- ja endokriinsüsteemi funktsioonid
- VI peatükk Urogenitaalsed ja reproduktiivsed funktsioonid
- VII peatükk Närvide, lihaste, luustiku ja liikumisega seotud funktsioonid
- VIII peatükk Naha ja sellega seotud struktuuride funktsioonid

Terviseinfos kirjeldatakse pere- ja eriarsti poolt tuvastatud abivahendi vajadust 5–numbrilise koodiga.

Kood kujuneb järgmiselt:



1 koht: täht, mis tähistab valdkonda (s, b, d)

2.koht: kolmekohaline numbrikombinatsioon RFK koodidest funktsioonihäire kohta (nt. 110)

3. koht: komakohajärgselt raskusastet tähistav number (2,3,4)

Näiteks:

Mõõduka raskusega nägemisfunktsioonide häire b210.3

Lisa 5. EPIKojas puuetega inimeste organisatsioonidele läbiviidud aruteludel tõstatatud kitsaskohad seoses töövõimetuskindlustuse reformiga

Toimumisaeg: 19.04, 08.05.

Arutelu kava ja eesmärgid:

1. Tutvustada senist infot, mis on teada töövõimehindamise protsessi osas;
2. Analüüsida püsiva töövõimelangusega tööealiste isikute liikumise protsessi töövõime hindamiselt rehabilitatsioonile ja abivahendite teenusele:
 - töövõimehindamine, töövõimetushüvitis ja tööturuteenused Töötukassas;
 - rehabilitatsiooniteenus (täna Sotsiaalkindlustusametis);
 - tehnilised abivahendid (maavalitsused/Sotsiaalkindlustusamet);
3. Võimalikud teenuste administreerimise skeemid (alternatiivid 1,2 3).

Arutelul tõstatati puuetega inimeste organisatsioonide poolt järgmised kitsaskohad ja küsimused:

1. Inimese liikumise protsess on keeruline - puude määramine SKA-s, töövõimehindamine TK-s, riiklikud sotsiaalteenused SKA-s? Inimese jaoks on süsteem v keeruline, inimest peaks säästma pöördumisest erinevate asutuste poolte. Võimalik, et protsessi algus on siiski SKA-s (koos puude määramisega/liitpuudega ja raskete psüühikahäiretega isikud)?
2. Töövõimehindamiseks (nii dokumentide alusel kui töötervishoiuarsti juures) on eelduseks, et terviseinfosüsteemis (TIS) on asjakohased terviseandmed. Hetkel siiski probleemiks TIS mittetäitmine (tehnilised raskused, kõik perearstid/eriarstid ei ole liitunud e-tervisega; täidetakse pinnapealselt), kuigi see on kohustuslik.
3. TK ja SKA peavad kindlasti vahetama isiku kohta käivat infot (st TK-sse siseneb inimene esmakordselt, senine ajalugu töövõimekaotuse/puude vm kohta on SKA-s). Kartus, et dokumentide alusel toimuv töövõimehindamine ilma isikuga kohtumata ei ole objektiivne.
4. Milline siiski on töövõimehindamise meetodika, kas siin on mõeldud puude-spetsiifilise lähenemise peale? Tänapäevane olukord, kus kõikidele tööealiste kohta kogutakse sama informatsioon - ei anna alati head tulemust (liiga universaalne).
5. Kas töötervishoiuarste on siiski piisavalt üle Eesti?
6. Kas töötervishoiuarstide teenuse sisseostmine (sj pidades silmas tööealisel inimesel ka abivahendi vajaduse hindamist, rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamist) – ei ole liiga kulukas? Lisaks täiendavate spetsialistide kaasamine? Kas sellega saavutatakse kokkuvõttes tänase süsteemiga võrreldes?
7. Töövõimekust ei saa hinnata üks inimene, oht subjektiivsusele. Täna on hea pädevus olemas ka rehabilitatsioonispetsialistidel - ka neid tuleks protsessi kaasata. Rehabilitatsioonimeeskondadel on kogemus töötamiseks ka raske puudega, psüühikahäiretega inimestega. Täna need inimesed ei käi töötukassas ega ole sattunud ka töötervishoiuarsti juurde – kas on pädevust selle sihtgrupiga töötamiseks?
8. Reh.meeskonna koosseisu peaks kohustuslikult kuuluma spetsialist, kelle kohustus on hinnata töövõimet ja seostada töötukassa tegevustega (tänapäevane reh.teenuse raames).
9. Kas dokumentide alusel on siiski võimalik töövõimet hinnata? Üks ja sama diagnoos võib erinevatel inimestel väljenduda väga erinevalt? Mõeldav ainult erandkorras, äärmuslikud juhud, kus inimese terviseseisund (ja prognoos) on niivõrd halb, et tööturuga seostada (otsus - töövõime puudub täielikult).

10. Väga keerulised juhtumid (nt ööpäevaringsel hooldusel viibivad liitpuudega inimesed) – äkki võiks nende puhul tugineda SKA infole ja mitte üldse seostada TK-ga?
11. Puudest tingitud lisakulud seoses töötamisega – kui tahame puudega inimeste tööhõivet suurendada, on äärmisel oluline ka vajadustest lähtuv lisakulude hüvitamine (töötamisetootuse üleandmisel SKA-st TK-sse). Peab olema juhtumipõhine; mitte üks piirmäär kõigile. Inimesed, kelle lisakulud on v suured, võib väheneda motivatsioon tööleminekuks.
12. Töötamist toetavate (avalike) teenuste ja KOV teenuste puudumine või ebapiisavus (sh regionaalpoliitiliselt). Ühistransport, invatransport, isiklik abistaja – teenuste puudulikkus või väga piiratud ligipääs.
13. Töötukassa negatiivne maine puuetega inimeste silmis. Väga paljud, kes on kord TK-sse pöördunud, ei tee seda uuesti, kuna senini ei ole TK neile vajalikku abi pakutud (“tule lxxuus näitama”; pealiskaudsus, lisaks töötutoetuse mittemaksmine töövõimetuspensionäridele). Vaja tegeleda mainekujundusega.
14. Töötukassa meetmeid on vaja laiendada ja tuleb arvestada paindlikkusega, puudega inimese terviseolukord võib olla muutlik ja alati ei ole võimalik teatada mittetulekust (nt mitteteatamise korral tekivad inimesele mingid sanktsioonid, nimekirjast mahavõtmine vm). Peab olema võimalik pöörduda koos saatjaga, viipekeele/afaasia tõlgi, tugiisiku kaasamine.
15. Töötukassa spetsialistide pädevus ja valmisolek puudega inimeste vajaduse hindamiseks ja teenuste sisuliseks arendamiseks. Vajalikud väga erinevad töötamist toetavad teenused, mille maht ja kättesaadavus peavad olema piisavad; täna ei ole TK-l pakkuda teenuseid pika-ajalistele töötutele, heitunutele, sõltlastele, multiprobleemiga inimestele.
16. Töökohade loomise vajadus – kust tekivad töökohad? TK ei garanteeri osalise töövõimega inimesele tööd tema piirkonnas. Samuti, kas TK tagab nõ aktiivsusega teenuste kättesaadavuse piirkonnas?
17. Tööandjate teadlikkuse parandamine ja motiveerimine, et nad palkaks erivajadusega inimesi; mis motiveeriks – kas maksusoodustused, palgatoetus, tööturuteenused? Täna need meetmed tööandjatele ei ole piisavad.
18. Tuleb üle vaadata töölepinguseaduse tingimused terviseseisundi tõttu tööle mittesobiva töötaja koondamise (vabanemise) osas; täna on selleks liiga lihtsad võimalused, järelevalve (tööinspektsioon) ebapiisav. Kindlustunne töötajale, aga samas ka tööandjale.
19. Töötavad puudega eakad inimesed – võiks olla sotsiaalmaksusoodustus tööandjale sarnaselt tööealiste töövõimekaotusega inimestele.
20. Inimese vajadustele vastavate teenuste osutamine peab toimuma kiiremini, ei ole mõeldav, et TK kaudu abivahendi soetamine (nt kuvar) võtab aega 4 kuud.
21. TK-s võiks kasutada kogemusnõustajate abi, kelle nõu töövõimehindamise järgselt inimese motiveerimiseks on äärmiselt mõjus.
22. Inimese vajadusi tuleks hinnata ja lahendada terviklikult. Süsteem peab toetama inimest ja tooma vajalikud teenused inimese juurde, mitte inimene ei kohandu süsteemiga ja käib/taotleb asutuste vahel.
23. Puudega inimeste enda motivatsioon võib olla madal (psühholoogiline; väike palk vr suured lisakulud, mida ei hüvitata).
24. Bürokratia ei tohi suurened, protsess peaks inimese jaoks olema lihtne (mitte jaotada kahe asutuse vahel tööealiste sihtgruppi, mitte tükeldada teenuseid).
25. Kas töötukassal kui hindajal võib tekkida huvidekonflikt – mitte märgata inimese vajadusi, kui TK peab ise nendele vajadustele lahendusi pakkuma (nt mitte määrata rahalise toetuse maksimaalset määra)? kas spetsiaalse meetodika kasutamine välistab seda riski? Oht, et TK suunab kergekäeliselt inimese ära SKA teenustele?

26. Edasine teavitus, vaja jõuda inimesteni, et nad teaksid süsteemi muutustest, (peab pöörduma uue määramise korral töötukassasse). Tuleks vältida negatiivse kuvandi tekkimist algusest peale.
27. Töötukassa osakondade ligipääsetavus (kõik aspektid – füüsiline juurdepääs, informatsioon ja kommunikatsioon, parkimiskohad, lahtiolekuajad, viipekeeletõlk, veebileht, transport) jm.
28. Kutsehaiged, kelle kutsehaigus juba on diagnoositud, kas töövõime hinnatakse veelkord üle TK poolt?
29. Kui suuri summasid on TK nõus inimese töölesaamiseks investeerima, nt kõrgharidusega inimene, kellel liiguvad vaid silmad? Võivad tekkida olukorrad, kus inimese töölesaamisega kaasnevad väga suured kulud, nt kaasaegsetele kõrgtehnoloogilistele abivahenditele.
30. Puudega inimestele on vajalikud **kaitstud ja toetatud töökohad**.
31. Kaitstud ja toetatud töökohtade planeerimine peaks toimuma riigi poolt, tuginema analüüsitud vajadustele (st milliste teenuste/toodete jne järgi on vajadus). Kaitstud ja toetatud töö on lisaks puudega inimestele vajalikud mitmetele teistele tööturu riskigruppidele (sh heitunud inimesed, pika-ajalised töötud jm).
32. Kaitstud ja toetatud töö vajab **õiguslikku regulatsiooni** ja teenust osutavate asutuste töö korraldamist nii, et oleks tagatud jätkusuutlikkus (siin ei toimi nõ vaba-turumajanduse printsiip või projektipõhisus).
33. Kaitstud ja toetatud töökohadele peaks saama suunata nii Töötukassa (osalise töövõimega inimesed) kui ka SKA (inimesed, kelle puhul töövõime puudub).
34. Töötamise toetamine avatud tööturul – **tööandja toetamine**, kes palkab töövõimekaotusega inimese. Tänaused mehhanismid (sotsmaksusoodustus jm) ei ole piisavalt motiveerivad.
35. **Vajadus täiendavateks töökohtade osas**, regionaalpoliitilised aspektid töökohtade tekitamiseks, töötamise võimaluse loomiseks (just need piirkonnad, kus töövõimekaotusega inimeste arv on suur; samuti on suur tööpuudus).
36. Vajadus **täiendavate meetmete osas**, mida töövõimekaotusega inimestele pakkuda (erinevad aktiivsust toetavad ja motivatsiooni arendavad meetmed, arvestades kui suur hulk tänaseid töövõimekaotusega inimesi ei tööta). Siin nii puudespetsiifilised, valdkonnaspetsiifilised, probleemispetsiifilised programmid.
37. Puudespetsiifilistel asutustel olemas **spetsiaalsed toetusprogrammid**, mis on vajalik läbida (enne) töövõimehindamist, sest olukorda on tõhusa rehabilitatsiooniga võimalik v palju muuta (nt pimedad); inimene saab oluliselt teadlikumaks oma võimalustest (mitte ainult piirangud), sh psühholoogiline toetus (kuidas korraldada, et selline programm eelneks töövõimehindamisele)?
38. Milline saab olema nende **spetsialistide ring, keda töötervishoiuarstid saavad kaasata töövõimehindamise läbiviimisesse**? Kui palju on töötervishoiuarstil võimalust/kohustust suhelda eriarstidega? Kas on võimalik välja tuua juhtumid (diagnoosid, seisundid), mille puhul on kohustus kaasata täiendav spetsialist (nt psühhiaater psüühikahäire ja vaimupuude puhul), või jääb see paindlikuks?
39. Kui töövõimehindamist viib läbi töötervishoiuarst, kas saab arvestada vajadusega, et teatud juhtudel tuleb spetsialistil **minna isiku asukohta** kohapeale? Kas alternatiivsed e-lahendused on võimalikud (Skype)?
40. Töötukassas töötavate **juhtumikorraldajate ettevalmistus ja pädevus** – võiks olla ka spetsialiseerumine teatud puudespetsiifika alusel (nt psüühikahäirega inimesed, vaimupuudega inimesed, nägemispuue jne). Võiks kasutada puudega inimesi endid, kes saavad täiendkoolituse ning on TK-s juhtumikorraldajateks, nõustajateks.

41. **Transpordikompensatsioon inimesele**, kes täidab aktiivsuse nõudeid (kas see on arvestatud TK poolt makstava töötutoetuse sisse); töötukassas käimine teatud aja tagant? See võib transpordiprobleemide tõttu olla keeruline (sh kallis invatransport, ligipääs ühistranspordile jm). Paindlikud kokkulepped?
42. **Üleminekuperiood** ja inimeste ootus saada sama suurusega pensionit ka edaspidi, st töövõimehindamise alused muutuvad ja inimesed ei pruugi saada aru, miks perioodilise hindamise tulemusel pension väheneb, kui tema enda olukorras ei ole midagi muutunud (nt tervises seisund) – vajab kommunikatsioonist.
43. **Abivahendid** – hooldus- ja põetusabivahendid peaksid väga selgelt kuuluma tervishoiu abivahendite loetelusse (meditsiiniseadmed); tagada nende piisav kättesaamine, kuna samuti vajaliku töötamise toetamiseks.
44. Väga selge **kommunikatsioon**, et poliitika muutub ja et SKA asemel peab töövõime(tuse) hindamiseks pöörduma TK-sse. Kampania “Inimene on väärtus. Töö on väärtus” väärtustada seejuures ka sügava puudega inimeste poolt tehtavat töö-sarnast tegevust.
45. Inimesed, kelle puhul on tuvastatud **täielik töövõime puudumine** – ei tohi tekkida suhtumine, et nemad on lootusetud, perspektiivitud jm. Töötukassa peab ka nendele inimestele suutma pakkuda meetmeid (kaitstud töö, tööalased programmid). Põhimõte – tööealisel on õigus (võimetekohasele) tööle, tööealine kuulub Töökassa pädevusse.
46. **Hoolduskoormusega inimeste tööhõive** – kelle kohustus on pakkuda meetmeid selleks, et tööealine inimene ei oleks hõivatud lähedase puudega inimese hooldusega? Kuidas tagada vajalike meetmete olemasolu elukohas?
47. Puude- ja töövõimekaotusega noorte ja **tööealiste inimeste liikumine Euroopa Liidus** (kuidas nende puhul toimub töövõimehindamise ja toetuse määramise protsess, ligipääs teenustele)?
48. TK skeem, nimetada “lihtne lahendus” pigem “selge lahendus”, kuna “lihtne” ei pruugi olla vastavuses inimese terviseolukorraga (võimalik, et just väga keeruline olukord).

Seisukohad:

1. Nõus, et tööealiste sihtgrupiga tegeleb Töötukassa.
2. Lihtsaid juhtumeid ei ole olemas. Paber kannatab kõike. Võimalus süsteemiga manipuleerimiseks. Õigem/odavam on inimesega kohtuda, hinnata vajadused ja pakkuda vajadustest tulenevaid meetmeid (samas – kuidas vältida tänast probleemi, kus kõikidele koostatakse reh.plaan?).
3. Rahalise kokkuhoiu võimalusi on tänases süsteemis palju – kõik saab aluse puude määramisest (kellele, milleks määratakse, mis probleemi sellega leevendatakse – kas lisakulud ja kõrvalabivajadus, või sissetulekupuudus, sotsiaalsed garantiid, teenustega seotus)? Samuti on võimalusi kokkuhoiuks rehabilitatsioonisüsteemis (plaanid) ja abivahendite eraldamise süsteemis.
4. Inimest tuleb aidata kiiresti, kohe peale ajutise terviselanguse tekkimist – vajadusel ümberõpe, uuele tööle sobitamine, teine eriala vm. Ei tohi jätta inimest pikalt “seisma”.
5. Töötukassa osakondadele üle Eesti tuleb tagada ligipääs igas mõttes; inimene peab saama läbida protsessi oma kodukoha lähedal.
6. Mõlemas asutuses (nii TK-s kui SKA-s) peab olema tagatud tugev juhtumikorraldus, ükskõik kumma süsteemi kaudu sisenedes oleks protsess inimese jaoks võimalikult sujuvaks muudetud.
7. TK ja SKA vahel tuleks seadustada/kohustada koostöö (info riskasutamine, ühe asutuse poolt tehtud hinnangut peab teine asutus aktsepteerima, et vältida topelthindamist. Selleks peab hindamine tuginema ühtsetele ja meetodilistele alustele. Nt kui reh.vajadus hinnatakse ära töövõimehindamise käigus TK-s, siis peab see toimuma vastavalt SKA

poolt aktsepteeritud ja eelnõu käigus väljatöötatud WHO DAS metoodikale; see arvamus SKA-le siduv ja SKA ei hakka ise uuesti ümber hindama).

8. Mõelda läbi, kuidas tuua erinevate asutuste teenused siiski inimese jaoks kokku (kui suur roll on juhtumikorraldajal teenuste kokkuleppimisel; arvestusega seejuures, et ei tekiks “inimese eest ära tegemist”).
9. Juurdepääsetavus igas mõttes – füüsiline juurdepääs, teenuste olemasolu ja piisavus, informatsioon.