



TARTU ÜLIKOOL
RAKE

Riskihindamise instrumendi välja- töötamine sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste tuvastamiseks

LÕPPARUANNE



2023

oktoober



Riskihindamise instrumendi väljatöötamine sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste tuvastamiseks

Tellinud Sotsiaalministeerium

Uuringu tellis Sotsiaalministeerium. Uuringu tegi Tartu Ülikool (sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE ja õigusteaduskond) koostöös Haap Consulting OÜ-ga.

UURINGU AUTORID:

Siim Espenberg, TÜ
Andres Võrk, TÜ
Paloma Krõõt Tupay, TÜ
Triin Siil, Cybernetica
Monika Mikiver, TÜ
Maris Juha, TÜ
Age Toomla, Haap Consulting
Minni Saapar, TÜ

Uuringu tegijad tänavad Sotsiaalministeeriumi esindajaid Anu Õuna, Tarmo Kurvest ja Ethel Bubõrit ning kõiki uuringu juhtrühma liikmeid pühendatud aja ja nõuannete eest. Samuti täname uuringusse panustanud riiklike andmeregistrite haldajaid, kohalike omavalitsuste esindajaid ja intervjuudes osalenud väliseksperte.

KONTAKTANDMED:

Lossi 36-303, 51003, Tartu
<http://rake.ut.ee>

ISBN: 978-9985-4-1399-9 (pdf)

SISUKORD

SISUKORD	5
MÕISTED JA LÜHENDID	7
SISSEJUHATUS	8
METOODIKA	11
1. RISKIHINDAMISE INSTRUMENDI KOOSKÕLA PÕHISEADUSEGA JA EUROOPA LIIDU ISIKUANDMETE KAITSE ÕIGUSEGA	14
1.1. UURIMISÜLESANNE JA -EESMÄRK	14
1.2. KAVANDATUD RISKIHINDAMISE INSTRUMENDI PÕHISEADUSLIKKUSE ANALÜÜS	15
1.2.1. RISKIHINDAMISE INSTRUMENDI RAKENDAMISE PUHUL ASJAOMANE PÕHIÕIGUS.....	15
1.2.2. RISKI PÕHISEADUSPÄRASUS.....	17
1.2.3. PÕHIÕIGUSLIKU ANALÜÜSI JÄRELDUSED JA VÄLJAVAATED.....	26
1.3. KAVANDATUD RISKIHINDAMISE INSTRUMENDI KOOSKÕLA EL ANDMEKAITSE ÜLDMÄÄRUSEGA	28
1.3.1. IKÜM KOHALDATAVUS	28
1.3.2. RISK KOOSKÕLA IKÜMI ISIKUANDMETE TÖÖTLEMISE PÕHIMÕTETEGA JA TÖÖTLEMISE SEADUSLIK ALUS.....	32
1.3.3. ANDMETÖÖTLUSE ÕIGUSLIK ALUS.....	42
1.3.4. KOKKUVÕTE RISK LAHENDUSE KOOSKÕLA KOHTA EL ANDMETÖÖTLUSE ÕIGUSEGA	48
1.4. RISK LAHENDUSE ÕIGUSANALÜÜSI KOKKUVÕTE	50
2. ANDMEKOGUDES OLEVATE ANDMETE ANALÜÜS	52
1.1. KAASATAVAD ANDMEKOGUD	52
1.2. ANDMEKOGUDEST KAASATAVAD TUNNUSED JA NENDE AJALINE KAETUS	54
2.2.1. SOTSIAALTEENUSTE JA -TOETUSTE ANDMEREKISTER STAR.....	54
2.2.2. SOTSIAALKAITSE INFOSÜSTEEM SKAIS JA ABIVAHENDITE ANDMESTIK AVE	58
2.2.3. RAHVASTIKUREGISTER.....	61
2.2.4. TERVISEKASSA ANDMED	61
2.2.5. EHITISREGISTER.....	63
3. UURINGU I ETAPI PEAMISED JÄRELDUSED	64
4. ÜLEVAADE KOHALIKE OMAVALITSUSTE OLUKORRAST JA VAJADUSTEST	65

5. TEISTE RIIKIDE KOGEMUSED RISKIHINDAMISE VAHENDITE KASUTAMISEL JA INFOVAHETUSE TAGAMISEL KOHALIKES OMAVALITSUSTES.....	67
5.1. SPARRA RISKISKOORIDE ARVUTAMINE ŠOTIMAAL	69
5.2. ENNETAVAD KODUKÜLASTUSED VANEMAEALISTELE TAANIS JA NORRAS	71
5.3. TERVISHOIU- JA SOTSIAALTÖÖ INFOVAHETUSEST VANEMAEALISTE TOETAMISEL HOLLANDIS	76
5.4. SÜDAME-VERESOOKONNAHAIGUSTE RISKI ENNUSTAMINE UUS-MEREMAAL	78
6. EESTIS RAKENDATUD PILOOTPROJEKTIDE KOGEMUSED	80
6.1. PAIKKONDLIKE TERVISHOIU- JA SOTSIAALTEENUSTE INTEGREERIMISE PILOOTPROJEKT	80
6.2. INSULDI JUHTPROJEKT	84
6.3. HOOLDUSE KOORDINATSIOONI PILOOTPROJEKT	85
6.4. MUUD ASJAKOHASED ALGATUSED	86
7. ÜLEVAADE VÕIMALIKEST LAHENDUSTEST.....	88
8. LAHENDUSVÕIMALUSTE VALIDEERIMINE VALITUD KOHALIKES OMAVALITSUSTES....	113
9. KOKKUVÖTE JA SOOVITUSED	122
10. SUMMARY	126
KASUTATUD KIRJANDUS.....	130

MÕISTED JA LÜHENDID

Seadused

Art/art – artikkel

EKo – Euroopa Kohtu otsus

HMS – Haldusmenetluse seadus – [RT I 2001, 58, 354 ... RT I, 13.03.2019, 2.](#)

IKÜM – [EUROOPA PARLAMENDI JA NÕUKOGU MÄÄRUS \(EL\) 2016/679, 27. aprill 2016, füüsiliste isikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise ning direktiivi 95/46/EÜ kehtetuks tunnistamise kohta \(isikuandmete kaitse üldmäärus\).](#)

KOKS – Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus

pp – põhjenduspunkt

PS – Põhiseadus – RT 1992, 26, 349 ... [RT I, 15.05.2015, 1.](#)

RKÜKo – Riigikohtu üldkogu otsus

SHS – Sotsiaalhoolekande seadus. - RT I, 30.12.2015, 5 ... [RT I, 10.11.2022, 1.](#)

SÜS – Sotsiaalseadustiku üldosa seadus

Infosüsteemid

AVE – Sotsiaalkindlustusameti abivahendite sooduseraldamise haldamise süsteem

RIHA – Riigi infosüsteemi haldussüsteem

SKAIS – Sotsiaalkindlustusameti infosüsteem

STAR – Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister

Muu

EIK – Euroopa Inimõiguste Kohus

KOV – Kohalik omavalitsus, kohaliku omavalitsuse üksused on linnad ja vallad

NEET (*Not in Education, Employment, or Training*) noored – noored, kes ei õpi, tööta ega osale koolitusel

PPA – Politsei- ja Piirivalveamet

SKA – Sotsiaalkindlustusamet

SISSEJUHATUS

Projekti „Riskihindamise instrumendi väljatöötamine sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste tuvastamiseks“ eesmärk on abistada kohalikke omavalitsusi sotsiaalhoolekandeline abivajadusega vanemaealiste väljaselgitamisel ja arendada välja riiklikult kogutavatel andmetel põhinev süsteem, mis aitaks senisest varem ja lihtsamalt tuvastada eakaid, kes võivad vajada abi. Selleks uuriti, milliseid andmeid ja millisel viisil tuleb hinnata, arvestades seejuures õiguslike piiranguid ja tehes seejuures ettepanekuid, mida õiguslikus regulatsioonis muuta, et oleks võimalik tagada sihtrühma abivajaduse õigesti tuvastamist. Samuti analüüsiti teistes riikides sotsiaal- ja tervisevaldkonnas kasutatavaid riskihindamise vahendeid ja nende kasutamise kogemusi, millega arvestada Eestile sobivate lahenduste väljatöötamisel.

Sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste senisest varasem tuvastamine oleks kasulik mitmel põhjusel. Kui see aitab kohalikel omavalitsustel kergemini leida inimesi, kes võivad abi vajada ja kes siis ka õigeaegselt abi saavad, on võimalik ennetada suurema abivajaduse kujunemist ja tervisekadu. See tähendaks omakorda, et inimeste toimetulek ja tervis parem ning sellest tekiks ka laiem kasu nii KOVi kui ka riigi tasandil.

Vanemaealiste arv on Eestis kiirelt kasvamas ja rahvastikus on eakate osakaal suurenenud 15%-lt 2000. aastal 20%-ni aastal 2021. Eestis oli 2020. aastal u 268 000 eakat (65-aastased ja vanemad inimesed), ligikaudu kolmandiku võrra enam kui aastal 2000. Seejuures näitavad 2021. aasta rahvaloenduse tulemused, et väga paljud eakad elavad üksi¹. Eriti kehtib see naiste kohta (pensioniealistest elab üksi peaaegu iga teine naine, mis arvestades naiste ligi 10 aastat kõrgemat keskmist eluiga on teatud määral ka paratamatus) ja Statistikaameti ülevaate järgi elab Eestis üksi üle 82 000 pensionealise naise². Samuti on oluline silmas pidada, et tulevikku vaatavad stsenaariumid ja prognoosid³ näitavad, et eakate osakaal kasvab jätkuvalt (nt aastaks 2050 on tõenäoliselt üle 80-aastaste inimeste arv nüüdsega võrreldes peaaegu kaks korda suurem) ja seega suureneb ka vanemaealiste abivajadus. Sellele viitavad ka näiteks andmed selle kohta, et kodus kukkumise ja abitusse seisundisse jäämise juhtumite hulk on kasvamas⁴.

Eakate hoolekanne on üks KOVide põhiülesannetest. Riigikontrolli 2021. aasta auditi „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes“ peamine järeldus oli, et paljud eakatest, kes on suure tõenäosusega abivajajad, ei ole KOVide sotsiaaltöö vaateväljas ning hädasolijateni jõudmiseks on vaja senisest tunduvalt aktiivsemat lähenemist, mis eeldab nii lisaressurssi kui ka selgemat arusaama, millist teavet saab riskirühmadesse kuuluvate eakate tuvastamiseks kasutada. Eespool viidatud Riigikontrolli auditis tuuakse välja, et 87% KOVidest leidis Riigikontrolli küsitluses, et nende senine tegevus eakate probleemide märkamisel ei ole piisav, ja 68% KOVidest leidis, et rohkem peaks

¹ Üksi elav inimene on pensionealise naise nägu (<https://www.stat.ee/et/uudised/üks-elav-inimene-pensionealise-naise-nagu>)

² *Ibid.*

³ Pikaajalise hoolduse tulevik. Arengusuundumused aastani 2035 (<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik-arengustsenaariumid-aastani-2035/>)

⁴ Eestit on tabanud üksikute vanurite kodus kukkumiste laine (<https://www.err.ee/1608820054/eestit-on-tabanud-üksikute-vanurite-kodus-kukkumiste-laine>)

tegelema just nendega, kes ei ole ise KOVi poole pöördunud. KOVide aktiivsust ennetustöös peavad ebapiisavaks ka vanemaeliste esindusorganisatsioonid, Sotsiaalministeerium ja Sotsiaalkindlustusamet.

Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuringu (2020) tulemused näitavad, et Eestis on peamisteks tervisest tulenevateks tegevuspiiranguteks liikumise, nägemisega või mälu seotud tegevused. Uuringu järgi kasutab ametlikke teenuseid vaid kümnendik üle 80-aastastest inimestest, lausa 60% kasutab lähedaste ja/või tuttavate abi ning ligi viiendik vajaks täiendavalt mõnda teenust.

Uuringu tulemused näitasid ka, et tegevuspiiranguid on 90% ametliku puudega inimestest, aga teisalt on vaid 2/3 tegevuspiirangutega inimestest ametliku puudega. Seega, ehkki sotsiaalhoolekande seadus lubab 2023. aastast KOVidel omal algatusel välja selgitada keskmise või raske puudega täisealise isiku abivajaduse sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri põhjal, võib kuni kolmandik abivajajatest jääda fookusest välja ning seetõttu on vajalik edaspidi ka teiste tegevuspiiranguid mõjutavate tunnuste analüüsiks kasutamine.

Eelnevaga seoses on oluline silmas pidada ka strateegia „Eesti 2035“ sihti liikuda lõimitud, inimkeskse ja jätkusuutliku Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem suunas. Selle muutuse saavutamiseks on planeeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste inimkeskne pakkumine koostöös kohalike omavalitsustega (sh ühise asjaajamiskoha põhimõtte rakendamine) ning sündmuspõhiste ja inimkesksete lõimunud teenuste arendamine sotsiaal-, tervishoiu- ja töövaldkonnas (sh andmevahetuse parendamine ning andmehõive ja analüüsisüsteemide arendamine).

Projekti oluline osa on õigusanalüüs, mis selgitas välja, kas ja millise töövahendi loomine on praeguses õigusruumis võimalik. Sealjuures tuli lähtuda ka sellest, milline on võimalus õiguslike regulatsioonide muutmiseks ja milles seisneb projekti kasusaajate reaalne vajadus. Väljatöötatud lahenduskäike valideerisid projekti valitud kohalikud omavalitsused. Valideerimise käigus said praktikud anda lahendustele tagasisidet, mis aitab suurendada tõenäosust, et keskendutakse selliste lahenduste kasutusele võtmisele ja/või välja töötamisele, millest on kasu nii elanikkonnale kui ka KOVidele.

Projekti peamisteks kasusaajateks on KOVid, kuna projektis kirjeldatavad lahendused võimaldaksid KOVidel tuvastada võimalikke abivajajaid kiiremini, efektiivsemalt ja ennetavalt, et neile saaks pakkuda abi proaktiivselt ning koostöös tervisevaldkonna ja teiste oluliste osapooltega. Täiendavalt on uuringu tulemused sisendiks valdkondliku poliitika ja õigusruumi kujundamisel, sh vajadusel seaduste muutmisel (sh nii ennetustegevuse arendamisel kui ka andmete kasutamise optimeerimisel).

Hindamisinstrumendi sihtrühma kuuluvad inimesed alates vanusest 65. Hindamisinstrumendi sihtrühma puhul on oluline silmas pidada, et instrument peab aitama välja selgitada nii neid sihtrühma liikmeid, kes saavad KOVilt teenuseid ja/või toetusi, kui ka neid, kes ei saa KOVilt teenuseid ja/või toetusi, aga kes võivad seda tegelikult vajada (või võib see vajadus tekkida, sh ennetuse vaade).

Uuringul on kuus peamist uurimisküsimust.

1. Õiguslik analüüs põhiõiguste vaatest – eesmärk on välja selgitada, kas kavandatav hindamisinstrument on kooskõlas põhiõiguslike aluste ja piirangutega.
2. Registriandmete analüüs – eesmärk on välja selgitada:
 - a. milliseid andmeid ja millisel viisil tuleks hinnata, et oleks võimalik tagada õige sihtrühma abivajaduse tuvastamine;

- b. milline on selleks vajalike andmete kvaliteet ja kasutamise (sh tõlgendamise) võimalused.
3. Väljatöötatava instrumendi õiguslik analüüs – eesmärk on välja selgitada, millised on õiguslikud piirangud ja tingimused, mis võivad takistada väljatöötatava riskihindamise instrumendi kasutuselevõttu ja vajalike andmete kasutamist.
 4. Teiste riikide kogemuse analüüs – eesmärk on välja selgitada teiste riikide kogemus sotsiaal- ja tervisevaldkonna riskihindamise vahendite kasutamisel, mida tasuks arvestada Eesti riskihindamise instrumendi väljatöötamisel.
 5. Ülevaate koostamine võimalikest lahendustest, mille abil saavad KOVid tuvastada (potentsiaalse) abivajadusega inimesi.
 6. Lahenduste valideerimine KOVidega, et saada tagasisidet, kas need töötaksid praktikas ning millised on nende tugevused ja nõrkused.

METOODIKA

Uuringu uurimisküsimustest lähtuvalt kasutasime selles töös erinevaid andmete kogumise ja analüüsimise meetodeid.

Õigusanalüüs koosneb teaduskirjanduse ja varasemate uuringute analüüsist, asjakohaste Eesti ja rahvusvaheliste õigusnormide ning neile tugineva kohtupraktika analüüsist. Analüüsi eesmärgiks on selgitada välja, millised on õiguslikud piirangud vajalike andmete kasutamisele, arvestades seejuures, et tehniliselt võimalik lahendus on praktikas väärtuslik ainult siis, kui see on kooskõlas seadusega ja kui asjaomaste isikute õiguste võimalik piiramine ei ole seatud eesmärgi suhtes ebaproportsionaalne.

Esmalt selgitasime üldisemal tasandil, mis ulatuses ja tingimustel saab väljatöötatavat lahendust realiseerida nii, et see vastab põhiõiguste kaitse nõuetele, sealhulgas isiku õigusele andmekaitsele, eraelu puutumatusele ja kaitsele diskrimineerimise eest. Isikuandmete töötlemine, mis on vajalik riskihindamise instrumendi rakendamiseks, kujutab endast sekkumist põhiõiguskandja eraellu. Eraelu ei piirdu üksnes isiku sisemise sfääriga, vaid see hõlmab ka võimude poolt isiku kohta käiva informatsiooni kogumist ja talletamist. Seega hõlmab eraelu puutumatus ka õigust isikuandmete kaitsele. Õigusanalüüsi teine osa käsitles võimaliku tehnilise lahenduse andmekaitse küsimusi, aga ka muudest õigusaktidest tulenevaid aspekte.

Õigusanalüüsi osana tegime ka ettepanekuid vajalike õiguslike muudatuste (sh seadusemuudatuste) tegemiseks, et projekti üldine eesmärk oleks õiguslikult teostatav.

Andmekogude ja registriandmete analüüsis on aluseks järgmiste registrite andmed:

- 1) sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister STAR inimestele KOVi poolt osutatud teenuste kohta;
- 2) sotsiaalkindlustusameti infosüsteemid (SKAIS ja AVE) puude olemasolu ja selle raskuse ning liigi kohta ning osutatud abivahendite teenuste kohta;
- 3) rahvastikuregister leibkonna koosseisu hindamiseks (kas inimene elab antud aadressil üksinda, elukaaslasega või noorema põlvkonnaga);
- 4) tervisekassa raviarvete register (kas raviarvetel toodud diagnooside rühmad (nt lihasluukonna ja sidekoehaigused või silmahaigused) ja osutatud raviteenuste grupid (nt liigese endoproteesimine) võimaldaksid täpsemalt hinnata olemasolevat või prognoositavat hooldusteenuste vajadust);
- 5) ehitisregister (et hinnata eluruumi sobivust inimese tervisliku seisundiga).

Registriandmete analüüsis kasutasime andmeallikatena registrite põhimääruseid ja riigi infosüsteemi haldussüsteemi RIHA kataloogis toodud informatsiooni ning küsisime lisainfot registrite omanike või vastutavate töötajate käest. Seejuures küsisime registrite vastutavate töötajate käest statistilist informatsiooni vastava registri valitud tunnuste kohta (andmeid küsiti ja analüüsiti agregeeritult ilma isikuandmeteta).

Teiste riikide kogemuse analüüsis on oluline silmas pidada, et teiste riikide sotsiaal- ja tervishoiuteenuste ulatus ei pruugi ühtida Eestis sotsiaal- või tervishoiusüsteemis pakutavate teenustega. Analüüsi esimeses faasis pakuti välja neli hindamisinstrumenti erinevatest piirkondadest, millest tegime esmalt lühikese ülevaate ja seejärel valisime koostöös uuringu tellijaga välja kaks, millele tegime uuringu teises etapis põhjalikuma analüüsi.

Analüüsi esimeses etapis tegime dokumendianalüüsi, mille raames kogusime kokku asjakohased poliitikadokumendid, aruanded ja teadusartiklid valitud instrumentide kohta. Nende põhjal koostasime esmase ülevaate ning markeerisime valdkonnad ja uurimisküsimused, mille kohta info puudus või vajas kinnitamist. See sai aluseks väliseksperptide kaastööle, kellelt palusime meie poolt kogutud info valideerimist ning viiteid täiendavatele allikatele. Kui olime selle põhjal oma ülevaated täiendanud, viisime läbi ekspertintervjuud valitud riikide valdkondlike ekspertidega.

Kuivõrd uuringu esimese etapi tulemused näitasid, et riskihindamise algoritmi koostamine pole praegustes tingimustes mõistlik, keskenduti uuringu kolmandas etapis sellele, et koostada **ülevaade võimalikest lahendustest**, mis aitaksid eesmärki tõhusamalt täita ja sobiksid Eesti konteksti. Seejuures lähtuti KOVIDelt kogutud infost, seni Eestis rakendatud pilootprojektide tulemustest ja väliskogemusest. Võimalike lahenduste puhul on fookus ennetustegevusel (mh arvestades infosüsteemide ühendamise vajadusi ja võimalusi) ning lahendusi analüüsiti vastavalt nende prioriteetsusele, oodatavale mõjule ja teostatavusele (sh tähtsustades kuluefektiivsust ja lisades vajadusel õigusliku hinnangu nende teostatavusele).

Projekti oluliseks osaks on **lahenduste valideerimine kohalikes omavalitsustes**. Eestis on kokku 79 KOVi ja uued lahendused, millest oleks KOVIDe sotsiaaltöötajatele igapäevatoos kasu, võiksid rakendada neis kõigis. Valideerimisse kaasati viis kohalikku omavalitsust (täpsem info allpool) ja eesmärgiks oli, et need esindaksid Eesti KOVIDe suurt variatiivsust, arvestades nii suurust, asustustihedust kui ka geograafilist paiknemist.

KOVIDe valikul oli oluliseks aspektiks ka see, et esindatud oleksid ühelt poolt võimekad ja uuenduslike lahenduste suhtes vastuvõtliku(ma)d KOVID, aga teisalt ka need omavalitsused, millel on vähem ressursse. See on tähtis mitmel põhjusel. Esiteks saavad aktiivsemad ja võimekamad KOVID jagada oma kogemusi, milliseid toetavaid süsteeme on nad ise arendanud ja/või kasutanud, et abivajajaid leida, ja anda sisukat tagasisidet, missugused peaksid lahendused olema, et see KOVIDe sotsiaaltöötajate tööd lihtsustaks, võrreldes praeguse protsessiga. Teiseks võib prognoosida, et uued lahendused oleksid suurema kasuteguriga n-ö väiksema võimekusega KOVIDele, millel pole võimalik oma süsteeme arendada. Kuna neis omavalitsustes on tõenäoliselt vähe töötajaid, kes on juba paljude kohustustega koormatud, siis pole nad huvitatud selliste lahenduste kasutamisest, mille puhul pole oodatav kasu selge ja otsene (nt kokkuhoitud aja, märgatavalt paraneva teenuse kvaliteedi vms näol), mistõttu on neilt saadav tagasiside väga väärtuslik, et lahendus saaks kasutajasõbralik.

Lähtuvalt mainitud kriteeriumidest (sh arvestades eakate osakaalu rahvastikus kombinatsioonina üksikute eakate osakaaluga kõigist eakatest) kuulusid kaasatavate KOVIDe sekka⁵

- 1) Tallinna Kesklinna valitsus (Tallinn),
- 2) Tartu linn (Lõuna-Eesti linn),
- 3) Märjamaa vald (hajaasustusega KOV),
- 4) Valga vald (KOV Kagu-Eestist),
- 5) Sillamäe linn (KOV Ida-Virumaalt).

Kõikide kaasatavate KOVIDega tehti eelintervjuud (sh et mõista nende spetsialistide praktilisi ootusi, millega tuleks arvestada, et uute lahenduste rakendumise tõenäosus oleks võimalikult suur) ja

⁵ Projekti käigus pöördui kokku 9 KOVi poole ja selles nimekirjas on need KOVID, mis kinnitasid oma valmisolekut uuringus osaleda.

täpsustati, kes on neis KOVides sotsiaaltöötajateks (ja/või muude nimetustega töötajateks), kes võiksid sellest lahendusest oma igapäevatöö tegemisel suurimat kasu saada. Seejuures on arvestatud sellega, et mõnedes piirkondades rakendatakse ka hoolduskoordinatsiooni mudelit. Valitud piirkondadest osalesid 2022. aastal hoolduskoordinatsiooni projektis Valgamaa (Valga hoolduskoordinaator asub Tõrvas ja projektijuht on Valga haiglas) ja Tartu linn (kolm hoolduskoordinaatorit asuvad kolmes suuremas tervisekeskuses).

Lahenduste arendamise ja valideerimise etapis viidi valitud KOVide esindajatega läbi intervjuud, et valideerida lahenduste sobivust nende vajadustele. KOVide sotsiaaltöötajate tagasisidet koguti nii kirjalikult kui ka suuliselt (eesmärgiks oli valida töötaja jaoks võimalikult mugav viis) ning see võimaldas hinnata, kas ja mida on mõttekas tulevikus edasi arendada.

1. RISKIHINDAMISE INSTRUMENDI KOOSKÕLA PÕHISEADUSEGA JA EUROOPA LIIDU ISIKUANDMETE KAITSE ÕIGUSEGA

1.1. Uurimisülesanne ja -eesmärk

Õigusanalüüs teostati lähtuvalt Sotsiaalministeeriumi ehk uuringu tellija hanke tehnilise kirjelduse dokumendis (TK) sõnastatud asjaoludest ja hüpoteesidest, mida täpsustati 12. septembril 2022 RISKi uurimisrühma ja tellija vahel toimunud avakoosolekul ning 21. septembril 2022 tellija, õigusanalüüsi teostajate ja projektijuhi osalusel Microsoft Teamsis toimunud arutelul.

Analüüsi abil soovis tellija saada esialgse hinnangu, kas RISKi lahenduse kasutuselevõtmine on kooskõlas põhiseadusega ja Euroopa Liidu õigusega. Üheks analüüsi teostajatele püstitatud ülesandeks oli aidata tellijal välja selgitada, millistel tingimustel oleks võimalik loodavat töövahendit rakendada moel, et sellega kaasnevad võimalikud põhiõiguste ja muude õiguste riived oleksid kantud legitiimsest eesmärgist ning proportsionaalsed. Seejuures analüüsi koostajad teadvustavad, et tellija on plaanitava töövahendi kavandamisega alles algusjärgus, sh selles kontekstis, milliseid eesmärke on võimalik (arvestades mh piiratud ressursse) selle töövahendiga saavutada (vt ka allpool 1.2.2.2, 1.3.2.3).

1.2. Kavandatud riskihindamise instrumendi põhiseaduslikkuse analüüs

Kui rakendatava RISK instrumendiga kaasneb põhiõiguslik riive, peab selline õiguste kitsendus olema omakorda kooskõlas põhiseadusega.⁶

1.2.1. Riskihindamise instrumendi rakendamise puhul asjaomane põhiõigus

RISK lahenduse kasutuselevõtmine tähendab, et analüüsitakse kõigi üle 65-aastaste isikute (ja teatud ulatuses ka nendega koos elavate perekonnaliikmete) andmeid, et selekteerida nende seast välja sotsiaalhoolekandeline abi⁷ vajajad. RISK lahenduse kasutamine eeldab seega kõigi üle 65-aastaste isikute ja nendega koos elavate isikute isikuandmete töötlemist. Põhiõiguslik kaitse isikuandmete töötlemisega seonduvate ohtude eest aga on eraelu puutumatuse kaitsealas põhiseaduse (PS) § 26 alusel (RKHKo 06.01.2021, [3-19-1207/21](#), p 22; RKPJKo 19.12.2019, [5-19-38/15](#), p 95 j; RKHKo 14.11.2019, [3-16-2497/120](#), p 18; RKHKo 12.06.2012, nr [3-3-1-3-12](#), p 19).

Eraelu puutumatusega kaitstakse inimese õigust olla n-ö rahule jäetud; oht eraelu puutumatusele seondub muuhulgas uute tehnoloogiate arenguga, mis võimaldab valida, võrrelda ja risttöödelda lühikese aja jooksul tohutut hulka andmeid ning luua isikust täieliku pildi.⁸ Seetõttu kaitseb õigus isikuandmete kaitsele inimesi ka sellise andmetöötluse eest, milles inimesi profileeritakse ja kujundatakse nende suhtes hinnang, kuid edasisi toiminguid nende suhtes ei järgne (näiteks profileerimise tulemusel selgub, et abivajadus puudub).

Põhiseaduse kommentaarides on peetud võimalikuks, et kõik isikuandmete töötlemise juhud ei ole PS § 26 kaitsealas. Sellisel juhul kuuluvad isikuandmete töötlemise juhud, mis jäävad eraelu kaitsealast väljapoole, PS §-st 19 tuleneva informatsioonilise enesemääramisõiguse alla. Seega – kuigi

⁶ Vt ka: H. Kalmo, O. Kask. Põhiseaduse § 11 kommentaar, komm 1. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

⁷ TK kohaselt on riskihindamise instrumendi väljatöötamise eesmärgiks tuvastada inimesi, kellel on sotsiaalhoolekandeline abivajadus (TK lk 1). TK kohaselt hõlmab nimetatud sotsiaalhoolekandeline abivajadus endas sotsiaalteenuste ja -toetuse liike, mida SHS alusel pakutakse, v.a varjupaiga- ja turvakoduteenus. Sellise abi pakkimise kohustus on SHS § 5 kohaselt üldiselt isiku elukoha järgsel kohalikul omavalitsusel. Siiski ei tulene TK-st selgelt, kas RISK instrumendiga soovitakse/võidakse tulevikus hinnata üksnes vajadust saada sotsiaalhoolekandeteenuseid SHS alusel või võivad lahenduse tulemused hõlmata ka muid sotsiaalkaitse meetmeid.

⁸ U. Lõhmus. Kommentaarid §-le 26. - Justiitsministeerium. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. Tallinn 2002, § 26 komm 8.3.

üldjuhul kaitseb isikuid liigse andmetöötluse eest PS §-st 26 tulenev põhiõigus eraelu puutumatus, kaitseb PS § 19 lg 1 isikut väliste negatiivsete mõjutuste eest ka juhtudel, mis jäävad eraelu kaitseala sfäärist välja.⁹

Käesoleva RISK rakenduse puhul analüüsitakse üldiselt isiku eraeluga seotud andmeid, et osata vastavalt tema igapäevaelu korraldusele ja tema isikut ja tervist puudutavatele asjaoludele hinnata tema abivajadust argielu korraldamisel. Andmetöötlusest võivad hõlmatud olla ka isikud, kes üle 65-aastaste isikutega koos elavad. Antud põhjustel lähtub õigusanalüüs sellest, et üle 65-aastaste isikute abivajaduse riskihindamise instrumendi rakendamisega kaasnev andmetöötlus on kaetud isikuandmete kaitset hõlmava eraelu puutumatus kaitseala poolt. Subsidiiaarselt ehk tingimusel, et töödeldud isikuandmed käsitlevad muid kui eraeluga seotud isikuandmeid, võiks lahenduse puhul olla avatud ka üldise vabaduspõhiõiguse (PS § 19) kaitseala.

Eraelu puutumatus ja sellest hõlmatud õigus isikuandmete kaitsele on ka inimväärikuse oluline tahk, mis kaitseb inimest muutumast riigivõimu objektiks.¹⁰ Nimelt põhiseaduse §-st 10 tuleneb inimväärikuse põhimõte, mis tähendab „inimese väärtust iseenesest, tema olemist eesmärgiks ja mitte vahendiks, tema isiksust.“¹¹ Ka Riigikohus on rõhutanud, et „Inimväärikus on kõigi isiku põhiõiguste alus ning põhiõiguste ja vabaduste kaitse eesmärk.“ (RKHKo 22.03.2006, [3-3-1-2-06](#), p 10; RKHko 28.03.2006, [3-3-1-14-06](#), p 11.). Inimväärikuse põhimõttest tulenevalt ei tohi riik ühelgi juhul taandada inimest riigivõimu objektiks. Silmas tuleb pidada veel, et „inimväärikus on põhiseaduse vabadusõiguste alus. Iga vabaduspõhiõigus kujutab endast inimväärikuse aluspõhimõtte mõne aspekti väljendust.“¹²

Samuti tuleb arvestada, et Eesti kui Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsiooniga (EIÕK) liitunud riik peab silmas pidama EIÕK-ga kaitstud õigusi ja konventsiooni üle valvava Euroopa Inimõiguste Kohtu (EIK) vastavat kohtupraktikat. EIÕK art 8 sätestatud õigus austusele era- ja perekonnaelu vastu ning kodu puutumatus ja sõnumisaladuse kaitse. EIK mõistab normi kohaldamisala laialt, hõlmates sellega ka õigust isikuandmete kaitsele.¹³ Samuti sõlmiti 1981. a Euroopa Nõukogu algatusel esimene ning praeguseni ainus rahvusvaheliselt siduv kokkulepe andmekaitse küsimustes – isiku andmete automatiseeritud töötlemisel isiku kaitse konventsioon ehk konventsioon nr 108, mille eesmärgiks on kaitsta üksikisikut tema andmete kuritarvitamise eest avaliku või eraõigusliku andmetöötleja poolt.¹⁴

⁹ Õiguskantsleri 10.05.2017 arvamus maksukorralduse seaduse ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu kohta nr 18-2/170578/1701993.

¹⁰ Vt ka: K. Jaanimägi, L. Oja. Põhiseaduse § 26 kommentaar, komm 8 – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

¹¹ Põhiseaduse kommentaarid § 10, p 5.

¹² Isikuandmete automatiseeritud töötlemisel isiku kaitse konventsioon. Vastu võetud 28.01.1981 Strasbourgis. Eesti võttis konventsiooni nr 108 ratifitseerimise seaduse vastu 06.12.2000. Arvutivõrgus: <https://www.riigiteataja.ee/akt/78300>.

¹³ Euroopa Inimõiguste Kohus. Guide on Article 8 of the Convention – Right to respect for private and family life. 31.08.2022. Lk 7, 56. https://www.echr.coe.int/documents/guide_Art_8_eng.pdf.

¹⁴ Isikuandmete automatiseeritud töötlemisel isiku kaitse konventsioon. Vastu võetud 28.01.1981 Strasbourgis. Eesti võttis konventsiooni nr 108 ratifitseerimise seaduse vastu 06.12.2000. Arvutivõrgus: <https://www.riigiteataja.ee/akt/78300>.

Küsitav on samuti, kuivõrd riskihindamise instrumendi põhiseaduslikkuse analüüsi puhul tuleb arvesse võtta ka EL põhiõiguste kaitse raamistikku koos vastava kohtupraktikaga.

Riigikohus on oma 2022. a otsuses kinnitanud, et „EL liikmesriigid peavad tagama EL õiguse täieliku toime. Nii tuleb riigisisest õigust, sh põhiseadust, tõlgendada võimalikult suures ulatuses kooskõlas EL õigusega (nt EKo [C-573/17](#), *Popławski*, ECLI:EU:C:2019:530, p 55).“ (RKÜKo 15.03.2022, [5-19-29](#), p 41). Sellest lähtuvalt asus antud kohtuotsuses Riigikohus seisukohale, et põhiseaduslikkuse järelevalve ei ole välistatud ka selliste Eesti õigusnormide puhul, mis on seotud EL õigusega (RKÜKo 15.03.2022, [5-19-29](#), p 47). Olukorras, kus üha suurem osa Eesti õiguskorrast põhineb Euroopa Liidu õigusel, tuleb kasuks ka õiguskindlusele ja -selgusele, kui Riigikohus – pidades silmas liidu õiguse ülimuslikkust, ühtsust ja tõhusust – aitab avada Eesti põhiseaduse tähendust ka „Euroopa konstitutsioonilises ühenduses“¹⁵. Sarnaselt on mitmed liikmesriigi põhiseaduskohtud asunud aja jooksul seisukohale, et Euroopa Liidu põhiõiguste harta (ELPH) kohaldamine võib kuuluda siseriiklikus kohtumenetluses ka põhiseaduslikkuse järelevalve pädevuste hulka (vt nt: Saksa föderaalne konstitutsioonikohtu 6.11.2019 otsus 1 BvR 276/17 – *Recht auf Vergessen II*; Austria konstitutsioonikohtu 14.03.2012 otsus U 466/11 ua; Itaalia Corte costituzionale 23.01.2019 otsus 20/2019 (IT:COST:2019:20), kohtuotsuse selgituse punktid 2.1; 2.3). Ülaltoodust lähtuvalt tuleb asuda seisukohale, et põhiseaduspärasuse analüüsi raames on asjakohane arvestada EL õigusega seotud küsimustes PS-st tulenevate põhiõiguste kõrval ka vastavate, ELPH-ga kaitstud põhiõigustega.

Õigus isikuandmete kaitsele on ELPH art-ga 8 eraldi kaitstud põhiõigus, mille olulist tähendust ja tihedat seost harta art-ga 7, mis kaitseb õigust era- ja perekonnaelule, on EK oma praktikas korduvalt kinnitanud (vt nt: EKo liidetud kohtuasjad [C-293/12 ja C-594/12](#), *Digital Rights Ireland ja Seitlinger jt. v Minister for Communications, Marine and Natural Resources*, ECLI:EU:C:2014:238, p 48; EKo [C-362/14](#), *Maximilian Schrems v Data Protection Commissioner*, ECLI:EU:C:2015:650, p 39). Sellest lähtuvalt on asjakohane võtta järgneva põhiseaduslikkuse analüüsi raames arvesse asjakohaste põhiõiguste rakendamispärasust ka EL tasandil. Seda mh põhjusel, et isikuandmete töötlemisele siseriiklikul tasandil laieneb üldjuhul ka liidu vastav teisene õigus (vrd ka täpsemalt allpool 1.3.1.1).

1.2.2. RISKi põhiseaduspärasus

Kui õigusliku analüüsi eelmises osas tuvastati, milliseid põhiõigusi võib riskihindamise instrument puudutada, on vaja teises sammus kindlaks teha, kas loodav RISK lahendus neid ka piiraks ehk riivaks. Riive olemasolu iseenesest ei tähenda tingimata selle õigusvastasust.

Et olla õiguspärane, peab põhiõiguse riive peab olema nii formaalselt kui ka materiaalselt põhiseadusega kooskõlas. Põhiõiguste piiramise formaalne põhiseaduspärasus eeldab põhiseadusest tulenevate pädevuse, vormi- ja menetlusnõuete järgimist. Antud õiguslikus analüüsis piiratakse riive materiaalse põhiseaduspärasuse hindamisega, kuivõrd analüüsi koostamise hetke seisuga ei ole ettevalmistamisel ega menetluses ühtegi õigusakti, mille suhtes saaks hinnata selle formaalset põhiseaduspärasust.

¹⁵ Vt täpsemalt, nt: A. Voßkuhle. „Der europäische Verfassungsgerichtsverbund“. *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht* (NVwZ) 2010, 1 jj.

Materiaalselt põhiseaduspärase riivega on tegemist siis, kui see täidab järgnevaid nõudeid¹⁶:

1. sellel on legitiimne eesmärk,
2. see on sobiv eesmärgi saavutamiseks,
3. see on vajalik ning
4. mõõdukas (proportsionaalne kitsamas mõttes).

Antud põhjusel on järgnevalt analüüsitud kavandatud RISK instrumendiga kaasnevaid põhiõiguste riiveid, nende legitiimset eesmärki ja proportsionaalsust.

1.2.2.1. Riskihindamise instrumendi rakendamisega kaasnev põhiõiguslik riive

Asjaolude kohaselt soovib tellija luua RISKi lahenduse näol kohalikule omavalitsusele (KOV) mõeldud töövahendi, mille abil saab tuvastada kõigi vähemalt 65-aastaste isikute sotsiaalhoolekandeline abivajaduse personaalse riskiskoorina. Personaalne riskiskoor oleks indikatiivne näitaja (eeskätt¹⁷) sotsiaalhoolekande (SH) teenuste planeerimiseks KOVis. Kuna selliselt on andmetöötlusse kaasatud väga suur vanusegrupp, on kahtlemata tegemist ulatusliku põhiõiguste riivega. Täiendavalt töödeldakse nende inimeste isikuandmeid, kelle elukoht juhtub üle 65-aastase isikuga samal aadressil registreeritud olema. Pealegi on kogutavad isikuandmed otseselt seotud inimese eraeluga, tema tervise ja võimalike erivajadustega. Sellest järeldub, et riivet tuleb pidada intensiivseks. Mida ulatuslikum aga on põhiõiguste riive, seda kaalukamad peavad olema seda õigustavad põhjused (vt nt RKPJKo 5.03.2001, [3-4-1-2-01](#), p 17) ja seda täpsem peab olema selliseks riiveks alust andev regulatsioon (vt nt RKÜKo 21.02.2017, [3-3-1-48-16](#), p 38).

Riive eesmärgipärasuse ja proportsionaalsuse hindamiseks tuleb riive olemust põhjalikumalt avada. Esitatud asjaolude pinnalt on võimalik esialgselt hinnata, milles võib seisneda arendatava RISKi lahenduse rakendamisel üle 65-aastaste isikute põhiõiguste ja samale aadressile registreeritud isikute riive. Siinjuures tuleb silmas pidada, et igasugune isikuandmete töötlemine, sh kogumine, salvestamine, analüüs jne, kujutab endast eraldi isikuandmete kaitse õiguse eraldi riivet.¹⁸ Sellest tulenevalt võivad RISKi lahenduse rakendamise puhul (vähemalt) järgnevad tegevused riivata igakordselt ja eraldi võetuna õigust isikuandmete kaitsele: andmete töötlemine sihtgrupi määratlemiseks (näiteks kõik +65-aastased isikud riigi või KOV tasandil), päringud andmesubjekti kohta erinevatesse asjakohastesse andmekogudesse (nt sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrisse STAR ja sotsiaalkaitse infosüsteemi SKAIS), profileerimine riskiskoori määratlemiseks. Täiendavalt tuleb silmas pidada, et iga riigi andmekogust isikuandmete jagamine KOVidele kujutab endast eraldiseisvat riivet. Seega, mida väiksem on isikuandmete töötlemiste koguarv, seda vähem riiveid esineb.

Analüüsi koostajatele esitatud asjaolude järgi võtab KOV ühendust üksnes nende 65-aastaste ja vanemate isikutega, kes on tervikliku abivajaduse hindamise prioriteetsuse järjekorras eespool ning

¹⁶ H. Kalmo, O. Kask. Põhiseaduse II peatükk. Sissejuhatus. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

¹⁷ Vt ülalpool, viide 1.

¹⁸ Kaudselt on nõue, et mistahes eraldi töötlemine on eraldi riive, tuletatav ka RKHK 12.06.2012.a otsuse [3-3-1-3-12](#) p-dest 19, 20.

vajavad abi kõige kriitilisemalt. Ülejäänud isikute puhul ei ole asjaoludes määratletud, kas ja kuidas neid RISKi lahenduse rakendamise protsessist teavitatakse või kas neil on muul moel võimalik sellest ja tervikliku abivajaduse hindamisest hoiduda või loobuda. Sellegipoolest on riive olemas mõlema grupi eakate puhul – riivatakse nii nende põhiõigusi, kellega ühendust võetakse kui ka nende põhiõigusi, kellega ühendust ei võeta.

1.2.2.2. Riskihindamise instrumendi legitiimne eesmärk

Riive eesmärk ja selle legitiimsus sõltuvad asjassepuutuva põhiõigusnormi piiriklauslist¹⁹, mis tuleneb käesoleval juhul PS §-ga 26 hõlmatud eraelu ja isikuandmete kaitse põhiõigusest. PS § 26 lg 1 teise lause kohaselt on normiga kaitstud õiguste piiramine lubatud seaduses sätestatud juhtudel ja korras tervise, kõlbluse, avaliku korra või teiste inimeste õiguste ja vabaduste kaitseks, kuriteo tõkestamiseks või kurjategija tabamiseks. Piirangu näol on tegemist nn kvalifitseeritud seadusreservatsiooniga, mis lubab piirata põhiõiguse kaitseala konkreetselt nimetatud eesmärkidel.

Siiski on Riigikohus asunud seisukohale, et ka rahvuslik identiteet võib õigustada paragrahviga kaitstud õiguste piiramist (RKPJKo 03.05.2001, 3-4-1-6-01, p 18). Piirangute laiendamisel PS § 26 lg 1 teisest lausest kaugemale tuleb aga arvestada antud piirangu eesmärgiga. PS § 26 lg 1 teise lausega on kehtestatud nn kvalifitseeritud piiriklausel (või ka seadusreservatsioon), mis nimetab kinnise loeteluna juhtumeid, mille puhul on lubatud piirata PS §-i 26 kaitseala. Seadusandja poolne piirangute kehtestamine ka muudel põhjustel on seega üldjuhul vastuolus piirangu mõttega. Loas piirata õigust vaid konkreetselt loetletud põhjustel väljendub era- ja perekonnaelu oluline tähendus. Sellest lähtuvalt tuleb asuda seisukohale, et PS §-iga 26 tagatud õiguste piiramine muudel kui normis loetletud eesmärkidel võib olla lubatud vaid erandkorras selleks, et kaitsta muid, kaalukaid põhiseaduslikke väärtusi.²⁰ Sellest lähtuvalt tuleb eesmärgi põhjendatusele seada kõrged nõuded. Siinkohal on asjakohane silmas pidada ka Õiguskantsleri kriitikat nn „NEET noorte“²¹ seadusandliku lahenduse eesmärkide põhjendatuse kohta: „Vaidlust pole, et eelnõu riivab PS §-i 26. Küsimus, mis on juba eelnõu varasemal kooskõlastusringil olulisel määral eriarvamusi põhjustanud, seisneb selles, kas taotletav eraelu puutumatus riive on õigustatav. Sisuliselt on riivet põhjendatud pea kõikide PS §-s 26 endas nimetatud põhjustega alates tervise kaitsega ja lõpetades kõlblusega. Väite kujul esitatud põhjendused kõlavad kunstlikena, kuna lõppastmes taanduvad plaanitud muudatused

¹⁹ Vt lähemalt H. Karmo, O. Kask. Põhiseaduse § 11 kommentaar, komm 16 jj. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

²⁰ Sarnaselt: K. Jaanimägi, L. Oja. Põhiseaduse § 26 kommentaar, komm 27 – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

²¹ Nn. NEET lahendus võimaldab KOVil saada sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrist (STAR) infot enda piirkonnas elavatest potentsiaalselt tuge vajavatest 16-26.a vanustest noortest. Selleks loodi seadusmuudatusega STAR-i andmeregistrile lisafunktsioon, mis töötleb andmeid erinevatest riiklikest registritest X-tee kaudu ja kuvab KOVile andmed tema piirkonnas elavatest noortest, kes teadaolevalt ei tööta ega õpi. NEET lahendus kehtestati aastal 2018 sotsiaalmaksuseaduse ja tulumaksuseaduse muutmise seadusega 558 SE: <https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/c68de891-10e0-49dd-8221-135ad0cd5399/Sotsiaalhoolekande%20seaduse%20ja%20teiste%20seaduste%20muutmise%20seadus>.

noore eraellu sekkumisele üksnes eesmärgiga välja selgitada, kes neist võiksid vajada kohaliku omavalitsuse tuge.”.²²

Seadusega kehtestatava piirangu ja selle legitiimsuse hindamisel tuleb esimese sammuna välja selgitada seadusandja (hüpoteetiline) eesmärk selle loomiseks (võrdle ka: RKHko 17.03.2003, 3-3-1-11-03, p 31) ning analüüsida, kas seda annab paigutada (vähemalt ühe) PS §-s 26 loetletud ja piirangut legitimeerivate põhjuste alla, millena nimetab paragrahvi teine lause tervist, kõlblust, avaliku korra või teiste inimeste õiguste ja vabaduste kaitset, kuriteo tõkestamist ja kurjategija tabamist.

Andmetöötuse võimaliku eesmärgi hägusus (ja RISKi algoritmipõhise lahenduse puhul on see teatud määral ka ilmselt paratamatu) ja alternatiivide rohkus kätkevad endas ohtu, et andmetöötlust hakatakse teostama n-õ pelgalt andmetöötuse nimel, ilma kindlat eesmärki omamata (võrdle ka ülalpool tsiteeritud Õiguskantsleri kriitikaga NEET lahenduse põhjendatuse kohta). Kui puudub selge eesmärk, mille suhtes hinnata riive sobivust, vajalikkust ja mõõdukust, ei ole võimalik kontrollida riive põhiseaduspärasust läbipaistvalt ega põhjendatult. Selline riive on põhiseadusvastane.

Lähtudes tellija poolelt esitatud asjaoludest peavad õigusliku analüüsi koostajad võimalikuks, et RISKi lahenduse puhul tulevad antud juhul riive eesmärgina kõne alla PS §-s 28 sätestatud põhiõigused ja kohustused, mis on suunatud sotsiaalkaitse tagamisele:

- i. **Tervisepõhiõigus** (PS § 28 lg 1). Lähtuvalt tellija esitatud asjaoludest soovitakse RISKi lahenduse abil väljasõelatud abivajadusega üle 65-aastastele isikutele pakkuda erinevaid SH teenuseid, millest osad on tingitud otseselt isiku tervislikust seisundist või suunatud terviseprobleemide ennetamisele.
- ii. **Põhiõigus riigi abile** (PS § 28 lg 2). Üheks peamiseks tellija eesmärgiks on RISKi lahendusega tuvastada potentsiaalseid abivajajaid, kes ei ole ise abisaamiseks KOVi poole pöördunud. Sellise tööriista kasutuselevõtuga täidetakse sisuliselt riigi kohustusi tulenevalt PS § 28 lg-st 2, mille kohaselt inimesel on vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral õigus riigi abile.²³
²⁴ Vastavalt põhiseadusele kehtestab abi liigid, ulatuse ja selle saamise tingimused ja korra seadusandja. Siinkohal on asjakohane märkida, et Riigikontroll juhtis hiljuti tähelepanu, et praegu ei ole eakatega seotud ennetustöö selgelt määratletud KOVi seadusjärgse ülesandena ning soovitas analüüsida võimalusi, kuidas seda teha.²⁵
- iii. **Vabatahtliku abistamise tagamine** (PS § 28 lg 3). Lähtudes tellija poolt asjaoludes väljendatud soovist, et RISKi lahenduse abil arvatud riskiskooride jagamisel KOViga ei tekiks KOVile õiguslikku kohustust osutada potentsiaalsele abivajajale konkreetset SH teenust, on võimalik ka käsitlus, et riik soovib RISKi lahenduse kasutuselevõtuga teiste eesmärkide kõrval ka eemaldada takistused KOVide vabatahtlikule hoolekandele ning võimaldada selle paremat teostamist

²² Õiguskantsleri 10.05.2017 arvamus maksukorralduse seaduse ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu kohta nr 18-2/170578/1701993.

²³ Vt lähemalt: K. Muller, A. Henberg, A. Sarapuu. Põhiseaduse § 28 kommentaar, komm 13. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

²⁴ Samas, komm 11 jj.

²⁵ Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Riigikontrolli kontrolliaruanne, 27.10.2021, lk 2. Internetis:

<https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx> .

võimalikult ühtlaselt üle kogu riigi. „PS § 28 lg 3 kannab endas eesmärgi muuta ühiskond sidusamaks, toetada sotsiaalteenuste ja -toetuste arengut ning tagada selliste teenuste ja toetuste olemasolu, mida mõnele isikute grupile võib vaja minna, aga mida üle riigi pole (veel) vaja osutada või milleks riigil raha või ideid napib. Sedakaudu saab pakkuda abivajajatele sotsiaalteenuseid ja -toetusi võimalikult laias spektris, aga ka vähendada riigi kulusid.“²⁶

Kui paigutada kirjeldatud eesmärgi alternatiivid PS §-s 26 piirangut õigustavate põhjuste alla, tulevad nimetatutest kõne alla järgnevad legitiimsed põhjused:

- i. **Tervis.** Tervise põhjusel piiramine on antud kontekstis kõige lihtsamini tuletatav legitimeeriv piirang, kuivõrd kõrgeast tingitud tervise halvenemine on üks peamisi põhjuseid vanemaealiste isikute abivajaduse tekkeks.²⁷ On mõeldav, et tervise põhjusel piiramise alla võib liigitada ka rahvatervise kaitse, s.t riivet ei pea õigustama ainult juba diagnoositud terviseprobleemiga isikute puhul, vaid seda saab teha ka laiemalt vanemaealiste terviseprobleemide ennetamise kaudu. Niisiis võivad siin kõne alla tulla ka rahvatervise tagamiseks vajalikud planeerimistegevused, sh analüüside teostamine ja ressursihaldus, mis eeldavad mahukat andmetöötlust. Samas tuleb arvestada, et RISKi lahenduse abil väljasõelatud abivajadusega vanemaealistele on kavas pakkuda ka selliseid SH teenuseid, mille eesmärgiks ei ole kitsalt vanemaealiste tervise kaitse. Näiteks eluruumi tagamise ja koduteenuse sisuks on abi igapäeva põhitegevuste sooritamisel nagu koristamine ja poeskäimine, mille eesmärgiks on säilitada ja parandada puudutatud isiku elukvaliteeti laiemas mõttes (vt SHS § 17). Olenemata sellest, et PS § 28 lg-s 1 sätestatud tervisepõhiõiguse esemeline kaitseala hõlmab nii inimese vaimset kui ka füüsilist tervist ning sotsiaalset heaolu²⁸, ei ole kõiki projektis nimetatud võimalikke abimeetmeid võimalik paigutada tervise kaitse eesmärgi alla, ilma et konkreetse piirangu eesmärk kaotaks üleliigselt laia tõlgendamise tulemusel oma mõtte. Võib nõustuda, et puuduvad rahalised võimalused tingivad sageli tervisega seotud probleeme. Siiski ei saa asuda seisukohale, et igasugust riigi rahalist abi (näiteks toimetulekutoetust) on võimalik õigustada tervise kaitsega.
- ii. **Teiste inimeste õiguste ja vabaduste kaitse.** Riik peab lisaks tervisepõhiõigusele (vt eelmine punkt) tagama ka inimeste põhiõiguse riigi abile (PS § 28 lg 2), pidades siinjuures silmas ka võrdse kohtlemise põhimõtet (PS § 12 lg 1). Samas, riik ei pea pakkuma kaitset kõikvõimalike sotsiaalsete riskide vastu, vaid üksnes täitma talle kohustuslikke ülesandeid ja pakkuma abi puudust kannatavatele inimestele.²⁹ Selleks on riigil üsna suur otsustusvabadus,³⁰ mille kasutamiseks peab riik teostama vajalikke analüüse ja ressursihaldust, et kasutada tema käsutuses olevaid piiratud vahendeid optimaalselt. Nii riigieelarveliste kui ka laiemalt vanemaealiste isikute abistamise ja vastava planeerimisega seotud otsuste tegemiseks sotsiaalkaitse valdkonnas võib olla vajalik töödelda suures ulatuses andmeid. Nagu ülalpool selgitatud tuleb aga silmas pidada, et PS §-i 26 konkreetse seadusreservatsiooni sisu ei tohi piiramatult laiendada. Seetõttu ei saa piisavaks

²⁶ Vt lähemalt: K. Muller, A. Henberg, A. Sarapuu. Põhiseaduse § 28 kommentaar, komm 29. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

²⁷ Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Riigikontrolli kontrolliaruanne, p 4 lk 5. Internetis: <https://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditiaruanded/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>.

²⁸ Vt lähemalt: K. Muller, A. Henberg, A. Sarapuu. Põhiseaduse § 28 kommentaar, komm 2. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

²⁹ Vt ka samas, komm 15 j.

³⁰ Vt lähemalt: K. Muller, A. Henberg, A. Sarapuu. Põhiseaduse § 28 kommentaar, komm 20. – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

pidada, kui isikuandmete töötlemise aluseks on selgitus, et soovitakse välja selgitada kõikide 65-aastaste ja vanemaaliste võimalikku õigust riigi abile. Olulist rolli mängib küsimus, kuivõrd RISK lahendus kaitseb konkreetset mõnda vanemaalise andmesubjekti õigust (nt õigust saada tervishoiuteenust, õigust saada SH teenust) või vanemaaliste vanusegrupi õigusi laiemalt (rahvatervist, avalike teenuste kättesaadavuse planeerimist laiemas mõttes). Käesoleval juhul on tellija väljendanud soovi, et loodava RISK rakenduse tulemustest ei tohiks KOVile tekkida otsest tegutsemise kohustust (nt kohustust pakkuda konkreetset SH teenust; vt selle kohta ka lähemalt allpool 1.2.2.5). Sellest tulenevalt ei saa ka asuda seisukohale, et kavandatud instrumendi eesmärgiks on teiste inimeste kaitse.

- iii. **Sotsiaalkaitse eesmärk.** Sotsiaalkaitse eesmärki ei ole PS §-s 26 piirangu põhjuste loetelus eraldiseisvalt nimetatud. Nagu ülalpool selgitatud, on Riigikohus oma praktikas siiski ühel erandkorral käsitlenud PS § 26 riivet õigustava eesmärgina ka § 26 teises lauses nimetatud piirangu põhjust.³¹ Niisiis pole põhimõtteliselt välistatud, et PS § 26 riivamiseks saab tugineda ka selles nimetatud legitimeerivale põhjusele, kui tegemist on piisavalt kaaluka väärtusega. PS § 10 kohaselt on sotsiaalriigi printsiip üheks põhiseaduse aluspõhimõtteks³² ning Riigikohus kinnitab, et „sotsiaalriik ja sotsiaalsete õiguste kaitse sisaldavad ideed abist ja hoolest neile, kes ei ole suutelised iseseisvalt end piisavas ulatuses kindlustama.“ (RKPJKo 21.01.2004, [3-4-1-7-03](#), p 14). Kui tellija soovib RISKi lahenduse rakendamisel toetuda sotsiaalkaitse eesmärgile, on vaja eesmärki konkreetsemalt määratleda ja esitada põhjendused selle kaalukuse kohta, sest tellija esitatud asjaolude põhjal ei ole analüüsi koostajatel võimalik tuletada RISKi lahenduse kirjeldusest konkreetseid põhjuseid, mis oleksid võrdväärselt legitimeerivad PS § 26 teises lõikes nimetatud konkreetsete piirangutega. Silmas tuleb pidada sedagi, et sotsiaalriigi printsiip on objektiivne põhimõte, mitte aga subjektiivne õigus. Samuti, nagu ülalpool märgitud, peab ulatuslikuks riiveks alust andev regulatsioon olema täpne. Seetõttu ei saa piisavaks pidada, kui seadusandja õigustab kõikide üle 65-aastaste inimeste laiaulatuslikku profileerimist üldise viitega sotsiaalkaitse eesmärgile. Seos rakendatava RISKi meetme ja selle eesmärgiga pakkuda isikule paremat sotsiaalset kaitset peab olema piisavalt selge ja tõenäoline.

Ei ole välistatud, et ülalpool käsitletud tervise kaitse, teiste inimeste õiguste kaitse ja sotsiaalkaitse eesmärgid võivad õigustada RISKi lahenduse kasutuselevõttuga kaasnevat isikuandmete kaitse õiguse piiramist. Sellise legitiimse põhjuse kinnitamiseks ei ole aga RISKi lahendus käesoleval ajal piisavalt konkreetset määratletud. Pelgalt huvi teada saada, kas isikul võib olla vajadus saada mõnda, riigi või KOVi pakutud avalikku teenust või muud abi, ei saa pidada eesmärgiks, mis legitimeerib PS § 26 piiramist.

1.2.2.3. Riskihindamise instrumendi sobivus

Sobivuse nõue kaitseb isikut avaliku võimu tarbetu sekkumise eest tema õigustesse. Sellest lähtuvalt on abinõu PS § 11 mõttes sobiv, kui see soodustab eesmärgi/eesmärkide saavutamist.

³¹ K. Jaanimägi, L. Oja. Põhiseaduse § 26 kommentaar, komm 27 – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

³² Vt lähemalt: H. Kalmo, O. Kask. Põhiseaduse § 10 kommentaar, komm 19 jj – Ü. Madise jt (toim). Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 5., täiend. vlj. Tartu: Sihtasutus Iuridicum 2020.

Ebaproportsionaalne on sobivuse mõttes abinõu, mis ühelgi juhul ei soodusta eesmärgi saavutamist (RKÜKo 2.05.2017, [3-2-1-134-16](#) p 45).

Antud juhul ei ole välistatud, et RISK lahenduse rakendamine aitab punktis 1.2.2.1 tuvastatud võimalikele eesmärkidele lähemale. On võimalik, et RISK lahenduse rakendamisel võtab kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja proaktiivselt ühendust abivajava üle 65-aastase isikuga ning saab talle pakkuda sotsiaalteenuseid, mis teenivad tema tervise ning muude õiguste kaitse eesmärki. Tingimusel, et loodava RISK lahenduse legitiimne eesmärk leiab täpsustamist õiguslikult vajalikus ulatuses (vt ka 1.3.2.2), võib RISK lahenduse rakendamist lugeda eesmärgi saavutamiseks sobivaks.

1.2.2.4. Riskihindamise instrumendi vajalikkus

Riive on vajalik, kui eesmärki pole võimalik saavutada mõnda teist, põhiõigusi vähem piiravat meetet kasutades, mis on sama efektiivne kui esimene (vt nt RKÜKo 11.06.2019, [5-18-8/19](#), p 65).

Teisisõnu tuleb hinnata, kas seadusandja on valinud sellise vahendi, mis aitab eesmärgi saavutamisele samavõrd palju kaasa, kuid piirab põhiõigusi ja -vabadusi võimalikult vähe.

RISK lahendusega taotletavate eesmärkidena, mida soovitakse töövahendiga saavutada, tulevad kõne alla tervise ning teiste inimeste õiguste kaitse. Kõne alla võib tulla ka andmete töötlemine sotsiaalkaitse eesmärgil. Nende eesmärkide saavutamiseks plaanitakse töödelda kõigi üle 65-aastaste Eesti Vabariigi elanike andmeid järgnevatest andmekogudest:

- 1) sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrist STAR inimestele KOVi poolt osutatud teenuste kohta;
- 2) sotsiaalkindlustusameti infosüsteemidest (SKAIS ja AVE) puude olemasolu ja selle raskuse ning liigi kohta ning osutatud abivahendite teenuste kohta;
- 3) tervise infosüsteemist terviseseisundi määramiseks (nt nägemise või kuulmise vaegused);
- 4) rahvastikuregistrist leibkonna koosseisu hindamiseks (kas inimene elab antud aadressil üksinda, elukaaslasega või noorema põlvkonnaga).

Lisaks analüüsitakse:

- 1) tervisekassa raviarvete registrit, et hinnata kas raviarvetel toodud diagnooside rühmad (nt lihasluukonna ja sidekoehaigused või silmahaigused) ja osutatud raviteenuste grupid (nt liigese endoproteesimine) võimaldaksid täpsemalt hinnata olemasolevat või prognoositavat hooldusteenuste vajadust ja
- 2) ehitusregistri andmeid, et hinnata eluruumi sobivust inimese tervisliku seisundiga (nt küttesüsteemi liik, korrusmajas lifti olemasolu jmt).

Esialgsetel andmetel on riskihindamise tööriista algoritmi arendamiseks vaja hinnata järgmisi aspekte:

1. Inimese **sünniaasta** (rahvastikuregister).
2. Inimese **elu- ja viibimiskoha aadress** (rahvastikuregister).
3. Inimese **puue** (kehtivuse algus ja lõpp), selle aste ja liik (SKAIS).
4. Inimesele pandud **diagnoosid** päringule eelneva 24 kuu jooksul Tervisekassa arvete andmete põhjal (Tervisekassa andmekogu, raviarvel esinev diagnoosi kood RHK-10³³ järgi). Arutelu

³³ Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon, 10. versioon. Arvutivõrgus: <https://rhk.sm.ee/>.

- käigus asuti seisukohale, et tõenäoliselt on diagnooside põhiseid andmeid vaja, sest need on seotud abivajadusega (vähemalt F- diagnoosid raske ja sügava puude puhul).
5. Inimesele **osutatud raviteenused päringule eelneva 24 kuu jooksul** Eesti Tervisekassa arvete andmete põhjal (Tervisekassa andmekogu, raviarvel esinev teenuse kood).
 6. Kui vajalik on tagada võimalikult kiire reageerimine ja info edastamine KOVile, siis on oluline ka **kiirabikaardi info**, et kiirabi töötajad on isikut x. kuupäeval külastanud või isiku hospitaliseerinud vmt.
 7. Inimese päringu tegemise hetkel **elukoha** aadressiks oleva ehitise registris toodud teatud väljad (**soojusallika liik, maks. korruste arv, liftide arv**).
 8. Inimesega päringu tegemise hetkel **samas elukohas elavate inimeste vanus, sugu** ning kas neist keegi on samuti päringu tegemise hetkel **puudega**.
 9. Kõik inimese **pöördumised KOVi poole** STARi andmetel SHS seaduses määratud toetuste või teenuste saamiseks.
 10. Kõik **inimesele osutatud SHSi teenused ja toetused** STARi andmetel.
 11. Kõik **riigipoolse soodustusega saadud abivahendid** sotsiaalkindlustusameti andmete põhjal päringule eelneva 24 kuu jooksul (SKA AVE andmebaas).
 12. Inimesele määratud **riikliku pensioni suurus** päringu tegemisele eelneval kuul (SKAIS).

Seega kavatakse eesmärgi saavutamiseks töödelda väga suure elanikkonna grupi isikuandmeid, mille hulka kuuluvad ka tundlikumat laadi eriliiki isikuandmed (vt ka alaptk 1.3.1.3). Küsitav on, kas RISK rakenduse võimalikke eesmärke ehk vanemaealiste tervise, õiguste ja sotsiaalse kaitse eesmärke ei ole võimalik saavutada leebemate meetmetega, sh vähemate andmete töötlemise abil.

Potentsiaalselt abivajavate üle 65-aastaste isikuteni, kelle kohta KOVidel puudub info (mh seetõttu, et isik ei pruugi olla ise KOV poole pöördunud; kas siis teadmatusest, soovimatusest või põhjusel, et selleks puudub vajadus), on võimalik jõuda ka muul moel kui kõiki riigi ja KOVide andmekogusid hõlmava andmetöötamise tulemusel. Näiteks on võimalik korraldada üleriiklik teavituskampaania, millega kutsutakse vanemaealisi ja nende lähedasi üles teavitama KOVi oma muredest. SHS § 13 järgi on kõik isikud kohustatud teatama sotsiaalhoolekannet vajavast isikust või perekonnast isiku või perekonna viibimiskoha järgsele KOVile – üleriikliku teavituskampaaniaga on võimalik seda teavitamiskohustust ühiskonnas laialdasemalt teadvustada ning seeläbi saada infot võimalike abivajajate kohta, kellest KOV ei olnud seni teadlik. See oleks selgelt vähem riivav meede kui RISKi lahendus, mis hõlmab kogu vähemalt 65-aastase elanikkonna profileerimist sõltumata tegelikust abivajadusest. Kuna koostajate teada sellist meedet antud aja hetkel rakendatud ei ole, ei ole teada selle võimalik efektiivsus. Enne piiravamate meetmete kasutuselevõttu aga tuleks katsetada leebema meetme mõju.

Lähtudes Riigikontrolli aruandest on siinkohal samuti asjakohane eristada kahte gruppi vanemaealisi isikuid: selliseid, kes on juba varem KOVi poole pöördunud, ning selliseid, kes seda varem teinud ei ole (vt ka 1.2.2.2). Sellest lähtuvalt tuleks enne riskihindamise tööriista kehtestamist ka kontrollida, kas sama eesmärgi on võimalik saavutada, kui kogu vanemaealise elanikkonna andmete profileerimise asemel piirduakse andmetöötusega väiksemas mahus, näiteks:

- kaaluda arstidele teavitamiskohustuse panemist, kui arstivisiidil käinud või haiglas viibinud isik vajab kas ajutiselt (operatsioonijärgsel perioodil) või püsivalt abi;

- kaaluda algoritmi kasutuselevõtmist, mis tuvastaks vanemaealised isikud, kes pole teatud perioodi vältel üldse arsti poole pöördunud või ei ole neile välja kirjutatud ravimeid välja ostnud vmt.³⁴

Kui RISKi lahenduse eesmärgiks on vähemalt 65-aastaste isikute õiguste kaitse laiemalt, mitte konkreetse indiviidi tasandil, siis ei pruugi selle saavutamiseks olla avalikul võimul ka vaja teada sihtgrupi vanemaealiste andmeid individualiseeritud kujul, vaid piisab statistilisest informatsioonist. Pole välistatud, et sellise statistilise info genereerimiseks on vajalik töödelda kõigi üle 65-aastaste isikute isikuandmeid, ent kuna töötlemise väljund on statistika ning isikustamine pole lõppastmes vajalik, siis oleks võimalik vastavaid isikuandmeid tugevamalt kaitsta, et vältida ülemäärast PS § 26 riivet. Nii tuleks tagada, et antud andmed poleks kättesaadavad riigi ega KOVi tasemel üksikisikutele, kellel puudub õigus hinnata personaalset abivajadust.

Vahekokkuvõttena saab seega tõdeda, et riskihindamise algoritmi vastavus vajalikkuse kriteeriumile vajab täiendavat analüüsi. Käesoleval aja hetkel ei ole võimalik asuda seisukohale, et puuduvad alternatiivid RISK arendatavale lahendusele, mis inimeste põhiõigusi vähem riivaks, kuid võimaldaks seejuures siiski taotletavaid võimalikke eesmärke saavutada.

1.2.2.5. Riskihindamise instrumendi mõõdukus

Abinõu mõõdukuse üle otsustamiseks tuleb kaaluda ühelt poolt põhiõigusse sekkumise ulatust ja intensiivsust, teiselt poolt aga piirangu eesmärgi tähtsust (RKÜKo 21.01.2014, [3-4-1-17-13](#), p 35; RKPJKo 06.03.2002, [3-4-1-1-02](#), p 15). Nagu ülalpool märgitud, peavad intensiivsemat põhiõiguse riivet õigustama kaalukamad põhjused (vt 1.2.2.2).

Kui kõnealuse piirangu eesmärgina määratletakse isiku tervisepõhiõiguse, muude õiguste ja sotsiaalse kaitse tagamine, on tegemist kaaluka eesmärgiga, arvestades ka Eesti elanikkonna vananemist. Samas, arvestades et RISK lahendus nõuaks kogu Eesti 65-aastaste ja vanema elanikkonna isikuandmete, sh eriliiki isikuandmete sõelumist, tuleb hinnata põhiõiguslikku riivet ulatuslikuks ja intensiivseks.

Mõõdukuse hindamisel omab olulist tähendust ka küsimus, kas seatud eesmärke on võimalik saavutada. Praegusel juhul on tellija seadnud analüüsi asjaoludes tingimuseks, et RISKi lahenduse rakendamine ja selle tulemus ei tohiks olla KOVile kohustuslik, vaid vabatahtlik.

Samas on avalikul võimul PS § 28 lg 2 järgi paratamatult kohustus abivajajat aidata. Seda põhikohustust konkretiseerib **SHS § 15 lg 1, mille kohaselt KOVi üksus peab välja selgitama abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi ulatuse ning korraldama abi osutamist või aitama abi saamiseks vajalikes tegevustes**. Pealegi on SHS § 13 kohaselt igaühel kohustus teatada KOV üksusele sotsiaalhoolekannet vajavast isikust. Samuti on haldusmenetlust läbiviival avalikul võimul kohustus välja selgitada menetletavas asjas olulise tähtsusega asjaolud ning vajaduse korral koguda selleks tõendeid omal algatusel tulenevalt uurimispõhimõttest (haldusmenetluse seaduse (HMS) § 6). Niisiis ei ole riigil ega KOVil sisuliselt võimalik vältida olukorda,

³⁴ Hiljuti ajakirjanduses kajastatud juhtumil, kus eakas inimene jäi hooldaja poolt hooletusse, tõdeti: „Fakt, et juba 2017. aastast alates ei palutud perearstikeskusel retsepte uuendada, ei hakanud kellelegi silma.“. K.-R. Tigasson. Tütar lasi nahavähki ja kahheksiat pödenud emal kodus ära surra: „Hoolitsesin nagu oskasin“. Ekspress.delfi.ee, 26.10.2022.

kus ta on kohustatud RISKi lahenduse rakendamisel selgunud riskiskoori tõttu potentsiaalse abivajajaga ühendust võtma ja tema abivajadust terviklikult hindama.

Siin peab aga arvestama riigi ja KOVi majanduslikku suutlikkust potentsiaalsete abivajajatega tegeleda. Tellija tehnilises kirjelduses on antud probleemile osundades viidatud Riigikontrolli aruandele, mille kohaselt „jääb KOVide sotsiaaltöötajate hinnangul suurem aktiivsus ennetustöös ressursipuuduse taha. [...] Ennetuseks ei ole muu töö kõrval lihtsalt piisavalt aega.”³⁵ Kui riigieelarves ja/või KOVi eelarves puuduvad vastavad vahendid või oskustöötajad, mille abil tegeleda kõigi tuvastatud potentsiaalsete vanemaealiste abivajajatega ning planeerida neile vajalikul määral sotsiaalhoolekannet ja -kaitset, siis ei saa avalik võim sisuliselt oma põhiseaduslikke kohustusi täita ning selleks läbiviidud ulatuslik üle 65-aastaste isikute vanusegrupi profileerimine on sisutühi. RISKi lahenduse kasutuselevõtt ei aita lahendada avaliku sektori ressursipuuduse probleemi, vaid sisuliselt kasvatab vajadust rohkemate finantsvahendite ning kompetentse tööjõu järele – mida paremad on andmed isikutega seotud probleemide ja vajaduste kohta, seda rohkem ressursse nende lahendamine nõuab.

Vahekokkuvõttena saab seega tõdeda, et ka meetme mõõdukus on küsitav.

1.2.3. Põhiõigusliku analüüsi järeldused ja väljavaated

Põhiseaduslikust aspektist tulenevad RISK projekti õiguslikud probleemid olulises ulatuses plaanitud lahenduse ebamäärasusest. Samuti tuleb pidada silmas, et andmetöötlus iseenesest ei ole vahend, mille abil lahendada ressursipuudusest tingitud sotsiaalhoolekande probleeme. Andmetöötluse tulemusena saadud teavet on võimalik eesmärgipäraselt kasutada vaid tingimusel, et on olemas piisav ressurss, et hinnata saadud tulemusi ja selle alusel teha vajalikke järeldusi.

- Ülaltoodud põhjustel tuleb asuda seisukohale, et RISKi lahenduse käesolevas staadiumis ei ole piisava selgusega konkretiseeritud võimalikke, piirangut legitimeerivaid eesmärke (vt 1.2.2.2). Lähtudes projekti tehnilisest kirjeldusest võiksid lahenduse legitiimsed eesmärgid hõlmata tervise kaitse, teiste inimeste õiguste või ka sotsiaalse kaitse eesmärke. Rõhutame, et nimetatud eesmärkide puhul on tegemist õigusanalüüsi koostajate konstrueeritud hüpoteetiliste eesmärkidega, mille eesmärgiks on sisustada ja näitlikustada järgnevat riive proportsionaalsuse analüüsi. Mainitud eesmärgid ei ole aga tellijale siduvad. Tellijal tuleb konkretiseerida RISK lahenduse kasutuselevõtu eesmärke vastavalt tegelikele vajadustele.
- Projekti antud faasis on erinevaid asjaolusid, mis annavad aluse kahelda kavandatud meetme vajalikkuses ehk selles, kas tellija tuvastatud probleemide lahendamiseks on RISK instrumendiga valitud kõige leebem toimiv lahendus (vt 1.2.2.4). Tellijal tuleb hinnata, kas tal ei ole võimalik rakendada põhiõigusi vähem piiravaid meetmeid (sh teavituskampaaniaid jms), mille abil saavutada soovitud eesmärke.
- RISK lahenduse välja töötamisel tuleb tellijal silmas pidada järgnevaid olulisi põhimõtteid: mida ulatuslikum on põhiõiguse riive, seda kaalukamad peavad olema seda õigustavad põhjused (vt nt

³⁵ TK lk 2; Riigikontrolli "Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes" aruanne, 27.10.2021, lk 12.

RKPJKo 5.03.2001, [3-4-1-2-01](#), p 17) ja seda täpsem peab olema selliseks riiveks alust andev regulatsioon (vt nt Riigikohtu otsus asjas nr [3-3-1-48-16](#), p 38). Ülalpool toodud põhjendustel tuleb RISK instrumendi põhiõiguslikku riivet pidada ulatuslikuks ja intensiivseks (vt 1.2.2.1). Sellest tulenevalt peab välja töötatav lahendus määratlema konkreetselt selle legitiimset eesmärki, töödeldavate isikuandmete ulatust, töötlemise viisi ja saavutatavat tulemust.

- Analüüsi koostajad märgivad, et põhiseaduspärasuse analüüsis tõstatatud küsitavusi proportsionaalsuses saab leevendada ka menetluslike tagatiste ja kaitsemeetmetega, mis aitavad tasakaalustada inimeste põhiõiguste intensiivset riivet (vt antud teemal ka alaptk 1.3.3.1 0).

1.3. Kavandatud riskihindamise instrumendi kooskõla EL andmekaitse üldmäärusega

1.3.1. IKÜM kohaldatavus

1.3.1.1. IKÜM kohaldamisala

IKÜM Art 1 kohaselt on IKÜMi reguleerimisesemeks füüsiliste isikute kaitse isikuandmete töötlemisel ja isikuandmete vaba liikumine. RISK lahenduse eesmärgiks on riskasutada ja kombineerida riigi andmekogudes sisalduvaid isikustatud – ehk tuvastatud või tuvastatava isikuga seotud – andmeid (nn profileerimine), mis kujutab endast isikuandmete töötlemist IKÜM mõttes (võrdle IKÜM Art 4 p 4).

Lähtuvalt Euroopa Liidu toimimise lepingu art-st 16, mis hõlmab endas igaühe õigust oma isikuandmete kaitsele EL pädevusalas, piirab ka IKÜM art 2 lõike 2 punktiga a määruse kohaldamisala liidu õiguse kohaldamisalasse kuuluvate tegevustega. Euroopa Kohus on kinnitanud, et IKÜM materiaalsel kohaldamisala tuleb mõista väga laialt, IKÜM art 2 lg-s 2 sätestatud erandeid aga tõlgendada kitsalt (EKO [C-439/19](#), *B v. Latvijas Republikas Saeima*, ECLI:EU:C:2021:504, p-d 61 j). Sellest lähtuvalt on kohus sedastanud, et „isikuandmete kaitse üldmääruse art 2 lõike 2 punkti a koostoimes sama määruse põhjendusega 16 tuleb käsitada nii, et selle ainus eesmärk on välistada selle määruse kohaldamisalast isikuandmete töötlemine, mida riigiasutused teevad tegevuse raames, mille eesmärk on säilitada riigi julgeolek, või tegevuse raames, mis võidakse liigitada samasse kategooriasse, mistõttu ainuüksi asjaolust, et tegevus on omane riigile või avaliku sektori asutusele, ei piisa selleks, et see tegevus oleks sellisele tegevusele automaatselt kohaldatav (vt selle kohta EKO [C-272/19](#), *Land Hessen*, EU:C:2020:535, p 70).“ Sellest lähtuvalt tuleb asuda seisukohale, et RISKi raames toimuv isikuandmete töötlemine on IKÜM kohaldamisalas.³⁶ RISK ei kujuta endast tegevust, mille eesmärk oleks kaitsta sisejulgeolekuga võrreldaval moel riigi põhifunktsioone ja ühiskonna põhihuvisid (samal, punkt 68). Samuti pole asjakohased muud IKÜM Art 2 toodud IKÜM kohaldamisala välistused (nt isiklik otstarve, automatiseerimata andmetöötlus, õiguskaitseasutuste tegevus).

Lisaks on oluline silmas pidada, et instrumendi kasutamise eesmärk on inimeste abivajaduse väljaselgitamine. Tegelikult abivajadusega inimesele on võimalik pakkuda erinevaid sotsiaalteenuseid. Kõnealused tegevused kuuluvad oma olemuselt Eesti õiguses haldusmenetluse alla, mida reguleerib

³⁶ Analüüsi autorid märgivad, et nn NEET lahenduse puhul ei hinnanud seadusandja seadusmuudatuse kooskõla EL andmekaitseõigusega. IKÜM rakendus 25.05.2018. NEET lahendust kehtestav sotsiaalmaksuseaduse ja tulumaksuseaduse muutmise seadus 558 SE võeti vastu 14.03.2018: <https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoude/eelnou/c68de891-10e0-49dd-8221-135ad0cd5399/Sotsiaalhoolekande%20seaduse%20ja%20teiste%20seaduste%20muutmise%20seadus> .

haldusmenetluse seadus (HMS), milles on omakorda sätestatud, et haldusmenetluses tuleb järgida IKÜMist (ja isikuandmete kaitse seadusest) tulenevat isikuandmete töötlemise korda, arvestades seaduses sätestatud erisusi (HMS § 7 lg 5).

1.3.1.2. IKÜM adressaadid

IKÜM Art-s 4 määratletud vastutava, kaasvastutava ja volitatud töötaja mõisted omavad olulist rolli IKÜM kohaldamisel, sest nendega määratakse kindlaks, kes vastutab erinevate IKÜMis kehtestatud andmekaitse regulatsioonide järgimise eest ja kuidas andmesubjektid saavad oma õigusi praktikas kasutada.³⁷

Isikuandmete vastutavateks töötajateks IKÜM art 4 p 7 mõttes on RISK projekti ellurakendamisel see riigiasutus, kes profileerimise teostab ning kohaliku omavalitsuse asutused, kes tulemusi kasutama hakkavad.

IKÜMi regulatsioonist tulenevalt määratakse vastutav töötaja lähtuvalt tema funktsionaalsusest, mitte formaalsete kriteeriumite alusel.³⁸ Seda eesmärgiga jaotada vastutus kooskõlas poolte tegeliku rolliga. Kuivõrd RISKi projekti puhul on vastutavaid töötajaid mitu, on õiguselguse ja sellest tuleneva efektiivse andmekaitse huvides selgelt kindlaks määrata, millises ulatuses kumbki vastutav töötaja andmetöötluse eest vastutab ning mis eesmärgil kumbki andmeid töötleb.

Sellest tulenevalt oleks asjakohane reguleerida kaasvastutavate töötajate vastutusala jaotus seaduse tasandil. IKÜM aa 26 kohaselt on kaasvastutavate töötajate puhul üldjuhul nõutav vastutusvaldkondi reguleeriva lepingu sõlmimine, mida on võimalik asendada vastavate küsimuste reguleerimisega seaduse tasandil.

Andmesubjektid, kelle andmeid töödeldaks, oleksid kõik registritesse kantud 65-aastased ja vanemad inimesed ning nendega koos elavad inimesed (rahvastikuregistrist leibkonna koosseisu hindamiseks samal aadressil elavad inimesed).

1.3.1.3. RISKi lahenduses kasutatavad IKÜM isikuandmete liigid

Töödeldavate isikuandmete liikide eristamine on oluline põhjusel, et eriliigiliste isikuandmete töötlemine on üldmääruses tugevamalt kaitstud kui tavaliste isikuandmete kaitse.

Kui on tegemist eriliiki isikuandmetega, näeb IKÜM ette põhimõttelise eriliiki isikuandmete töötlemise keelu, millest liikmesriik võib teatud, IKÜM-s endas nimetatud tingimustel, kehtestada erandeid. Nimelt on ette nähtud, et keelatud on töödelda isikuandmeid, millest ilmneb rassiline või etniline päritolu, poliitilised vaated, usulised või filosoofilised veendumused või ametiühingusse kuulumine, geneetilisi andmeid, füüsilise isiku kordumatuks tuvastamiseks kasutatavaid biomeetrilisi andmeid, **terviseandmeid** või andmeid füüsilise isiku seksuaalelu ja seksuaalse sättumuse kohta

³⁷ Euroopa Andmekaitsekoostöögruppi/EDPB. Suunised 07/2020 vastutava töötaja ja volitatud töötaja mõistete kohta isikuandmete kaitse üldmääruses. 2021. Lk 3. https://www.aki.ee/sites/default/files/dokumendid/EU_suunised/eppb_guidelines_202007_controllerprocessor_final_et.pdf.

³⁸ Samas, lk 3, 8.

(IKÜM art 9 lg 1). Lõikes 2 sätestatakse, et eelnimetatud keeldu ei kohaldata, kui kehtib üks järgmistest asjaoludest:

„b) töötlemine on vajalik seoses vastutava töötleja või andmesubjekti tööõigusest ning sotsiaalkindlustuse ja **sotsiaalkaitse valdkonna õigusest** tulenevate kohustuste ja erioigustega niivõrd, **kuivõrd see on lubatud** liidu või **liikmesriigi õigusega** või liikmesriigi õiguse kohase kollektiivlepinguga, **millega kehtestatakse asjakohased kaitsemeetmed andmesubjekti põhiõiguste ja huvide kaitseks;**

g) töötlemine on vajalik **olulise avaliku huviga** seotud põhjustel liidu või liikmesriigi õiguse alusel ning on proportsionaalne saavutatava eesmärgiga, austab isikuandmete kaitse õiguse olemust ja tagatud on sobivad ja konkreetsete meetmed andmesubjekti põhiõiguste ja huvide kaitseks;

h) töötlemine on vajalik ennetava meditsiini või töömeditsiiniga seotud põhjustel, töötaja tööväime hindamiseks, meditsiinilise diagnoosi panemiseks, tervishoiuteenuste või **sotsiaalhoolekande** või ravi **võimaldamiseks** või tervishoiu- või **sotsiaalhoolekandesüsteemi ja -teenuste korraldamiseks, tuginedes** liidu või **liikmesriigi õigusele** või tervishoiutöötajaga sõlmitud lepingule **ja eeldusel, et lõikes 3 osutatud tingimused on täidetud ja kaitsemeetmed kehtestatud.**³⁹

Seega on oluline tuvastada, kas töödeldakse eriliiki isikuandmeid, sest nende töötlemise reguleerimisele tulenevad IKÜM-st rangemad kriteeriumid.

RISKi lahendus hõlmaks nii **tavaliste** (IKÜM art 4 lg 1) **kui eriliigiliste** (IKÜM art 9) **isikuandmete** töötlemist. Eriliigilisteks on kõik terviseandmed, sh puue, diagnoos, osutatud tervishoiuteenus, abivahendid.

Kuna algoritmi arendamiseks vajalikud andmed hõlmavad mh SHSi alusel osutatavaid toetusi ja teenuseid, mis sõltuvad omakorda inimese tervisest, tuleb analüüsida, kas ka üksnes info teatud toetuse/teenuse saamise kohta on eriliigilised isikuandmed (et oleks selge, milliste andmete kasutamine on hõlmatud eriliigiliste andmete töötlemisele ette nähtud nõuetega). Projekti raames kasutatakse andmeid abivajadusest sõltuvate/teenuste toetuste kohta: toimetulekutoetus, üksi elava pensionäri toetus, koduteenus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine.

- I. Toimetulekutoetus ja üksi elava pensionäri toetus ei sõltu terviseseisundist, vaid isiku finantsseisundist ja küsimusest, kas ta jagab eluaset mõne teise inimesega (SHS § 131 lg 2).
- II. Täisealise isiku hooldus (SHS § 26), isikliku abistaja teenus (SHS § 27) ja sotsiaaltransporditeenus (SHS § 38) on otseselt puude olemasolust sõltuvad.
- III. Koduteenus (SHS 17), väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus (SHS § 20),⁴⁰ tugiisikuteenus (SHS § 23)⁴¹ ja eluruumi tagamine (SHS §§ 41, 42) võivad sõltuda terviseseisundist, aga mitte alati (nt eluruumi tagamine majanduslikel põhjustel).

³⁹ Rõhuasetused on analüüsi autorite poolsed.

⁴⁰ SHS § 17 ja § 20 kohaselt osutatakse neid teenuseid isikule terviseseisundist, tegevusvõimest või elukeskkonnast tulenevatel põhjustel.

⁴¹ SHS § 23 kohaselt osutatakse tugiisiku teenust isikule, kes vajab sotsiaalsete, majanduslike, psühholoogiliste või tervislike probleemide tõttu abi.

IKÜM põhjenduspunkti 35 kohaselt hõlmab terviseandmete mõiste teavet füüsilise isiku kohta, mis on kogutud füüsilisele isikule tervishoiuteenuste registreerimise või osutamise käigus, nagu on osutatud Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivis 2011/24/EL; andmesubjekti tervislikku seisundit käsitlevad andmed, mis annavad teavet andmesubjekti endise, praeguse või tulevase füüsilise või vaimse tervise kohta; numbrit, tähist või eritunnust, mis on füüsilisele isikule määratud tema kordumatuks tuvastamiseks tervishoiuga seotud eesmärkidel; teavet, mis on saadud mingi kehaosa või kehast pärineva aine, sealhulgas geneetiliste andmete ja bioloogiliste proovide kontrollimise või uurimise tulemusena; ja teavet näiteks haiguse, puude, haigestumisohtu, haigusloo, kliinilise ravi või andmesubjekti füsioloogilise ja biomeditsiinilise olukorra kohta sõltumata sellest, kas andmete allikaks on näiteks arst või muu tervishoiutöötaja, haigla, meditsiiniseade või *in vitro* diagnostika.⁴²

Praktikas on tihti arutletud selle üle, kas pelgalt fakt – puue on/ei ole ning tervisest sõltuva sotsiaalteenuse/toetuse saamise fakt – on eriliigilised isikuandmed. Need faktid viitavad, et inimesel on mingi terviseprobleem, ent ei ütle midagi selle kohta, milles see seisneb. Euroopa Andmekaitsekoostöö nõukogu pole näiteks eriliigiliseks lugenud fotosid, millel on kujutatud inimene prillide või ratastooliga.⁴³ Samas Euroopa Kohus otsustas eelotsusetaotluses küsimuse „kas fakt, et inimene vigastas oma jalga ja on meditsiinilistel põhjustel tööl osalise koormusega, kujutab endast terviseandmeid IKÜM art 9 tähenduses“ üle jaatavalt.⁴⁴ Euroopa Kohtu otsust silmas pidades tuleks puude olemasolu fakti (ning seega ka otseselt puude olemasolust sõltuva sotsiaalteenuse või -toetuse saamise fakti) liigitada terviseandmeteks.

Kuid isegi juhul, kui mingi toetuse ja/või teenuse saamine ei kvalifitseeru eriliigilisteks isikuandmeteks IKÜM art 9 mõttes, on tegemist tundliku teabega. IKÜM küll tundlike isikuandmete mõistet ei kasuta, ent näiteks avaliku teabe seadus kaitseb teavet sotsiaalabi ja sotsiaalteenuste taotluse kohta rangemalt kui muid isikuandmeid.⁴⁵ Vajadus riigi abi järele viitab võimalikule kehvale elujärjele, probleemidele, suutmatusle oma elu iseseisvalt korraldada ning on seetõttu enamike inimeste jaoks selgelt tundlik teema. Sestap vajab inimene taolise informatsiooni töötlemisel samuti täiendavat kaitset, kuivõrd sellise teabe töötlemine kujutab endast intensiivsemat eraelu riivet.⁴⁶

Eelpool viidatud IKÜM pp (põhjenduspunkt) 35 kohaselt hõlmab terviseandmete mõiste ka haigestumisohtu ning andmeid tulevase terviseseisundi kohta. Seega, kui RISKi projekti raames toimuv 65-aastase ja vanema isiku profileerimine annab hinnangu tema tulevase terviseseisundi või haigestumisohtu kohta (nt üldine haigestumise tõenäosus või konkreetse haiguse risk), tuleb seda samuti käsitleda eriliiki isikuandmetena.

⁴² IKÜM pp 35 alguses olev viide tervishoiuteenuse osutamise käigus andmete kogumisele ei tähenda siiski seda, et muus olukorras kogutud terviseandmed poleks IKÜM eriliigiliste isikuandmete mõistega hõlmatud. Eriliigiliste isikuandmete definitsioon on IKÜM art 9 lõikes 1.

⁴³ Euroopa Andmekaitsekoostöö nõukogu Suunised 3/2019 isikuandmete töötlemise kohta videoseadmetes, 2020, p 62. https://edpb.europa.eu/sites/default/files/files/file1/edpb_guidelines_201903_video_devices_et.pdf.

⁴⁴ Vt EKO [C-101/01](#), Lindqvist, ECLI:EU:C:2003:596, p 50. Põhikohtuasjas käis vaidlus selle üle, et Lindqvist pidas veebilehte enda ja oma kolleegide kohta, kus loetles nimed, tegevused ja vahel ka täiendavalt muud infot. Ühe kolleegi kohta oli ta kirjutanud, et see vigastas jalga ja töötab meditsiinilistel põhjustel osalise koormusega.

⁴⁵ AvTS § 35 lg 1 p 12 kohaselt piiratakse juurdepääsu isikuandmeid sisaldavale teabele, kui avaldamine kahjustaks andmesubjekti eraelu puutumatus oluliselt. Sotsiaalabi ja -teenuste taotlemise andmetele juurdepääsu piiramise osas aga taolist kaalutusõigust ette nähtud ei ole ning juurdepääsu piiramine on alati kohustuslik.

⁴⁶ Võrdle ka: EIK [36584/17](#), *M.D. jt vs. Hispaania*, p 55.

1.3.1.4. Vahekokkuvõte IKÜM kohaldatavuse kohta

RISK lahenduse puhul leiab kohaldamist IKÜM, mistõttu rakendus peab olema kooskõlas ka sellest tulenevate isikuandmete töötlemise nõuetega. Silmas tuleb pidada, et kavandatav RISK instrument hõlmab endas nii tavaliste kui eriliigiliste isikuandmete töötlemist. Sellest tulenevalt peab lahendus vastama ka IKÜM art-st 9 tulenevatele eriliigiliste isikuandmete töötlemise kõrgendatud nõuetele.

1.3.2. RISK kooskõla IKÜMi isikuandmete töötlemise põhimõtetega ja töötlemise seaduslik alus

IKÜM art 5 sätestab isikuandmete töötlemise põhimõtted. Neid võiks olemuselt võrrelda põhiõiguslike põhimõtetega – nad annavad reeglid, millest tuleks lähtuda alati igas tegevuses, ka siis, kui tegevus on erinormidega täiendavalt reguleeritud või vastupidi, reguleerimata jäetud.

IKÜM art 5 põhimõtete kohaldumist võib liikmeriik piirata üksnes siis, kui IKÜM ise sellise võimaluse ette näeb. RISK projekti raames tähendavad IKÜM art 5 põhimõtted järgmisi nõudeid.

1.3.2.1. Seaduslikkuse põhimõte (IKÜM art 5 lg 1 punkt a)

IKÜM põhjenduspunktis 40 selgitatakse, et töötlemise seaduslikkuse tagamiseks tuleks isikuandmeid töödelda asjaomase andmesubjekti nõusolekul või muul õiguslikul alusel, mis on „sätestatud õigusaktis, kas käesolevas määruses või käesolevas määruses osutatud muus liidu või liikmesriigi õigusaktis [...]”.

Võimalike õiguslike aluste analüüs on esitatud järgmises alapeatükis. Kavandatav andmetöötlus peab olema **seaduslik**, st tuginema ühele või mitmele, antud juhul IKÜM-ist tulenevale **õiguslikule alusele**.

1.3.2.2. Õigluse ja läbipaistvuse põhimõtted (IKÜM art 5 lg 1 punkt a)

Kavandatav andmetöötlus peab olema **õiglane**. Üldiselt võib õigluse põhimõtet mõista kui kohustust arvestada andmesubjekti huvidega ja seega kui proportsionaalsuse põhimõtte väljundit. Vastutav töötleja peab arvestama andmesubjekti huvide- ja ootustega.⁴⁷ Andmesubjekti huvide ja õiguste arvestamine eeldab ka, et teda kaitstakse ebaselgete töötlemistoimingute eest.⁴⁸ Sellest lähtuvalt tuleb andmeid töödelda moel, mida **inimesed mõistlikult oskavad eeldada** ega tohi töödelda selliselt, et sel oleks inimestele (tema õigustele ja vabadustele) õigustamatult kahjulik mõju. Mõistlik

⁴⁷P. Schantz teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (Datenschutzrecht), 41.vlj 2021, DS-GVO Art. 5 p'd 7-8.

⁴⁷

⁴⁸ Samas, p 9.

eeldus tähendab teisisõnu andmetöötamise ettenähtavust. Riigipoolse profileerimise ja sõelumise puhul tuleb eriti hoolikalt hinnata, kas see riigi tegevus on inimeste jaoks eeldatav. Seda eriti olukorras, kus profileerimise tulemusel inimese jaoks nähtavat toimingut ei tehta (profileeriti küll, aga sõelale ei jäänud; sõelale jäi, ent ühendust ei võetud) ning andmetöötamise ajendiks ei ole inimese enda taotlus.

Kavandatav andmetöötlus peab olema **ka läbipaistev**. Teadmine on eeldus oma õiguste teostamisele. IKÜM pp 39 selgitab läbipaistvuse nõuet järgmiselt: „Füüsilisi isikuid puudutavate isikuandmete kogumine, kasutamine, lugemine või muu töötlemine ja nende andmete töötlemise ulatus praegu või tulevikus peaks olema nende jaoks läbipaistev. Läbipaistvuse põhimõte eeldab, et nende isikuandmete töötlemisega seotud teave ja sõnumid on lihtsalt kättesaadavad, arusaadavad ning selgelt ja lihtsalt sõnastatud [vt lisaks IKÜM art 12]. Kõnealune põhimõte puudutab eelkõige andmesubjektide teavitamist vastutava töötleja identiteedist ning töötlemise eesmärgist ja täiendavast teabest [reguleeritud IKÜM art-es 13-14], et tagada asjaomaste füüsiliste isikute suhtes õiglane ja läbipaistev töötlemine ning nende õigus saada neid puudutavate isikuandmete töötlemise kohta kinnitust ja sõnumeid [IKÜM art 15]. Füüsilisi isikuid tuleks teavitada isikuandmete töötlemisega seotud ohtudest, normidest, kaitsemeetmetest ja õigustest ning sellest, kuidas nad saavad sellise andmete töötlemisega seoses oma õigusi kasutada.“ IKÜM art-d 12-13 kohustavad avaldama üldised andmekaitsetingimused. IKÜM art 14 aga paneb vastutavale töötlejale kohustuse teavitada andmesubjekti juhul, kui isikuandmed ei ole saadud andmesubjektilt endalt. IKÜMi kohaselt peab vastutav töötleja teavitama andmesubjekti isikuandmete töötlemisest mõistliku aja jooksul andmete saamisest, kuid hiljemalt ühe kuu jooksul. Teavitamiskohustust ei ole sel määral, mil isikuandmete saamine või avaldamine on selgesõnaliselt sätestatud vastutava töötleja suhtes kohalduvas liidu või liikmesriigi õiguses, millega nähakse ette asjakohased meetmed andmesubjekti õigustatud huvide kaitseks (IKÜM art 14 lg 5 p c).

Kui näiteks profileerimisel kasutatav loogika pole seadusest arusaadav, säilib teavitamiskohustus selles osas (IKÜM art 14 lg 2 p g, lg 5 p c). Kuivõrd RISKi lahendus hõlmab inimeste profileerimist, tuleb andmesubjektide teavitamisel järgida ka profileerimise läbipaistvuse nõudeid. Artikkel 29 töögrupp on erinevatest IKÜM artiklitest tulenevad õigused profileerimisega seoses kokku võtnud nii, et andmesubjektidel on **õigus teada**:

- et üldse tehakse profiilialalüüs;
- mis eesmärgil seda tehakse;
- milliseid andmeid selleks kasutati ja kust andmed saadi;
- milline on kasutatav loogika;
- mida profiil sisaldab;
- millisesse segmenti ta profileerimise tulemusel paigutati;
- mida see tema jaoks tähendab, st mis tagajärgi see talle võib avaldada.⁴⁹

Esitatav teave peaks olema **piisavalt põhjalik**, et andmesubjekt mõistaks otsuse tegemise põhjuseid. Andmetöötleja peaks laskma andmesubjektidel kasutatud teabega tutvuda (IKÜM art 15), et ta saaks

⁴⁹ Artikli 29 alusel asutatud andmekaitse töörühma juhend „Suunised automatiseeritud töötlemisel põhinevate üksikotsuste tegemise ja profiilialalüüsi kohta määruse 2016/679 kohaldamisel“, alates lk 16.

nõuda ebaõige teabe parandamist (IKÜM art 16) ning teatavatel asjaoludel profiili või selle loomiseks kasutatud isikuandmete kustutamist (IKÜM art 17).⁵⁰

Andmesubjekti teavitamise kohustust ei ole vaid ulatuses, mis kavandatav andmetöötlus (sh andmete saamine ja avaldamine) selgelt seadusesse kirja pannakse, milles on ette nähtud ka asjakohased meetmed andmesubjekti õigustatud huvide kaitseks (IKÜM art 14 lg 5 c)). Muud seadusest tulenevad teavitamata jätmise põhjused RISK lahenduse rakendamisel kohaldamisele ei kuulu.⁵¹

Andmesubjekti õigustatud huvide kaitseks ja õigluse põhimõttest tulenevalt tuleks ka RISK andmetöötlust reguleeriva seaduse vastuvõtmisel teha lisapingutusi sihtgrupi informeerimiseks. RISKi projekti raames kavandatud riigipoolne andmetöötlus ei ole inimestele üldiselt ette nähtav, mistõttu tuleks võtta meetmed, et seda **kompenseerida**. Tuleb asuda seisukohale, et ettenähtavuse saavutamiseks ei piisa vastava andmetöötluse seadustamisest ehk üksnes seadusemuudatuse parlamendis vastu võtmisest. Pealegi on RISKi andmesubjektide ring ajas muutuv, kuna see oleneb isiku vanusest. Andmetöötlusest teavitamisel tuleks kasutada vanemaealist sihtrühma arvestavaid kanaleid – vallalehed, raadiosaated, uudised, infovoldiku koju saatmine. Samuti tuleks tagada, et sihtgruppi kuuluvate inimestega vahetult tegelevad ametnikud oleksid võimelised sisuliselt selgitama andmetöötlust. Teavitamiskohustuse täitmise kohta on Artikli 29 tööühm koostanud ka eraldi juhendi.⁵²

Ülaltoodust lähtuvalt ja RISKi andmetöötluse olemust arvestades kujutaks andmejälgija rakendamine kõigi kasutatavate andmete ja kõigi puudutatud andmesubjektide suhtes endast vajalikku ja asjakohast võimalust tagada läbipaistvus meetme rakendamisel.

1.3.2.3. Eesmärgipärasuse ja eesmärgi piirangu põhimõtted (IKÜM art 5 lg 1 punkt b)

Andmetöötlusel peab olema **täpselt ja selgelt kindlaksmääratud õiguspärane eesmärk**, mis tuleb esitada andmete töötlemise õiguslikus aluses.⁵³

Isikuandmete töötlemine riigi andmekogudes võib toimuda IKÜM art 6 lg 1 punkti e alusel, mille alla kuuluvad olukorrad, mil isikuandmete töötlemine on vajalik avalikes huvides oleva ülesande täitmiseks või vastutava töötleja avaliku võimu teostamiseks, samuti võib see toimuda punkti c alusel,

⁵⁰ Samas.

⁵¹ Muuhulgas on asjakohane asuda seisukohale, et Eestis kui e-riigis ei ole valdaval osal juhtudest andmesubjekti teavitamine võimatu IKÜM art 14 lg 5 p b mõttes ega eelda ebaproportsionaalseid jõupingutusi. Läbipaistvuse põhimõtet käsitlevates suunistes on endine Artikli 29 tööühm märkinud, et „olukord, kus teabe esitamine art 14 lõike 5 punkti b kohaselt osutub võimatuks, on kõik-või-mitte- midagi olukord, sest mõni asi kas on või ei ole võimatu; puuduvad võimatuse astmed. Seega, kui vastutav töötleja soovib tugineda sellele erandile, peab ta avaldama tegurid, mis tegelikult takistavad tal kõnealuse teabe esitamist andmesubjektidele. Kui pärast teatavat ajavahemikku „võimatuse“ põhjustanud tegureid enam ei ole ja andmesubjektidele teabe esitamine muutub võimalikuks, peaks vastutav töötleja seda kohe tegema. Tegelikuses on väga vähe selliseid olukordi, kus vastutav töötleja suudab tõendada, et tegelikult on võimatu andmesubjektidele teavet esitada.“ EAKN Suunised 3/2020 terviseandmete töötlemise kohta teadusuuringute eesmärgil seoses COVID-19 puhanguga, punkt 5.1.2.1.

⁵² Artikkel 29 alusel asutatud andmekaitse tööühma „Suunised määruse 2016/679 kohase läbipaistvuse kohta“.

⁵³ Vrd IKÜM pp 45.

mille kohaselt on isikuandmete töötlemine vajalik vastutava töötleja juriidilise kohustuse täitmiseks. IKÜM art 6 lõikes 3 täpsustatakse, et punktides c ja e osutatud isikuandmete töötlemise alus kehtestatakse kas liidu või vastutava töötleja suhtes kohaldatava liikmesriigi õigusega ning et „isikuandmete töötlemise eesmärk määratakse kindlaks selles õiguslikus aluses või see on lõike 1 punktis e osutatud isikuandmete töötlemise osas vajalik avalikes huvides oleva ülesande täitmiseks või vastutava töötleja avaliku võimu teostamiseks“. Isikuandmete töötlemise eesmärgi määramist nõuab ka EL põhiõiguste harta art 8 lg 2, mille kohaselt tuleb isikuandmeid töödelda asjakohaselt ning **kindlaksmääratud eesmärkidel** ja asjaomase isiku nõusolekul või muul seaduses ettenähtud õiguslikul alusel.

Isikuandmete töötlemise eesmärk ei saa olla töötlemine ise, vaid töötlemine peab olema vahend mingi muu eesmärgi saavutamiseks. Nii nagu ei saa olla eesmärgiks „andmete töötlemine“, „arvestuse pidamine“, „andmete kogumine“, „andmete analüüsimine“, ei saa ka antud juhul eesmärgiks olla üksnes abivajajate nimistu koostamine. Nii nagu seda nõuab põhiseaduspärasuse analüüsis legitiimne eesmärk (vt ka alaptk 1.2.2.2), nii peab ka IKÜM kohaselt olema nimistu koostamine seotud riigi- või omavalitsuse poolse eesmärgipärase tegevusega, mis nimistu koostamisele järgneb. Eesmärgid peavad olema selgelt kindlaks määratud hiljemalt isikuandmete kogumise ajal (EKo 24.02.2022, [C-175/20](#), „SS“ SIA vs. Valsts ienēmumu dienests, p 64).

Eesmärgipiirangu põhimõttest tulenevalt ei tohi andmeid töödelda hiljem viisil, mis on nende eesmärkidega vastuolus.⁵⁴ Üldmääruse põhjenduspunktides selgitatakse, et kui isikuandmeid töödeldakse muudel eesmärkidel kui need, milleks isikuandmed algselt koguti ning see on vajalik avalikes huvides oleva ülesande täitmiseks või vastutava töötleja avaliku võimu teostamiseks, võib liidu või liikmesriigi õiguses kindlaks määrata ja täpsustada need ülesanded ja eesmärgid, mille puhul tuleks pidada edasist töötlemist eesmärkidele vastavaks ja seaduslikuks (IKÜM pp 50).

Samuti tõdetakse IKÜMi põhjenduspunktis 5, et „[l]iikmesriikide ametiasutusi kutsutakse liidu õiguses üles tegema koostööd ja vahetama isikuandmeid, et neil oleks võimalik täita oma ülesandeid või teha seda teise liikmesriigi ametiasutuse nimel“. Kuigi üldmääruses endas ei sätestata selget ja üheselt mõistetavat eesmärki muutva töötlemise mõõdupuud, võivad avaliku halduse tasandil liikmesriigid täpsustada eraldi oma seadustes eesmärgi nõude käsitlust isikuandmete töötlemisel avalike ülesannete täitmisel (IKÜM art 6 lg-d 2 ja 3). Täiendavaid nõudeid andmete töötlemisele muul kui algsel eesmärgil näeb ette ka art 6 lg 4.

IKÜMi tuleks mõista selliselt, et liikmesriik tohib art 6 lg 2 ja 3 alusel reguleerida täpsemalt andmetöötlust, mis toimub art 6 lg 1 p-de c ja e alusel (avalike ülesannete täitmine ja juriidiline kohustus), ja selles osas tohib liikmesriik reguleerida mh ka isikuandmete esialgselt erineval eesmärgil töötlemist, lähtudes seejuures art 6 lg 4 sätestatust.⁵⁵

⁵⁴ Isikuandmete edasist töötlemist avalikes huvides toimuva arhiveerimise, teadus- või ajaloouringute või statistilisel eesmärgil ei loeta art 89 lõike 1 kohaselt algsete eesmärkidega vastuolus olevaks (IKÜM art 5 lg 1 p b).

⁵⁵ Vt ka: P. Reimer teoses: Hjalmar von Sydow, Euroopa isikuandmete kaitse üldmääruse kommenteeritud väljaanne (Europäische Datenschutzgrundverordnung. Handkommentar) 2018, Art 6 p 67; B. Buchner ja T. Petri, teoses: Isikuandmete kaitse üldmäärus. Isikuandmete kaitse seadus. Kommenteeritud väljaanne (Datenschutz Grundverordnung BDSG Kommentar), Beck 2020, Art 6 p 200; M. Albers ja R.-D. Veit teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (BeckOK Datenschutzrecht), 41.vlj 2021, Art 6 p 77; M. Martini ja M. Wenzel artiklis:

Eesmärgipiirangu põhimõttest tulenevalt tuleb seega käesoleva projekti raames tuvastada iga andmestiku algne eesmärk. Juhul kui planeeritav isikuandmete töötlemine RISK lahenduse rakendamisel ei ole algse isikuandmete kogumise eesmärgiga kaetud, on tegemist isikuandmete töötlemisega esialgsest erineval eesmärgil. Järgnevalt on välja toodud andmekogude, milles sisalduvaid isikuandmeid plaanitakse RISK lahenduses kasutada, eesmärgid (tabel 1).

Tabel 1. Andmekogud ja nende pidamise eesmärgid

<p><u>Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri põhimäärus</u></p>	<p>§ 2. Registri pidamise eesmärk</p> <p>Registri pidamise eesmärgid on:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sotsiaalteenuste ja -toetuste ning muu abi osutamise menetlemine ja dokumenteerimine; 2) juhtumikorralduse põhimõttel tehtava sotsiaaltöö toimingute läbiviimine ja dokumenteerimine; 3) lapsendamise ja eestkoste korraldamine ja dokumenteerimine; 4) sotsiaalhoolekandevalise teabe ja statistika kogumine. 	<p>Kuivõrd põhimääruse § 2 sätestatud eesmärgid hõlmavad konkreetse sotsiaalteenuse või -toetuse menetlemist, juhtumikorralduse dokumenteerimist, lapsendamise ja eestkoste korraldamist ja dokumenteerimist ning sotsiaalhoolekandevalise teabe ja statistika kogumist, ei ole andmetöötlus RISK lahenduse rakendamiseks eesmärgiga kasutada andmeid abivajavate +65-aastaste isikute väljaselgitamiseks nimetatud eesmärkidega kaetud. Seega kõnealuse registri andmete kasutamine RISK lahenduses kujutab endast eesmärki muutvat töötlemist.</p>
<p><u>Sotsiaalkaitse infosüsteemi põhimäärus</u></p>	<p>§ 1. Sotsiaalkaitse infosüsteem</p> <p>(1) Sotsiaalkaitse infosüsteem (edaspidi infosüsteem) on sotsiaalseadustiku üldosa seaduse alusel asutatud riiklik andmekogu.</p> <p>(2) Infosüsteemi pidamise eesmärk on Sotsiaalkindlustusameti seadustest tulenevate avalike ülesannete täitmine, sh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) riiklike toetuste, pensionide, hüvitiste ja elatisabi pakkumine, määramine ja maksmine; 2) ohvriabi, puude raskusastme tuvastamise, abivahendi-, sotsiaalse rehabilitatsiooni ja erihoolekandeteenuse korraldamine; 	<p>Kuivõrd põhimääruse § 1 nimetatud eesmärgid hõlmavad Sotsiaalkindlustusameti seadusest tulenevate ülesannete täitmist, aga RISK lahendusega töödeldakse isikuandmeid selleks, et KOV sotsiaaltöötajad saaksid välja selgitada abivajavad +65-aastased, siis järelikult ei ole kõnealuse registri andmete kasutamine RISK lahenduses eelnimetatud eesmärkidega kaetud. Seega kõnealuse registri andmete kasutamine RISK lahenduses kujutab endast eesmärki muutvat töötlemist.</p>

»Once only« versus »only once«: Das Prinzip einmaliger Erfassung zwischen Zweckbindungsgrundsatz und Bürgerfreundlichkeit (2017) 132 12 Deutsches Verwaltungsblatt (DVBl), lk 757.

	<p>3) käesolevas lõikes loetletud ülesannete analüüsimine ja statistika tegemine;</p> <p>4) Euroopa Liidu sotsiaalkindlustust koordineerivatest õigusaktidest tulenevate ülesannete täitmine.</p>	
<p>Tervise infosüsteemi põhimäärus</p>	<p>§ 2. Infosüsteemi pidamise eesmärk</p> <p>Infosüsteemis töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi (edaspidi andmesubjekt) õiguste tagamiseks, rahva tervise kaitseks ning terviseseisundit kajastavate registrite pidamiseks, tervisestatistika tegemiseks ja tervishoiu juhtimiseks.</p>	<p>Tervise infosüsteemi talletatud isikuandmed tohib põhimääruse kohaselt kasutada järgmisteks eesmärkideks: tervishoiuteenuse osutamiseks, tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks, rahva tervise kaitseks, terviseseisundit kajastavate registrite pidamiseks, tervisestatistika tegemiseks ja tervishoiu juhtimiseks. Tervise infosüsteemi andmete kasutamine haldusmenetluses haldusaktide andmiseks ja toimingute sooritamiseks ei ole tervise infosüsteemi eesmärkidega hõlmatud. Seega kõnealuse registri andmete kasutamine RISK lahenduses kujutab endast eesmärki muutvat töötlemist.</p>
<p>Rahvastikuregistri seadus</p>	<p>§ 4. Rahvastikuregistri pidamise eesmärk</p> <p>Rahvastikuregistri pidamise eesmärk on käesolevas seaduses sätestatud juhtudel usaldusväärse teabe kogumine ja isikuandmete juurdepääsu võimaldamine:</p> <p>1) riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustele ning muudele füüsilistele ja juriidilistele isikutele neile seadusega või seaduse alusel pandud avalik-õigusliku ülesande (edaspidi avalik ülesanne) täitmiseks;</p> <p>2) Eesti rahvastiku arvestuse pidamiseks;</p> <p>3) õigustatud huvi korral füüsilistele ja juriidilistele isikutele rahvastikuregistris sisalduva teabe taaskasutamiseks;</p> <p>4) välissuhtlemisseaduse alusel sõlmitud kokkulepete täitmiseks.</p>	<p>Kuivõrd rahvastikuregistri üks eesmärke on mh juurdepääsu võimaldamine kohaliku omavalitsuse asutustele seadusega või seaduse alusel pandud avalik-õigusliku ülesande täitmiseks, on nimetatud tingimusel rahvastikuregistri andmete kasutamine võimalik, kui seaduse (SHS) tasemel konkretiseeritakse ennetustöö ülesandeid ja volitusi.</p>

<p><u>Tervisekassa andmekogu pidamise põhimäärus</u></p>	<p>§ 1. Andmekogu asutamine, pidamise eesmärk ja nimetus</p> <p>(1) Tervisekassa andmekogu (edaspidi andmekogu) on Tervisekassa seaduse alusel asutatud riiklik andmekogu.</p> <p>(2) Andmekogu peetakse seadustest tulenevate Tervisekassa avalike ülesannete täitmise eesmärgil, milleks on ravikindlustushüvitiste võimaldamine, tervishoiuteenuste eest tasumine ning tervishoiuteenuste korraldamisega seotud teiste ülesannete täitmine vastavalt ravikindlustuse seadusele, tervishoiuteenuste korraldamise seadusele ja muudele õigusaktidele ning Tervisekassa eelarves ettenähtud kuludele.</p>	<p>Kuivõrd põhimääruse § 1 kohaselt tohib Tervisekassa andmekogu andmeid kasutada Tervisekassa ülesannete täitmiseks – ravikindlustushüvitiste menetlemine, tervishoiuteenuste eest tasumine ja tervishoiuteenuste korraldamisega seotud muudeks ülesanneteks vastavalt põhimääruses nimetatud õigusaktidele, siis Tervisekassa andmekogu andmete töötlemine RISK lahenduse rakendamiseks ei ole nimetatud eesmärkidega kaetud ning kujutab endast eesmärki muutvat töötlemist.</p>
<p><u>Ehitisregistri põhimäärus</u></p>	<p>§ 2. Registri eesmärk</p> <p>Ehitisregister on andmekogu, mille eesmärk on hoida, anda ja avalikustada teavet kavandatavate, ehitatavate ja olemasolevate ehitiste ning nendega seotud menetluste kohta.</p>	<p>Kuivõrd põhimääruse § 2 kohaselt on ehitisregistri eesmärgiks mh anda ja avalikustada teavet ehitiste ja nendega seotud menetluste kohta, siis on ehitisregistri andmete kasutamine RISK lahenduses ehitisregistri eesmärgiga kaetud.</p>

Seega tuleb RISK lahenduse planeerimisel arvestada, kas isikuandmeid asutakse töötleva esialgselt erineval eesmärgil, ning vajadusel seda seaduse tasandil reguleerida.

Kui on tegemist **eriliiki isikuandmete** töötlemisega esialgselt eesmärgist erineval eesmärgil, tuleb lisaks art 6 lõikele 4 **arvestada ka artikli 9 lõikes 2 sätestatud piire**, kuivõrd artikkel 9 kujutab endast erinormi artikli 6 suhtes.⁵⁶ Sellist lähenemist kinnitab IKÜM põhjenduspunkt 51: „Lisaks sellise töötlemise erinõuetele tuleks kohaldada käesoleva määruse üldpõhimõtteid ja muid eeskirju, eelkõige seoses seadusliku töötlemise tingimustega.“

Käesoleval juhul on projekti eesmärk „tuvastada võimalikke 65+ vanuses abivajajaid“. Sarnaselt põhiseaduslikkuse analüüsis väljatoodule tuleb asuda seisukohale, et selliselt sõnastatuna jääb töötlemise eesmärk ebamääraseks ja on oht, et andmetöötlus toimub pelgalt andmete töötlemise eesmärgil. Selgemat sõnastamist vajab seetõttu eesmärk, mida on andmetöötluse abil soovitud saavutada. Siinjuures tuleb silmas pidada, et RISKi projekti raames läbi viidav andmetöötlus kujutab endast isikuandmete töötlemist muul kui algsel eesmärgil ja töötlemise esemeks on mh eriliiki isikuandmed IKÜM art 9 mõttes.

⁵⁶ M. Albers ja R.-D. Veit teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (BeckOK Datenschutzrecht), 41.vlj 2021, Art 9 p 11 j.

1.3.2.4. Minimaalsuse põhimõte (IKÜM art 5 lg 1 punkt c)

Isikuandmed peavad olema "asjakohased, olulised ja piiratud sellega, mis on vajalik nende töötlemise eesmärgi seisukohalt" (IKÜM art 5 lg 1 punkt c). Võimalikult vähete andmete kogumise (minimaalsuse) põhimõte piirab andmetöötlust ja seega ka andmesubjekti põhiõiguse riive ulatust. Minimaalsuse põhimõte seondub eesmärgi ja vahendi suhtega: isikuandmeid võib töödelda ainult niivõrd, kuivõrd need on vajalikud andmete töötlemise eesmärgi saavutamiseks. Minimaalsuse põhimõte toetab seega ka eesmärgipiirangu põhimõtet.⁵⁷ Isikuandmed on eesmärgi seisukohalt **asjakohased**, kui need on oma funktsiooni, sisu ja ulatuse poolest asjakohased. Asjakohasuse hindamisele tuleb erilist tähelepanu pöörata erilist kaitset vajavate andmete puhul IKÜM art 9 tähenduses.⁵⁸ Isikuandmed on eesmärgi seisukohast **olulised**, kui need aitavad otsustava tähtsusega kaasa eesmärgi täitmisele.⁵⁹ Isikuandmed on **piiratud sellega, mis on vajalik töötlemise eesmärgiks**, kui eesmärki ei ole võimalik saavutada ilma nende töötlemiseta. See on nii, kui eesmärgist tulenevat vastutava töötleja ülesannet ei ole võimalik täita ilma isikuandmete töötlemiseta või kui seda ei ole võimalik õigeaegselt või täielikult täita või kui seda on võimalik teha ainult ebaproportsionaalselt suure vaevaga. Isegi juhul, kui isikuandmed on asjakohased ja olulised, võib siiski juhtuda, et nende ulatus, täpsus, detailsus või järelused, mis nendest teha on võimalik, on ulatuslikumad, kui isikuandmete töötlemise eesmärk vältimatult nõuab. Kui taotletav õiguspärane eesmärk on sama hästi saavutatav ka andmete kogumise, töötlemise või kasutamise väiksema ulatusega, ei ole kavandatud töötlemine piiratud sellega, mis on vajalik töötlemise eesmärgi saavutamiseks. Seega (sarnaselt põhiõiguste riive proportsionaalsuse vajalikkusega, vt ülalpool 1.2.2.4) on otsustavaks teguriks see, kas on olemas sama tõhus alternatiiv, mille puhul sekkumise ulatus on väiksem.⁶⁰

KÜM art 5 lg 1 punktis c sätestatud **minimaalsuse** põhimõtte järgimiseks on seega vajalik RISKi andmekoosseisu iga andmeelemendi tasemel hinnata:

- kas üldse on vaja isikustatud andmeid;
- andmekoosseisu (kas on vaja kõiki tunnuseid ühe inimese kohta);
- täpsusaste (nt detail vs üldistatum vahemik või üldtunnus);
- ajaline - kui kaua ning kas kogu aja samas koosseisus/täpsusastmes või mingist ajast alates piisab anonüümsetest või väiksemast andmekoosseisust;
- töötlemisviisi minimaalsus – juurdepääsu saavad vaid need, kellel vaja ja ainult sellele, millele vaja.

Et andmeelementide vajalikkust tuleb hinnata isikuandmete töötlemise eesmärgi suhtes, omab siinkohal määravat tähendust lahenduse RISK eesmärk – nii riskihindamisinstrumendi eesmärk, aga ka isikuandmete vastutava töötleja seadusest tulenevad ülesanded ja kohustused kõnealuse instrumendiga seonduvalt. Minimaalsuse ja eesmärgipärasuse põhimõttest tuleneb ka keeld töödelda andmeid, kui eesmärk on selgelt saavutamatu. Seetõttu olukorras, kus on selge, et

⁵⁷ A.Roßnagel teoses: Simitis, Hornung, Spiecker gen. Döhmann, Andmekaitseõigus (Datenschutzrecht)

1. vlj 2019. DSGVO Art. 5, p 116.

⁵⁸ Samas, p 119.

⁵⁹ Samas, p 120.

⁶⁰ Samas, p 121.

omavalitsusel puudub ressurss või tahe välja sõelatud inimestele tegelikult teenust pakkuma hakata, või isegi ressurss/tahe nende inimestega ühendust võtta, on andmetöötlus eesmärgipäratu (vt ka alaptk 1.2.2.5). Üksnes statistiliste näitajate saamiseks (nt saamaks teada, kui palju mingis omavalitsuses on inimesi, kes võiksid vajada teenust/toetust) saab kasutada märksa vähem riivavaid andmetöötlusmeetodeid (näiteks töötlemine pseudonüümituna või obfuskeerituna kasutades TEHIKu välja töötatud pseudonüümimise või obfuskeerimise lahendusi).⁶¹

Eesmärgipärased, õiged ja minimaalsed peavad olema ka andmed, mis algoritm loob algandmete analüüsamise tulemusel (nt inimese riskiskoor). Seejuures peab olema selgelt arusaadav, kuidas loodud andmed aitavad eesmärki saavutada.

1.3.2.5. Õigsuse põhimõte (IKÜM art 5 lg 1. punkt d)

Isikuandmete õigsuse põhimõttest tuleneb, et isikuandmed on õiged ja vajaduse korral ajakohastatud ning et võetakse kõik mõistlikud meetmed, et töötlemise eesmärgi seisukohast ebaõiged isikuandmed kustutaks või parandataks viivitamata. Ebaõigete andmete korral tuleneb juhis IKÜM pp-st 39: „Selle tagamiseks, et ebaõiged isikuandmed parandatakse või kustutatakse, tuleks võtta kõik mõistlikud meetmed.“ Andmed võimaldavad rekonstrueerida mingeid isiku kohta käivaid asjaolusid, olukordi või isiku omadusi, mistõttu nõuab IKÜM, et isikuandmed oleks faktiliselt korrektsed. Andmete õigsuse tagamine on veelgi olulisem, kui neid andmeid kasutatakse profiilianalüüsiks, inimeste suhtes hinnangute kujundamiseks, samuti kui isikuandmetest tulenevad isikule õiguslikud tagajärjed, näiteks mingid avaliku võimu meetmed või nendest meetmetest ilmajäämine. Andmete õigsuse põhimõte omab tähendust ka isikuandmete edasisel töötlemisel, sest isikuandmete kogumisest hilisemal ajahetkel võib olla muutunud andmete asjaolud, aga ka nende kontekst.⁶² Andmete õigsuse põhimõttest tulenevalt peavad isikuandmed olema ka "vajaduse korral ajakohastatud". Andmete ajakohastamise kohta on IKÜMi kommentaarides selgitatud, et hilisemad muutused tegelikkuses ei muuda andmeid ebakorrektses, kui isikuandmete kogumise eesmärgist lähtudes on just algne olukord olulise tähendusega. Kui aga isikuandmete töötlemine sõltub tegeliku olukorra muutustest, peavad andmed põhimõtteliselt vastama andmesubjekti faktiliste ja isiklike asjaolude kõige aktuaalsemale seisule. See, kas isikuandmed peavad olema „vajaduse korral“ ajakohastatud, sõltub seega sellest, kas see on andmetöötluse eesmärgi seisukohalt oluline.⁶³

Nõue, et kasutatavad isikuandmed peavad olema **õiged** ja ajakohased seondub otseselt kasutatavate andmekogude andmekvaliteediga (andmed on täielikud, vormikohased), ent ka andmete sisulise õigsusega antud ajahetkes (nt võimalikud eksimused diagnoosi- või raviteenuse koodis; rahvastikuregistri elukohaandmete fiktiivsus, ehtisregistrisse kandmata ehitise soojusallika muudatus, nt ahiküttega korteris on lisaks elektriradiaator või soojuspump).

⁶¹ Tutvustus vaadatav videost Andmete töögrupp 13.09.22: <https://youtu.be/fgKemQRlbd4>.

⁶² E.M. Frenzel, teoses: B. P. Paal, D.A. Pauly, Frenzel, Isikuandmete kaitse üldmääruse kommentaar (DS-GVO) 3. vj 2021, DS-GVO Art. 5 p 39.

⁶³ A.Rossnagel (viide 52), p 141.

1.3.2.6. Vastutuse põhimõte (IKÜM art 5 lg 2)

Viimaseks tuleneb IKÜM art 5 lõikest 2, et vastutav töötaja vastutab selle eest, et kõiki põhimõtteid on järgitud ning peab suutma seda vajadusel ka tõendada.

1.3.2.7. Vahekokkuvõtte RISK kooskõla kohta IKÜM andmetöötamise põhimõtetega

Et tagada RISK instrumendi kooskõla IKÜM andmetöötamise põhimõtetega, peaksid lahenduse arendaja ja seadusandja ülaltoodud analüüsist lähtuvalt silmas pidama järgnevat:

- Andmetöötamise õiglus ja läbipaistvus (IKÜM art 5 lg 1 punkt a) on eriti oluline olukorras, kus profileerimise tulemusel inimese jaoks nähtavat toimingut ei tehta ning andmetöötamise ajendiks ei ole inimese enda taotlus. Ka RISKi andmetöötlust reguleeriva seaduse vastuvõtmisel tuleks teha lisapingutusi sihtgrupi informeerimiseks. **RISKi andmetöötamise olemust arvestades kujutaks andmejälgija rakendamine kõigi kasutatavate andmete ja kõigi puudutatud andmesubjektide suhtes endast vajalikku ja asjakohast võimalust tagada läbipaistvus meetme rakendamisel.**
- Nagu põhiseaduspärasuse analüüsist, nii tuleneb ka EL õiguse tasandil eesmärgipärasuse ja eesmärgi piirangu põhimõttest (IKÜM art 5 lg 1 p b), et isikuandmete töötlemise eesmärk peab olema täpselt ja selgelt kindlaks määratud. **Selgemat sõnastamist vajab seetõttu eesmärk, mida on RISK andmetöötamise abil soovitud saavutada.** Siinjuures tuleb RISKi lahenduse reguleerimisel silmas pidada, et RISKi projekti raames läbi viidav andmetöötlus kujutab endast isikuandmete töötlemist muul kui algsel eesmärgil ja töötlemise eesmärgiks on mh eriliiki isikuandmed IKÜM art 9 mõttes.
- Minimaalsuse põhimõttest (IKÜM art 5 lg 1 p c) lähtuvalt võib isikuandmeid töödelda vaid niivõrd, kui need on vajalikud andmete töötlemise eesmärgi saavutamiseks. Sarnaselt põhiõiguste riive proportsionaalsuse vajalikkusega on otsustavaks teguriks see, kas on olemas mõjult sama tõhus alternatiiv, mille puhul sekkumise ulatus andmesubjekti õigustesse on väiksem. Minimaalsuse ja eesmärgipärasuse põhimõttest tuleneb ka keeld töödelda andmeid, kui eesmärk on selgelt saavutamatu, nt kui omavalitsusel puudub ressurss või tahe välja sõelatud inimestele tegelikult teenust pakkuma hakata. **RISKi lahenduse edasi arendamisel tuleb tellijal minimaalsuse põhimõttest lähtuvalt hinnata, millised kavandatud lahenduse andmekoosseisu üksikud elemendid on (täpsustatava) eesmärgi saavutamiseks kindlasti vajalikud.**
- Täiendavalt peab RISKi lahenduse vastutav töötaja tagama, et lahenduse poolt kasutatavad andmed oleksid õiged, asja- ja ajakohased. Kõikide eespool nimetatud põhimõtete tagamise eest vastutab samuti vastutav töötaja, st riigiasutus, kes profileerimise teostab ning kohaliku omavalitsuse asutused, mis RISKi tulemusi kasutavad (vt ülalpool 1.3.1.2).

1.3.3. Andmetöötamise õiguslik alus

1.3.3.1. RISKI lahenduse asjakohane IKÜMi õiguslik alus

Sõltuvalt sellest, kas töödeldakse tavalisi või eriliigilisi isikuandmeid, kohaldub isikuandmete töötlemise alusena kas IKÜM artiklis 6 või 9 kehtestatud nõuete kataloog. Kuivõrd antud projekti raames planeeritakse suures ulatuses eriliiki isikuandmete töötlemist, käsitleme esmalt võimalikke IKÜM art 9 aluseid.

RISKI projekti järgselt andmetöötamise ellurakendamisel jäävad – lähtuvalt tellija tehnilises kirjelduses väljendatud huvidest – sobimatuna kõrvale IKÜM art 9 lg 2 punktides a (andmesubjekti nõusolek⁶⁴), c (eluliste huvide kaitse andmesubjekti otsusevõimetuse korral), d, e, f, i, j õiguslikud alused. Kõne alla tulevad artikli punktid b, g ja h:

„b) töötlemine on vajalik seoses vastutava töötleja või andmesubjekti tööõigusest ning **sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalkaitse valdkonna õigusest tulenevate kohustuste ja eriõigustega** niivõrd, kuivõrd see on lubatud liidu või liikmesriigi õigusega või liikmesriigi õiguse kohase kollektiivlepinguga, millega kehtestatakse asjakohased kaitsemeetmed andmesubjekti põhiõiguste ja huvide kaitseks;

g) töötlemine on **vajalik olulise avaliku huviga seotud põhjustel liidu või liikmesriigi õiguse alusel** ning on proportsionaalne saavutatava eesmärgiga, austab isikuandmete kaitse õiguse olemust ja tagatud on sobivad ja konkreetsed meetmed andmesubjekti põhiõiguste ja huvide kaitseks;

h) töötlemine on vajalik ennetava meditsiini või töömeditsiiniga seotud põhjustel, töötaja töövõime hindamiseks, meditsiinilise diagnoosi panemiseks, tervishoiuteenuste või **sotsiaalhoolekande** või ravi **võimaldamiseks** või tervishoiu- või **sotsiaalhoolekandesüsteemi ja -teenuste korraldamiseks**, tuginedes liidu või liikmesriigi õigusele või tervishoiutöötajaga sõlmitud lepingule ja eeldusel, et lõikes 3 osutatud tingimused on täidetud ja kaitsemeetmed kehtestatud.“

SHS kohaste sotsiaaltoetuste ja -teenuste osutamise tarbeks on neist sobivaim alus IKÜM art 9 lg 2 punkt h, kuivõrd see otsesõnu viitab sotsiaalhoolekandele ja -teenustele. Kui RISKi projekti eesmärk on ka 65-aastaste ja vanemate isikute tervise kaitse, siis ka see eesmärk on sama punktiga hõlmatud.

Punktis b on mõeldud eeskätt töösuhetega seonduvat sotsiaalkaitset ning -tagatist. IKÜMile eelnenud andmekaitse direktiivis oli vastav säte art 8 lg 2 punkt b ning see ei maininud sotsiaalkaitset ega sotsiaalkindlustust.⁶⁵ Ilmselt seonduvad ka töösuhetega sotsiaalsed tagatised (näiteks

⁶⁴ IKÜM art 9 lg 2 p a kohaselt on eriliiki isikuandmete töötlemine lubatud juhul, kui andmesubjekt on andnud selgesõnalise nõusoleku nende isikuandmete töötlemiseks ühel või mitmel konkreetsel eesmärgil. Võimalik on seega kaaluda lahendusi, mille alusel RISK lahendust rakendatakse üksnes nende andmesubjektide suhtes, kes on eelnevalt andnud oma nõusoleku vastavaks andmetöötamiseks.

⁶⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 95/46/EÜ, 24. oktoober 1995, üksikisikute kaitse kohta isikuandmete töötlemisel ja selliste andmete vaba liikumise kohta, artikkel 8.2.b: „processing is necessary for the purposes of carrying out the obligations and specific rights of the controller in the field of employment law insofar as it is

rasedate ja väikelaste emade kaitse vallandamise vastu) ja kindlustus (haigushüvitis), samuti pensioni arvestus, mida IKÜMis antud punktis ongi silmas peetud.

Punkt g tuleb kõne alla ulatuses, milles tegevus ei mahuks spetsiifilisemalt reguleeritud punkti h alla.

Nagu nähtub aga kõikidest ülalpool tsiteeritud IKÜM art 9 lg 2 punktidest, ei piisa neis nimetatud eesmärkidel eriliiki isikuandmete töötlemiseks üksnes IKÜMist, vaid **liikmesriik peab andmetöötluse reguleerima oma õiguses**. Samuti viitavad kõik asjakohased artikli punktid täiendavate kaitsemeetmete kehtestamise vajadusele. Lisaks nõuab IKÜM art 9 lg 2 punkt h, et eriliiki isikuandmete töötlemisel oleksid täidetud sama paragrahvi lõikes 3 osutatud tingimused. Nimetatud nõudeid on käsitletud järgnevalt analüüsi punktides 0 ja 0.

Eriliiki isikuandmete töötlemise lubatavusele esitatud õiguslikke nõudeid täpsustavad ka IKÜM põhjenduspunktid 52 ja 53:

„(52) Isikuandmete eriliikide töötlemise keelust peaks olema lubatud kõrvale kalduda ka juhul, kui see on sätestatud liidu või liikmesriigi õiguses, ja eeldusel, et kehtestatakse asjakohased kaitsemeetmed, et kaitsta isikuandmeid ja muid põhiõigusi, kui see on avalikes huvides, eelkõige isikuandmete töötlemine tööõiguse, **sotsiaalkaitseõiguse**, sealhulgas pensionide valdkonnas ning terviseturbe, -seire ja hoiatamisega seotud eesmärkidel, nakkushaiguste ennetamine ja tõrje ning muud tõsised terviseohud.

(53) Tugevamat kaitset väärivate isikuandmete eriliike tuleks töödelda üksnes tervisega seotud eesmärkidel, kui need eesmärgid on vaja saavutada füüsiliste isikute ja kogu ühiskonna hüvanguks, eelkõige tervishoiu- või **sotsiaalhoolekandeteenuste ja -süsteemide juhtimise kontekstis**, sealhulgas selliste andmete töötlemisel juhtkonna ja kesksete riiklike terviseasutuste poolt sellistel eesmärkidel nagu kvaliteedikontroll, juhtimisteave ning tervishoiu- või sotsiaalhoolekandesüsteemi üldine riiklik ja kohalik järelevalve ning tervishoiu või sotsiaalhoolekande järjepidevuse ja piiriülese tervishoiu või terviseturbe tagamine, seire ja hoiatamise eesmärkidel või avalikes huvides toimuva arhiveerimise, teadus- või ajaloouringute või statistilisel eesmärgil liidu või liikmesriigi õiguse alusel, mis peab vastama avalikule huvile, ning rahvatervise valdkonnas avalikust huvist lähtuvalt tehtud uuringute jaoks [...]“

Siseriikliku õigusliku aluse formaalsed nõuded

IKÜM põhjenduspunktis 41 on märgitud, et „kui käesolevas määruses osutatakse õiguslikule alusele või seadusandlikule meetmele, ei pea selleks tingimata olema parlamendi poolt vastu võetud seadusandlik akt, ilma et see piiraks asjaomase liikmesriigi põhiseaduslikust korrast tulenevate nõuete kohaldamist. Selline õiguslik alus või seadusandlik meede peaks siiski olema selge ja täpne ning selle kohaldamine peaks olema eeldatav isikute jaoks, kelle suhtes seda kohaldatakse vastavalt Euroopa Liidu Kohtu („Euroopa Kohus“) ja Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikale“.

authorised by national law providing for appropriate safeguards.“ Artikkel 29 töögrupp märgib selle sätte kohta: „This is clearly directed at the employment context and can have wide effect. Much depends on the extent to which in each Member State the obligations and rights of an employer are set out in employment law or simply a matter of custom and practice.“ Art 29 Working Party, Opinion 8/2001 on the processing of personal data in the employment context, lk 17.

Eesti põhiseadusest ja Riigikohtu praktikast tulenevalt (RKÜKo 03.12.2007 otsus [3-3-1-41-06](#) punkt 22) tuleb põhiõiguste riive seisukohast olulised küsimused lahendada siiski seaduse tasemel: „Riigikohus on oma varasemas praktikas korduvalt rõhutanud põhimõtet, et PS § 3 lõike 1 esimesest lausest ja §-st 11 tulenevalt tohib põhiõiguste ja vabaduste piiranguid kehtestada ainult seadusjärgulise õigusaktiga (vt RKÜKo [3-4-1-7-01](#); RKPJKo [III-4/A-1/94](#); PSJKo [III-4/A-2/94](#) ja RKPJKo [3-4-1-10-02](#)).

Üldkogu leiab, et kuigi teatud intensiivsusega põhiõiguste piiranguid saab kehtestada üksnes formaalses mõttes seadusega, ei ole see põhimõte absoluutne. Põhiseaduse mõttest ja sättest tuleneb, et vähem intensiivseid põhiõiguste piiranguid võib kehtestada täpse, selge ja piirangu intensiivsusega vastavuses oleva volitusnormi alusel määrusega.”

Euroopa Kohtu praktikast (EKO, *Maximillian Schrems vs. Data Protection Commissioner*, [C-362/14](#), ECLI:EU:C:2015:650.6.10.2015, p 91) tuleneb, et EL põhiõiguste harta art 7 ja 8 piirav õigusnorm peab olema:

- a) selge ja täpne;
- b) nägema ette rakendatava meetme ulatuse;
- c) selle kohaldamine peaks puudutatud isikute jaoks olema eeldatav (ettenähtav);
- d) miinimumnõuded, et puudutatud inimestel oleks piisavad tagatised andmete kuritarvitamise ohu ja ebaseadusliku juurdepääsu ja kasutamise vastu.

Eeltoodust tulenevalt saab öelda, et RISKi projektiga planeeritav andmetöötlus kujutab endast potentsiaalselt intensiivset riivet (vt ka alaptk 1.2.2.1) ning vajab seetõttu seaduse tasandil selget reguleerimist. Seaduse tasandil tuleks reguleerida:

- a) andmetöötluse eesmärgid (täpsustada tuleks vastutava töötaja ülesandeid ja riskihindamise tööriista eesmärki nii riigi kui ka kohaliku omavalituse tasandil);
- b) andmetöötlejate tegevused (mida riik või KOV loodud andmete alusel ette peavad võtma);
- c) andmesubjektide kategooriad, kelle andmeid töödeldakse;
- d) töödeldavad andmed;
- e) töötlemisviisi kirjeldus (profileerimine skoori arvutamiseks);
- f) andmete juurdepääs (kas ja millises ulatuses on KOVil juurdepääs profileerimisel kasutatud lähteandmetele ja kas on võimalik, et andmeid väljastatakse kellelegi veel);
- g) säilitamise aeg (kaua kogutud ja loodud andmeid, sh profiile, säilitatakse).

Kohustus kehtestada kaitsemeetmed

Sotsiaalhoolekande ja tervishoiu eesmärgil IKÜM art 9 lg 2 p h alusel siseriikliku õiguse kehtestamisel tuleb arvestada ka sellega, et oleks IKÜM art 9 „lõikes 3 osutatud tingimused on täidetud ja kaitsemeetmed kehtestatud“ (IKÜM art 9 lg 2 p h).

Lõikes 3 on sätestatud **saladuse hoidmise kohustuse nõue** – andmeid võib töödelda töötaja, kellel on liidu või liikmesriigi õiguse või pädevate riiklike asutuste kehtestatud eeskirjade alusel ametisaladuse hoidmise kohustus, või kui neid andmeid töödeldakse sellise isiku vastutusel või kui neid andmeid töötleb mõni teine isik, kellel on liidu või liikmesriigi õiguse või pädevate riiklike asutuste kehtestatud eeskirjade alusel samuti saladuse hoidmise kohustus.

Lisaks nõuab IKÜM art 9 lg 2 p h (sarnaselt punktidega b, h ja i; g ja j), et liidu või liikmesriigi õiguses, millega luuakse eriliiki isikuandmete töötlemise õiguslik alus, peavad olema sätestatud „asjakohased kaitsemeetmed“ või „sobivad ja konkreetsed meetmed“ andmesubjekti põhiõiguste ja huvide kaitseks. IKÜM ei sätesta siiski, millised konkreetsed tagatised tuleb sätestada, sest seadusandja

peabki arvestama iga juhtumi eripärasid ja konteksti, millist kaitset andmesubjekt vajab.⁶⁶ Kaitsemeetmete nõuet tuleb käsitleda seadusandja **täiendava kaalumisevajadusena**, millega tehakse seadusandjale ülesandeks võtta arvesse eriliiki isikuandmete spetsiifilist tundlikkust ning näha ette **täiendavaid materiaalseid, menetluslikke, organisatoorseid ja/või tehnilisi meetmeid**.⁶⁷

Eriliiki isikuandmete töötlemise reguleerimisel IKÜM art 9 lg 2 punkti h alusel ei piisa üksnes saladuse hoidmise kohustusest, mis kehtib kõigile riigiametnikele⁶⁸ ning asutustes töölepingu alusel töötavatele töötajatele töölepingust tulenevalt, vaid saladuse hoidmise kohustusele täiendavalt tuleb ette näha ka kaitsemeetmed, mis peavad minema kaugemale IKÜM-st niigi tulenevatest nõuetest ja vastutava töötleja kohustustest.⁶⁹

Erand eraldi kaitsemeetmete kehtestamise kohustusele on ette nähtud IKÜM art 9 lg 2 punktis a. Kui eriliiki andmeid töödeldakse andmesubjekti selgesõnalise nõusoleku alusel ühel või mitmel konkreetsel eesmärgil, ei ole täiendavate kaitsemeetmete kehtestamine seadusega nõutud.

Kaitsemeetmete olemus ja näited

IKÜM ei defineeri kaitsemeetmeid, ent toob tekstis ja põhjenduspunktides mõned kaitsemeetmete näited. Ent IKÜM kaitsemeetmed pole midagi uut – kaitsemeetmeid põhiõiguste kaitseks isikuandmete töötlemisel nõuavad ka Euroopa Kohus⁷⁰ ning Euroopa Inimõiguste kohus.⁷¹ Olemuselt on kaitsemeetmed niisiis vahendid, mille kaudu kaitstakse andmesubjekte kuritarvituste eest ning leevendatakse riivet tema põhiõigustele. Pelgalt IKÜMist tuleneva kohustuse (nt andmete turvalisuse tagamine, andmesubjekti teavitamine) täitmine ei kujuta endast kaitsemeetmed.⁷² Riivet leevendav kaitsemeetmed võib olla IKÜMist nõutuga võrreldes rohkema pakkumine, nt andmesubjekti võimestamine suurema läbipaistvuse kaudu (nt andmesubjektile luuakse otsejuurdepääs kõigile töödeldavatele andmetele; andmesubjektil on igal ajal võimalus andmetöötlus lõpetada ning anda korraldus andmete kustutamiseks).

Eelnevast tuleneb, et kui andmejälgijat kasutatakse andmesubjekti IKÜMist tuleneva teavitamiskohustuse täitmiseks, ei saa see samas olla IKÜMi mõttes kaitsemeetmed.

⁶⁶ M. Albers ja R.-D. Veit teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (BeckOK Datenschutzrecht), 41.vlj 2021, Art. 9 p 93.

⁶⁷ M. Albers ja R.-D. Veit teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (BeckOK Datenschutzrecht), 41.vlj 2021 Art. 9 p 94. Vt ka IKÜM pp 71 teksti teine lõige, aga ka pp-d 78, 81, 87 jne.

⁶⁸ Avaliku teenistuse seaduse § 55: Avaldamisele mittekuuluva teabe hoidmine.

⁶⁹ M. Albers ja R.-D. Veit teoses: Beck online andmekaitseõiguse kommentaar (BeckOK Datenschutzrecht), 41.vlj 2021, Art. 9 p 95.

⁷⁰ Nt: EKo liidetud kohtuasjad [C-293/12 ja C-594/12](#), *Digital Rights Ireland ja Seitlinger jt. v Minister for Communications, Marine and Natural Resources*, ECLI:EU:C:2014:238, p 48; EKo [C-362/14](#), *Maximilian Schrems v Data Protection Commissioner*, ECLI:EU:C:2015:650, p 39

⁷¹ Vrd nt EIKo [54934/00](#), *Weber ja Saravia vs. Saksamaa*; EIKo [58243/00](#), *Liberty jt vs. Ühendkuningriik*; EIKo [26839/05](#), *Kennedy vs. Ühendkuningriik*; EIKo [47143/06](#), *Roman Zakharov vs. Venemaa*.

⁷² Võrdle ka IKÜM pp 51: „[...]Lisaks sellise töötlemise erinõuetele tuleks kohaldada käesoleva määruse üldpõhimõtteid ja muid eeskirju, eelkõige seoses seadusliku töötlemise tingimustega.[...]”.

Profiilianalüüsi puutuvalt on Artikkel 29 tööühm 2018. a avaldanud ka spetsiaalsed suunised automatiseeritud töötusel põhinevate üksikotsuste tegemise ja profiilianalüüsi kohta, milles toob välja kaitsemeetmete järgmised näited⁷³:

- vastutavate töötajate süsteemide korrapärased kvaliteedi tagamise kontrollid tagamaks, et üksikisikuid koheldakse õiglaselt ja et neid ei diskrimineerita isikuandmete eriliikide põhjal ega muul viisil;
- algoritmide audit – masinõppesüsteemide väljatöötatud ja nende kasutatavate algoritmide katsetamine tagamaks, et need toimivad nii nagu vaja, ning ei anna diskrimineerivaid, valesid või põhjendamatu tulemusi;
- sõltumatu välisauditi korral (kui profiilianalüüsil põhineval otsustamisel on üksikisikutele suur mõju) audiitorile kogu vajaliku teabe andmine selle kohta, kuidas algoritm või masinõppesüsteem töötab;
- kolmandate isikute algoritmide korral lepinguliste kinnituste hankimine selle kohta, et tehtud on audit ja katsed ning et algoritm vastab kokkulepitud standarditele;
- võimalikult väheste andmete kogumise erimeetmed, mis hõlmavad selgete säilitamistähtaegade kehtestamist profiilidele ja mistahes isikuandmetele, mida profiilide loomisel või kohaldamisel kasutatakse;
- anonüümistamise või pseudonüümiseerimise meetodite kasutamine profiilianalüüsi kontekstis;
- viisid, mis võimaldavad andmesubjektil väljendada oma seisukohti ja otsust vaidlustada;
- inimese sekkumise mehhanism kindlaksmääratud juhtudeks, näiteks lingi lisamine kaebuste esitamise menetlusele koos kokkulepitud tähtaegadega läbivaatamiseks ja kontaktisikuga päringute tegemiseks, kui automatiseeritud otsus andmesubjektile edastatakse;
- isikuandmete töötlemise toimingute sertifitseerimismehhanismid;
- toimimisjuhendid masinõpet hõlmavate auditeerimisprotsesside korral;
- eetikakomisjonid, et hinnata profiilianalüüsi konkreetsete rakendustega kaasnevat võimalikku kasu ja kahju ühiskonnale.

Võimalikud kaitsemeetmed RISK instrumendi rakendamisel

Eesti siseriikliku õiguse alusel tuleks tellijal/seadusandjal RISK rakenduse kehtestamisel kaaluda vähemalt järgnevat kaitsemeetmeid:

- Inimese enesemääramisõigust ning vaikumisi andmekaitse nõuet (ingl k *privacy by design*) kõige ulatuslikumalt austav lahendus oleks lahendus, mis jätab inimesele valikuvabaduse otsustada, kas ta soovib riigilt proaktiivsust ning avab andmed profileerimiseks.⁷⁴
- Alternatiivselt tuleks kaaluda lihtsa ja kogu sihtgruppi (st kõiki puudutatud andmesubjekte) arvestava võimaluse loomist, mis annaks inimesele õiguse keelata enda isikuandmete töötlemine RISK lahenduses (*opt-out* võimalus). Tuleb arvestada, et andmetöötlusse on hõlmatud ka koos elavad inimesed; ka neil peaks olema võimalus andmetöötlus enda suhtes keelata. Sihtrühma vanust arvestades tuleb asuda seisukohale, et üksnes interneti e-teenuses selle võimaluse pakkumine ei ole piisav. Eraldi konkreetse profileerimise keelamisest tuleks kaaluda ka võimalust

⁷³ Artikkel 29 tööühm, 2018. Suunised automatiseeritud töötusel põhinevate üksikotsuste tegemise ja profiilianalüüsi kohta, lk-d 28, 34-36.

⁷⁴ Analoogne olukord, mille üle ka avalikkuses on aktiivselt diskuteeritud, puudutab rahvastikuregistri aadressandmete kasutamist ja väljastamist otseturustuseks ning uuringuteks. Seadusandja nägi vaikumisi ette andmete sellise kasutusvõimaluse, andes andmesubjektile võimaluse andmed sellise andmetöötluse eest sulgeda (rahvastikuregistri seaduse § 57). Selline lähenemine on saanud palju kriitikat.

sulgeda enda terviseandmed sellise töötlemise eest (digiloos on võimalus sulgeda arstile, ent mitte riigile; tervisekassa infosüsteemis ei saa üldse midagi sulgeda).

- Eelpool viidatud Artikkel 29 tööühma poolt välja toodud „võimalikult väheste andmete kogumise erimeetmete“ näite puhul tuleb jällegi silmas pidada, et IKÜM art 5 minimaalsuse põhimõttest ning IKÜM art-is 25 sätestatud lõimitud andmekaitse nõudest tulenevalt tuleb nii või teisiti andmetöötluseks kasutatav infosüsteem ja õiguslik regulatsioon disainida nii, et andmeid ei töödeldaks ülemääraselt (nt et ei profileeritaks neid inimesi, kelle elukohta KOVil pole mingit kavatsust ega suutlikkust proaktiivselt inimeste heaoluga tegeleda, või selles ulatuses, milles KOVil seda suutlikkust pole). Erimeetmed tähendaksid selles kontekstis KOVile loodud täiendavaid funktsionaalsusi seadistada süsteemi toimimist antud KOVi eripäradest lähtuvalt. Nii saaks KOV profileerimise käivitada, kui tal on valmisolek abivajajatega tegeleda ja seda näiteks ühe konkreetse teenuse või piirkonna osas. Samuti oleks täiendav kaitsemeede, kui KOV saaks profileerimisest välistada isikuid, kelle abivajadusest (või selle puudumisest) on KOVil ülevaade olemas.
- KOVi tasandil tuleb rakendada ka kuritarvitamist vältivaid kaitsemeetmeid, vältimaks uudishimutsemist, nähtu suulist levitamist, teabe muul otstarbel kasutamist (nt valimistega seonduvalt) jms.⁷⁵ Seetõttu tuleks lisaks profileerimiseks tehtud andmetöötlusele kuvada andmejälgijas kindlasti ka KOV poolne profileerimise tulemustega tutvumine.
- Profileerimine tuleks luua andmesubjekti kaitseks ja proportsionaalsuse paremaks tagamiseks võimalusel kihiliselt. Esiteks – üldisel tasandil potentsiaalsete abivajajate arvu saamiseks nt piirkondlikus lõikes (vms üldise tunnuse alusel, ilma isikuandmeteta); teiseks – üldisel tasandil teenusepõhiselt.⁷⁶ Sellise info alusel saaks KOV teha ressursside suunamise alaseid otsuseid (nt planeerida algavaks aastaks eelarves raha teatud teenuse aktiivsemaks pakkumiseks, teades potentsiaalset abivajajate arvu). Kolmandaks – konkreetset andmesubjekti identifitseerival viisil, ent KOVi poolt ette antud tingimustel (nt kuva 10 kõrgeima riskiskooriga inimest).
- KOVil peaks olema võimalik infosüsteemi märkida tulemus – nt inimesega ühendust võetud, abivajaduse puudumine välja selgitatud – et sama inimene ei satuks uuesti profileeritavate hulka. Samuti peaks KOV ametnikul olema võimalik süsteemi märkida profileerimise keeld vastavalt isikliku kontakti käigus andmesubjektilt saadud soovile.

1.3.3.2. Vahekokkuvõtte andmetöötluse õigusliku aluse kohta

Andmetöötluse õigusliku aluse analüüsist tuleneb kokkuvõtvalt, et:

1. Isikuandmete töötlemine potentsiaalsete 65-aastaste ja vanemate abivajavate inimeste välja selgitamiseks neile sotsiaalteenuste ja toetuste pakkumise eesmärgil **tuleb reguleerida seaduse tasandil** (näiteks SHS-is) (vt 1.3.3.1 0).
2. Tulenevalt Euroopa Kohtu praktikast (EKO, *Maximillian Schrems vs. Data Protection Commissioner*, [C-362/14](#), ECLI:EU:C:2015:650.6.10.2015, p 91) peaks siseriiklik seaduslik regulatsioon vastama tulenevatele nõuetele (vt 1.3.3.1 0):
 - a) andmetöötluse eesmärgid andmetöötajate kaupa;

⁷⁵ Valimistega seonduv näide, kus üks valimistel osalev, valla infosüsteemidele juurdepääsu omanud kandidaat kasutas infosüsteemist saadud teise kandidaadi elukoohaandmeid selleks, et seada avalikkuses kahtluse alla vastaskandidaadi kõlblikkus (et kandidaat tegelikult ei ela antud KOV territooriumil).

⁷⁶ Agregeeritud tulemuste saamiseks ei ole vaja andmeid isikustatult töödelda; tuleks kasutada vähemalt pseudonüümimist. Vrd ka: C.II.4.

- b) andmetöötajate tegevused (mida riik või KOV loodud andmete alusel ette peavad võtma);
 - c) andmesubjektide kategooriad, kelle andmeid töödeldakse;
 - d) töödeldavad andmed;
 - e) töötlemisviisi kirjeldus (profileerimine skoori arvutamiseks);
 - f) andmetele juurdepääs (kas ja millises ulatuses on KOVil juurdepääs profileerimisel kasutatud lähteandmetele ja kas on võimalik, et andmeid väljastatakse kellelegi veel);
 - g) säilitamise aeg (kaua kogutud ja loodud andmeid, sh profiile, säilitatakse).
3. RISKi instrumendi reguleerimisel peab arvestama asjaoluga, et lahenduses **töödeldakse olulises ulatuses isikuandmeid muul kui algsel eesmärgil** (vt 1.3.2.3). Sellest lähtuvalt onoleb andmete töötlemise lubatavus mh IKÜM art 6 lg-s 4 sätestatust.
4. RISKi lahendus hõlmaks nii **tavaliste** (IKÜM art 4 lg 1) **kui eriliigiliste isikuandmete**, eeskätt terviseandmete (IKÜM art 9) töötlemist (1.3.1.3). Sellest lähtuvalt tuleb lahenduse välja töötamisel silmas pidada IKÜM art-st 9 tulenevaid, täiendavaid nõudeid eriliigiliste isikuandmete töötlemisele. Kui selliste isikuandmete töötlemine ei tugine andmesubjekti selgesõnalisel nõusolekul, peab seadusandja mh kehtestama **täiendavaid kaitsemeetmeid**. Seadusandjal tuleks siinjuures kaaluda vähemalt järgmisi:
- a. võimalus keelata andmete kasutamine või vastupidiselt, lubada isikustatud profileerimine üksnes inimese enda soovil;
 - b. kihiline profileerimine, kusjuures statistika saamiseks kasutatakse vähemalt pseudonüümimist;
 - c. süsteemi disainimine KOVidele nende eripäradest tulenevaid lisafunktsioone võimaldades;
 - d. teadaolevate abivajaduseta inimeste profileerimisest välistamise võimalus;
 - e. isikustatud profileerimise käivitamisel saab piirata tulemuste kuvamise arvuliselt (nt topp 10);
 - f. andmejälgijas nii profileerimise kui profiiliga tutvumise kuvamine (vt lähemalt 1.3.3.1 0).

1.3.4. Kokkuvõtte RISK lahenduse kooskõla kohta EL andmetöötamise õigusega

Euroopa Kohtu praktika järgi on isikuandmete töötlemine õiguspärane, kui täidetud on kaks tingimust: esiteks tuleb järgida andmete töötlemise põhimõtteid ning teiseks peab töötlemisel olema IKÜM-st tulenev õiguslik alus (vrd küll IKÜM-le eelnenud andmekaitsedirektiivi kontekstis vt EKO [C-465/00](#), [C-138/01](#) ja [C-139/01](#), *Österreichischer Rundfunk jt*, ECLI:EU:C:2003:294, p 65; EKO, [C-524/06](#), [C-524/06](#), *Huber*, ECLI:EU:C:2008:724, p 48; EKO [C-468/10](#) ja [C-469/10](#), *ASNEF ja FECEMD jt* ECLI:EU:C:2011:777, p 71.). Samuti tuleb silmas pidada, et IKÜM põhjenduspunkti 41 kohaselt peab õiguslik alus olema piisavalt selge ning arvestama sellega, et andmetöötlus peab olema inimeste jaoks läbipaistev. EL järjepideva kohtupraktika on rõhutanud, et andmekaitse normide puhul olema tagatud „**põhiõiguste ja -vabaduste kaitse kõrge tase**” (vt EKO [C-553/07](#), *Rijkeboer*, EU:C:2009:293, p 47; EKO liidetud kohtuasjad [C-293/12](#) ja [C-594/12](#), *Digital Rights Ireland ja Seitlinger jt. v Minister for Communications, Marine and Natural Resources*, ECLI:EU:C:2014:238, p 53; EKO

[C-131/12](#), *Google Spain ja Google*, EU:C:2014:317, p-d 53, 66 ja 74 ning seal viidatud kohtupraktika; EKO [C-362/14](#), *Maximillian Schrems v Data Protection Commissioner*, ECLI:EU:C:2015:650, p 39).

Käesoleva analüüsi osast C tuleneb, et selleks et saavutada RISKi instrumendi projekti kooskõla EL õigusega, vajab täiendavat analüüsi ja täpsustamist nii lahenduse kooskõla andmekaitse üldpõhimõtetega (vt 1.3.2) kui ka andmete töötlemise õiguslikust alusest tulenevate nõuetega (vt 1.3.3).

1.4. RISK lahenduse õigusanalüüsi kokkuvõte

Käesoleva analüüsi eesmärgiks oli anda tellijale esialgne hinnang, kas RISKi lahenduse kasutuselevõtmine on kooskõlas põhiseadusega ja Euroopa Liidu õigusega. Siinjuures tuleb arvestada, et lahenduse välja töötamine on alles algusjärgus ning erinevaid, õiguslikust vaatest olulisi küsimusi nagu RISK arenduse eesmärk, samuti selle täpset toimimist oli koostajatel võimalik hinnata vaid esialgsel tasandil. Sellest lähtuvalt on ka analüüsi järeldused esialgsed. Antud hinnang ei asenda täiendavat õiguslikku hindamist, mida vajab tulevikus RISKi lõplik lahendus.

Kuna andmekaitseõiguse valdkonnas on Euroopa Liidu õigus tihedasti läbi põimunud siseriikliku õigusega ning IKÜM on liikmesriikides otsekohalduv (võrdle ka IKÜM art-d 1 ja 3 lg 1), on RISKi edasi arendamisel mõtet vaid tingimusel, et tagatud on lahenduse kooskõla nii Eesti põhiseaduse- kui ka EL andmekaitseõigusega. **Analüüsi tulemused näitavad, et RISK instrument ei täida arenduse käesolevas faasis kõiki põhiseadusest ja EL andmekaitseõigusest tulenevaid nõudeid ning vajab tuvastatud puuduste ulatuses täiendamist ja muutmist.**

Isikuandmete kaitse on põhiõigusena kaitstud nii siseriiklikus õiguses kui ka EL õiguse tasandil (1.3.1). Sellest lähtuvalt peab igasugust riigipoolset isikuandmete töötlemist õigustama asjakohane õiguslik alus.

Nii põhiseaduslikust kui ka EL õiguse aspektist tulenevalt on RISK projekti õiguslikud probleemid olulises ulatuses tingitud plaanitud lahenduse ebamäärasusest (1.2.2.2 ja 1.2.3; 1.3.2.3 ja 1.3.2.7). Silmas tuleb pidada, et nii siseriikliku kui ka EL õiguse alusel ei tohi andmetöötlus toimuda pelgalt andmete töötlemise eesmärgil (1.2.2.2 ja 1.3.2.3). RISK instrumendiga saavutatav eesmärk vajab seetõttu täiendavat täpsustamist. Analüüsis on koostajad pakkunud välja erinevaid alternatiivseid võimalusi sisustada põhiseadusest tuleneva legitiimse eesmärgi nõuet (1.2.2.2). Tegemist on siiski pelgalt hüpoteetiliste eesmärkidega. Tellijal tuleb konkretiseerida RISK lahenduse kasutuselevõtu lõplikke eesmärke vastavalt tegelikele vajadustele ja soovidele. Pealegi pöörab analüüs tähelepanu asjaolule, et andmetöötluse tulemusena saadud teavet on võimalik eesmärgipäraselt kasutada vaid tingimusel, et on olemas piisav ressurss, et saadud tulemustest teha eesmärgi saavutamiseks vajalikke järeldusi (potentsiaalse abivajajaga ühenduse võtmine ja suhtlemine; abivajaduse lõplik hindamine; vajaliku teenuse pakkumine jne) (1.2.2.5 ja 1.3.2.4). Siinjuures peab tellija lahenduse kavandamisel arvestama, et seadusest tulenevalt (SHS § 15 lg 1) on **KOVil kohustus välja selgitada abi saamiseks pöördunud isiku abivajadus ja sellele vastava abi ulatus ning korraldada abi osutamist või aidata abi saamiseks vajalikes tegevustes**. Pealegi on igaühel kohustus teatada KOV üksusele sotsiaalhoolekannet vajavast isikust (SHS § 13). Niisiis ei ole riigil ega KOVil sisuliselt võimalik vältida olukorda, kus ta on kohustatud RISKi lahenduse rakendamisel selgunud riskiskoori tõttu potentsiaalse abivajajaga ühendust võtma ja tema abivajadust terviklikult hindama (täpsemalt 1.2.2.5).

Silma paistab kavandatud lahenduse puhul ka isikuandmete rohkus, mida tehnilise kirjelduse kohaselt on plaanis RISK lahenduse rakendamise käigus töödelda. Põhimõttest lähtuvalt, et põhiõigusi ei tohi proportsionaalsuse nõudest tulenevalt piirata suuremas ulatuses kui õigustava eesmärgi saavutamiseks ilmtingimata vajalik, tohib ka isikuandmeid töödelda vaid ulatuses, milles

see on kindlasti vajalik, et saavutada töötlemist õigustav põhjus (1.2.2.5). Analoogse, EL andmekaitseõiguse minimaalsuse põhimõtte alusel tuleb samuti asuda seisukohale, et RISK projekti antud staadiumis ei ole võimalik kinnitada, et rakenduse võimalikke eesmärgi, lähtuvalt vanemaealiste tervise, õiguste ja sotsiaalse kaitse eesmärkidest, ei ole võimalik saavutada leebemate meetmetega, sh vähemate andmete töötlemise abil (1.3.2.4). RISK instrumendi eesmärgi täpsustamise käigus on tellijal seetõttu vaja hinnata, kas tal ei ole võimalik saavutada seatud eesmärgi/e vähem piirava andmetöötluse abil kui RISK lahenduse projektis käesoleval ajal ette nähtud, sh mis ulatuses eesmärgi saavutamiseks on üldse vaja töödelda isikustatud andmeid, milliseid tunnuseid on eesmärgi saavutamiseks kindlasti vaja hinnata, kui kaua isikustatud andmeid on eesmärgi saavutamiseks vaja töödelda jne (vt täpsemalt 1.3.2.4). **Kuna kavandatava instrumendi seaduslikkust tuleb hinnata lähtuvalt selle konkreetsest eesmärgist, on eesmärgi täpsustamine lahenduse õiguspärasuse vajalikuks tingimuseks ja peab seega seisma esimesel kohal.**

Kavandatu kohaselt näeb RISK instrument ette suure arvu isikute – kõikide registritesse kantud 65-aastaste ja vanemate inimeste ning nendega koos elavate inimeste – isikuandmete töötlemise. Mh puudutavad töödeldavad andmed erilist kaitset vajavaid terviseandmeid ja muid tundlikke andmeid, sh teavet sotsiaalabi ja sotsiaalteenuste taotluse kohta (1.2.2.4 ja 1.3.1.3). Sellest lähtuvalt tuleb pidada sellega kaasnevat isikuandme õiguse piiramist intensiivseks (1.2.2.1).

Nii Riigikohus kui ka Euroopa kohus on oma praktikas kinnitanud, et mida intensiivsem on põhiõiguse riive, seda täpsem peab olema selleks riiveks alust andvad põhjused ja vastav regulatsioon (1.2.2.1; vt nt EKO [C-201/15](#) – *AGET Iraklis*, ECLI:EU:C:2016:972, p 99 j.). Sellest tulevalt peab RISK lahenduse reguleerimisel silmas pidama, et eraelu ja isikuandmeid piirav õigusnorm oleks piisavalt selge ja täpne ning arvestaks puudutatud isikute õigustega (1.3.3.1 0). Konkreetset juhul tuleb arvestada ka täiendavate õiguslike nõuetega. mis tulenevad sellest, et lahendus näeb ette eriliiki andmete ja erilist kaitset vajavate andmete töötlemise (täpsemalt 1.3.3.1 0) ning töötleb andmeid muul kui algselt ette nähtud eesmärgil (1.3.2.3).

2. ANDMEKOGUDES OLEVATE ANDMETE ANALÜÜS

Andmekogude analüüsis anname ülevaate riiklikest registritest, mille andmeid oleks vaja kaasata riskihindamise instrumendi loomiseks, mis aitaks tuvastada sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimesi 65-aastaste ja vanemate inimeste seas. Seejuures toome välja andmekogud, andmed ja nende kasutamise peamised põhjused ja seosed. Samuti selgitame andmete ajalist kaetust ja andmete kvaliteediga seotud aspekte.

1.1. Kaasatavad andmekogud

Riskihindamise instrumendi loomiseks on plaanis kasutada alljärgnevaid andmestikke:

- 1) sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister STAR⁷⁷;
- 2) sotsiaalkaitse infosüsteem SKAIS⁷⁸ (ja abivahendite sooduseraldamise haldamise süsteem AVE);
- 3) rahvastikuregister⁷⁹;
- 4) tervisekassa raviarvete register;
- 5) ehitisregister⁸⁰.

Neid registreid on vaja, sest algoritmiga riskiskooride arvutamiseks ja võimalike abivajajate tuvastamiseks on oluline teada inimese

- vanust (65-aastane või vanem);
- elukohta – ühelt poolt selleks, et hinnata riske (korruste ja liftide arv, energiaallikas) ja teiselt poolt ka selleks, et KOVi sotsiaaltöötaja teaks, kuhu minna, kui inimest on vaja külastada (sh ka selleks, et teada, kas inimene on nt hooldekodus);
- puudeid,
- abivajadust mõjutavaid diagnoose ja raviteenuseid⁸¹;
- pöördumisi KOVi, saadud toetusi ja teenuseid KOVilt (SHSi kontekstis) ning riigipoolse soodustusega abivahendeid;
- riikliku pensioni suurust;
- leibkonnas koos samas elukohas elavate inimeste andmeid (vanus, sugu, puuded).⁸²

⁷⁷ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/star>

⁷⁸ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/skais>

⁷⁹ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/rr>

⁸⁰ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/ehr>

⁸¹ Raviteenuste iseloomu on täpsustatud allpool. Kokkuvõtlikult on eesmärgiks lähtuda diagnoosigrupist, mitte teenuse liigist (perearst või ambulatoorne või statsionaarne visiit).

⁸² Täiendavalt on võimalik kaaluda ka töövõime andmete kasutamist (nt püsiv töövõimetus), aga tõenäoliselt on info inimeste praeguse puude astme ja liigi kohta olulisem.

Lisaks on praktikas vaja potentsiaalse abivajaja kontaktandmeid, et KOVi sotsiaaltöötaja saaks inimesega võimalikult lihtsalt ühendust võtta.

Samuti on oluline rõhutada, et kirjeldatud andmeid kasutatakse algoritmi arendamisel ja riskiskooride leidmiseks ehk sellise tööriista rakendamisel näeb KOVi sotsiaaltöötaja inimeste n-ö riskiskoor, aga mitte (tundlikke) andmeid, mille põhjal on see riskiskoor arvutatud.

Tulevikus, kui riskihindamise instrumenti hakatakse rakendada ja tekib võimalusi selle prognoositäpsuse suurendamiseks, saab kaaluda veel mitmete riigi⁸³ ja/või KOVide⁸⁴ andmestike kasutamist.

Täiendavalt saab kasutada ka tervise infosüsteemi⁸⁵, et

- võtta välja (ekspertteadmise abil) konkreetsete tunnused, mis peaksid jõudma nii perearstide kui ka KOVi töölauale (STARi), nt kiirabi hädaabiteade, mis vajab kiiret reageerimist (samas see ei vaja riskimudeli loomist) või
- otsida kõikide andmeväljade seast infot, mida võiks kasutada abivajaduse hindamiseks (see on väga mahukas andmekaeve kõikide 65-aastaste ja vanemate inimeste andmete kohta).

Käesolevas uuringus on eesmärgiks otsida andmetest mitte kiiret sekkumist vajavaid teenuseid, vaid diagnoose, mille korral võib inimene tuge vajada (nägemis-kuulmispuue, liikumisvaegus). Selle info võib võtta tervise infosüsteemist, aga selle saab ka tervisekassa arvetelt ning selle andmestiku eeliseks on, et tervisekassa andmed on struktureeritud ja piiratud mahus.

Kuigi see ei ole käesoleva projekti fookuses, siis eraldi on kinnitust leidnud, et kiireloomulist tuge vajavate inimeste tuvastamiseks on vaja ka näiteks kiirabiinfot, mistõttu tasub edaspidi täiendavalt kaaluda võimalust siduda omavahel näiteks kiirabiinfo ja STAR.

Registriomanikelt oleks vaja küsida järgmiseid individuaalsed andmeid.

Tabel 2. Registrid ja küsitavad andmed

Register	Tunnused	Andmekoosseis
SKA	<ul style="list-style-type: none"> • Puue ja selle määramise algus ja kehtivuse lõpp • Pensioni liik ja suurus aasta lõpu seisuga • Riigipoolse soodustusega saadud abivahendid vaadeldud perioodil (abivahend, algus, lõpp) 	Kõik 65-aastased ja vanemad inimesed Aastad 2017–2021
STAR	<ul style="list-style-type: none"> • Kõik inimese pöördumised KOVi poole SHSis määratud toetuste või teenuste saamiseks • Inimesele osutatud SHSi teenused ja toetused (teenuse liik, algus, lõpp; toetuse liik, algus, lõpp) 	Kõik 65-aastased ja vanemad inimesed Aastad 2017–2021

⁸³ Näiteks rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK) arendamise ja rakendamise kontekstis.

⁸⁴ KOVides võib olla mitmeid huvipakkuvaid andmestikke, mida tasuks kas KOVi tasandil või tervele riigile laiendades kasutada (nt nagu Tallinna ligipääsetavuse infosüsteem <https://lips.tallinn.ee/est>).

⁸⁵ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/digilugu>

Register	Tunnused	Andmekooseis
Tervisekassa	<ul style="list-style-type: none"> Inimesele osutatud raviteenused ja inimestele pandud diagnoosid päringule eelneva 24 kuu jooksul Tervisekassa arvete andmete põhjal 	Kõik 65-aastased ja vanemad inimesed Aastad 2015–2021
Ehitusregister	<ul style="list-style-type: none"> Rahvastikuregistri järgi toodud aadressil oleva ehitise liik Ehitise kütmisliik Ehitise korruste arv Ehitise liftide olemasolu 	Kõik 65-aastaste ja vanemate inimeste elukoha ehitis Aastad 2017-2021
Rahvastikuregister	<ul style="list-style-type: none"> Isikukood ajutiseks sidumiseks Sünniaasta Surmakuupäev Elukoha aadress hoone täpsusega Viibimiskoha aadress eristamiseks hooldekodus elavaid inimesi Samal aadressil elavate inimeste arv vanusevahemike (kuni 18, 19-64, 65 ja vanemad) ja soo järgi aasta lõpu seisuga 	Kõik 65 aastased ja vanemad inimesed Aastad 2017–2021

Projekti esimeses etapis küsiti andmekogudest kirjeldavat statistikast olemasolevate tunnuste kohta. Selleks kontakteeruti registreeritud pidajatega ja paluti anda erinevate tunnuste kohta agregeeritud andmed. Järgmine alapunkt annab ülevaate andmetest ning nende kaetusest.

1.2. Andmekogudest kaasatavad tunnused ja nende ajaline kaetus

2.2.1. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister STAR

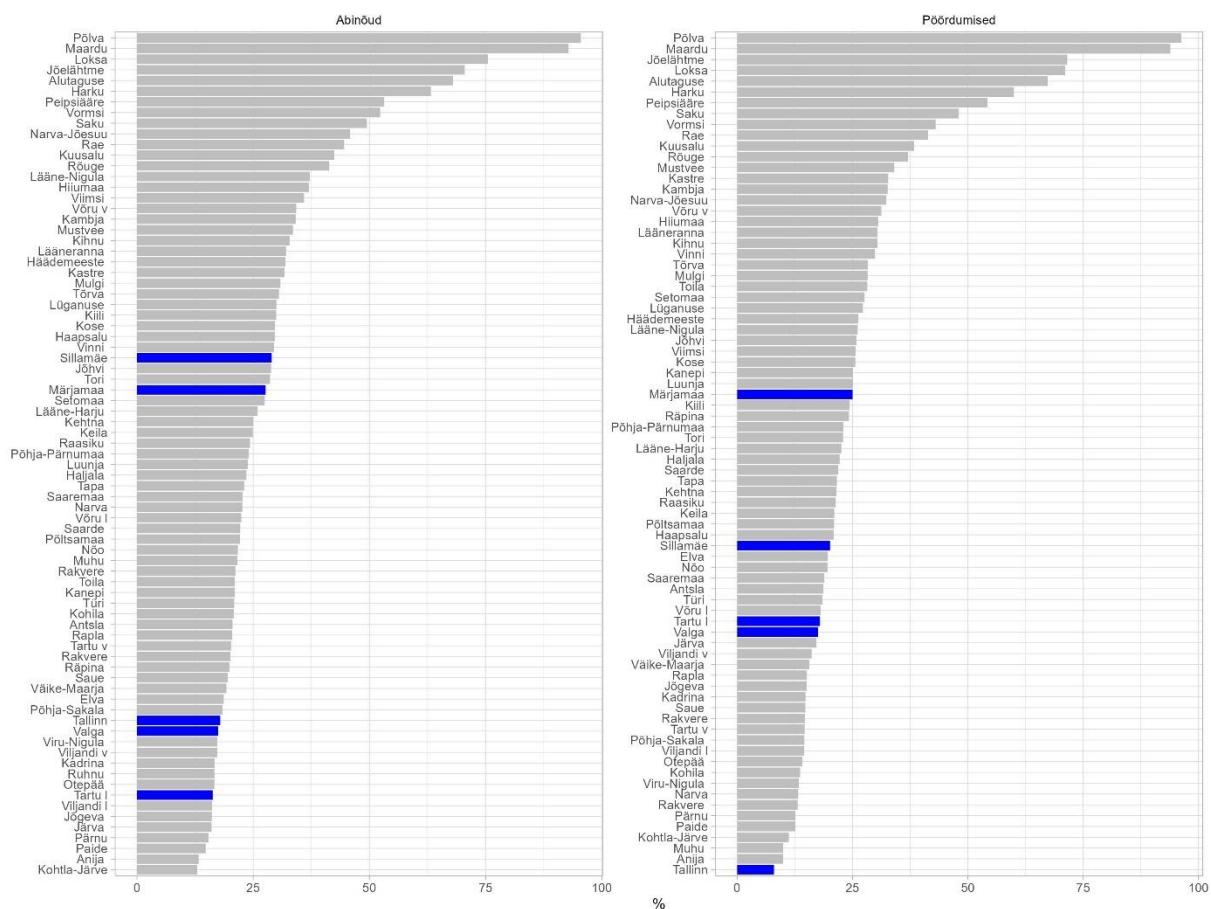
Projekti keskseks andmebaasiks on STAR. See register sisaldab informatsiooni kõikide eakate kohta, kes on KOVi vaateväljas. Projekti eesmärk on aga vastupidi leida just need inimesed, kes veel ei saa KOVi teenuseid. Andmaks hinnangut sellele löhele, küsisime STARist KOVide lõikes 65-aastaste ja vanemate unikaalsete inimeste arvud omavalitsuste lõikes aastatel 2017–2021, kes on teinud KOVi poole kas pöördumise või saanud mingit abinõu (toetust või teenust). Selle võrdlus KOVis elavate inimeste arvuga näitaks potentsiaalselt inimeste arvu, kes ei ole nii-öelda igapäevaselt KOVi vaateväljas.

Seejuures arvestame, et pöördumiste teemad on väga erinevad. Kuna selle uuringu eesmärk on leida 65-aastased ja vanemad inimesed, kellega KOVil puudub kontakt (eelkõige need, kes ei ole saanud

ühtegi sotsiaalhoolekandelist teenust või toimetulekutoetust), kuid kes võiks abi vajada, siis esimeses etapis vaatasime seda, kui suure osaga sihtgruppi kuuluvatest inimestest on KOVil kontakt olemas (sõltumata pöördumise põhjusest).⁸⁶

Järgmisel joonisel on toodud pöördumiste või mõnda abinõu saanud inimeste suhe rahvaarvu (rahvaloenduse järgi) 2021. aastal KOVide lõikes. Me näeme väga suurt varieeruvust KOVide lõikes. On KOVe, kus see suhe on 100% ligi (Põlva vald, Maardu linn), ja on palju KOVe, kus see suhe on vaid ligi kümnendik. Oluline on märkida, et meie valitud omavalitsused kuuluvad pigem madala pöördumiste või abinõude osakaaluga KOVide hulka. See võib viidata kas sellele, et nad kasutavad STARi vähe, neil on vähe teenuseid eakatele (mis on vähetõenäoline, sest kaasatud on Tallinn ja Tartu) või neil elavad eakad, kes ei vaja nii palju teenuseid.

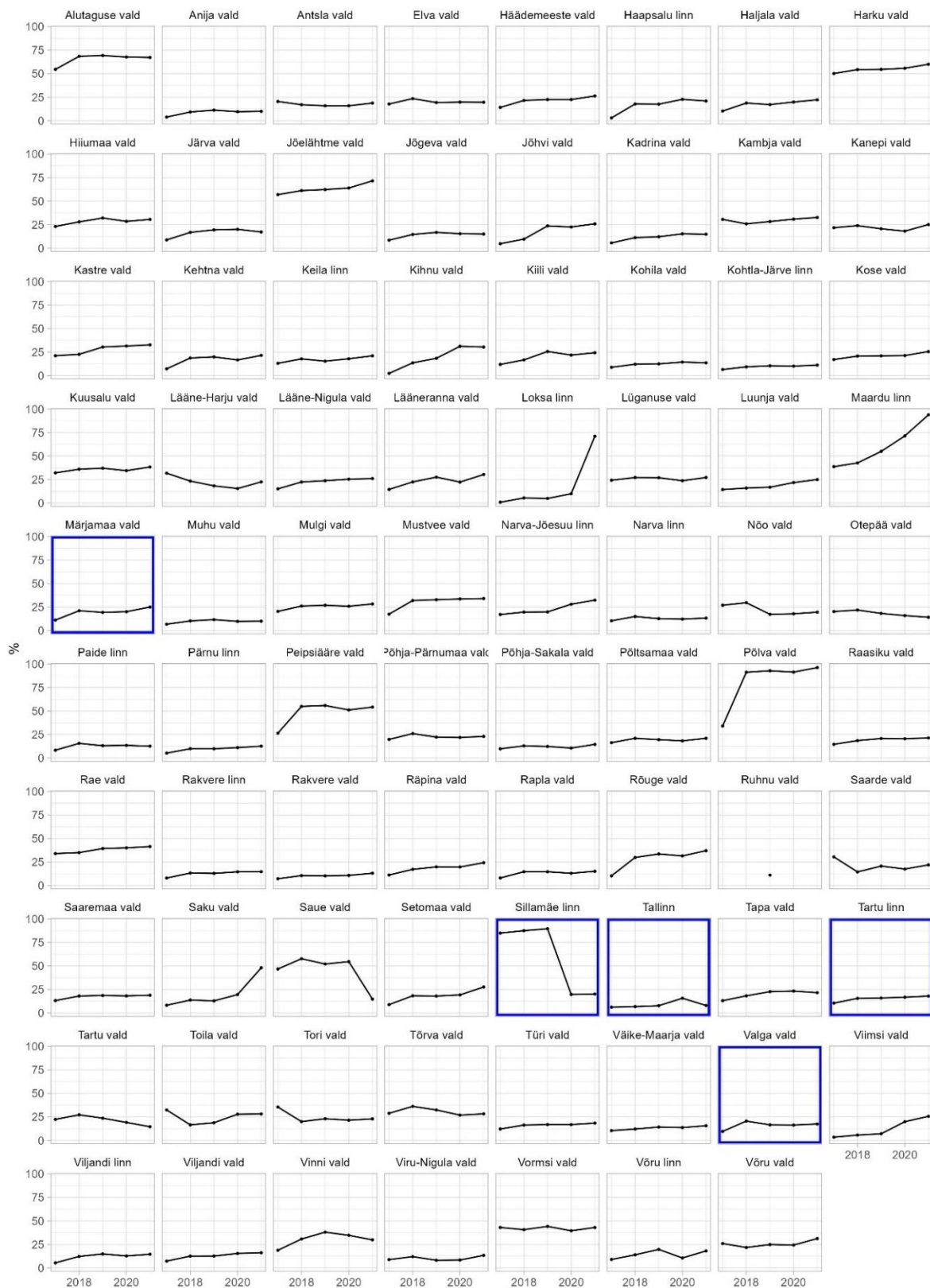
⁸⁶ Kui kasulik oleks teada teatud teenuste puhul sihtgruppi kuuluvate inimeste arvu, siis saame teha lisapäringu STARi.



Joonis 1. 65-aastaste ja vanemate unikaalsete inimeste arv, kes on saanud abinõu, või kes on pöördunud KOVi poole, võrreldes 2021. aasta rahvaloenduse andmetega (%)

Lisaks näeme, et üle aastate on pöördumiste osakaal teinud mõnel juhul järske muutusi. Sellest saame järeldada kahte aspekti:

- omavalitsuste löikes STARi kasutamine erineb oluliselt ja üldiselt on ajas pigem kasvanud (enamused trendijooni on suunaga üles);
- mõned omavalitsused on hakanud kasutama STARi mingi ajahetkel oluliselt enam (nt Narva-Jõesuu) või ka vähem (nt Sillamäe), mistõttu mudelite treenimisel peame arvestama, et andmed võivad olla puudulikud ja sel juhul on vajalik lisainfo, mis aasta andmeid millistest KOVidest tasub kasutada.



Joonis 2. 65-aastaste ja vanemate unikaalsete inimeste arv, kes on pöördunud KOVi poole, võrreldes 2021. aasta rahvaloenduse andmetega (%)

2.2.2. Sotsiaalkaitse infosüsteem SKAIS ja abivahendite andmestik AVE

Puuetega inimeste andmed on kättesaadavad algoritmi arendamiseks vajaliku perioodi kohta puude raskusastme järgi (tabel 3 annab maakondade ülevaate 2021. aasta kohta). Et hinnata üldkogumit, kellega KOV peaks aasta jooksul tegelema, sisaldab alusandmestik ja alljärgnev tabel 65-aastaseid ja vanemaid inimesi, kellel oli puue, kalendriaasta kohta. Seejuures tuleb arvestada, et erinevatel põhjustel (surmad, puude uuesti mittemääramine) on see arv suurem kui puudega inimeste hulk aasta lõpu seisuga.

Tabel 3. Puudega 65-aastaste ja vanemate inimeste arv maakondade ja puude raskusastme kaupa 2021. aastal

Maakond	Keskmine	Raske	Sügav	Kokku
Harju maakond	4636	13 531	3102	21 269
Ida-Viru maakond	3678	8173	1608	13 459
Tartu maakond	2399	7927	1567	11 893
Pärnu maakond	1045	3416	765	5226
Võru maakond	731	2748	643	4122
Viljandi maakond	648	2235	523	3406
Jõgeva maakond	609	2106	448	3163
Lääne-Viru maakond	571	2104	459	3134
Põlva maakond	519	2073	413	3005
Valga maakond	634	1942	364	2940
Saare maakond	563	1373	382	2318
Järva maakond	377	1108	283	1768
Rapla maakond	309	866	204	1379
Lääne maakond	169	604	155	928
Hiiu maakond	72	295	63	430
KOKKU	17 073	50 725	11 035	78 833

Allikas: SKAIS

Puuetega inimeste info on kõikselt KOVIDel olemas ja juba ka praegu kättesaadav. Seetõttu kasutame seda informatsiooni pigem selleks, et välistada, millised on need inimesed, kes veel ei ole KOVI vaateväljas.

Projekti esimeses faasis me veel ei sidunud omavahel puudega inimesi ja STARi järgi teenust saanud inimesi, kuid järgnevates etappides on see oluline.

Lisaks saame SKAISi andmestikust riskihindamise instrumendi jaoks vajalikud andmed erihoolekandeteenuste osutamise kohta, et selgitada välja millised riskirühma kuuluvad inimesed on juba saanud erihoolekande teenuseid ning seetõttu on juba KOVi tähelepanu all.

Tabel 4. Erihoolekandeteenusel 65-aastaste ja vanemate inimeste arv elukoha maakondade ja teenuste kaupa 2021. aastal

Maakond	Igapäevaelu toetamise teenus	Kogukonnas elamise teenus	Toetatud elamise teenus	Töötamise toetamise teenus	Ööpäevaringne erihoidusteenus	Ööpäevaringne erihoidusteenus ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega isikule	Ööpäevaringne erihoidusteenus kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatud isikule	Ööpäevaringne erihoidusteenus sügava liitpuudega isikule	Kokku teenustel inimesi
Harju	62	6	20	8	96	2	5	3	202
Tartu	39	11	13	3	29	3	1		99
Saare	7	1	4	2	44	1		2	61
Viljandi	15	2	7	2	27	2			55
Lääne	7	2	6	7	21				43
Jõgeva	4	4			23	2		6	39
Põlva	6		5	2	22	2			37
Pärnu	13	1	3	2	15	3			37
Võru	5	1	2		19	6			33
Ida-Viru	4	2		2	20		1		29
Järva	10	2	4	1	11	1			29
Lääne-Viru	4	3	4		16	1			28
Valga	4		2		13			2	21
Rapla	1		1		11		1		14
Teadmata					5	1			6
Hiiu	2			1	1				4
KOKKU	183	35	71	30	373	24	8	13	737

Allikas: SKAIS

Riskihindamise algoritmi arendamisel saab ja on kavas kasutada ka abivahendite andmestiku tunnuseid (perioodi alates 2017 kohta) abivahendite rühmade, isikute ja KOVide kaupa. Riigipoolse soodustusega abivahendi soetamine kehtib kõigile vanaduspensionärile. Kui puuet või töövõimetust pole, eeldab see tavaliselt tervishoiutöötaja töendi olemasolu, erandiks on abivahendite rühm „09 enesehoolde- ja kaitseabivahendid“, mille puhul pole vanaduspensionäridel töend vajalik.

2.2.3. Rahvastikuregister

Projekti esimeses etapis loobuti rahvastikuregistrist agregeeritud päringute tegemisest, sest KOVides elavad 65-aastased ja vanemad inimesed ning nendega samal aadressil elavad pereliikmed on eeldatavalt rahvastikuregistris kaetud kõikselt. Isegi kui inimesed ei ela oma rahvastikujärgses elukohas (nt sissekirjutus ühes omavalitsuses, aga tegelik elukoht muus omavalitsuses), siis antud projekti raames seda andmekvaliteedi teemat ei lahendata. Projekti hilisemates faasides, kui piloteeritakse andmemudelit konkreetsetes omavalitsustes, siis selguvad ka võimalik andmevead rahvastikuregistris.

Rahvastikuregistrist plaanitakse küsida (eeldusel, et õiguslik analüüs selleks loa annab) aastate 2017–2021 kohta sünniaasta, elukoht, viibimiskoht, surmakuupäev, samal aadressil elavate inimeste arv soo-vanuse järgi.

2.2.4. Tervisekassa andmed

Projekti esimeses etapis loobuti tervisekassast agregeeritud andmete päringu tegemisest, sest 65-aastased ja vanemad inimesed on Eestis kõikselt ravikindlustatud ning vaadeldavad diagnoosrühmad, mis mõjutavad inimeste toimetulekut (nt südame-veresoonkonna haigused, ortopeedilised haigused, nägemisvaegused ja neuroloogilised haigused), on eeldatavalt kõikselt tervisekassa andmetes raviarvetega kaetud.

Tervisekassa andmed on kõikselt ja raviarvete andmed on olemas algoritmi arendamiseks vajaliku perioodi kohta (raviarvete andmed on olemas aastast 2005). Riskihindamise instrumendi kasutamise kontekstis on lisaks kasulik see, et raviarvete info liigub suuremate tervishoiuasutuste ja tervisekassa andmebaaside vahel praktiliselt iga päev, mis teeb potentsiaalselt riskiskooride uuendamise kiireks, eeldusel, et infotehnoloogiline lahendus seda tulevikus võimaldab.

Terviseinfo küsimisel arvestatakse võimalust, et saaks tuua paralleelsele Eestis juba seni toimivate pilootprojektidega insuldijärgsetele⁸⁷ ja endoproteesimise⁸⁸ patsientidele sotsiaalhoolekande teenuste pakkumisel.

Esiplaanne plaan on kasutada järgmisi diagnoosirühmasid määramaks sotsiaalhoolekandelise teenuse vajadust:

- Alampeatükk I60-I69 – Peaajuveresoonte haigused e tsebrovaskulaarsed haigused, sh eraldi I63 – Peajuinfarkt (võrdlemaks insuldiprojekti kogemusega)
- Peatükk M00-M99 – Lihasluukonna ja sidekoehaigused (võrdlemaks endoproteesimise juhtprojekti kogemusega)
- Peatükk H00-H59 – Silma- ja silmamanuste haigused (arvestamiseks nägemispuuet)
- Diagnoosirühmad F00, F01, F02, F03 – Dementsus (arvestamiseks vaimset puuet)

Lisaks küsitakse informatsiooni raviarvete kohta, kus on toodud järgmised tervisekassa hinnakirjaga teenused:

- Kood ON2125 – Endoproteesi eemaldamine suurest liigesest
- Kood ON2139 – Puusaliigese tsementeeritava endoproteesi paigaldamine
- Kood ON2140 – Puusaliigese ilma tsemendita proteesi paigaldamine
- Kood ON2141 – Põlveliigese endoproteesi paigaldamine
- Kood ON2142 – Muu suure liigese tsementeeritava endoproteesi paigaldamine

Lõplikult täpsustatakse algoritmi jaoks vajalike diagnoosigruppide detailsus (arvestades võimalusel rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsiooniga) koostöös tervisekassaga, kui on õigusanalüüsist selgunud, kas ja milliseid terviseandmeid on õiguslikult lubatud kasutada riskimudelil.

Eespool mainitud insuldiprojekt oli personaalne, konkreetsest isikust lähtuv ja küsis ka isiku nõusolekut kohe, mistõttu on tegemist täpse ja sihitud lähenemisega. Käesolevas uuringus loodav riskimudel oleks seevastu laiem lahendus (arvestaks enamaid riskitegureid), aga seetõttu ka ebatäpsem ning see nõuaks seadusandlikku luba andmete kasutamiseks.

⁸⁷ Insuldiprojekti oli kaasatud lisaks Tartu Ülikooli Kliinikumile 6 Lõuna-Eesti piirkonna haiglat (Põlva, Lõuna-Eesti Haigla, Valga, Jõgeva, Elva, Viljandi) ja nendega seotud perearstid ja KOVID. KOVIDest oli suurem koostöö Tartu linnavalitsusega (hoolduskoordinaatorid, heaolumeistrid jne). Insuldikoordinaatorid tegid koostööd perearstide, -õdede, insuldioõdede, raviarstide, kogemusnõustajate, KOVIDe, SKA, Töötukassa, haiglate sotsiaaltöötajate, teenuseid ja abivahendeid pakkuvate ettevõtetelega. See, mis liiki informatsioon osapoolte vahel liigub, oleneb konkreetsest juhtumist ja osapooltest. KOVI sotsiaaltöötajaid teavitatakse vajadusel abivajavast isikust telefoni teel siis, kui patsient on koju jõudnud (haiglaetapis tegeleb haigla sotsiaaltöötaja). Perearsti teavitatakse tema nimistus oleva patsiendi insuldikoordinaatori teenusele võtmisest e-kirja teel. Aastatel 2020–2021 kasutati võrgustikutööriista Teleskoop, alates 2021 on insuldikoordinaatorile vajalik ülevaatlik info TÜ kliinikumi haiglainfosüsteemis eHL, kuhu teised osapooled ligi ei pääse. Projekt toimus mitmes etapis, 2020. a kaasatud patsiendid andsid nõusoleku projektis osalemiseks (eraldi eetikakomitee luba). Alates 2021. a, kui teenus muutus kõigile kättesaadavaks, tutvustab insuldikoordinaator patsiendile teenust, jätab oma kontaktandmed ning teenust tutvustavad infomaterjalid ning võtab temaga telefoni teel ühendust, kui patsient on haiglast koju jõudnud. Lisainfo: <https://www.tervisekassa.ee/insuldi-juhtprojekt>

⁸⁸ Lisainfo: <https://www.tervisekassa.ee/blogi/mis-endoproteesimise-juhtprojekt>

2.2.5. Ehitisregister

Riskihindamise algoritmis saab ja on plaanis kasutada ehitisregistri andmestikku kehtivate eluhoonete (sh ühiselamud ja hoolekandeesutused) ning neis olevate eluruumide kohta. Kasutatavad tunnused eluhoone kohta on

- eluruumide arv;
- korruste arv;
- liftide arv;
- soojusvarustuse liik;
- energiaallikas.

Eluruumi kohta (kortermajade puhul) on lisaks ka sissepääsu korrus.

Eluruumide on Eestis ü 750 000 (tabel 5 annab ülevaate Eesti eluhoonete ja eluruumide jaotusest maakondade kaupa) ja edasises analüüsis piirame seda sihtgruppi (65-aastased ja vanemate inimeste elukohad) alusel. Kui saame rahvastikuregistrist sihtgruppi kuuluvate inimeste aadressid⁸⁹, siis seome ehitisregistrist juurde eespool loetletud andmed elukoha kohta.

Tabel 5. Eluhoonete ja eluruumide jaotus maakondade kaupa

Maakond	Eluhoonete arv	Eluruumide arv
Harju maakond	69 347	306 495
Tartu maakond	28 433	80 667
Ida-Viru maakond	22 554	93 028
Pärnu maakond	22 443	48 615
Lääne-Viru maakond	17 467	37 738
Viljandi maakond	14 484	27 007
Võru maakond	12 756	21 938
Rapla maakond	11 960	19 665
Saare maakond	11 744	18 224
Jõgeva maakond	9643	16 774
Valga maakond	9231	17 414
Järva maakond	9227	18 635
Põlva maakond	7921	13 346
Lääne maakond	6246	13 182
Hiiu maakond	4013	5591
KOKKU	257 469	738 319

Allikas: Ehitisregister

Täiendavalt saab kaaluda, kas algoritmi aitavad täpsustada kinnistusraamatusse⁹⁰ kogutavad andmed.

⁸⁹ Normaliseeritult vastavalt Maa-ameti standardile.

⁹⁰ <https://www.riha.ee/Infos%C3%BCsteemid/Vaata/kr>

3. UURINGU I ETAPI PEAMISED JÄRELDUSED

Uuringu I etapi tulemused näitavad, et algselt plaanitud mudelit pole mõistlik edasi arendada, kuna selle praktiline rakendamine on väga komplitseeritud.

Õigusanalüüs selgitab, et laialdane riiklikes registrites olevate andmete töötlemine uuringu sihtgruppi kuuluvate abivajajate leidmiseks ei ole praeguses õigusruumis põhjendatud.

Algoritmipõhise lahenduse jaoks vajalike andmestike analüüsi oluliseks tulemuseks on see, et andmete kvaliteet erinevates registrites varieerub palju⁹¹, mis vähendab algoritmil põhineva statistilise analüüsi tulemuste täpsust. See järeldus leiab kinnitust ka seeläbi, et 2023. aastast on KOVidel olnud võimalus saada sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri põhjal andmeid keskmise või raske puudega täisealiste inimeste abivajaduse kohta, aga erinevatel põhjustel pole andmed veel väga täpsed ja seega vajab andmete kvaliteet edasi arendamist⁹², et sellest lahendusest KOVidele igapäevatoos rohkem kasu oleks.

Peatükis 4 on toodud ülevaade projekti kaasatud kohalikest omavalitsustelt kogutud infost, mille analüüs näitab, et igapäevatoos on täiendava ressursi vajaduse kõrval palju kasu sellest, kui operatiivinfo liigub kiirelt ja kokku lepitud moel, et KOVid saaksid selle põhjal järgmisi samme astuda (nt pakkuda teenuseid, toetusi). Riigi ja KOVi majanduslik suutlikkus potentsiaalsete abivajajatega tegeleda on seejuures väga tähtis, kuna teenuste proaktiivne pakkumine suurendab vajadust rohkemate finantsvahendite ning pädevate spetsialistide järele.

Seega, arvestades õigusanalüüsi tulemusi, registriandmete kvaliteeti ja KOVidelt tulnud infot nende vajaduste kohta, saab uuringu I etapi tulemuste põhjal järeldada, et kui luua algselt mõeldud mudel, siis jääks see lähiaastate perspektiivis teoreetiliseks harjutuseks ja praktilisel tasandil saab KOVe muude lahendustega tõhusamalt toetada.

⁹¹ Sarnastele väljakutsetele on tähelepanu pööranud ka Arenguseire Keskus andmepõhiselt sihitud toetuste rakendamise kontekstis (<https://arenguseire.ee/uudised/arenguseire-aastaraamat-andmepohiselt-sihitud-toetuste-rakendamisel-on-mitmeid-takistusi/>)

⁹² Siinkohal on oluline märkida, et Eesti erinevate infosüsteemide arendamine käib jooksvalt ning näiteks 2023. aastal on algatatud suurem arendus on sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (STAR) arendus- ja hooldustööde tegemiseks (<https://riigihanked.riik.ee/rhr-web/#/procurement/5888900/general-info>)

4. ÜLEVAADE KOHALIKE OMAAVALITSUSTE OLUKORRAST JA VAJADUSTEST

Kaasatud kohalike omavalitsustega (Tallinna Kesklinna valitsus, Tartu linn, Märjamaa vald, Valga vald, Sillamäe linn) viisime läbi eelintervjuud. Nende käigus keskendusime alljärgnevale küsimustele.

1. Kas ja millisel moel on KOVis olemas isikute tasandil andmed selle kohta, kes saavad KOVi (või KOViga seotud) teenuseid (sh mis ajaperioodil)?
2. Kuhu sisestatakse kogutavad andmed (STAR, oma andmebaas Excelis, paberkandjal vms)?
3. Kas KOV pakub (või plaanib pakkuda) praegu proaktiivseid teenuseid (võimalikele) abivajajatele (sh kas KOV kasutab selleks mingeid andmeid – kui jah, siis kas nende andmete kasutamiseks on vaja küsida inimestelt nõusolekut vms)?
4. Mis andmetest tuntakse KOVis suurimat puudust (sh mis tingimustel saab neid andmeid kasutada)?

KOVIDel **on olemas isikute tasandil andmed** selle kohta, kes saavad valla teenuseid, erinevates allikates (sh edaspidi käsitletud andmebaasides), kuid seejuures on suhteliselt suur roll **paberkandjatel** olevatel dokumentidel ja isikute kaustadel. Paberkandjal on tihti isikutoimikud (andmebaasist ei saa töötaja kätte teenusele suunatud andmeid), hooldusvajaduse hindamise toimikud (mis võivad olla mitukümmend lehekülge pikad ja nende andmebaasidesse sisestamine on väga ajamahukas). Täiendavalt toodi välja näiteks

- isikupõhiseid arveid dokumendihaldussüsteemis,
- PPA andmeid (nt lähisuhtevägivalla juhtumite info),
- inimese enda kirjavahetust KOViga,
- võimalikke infovahetusi Päästeameti, haiglate või töötukassaga,
- SKA andmeid,
- kohtute või vanglate andmeid ning ka
- kodanike, nt naabrite või korteriühistu kaudu info saamise võimalust.

Inimese kohta olemasolevad andmed lisatakse suuremalt jaolt **STARi**, mida kasutavad kõik kaasatud KOVID ja kuhu andmed jõuavad väikese viivitusega, kuid reeglina maksimaalselt ühe nädala jooksul. Lisaks säilitatakse andmeid tihti paberil ja Exceli tabelites. Exceli tabelitesse kogutakse eelkõige andmeid sellisel kujul, mida programm ei võimalda. STARi kohta tõi üks vastaja näitena välja, et nende KOVi puhul on seal olemas andmed alates u 2010. aastast.

Proaktiivseid teenuseid (võimalikele) abivajajatele selles tähenduses, nagu me käesoleva uuringu käigus silmas peame, pigem praegu ei osutata, või kui, siis projektipõhiselt. Eelkõige lähtub see aja- ehk **tööjõupuudusest**. Vajadust teenuste osutamise arendamise osas nähakse, kuid sotsiaaltöötajate praeguse koormuse juures on **uute kohustuste lisamine nende tööplaani ebarealistlik**.

Abi pakkumise kontekstis tunnevad KOVID kõige suuremat puudust **terviseandmetest**, mida mainisid kõik kaasatud KOVID. Kasulikku infot võiksid KOVile anda paljud erinevad aspektid, lisaks

akuutsetele haigestumistele ja rasketele kroonilistele haigustele ka näiteks hindamised, ravimite väljaostmised, raviprotseduuridel osalemine (nt keemiaravi, füsioteraapia) vms. Lisaks toonitatakse tihti vajadust näha **SKA ja Töötukassa hindamisi koos sisuga** ja **rahalise poolega seotud andmeid (arvelduskonto olemasolu, võlakohustused)**. Samuti toodi välja **vangistuse andmed ja aktiivsete täitemenetluste info** nägemise vajadust.

Kohati on **puuduolevaks infoks ka hoopis inimese kontaktandmed või tegelik elukoht**, kui see ei vasta sissekirjutusele, näiteks võib olla eakas kolinud hoolduseks lähedaste juurde, kuid sissekirjutuse järgset KOVi ega uut tegeliku elukoha KOVi ei ole sellest teavitatud. Kui reeglina kiidetakse infovahetust Päästeametiga, siis kiirabiga on see tihti mõnevõrra vähesem ja ebaühtlasem, perearstidega veel vähesem, aga ka suure varieeruvusega (sh puudub ühtne süsteem) ning haiglatega pigem puudulik. Sageli tuntakse puudust andmete sisulise osa nägemisest, olgu selleks siis hindamiste sisufailid või sisuliste masspäringute tegemise võimalikkus (saada päringu peale vastavale tingimusele vastavate inimeste nimekiri, mitte lihtsalt statistiline arv).

Andmete proaktiivse kasutamise positiivse näitena toodi välja **eaka sünnipäevatoetus**. KOV võtab ise andmed ja teab sünnipäevalisi (sünnipäevatoetust saavad 80, 85, 90, 95, 100, 101, 102 jne). Seejärel jõuab toetus eakani postiljoni abil, selleks on Eesti Postiga sõlmitud vastav leping. Tänu postiljoni visiidile saab ka teada, kas inimene tegelikult elab seal, kas kingitus saadi üle anda jne. Kui postiljon peaks märkama mõnda probleemi, saab ta (kaaskodaniku positsioonilt) ka sellest KOVi informeerida.

Lähtuvalt KOVide sisendist, on KOVide **tajutud infovajadused** järgnevad:

- terviseandmed, eelkõige kiire infovahetus kiirabi, perearstide ja haiglatega;
- riskitegurite andmed, sh PPA ja Päästeameti oluline info;
- ligipääs SKA ja Töötukassa hindamiste sisule;
- rahalised andmed (arvelduskonto olemasolu, võlakohustuste olemasolu);
- karistussüsteemi andmed (vangistuse info, aktiivsed täitemenetlused).

Lisaks tunnevad KOVid **teravalt tööjõupuudust** ning **andmete killustatust ja/või dubleerimist**, mis võib osaliselt tuleneda ka STARi mittetäielikust vastavusest KOVi tegelikele vajadustele. Tööjõupuuduse osas ei ole mitte niivõrd vaja eraldi töötajat proaktiivsete tegevuste peale, kuivõrd suuremat hulka sotsiaaltöötajaid üldiselt, kes seeläbi saaksid enda töömahu sisse ka proaktiivsed sekkumised paigutada.

5. TEISTE RIIKIDE KOGEMUSED RISKIHINDAMISE VAHENDITE KASUTAMISEL JA INFOVAHETUSE TAGAMISEL KOHALIKES OMAVALITSUSTES

Keskendume väliskogemusest ülevaate tegemisel sellele, mis on teiste riikide ekspertide ja praktikute hinnangul neis riikides toimivad ja tõestatud mõjuga lahendused (sh kasutusel olevad instrumendid, teadmine andmete liikumisest tervise ja sotsiaalvaldkonna vahel), ning analüüsime nende lahenduste sobivust ja rakendatavust Eesti jaoks.

Meile pole teada, et kuski maailmas oleks välja töötatud riiklikult kogutavatel andmetel põhinevat sotsiaalhoolekandelse abivajaduse hindamise instrumenti, mis on mõeldud kohaliku tasandi sotsiaaltöötajale eesmärgiga avastada potentsiaalse abivajadusega (vanemaealisi) inimesi. See seab välisriikide kogemuse analüüsile mõned piirangud. Esmalt tuleb arvestada, et valitud riikide sotsiaal- ja tervishoiu teenuste ulatus ei ühti suure tõenäosusega Eesti sotsiaal- või tervishoiusüsteemis pakutavate teenustega. Oluline on silmas pidada ka ambitsiooni arendada integreeritud teenuseid (*integrated care*), mis seavad kesksele kohale inimese ja tema abivajaduse mitmekülgsuse. Üheks selliseks näiteks on 16 Euroopa riigi ühisprojekt JADECARE⁹³, milles osaleb ka Eesti.

Eelnevat arvestades seadsime eesmärgiks analüüsi leida riike, mis vastaks ühele kahest järgnevast tingimusest:

1. riigis on kasutusel algoritmidel põhinev riskihindamise instrument, olenemata sellest, kas see on suunatud sotsiaal- või tervishoiu süsteemile ning sellest, kas see on mõeldud kasutamiseks kohaliku tasandi sotsiaaltöötajatele;
2. kohalikul tasandil pakutakse proaktiivselt vanemaealistele sotsiaalteenuseid, kuigi selle aluseks ei ole algoritmidel põhinev instrument.

Esimesel juhul eeldame, et instrumendi loomise ja kasutusele võtmise kogemus on üldistatav valdkonnast hoolimata ning teisel juhul peame oluliseks just valdkondlikku vastavust, kuigi kasutusel pole algoritmidel põhinevat instrumenti.

Kui tegemist on algoritmidel põhineva instrumendiga, peame silmas, et see vastaks võimalikult paljudele järgnevatest tingimustest:

- eesmärk on juhtumite leidmine (*case-finding tool*);

⁹³ JADECARE (<https://www.jadecare.eu/>). Selle koostöö kaudu on sotsiaalministeeriumil ülevaade Kataloonias kasutusel olevast üksikisiku terviseriski hindamise instrumendist GMA, mistõttu jäeti selle instrumendi analüüs käesolevast töös välja.

- tõestatud selgitusvõime, selle kasutamise tulemuste põhjal on avaldatud eelretsenseeritud teadusartikleid;
- kasutusel paljudes piirkondades või kasutatakse võimalikult paljude indiviidide (*population-based*) andmeid;
- mida tihemini instrumendis kasutatavaid andmeid uuendatakse, seda parem;
- riigi õiguslikud regulatsioonid isikuandmete kasutamiseks on sarnased (Euroopa Liidu liikmesriigid või riigid, mille suhtes on teinud Euroopa Komisjoni andmekaitsetaseme piisavuse otsuse).

Kui konkreetne instrument puudub, peame oluliseks järgnevat:

- riigi õiguslikud regulatsioonid isikuandmete kasutamiseks on sarnased (Euroopa Liidu liikmesriigid või riigid, mille suhtes on teinud Euroopa Komisjoni andmekaitsetaseme piisavuse otsuse) või on ulatuslik kogemus isikuandmetel põhinevate avalike teenuste pakkumisega;
- vanemaelastele pakutakse aktiivselt sotsiaalteenuseid kohalikul tasandil.

Välisriikide kogemuse analüüsis lähtume asjakohasest (kas on instrument või mitte) valikust järgnevate uurimisküsimuste hulgast:

- Milliste registrite andmeid instrumendis või proaktiivsete teenuste pakkumisel kasutatakse?
- Millise regulaarsusega andmeid uuendatakse?
- Milline on kasutatavate andmete usaldusvärsus? Kuidas on lahendatud andmete kättesaadavuse, võrreldavuse ja mitmemõttelisuse (*ambiguity*) probleemid?
- Kuidas on andmete kasutamine õiguslikult reguleeritud?
- Millised küsimused tõstasid avalikes aruteludes seoses andmepõhiste avalike teenuste pakkumisega?

Välisriikide kogemuste analüüsi sobivate materjalide leidmiseks alustasime üldiste märksõnade põhiseest otsingust. Kasutasime märksõnu „*health risk assessment*“, „*social care risk assessment*“, „*health risk assessment model / instrument*“, „*social care risk assessment instrument*“. Märksõnade otsingu tulemused kinnitavad, et nii tervise kui sotsiaalvaldkonnas on maailmas palju riskide hindamise instrumente (tihti küsimustiku vormis), kuid suures ulatuses on need mõeldud kasutamiseks juhtumikorralduses ehk üksiku inimese tervise või heaoluga seotud riskide hindamiseks, aga mitte abivajadusega inimeste tuvastamiseks. Märksõnade otsingu kaudu leidsime uusi võimalikke huvipakkuvaid allikaid ja edasi kitsendasime otsingut ka riikide nimede lisamisega.

Võttes arvesse uuringu esimese etapi järeldusi (vt ptk 3), täpsustasime ka väliskogemuse analüüsi vajadust. Kohalikelt omavalitsustelt kogutud info põhjal järeldasime muuhulgas, et puudulik on operatiivse info liikumine täiendavate teenuste ja abi pakkumiseks, mistõttu seadsime ka väliskogemuse analüüsis olulisemale kohale küsimused sellest, kas ja mil moel on valitud välisriikides tagatud infovahetus tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel kohalikes omavalitsustes. Hollandi kogemuse uurimise algne eesmärk oli vaadata, millised õiguslikud alused lubavad algoritmipõhiseid avalikke teenuseid pakkuda, kuid asendasime selle fookuse, keskendudes integreeritud hoolduse eelduseks oleva infovahetusega seotud õppetundidele.

Järgnevalt anname ülevaate valitud välisriikide kogemusest koos ekspertintervjuude tulemustega. Intervjuude raames palusime instrumentide või teenustega seotud ekspertidel täpsustada avalikest allikatest kogutud andmeid ning täiendada rakendamise kogemusi ja eeldusi hinnangutega lähtuvalt oma ekspertiisist.

5.1. SPARRA riskiskooride arvutamine Šotimaal

Šotimaal kasutatakse alates 2006. aastast riskihindamisinstrumenti SPARRA (*Scottish Patients At risk of Readmission and Admission*), mille eesmärk on tuvastada inimesed, kellel on järgneva aasta jooksul kõrgenenud risk erakorraliselt haiglasse sattuda. See oli üheks sammuks suuremas poliitikamuudatuses, mille eesmärk oli võtta suund pikaajaliste haiguste ennetamisele ning haigustest põhjustatud raskustega toime tulemisele. Esimene versioon kasutas haiglaravi andmeid, et arvutada riskiskoor 65-aastastele ja vanematele inimestele, kes on sattunud viimase kolme aasta jooksul haigla erakorralisse vastuvõttu. Riskiskoorid anti kord kvartalis kasutamiseks perearstipraksistele. SPARRA eesmärgiks on tuvastada inimesed, kellel oleks enim võita ennetavate tervishoiu meetmete rakendamisest. Alates 2009. aastast saab mudeli (SPARRA Version 3) abil riskiskoori arvutada igas vanuses inimestele, olenemata sellest, kas nad on hiljuti erakorralist meditsiiniabi vajanud. (Health and Social Care Information Programme, 2011)

SPARRA mudel kasutab riiklikke andmeid, kuigi arenduses kaaluti ka kohalikul tasandil kogutavate andmete kasutamist. Need jäeti kõrvale, sest andmetes esines kättesaadavuse järjepidevusega seotud ning andmete definitsioonide erinevusest tulenevaid probleeme. Riiklike andmekogude kasutamise eelduseks on Šotimaa tervishoiusüsteemis kasutatav unikaalne isikukood (CHI number), mis võimaldab andmekogusid ühendada. SPARRA v3 aluseks olev algoritm kasutab järgnevaid andmete kategooriaid, milles omakorda on hulk muutujaid, mida arvesse võetakse:

- haiglaravil viibimine;
- esmatasandil väljastatud retseptid;
- erakorralise meditsiini osakonna külastused;
- uued ambulatoorsed vastuvõttud;
- psühhiaatria haigla vastuvõtt.

SPARRA lähenemine võimaldab arvutada riskiskoori 3,5 miljonile Šotimaa elanikule (ligi 70% elanikkonnast). Selleks kasutatakse lineaarse regressiooni mudelit. Inimesed on jagatud kolme gruppi:

- nõrga tervisega eakad,
- krooniliste haiguste põdejad ning
- 16–55-aastased, kes on viimase aasta jooksul erakorralist meditsiiniabi saanud.

Nende üldkogumite sees rakenduvad erinevad tunnused⁹⁴ ning loodud on eraldi mudelid. 95% erakorralisse vastuvõttu sattunud patsientidest esinevad SPARRA mudelite arvutustulemustes. (Health and Social Care Information Programme, 2011)

Public Health Scotlandi ja NHS Scotlandi esindajatega läbi viidud intervjuus käsitlesime ekspertidega vajalikke eeldusi, mis lubavad SPARRA mudelit efektiivselt rakendada. Lisaks juba nimetatud unikaalsete isikukoodide olemasolule, mis võimaldavad andmeid hõlpsalt omavahel ühendada, töid

⁹⁴ Tunnuste loetelu tabelis 2, lk 9: <https://publichealthscotland.scot/media/17606/sparra-v3-development.pdf>, kasutatud 20.06.2023

nad esile kasutatud andmete üleüldist kõrget kvaliteeti, üldist soovi toetada proaktiivseid lahendusi, mis väljendub riiklikes tervishoiu arengudokumentides, ning riigi väiksust – riskiskoori arvutamine 5–6 miljonile elanikule on võimalik. (Ireland ja Rogers, autorite intervjuu, 24.05.2023)

Mudelis kasutatakse eriarstiabi andmeid, mida Šotimaal kogutakse alates 1981. aastast. Seega on mudelisse valitud muutujate kvaliteet üldiselt kõrge, sest tegemist on suhteliselt pika aja jooksul rakendatud andmete edastamise ja haldamise süsteemiga, kus osapoolte tööprotsessid on hästi välja kujunenud. Lisaks on Public Health Scotlandi koosseisus meeskonnad, kes andmekvaliteedi tagamise eest vastutavad ning anomaaliate korral konsulteerivad tervishoiuteenuse pakkujate ehk andmete esitajatega. Muutujate ühendamist riskiskooriks lihtsustab omakorda see, et kõik kasutatavad andmed asuvad samas andmelaos. Ekspertid tõdesid, et erinevates andmeladudes asuvate muutujate ühendamisel oleks palju raskuskohti. Rääkides võimalike andmete lisamisest esmatasandi tervishoiusüsteemist või sotsiaalvaldkonnast, ütlesid eksperdid, et nende andmete lisamist mudelisse tuleks esmalt katsetada, et hinnata nende asjakohasust, kuid olid üsna kindlad, et see ei oleks lihtne ülesanne, kuna puuduvad ühesed kokkulepped, kuidas sotsiaalvaldkonnas või perearstisüsteemis tekkivaid andmeid dokumenteerida. Perearsti külastuste arvu viimase kolme aasta jooksul peeti võimalikuks täiendavaks näitajaks, mille lisamine perearstiabist võiks olla mõeldav. Ühtlasi tuleb iga muutuja lisamist, mis võib potentsiaalselt võimaldada isiku tuvastamist või ühenduse loomist andmete vahel, põhjendada riiklikule statistika avaliku kasu ja eraelu puutumatus paneelile (Statistics Public Benefit and Privacy Panel), mis otsustab, kas andmete kasutamine soovitud eesmärgil on õigustatud. (Ireland ja Rogers, autorite intervjuu, 24.05.2023)

Andmete ühendamise järel jagatakse kord kuus perearstidega nimekirja riskiskooridega patsientidest. Neid julgustatakse tegelema patsientidega, kelle vajaduse tõenäosus erakorralise abi järele on 40–60%. Eeldatakse, et arstidele on üldjuhul teada patsiendid, kellel riskiskoor on vahemikus 61–99%, kuigi ka nende seas võib olla inimesi, kelle olukorrast pole perearst teadlik. Lisaks juhtumite leidmisele on mudel väärtuslik tööriist ka teenuste planeerimisel ja seda kasutavad piirkondlikud tervishoiuteenuse korraldajad (Health Boards, Health and Social Care Partnerships). Mudeli esimese versiooni kasutusele võtmisel kasutati ka perearstide rahalist motiveerimist, kuid enam seda ei tehta. SPARRAga seotud eksperdid väljendasid intervjuus, et tööriista kasutamine või mittekasutamine toimib perearstide oma äranägemisel ning rõhutasid, et tegemist pole meditsiinilise, diagnoosimise tööriistaga. Seega ei jälgita keskselt kuidagi, kas perearstid neile edastatud riskiskooride põhjal ka oma tegevusi planeerivad ja riskis patsientidega ühendust võtavad. (Ireland ja Rogers, autorite intervjuu, 24.05.2023)

2023. aastal peaks kasutusele võetama neljas versioon SPARRA mudelist, mis põhineb kaasaegsel masinõppel senise regressioonimudeli asemel. Arenduse eesmärgiks on suurendada ennustusvõimet ja kalibreeritavust, kasutades kaasaegsemaid andmeid. (Liley et al., 2021)

5.2. Ennetavad kodukülastused vanemaealistele Taanis ja Norras

Norras ja Taanis korraldavad esmatasandi tervishoiuteenuseid kohalikud omavalitsused. Norras vastutavad omavalitsused esmatasandi tervishoiu, koduhoolduse, pikaajalise hoolduse ja sotsiaalteenuste eest. Igal omavalitsusel on vabadus korraldada oma kodanikele osutatavaid tervishoiuteenuseid oma äranägemise järgi, riiklikult reguleeritud raamistikus. Omavalitsused koordineerivad esmatasandi tervishoiuteenuseid arstidega sõlmitud lepingute kaudu. (Saunes et al., 2020)

Taanis on omavalitsused vastutavad mitmete esmatasandi tervishoiuteenuste ja vanurite hoolduse eest. Riik pakub maksutuludest piirkondadele ja omavalitsustele toetusi, mis osutavad tervishoiuteenuseid. Kõigil elanikel on õigus avalikult rahastatud tervishoiuteenustele, sealhulgas peamiselt tasuta esmatasandi, eriarstiabi, haigla-, vaimse tervise, ennetava ja pikaajalise hoolduse teenustele. Taani kohalikud omavalitsused korraldavad vanemaealistele tervishoiuteenuseid, sealhulgas rehabilitatsiooni, koduhooldust, hambaravi ja terviseedendust. Samuti pakutakse sotsiaalteenuseid, nagu eakate ja puuetega inimeste hooldus, psühhiaatriline ravi. Need teenused on suunatud eakate elukvaliteedi parandamisele ja nende võimekuse suurendamisele iseseisvalt elada. Taani pikaajalise hoolduse süsteem on üks Euroopa Liidu ulatuslikumaid. (Municipal Responsibilities, 2023)

Taanis on kohalikud omavalitsused seaduse järgi kohustatud külastama oma piirkonna eakaid (Riigikontrolli aruanne Riigikogule, 2021, lk 16). Kohustus on sätestatud konsolideeritud seaduses⁹⁵ sotsiaalteenuste kohta alates 1998. aastast. Ette nähakse, et KOV külastab vastavalt vajadusele 75-aastaseid ja vanemaid elanikke ning 82. eluaastast teeb seda vähemalt kord aastas. Üksi elavatele eakatele tuleb kodukülastust pakkuda alates 70. eluaastast. Vajaduse korral võib omavalitsus pakkuda külastust ka 65–81-aastastele inimestele, kel on oht, et nende sotsiaalne, psühholoogiline või füüsiline võimekus on vähenenud. Kodukülastusi ei pea pakkuma elanikele, kes saavad omavalitsuselt juba arvestataval määral abistavaid teenuseid. Kodukülastuste eesmärk on ennetada tervisekahjustuste tekkimist, mis võivad areneda elukvaliteeti vähendavateks puueteks, igapäevase toimimisvõimekuse vähenemiseks, kuid mida oleks võimalik ära hoida varajase professionaalse sekkumise abil. See aitab ka luua kontakti vanemaealistega, kellel mingil põhjusel pole kokkupuudet tervishoiu- või sotsiaalsüsteemiga. Kodukülastuste organiseerimisele ja sisule pole riik omavalitsustele ettekirjutusi teinud, kuid annab juhendite abil soovitusi. (Hendriksen ja Vass, 2005)

Omavalitsustele suunatud Taani Terviseameti riikliku juhise (Sundhedsstyrelsen, 2020) järgi võivad kõrgendatud riskis olla järgnevad sihtrühmad:

- eakad, kes on kaotanud elukaaslase/abikaasa;
- eakad, kes on haiglast välja kirjutatud;
- eakad, kes on lõpetanud rehabilitatsiooniprogrammi;
- üksi elavad eakad mehed;

⁹⁵ Consolidation Act on Social Services, <https://english.sm.dk/media/14900/consolidation-act-on-social-services.pdf> kasutatud: 10.11.2022

- madala hariduse ja/või lühikese töökogemusega eakad;
- tõsiselt haige elukaaslase/abikaasaga eakad;
- mitte-Lääne kultuuriruumi taustaga eakad;
- raske haigusega eakad;
- mitme samaaegse haigusega eakad (multimorbiidsus);
- korraga palju erinevaid ravimeid tarvitavad eakad;
- halvenenud toitumisseisundiga eakad;
- üksikud või sotsiaalselt isoleeritud eakad;
- kukunud eakad;
- kuulmis- või tajukahjustusega eakad;
- ravimeid või alkoholi kuritarvitanud eakad;
- varem pensionile jäänud eakad;
- sageli oma arsti kasutavad eakad.

Ühtlasi märgib juhend, et üksiku teguri esinemine ei pruugi veel tähendada kõrgeenenud riski, kuid mitmete tegurite koosmõju võib vähendada funktsioneerimise võimekust. Kohalike omavalitsuste ühenduse ekspertide hinnangul on järjest vähem oluline teatud vanusepiiri järgi koduvisiidi pakkumine, sest sageli on 75-aastased inimesed veel liikuvad, aktiivsed ja hea tervise juures ning oluline on jälgida muid riskitegureid. (Backe ja Jensen, autorite intervjuu, 26.06.2023)

Omavalitsustele soovitatakse kodukülastuste pakkumiseks vajalike andmete kaardistamist, sealhulgas millal on asjakohane jagada, vastu võtta või edastada isikuandmeid omavalitsuse haldusala asutuste, teistele ametiasutuste või muude ühingutega. Isikuandmete registreerimiseks, salvestamiseks ja kasutamiseks peab olema faktiline eesmärk ja õiguslik alus. Kodukülastuste pakkumise kohustus ning täpsemalt omavalitsuste enda kehtestatud teenuse kvaliteedistandard võivad andmete töötlemiseks sobiva õigusliku aluse pakkuda. Andmete väljavõttest saadud teavet võivad kodukülastusi pakkuvad spetsialistid kasutada ainult selleks otstarbeks, milleks andmete väljavõte tehti ja neid võib säilitada ainult asjakohasel perioodil. Andmete kasutamist tuleb kirjeldada omavalitsuse andmetöötlusregistris, kaasates omavalitsuse andmekaitse nõustaja. (Sundhedsstyrelsen, 2020)

Umbes kolmandikus omavalitsustest on kasutusel eraalgatusel loodud register Columna Cura⁹⁶ mooduliga Early Detection. Selle abil saavad hooldajad hõlpsasti kajastada ja registreerida algava haiguse või vähenenud liikuvuse või funktsioneerimise märke, mida nad visiidi ajal tähele panevad. Rakendus teavitab vajadusel teisi tervishoiu valdkonna spetsialiste, et kasutusele võtta ennetavad meetmed enne, kui inimese olukord halveneb.

Sama juhend ei määratle, kes peab kodukülastust pakkuma. Külastusi võivad teha järgnevad spetsialistid:

- spetsiaalsed töötajad ennetavate kodukülastuste jaoks;
- koduhoolduse ja õendusabi töötajad;
- dementsuse koordinaatorid;
- taastusravi spetsialistid;
- tegevusterapeudid;

⁹⁶ Systematic Columna Cura <https://systematic.com/en-gb/industries/healthcare/community-care/columna-cura/#583ccfba-6719-4368-9336-e3743f88a9e9>

- kodanikuteenistuse spetsialistid;
- tööhõivevaldkonna spetsialistid.

Ühtlasi rõhutatakse koostöö olulisust spetsialistidega ka väljaspool omavalitsuse struktuure, kuna ka nemad saavad toetada suurenenud riskiga vanemaaliste tuvastamist. Väliste partnerite kaasamine aitab sageli tuvastada vanemaid inimesi, kes pole omavalitsusele veel teada. Abi võib olla koostööst perearstide, eriarstide kui füsioterapeutide, kogukonna vabatahtlike, lähedaste, koguduste esindajate, sotsiaalelamute töötajate, apteekrite, hambaarstide ja teistega. (Sundhedsstyrelsen, 2020)

Taani kogemuse järgi peaksid kodukülastused koosnema järgnevatest osadest:

- usalduse loomine,
- struktureeritud intervjuu,
- üldine hindamine,
- konkreetsete kokkulepped võimalike sekkumiste kohta,
- järeltegevused.

Külastuse keskmis on **intervjuu**, mille raames vaadatakse läbi igapäevane elukorraldus, küsitakse nii vaimse kui füüsilise tervise ja sotsiaalse toimetuleku kohta ja vaadatakse üle ravimite manustamine. Varajane haiguste (nt dementsus ja osteoporoos) diagnoosimine ei tohiks olla fookuses ja intervjuu ei peaks järgima kindlat, etteantud põhjalikku küsimustikku, sest oluline on hoida avatud võimalus individuaalseteks kohandusteks. Üldine tervisekontroll ei ole kodukülastuse osa ja seega perearstid on harva otseselt kaasatud. Enamasti külastavad eakaid piirkonna õed, kuid visiidi läbiviijaks võivad olla ka tegevusterapeutid, füsioterapeutid. Kaasatud on ka sotsiaaltöötajaid. (Vass et al., 2007)

Et Taanis on koduviisi korraldatud juba üle 20 aasta, on näiteks uuritud (Yamada et al., 2012) eaka sotsiaalmajandusliku tausta ning koduviisi kokku leppimise meetodi mõju sellele, kas eakas loobub KOVi pakutud visiidist. Inimeste parem majanduslik ja sotsiaalne toimetulek on seotud koduviisi kõrgema aktsepteerimise määraga, kuid seda efekti on võimalik vähendada sellega, kui proaktiivselt (pöördumises on kohe välja pakutud võimaliku visiidi kuupäev) KOV koduviisi välja pakub.

Külastuste käigus võidakse teha standardiseeritud vormil märkmeid selle kohta, kuidas inimesel on läinud alates viimasest külastusest, mida on kokku lepitud ja mis ajaks on kavandatud järgmine külastus. Spetsialistide vahelise koostöö soodustamiseks võivad külastuse läbiviijad inimese nõusolekul edastada neid märkmeid ka asjakohastele partneritele, sealhulgas perearstile. Ennetavad kodukülastusi tuleks pakkuda erinevate valdkondade koostöös, et need sisaldaks võimalikult laia ülevaadet teenustest, mida omavalitsuses eakatele pakutakse. (Sundhedsstyrelsen, 2020)

Kohalike omavalitsuste ühendusest (Local Government Denmark⁹⁷) intervjueritud ekspertide sõnul on Taani sotsiaal- ja tervishoiuteenuste areng selgelt suunatud sellele, et eakad võiksid olla võimalikult kaua kodus. See on märgatavalt vähendanud haiglas keskmiselt veedetud päevade arvu, kuid suurendanud survet kohalike omavalitsuste pakutavatele teenustele. Seega on asjakohaste andmete kogumine ja kasutamine kriitilise tähtsusega eaka jaoks parimate inimkesksete teenuste tagamisel. Ühenduse eestvõttel on arendatud meetod ja standard FSIII (Fælles Sprog III ehk Common Language III) kohalikele omavalitsustele tervishoiu ja eakate valdkonna andmete dokumenteerimiseks ja vahetamiseks, mille eesmärk on tagada tõhus ja kooskõlastatud andmevahetus sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahel. (Backe ja Jensen, autorite intervjuu, 26.06.2023) 2023. aastal kinnitas valitsus, et FSIII võetakse kasutusele tervishoiuseaduse (The Health Act)

⁹⁷ KL - Local Government Denmark <https://www.kl.dk/english/kl-local-government-denmark/>, kasutatud 26.06.2023

terviseedendust ja ennetamist (paragrahv 119) ning haiglaajärgseid rehabilitatsiooniteenuseid (paragrahv 140) puudutavate teenuste kohta andmete kogumiseks. Klassifikatsioonisüsteem võimaldab kirjeldada eaka olukorda funktsioneerimisvõime kategoorias (vahemikus 0-4 ehk iseseisvast tootimisvõimest täieliku abivajaduseni) ning terviseprobleemide kategoorias ("kaob", "väheneb", "jääd muutumatuks"). (Common Language III, 2023)

Norras ei ole omavalitsustel kohustust ennetavaid koduvisiite pakkuda, mistõttu pole see ka üheski seaduses kohustuseks tehtud, kuid omavalitsusi julgustatakse koduvisiitide programme looma. Ennetavate kodukülastuste kaudu saavad eakad tutvuda omavalitsuse tervishoiu-, kultuuri-, spordi- ja vabatahtliku tegevuse teenustega. Norra HelseDirektoratet rõhutab, et oluline on koostöö erinevate ennetavate teenuste, koduhooldusteenuste, töö- ja füsioteraapia teenuste, vabatahtliku töö võimaluste pakkujate ja teistega. Peamiseks sihtrühmaks on 75-aastased või vanemad, kes ei kasuta ühtegi omavalitsuse hoolekandeteenust (või kasutavad väikeses mahu), kuid KOVID võivad ennetavalt külastusi pakkuda ka noorematele kui 75-aastased elanikud. Selliseid visiite tehakse järgneval neljal kesksel teemal, mis üksteist ei välista ja KOVID võivad kohtumise fookust seada vastavalt sihtrühmale:

- pikaajalise hoolduse informatsiooni puudutav,
- kukumistest ja õnnetustest tulenevate vigastuste vältimine,
- terviseprobleemide ja hooldusvajaduse väljaselgitamine,
- terviseedenduslike (toitumine, füüsiline aktiivsus) teemade avamine.

Koduvisiiti soovitab HelseDirektoratet (2017) omavalitsustel pakkuda ka teatud riskis olevatele elanikele. Nendeks võivad olla näiteks järgnevad:

- kellegi kaotanud (abikaasa või muu lähedase sugulase);
- hiljuti haiglast välja kirjutatud;
- krooniliselt haigete isikute sugulane;
- keeleprobleemidega ja tagasihoidlikult lõimunud;
- keeldub visiitidest ja muudest pakkumistest;
- varajaste psühholoogiliste või füüsiliste haiguste tunnustega;
- määratud on abivahendid, nagu häirenupp, TT-kaart⁹⁸;
- näitab tunnuseid kognitiivsest kahjustusest;
- liikumisvõime on vähenenud;
- on üksildane.

Kuigi visiitide sisu ja ülesehitus võivad piirkonniti erineda, ühendab neid lisaks sihtrühma vanusele see, kes visiite teevad. Need on peamiselt õed, füsio- või tegevusterapeutid. Norras on analüüsitud koduvisiitide efektiivsust. Esiteks suurenes tänu koduvisiitidele kodus pakutavate teenuste maht ja vähenes vajadus väljaspool kodu pakutavate teenuste järele. Teiseks märgati haiglasse sattumise juhtumite vähenemist 80-aastaste ja vanemate elanike hulgas. (Bannenberg et al., 2018)

Doktoritöö järgi (Tøien, 2018), mis võttis vaatluse alla koduvisiidid ühes 60 000 elanikuga Norra linnalises omavalitsuses, kestis esimene visiit sageli kaks kuni kolm tundi ja selle põhjal kujundati plaan edasiseks toeks. Koduvisiiti läbi viinud õde ei kasutanud geriaatrilisi hindamisinstrumente, vaid teemapõhist juhendit, mis struktureeris vestlust. Juhend hõlmas elulugu, füüsilist ja vaimset tervist, funktsionaalset võimekust, toitumist, kodu turvalisust ja vajadust muudatuste järele, tegevusi ja

⁹⁸ Alternatiivse, vajaduspõhise transpordi kaart piiratud liikumisvõimega elanikele, kel pole võimalik kasutada ühistransporti või oma autot. [TT cards in Norway - Helsenorge](#) kasutatud 18.05.2023

elustiili, suhtlusvõrgustikku ning perekondlikke ja sotsiaalseid aspekte. Kasutades sellest vestlusest saadud teavet, andis külastanud öde personaalset tuge, praktilist abi ja teavet. Külastanud öest sai külastatava kontaktisik ning neid julgustati võtma temaga ühendust, kui vanemaealisel tekkis küsimusi või nad vajasisid abi.

Jätuks pakuti välja vähemalt üks iga-aastane järelkülastus. Selle eesmärk oli tugevdada suhteid, saada asjakohast teavet olukorra muutumise kohta ja vajadusel pakkuda abi, algatusi, toetust ja anda võimalus täpsustada vanemaealiste jaoks olulisi teemasid. Järelkülastused keetsid sõltuvalt olukorrast sageli ühe tunni või vähem. Tuge pakuti vastavalt iga inimese vajaduste ja tervisliku seisundi muutustele. See võis olla psühhosotsiaalne toetus, teave eakatele inimestele kättesaadavate teenuste või tegevuste kohta kogukonnas, soovitus pöörduda oma perearsti poole, et saada meditsiinilist konsultatsiooni, suunamine teiste munitsipaaltervishoiuteenuste, näiteks tegevus- või füsioterapeudi juurde või vabatahtlike tegevustega kontakti korraldamine. Öde pakkus ka abivahendeid koduse turvalisuse või parema funktsioneerimise tagamiseks ning andis teavet ja nõu, kust neid hiljem vajaduse korral saada. Vajaduse korral võisid külastajad pakkuda ja korraldada praktilist tuge, et leevendada hoolduskoormust, mis on seotud näiteks dementsuse all kannatava abikaasaga.

Et motiveerida inimest täiendavat abi vastu võtma, võidi pakkuda ka sagedasemaid külastusi. Lisakülastusi pakuti ka siis, kui inimese toimetulek võis olla halvenenud, näiteks abikaasa kaotamise või äsja diagnoositud raske haiguse tõttu, eriti isikutel, kellel ei ole lähedasi sugulasi. Abivahendite pakkumisele järgnes samuti lisakülastus, et kontrollida ja tagada, et inimene teab, kuidas neid seadmeid ohutult ja optimaalselt kasutada. Koduviisiidid jätkusid nii kaua, kui inimene nendega nõustus, kuid need lõpetati, kui inimese tervislik seisund ja funktsioonid halvenesid nii, et ta vajab tavapärasest hooldust kodus või hooldusasutuses. Öed kohtusid koduõenduspiirkonna juhtidega regulaarselt ja teavitasid neid eelseisvatest vajadustest. Iga koduviisiiti pakkuv öde registreeris ja säilitas oma märkmed kodukülastuse teenuse kohta omavalitsuse elektroonilises patsiendipäevikus. See teave liikus koos inimesega, kui oli vajadus saada tervishoiuteenuseid teistes omavalitsustes. (Ibid.)

Vanemaealistele suunatud ennetavate koduviisiitide efektiivsuse kohta on tehtud hulk teadusuuringuid ja kuigi paljud neist nende efektiivsust ei kinnita, ei leidu ka kinnitust, et need oleks negatiivse mõjuga.

KPR ehk esmatasandi tervishoiu register on Norra riiklik register, mis sisaldab teavet üksikisikute vajaduste, teenuste ja tulemuste kohta inimestele, kes taotleavad või saavad kohalikke tervishoiu- ja hooldusteenuseid. Registrit kasutatakse kohalike tervishoiu- ja hooldusteenuste kvaliteedi ja tõhususe jälgimiseks ning uurimistöö, statistika ja planeerimise jaoks. Andmed hõlmavad näiteks teavet üksikisiku terviseseisundi, toimetuleku, sotsiaalse toetuse, elutingimuste ja teenuste kasutamise kohta. Eesmärgiks on, et KPR sisaldaks andmeid kõigi teenuste pakkumise kohta, mida näeb ette Omavalitsuse tervishoiu- ja hooldusteenuste seadus⁹⁹. Registrit haldab Helsedirektoratet ning omavalitsused esitavad andmeid kord aastas. (Helsedirektoratet 2019a) Samas vajatakse omavalitsustelt „värskemaid“ andmeid sagedamini kui kord aastas. 2023. aasta veebruaris lõppes Helsedirektoratetil pilootprojekt, mille raames katsetasid üheksa omavalitsust lahendusi, mis võimaldaks automaatset, pidevat andmeedastust. Üks oluline katsetamisel selgunud arendusvajadus

⁹⁹ Health and Care Services Act

[Act relating to municipal health and care services etc. \(Health and Care Services Act\) - Lovdata](#) kasutatud 23.05.2023

oli see, et teenuseosutajatel peab olema võimalus valesid sissekandeid parandada. Eesmärgiks on võetud, et 2024. aastaks oleks sobivad automaatsed lahendused olemas. (Helsedirektoratet 2019b) Helsedirektorateti eksperdi sõnul on võimalik selle registri andmeid teadustöökis ka anonümiseeritud kujul ühendada, kuid see ei anna infot nende inimeste kohta, kes omavalitsuse teenuseid ei saa või kes pole omavalitsuse poole pöördunud. Registrisse kantavad andmed on standardiseeritud, kuid omavalitsustele koguneb andmeid, mis ei kuulu vastava registri koosseisu ja nende koosseis ja täpsus võib omavalitsuseti oluliselt varieeruda. (Antonova, autorite intervjuu, 6.06.2023)

5.3. Tervishoiu- ja sotsiaaltöö infovahetusest vanemaealiste toetamisel Hollandis

Kui proaktiivsete avalike teenuste pakkumist nähakse ka Eestis tulevikuvõimalusena¹⁰⁰, on neid rakendanud riikidel kogemusi ka tagasilöökidega. Nende probleemide avamine võib anda väärtuslikku infot, millega arvestada teenuste loomisel.

Hollandi sotsiaal- ja tööhõiveministerium on viimase kümne aasta jooksul välja töötanud riskianalüüsi süsteemi (SyRI), mis ennustab üksikisiku hüvitise- või maksupettuse ning tööseaduse rikkumise tõenäosust. Seda kasutati peamiselt madalama sissetulekuga piirkondades ning algoritm kogus kokku andmed, mida oli seni hoitud eraldiseisvates andmebaasides, nagu töötamise, isiklike võlgade ja toetuse info, haridus ja elamiskohtade ajalugu. 2020. aasta veebruaris andis Hollandi kohus korralduse viivitamatult peatada automatiseeritud järelevalvesüsteem, sest see rikub inimõigusi, viidates algoritmi läbipaistmatusele. Seda juhtumit peeti oluliseks õiguslikuks väljakutseks vastuolulisele, kuid üha kasvavale tehisintellekti ja riskimodelleerimise kasutamisele sotsiaaltoetuste ja muude põhiteenuste haldamisel. (Henley & Booth, 2020)

Hollandis kasutati ka lapsetoetuse maksupettuste tuvastamise algoritmi. Selle kasutamisel esitati ekslik tagasinõue ja keelduti andmast selle edasikaebamise võimalust rohkem kui 20 000 perele. Väidetav pettus võis seisneda vaid valesti täidetud vormis või puudavas allkirjas. Süsteemi süüdistati ka rassilises profileerimises ning maksuamet tunnistas, et nende erilise tähelepanu all olid 11 000 topeltkodakondsusega perekonda. Valitsus määras umbes 30 000 euro suuruse kompensatsiooni igale perekonnale ning astus tagasi. (Henley, 2021)

Nende kogemuste taustal on Holland otsustanud kasutusele võtta riikliku andmebaasi, kuhu koguneb ülevaade avalikes asutustes kasutatavatest tehisintellekti süsteemidest. Ühtlasi kavatakse Holland esimeste seas rakendada mitmeid olulisi sätteid ELi tulevases õigusaktis, millega reguleeritakse tehisintellekti. (Bertuzzi, 2022) Lisaks toetas Hollandi parlament 2022. aasta aprillis ka

¹⁰⁰ Näiteks majandus- ja kommunikatsiooniministerium on seadnud digiriigi valdkonna eesmärgiks pakkuda aastaks 2025 kümnet sündmuspõhist proaktiivset teenust. https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2022/10/huvasti_menetlus_tere_tulemast_proaktiivsus.pdf kasutatud 10.11.2022

algatust¹⁰¹, millega kutsub valitsust üles muutma algoritmide mõjuhinna enne nende kasutusele võtmist kohustuslikuks, kui algoritmide põhjal tehakse otsuseid või antakse inimestega seotud hinnanguid.

Kuna käesoleva uurimistöo esimeses etapis sai selgeks, et Eesti õigusruum ei võimaldaks töö alguses kavandatud moel ilma suuremate seadusemuudatusteta kasutusele võtta lähteülesandes eesmärgiks seatud riskihindamise instrumenti, ei osutunud asjakohaseks ka Hollandi kogemuse analüüs õiguslikust aspektist. Seega keskendusime Hollandi ülevaates tervishoiu- ja sotsiaaltöö koostöökohtadele abivajadusega vanemaealiste toetamisel ning võimalikele õppiskohtadele. Selleks viisime läbi ekspertintervjuu (26.05.2023) professor Robbert Huijsmaniga, kes on üle 20 aasta olnud professor vanemaealiste toetamise valdkonnas ning dementsuse diagnoosiga inimesele mõeldud keskuses Geriant¹⁰². Ta juhtis ka 2020. aastal valminud dementsuse diagnoosiga inimeste hooldusstandardi¹⁰³ loomist, kus osales üle 20 seotud organisatsiooni.

Rääkides tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna süsteemse koostöö takistustest vanemaealistele teenuste pakkumisel, kliendi vajaduste esikohale seadmisel, nimetas intervjuueeritav esmalt erinevatest riiklikest rahastusmehhanismidest tulenevat fragmenteeritust. See on omakorda tingitud kolmest eraldiseisvast seadusest, mis reguleerivad vastavalt pikaajalist hooldust, kodust abistamist ja haigushüviti. Lisaks rahastusskeemide eripäradele esitavad nimetatud seadused erinevaid nõudeid ka sama spetsialisti (näiteks õde) kompetentsile ja tööülesannetele.

Sellele vaatamata on kohalikul või regionaalsel tasandil viimastel aastatel palju algatusi, mis püüavad seada keskele kohale kliendi tema spetsiifiliste vajadustega. Näiteks Almere piirkonnas tegutsevas organisatsioonis on samasse struktuuri koondatud nii koduhooldus, palliatiivne ravi, füsioteraapia kui muud toetavad teenused. Põhja-Brabandi provintsis kuulub integreeritud teenustega organisatsiooni ka haigla. Frieslandi provintsis tegutsevad sama asutuse struktuuris perearst, hooldekodu ja haigla.

Integreeritud teenuste pakkumist lihtsustaks intervjuueeritud eksperdi sõnul oluliselt ka operatiivse asjakohase info vahetus. Elektroonsed haiguslood on Hollandi esmatasandi arstiabis küll väga levinud, kuid selleks kasutatavat tarkvara pakuvad kümnekond ettevõtet, mis tähendab, et patsientide failid põhinevad erinevatel standarditel ja andmeid ei ole lihtne omavahel kokku viia. Hollandi tervishoiuteenuste uurimisele keskendunud organisatsioon NIVEL¹⁰⁴ on ühe töösuunana (näiteks Kitselaar, Büchner, van der Vaart, et al., 2023) ühtlustanud umbes 10% perearstikeskuste andmed, et kasutada neid võrdlusanalüüsideks. Instituut DICA¹⁰⁵ tegeleb eriarstiabi pakkumisega seotud andmete standardiseerimisega, kaasates patsiendid, tervisekindlustuse ja tervishoiuteenuse pakujad. Samas koduhoolduses kogunevate andmetega töötamine pole nii jõudsalt edasi arenenud. Klient peab esitama teenuseid puudutavad dokumendid tervisekindlustuse pakujale, kuid need sisaldavad peamiselt infot tegevuste kohta ja nende kestuse kohta, mida koduhooldusteenuse

¹⁰¹ Hollandi parlamendisaadikute algatus seoses algoritmide mõju hindamisega <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2022Z06024&did=2022D12329> kasutatud 17.11.2022

¹⁰² Geriant. <https://www.geriant.nl/> kasutatud 26.05.2023

¹⁰³ Care Standard Dementia 2020. <https://www.zorgstandaarddementie.nl/zorgstandaard/> kasutatud 16.05.2023

¹⁰⁴ Netherlands Institute for Health Services Research <https://www.nivel.nl/en/about-nivel> kasutatud 26.05.2023

¹⁰⁵ Dutch Institute of Clinical Auditing. <https://dica.nl/> kasutatud 26.05.2023

raames on tehtud ja suhteliselt vähe infot kliendi terviseseisundi kohta. Suuremad koduhooldust pakkuvad organisatsioonid on kasutusele võtnud Omaha süsteemi¹⁰⁶ klassifikatsiooni, mis koosneb neljast probleemikategooriast. Sotsiaalvaldkonna teenuste dokumenteerimine on veel vähem arenenud, sest puuduvad riiklikult kokkulepitud standardid ja ka selles valdkonnas on palju eraõiguslikke teenuspakkujaid. Näiteks registreeritakse omavalitsuses, kui palju kogukonnateenuseid (näiteks programmi Meals on Wheels) on teatud perioodil pakutud, kuid see ei sisalda kliendispetsiifilisi andmeid tema abivajaduse kohta. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK) on olnud vundamendiks pikaajalise hoolduse teenuste saamisele eelnevale kohustuslikule vajaduste hindamisele, kuid eraldiseisvalt see laialt levinud pole. Üldiselt on andmete koondamine seoses hooldekodu koha taotlusega pigem hästi süstematiseeritud ning neid andmeid kasutatakse agregeeritud kujul ka poliitikakujundamises.

Üldistest arengusuundadest rääkides nimetas intervjuueeritav laiema koostöövajaduse teadvustamist. Kui näiteks insuldipatsientide raviteekond on suhteliselt hästi ära kirjeldatud võimalike vajalike teenustega, siis dementsuse puhul tuleb teenuseid kombineerida samaaegselt. Riiklik strateegia näeb ette patsiendi teekonna põhise rahastamist, mille esimesed pilootprojektid võivad alata 2023. aasta teises pooles, kui teenuspakkujatele antakse kasutada kliendipõhine aastaeelarve, ilma et peaks tegema erinevatest seadustest lähtuvate rahastussuundade jaoks tervisekindlustuse pakkujaga eraldi läbirääkimisi.

5.4. Südame-veresoonkonnahaiguste riski ennustamine Uus-Meremaal

Uus-Meremaal on esmatasandi tervishoiu teenuste pakkujatele mõeldud teenus südame-veresoonkonnahaiguste riski ennustamiseks (CVDRA). Arvutatakse 30–74-aastaste inimeste haigestumise tõenäosus järgneva viie aasta jooksul, kellel pole varem südame-veresoonkonnahaiguseid tuvastatud. Tegemist on riikliku teenusega, mis on tervishoiuteenuse pakkujatele tasuta kasutamiseks. (Ministry of Health, 2018)

98% elanikkonnast on unikaalne isikukood (NHI), mille abil on võimalik tuvastada inimesi ja nendega seotud infot erinevates tervishoiu andmebaasides. Teenuseosutaja loal, patsiendi riskitegurite profiil anonümiseeritakse ja krüpteeritakse unikaalse isikukoodi abil ning edastatakse teenust pakkuva ettevõtte serverist Aucklandi ülikoolile, mis ühendab need omakorda südame-veresoonkonnahaiguste hindamisvahendiga („PREDICT-uuring“), mida kasutavad perearstid oma töös. Riiklikest andmebaasidest kasutatakse infot, mis hõlmavad

- ravimite väljastamist;
- laboratoorsete uuringute taotlusi;
- esmatasandi tervishoiuasutuste külastusi;
- haiglaravi ja surmajuhtumeid.

¹⁰⁶ The Omaha System. <https://www.omahasystem.org/> kasutatud 26.05.2023

Selline andmete ühendamine toimub kord aastas.

Uus-Meremaa eetikakomitee lubab sellist teisest tervishoiu andmete kasutamist ilma iga üksiku patsiendi loata, kui andmed ei ole identifitseeritavad. Patsiendid võivad loobuda oma andmete teisest kasutamisest PREDICT uuringu kohordis. Selle uuringu kohort suureneb pidevalt, kuna sinna lisandub järjest inimesi, kelle haigestumise riski perearstid ja -õed hindavad ja veebivormide kaudu sisestavad. See on kasutusel 35–40% perearstiteenuse pakkuja juures, mis teenindab umbes 35% Uus-Meremaa elanikkonnast. (Wells et al., 2017)

Soovitame selle instrumendi välja jätmist edasisest analüüsist, kuna see kasutab hetkel elanikkonna väiksema osa andmeid ning uueneb liiga aeglaselt, et sellest oleks piisavalt õppida. Seadsime need kaks tingimust instrumentide valikul tingimusteks. Tegemist ei ole ka sotsiaalvaldkonna instrumendiga, mis võiks iseenesest olla kaalukam valiku eeldus kui populatsiooni katvus ja andmete uuendamise regulaarsus.

6. EESTIS RAKENDATUD PILOOTPROJEKTIDE KOGEMUSED

Uuringu I etapi tulemused näitavad, et algselt plaanitud RISK mudelit pole mõttekas edasi arendada, sest praeguses õigusruumis ei ole kavandatud mahus andmete töötlemine abivajajate leidmiseks põhjendatud ning riiklikes registrites varieerub andmete kvaliteet, mistõttu oleksid algoritmil põhineva statistilise analüüsi tulemused liiga suure veamääraga. Seega on seda olulisem võtta arvesse nende Eestis rakendatud pilootprojektide kogemusi, kus on keskendutud sarnastele eesmärkidele, mis on RISKi projektil.

Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondades on järjest enam teadvustatud inimkeskse ja koordineeritud teenusepakkumise positiivset mõju abivajajate toimetulekule, elukvaliteedile, tervisetulemitele ja teenuste kasutamise kogemusele, mistõttu on algatatud mitmeid pilootprojekte teenuste integreerimiseks ja koordineeritud teenusepakkumise edendamiseks. Seejuures üha enam on riigi tasandil tähtsustatud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondade integratsiooni, sh vajadust parendada ja tõhustada ühiselt andmete vahetamist ja kasutamist. Selliseid eesmärke kannab ka 2023. aasta Riigikogu valimiste järel ametisse astunud valitsuse tegevusprogramm (Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2023–2027, 2023).

Alljärgnevalt on esitatud ülevaade kolmest pilootprojektist, seejuures on fookus seostel KOVide ja KOVide sotsiaaltöötajatega, sh milliseid andmeid on KOVidel sotsiaalhoolekande paremaks korraldamiseks vaja ja kuidas need kõige efektiivsemalt nendeni jõuaksid.

6.1. Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekt

Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) eesmärk oli luua Viljandi maakonna näitel patsientide sihtrühmade vajadustele vastav uudne tervishoiu teenus ehk PAIK teenus. Selle projekti käivitamiseks sõlmisid Tervisekassa ja Viljandi Haigla 2018. aastal lepingu, et arendada ja parendada Eesti tervishoiusüsteemis patsiendikeskset tervishoiuteenuse osutamist integreeritud meeskonnatöö põhimõttel, vältides dubleerimisi ning sellega seondult põhjendamatut kulu.

Aastal 2021 koostas Viljandi Haigla PAIK projekti lõpparuande¹⁰⁷, milles on antud ülevaade sellest, kuidas piloteerimise etapis käivitati teenus ning arendati välja teenuse toimimiseks vajalik IT-platvorm Teleskoop.

PAIK teenuse sihtrühmaks on püsiva tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadustega **üle 60-aastased Viljandi paikkonna elanikud**. PAIK teenuse võtmerollis on juhtiv teenuseosutaja – **tervisejuht** (*integrated care specialist*), kelleks on sotsiaaltöötaja või õe haridusega spetsialist. Igal patsiendil on oma tervisejuht. Teenuse toimimiseks on vajalikud veel teenusejuht¹⁰⁸, konsulteerivad arstid, haigla juhtõed, patsiendi ravimeeskond ja võrgustik (perearstid ja -õed, eriarstid, KOV sotsiaaltöötajad, koduõed, perekond), teenusehaldur ja ühine inforuum, mille loob Teleskoop ehk reaalsajaline platvorm kõigi teenust osutavate osapoolte töölaual.

Sihtrühma kuuluva patsiendi **kaasamine PAIK teenusele saab alguse pöördumisest mõne tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna spetsialisti poole** (*first contact access*). Kui teenuseosutaja märkab sihtrühma patsienti, annab ta sellest läbi Teleskoobi platvormil tehtava soovitusena PAIK teenuse meeskonnale teada. Soovitusel oleva info põhjal hindab tervisejuht teenuse sobivust ja tutvustab teenust patsiendile. Patsiendi nõusolek on teenuse käivitamise eelduseks. Tervisejuht kaardistab patsiendi tervise ja sotsiaalse toimetulekuga seotud probleemid ja eesmärgid, vajadusel konsulteerides ravimeeskonnaga. Võrgustikuga kohtumisel vaadatakse koos patsiendiga läbi tema eesmärgid, osapoolte rollid ja tegevused ning jagatakse vastutused. Läbi nende tegevuste moodustub patsiendi terviseplaan sotsiaal- ja tervisealase infoga. Seejuures on eraldi eesmärgiks, et **KOV sotsiaaltöötaja teaks patsiendi kaasatusest PAIK teenusele ja/või tema abivajadusest** (nt kui patsient ei vasta PAIK teenuse nõuetele või ei soovi projektis osaleda, kuid tervisejuhi ja/või raviarsti hinnangul vajab lähtuvalt SHS §13 sotsiaaltöötaja tuge ja/või jälgimist, teavitab tervisejuht KOV-i).

Teenuse osaks on kvaliteedi parandamisele suunatud tegevused, näiteks patsientide poolt täidetud küsimustike analüüsimine, osapoolte tagasiside põhjal uute teenuse arenduste katsetamine, teenusemeeskonna pidev koolitamine ja erinevate osapoolte koostöö arendamine.

Projekti tulemusena on Viljandis välja arendatud ja käivitatud PAIK teenus koos sihtrühma kirjelduse, vajaliku dokumentatsiooni ja hindamisinstrumentidega ning IT-platvormiga Teleskoop. PAIK teenuse meeskond ja koostööpartnerid hindavad, et loodud on komplekssete vajadustega patsientidele vajalik teenuse osutamise vorm. Läbiviidud küsitlused teenusel olnud patsientide hulgas näitavad, et teenuse jooksul **paranes patsientide rahulolu raviprotsessiga** ning nad tundsid end oma ravi ja sotsiaalset toimetulekut puudutavates küsimustes kaasatuna.

KOV-i esindajate sõnul on projekti abil tekkinud **integreeritust toetav ja info vahetamist hõlbustav süsteem** ning hoogustunud on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna koostöö ja seega tõusnud inimeste abistamise kvaliteet. PAIK on vähendanud riski, et abivajav inimene n-ö kaob kahe süsteemi vahele ära. Lisaks on projekt vähendanud inimeste abistamiseks tehtavate tegevuste dubleerimist kahes valdkonnas, kuna dokumente ja tegevusi jagatakse omavahel, nt kliendi täielik hindamine, võrgustikukohtumiste protokoll koos tegevuskavaga. See on kokku hoidnud mõlema valdkonna

¹⁰⁷ Alljärgnev ülevaade PAIK teenuse sisust ja tulemustest põhineb sellel aruandel.

¹⁰⁸ Teenusejuhi rolliks teenuse osutamise protsessis on meeskonna juhtimine ning võrgustikutöö arendamine. Ta vastutab meeskonna koolitamise, nõustamise ja toetamise eest ning hoiab ja arendab sidemeid võrgustiku partneritega.

töötajate aega. Suurimat kasu on tunda inimestele, kellele on vahendatud PAIK projekti poolt lisaks ka koduõdede teenust. KOV esindajad hindavad kõrgelt võrgustikukohtumisi, mis on lahendusi otsivad ja pakkuvad. Võrgustikukohtumistel on tihti selgunud, et inimene ei ole senini olnud teadlik tema abivajadust toetavate teenuste kohta ja lahendused on saadud just võrgustikukohtumistel. Ajaga on koostöö läinud paremaks. Veelgi paremaks meditsiini- ja sotsiaalsüsteemi integreerimiseks oleks nende hinnangul vajalik Teleskoobi ühendamine STAR-iga, et kogu info oleks ühest kohast kättesaadav.

PAIK teenuse piloteerimisega on **loodud eeldused teenusemudeli üleriigiliseks skaleerimiseks**:

- kohaliku koostöö käivitamise mudel;
- teenuse kirjeldus;
- kompetentsimudel ning koolitusprogrammid tervisejuhile ja võrgustikule;
- üleriigilise reaajalise IT-lahenduse loomiseks vajalik funktsionaalne ja arhitektuurne spetsifikatsioon ning prototüüp;
- teenuse mõõdikud ja indikaatorid.

Skaleerimise suurimateks väljakutseteks on PAIK teenuse välja arendanud meeskonna hinnangul:

- keskele IT-lahendusele sobiva haldusmudeli kokkuleppimine;
- tervisejuhi teenuse ja rahastamise ühtsete põhimõtete kokkuleppimine (sõltumata, kas ta tegutseb haigla, perearsti või kohaliku omavalitsuse juures);
- teenuse käivitamise ja paikkondliku koostöö finantseerimine.

Teenuse kavandamise faasis kaardistati Viljandi paikkonna tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemi probleeme ja ressursse. Selle kogemuse põhjal leiab kinnitust, et igal kohal on omad spetsiifilised tugevused, puudused ja huvid, millega on vaja teenuse käivitamisel ja arendamisel arvestada.

Kuna PAIK teenus toimib eeskätt tänu heale koostööle, siis selle arendamine eeldab koostegemist, mis vajab omakorda aega, koordineerimist ja üksteise motiveerimist. PAIK projekti kogemusel on arenduse juhtimisel ja toetamisel kasulik kaasata sõltumatuid või väliseid eksperte. Samuti tuleb arvestada, et koostöö vajab usaldust ja selle tekkimine vajab aega. Usalduse ja koostöö tekkimisele aitavad kaasa spetsialistide eelnevad head suhted ning sagedane projekti arengu ja edusammude kohta tagasiside andmine. Samas ei tohi tähelepanuta jätta osapoolte materiaalseid ergutusmehhanisme, mis on pikaajaste projektide puhul osapoolte motivatsiooni hoidmiseks olulised.

Projekti empiiriline kogemus näitas, et oluline on kaasata teenusele ka alla 60-aastaseid krooniliste haiguste ja sotsiaalprobleemidega inimesi, sest sageli algavad probleemid juba tööeas ning ajutise ravijuhtimisega on võimalik aidata inimesel püsida või siis uuesti tagasi pöörduda tööturule.



Joonis 3. PAIK teenust kirjeldav sõnapilv 2023. aastal toimunud koostööpäevalt „PAIK mõju-uuringu start“

Järgmise sammuna on 2023. aastal algamas **PAIK mõju-uuring**¹⁰⁹, et testida realistlikes tingimustes integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ning ravijuhtimise mõju kõrge hospitaliseerimise riskiga multimorbiidsete patsientide tervisetulemitele, rahulolule ja tervishoiukuludele, võrreldes teenuse mõju interventsiooni ja kontrollgrupi vahel. Seejuures on pilootuuringu tulemuste põhjal mõju-uuringu **hüpoteesiks** see, et integreeritud ravijuhtimise teenust saavad patsiendid satuvad väiksema tõenäosusega erakorraliselt (uuesti) haiglaravile ning nende rahulolu on suurem võrreldes tavateenusega, kuid samas kulutused meditsiini- ja sotsiaalsüsteemile on samaväärsed või madalamad.

Uuringu sihtgrupiks on Viljandi, Saare ja Valga maakonna kõrge haiglasse sattumise riskiga¹¹⁰ multimorbiidsed vähemalt 45-aastased patsiendid, kel lisaks esineb mõni sotsiaalne tervisetegur (sihtgruppi valitavatel inimestel on krooniliste haiguste poolt haaratud vähemalt neli organsüsteemi), kusjuures **risk määratakse Kataloonias kasutusel oleva ja valideeritud GMA tööriista**¹¹¹ alusel.

Sotsiaalsed tervisetegurid, millega uuringus arvestatakse, on järgmised:

- ei suuda üldse või suudab piiratud teostada igapäevaelu toiminguid;
- elab üksi või tal puudub tugivõrgustik toimetulekuks;
- vähemalt üks erakorraline hospitaliseerimine või EMO visiit viimasel aastal või helistanud vähemalt kaks korda kiirabisse viimase aasta jooksul;
- madal ravimsoostumus (3 või enam realiseerimata retsepti viimase aasta jooksul);
- KOV sotsiaalteenuste vajadus viimasel aastal;
- depressiooni või ärevushäire diagnoos või tugev kahtlus;

¹⁰⁹ Alljärgnev ülevaade PAIK projekti mõju-uuringust põhineb dr Mart Kulli ettekandele 2023. aastal toimunud koostööpäeval „PAIK mõju-uuringu start“.

¹¹⁰ Kõrge riski lävendiks on valitud riskitaseme grupid 3 (ca 10–15% populatsioonist) ja 4 (5% populatsioonist).

¹¹¹ GMA (*Adjusted Morbidity Grouper*) tööriist on Kataloonia piirkonnas väljatöötatud agregatiivne indeks, mis hindab läbi inimese haiguskoormuse ja teiste patsiendispetsiifiliste tunnuste patsiendi riski sattuda haiglasse. Seejuures on mudeli valideerimisel Kataloonias selgunud, et riskigruppidesse 3 ja 4 kuuluvate patsientide puhul on ravijuhtimise teenusel potentsiaalselt kõige suurem kasu.

- mõni muu perearsti või pereõe või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poolt oluliseks peetud sotsiaalne tervisetegur.

Uuringu partnerite seas on Viljandi haigla, Valga haigla, Kuressaare haigla, Viljandi linn, Viljandi vald, Põhja-Sakala vald, Mulgi vald, Viljandi maakonna perearstid, Eesti Tervisekassa ja Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona ülikoolihaigla).

6.2. Insuldi juhtprojekt

Insuldi juhtprojekti¹¹² valmistas ette Tervisekassa ja see algas 2019. aastal insuldipatsiendi raviteekonna kõigi osapoolte kaasamise ja probleemide kaardistamisega¹¹³. Seejuures tuvastati, et inimese jaoks on insuldijärgne raviteekond keeruline ja killustunud, sh ei arvestata patsiendi ja tema lähedaste vajadustega, mõningaid teenuseid pakutakse ebapiisavas mahus või teenused puuduvad ning esinevad probleemid raviteekonna osapoolte vahelises info liikumises ja koostöös. Puudub ka informatsioon insuldi üle elanud inimeste elukvaliteedi kohta, sest tervishoiusüsteemis mõõdetakse küll sisendeid, väljundeid ja protsessi, aga mitte inimeste tervisetulemeid. Samuti ei anna olemasolevad tasustamismeetodid teenuseosutajatele stiimulit parandada ravi sidusust.

Raviteekonna analüüsi tulemuste põhjal disainis Tervisekassa insuldi juhtprojekti, et parandada inimese insuldijärgset elukvaliteeti patsiendi vaatest terviklikku raviteekonda arendades, kus muuhulgas inimest ja tema lähedasi võimestatakse, raviteekonna koordineerimise eest võetakse vastutus ja patsiendid saavad neile vajamineva teenuse.

Juhtprojekti elluviimiseks rahastati raviteekonna osapoolte initsiatiivil ja koostöös ravikorralduslikke arendusprojekte, testiti patsiendi tervisetulemite mõõtmist ning katsetati raviteekonnapõhist tasustamist.

Projekti valim moodustus perioodil 01.07.2020–30.06.2021 isheemilisse insulti haigestunud patsientidest. Tervisetulemi mõõtmist ja raviteekonnapõhist tasustamist rakendati kogu valimi patsientidele (2035 teekonda) ning arendusprojekte rakendati ainult sekkumisrühmale (264). Juhtprojekti viisid koostöös Tervisekassaga ellu neli insuldi aktiivravi pakkuvat haiglat – Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Ida-Viru Keskhaigla ja Lääne-Tallinna Keskhaigla.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et juhtprojekt oli efektiivne. Sekkumisrühma patsientide tulemid olid keskmiselt sama head või paremad kui kontrollrühmas: aastane suremus oli ligi kaks korda väiksem (16% vs 30%); neuroloogi või sisehaiguste arsti vastuvõtul käis poole aasta möödumisel ligi kolm korda rohkem patsiente kui kontrollrühmas (30% vs 9%); statsionaarsele taastusravile jõudis poole rohkem kui kontrollrühmas (43% vs 29%) ning ambulatoorsele üle kahe korra enam kui kontrollrühmas (24% vs 10%). Ka taastusravi teenuste kasutamine nende patsientide hulgas, kes taastusravi said, oli sekkumisrühmas keskmiselt pool tundi kuni poolteist tundi mahukam kui kontrollrühmas.

¹¹² Insuldi juhtprojekt (<https://www.tervisekassa.ee/insuldi-juhtprojekt>)

¹¹³ Alljärgnev ülevaade põhineb 2023. aastal valminud insuldi juhtprojekti lõpparuandel.

Peaaegu kõik projektis osalenud haiglad leidsid, et **koostöö perearstide ja KOVidega sujus üldiselt hästi**. Koostöö andis **kiirema ja täpsema info liikumise**, mis kokkuvõttes **vähendab nn topelttöö tegemise**. Tänu konkreetse rolli kandjale muutus meeskonnatöö haiglas sujuvamaks ning rollijaotus perearstide ja KOViga suhtlemisel sai selgemaks. Rolliselgus omakorda pakub kindlustunnet patsiendile ja tema lähedastele, et vajadusel õige inimesega ühendust võtta.

6.3. Hoolduse koordineerimise pilootprojekt

Koordineerimismudeli peamine eesmärk on **vähendada hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste koormust asjaajamisel, pakkuda abivajadusega inimestele vajaduste vastavat abi võimalikult vara** (sh pikendades seeläbi kodus toimetuleku aega) ning **koguda senisest paremini infot süsteemsete kitsaskohtade** (nt puuduvad teenusekohad, järjekorrad teenustele, regionaalsed erisused praktikates jne) kohta.¹¹⁴

Toetudes hoolduskoormuse rakkerühma ettepanekutele viidi perioodil 01.08.2018–31.07.2019 läbi hoolduse koordineerimise pilootprojekt kuues Eesti piirkonnas, milleks olid Haabersti linnaosa Tallinnas, Tartu linn, Tori vald, Rakvere linn, Saaremaa vald koos Muhu valla ja Ruhnu vallaga ning Tõrva linn koos Valga linna ja Otepää linnaga. Pilootprojekti eesmärk oli esmase **hoolduse koordineerimise mudeli kontseptsiooni testimine ning sisendi andmine riikliku koordineerimismudeli loomiseks** suure ja keerulise hooldusvajadusega inimeste süsteemseks toetamiseks. Pilootprojekti käigus loodi piirkondadesse hoolduskoordineerimise ametikohad, kes toimisid sillana kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, perearsti ja teiste võtmeosapoolte vahel.

Riikliku mudeli rakendamisel on oluline, et **KOVid ja teised kaasatud osapooled saaksid süsteemset tuge riigilt**. Kuivõrd sellise mudeli käivitamine on enamikele piirkondadele esmakordne, on vaja neid järjepidevalt toetada, pakkuda koolitusi ning võimaldada parimate praktikate ja kogemuste jagamist.

Projekti vältel tehti koostööd laia partnerite ringiga, kuid rõhutati, et võrgustikutööd käivitada on keeruline, sest nii sotsiaalvaldkonna kui ka tervisevaldkonna spetsialistid on ülekoormatud, ei ole motiveeritud ega avatud uuendustele. Muuhulgas ilmnes, et perearstid ei tea alati, mis on sotsiaaltöö ja millised on KOVi võimalused abipakkumiseks. Selleks, et süsteemne võrgustikutöö saaks toimida, on vaja võrgustiku juhti ning tõsta osapoolte teadlikkust ja motivatsiooni. Samuti peavad edu saavutamiseks olema rollid jaotatud ja ülesanded kokku lepitud.

Kokkuvõtlikult peeti hoolduse koordineerimist väga oluliseks, kuid toodi välja, et selleks ei pea looma uut rolli (hoolduskoordineerimise ametikohta), vaid olulised ülesanded võib paika panna ja ära jaotada ka olemasolevate partnerite vahel, kuid see eeldab riigipoolset tuge (sh finantsilist toetust).

¹¹⁴ Alljärgnev ülevaade põhineb hoolduse koordineerimise pilootprojekti lõppraportil ja koordineerimismudeli rakendamise kokkuvõttel.

6.4. Muud asjakohased algatused

Lisaks eelpoolmainitud projektidele on veel mitmeid olulisi algatusi, mida on tähtis välja tuua.

2020. aastal käivitati Euroopa Liidu toetusel rahvusvaheline 16 Euroopa riigi osalusega koostööprojekt **JadeCare**¹¹⁵, mille eesmärgiks on aidata arendada innovaatilisi, tõhusaid ja jätkusuutlikke integreeritud tervishoiu- ja hoolekandesüsteeme. Eestist on projekti partneriteks sotsiaalministeerium ja Viljandi Haigla.

See projekt on muuhulgas olnud üheks võimaluseks, kuidas nii Viljandi Haigla kui ka sotsiaalministeerium on saanud ülevaate **Kataloonia kogemustest integreeritud teenuste pakkumisel** (*Catalan Open Innovation Hub on ICT-supported integrated care services*). Kataloonia lahenduse puhul hõlmab sihtgrupp krooniliste haiguste ning keerukate tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande vajadustega patsiente.

Tervisekassa, Eesti Perearstide Seltsi ja Maailmapanga koostöös ellu viidud „**Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekt**“ keskendus riskipatsientide ravijuhtimise mudeli rakendatavuse hindamisele Eestis, tuvastades projekti mõju tervisetulemitele ja ravi kvaliteedile, analüüsid võimalikke takistusi ja kirjeldades võimalusi programmi laiendamiseks kogu esmatasandil. Seejuures kinnitasid projekti tulemused vajadust **tiheda koostöö järele sotsiaalvaldkonnaga**, mistõttu soovitatakse riskipõhise ravi juhtimise juhendis ravi juhtimise meeskondadel tuvastada, millistes omavalitsustes elavad sotsiaalhoolekande vajadustega patsiendid, võtta nende omavalitsustega kontakti, ning koostada iga omavalitsuse poolt pakutavate teenuste nimekiri koos vastavate kontaktandmetega ning suunamisjuhistega.¹¹⁶

Päästeamet viis ellu EMP ja Norra finantsmehhanismide 2014–2021 programmi projekti „**Kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise meetodika loomine ja piloteerimine ning seda toetavad tegevused**“¹¹⁷, mille eesmärk oli koduohutuse vigastusriskide vähendamisega kokkupuutuvate ametkondade ja kohalike omavalitsuste ühtse kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise meetodika loomine, **erilise tähelepanuga kuni 4-aastastele lastele, vanemaalistele ja erivajadustega inimestele** ning erinevate **osapoolte vahelise andmevahetuse, tööprotsesside ja töövahendite loomisele ja piloteerimisele**.

Projekt algatati, kuna ennetustegevused on ametkondade vahel killustunud, andmevahetus vajab suuremat süsteemsust ning mõnede vigastusliikide ennetamisega tegeletakse väga vähe. Kuigi kodusid külastavad ja riskirühmadega tegelevad mitmed osapooled, puudub ühtne lähenemine riskide hindamiseks ja andmete vahetamiseks. Ühtse lähenemisviisi loomine aitaks suuremal määral ära hoida vigastusi ja vigastussurmi ning lisaks seeläbi vältida kulutusi sündmustele reageerimisele ja ravile.

Projekti tulemusena soovitakse parendada ametkondade vahelist koostööd kodukeskkonna vigastusriskide ennetamisel ning luuakse ühtne lähenemine riskide hindamiseks ja andmete

¹¹⁵ Projekt JadeCare (<https://www.jadecare.eu/>)

¹¹⁶ Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend

¹¹⁷ Kodukeskkonna vigastusriskide projekt (<https://www.rescue.ee/et/kodukeskkonna-vigastusriskide-projekt>)

vahetamiseks. Samuti parandatakse laiemalt inimeste teadlikkust kodukeskkonna turvalisusest ja riskide ennetusviisidest.

Projekti käigus töötati välja **koduohutuse hindamisankeet** kui ennetusmeede, mis on laiem kui vaid tuleohutus ning mida saavad kasutada erinevad ametkonnad¹¹⁸. Ankeedis toodud küsimused juhivad tähelepanu erinevatele kodukeskkonna riskikohtadele, nt katkine elektrijuhtmestik, lahtised trepiastmed, puuduvad käsipuud jms. **Ankeet on mõeldud KOVide ja KOVide territooriumil asuvate asutuste töötajatele** (päästeametnikud, sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad, politseinikud, pereõed, ämmaemandad jt), kes puutuvad kokku kodukülastustega.

Ankeetidega kogutud andmed sisestatakse Päästeameti ohutuse infosüsteemi OIS ning komandopealikud otsustavad, mida selle info põhjal järgmiseks teha. Seejuures näitab projekti elluviimise kogemus, et parima tulemuse saavutamiseks on väga oluline, et erinevate osapoolte esindajad teaksid üksteist, kuna see lihtsustab operatiivset infovahetust.

Ankeeti testiti pilootprojekti osalevates KOVides (Tartu linn, Lüganuse vald, Saue vald ja Muhu vald) ning 2023. aasta juunis toimus projekti lõpuseminar, kus anti ülevaate pilootprojekti tulemustest, tehti kokkuvõtte, milline on olukord külastatud kodudes koduohutuse hindamisankeedist johtuvalt, ja arutleti erinevate ametkondade koostöö teemadel koduvigastuste ennetamisel.

Projekti jooksul on olulise murekohana ilmnunud see, et keeruline on kokku viia infot sotsiaalvaldkonnast ja tervishoiusüsteemist. Selgelt tuleb välja see, et andmed peaksid paremini liikuma ja vaja oleks rohkem koostööd erinevate osapoolte vahel (sh ka kiirabi, Politsei- ja Piirivalveamet jt), et suudetaks paremini abivajajaid leida ja neid aidata. Samuti sai projekti käigus kinnitust see, et erinevad KOVid (arvestades elanike arvu, hajaasustust, erinevate ametiasutuste soovi ja valmisolekut olla kaasatud ja panustada jne) on väga erineva võimekusega.

Kuna ankeeti kasutanud spetsialistid on seda mõjuanalüüsis hinnanud kasulikuks tööriistaks ja kui selle algatusega õnnestub pärast projekti lõppu edasi liikuda, siis on mõeldud ka **tulevikuplaanidele**. Oluliseks eesmärgiks on tihendada koostööd sotsiaaltöötajate ja päästeametnike vahel (sh määratledes kindlad inimesed, kes koostööd eest veavad ja selle eest vastutavad), mh korraldades ühiseid kodukülastusi ja korraldades partneritega ümarlaudu keerulisemate juhtumite lahendamiseks. Teiseks on kavas ankeeti edasi arendada, seda võimalusel lühendada ja teha aktiivselt koostööd Sotsiaalministeeriumiga, kuna suur osa ankeedi sisust käsitleb sotsiaalseid probleemkohtasid. Samuti on vaja edasi tegeleda koolituste ja infoseminaride korraldamisega, et selgitada ja juhendada, kuidas ankeeti täita, et see kulgeks võimalikult sujuvalt. Ka on vaja jagada kogemusi ja infot selle kohta, kuidas erinevaid riskitegureid hinnata, et komandode pealikud teeksid sarnasel moel otsuseid, mida edasi teha ja kellega mis infot jagada. Kolmandaks tähtsaks suunaks on edasi arendada Päästeameti infosüsteemi, et vähendada vajadust kasutada paralleelseid Exceli tabelitel põhinevaid lahendusi.

Pikaajalise eesmärgina võiks Päästeameti lahendus olla kasutatav üle kogu Eesti, aga see sõltub vajalike ressursside eraldamisest, samuti on vaja selle mudeli rakendamisel olla paindlik lähtuvalt KOVide eripäradest (rahvaarv, asustustihedus jne).

¹¹⁸ Ankeet ja seda täiendav info on leitav Päästeameti kodulehelt (<https://www.rescue.ee/et/kodukeskkonna-vigastusriskide-projekt>)

7. ÜLEVAADE VÕIMALIKEST LAHENDUSTEST

Eesmärk: abistada kohalikke omavalitsusi sotsiaalhoolekandeline abivajadusega eakate väljaselgitamisel ja arendada välja riiklikult kogutavatel andmetel põhinev süsteemne korraldusmudel, mis seda toetaks ehk aitaks senisest varem ja lihtsamalt tuvastada vanemaealisi, kes võivad vajada sotsiaalhoolekandelist abi. Seejuures on fookus tervise- ja sotsiaalvaldkonna integratsioonis, kuna abivajaja jaoks on tähtis, et need süsteemid toimiksid sünergiliselt ja vajalike teenuste kättesaamine oleks sujuv.

LAHENDUSKÄIK 1		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Ühtne platvorm digitaalsetele tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmetele	Alternatiivne ja teatud määral lihtsam lahendus on luua peamiste valdkondlike infosüsteemide – STAR ehk sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister ja TIS ehk tervise infosüsteem (või selle edasiarendus ehk upTIS (uue põlvkonna tervise infosüsteem)) – vaheline integratsioon andmete vahetuse toimumiseks. Seejuures on tähtis kindlustada, et see integratsioon hõlbustab ja toetab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide (igapäevast) tööd (mh tuleb vältida uute infosüsteemide loomist, mida tuleks kasutada paralleelselt juba olemasolevate lahendustega ehk mis võivad nt halduskoormust hoopis suurendada).
Lahenduse lühikirjeldus	Digitaalsete tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmete koondamine ühtsele platvormile, sh peamiste registrite ühendamine	Kuna andmestike analüüs näitas, et andmete kvaliteet varieerub Eesti erinevates infosüsteemides, siis on eriti oluline rõhutada selle teguri tähtsust. Andmete kvaliteet peab olema piisavalt hea (vajalikud andmed on sisestatud ja kontrollitud tänu koolitatud spetsialistidele ja kasutades automatiseeritud tehnoloogilisi lahendusi vms), et andmekogude liidestamine ja ühendamine annaks täiendava positiivse efekti ja toetaks abivajajatele teenuste pakkumist. Teisisõnu – kui ka liidestamine on hästi tehtud (sh arvestades ka piiriülese koostöö vajadustega ¹¹⁹) ja tehniliselt on andmekvaliteet tagatud (andmete säilitamine, ühendamine ja muud protsessid toimivad veatult), aga andmete sisuline kvaliteet on madal ¹²⁰ (nt andmeid sisestatakse ebaühtlaselt, puuduvad üldiselt kokkulepitud andmete sisestamise reeglid vms), siis ei teki andmekogude ühendamisest oodatavat kasu.
Praktiline kasu	Lihtsam ja efektiivsem ligipääs abivajajate tuvastamiseks ja toetamiseks vajalikele	Näiteks võib selleks olla teavituskohustus arstidele, kui arstivisiidil käinud või haiglas viibinud isik vajab või võib vajada ajutiselt (nt operatsioonijärgsel perioodil) või püsival Kovi abi.

¹¹⁹ Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse riigihange „Piiriülese terviseandmete andmevahetusteenuse arendus- ja hooldustööd“ (<https://riigihanked.riik.ee/rhr-web/#/procurement/6388656/general-info>)

¹²⁰ E-tervise digiloos vohava valeinfo tõrjumiseks pole inimesele jäetud tõhusat rohtu (<https://www.postimees.ee/7855294/e-tervise-digiloos-vohava-valeinfo-torjumiseks-pole-inimesele-jaetud-tohusat-rohtu>)

LAHENDUSKÄIK 1		Selgitused ja näited
	<p>andmetele (sh terviseinfo parem jagamine KOVidega ja ka vastupidi ehk KOVidel olevad andmed tervishoiusektori kasutuses), andmete kogumise korduvuse vähenemine</p>	<p>Nagu eespool märgitud, siis on heade tulemuste saavutamiseks tähtis kindlustada andmete väga hea kvaliteet. Näiteks Šotimaal rakendatava riskihindamisinstrumendi SPARRA puhul kasutatakse eriarstiabi andmeid, mille kvaliteedi tagab muuhulgas see, et tegemist on suhteliselt pika aja jooksul kasutuses olnud andmete edastamise ja haldamise süsteemiga, kus osapoolte tööprotsessid on selgelt välja kujunenud. Lisaks on Public Health Scotlandi koosseisus eraldi meeskonnad, mis vastutavad andmekvaliteedi tagamise eest (mh konsulteerivad nad anomaaliatega esinemisel tervishoiuteenuse pakkujate ehk andmete esitajatega).</p> <p>Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA rakendamist lihtsustab ka see, et kõik tööks vajalikud andmed asuvad samas andmelaos.</p> <p>Eestis rakendatud PAIK teenuse pilootprojekti tulemused näitavad, et selle tulemusel on muuhulgas vähenenud inimeste abistamiseks tehtavate tegevuste dubleerimine tervise- ja sotsiaalvaldkonnas, kuna dokumente ja tegevusi jagatakse omavahel (nt patsiendi täielik hindamine, võrgustikukohtumiste protokoll koos tegevuskavaga), mis on ühtlasi kokku hoidnud mõlema valdkonna töötajate aega.</p>
<p>Võimalikud väljakutsed</p>	<p>Andmekaitsega seotud väljakutsed, süsteemide integreerimise probleemid ja selle ressursimahukus</p>	<p>Näiteks Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA puhul tuleb iga muutuva lisamis, mis võib potentsiaalselt võimaldada isiku tuvastamist vms, põhjendada riiklikule statistika avaliku kasu ja eraelu puutumatuse paneelile (Statistics Public Benefit and Privacy Panel), mis otsustab, kas andmete kasutamine soovitud eesmärgil on õigustatud.</p> <p>Inimestelt andmete jagamiseks vajalike nõusolekute saamine võib olla keeruline (seejuures võib tehniliselt keeruline olla nende nõusolekute haldamine reaajas). Samuti, kuna tegu on väga tundlike andmetega, siis nende leke või mittesihipärane kasutamine võib tuua kaasa suuri kahjusid. Selle riski maandamiseks on muuhulgas vaja leida sobiv tasakaal selles osas, kes ja milliste õigustega andmetele ligi pääsevad, et tagada andmete efektiivne, aga turvaline kasutamine.</p> <p>Süsteemide integreerimine on keeruline nii andmekaitse vaatest, kui ka pidades silmas suuri erisusi erinevate süsteemide vahel. Näiteks Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA rakendamise kogemused näitavad, et erinevates andmeladudes asuvate andmete ühendamine on väga keeruline (seetõttu on seal kasutatud ühtse andmelaosüsteemi SPARRA jaoks vajalike andmete puhul). Samuti, kui on vaja lisada näiteks esmatasandi tervishoiusüsteemist või sotsiaalvaldkonnast täiendavaid näitajaid, siis nende andmete lisamis mudelisse tuleks esmalt katsetada ja hinnatakse, et see ei oleks lihtne ülesanne, kuna puuduvad ühtsed kokkulepped, kuidas sotsiaalvaldkonnas või perearstisüsteemis tekkivaid andmeid dokumenteerida.</p> <p>Arvestades ka Eesti kogemusi ja tugevusi infosüsteemide arendamisel ei ole andmekogude omavaheline integreerimine</p>

LAHENDUSKÄIK 1		Selgitused ja näited
		<p>ja loodud lahenduste töökindluse tagamine triviaalne ülesanne¹²¹.</p> <p>Kuna tähtis on, et neist lahendustest oleks praktilist kasu ka KOVide vaatest, siis tuleb silmas pidada võimalikku vajadust luua ühendused kohalikul tasandil kasutatavate andmestikega (või asendada need riikliku tasandi andmekogudega). Seejuures on oluline arvestada 2022. aastal tehtud uuringu „KOV-ide poolt elanikele teenuste osutamiseks kasutatavate peamiste infosüsteemide analüüs“ tulemustega.</p> <p>See hõlmab nii rahalist kulukust kui ka vajadust koondada paljusid kompetentse, et leida ja välja töötada parimad lahendused (sh nii õiguslikust kui ka tehnilisest vaatest), arvestades seejuures nt e-tervise arendusportfelli (https://www.tehik.ee/e-tervise-arendusportfell) ja muude juba planeeritud arendustega. Täiendavalt tuleb arvestada koolitusvajadusega (sh KOVides), et uusi lahendusi kasutataks võimalikult efektiivselt.</p>
Viited (näited ja uuringud)	<p>Integreeritud andmekeskuse katsetus Eesti näitel, Šotimaa riskihindamis-instrument SPARRA, PAIK teenus, Hollandi kogemus, Soome Kanta teenus integreeritud andmestike jaoks</p>	<p>2023. aastal avaldatud teadusartikkel (Meyer, et al. 2023) selgitab <i>proof-of-concept</i> tasandil, et Eesti puhul on integreeritud andmekeskuse loomine teostatav ning selle ellu rakendamiseks on vaja teha vastavad strateegilised ja finantsotsused.</p> <p>Kuigi Šotimaa riskihindamisinstrumenti SPARRA mudelis kasutatavate andmete koosseisus puuduvad sotsiaalvaldkonna andmed (kasutatakse vaid eriarstiabi andmeid), asuvad need andmelaos, mis on üles ehitatud nii, et andmete kasutamine analüüsiks oleks lihtne. Kasutusel on ühtsed andmete dimensioonid, mis võimaldavad läbivalt samasugust andmete kodeerimist, mis on mugava analüüsamise eelduseks.</p> <p>Eestis rakendatud paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) tulemused toovad selgelt esile, et meditsiini- ja sotsiaalsüsteemi veelgi paremaks integreerimiseks oleks vajalik andmeid ühendada (nt projektis kasutatud IT-platvormi Teleskoop ühendamine STARiga või rakendades Teleskoobi arendamisel kogutud teadmist riigiülese lahenduse loomiseks), et kogu info oleks ühest kohast kättesaadav.</p> <p>Näiteks Hollandi puhul on esile toodud, et integreeritud teenuste pakkumist lihtsustaks oluliselt asjakohaste operatiivsete andmete vahetus, kuigi elektroonsed haiguslood on Hollandi esmatasandi arstiabis väga levinud, kasutatakse selleks paljusid erinevaid tarkvarasid, mis tähendab, et patsientide failid põhinevad erinevatel standarditel ja andmeid ei ole lihtne omavahel kokku viia. Seda murekohta on teadvustatud ja ühe arendustegevusena tegeletakse eriarstiabi pakkumisega seotud andmete standardiseerimisega, kaasates patsiendid, tervisekindlustuse ja tervishoiuteenuse pakkujad.</p>

¹²¹ Infosüsteemi katkestuse tõttu sai arstide töö ja patsientide vastuvõtt terveks päevaks häiritud (<https://pealinn.ee/2023/02/22/perearst-eero-merilind-infosusteemi-katkestuse-tottu-sai-arstide-too-ja-patsientide-vastuvott-terveks-paevaks-hairitud/>)

LAHENDUSKÄIK 1		Selgitused ja näited
		Kanta Services on Soomes kasutatav lahendus, et ühendada tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmeid arstide ja teiste spetsialistide vastuvõttudel käimiste, ravimite kasutamise jms kohta ¹²² .
Prioriteet	Kriitiline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused: <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Madal	Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust: <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

¹²² Rohkem infot: <https://www.kanta.fi/en/what-are-kanta-services>

LAHENDUSKÄIK 2		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Ühtsed standardid	
Lahenduse lühikirjeldus	Ühtsete standardite välja töötamine ja kasutusele võtmine (sh arvestades erinevate registrite andmekoosseisusid), et tagada süsteemide ja andmestike omavaheline sujuv suhtlus	
Praktiline kasu	Parem valdkondade vaheline koostöö, sh vähem eraldiseisvat tegutsemist andmete kogumise ja kasutamise kontekstis, mis võimaldab kogutud andmeid efektiivsemalt kasutada nii operatiivsete olukordade lahendamisel kui ka ennetustöö tegemisel, mille tulemusel saab nii kokku hoida rahalisi ressursse, kui ka vähendada mõlemas sektoris töötavate spetsialistide töökoormust	Nt Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA näitel jagatakse andmete ühendamise järel kord kuus perearstidega nimekirja riskiskooridega patsientidest (sh julgustatakse perearste tegelema eeskätt patsientidega, kellel on vajaduse tõenäosus erakorralise abi järele 40–60%).
Võimalikud väljakutsed	Koostöö korraldamine ja arendamine sektorite vahel on aja- ja ressursimahukas, arenduskulud on suured	
Viited (näited ja uuringud)	PAIK teenus, Hoolduse koordineerimise pilootprojekt, Šotimaa riskihindamisinstrument SPARRA, Taani kogemus, Hollandi kogemus, RFK, terviseandmete vahetamiseks kasutatav Health Level Seven (HL7) standard	Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) kogemusel on selgelt esile tulnud see, kui palju kasu on efektiivsest infovahetusest ja koostööst tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahel, et parimal võimalikul moel abivajajaid aidata. Pilootprojekti rakendatav koordineerimismudel on orienteeritud kokkulepetele ja koostööle ning selle toimimine nõuab kõikidelt osapooltelt panustamist, sh osalemist juhtumimeeskondade koostumisel, kus iga juhtumi puhul on oma meeskond ning selge tööjaotus ja vastutus. Näiteks Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA kogemus näitab, et selleks on ühelt poolt vaja näitajat, mis võimaldab andmekogusid hõlpsalt ühendada (SPARRA puhul on selleks tunnuseks Šotimaa tervishoiusüsteemis kasutatav unikaalne isikukood, Eesti kontekstis saab sel eesmärgiks kasutada Eesti

LAHENDUSKÄIK 2		Selgitused ja näited
		<p>kodanikele ja elanikele loodud isikukoodi), ja teiselt poolt on väga tähtis andmete üldine kõrge kvaliteet, mis omakorda sõltub kokkulepitud definitsioonidest, protsessidest jne.</p> <p>Taani kohalike omavalitsuste ühenduse eestvõttel on välja arendatud meetod ja standard FSIII (Fælles Sprog III ehk Common Language III) kohalikele omavalitsustele tervishoiu ja eakate valdkonna andmete dokumenteerimiseks ja vahetamiseks, mille eesmärk on tagada tõhus ja kooskõlastatud andmevahetus sotsiaal- ja tervishoiuteenuste vahel, ning 2023. aastal kinnitas Taani valitsus, et FSIII võetakse kasutusele tervishoiuseaduse terviseedendust ja ennetamist ning haiglaajärgseid rehabilitatsiooniteenuseid puudutavate teenuste kohta andmete kogumiseks. Klassifikatsioonisüsteem võimaldab kirjeldada eaka olukorda funktsioneerimisvõime kategoorias ning terviseprobleemide kategoorias. Taanis on ka u kolmandikus omavalitsustest kasutusel eraalgatusel loodud register Columna Cura mooduliga Early Detection, mille abil saavad hooldajad hõlpsasti kajastada ja registreerida algava haiguse või vähenenud liikuvuse või funktsioneerimise märke, mida nad visiidi ajal tähele panevad. Rakendus teavitab vajadusel teisi tervishoiu valdkonna spetsialiste, et kasutusele võtta ennetavad meetmed enne inimese olukorra halvenemist.</p> <p>Hollandis on näiteks suuremad koduhooldust pakkuvad organisatsioonid kasutusele võtnud Omaha süsteemi klassifikatsiooni, mis koosneb neljast probleemikategooriast. Samas sotsiaalvaldkonna teenuste dokumenteerimine on vähe arenenud, sest puuduvad riiklikult kokkulepitud standardid. Näiteks registreeritakse omavalitsuses, kui palju kogukonnateenuseid on teatud perioodil pakutud, kuid see ei sisalda kliendispetsiifilisi andmeid inimeste abivajaduse kohta.</p> <p>Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK) on vundamendiks pikaajalise hoolduse teenuste saamisele eelnevale kohustuslikule vajaduste hindamisele, mida ka Eestis soovitakse järjest rohkem rakendada¹²³, kuid seni pole see veel süsteemselt kasutusel (ka nt Hollandis pole see veel laialt levinud)</p> <p>HL7 Standards on USA päritolu u 50 riigis rakendatav tehniline lahendus, mis toetab erinevatel viisidel terviseandmete turvalist integratsiooni erinevate teenusepakujate ja muude osapoolte vahel¹²⁴.</p>
Prioriteet	Kriitiline	<p>Tegevuse asjakohasus ja tähtsus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast

¹²³ Kahe sektori koostöö- ja arenguperspektiivid lähiajal – sotsiaalvaldkonna vaatenurk (<http://www.egga.ee/Riisalo.pdf>)

¹²⁴ Rohkem infot: <https://www.hl7.org/implement/standards/>

LAHENDUSKÄIK 2		Selgitused ja näited
		kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Madal	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 3		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Nõusolekupõhine andmete jagamine	
Lahenduse lühikirjeldus	Süsteemi juurutamine, kus patsiendid annavad nõusoleku oma (konkreetsete) andmete jagamiseks tervise- ja sotsiaalvaldkonna vahel	Seejuures on oluline arvestada (ja sh õiguslikult lahendada) erijuhtumitega, kui inimene ei ole andnud (või ei anna) nõusolekut, aga kriitilises olukorras (elu on ohus) on vaja operatiivset infot jagada.
Praktiline kasu	Inimestel on parem kontroll oma andmete üle, paremini sihitud tugi abivajadusega inimestele	Selle toetamiseks on oluline kriitiliste juhtumite puhul sätestada ka seaduses õigus valdkondade vaheliseks andmete jagamiseks. Samuti peab inimesel olema kättesaadav keskkond, kus ta saab vajadusel ise tutvuda tema kohta koostatud teatiste või muude juhtumikorralduslike dokumentidega.
Võimalikud väljakutsed	Andmete jagamise nõusolekute haldamine peab toimima veatult, informeeritud valikute tegemise tagamine on keeruline	See on samas koostöövõimalus KOVide ja riigi vahel, et vastavalt kohaliku tasandi tingimustele võimalikult optimaalsel moel kohaliku elanikkonda kaasata ja selgitada, mis kasu võivad inimesed andmete jagamise nõusoleku andmisest saada.
Viited (näited ja uuringud)	PAIK teenus, Hoolduse koordinaatsiooni pilootprojekt, ELi GDPR-i põhimõtted informeeritud nõusoleku kohta¹²⁵, Uus-Meremaa kogemus	Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) puhul on patsiendi nõusolek teenuse käivitamise eelduseks. Hoolduse koordinaatsiooni pilootprojekti koostöökogemusel on tehtud ettepanek, et juhtumimeeskonnal (lisaks tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele ka töötukassa, päästeamet, PPA, SKA) peaks olema õigus jagada omavahel andmeid hõlpsamalt, näiteks nii, et juhtumikorraldaja (koordinaator) märgib juhtumiplaani algatades isikud, kes saavad juhtumile ligi ja kes saavad jagada vajalikku infot ühes süsteemis isikupõhiselt. Uus-Meremaal on esmatasandi tervishoiu teenuste pakkujatele mõeldud teenus südame-veresoonkonna haiguste riski ennustamiseks (CVDRA), mille puhul ühendatakse andmed südame-veresoonkonna haiguste hindamisvahendiga (PREDICT uuring), mida kasutavad perearstid oma töös, ja patsiendid võivad loobuda oma andmete teisest kasutamisest PREDICT uuringus.
Prioriteet	Kriitiline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast

¹²⁵ How should my consent be requested? (https://commission.europa.eu/law/law-topic/data-protection/reform/rights-citizens/how-my-personal-data-protected/how-should-my-consent-be-requested_en)

LAHENDUSKÄIK 3		Selgitused ja näited
		kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Keskmine	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 4		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Andmete kaitse tõhustamine	
Lahenduse lühikirjeldus	Andmekaitse meetmete tugevdamine (sh perioodilised andmeauditid andmete jagamise protsesside ja protokollide regulaarseks kontrollimiseks, et tagada andmete turvalisus ning andmete asjakohane ja optimaalne kasutamine), et suurendada inimeste usaldust andmete jagamise vastu	See on väga oluline, kuna andmete maht järjest kasvab, andmed on väga tundlikud ja arvestada tuleb sellega, et teatud määral on paratamatu, et vigu (sh tarkvaravigu ¹²⁶) tuleb ette.
Praktiline kasu	Tõhus ja usaldusväärne andmekaitse, andmete jagamise ja kasutamise parendamine, riskide maandamine, suurem usaldus süsteemi vastu	
Võimalikud väljakutsed	Suured investeeringud, oluline on tagada pidev ja pädev seire (ja selleks vajalikud ressursid)	
Viited (näited ja uuringud)	Nt lähtuvalt isikuandmete kaitsmisega seotud ISO standarditest	Security techniques — Extension to ISO/IEC 27001 and ISO/IEC 27002 for privacy information management — Requirements and guidelines (https://www.iso.org/standard/85819.html)
Prioriteet	Kriitiline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused: <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus.

¹²⁶ Tarkvaraviga tekitas patsientide haiguslugudesse aastate vältel valeandmeid (<https://www.err.ee/1609103945/tarkvaraviga-tekitas-patsientide-haiguslugudesse-aastate-valtel-valeandmeid>)

LAHENDUSKÄIK 4		Selgitused ja näited
		<ul style="list-style-type: none"> • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Keskmine	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 5		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Koolitused	
Lahenduse lühikirjeldus	Tervishoiu- ja sotsiaalsektoris töötavate inimeste (sh KOVIDes) (pidev) koolitamine nii andmete jagamise tähtsusest ja viisidest, andmekaitsest, algoritmipõhiste lahenduste eelistest ja puudustest jne kui ka erinevate valdkondade ja nende ülesannete kohta	Näiteks KOVIDel on oluline teada, kuidas tegutsevad töötukassa, PPA, perearstid, haiglad jne ning vastupidi ehk kuidas on KOVIDe töö korraldatud jne. Sellise lähenemise heaks näiteks on PAIK projektis läbi viidud koolitused tervisejuhtidele (https://paik.vmh.ee/tervisejuhi-baaskoolitus).
Praktiline kasu	Parem arusaam andmete jagamise olulisusest ja kasutamisest igapäevatoos, efektiivsem andmete kasutamine abivajajate tuvastamiseks ja nende abistamiseks	
Võimalikud väljakutsed	Koolituste korraldamine ja neil osalemine on ajamahukas ja vaja on arvestada ka rahaliste kuludega, samuti on oluline koolitusi pidevalt ajakohastada ehk leida selleks vajalikke vahendeid ja sobivaid eksperte	
Viited (näited ja uuringud)	WHO soovitused pideva professionaalse koolituse kohta terviseandmete haldamisel	Digital education for building health workforce capacity (https://www.who.int/publications/i/item/9789240000476)
Prioriteet	Oluline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.

LAHENDUSKÄIK 5		Selgitused ja näited
Mõju	Keskmine	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Keskmine	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 6		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Valdkondade vahelised koostöökogud	
Lahenduse lühikirjeldus	Koostöö (pidev) arendamine valdkondade vahel (nii piirkondlikul kui ka riigi tasandil), kaasates mõlema sektori esindajaid ühistesse regulaarselt kohtuvatesse töögruppidesse, mille eesmärgiks on algatada ja toetada andmete jagamise ja kasutamise parendamist	
Praktiline kasu	Ühised ja fokuseeritud jõupingutused, ühine ja kaasav otsustusprotsess	
Võimalikud väljakutsed	Koostöö arendamise ja koordineerimisega seotud väljakutsed	Nt Saks, K., „Tervishoid ja hoolekanne arenevad kumbki omas mullis“ (https://eestiarst.ee/tervishoid-ja-hoolekanne-arenevad-kumbki-omas-mullis/)
Viited (näited ja uuringud)	Taani kogemus, PAIK teenus, Hoolduse koordineerimise pilootprojekt, Canada Health Infoway	<p>Taani lähenemise puhul rõhutatakse koostöö olulisust spetsialistidega ka väljaspool omavalitsuse struktuure, kuna ka nemad saavad toetada suurenenud riskiga vanemaealiste tuvastamist. Väliste partnerite kaasamine aitab sageli tuvastada vanemaid inimesi, kes pole omavalitsusele veel teada. Abi võib olla koostööst perearstide, eriarstide kui füsioterapeutide, kogukonna vabatahtlike, lähedaste, koguduste esindajate, sotsiaalelamute töötajate, apteekrite, hambaarstide ja teistega.</p> <p>Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) puhul on eesmärgiks arendada ja parendada Eesti tervishoiusüsteemis patsiendikeskset tervishoiuteenuse osutamist integreeritud meeskonnatöö põhimõttel, vältides dubleerimisi ning sellega seonduvalt põhjendamatu kulu. Seejuures on eraldi eesmärgiks, et KOVi sotsiaaltöötaja teaks patsiendi kaasatusest PAIK teenusele ja/või tema abivajadusest. Projekti tulemused näitavad, sh KOVi esindajate sõnul, et projekti abil tekkinud integreeritust toetav ja info vahetamist hõlbustav süsteem ning hoogustunud on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna koostöö ja seega tõusnud inimeste abistamise kvaliteet. PAIK on vähendanud riski, et abivajav inimene n-ö kaob kahe süsteemi vahele ära. Seejuures on kõrgelt hinnatud võrgustikukohtumisi, kus on tihti selgunud, et inimene ei ole senini olnud teadlik tema abivajadust toetavate teenuste kohta ja lahendused on saadud just võrgustikukohtumistel.</p> <p>Hoolduse koordineerimise pilootprojekti üks väljundnäitaja on võrgustikukohtumised. Kohtumiste eesmärk on arutada</p>

LAHENDUSKÄIK 6		Selgitused ja näited
		<p>piirkondlikke sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisega seotud probleeme ja puudusi ning leida ühiselt lahendusi nende parandamiseks või likvideerimiseks. Koordinaatsiooni eesmärk on jõuda olukorrani, kus kompleksse abivajadusega inimesed saavad neile vajaliku abi võimalikult loogiliselt ja sujuvalt ning teekond abini on katkematult toetatud ka juhul, kui inimene vajab tuge mitmest süsteemist korraga. Toetatakse piirkondlikku paindlikkust ja piirkonna eripärasid arvesse võtva mudeli rakendamist. Maakonnaülestes ja üksikjuhtumite lahendamiseks seotud ülesannete täitmiseks on võimalik teha kokkulepped, arvestades seejuures piirkonna võimalusi ja ressursse. Oluline on, et kohapeal saaksid sõlmitud kokkulepped selle kohta, kuidas eri sihtrühmade toetamine toimub ja milline on eri osapoolte vastutus, sh kuidas tagatakse abivajaja sujuv liikumine ühest süsteemist teise juhul, kui tuge on vaja mitmest süsteemist. Kokkulepete sõlmimisel tuleb silmas pidada sihtrühmade vajadusi üle elukaare. Oluline on, et piirkondlikus võrgustikutöös osaleksid kõik olulised partnerid või nende esindajad sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemist, aga ka teistest, külgnevatest valdkondadest. Ühelt poolt on olulised üksikjuhtumitega seotud meeskonnakoostumised, mille eesmärk on koostöös inimese enda, tema lähedaste ja juhtumimeeskonnaga välja selgitada inimese vajadused, sõnastada eesmärgid, koostada terviklik juhtumiplaan ja tagada isiku vajadustele vastav abi. Teisalt aga on oluline, et võrgustikutöö käigus saavad selgeks piirkondlikult oluliste osapoolte roll, vastutus ja ülesanded, kaardistatakse piirkondlikud abivajajate rühmad ning kujundatakse inimesekeskseid klienditeenuskonnanke.</p> <p>Kanadas kasutatav riiklikult rahastatud algatus digitaalsete terviseandmete kasutamise soodustamiseks (https://www.infoway-inforoute.ca/en/).</p>
Prioriteet	Kriitiline	<p>Tegevuse asjakohasus ja tähtsus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need ei ole ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Kõrge	Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:

LAHENDUSKÄIK 6	Selgitused ja näited
	<ul style="list-style-type: none">• Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis.• Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks.• Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 7		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Andmete jagamise tähtsuse selgitamine laiemale avalikkusele	
Lahenduse lühikirjeldus	Teadlikkuse suurendamine andmevahetuse olulisusest ja turvalisusest vanemaealiste abistamise parendamiseks, kasutades digitaalseid allikaid info jagamiseks (nt sotsiaalmeedia, uudiskirjad, mobiilirakendused), aga muid viise, mis võivad sobida vanemaealisele sihtrühmale (nt vallalehed, raadiosaated, uudised, infovoldikute koju saatmine). Seejuures spetsiifilisemalt nt üleriikliku teavituskampaania korraldamine, millega kutsutakse vanemaealisi ja nende lähedasi üles teavitama KOVi oma muredest (sh kogukondade aktiivsem kaasamine, et osataks abivajajaid märgata).	
Praktiline kasu	Ühiskondlik toetus, sh vajalike arenduste tegemiseks. Üleriiklik kampaania on kasulik ka seetõttu, et seaduse järgi on kõik inimesed kohustatud teatama sotsiaalhoolekannet vajavast isikust või perekonnast isiku või perekonna viibimiskoha järgsele KOVile ning sellise teavituskampaaniaga on võimalik seda teavitamiskohustust ühiskonnas laialdasemalt teadvustada ning seeläbi saada infot võimalike abivajajate kohta, kellest KOV ei olnud seni teadlik.	
Võimalikud väljakutsed	Andmete jagamise ja lekkimise kartus, turvalise teavitamiskanali loomine ja selle kasutamise soodustamine, efektiivse kommunikatsiooniplaani loomine	Üheks lahenduseks võib olla näiteks STARi iseteeninduses abivajavajast teavitamise võimaldamine, aga oluline on pöörata tähelepanu nii sellele, et see teavitamine oleks sisuliselt turvaline ja vastaks õigusraamistiku nõuetele, kui ka sellele, kuidas inimesteni viia teadmine sellise võimaluse kohta, et seda ka kasutataks.
Viited (näited ja uuringud)	Teemakohased riiklikud algatused USAs	Health Communication Gateway (https://www.cdc.gov/healthcommunication/)
Prioriteet	Oluline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast.

LAHENDUSKÄIK 7		Selgitused ja näited
		<ul style="list-style-type: none"> Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Keskmine	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Kõrge	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 8		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Tagasisidemehhanismide arendamine	
Lahenduse lühikirjeldus	Süsteemse tagasiside kogumine patsientidelt, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas tegutsevatelt spetsialistidelt	
Praktiline kasu	Parenduste tegemine kasutajate tagasiside põhjal	
Võimalikud väljakutsed	Tagasiside haldamine, konstruktiivse sisendi kogumise tagamine, vajalike arenduste kiire ja efektiivne tegemine	
Viited (näited ja uuringud)	Nt Suurbritannias kasutatavad tagasisidemehhanismid	How to complain to the NHS (https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/how-to-complain-to-the-nhs/)
Prioriteet	Oluline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Keskmine	Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused: <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Keskmine	Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust: <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 9		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	Andmete jagamise ja kasutamise pilootprogrammide kasutamine	
Lahenduse lühikirjeldus	Pilootprogrammid uute andmevahetuse lahenduste testimiseks enne nende täismahus rakendamist	Näiteks tasub erinevates kontekstides (teatud juhtumitel – nt kukkumised, erakorralised hospitaliseerimised jne, teatud tehnilisi lahendusi kasutades – nt liidestused STARiga) piloteerida võimalusi, kuidas võimalikult efektiivselt ja kiirelt vahetada ennetustöös vajalikku infot oluliste osapoolte ehk KOVide, kiirabi, PPA, päästeameti jt vahel (lisaks sellele, mida on senistes Eesti pilootprojektides tehtud). Seejuures on väga oluline ka n-õ tagasiside saamise osa (nt kui kiirabi edastab info KOVile, siis KOV jagab hiljem vastu infot sekkumise ja selle tulemuse kohta), et aidata kaasa sellele, et saaks juhtumeid koostöös kiiremini lahendada.
Praktiline kasu	Riskide maandamine, iteratiivne arendus	
Võimalikud väljakutsed	Algsete investeeringute jaoks rahastuse leidmine, edukalt katsetatud lahenduste laiem rakendamine koos jätkusuutlikkuse tagamisega, ootuste juhtimine	
Viited (näited ja uuringud)	Norra kogemus, Hollandi kogemus, PAIK teenus, Insuldi juhtprojekt, Hoolduse koordineerimise pilootprojekt, Kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise meetodika loomine ja piloteerimine ning seda toetavad tegevused, My Health Record pilootprogrammid Austraalias	<p>Norras lõppes 2023. aasta veebruaris pilootprojekt, mille raames katsetasid üheksa omavalitsust lahendusi, mis võimaldaks automaatset, pidevat andmeedastust. Üks oluline, katsetamisel selgunud arendusvajadus oli see, et teenuseosutajatel peab olema võimalus valesid sissekandeid parandada. Eesmärgiks on võetud, et 2024. aastaks oleksid sobivad automaatsed lahendused olemas.</p> <p>Nt Hollandis näeb riiklik strateegia ette patsiendi teekonna põhise rahastamist, mille esimesed pilootprojektid võivad alata 2023. aasta teises pooles.</p> <p>Paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojektiga (PAIK) on loodud eeldused teenusemudeli üleriigiliseks skaleerimiseks (sh üleriigilise reaalajalise IT-lahenduse loomiseks vajalik funktsionaalne ja arhitektuurne spetsifikatsioon ning prototüüp). Skaleerimise suurimateks väljakutseteks on keskele IT-lahendusele sobiva haldusmudeli kokkuleppimine ning tervisejuhi teenuse ja rahastamise ühtsete põhimõtete kokkuleppimine, samuti teenuse käivitamise ja paikkondliku koostöö finantseerimine.</p> <p>Peaaegu kõik projektis osalenud haiglad leidsid, et koostöö perearstide ja KOVidega sujus üldiselt hästi. Koostöö andis kiirema ja täpsema info liikumise, mis kokkuvõttes välistab nn topelttöö tegemise. Tänu konkreetse rolli kandjale muutus meeskonnatöö haiglas sujuvamaks ning rollijaotus perearstide ja KOViga suhtlemisel sai selgemaks.</p>

LAHENDUSKÄIK 9		Selgitused ja näited
		My Health Record (https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/my-health-record)
Prioriteet	Kriitiline	Tegevuse asjakohasus ja tähtsus: <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline” ja „Oluline” näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused: <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.
Teostatavus	Kõrge	Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust: <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

LAHENDUSKÄIK 10		Selgitused ja näited
Võimalik lahendus	<p>Teatud vanuses või muude kriteeriumide alusel regulaarsete kodukülastuste tegemine – näiteks n-ö automaatsete kodukülastuste tegemine alates teatud vanusest (nt 75-aastased ja vanemad)</p>	<p>Eesti kontekstis on selliste kodukülastuste tähtsust välja toodud näiteks paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) kogemuste põhjal. Teatud määral sarnast praktikat on Eesti KOVIDes, kus viiakse alates teatud vanusest inimestele koju sünnipäevatervitusi.</p> <p>Arvestades ressursside puudust võib seejuures üheks alternatiiviks olla vabatahtlike abi kasutamine, kes saaksid näiteks suhteliselt lihtsa hindamisinstrumendi ehk lühikese küsimustiku toel välja selgitada inimesi, kes võiksid vajada abi ja kelle puhul oleks oluline, et kodukülastuse teeks nt KOVi sotsiaaltöötaja.</p>
Lahenduse lühikirjeldus	<p>Külastuse keskmes on intervjuu, mille raames vaadatakse läbi igapäevane elukorraldus, küsitakse nii vaimse kui füüsilise tervise ja sotsiaalse toimetuleku kohta ja vaadatakse üle ravimite manustamine. Taani näitel külastavad eakaid enamasti piirkonna õed, kuid visiidi läbiviijaks võivad olla ka tegevusterapeudid, füsioterapeudid. Kaasatud on ka sotsiaaltöötajaid. Külastuste käigus võidakse teha standardiseeritud vormil märkmeid selle kohta, kuidas inimesel on läinud alates viimasest külastusest, mida on kokku lepitud ja mis ajaks on kavandatud järgmine külastus. Spetsialistide vahelise koostöö soodustamiseks võivad külastuse läbiviijad inimese nõusolekul edastada neid märkmeid ka asjakohastele partneritele, sealhulgas perearstile. Ennetavad kodukülastusi tuleks pakkuda erinevate valdkondade koostöös,</p>	<p>Lisaks on oluline arvestada majandusliku toimetulekuga, kuna paljude probleemide põhjuseks on ka (pidevalt) keeruline majanduslik olukord.</p> <p>Eesti puhul on näiteks paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) kogemuste põhjal hästi toimunud pereõe ja KOVi sotsiaaltöötaja ühine kodukülastus.</p> <p>Eestis saaks sarnast lahendust hakata rakendama, koostades esmalt konkreetsed juhendid KOVIDele (sh vormid ja muud vajalikud dokumendid) kodukülastuste sisu ja korraldamise kohta (sellist rolli saaks täita nt SKA KOV nõustamistalitus¹²⁷).</p>

127

Kohalike omavalitsuste nõustamine

<https://sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/kohalike-omavalitsuste-noustamine>

LAHENDUSKÄIK 10	Selgitused ja näited	
	<p>et need sisaldaks võimalikult laia ülevaadet teenustest, mida omavalitsuses eakatele pakutakse.</p>	
Praktiline kasu	<p>Kodukülastustega saab ennetada tervisekahjustuste tekkimist, mis võivad areneda elukvaliteeti vähendavateks puueteks, igapäevase toimimisvõimekuse vähenemiseks. See aitab ka luua kontakti vanemaealistega, kellel mingil põhjusel pole kokkupuudet tervishoiu- või sotsiaalsüsteemiga.</p>	<p>Sh kaasates nt vabatahtlikke 65-aastaste ja vanemate inimestega proaktiivseks suhtlemiseks.</p>
Võimalikud väljakutsed	<p>Kodukülastuste korraldamine on ressursimahukas nii rahalisest kui ka selleks vajaliku tööjõu vaatest, kodukülastustest on võimalik loobuda ja seda võidakse teatud sihtgruppides teha kergekäelisemalt, andmete kaitsega seotud väljakutsed</p>	<p>Et Taanis on koduviisi korraldatud juba üle 20 aasta, on näiteks uuritud eaka sotsiaalmajandusliku tausta ning koduviisi kokku leppimise meetodi mõju sellele, kas eakas loobub KOVi pakutud visiidist. Inimeste parem majanduslik ja sotsiaalne toimetulek on seotud koduviisi kõrgema aktsepteerimise määraga ning visiidist loobumisi on võimalik vähendada sellega, kui proaktiivselt (pöördumises on kohe välja pakutud võimaliku visiidi kuupäev) KOV koduviisi välja pakub.</p> <p>Omavalitsustele soovitatakse kodukülastuste pakkumiseks vajalike andmete kaardistamist, sealhulgas millal on asjakohane jagada, vastu võtta või edastada isikuandmeid omavalitsuse haldusala asutuste, teistele ametiasutuste või muude ühingutega. Isikuandmete registreerimiseks, salvestamiseks ja kasutamiseks peab olema faktiline eesmärk ja õiguslik alus. Kodukülastuste pakkumise kohustus ning täpsemalt omavalitsuste enda kehtestatud teenuse kvaliteedistandard võivad andmete töötlemiseks sobiva õigusliku aluse pakkuda. Andmete väljavõtetest saadud teavet võivad kodukülastusi pakkuvad spetsialistid kasutada ainult selleks otstarbeks, milleks andmete väljavõtte tehti ja neid võib säilitada ainult asjakohasel perioodil. Andmete kasutamist tuleb kirjeldada omavalitsuse andmetöötlusregistris, kaasates omavalitsuse andmekaitse nõustaja.</p>
Viited (näited ja uuringud)	<p>Taani kogemus, Kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise meetodika loomine ja piloteerimine ning seda toetavad tegevused</p>	<p>Taanis on kohalikud omavalitsused seaduse järgi kohustatud külastama oma piirkonna eakaid. Ette nähakse, et KOV külastab vastavalt vajadusele 75-aastaseid ja vanemaid elanikke ning 82. eluaastast teeb seda vähemalt kord aastas. Üksi elavatele eakatele tuleb kodukülastust pakkuda alates 70. eluaastast. Vajaduse korral võib omavalitsus pakkuda külastust ka 65–81-aastastele inimestele, kel on oht, et nende sotsiaalne, psühholoogiline või füüsiline võimekus on vähenenud. Kodukülastusi ei pea pakkuma elanikele, kes saavad omavalitsuselt juba arvestataval määral abistavaid</p>

LAHENDUSKÄIK 10		Selgitused ja näited
		<p>teenuseid. Kodukülastuste organiseerimisele ja sisule pole riik omavalitsustele ettekirjutusi teinud, kuid annab juhendite abil soovitusi. Kohalike omavalitsuste ühenduse ekspertide hinnangul on järjest vähem oluline teatud vanusepiiri järgi koduviidi pakkumine, sest sageli on 75-aastased inimesed veel liikuvad, aktiivsed ja hea tervise juures ning oluline on jälgida muid riskitegureid.</p> <p>Päästeameti juhitud pilootprojekti käigus töötati välja koduohutuse hindamisankeet kui ennetusmeede, mis on laiem kui vaid tuleohutus ning mida saavad kasutada erinevad ametkonnad. Ankeedis toodud küsimused juhvivad tähelepanu erinevatele kodukeskkonna riskikohtadele, nt katkine elektrijuhtmestik, lahtised trepiastmed, puuduvad käsipuud jms. Ankeet on mõeldud KOVide ja KOVide territooriumil asuvate asutuste töötajatele (päästeametnikud, sotsiaaltöötajad, lastekaitsetöötajad, politseinikud, pereöed, ämmaemandad jt), kes puutuvad kokku kodukülastustega. Ankeetidega kogutud andmed sisestatakse Päästeameti ohutuse infosüsteemi OIS ning komandopealikul otsustavad, mida selle info põhjal järgmiseks teha. Seejuures näitab projekti elluviimise kogemus, et parima tulemuse saavutamiseks on väga oluline, et erinevate osapoolte esindajad teaksid üksteist, kuna see lihtsustab operatiivset infovahetust. Projekti jooksul on olulise murekohana ilmnenud see, et keeruline on kokku viia infot sotsiaalvaldkonnast ja tervishoiusüsteemist. Selgelt tuleb välja see, et andmed peaksid paremini liikuma ja vaja oleks rohkem koostööd erinevate osapoolte vahel (sh ka kiirabi, Politsei- ja Piirivalveamet jne), et suudetaks paremini abivajajaid leida ja neid aidata. Samuti sai projekti käigus kinnitust saanud see, et erinevad KOVid (arvestades elanike arvu, hajaasustust, erinevate ametiasutuste soovi ja valmisolekut olla kaasatud ja panustada jne) on väga erineva võimekusega.</p>
Prioriteet	Kriitiline	<p>Tegevuse asjakohasus ja tähtsus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriitiline: tegevused, mis on eesmärgi saavutamisel kõige tähtsamad ja mida tuleks rakendada nii kiiresti kui võimalik. • Oluline: tegevused, mis on olulised, kuid mitte kriitilised eesmärgi saavutamise seisukohast. • Kasulik: tegevused, millel on eesmärgi saavutamisele toetav mõju, kuid need saab ette võtta pärast kategooriates „Kriitiline“ ja „Oluline“ näidatud tegevuste käivitamist ja/või teostamist.
Mõju	Suur	<p>Mil määral tegevus toob kaasa märkimisväärse muutuse või tulemused:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suur: tegevused, millel on potentsiaal tuua kaasa oluline muutus. • Keskmine: tegevused, mis võiksid tuua kaasa mõningase kasuliku muutuse. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt toovad kaasa väikse muutuse.

LAHENDUSKÄIK 10		Selgitused ja näited
Teostatavus	Madal	<p>Tegevuse saavutatavus, arvestades praeguseid ressursse, piiranguid ja võimekust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kõrge: tegevused, mis tõenäoliselt saavutatakse 5 aasta perspektiivis. • Keskmine: tegevused, mis võivad nõuda mõningaid muudatusi või märkimisväärseid lisaressursse saavutamiseks. • Madal: tegevused, mis tõenäoliselt ei ole saavutatavad praeguses olukorras ja piirangutes.

Üldisemal tasandil on vaja tähtsustada soovi ja tahtmist toetada proaktiivseid lahendusi, mis väljenduks muuhulgas riiklikes arengudokumentides¹²⁸. Seejuures on oluline esile tuua sellisele arengule kaasaaitavate õiguslike muudatuste tegemise vajadust, nt tervise- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni soodustavate positsioonide (nt tervisejuht, hoolduskoordinaator vms) või abivajajast teatamise kohustuse ja andmekaitsega seotud nõuete vahelise tasakaalu kontekstis.

Väliskogemuse põhjal on Eesti üheks eeliseks ka riigi väiksus, mis võimaldab uudseid lahendusi kiiremini testida ja rakendada.

Kokkuvõtvalt on **olulisemate lahenduskäikude** seas näiteks

- tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmekogude ühendamine ja senisest efektiivsem ligipääs vajalikele andmetele (sh nt operatiivinfo vahetamine kiirabi ja KOVi vahel), mille abil abivajajaid tuvastada ja toetada;
- olemasolevate ja kogutavate andmete kvaliteedi tõstmine ja ühtlustamine (sh andmete võrreldavuse tagamiseks) ning vajalike andmete süsteemne jagamine oluliste osapooltega, sh KOVidega;
- tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahelise koostöö tihendamise seni Eestis läbi viidud asjakohaste pilootprojektide kogemusi terves riigis rakendades.

Nagu mitmel pool märgitud, siis oluline on rõhutada, et erinevate lahenduskäikude teostatavus sõltub selleks eraldatavatest **ressurssidest** (sh arvestades rahaliste vahendite piiratust ja valdkonnaspetsialistide vähesust).

¹²⁸ Seda ka näiteks Šotimaa riskihindamisinstrumendi SPARRA kogemusel. Eesti kontekstis on proaktiivsete lahenduste kasutamise tähtsusele viidatud näiteks Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 ning „Üle riigi rakendatava inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli kontseptsioonidokumendis“, samuti International Foundation for Integrated Care raporti „Supporting Integrated Service Provision Reform in Estonia“ soovitusel.

8. LAHENDUSVÕIMALUSTE VALIDEERIMINE VALITUD KOHALIKES OMAVALITSUSTES

Eelnevas peatükis kirjeldatud lahenduskäikusi valideeriti uuringusse valitud KOVidega, et lisada juurde nende vaade ja hinnang, millele oleks kõige olulisem keskenduda. Valideerimine oli vajalik selleks, et uuringu lõpptulemusena **määratleda kõige tähtsamad lahenduskäigud**, millele tuleks edaspidi keskenduda riikliku korraldusmudeli arendamisel, mis aitaks KOVide sotsiaaltöötajatel teha tõhusamalt oma igapäevast tööd vanemaealiste abivajajate leidmisel ja abistamisel.

Üldine hinnang kaasatud KOVidelt oli, et **esitatud lahenduskäigud on suure tähtsusega** ja nende (laiemast) rakendamisest oleks igapäevatoos kasu, **kui rakendamine on läbi mõeldud ja selleks on eraldatud vajalikud ressursid**, sh õppe ja koolituse kontekstis.

Alljärgnevalt on kirjeldatud **KOVide peamisi tähelepanekuid ja rõhuasetusi**, millele tuleks edaspidises arendustöös keskenduda.

Andmete integreerimise ja tõhusa kasutamise osas toodi välja mitmeid aspekte, millega peab arvestama. KOVide ja samuti teiste osapoolte vaatest on tähtis, et igapäevaseks **tööks vajalike infosüsteemide ja andmestike hulk ei kasvaks** (pigem on ootus, et see võiks väheneda, kui infosüsteemid hakkavad omavahel senisest rohkem tööks vajalikke andmeid vahetama) ja et need ühilduksid omavahel, et **väheneks vajadus andmete dubleerimise ja mitmekordse sisestamise järele**. Kui igapäevaselt on vaja kasutada paljusid süsteeme ja ka teatud määral samu andmeid erinevatesse andmebaasidesse sisestada, siis toob see endaga kaasa töökoormust, mida saaks vältida, samuti suureneb sisestusvigade tegemise tõenäosus, mis vähendab andmete kvaliteeti. See tähelepanek on oluline nii sotsiaalsüsteemi kui tervishoiusektori vaatest, kuna andmete paremaks jagamiseks on vaja, et infosüsteemid suhtleksid omavahel, mitte seda, et kumbki valdkond peab andmete jagamiseks sisestama infot mitmesse infosüsteemi (n-ö oma infosüsteemi ja eraldiseisvasse ühisesse infosüsteemi).

Samuti on oluline teadvustada murekohtasid andmete kvaliteedis ja arvestada seniste õppetundidega, mida on erinevate infosüsteemide arendamisel kogutud. Oluliseks kogemuseks on näiteks **puudeinfo lahendus** (PIA moodul STARis), mille toimivust ja kasu tuleks riigil analüüsida koostöös KOVide ja teiste osapooltega. KOVide hinnangul on selle puhul ilmnenud mitmeid kitsaskohti – näiteks saadetakse teavitusi e-kirjadega meiliaadressitele, mida pole üle kontrollitud, mistõttu ei jõua info õige inimeseni ning paljud inimesed on vastanud, et nad ei soovi abi ega üldse selliseid pöördumisi jne. Kuna paljud inimesed ei vasta teavitusele, siis suureneb sotsiaaltöötajate halduskoormus, et need inimesed üles leida. Harvad on juhud, kus inimene on abist huvitatud ja ta pole veel sotsiaaltöötajatele teada, seega vajab hindamist selle tegevuse kasutegur.

Seega, üldine ootus on, et **infosüsteeme ei oleks liiga palju** ning uute platvormide loomise asemel pandaks rõhku olemasolevate infosüsteemide edasi arendamisele (nt STARi puhul pöörates tähelepanu nii arendusvajadustele (mh sellele, et järjest enam väheneks vajadus KOVide endi

andmebaaside loomise ja kasutamise järele) kui ka sellele, kas kasutajad pääsevad ligi kõikidele (sh teiste osapoolte poolt STARi kogutud) andmetele, mida on vaja, et oma tööd võimalikult hästi teha) ja nende vaheliste integratsioonide loomisele (nt STARi ja tervise infosüsteemi (sh digiloo) vahelise andmevahetuse arendamine jne). Samuti tuleks tekitada sotsiaaltöötajatele sarnaseid võimalusi nagu on kiirabil ja politseil isikute tuvastamiseks elektrooniliselt (nt tahvelarvutis) isikukoodi ja nime alusel, kuna kõik vanemaealised ei pruugi oma isikukoodi mäletada.

Oluline on rõhku panna ka sellele, et **andmete sisestamine** oleks võimalikult lihtne ja mugav – näiteks võiks olla lihtne võimalus täita kodukülastustel kasutatavaid hindamisinstrumente elektrooniliselt (nt tahvelarvutis), et vähendada andmete sisestamisele kuluvat aega (tavaolukorras täidetakse ankeet paberil ja sisestatakse hiljem infosüsteemi, mis võib tulenevalt ankeedi pikkusest olla ajamahukas töö) ja suurendada andmete kvaliteeti (andmete sisestamisel paberil olevalt hindamisinstrumendilt võib tekkida vigu, nt kui käekiri pole piisavalt selge).

Kui fookuses on see, millistest andmetest KOVide sotsiaaltöötajad puudust tunnevad, siis väga suure kitsaskohana tajutakse **terviseandmete jagamise keerukust**, kuna terviseandmete nägemine on arusaadavatel põhjustel andmekaitsereeglite järgi rangelt piiratud. See on aga igapäevases töös murekohaks, kuna sotsiaaltöötajad kasutavad STARi ja tervishoiutöötajad kasutavad tervise infosüsteemi, aga ei ole lihtsat lahendust, kuidas näha vajalikku infot (nt mida on tuvastatud, mis soovitusi antud, mis ravimid määratud jne), mis on teise valdkonna infosüsteemis. Teisalt, kuigi andmete kaitsmine on väga tähtis, saadab riik vahel tundlikku infot (nt inimese puude kohta) e-kirja teel ja kuna alati pole meiliaadressid korrektsed (eriti vanemaealistel võib olla inimesega seotud mõne teise inimese meiliaadress), siis võib see info sattuda vale inimese kätte. Lisaks on mitmeid muid näiteid selle kohta, et asutusesti varieerub see, kuidas andmete kaitset tõlgendatakse, ning alati pole ka õiguslikult selge, millal on prioriteediks andmete kaitsmine ja millal andmete jagamine, et inimest operatiivselt abistada.

Andmete vahetamist aitab soodustada see, kui **inimene annab nõusoleku oma andmete edastamiseks**. Kuivõrd andmete õigeaegne jagamine võib väga palju mõjutada seda, millal ja kui efektiivselt inimene abi saab, on mõttekas seda inimestele (sh potentsiaalse abivajaja lähedastele) selgitada ja muuta inimeste jaoks nõusoleku andmine lihtsaks (nt inimene saab mugavalt teatada või infosüsteemis märkida, et tema terviseinfot võib vastavalt vajadusele sotsiaaltöötajatega jagada, et KOV saaks inimesele pakkuda sobiva(ma)id sotsiaalteenuseid või muud abi). KOVide hinnangul on paljud inimesed valmis ja nõus oma andmeid sellisel eesmärgil jagama. Samas tuleb siinkohal tähtsustada inimeste **vaba tahet** – ka juhul, kui ennetustööks ei oleks ressursse puudu, ei õnnestuks tagada seda, et kõik inimesed oleks nõus oma andmeid jagama ja et kõikide abivajadusi märgataks abi andmiseks n-ö optimaalsel hetkel.

Lisaks inimese nõusolekule on võimalik teatud juhtudel kasutada näiteks kohtu abi, et KOV saaks ligipääsu tööks vajalikele terviseandmetele (nt seoses psüühikahäiretega). Samuti saavad KOVid küsida andmeid tervise infosüsteemist, aga andmete taotlemise protsess on sotsiaaltöötajate vaatest keeruline ja aeganõudev.

Infovahetusele aitab kaasa ka see, et seaduse järgi on seatud **kohustus abivajajast teavitada**. Seejuures on oluline tagada, et teavitamine toimiks sujuvalt ja lihtsalt (nt tänu STARi ja tervise infosüsteemi integratsioonile) ka sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide vahel, et ühelt poolt saaksid sotsiaaltöötajad operatiivselt teada, kui keegi vajab nende abi (nt arst või haigla sotsiaaltöötaja

teavitab KOVi sotsiaaltöötajaid), ja teiselt poolt saaks näiteks perearst info selle kohta, kui sotsiaaltöötaja märkab, et inimene võib vajada meditsiinilist abi.

Siinkohal on oluline viidata mitmes Eesti piirkonnas rakendunud paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise pilootprojekti (PAIK) kogemustele. Selle teenuse sihtgrupi määramisel arvestatakse nii kliiniliste¹²⁹ kui ka sotsiaalsete¹³⁰ kriteeriumidega ehk teenusele suunatakse inimesi, kellel esineb **vähemalt üks kliiniline ja üks sotsiaalne kriteerium**. Selline lähenemine loob ühtlasi aluse koostöö tõhustamiseks tervishoiu eri valdkondade ja sotsiaalsüsteemi vahel.

Kuna terviseandmete jagamine on väljakutse, siis on oluline märkida, et piirkondades, kus on rakendatud PAIK projekti, rõhutati, et tulevastes arendustes, mille eesmärgiks on luua seoseid tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi andmestike vahel, tuleks kindlasti arvestada PAIK projekti raames loodud infosüsteemi **Teleskoop** arendamise ja kasutamise õppetundide ja kogemustega (nt arendades infovahetust STARi ja haiglate infosüsteemide vms vahel). See on oluline, kuna selles süsteemis on välja arendatud teenust osutavate osapoolte töölaud ning see kogemus võimaldab anda väärtuslikku teadmist meditsiini- ja sotsiaalsüsteemi integreerimisel ette tulevastest vajadustest ja keerukustest. Teleskoop on seejuures üles ehitatud selliselt, et mõlema valdkonna spetsialistide töölaual oleksid näha muudatused, millega saab ennast kurssi viia (sh kes on kellele mis infot edasi saatnud). Näiteks KOVi sotsiaaltöötajad hindavad kõrgelt seda, et sealt saab kätte **vajaliku info enne kodukülastusele minemist**.

Eelnevaga seoses on oluline toonitada **terviseplaani** loomise ja elluviimise tähtsust. PAIK projektis rakendatava terviseplaani eesmärk on olla ülevaatlik ja patsiendile või tema lähedastele arusaadav infopakett, mis sisaldab patsiendi eesmärgi, raviskeemi, diagnoose, tervisenäitajate jälgimise plaani, algoritmi tervise seisundi halvenemise puhuks, tulevase analüüsi, uuringuid, visiite, elustiilisoovitusi ning olulisi kontakte. Arvestades, et STARis on olemas **juhtumite haldamise lahendus** (sh juhtumiplaan ja selle võimalikud edasiarendused), siis tulevikus tasub kaaluda võimalusi, kuidas terviseplaani ja juhtumiplaani ühendada (nt terviseplaani info kuvamine juhtumiplaani osana) ning kuidas kaasata sellesse juhtumiga seotud osapooli nii juhtumiplaani koostamise kui ka täitmise ja vajalike andmete jagamise kontekstis. Tulevikuarendustes on vaja arvestada ka rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni ehk RfKga, kuna see toetab seoste loomist ning aitab tagada ühtse keele ja terminid nii kliinilisest kui ka sotsiaalsüsteemi vaatest, et mõlema valdkonna spetsialistid saaksid oma tööks vajaliku info kätte sobivas mahus (ühtne standard aitab näiteks sotsiaaltöötajate jaoks lihtsustada inimese kohta käivate epikriiside mõistmist ning tänu sellele on võimalik oma ülesandeid tõhusamalt täita).

KOvide vaatest on suure tähtsusega koostöö **perearstidega**, et saada tööks vajalikke terviseandmeid. Üldiselt on võimalik ette tulevatele juhtumitele lahendused leida (sh nt pereõdede abiga), aga kuna n-ö automaatset infovahetust ei toimu (perearstidelt sotsiaaltöötajatele ja

¹²⁹ Kliinilised kriteeriumid: 1) hüpertensioon, 2) südamepuudulikkus, 3) diabeet, 4) krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK), 5) astma, 6) krooniline neeruhaigus, 7) depressioon.

¹³⁰ Sotsiaalsed kriteeriumid: 1) ei tule igapäevaste hooldustoimingutega toime, 2) tugivõrgustiku puuduse kahtlus, 3) korduvad hospitaliseerimised, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase aasta jooksul, 4) viis või enam retseptiravimit raviskeemis, 5) ravimisoostumus madal (ravimite võtmata jätmise, kolm või enam realiseerimata retsepti 12 kuu vältel), 6) viited meeleoluhäiretele.

vastupidi), siis põhineb see isiklikel suhtel ning seega koostöö sujuvus ja tõhusus varieerub märkimisväärselt. Samuti võib isiklikel kontaktidel põhineda perearstide valmisolek teha koduviite (nt inimeste juurde, kes pole näiteks liikumisprobleemide tõttu pikka aega perearsti juurde jõudnud, aga kelle puhul võib hinnata, et selline vajadus võib olla), kuigi seda paindlikkust mõjutavad ka muud tegurid (sh töökoormus).

Oluliseks partneriks on samuti **kiirabi**, kellega KOVide vaatest oleks oluline tihendada andmevahetust¹³¹. Praegu sõltub info jagamise vorm ja kiirus väga palju isiklikest suhetest ning puudust tuntakse süsteemsest lähenemisest ja kindlastest kokkulepetest. Seejuures oleks abi väga konkreetsetest lahendustest, nt sellest, kui kiirabi saaks senisest põhjalikuma info selle kohta, kes on määratud eestkostega patsientide eestkostjateks, et nendega (sh KOVidega) efektiivsemalt koostööd teha. Samuti on oluline, et kiirabi (aga ka teised olulised partnerid) näeks vajadusel infot selle kohta, kas patsiendile on määratud tahtvastane ravi, et adekvaatsete otsuste tegemine oleks sujuvam.

Igapäevase töö lihtsustamiseks vajalik andmete vahetuse sujuvus ja õigeaegsus pole oluline ainult meditsiini- ja sotsiaalsüsteemi vahel, vaid ka **teiste partneritega**. Näiteks tunnustavad mitmed KOVid koostööd **Politsei- ja Piirivalveametiga** (PPA), kuna PPA saadab oma menetlusinfosüsteemist automaatselt teateid STARi (nt perevägivaldajuhtumite kohta, mis on märkimisväärselt probleemiks ka vanemaealiste puhul¹³²), millega KOVide sotsiaaltöötajad saavad tutvuda, et järgmisi samme astuda (sh otsustada, kas reageerida kohe või võtta saabunud teadet arvesse edaspidises töös). Teisalt on ka kogemusi, kus **infovahetus pole optimaalselt korraldatud**, sest kui PPAst laekuvast teatest ei saa selgust, mis täpsemalt juhtus, tuleb kulutada aega, et teate saatja ehk konkreetse politseinikuga ühendust võtta ja lisainfot küsida, kuna ilma selle infota on keeruline otsustada, millised peaksid olema järgmised sammud. Samuti vajaksid KOVide sotsiaaltöötajad koolitusi¹³³, kuidas laekunud teadete alusel edasi tegutseda, et lähenemine oleks ühtsem (sh mida tuleks teha lähisuhtevägivaldateadete alusel). PPA teadete puhul tekitab teatud juhtudel **ebavajalikku halduskoormust** see, kui PPA saadab teateid sündmuskoha põhised, aga sotsiaaltöötajad peavad tegutsema elukoha alusel ehk esmalt vajab välja selgitamist, kas inimene, kelle kohta teade tuli, kuulub sellesse KOVi või tuleb see teade kellelegi teisele edastada.

¹³¹ Seejuures saab lähtuda PAIK projektis määratletud kliinilistest (hüpertensioon, südamepuudulikkus, diabeet, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, astma, krooniline neeruhaigus, depressioon) ja sotsiaalsetest kriteeriumidest (ei tule igapäevaste hooldustoimingutega toime, tugivõrgustiku puuduse kahtlus, korduvad hospitaliseerimised, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase aasta jooksul, viis või enam retseptiravimit raviskeemis, ravimisoostumus madal (ravimite võtmata jätmine, kolm või enam realiseerimata retsepti 12 kuu vältel), viited meeleoluhäiretele), mida võib vastavalt vajadusel täiendada (nt arvestades insuldi juhtprojektide kogemusi).

¹³² Enam kui pool eakate vastastest vägivalduritegudest leiab aset koduseinte vahel. Enamasti on kannatajaks vanemaealine naine, piinajaks tema poeg või tütar (<https://pealinn.ee/2023/03/31/enam-kui-pool-eakate-vastastest-vagivalduritegudest-leiab-aset-koduseinte-vahel-enamasti-on-kannatajaks-vanemaealine-naine-piinajaks-tema-poeg-voi-tutar/>)

¹³³ Vastavad koolitused on vajalikud ka teistele seotud osapooltele. See aitab kaasa sellele, et osapoolte üldised ülesanded ja vastutusala oleksid kõigi jaoks teada, et oleks selge, kes mida teeb ja mille eest vastutab. Samuti saab tänu koolituste abil kasvavale teadlikkusele suurendada sekkumiste ja menetluste tõhusust, kui nt üks osapool on oma ülesanded täitnud ja juhtumi võtab üle teine osapool – milliseid toiminguid on osapooltel vaja teha, sh millistel juhtudel tuleb juhtum veel n-ö edasi saata (nt ohvriabisse, turvakodusse jne).

KOVID toovad olulisena välja ka aktiivse koostöö **Päästeametiga**. See on viimastel aastatel muuhulgas tihenendunud tänu Päästeameti pilootprojektile „Kodukeskkonna vigastusriskide hindamise ja vähendamise meetodika loomine ja piloteerimine ning seda toetavad tegevused“, mille raames on tehtud hulgaliselt kodukülastusi¹³⁴ ja KOVID on hakatud rohkem teavitama, kui märgatakse olukordi, kus võib olla vajadus sekkuda (nt üksi elav vanemaealine inimene võib vajada abi). Teavitamine ei käi automaatselt, seda tehakse üldjuhul e-kirjade vahendusel.

Info vahetamise mõttes on oluliseks partneriks **Sotsiaalkindlustusamet**, mis edastab KOVIDele teateid abivajajate kohta, kui nende juurde (nt hindamisele, teenustele) on jõudnud inimesi, kelle kohta oleks KOVIDel vaja infot, et omalt poolt abi pakkuda.

Märkimisväärset potentsiaali nähakse ka **KOVIDe omavahelise koostöö tihendamises**. Kuigi KOVIDe vahel on suured erinevused (sh kasutatavate ressursside kontekstis) ning erinevate KOVIDe vahel on koostöö erineva tasemega, mistõttu KOVIDe ülese koostöö vajadust nähakse erineva akuutsusega, siis üldiselt tunnetatakse laiemat (nt maakondliku) integratsiooni puudust ja hinnatakse, et koostööga tegeletakse vähe. Teatud juhtudel toodi välja, et varasemalt oli abiks maavalitsuste roll, mis aitas riiklikult kesksete funktsioonide puhul luua ka regionaalset paindlikkust. Tihedam KOVIDe vaheline koostöö aitaks ressursse kokku hoida ja tõhusamalt kasutada näiteks ennetustöö ja teatud teenuste vaatest (nt koduhooldus, sotsiaaltransport).

Töökõks vajalike andmete kogumise mõttes on eraldi väljakutse leida infot inimese **võlgade** kohta, kuna praeguse seisuga keskne andmestik puudub (tulevikus võib seda muret aidata lahendada n-ö **positiivne krediidiregister**) ja inimesel endal ei pruugi ka alati väga head ülevaadet olla, milliseid laenusid on nad võtnud.

Andmete vahetamise ja selleks kasutatavate infosüsteemide osas tajutakse, et **teenuseosutajaid tuleks rohkem kaasata**, et andmed oleksid täpsemad ja andmete vahetusest oleks rohkem kasu. Näiteks hooldekodude puhul on märgitud, et nad on STARi kasutajad, aga seda ei kasutata alati igapäevase tööriistana, sest neil ei ole kõikidele tööks vajalike andmetele ligipääsu. Sotsiaaltöötajate vaatest oleks palju kasu lahendusest, mis annaks adekvaatse ülevaate erinevate sotsiaalteenuste osutajatest, et saaks abivajajatele sobivaid teenuseid pakkuda (lähtudes vabade kohtade andmetest, järjekordade pikkusest jne).

Andmete jagamise puhul on oluline mõelda ka **n-ö ühisele keelele**, et osapooled oskaksid saadud infot ja teavitusi õigesti tõlgendada oma funktsioonide täitmise kontekstis, et teha inimeste abitamisel optimaalsemaid otsuseid.

Kokkuvõtlikult tõdevad nii KOVID kui teised osapooled, et kui oleks olemas igapäevatoos esile kerkivatele vajadustele senisest paremini vastav **tööriist** ehk infosüsteem, mis annab adekvaatset infot, kellega on vaja tegeleda (nt valgusfoori funktsiooni abil), koondades selleks erinevatest andmestikest vajalikku teavet (mh nt teavitused sotsiaaltöötajate ja tervishoiutöötajate vahel, abivajajate kohta tehtud hindamiste jagamine omavahel jne), siis see aitaks ressursse kokku hoida ja võimaldaks rohkemaid inimesi senisest tõhusamalt aidata.

Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahelise koostöö tihendamisel ja tõhustamisel mängivad lisaks andmetele tähtsat rolli inimesed, kes on seotud mõlema valdkonnaga. Positiivseid tulemusi on näidanud näiteks PAIK projekti kontekstis loodud **tervisejuhi roll**, mis arendati välja selleks, et oleks

¹³⁴ Päästeametnik murekohtadest eakate kodudes (<http://www.egga.ee/P.Laos.pdf>)

konkreetne inimene, kes koordineerib võrgustikutööd ja juhib abivajaja terviseteeconda tema aitamiseks koostatud terviseplaani (raviplaanist laiem vaade, kuna hõlmab ka sotsiaalhoolekandeliisi küsimusi jms) alusel¹³⁵. See on väga oluline ka ennetustöös (sh selleks, et inimene ei satuks haiglasse, kui see pole vajalik), kuna tavapärasel loogikal ei suhtle tervishoiu- ja sotsiaalsektor omavahel piisavalt ning inimestel endil (eriti neil, kes kuuluvad n-ö haavatavatesse sihtrühmadesse) on keeruline süsteemis iseseisvalt navigeerida, et optimaalsete lahendusteni jõuda. Seega on väga tähtis, et on olemas koordineerija, kes õiged spetsialistid kokku toob ja aitab nende vahel suhtlust soodustada. Näiteks on PAIK projekti kogemused näidanud, et tervisejuhi rolli kasutamine aitab kaasa tõhusamale infovahetusele KOVide sotsiaaltöötajate ja perearstide ja teiste osapoolte vahel.

Tervisejuhi rolli võiks täita näiteks **pereõde**, kui talle tagatakse selleks vajalikud ressursid (sh tööaeg), aga see võib ka varieeruda lähtuvalt juhtumite keerukusest ja iseloomust (nt esmatasandil, sotsiaalsüsteemis ja meditsiiniliselt keerulisemate juhtumite puhul haiglas). Üldistatult on tervisejuhi roll sotsiaaltöötaja ja õe kombinatsioon ning PAIK projekti kogemustel toimib kõige paremini see, kui tervisejuht on osakoormusega sotsiaalvaldkonnas ja osakoormusega tervishoiusüsteemis, kuna nii saab ta mõlema valdkonna jaoks tööks vajalikke „uksi avada“.

Siinkohal on üheks aspektiks, mida arvestada, ka see, et (probleemne) abivajaja võib teatud juhtudel olla koostööaltim (nt kodukülastuse toimumiseks), kui temaga suhtleb (ka) tervishoiutöötaja (n-ö valge kitli efekt). See võib olla oluline ka seetõttu, et mõnede inimeste seas on jätkuvalt levinud valearusaam, et sotsiaaltöötaja poole pöördumine tähendab suunamist hooldekodusse.

Lisaks peab arvestama, et kahe süsteemi vahel tegutseva **spetsialisti töö hõlmab suurt paindlikkust**, kuna päevad võivad olla väga erinevad, sest tuleb reageerida erineva raskusastme ja ajakuluga olukordadele. Seda on tähtis silmas pidada, kuna näiteks tervishoiusüsteemis on üldiselt harjutud pigem kindla päevakavaga (nt et teatud aja tagant on vastuvõetud ja need on pikalt ette teada). Nii tervisejuhi kui ka teiste spetsialistide puhul on oluline pöörata tähelepanu sellele, et abivajajatega kokku leppida reeglid, kuidas koostööd tehakse, et sõltuvalt olukorrast saaks inimene võtta endale jõukohase vastutuse oma heaolu eest. See on ka laiemalt oluline, et inimese ja tema lähedaste vastutus säiliks ega kanduks ebamõistlikul määral üle nt sotsiaaltöötajatele.

Eelnev on oluline ka seetõttu, et kõik kaasatud KOVid tähtsustavad ja peavad võtmekohaks **koostöösuhete pidevat arendamist**¹³⁶. Nagu ka eelpool märgitud, siis paljudes kohtades on koostöö samas välja kujunenud isiklike kontaktide arendamise tulemusel, mistõttu **tuntakse puudust süsteemsest lähenemisest ja koostöölepetest**, mis ei katkeks ja toimiks sujuvalt ka siis, kui inimesed vahetuvad. Üldiselt on isiklike suhete ja usalduse roll koostöö toimimisel väga suur nii väiksemates kui ka suuremates KOVides. Väiksemates kohtades lihtsustab infovahetust see, et üksteist teatakse rohkem ja seetõttu on tavaliselt kergem omavahel suhelda, et konkreetseid olukordi lahendada. Mõnedes piirkondades on tegeletud süsteemsemalt koostöösuhete arendamisega (nt PAIK projekti partnerite puhul) ja see on toonud positiivseid tulemusi, kuid tõhusalt toimivate

¹³⁵ Terviseplan hõlmab patsiendi eesmärgi, raviskeemi, diagnoosi, tervisenäitajate jälgimise plaani, algoritmi tervise seisundi halvenemise puhuks, tulevase analüüsi, uuringuid, visiite ning elustiilisoovitusi ja olulisi kontakte. Täpsemalt sõltub see inimesele osutatavatest teenustest ja tema isiklikest eesmärkidest ning seejuures on tähtis mõista, et selles kirjeldatakse eelkõige ravihooldusskeemid, mille järgimise eest vastutab klient ja milles tugimeeskond teda toetab.

¹³⁶ Koostöö tihendamiseks on kasu nii tervishoiusüsteemile kui ka sotsiaalvaldkonnale (Parem koostöö tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel – kelle huvides, <http://www.egga.ee/Saks.pdf>)

koostöösuhete loomine on suur väljakutse ja nende hoidmine nõuab pidevat tähelepanu. Samuti tuleb koostöö arendamisel arvestada, et koostööle on keeruline kedagi sundida ehk alati on ka neid, kes erinevatel põhjustel ei ole valmis nii palju koostööd tegema nagu teised osapooled ootaksid. Seda riski aitab muuhulgas maandada see, kui koostöö arendamisel selgitatakse ja demonstreeritakse, et sellest on kasu ehk tänu sellele võib näiteks töö kvaliteet paraneda ja töökoormus langeda.

Eelnevaga seotult tähtsustatakse väga seda, kui palju kasu (sh ennetuse vaatest) on hästi korraldatud **võrgustikutööst**, mis aitab partnerite vahelises koostöös (sh vajadusel kaasates ja aktiveerides kohalikke päevakeskusi, erinevaid eagruppe jms) lahendusi leida. Seejuures rõhutavad KOVid seda, et on vaja täpselt ja võimalusel seaduse tasandil määratleda, kes seda tööd koordineerib (kutsub õiged osapooled kokku, koostab tegevuskava, jagab ülesandeid, jälgib tegevuskava täitmist jne), ning eraldada selleks vajalikud ressursid. KOVide sotsiaaltöötajate hinnangul aitavad võrgustikukohtumised (eriti need, kus keskendutakse konkreetsetele juhtumitele) leida optimaalseid lahendusi, et inimesi abistada ja muresid ennetada.

Eelnevalt kirjeldatud aspektide kõrval nähakse nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonnas üldise murekohana seda, et **tööjõudu on vähe** – sobiva kvalifikatsiooniga inimesi on puudu (sõltuvalt piirkonnast on vajaka nii sotsiaaltöötajaid, perearste kui ka muid spetsialiste) ja piiratud on ressursid, et neid piisavalt palju palgata ja neile väärilist töötasu maksta. Seega on vaja mõelda ka võimalustele, kuidas erinevad abistajad saaksid tegeleda ülesannetega, mis ei nõua pikaajalist ja väga spetsiifilist väljaõpet (nt koduteenuse hooldustöötajad võiksid mõõta vererõhku jms, kliinilised assistendid toetavad õdesid ülesannete täitmisel, mis ei eelda õe haridust, et õed saaksid keskenduda oma põhitööle, perearstide koormust vähendavad registraatorid jne), et paremini jaotada koormust, et kõik abivajajad saaksid jätkuvalt optimaalsel moel abi. Sellega seoses on tähtis erinevate rollide ja nende funktsioonide selge määratlemine, sh näiteks **haiglate sotsiaaltöötajate** puhul (sisuliselt sotsiaaltöötajad, kes teevad sotsiaaltööd arstide juures)¹³⁷, et koostööd tõhustada (sh KOVide sotsiaaltöötajatega). Personalikriisi kontekstis on veelgi olulisem, et infovahetus toimiks väga hästi, et erinevate spetsialistide töö oleks võimalikult efektiivne (sh et iga spetsialist keskenduks eelkõige neile ülesannetele, millega teised ei saa või ei tohi tegeleda).

KOVid toonitavad, et tööjõu vähesuse tõttu peavad sotsiaaltöötajad tihti tegelema **„tulekahjude“ kustutamisega**, mis tähendab teisalt, et **ennetustööks aega napib**. Nõustatakse, et väga tähtis oleks tegeleda ennetamisega (sh abivajaduste tuvastamisega enne, kui olukord muutub kriitiliseks), aga samas hinnatakse, et praegu pole seda võimalik tõhusalt teha, sest selleks pole piisavalt palju töötajaid.

Kui ressursse oleks piisavalt, siis üldiselt toetatakse **kodukülastuste** tegemist. Seejuures oleksid need tõhusamad siis, kui kodukülastustel käiksid sotsiaal- ja tervishoiutöötajad koos¹³⁸, kuna mõlema teadmised võivad olla väga vajalikud abivajaduse hindamisel ja edasise tegevusplaani koostamisel, mis aitaks kokkuvõttes pakkuda terviklikku ja integreeritud teenust. Ühised kodukülastused on eriti suure mõjuga teatud sihtgruppide puhul, nt üksi elavad vanemaealised inimesed, liikumisprobleemidega inimesed, kellel on raskendatud arsti juurde minemine, vaimse tervise

¹³⁷ Näiteks on tähtis märkida, et kuigi haigla sotsiaaltöötaja teeb sotsiaaltööd, ei ole tal juurdepääsu STARi, mis on takistuseks nii info saamise kui andmete vahetamise mõttes (nii haigla sotsiaaltöötaja kui ka teiste osapoolte vaates).

¹³⁸ Vastavalt vajadusele tuleb kodukülastuste tegemisel tihendada koostööd ka teiste partneritega, nt lähtuvalt Päästeameti loodud hindamismetoodikast ja hindamisinstrumendist.

probleemidega inimesed, kes neid probleeme ei tunnista ja seega ka ei otsi abi, kuigi nende teovõimelisus on küsitav jne. Nagu võrgustikutöö puhul on ka ühiste kodukülastuste puhul oluline määratleda, kes seda tegevust koordineerib (sh mis tingimustel on ühiste kodukülastuste korraldamine kohustuslik).

Eelnevast tingituna ja pidades silmas eesmärki teha rohkem ennetustööd on KOVid välja pakkunud võimalust reguleerida sotsiaaltöötajate koormust, määratledes (nt seaduse tasandil), kui **palju töötajaid peaks olema kindla sihtgrupi suuruse või juhtumite arvu kohta** – nt mitu vanemaealist ja/või (rasket) juhtumit ühe sotsiaaltöötaja kohta¹³⁹. Mõlemal lähenemisel on samas ka omad kitsaskohad – inimeste arv ei pruugi peegeldada keerulisemate juhtumite hulka ning keerulisemate juhtumite määratlemine ei ole lihtne ja tuleb arvestada, et juhtumi subjektiivne keerukus sõltub muuhulgas ka töötaja väljaõppest ja pädevusest. Aga üldiselt võib hinnata, et selliste normide määramine suurendab tõenäosust, et jääb rohkem aega ennetustööks, paraneb töö kvaliteet ning väheneb töötajate ülekoormus.

Õpet ja koolitamist peetakse läbivalt väga tähtsaks mitmetel põhjustel. Näiteks nähakse vajadust selle järele, et tervishoiutöötajad teaksid rohkem sotsiaalvaldkonna töötajate töö sisust ja ülesannetest ning vastupidi. Seda on tarvis selleks, et mõlema valdkonna spetsialistid saaksid paremini aru, kuidas nad saavad üksteist igapäevatoos toetada, sh kellega suhelda ja konsulteerida erinevates olukordades, millistele teenustele ja hindamistele saaks abivajajaid suunata jne. Sellele on oluline tähelepanu pöörata nii ülikoolide õppekavades ja haridussüsteemis laiemalt kui ka spetsialistidele mõeldud täiendkoolitustes. Samuti on väga tähtis koolitada spetsialiste infosüsteemide kasutamisel, et olemasolevaid andmeid osataks võimalikult efektiivselt kasutada (sh neile ligipääsu taotleda).

Erialast pädevust suurendavate regulaarsete koolituste ja õppe läbimine on arusaadavalt kesksel kohal kõikide spetsialistide puhul (nt sotsiaaltöötajate puhul kutsestandardite omandamine) ning pidades silmas eesmärki varakult tuvastada vanemaealisi abivajajaid, siis oluline on arendada oskust **märgata riskifaktoreid**, nagu üksi elamine, vaimse ja füüsilise tervise probleemid, lein, sõltuvused, elamine hajaasustusega piirkonnas, lähedaste puudumine jne. Siinkohal on tähtis rõhutada, et see on arusaadavalt oluline tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas töötavatele spetsialistidele, aga ka teistele osapooltele (nt töötukassa, PPA, päästeamet jne). Samuti on suur roll kogukondlikul koostööl, et inimesed oskaksid abivajajat märgata ning teaksid, kuhu pöörduda.

Eraldi väga oluliseks teemaks on see, **mil määral on võimalik abivajajaid aidata**, kui nende abivajadus on tuvastatud. KOVide vaatest on suureks murekohaks see, et ka siis, kui koostöö erinevate osapoolte vahel toimib, infot vahetatakse operatiivselt ja abivajajad leitakse kiirelt, pole piisavas mahus sotsiaalteenuseid, mida pakkuda (või on KOVide vahel suured erinevused, mida saab kus pakkuda). Näiteks oleks vaja hingehoidja teenust, koduõendust psüühiliste erivajadustega inimeste jaoks (mh mis toetaks seda, et inimesed saaksid omas kodus edasi elada), teenuseid sõltuvushäiretega inimestele ja nende peredele. Palju on näiteid selle kohta, kuidas inimene peab ootama pikalt järjekorras, et saada riiklikule teenusele (nt erihoolekandeteenusele), millest talle abi oleks jne. Keerulised olukorrad tekivad ka sellest, kui KOV peab leidma lahenduse ja saama inimesele

¹³⁹ Näiteks on välja pakutud, et ühele ainult vanemaealistega tegelevale sotsiaaltöötajale võiks koormuseks arvestada kuni 600 65-aastast või vanemat elanikku, et oleks võimalik ka ennetustööd teha. Tegemist on eksperthinnanguga ja kui selles suunas hakata samme astuma, siis tuleks täpsemalt analüüsida, missugune inimeste hulk oleks optimaalne.

koha teenusele, aga kuna vajalikku teenust ei pakuta või kohti ei ole piisavalt, siis on KOV sunnitud ebaefektiivseid lahendusi kasutama (nt suunama inimese teenusele, millest talle piisaval määral abi ei ole). Lisaks on KOVid märkinud, et inimeste **ärevuse foon on kasvanud**, kuna muretsetakse, et eelarvete kärpimise kontekstis jäädakse toetustest ilma¹⁴⁰.

Lahenduskäikude valideerimine KOVidega tõi täiendavalt esile selle, kui oluline on arvestada Eesti KOVide vahel olevate erinevustega. Näiteks on tähtis rõhutada **maa- ja linnapiirkondade erisusi**. Linnades on paljud teenused kergemini ligipääsetavad ja kättesaadavad, samuti võib olla lihtsam abivajajaid märgata. Maal ja keskusest kaugemal elavate vanemaealiste inimeste puhul on abivajaduse tekkimise märkamine keerulisem, lisaks on hajaasustusega kohtades eraldi murekohaks liikuma saamine, kuna ühistranspordi graafikud võivad olla sellised, et ka poes käimine ei pruugi olla lihtsasti korraldatav. Samas on selline aktiivsus ja igapäevaelu jaoks vajalike toimingute tegemiseks ringi liikumine inimestele positiivse mõjuga, samuti võimaldab see märgata, kui keegi võib hakata vajama sotsiaalteenuste tuge.

Kui andmete vahetamise ning spetsialiste vahelise koostöö kõrval esile tuua ka alternatiivseid lahendusi, mis võivad aidata abivajajaid tuvastada, siis märkimisväärset rolli mängib asjakohase **teabe jagamine erinevates infokanalites**. KOVide kogemus näitab, et kasu on sellest, kui jagada lihtsas ja selges keeles infot erinevate abivõimaluste kohta nii veebis (nt valla kodulehel) kui ka paber kandjal (kohalik ajaleht, infovoldikud jms). Eelnevalt tulenevalt võib kaaluda ka üleriiklike teavituskampaaniate korraldamist, millega kutsutaks vanemaealisi ja nende lähedasi üles teavitama KOVi oma muredest. Kuna seaduse järgi on kõik inimesed kohustatud teatama sotsiaalhoolekannet vajavast isikust või perekonnast, siis sellise teavituskampaaniaga on võimalik seda teavitamiskohustust ühiskonnas laialdasemalt teadvustada ning seeläbi saada infot võimalike abivajajate kohta, kellest KOV ei olnud seni teadlik. Täiendavalt on oluline teha pidevat teavitustööd kohalikke inimesi ühendavates klubides ja muudes kokkusaamiskohtades, et inimesed oskaksid paremini abivajajaid märgata ja teaksid, kust abi otsida.

Vastavalt piirkondlikule vajadusele tuleb kaaluda võimalust abistada vanemaealisi erinevate toetuste saamise taotluste koostamisel (nii IT teenustega toime tulemise vaatest kui ka nt keeleoskuse kontekstis, kui abivajaja ei oska taotlemiseks piisavalt hästi eesti keelt), et kõik, kes abi vajavad, seda ka saaksid. Vajadusel tuleb seejuures KOVide sotsiaaltöötajaid ja muid valdkondlikke spetsialiste koolitada, et abivajajaid osataks toetada ka siis, kui nad pöörduvad ka lihtsalt suuliselt, et abi küsida.

Hajaasustusega kohtade puhul on tähtsas rollis kogukonnamajad, rahvamajad ja nende eestvedajad – kui piirkonnas tegeletakse aktiivse kultuuri- ja seltsieluga, siis on tõenäolisem, et inimesed tulevad aeg-ajalt kokku ja on lihtsam märgata, kui keegi võib abi vajada. KOVide jaoks on seega ka sel põhjusel oluline vastavat infrastruktuuri ja seotud tegevusi üleval pidada.

Lisaks on tähtis arvestada üldise põhimõttega, et **enne muudatuste tegemist on mõttekas arutada lahendusvõimalusi KOVide sotsiaaltöötajate ja teiste praktikutega**, kuna nii jõutakse suure tõenäosusega paremate lahendusteni.

¹⁴⁰ Kas pankroti äärel KOVide eakad ja lapsed saavadki enam vajalikku toetust? (<https://maaleht.delfi.ee/artikkel/120229671/hindrek-riikoja-maja-juba-poleb-kas-pankroti-aarel-kovide-eakad-ja-lapsed-saavadki-enam-vajalikku-toetust>)

9. KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED

Projekti „Riskihindamise instrumendi väljatöötamine sotsiaalhoolekandeline abivajadusega inimeste tuvastamiseks“ **eesmärk on abistada kohalikke omavalitsusi sotsiaalhoolekandeline abivajadusega eakate väljaselgitamisel** ja arendada välja riiklikult kogutavatel andmetel põhinev süsteem, mis aitaks senisest varem ja lihtsamalt tuvastada neid, kes võivad abi vajada. Selleks uuriti, milliseid andmeid ja millisel viisil tuleb hinnata, arvestades seejuures õiguslike piiranguid, et oleks võimalik tagada sihtrühma abivajaduse õigesti tuvastamist. Lisaks analüüsiti teistes riikides sotsiaal- ja tervisevaldkonnas kasutatavaid riskihindamise vahendeid ja nende kasutamise kogemusi.

Vanemaealiste arv on Eestis kiirelt kasvamas ja **rahvastikus on eakate osakaal suurenenud**. Eakate hoolekanne on üks KOVide põhiülesannetest. Riigikontrolli 2021. aasta auditi „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes“ peamine järeldus oli, et paljud eakatest, kes on suure tõenäosusega abivajajad, ei ole KOVide sotsiaaltöö vaateväljas ning hädasolijateni jõudmiseks on vaja senisest tunduvalt aktiivsemat lähenemist, mis eeldab nii lisaressurssi kui ka selgemat arusaama, millist teavet saab riskirühmadesse kuuluvate eakate tuvastamiseks kasutada.

Uuringu peamiseks kasusaajateks on KOVid, kuna aruandes kirjeldatavad lahendused ja nende rakendamine võimaldaks KOVidel tuvastada võimalikke abivajajaid kiiremini, efektiivsemalt ja ennetavalt, et neid abistada koostöös tervisevaldkonna ja teiste oluliste osapooltega. Uuringu tulemused on ühtlasi sisendiks valdkondliku poliitika ja õigusruumi kujundamisel.

Uuring viidi läbi kahes peamises etapis. Uuringu esimese etapi tulemused näitavad, et algselt plaanitud mudelit pole mõistlik välja arendada, kuna selle praktiline rakendamine on väga komplitseeritud. Seejuures selgitab õigusanalüüs, et **lialdane riiklikes registrites olevate andmete töötlemine uuringu sihtgruppi kuuluvate abivajajate leidmiseks ei ole praeguses õigusruumis põhjendatud**. Samuti on tähtis märkida, et algoritmpõhise lahenduse jaoks vajalike andmestike analüüs näitas, et **andmete kvaliteet erinevates registrites varieerub palju**. Lisaks näitab KOVidelt kogutud info, et igapäevatoos on täiendava ressursi vajaduse kõrval palju kasu sellest, kui operatiivinfo liigub kiirelt ja kokku lepitud moel, et KOVid saaksid selle põhjal järgmisi samme astuda.

Seega, arvestades õigusanalüüsi tulemusi, registriandmete kvaliteeti ja KOVide hinnanguid nende vajaduste kohta, saab järeldada, et kui luua algselt mõeldud mudel, siis jääks see lähiaastate perspektiivis teoreetiliseks harjutuseks ja praktilisel tasandil saab KOVe muude lahendustega tõhusamalt toetada.

Uuringu teises etapis viidi läbi väliskogemuse analüüs ning kuivõrd uuringu esimese etapi tulemused näitasid, et riskihindamise algoritmi koostamine pole praegustes tingimustes mõistlik, keskenduti sellele, et koostada ülevaade võimalikest lahendustest, mis aitaksid eesmärki tõhusamalt täita ja sobiksid Eesti konteksti. Seejuures lähtuti ka KOVidelt kogutud infost ning seni Eestis rakendatud pilootprojektide tulemustest. Võimalikke lahendusi analüüsiti lähtuvalt nende prioriteetsusest, oodatavast mõjust ja teostatavusest. Lahendusi valideeriti uuringusse valitud KOVide esindajatega, et valideerida lahenduste sobivust nende vajadustele ning see võimaldas hinnata, kas ja mida on tulevikus mõttekas edasi arendada.

Lahenduskäikude valideerimine KOVidega andis kinnitust, et uuringus esitatud lahenduskäigud on suure tähtsusega ja nende (laiemast) rakendamisest oleks igapäevatoos kasu, kui rakendamine on läbi mõeldud ja selleks on eraldatud vajalikud ressursid.

Andmete integreerimise ja tõhusa kasutamise osas on KOVide ja samuti teiste osapoolte vaatest tähtis, et

- igapäevaseks tööks vajalike infosüsteemide ja andmestike hulk ei kasvaks ning et need ühilduksid omavahel, et väheneks vajadus andmete dubleerimise ja mitmekordse sisestamise järele;
- uute platvormide loomise asemel pandaks rõhku olemasolevate infosüsteemide edasi arendamisele ja nende vaheliste integratsioonide loomisele;
- välja arendataks lahendusi, mis lihtsustaksid andmete sisestamist ja andmete kvaliteedi kontrollimist;
- tervise- ja muude tööks vajalike andmete kasutamine oleks operatiivsem ja mugavam;
- inimesi nõustataks andma oma nõusolekut andmete jagamiseks, et sotsiaal- ja tervishoiuspetsialistid saaksid paremini oma abi pakkuda.

Väga oluliseks on **koostöösuhete pidev arendamine** erinevate osapoolte vahel.

- Kuna paljudes kohtades on toimiv koostöö välja kujunenud isiklike kontaktide arendamise tulemusel, tuntakse puudust süsteemsest lähenemisest ja koostöölepetest, mis ei katkeks ka siis, kui töötajad vahetuvad.
- Suurt kasu nähakse hästi korraldatud võrgustikutööst, mis aitab partnerite vahelises koostöös lahendusi leida. Seejuures peab täpselt määratlema, kes seda tööd koordineerib ja kuidas on tagatud selle jätkusuutlikkus.

Ennetustöö kontekstis toetatakse üldiselt n-ö automaatsete **kodukülastuste tegemist** (nt nagu Taanis on see ette nähtud alates teatud vanusest ja arvestades erinevaid riskitegureid) ning hinnatakse, et need oleksid kõige tõhusamad siis, kui kodukülastustel käiksid sotsiaal- ja tervishoiutöötajad koos (eeskätt teatud sihtrühmade puhul), kuna mõlema teadmised võivad olla väga vajalikud abivajaduse hindamisel ja edasise tegevusplaani koostamisel, mis aitaks kokkuvõttes pakkuda terviklikku ja integreeritud teenust. Nagu võrgustikutöö puhul, on ka ühiste kodukülastuste puhul tähtis määratleda, kes seda tegevust koordineerib ja mis tingimustel on (ühiste) kodukülastuste korraldamine kohustuslik.

Läbivalt kesksel kohal on ettepanek tõhustada **õpet ja koolitamist**, et osapooled teaksid rohkem üksteise töö sisust ja ülesannetest. Samuti on väga oluline koolitada spetsialiste infosüsteemide kasutamisel, et olemasolevaid andmeid osataks võimalikult efektiivselt kasutada (sh neile ligipääsu taotleda). Üldiselt erialase pädevuse kasvatamise raames ja pidades silmas eesmärki varakult tuvastada vanemaealisi abivajajaid, on vajalik arendada oskust märgata riskifaktoreid, et ennetada suuremaid tervise- või sotsiaalprobleeme.

Võtmekohaks on ennetavaks ja kvaliteetseks **tööks vajalike inimeste ja muude ressursside olemasolu**.

- Nii sotsiaal- kui ka tervishoiuvaldkonnas nähakse üldise murekohana seda, et pädevat tööjõudu on vähe.
- KOVid toonitavad, et tööjõu vähesuse tõttu peavad sotsiaaltöötajad tihti tegelema „tulekahjude“ kustutamisega, mis tähendab teisalt, et ennetustööks aega napib.
- KOVid on välja pakkunud võimaluse reguleerida sotsiaaltöötajate koormust, määratledes, kui palju töötajaid peaks olema kindla sihtgrupi suuruse või juhtumite arvu kohta, kuna selliste

normide määramine suurendab tõenäosust, et jääb piisavalt aega ennetustööks, paraneb töö kvaliteet ning väheneb töötajate ülekoormus.

- Spetsialistide vähesuse tõttu on oluline leida ja toetada selliste lahenduste rakendamist, mis võimaldavad toetavaid ülesandeid täita töötajatel, kellel pole erialast haridust, aga kes saavad vastava väljaõppe läbimisel edukalt panustada tervise- ja sotsiaalvaldkonna toimimisse. Sellega seoses on vaja kaaluda ka täiendavate rollide (nt haigla sotsiaaltöötaja, tervisejuht) reguleerimist seadusandluses.

Lahenduskäikude valideerimine KOVidega tõi täiendavalt esile selle, kui **oluline on arvestada Eesti KOVide vahel olevate erinevustega ja alternatiivsete lahendustega**, mis aitavad abivajajaid tuvastada. KOVide kogemus näitab, et kasu on sellest, kui jagada **lihtsas ja selges keeles infot erinevate abivõimaluste kohta** nii veebis kui ka paberkanalil, mis ühtlasi rõhutaks **lähedaste tähtsust abivajajatest teatamisel** ja nende toetamisel abi küsimisel. Samuti on olulisel rollil **kogukonnamajad, rahvamajad ja nende eestvedajad** – kui piirkonnas tegeletakse aktiivse kultuuri- ja seltsieluga, siis on tõenäolisem, et inimesed tulevad aeg-ajalt kokku ja on lihtsam märgata, kui keegi võib abi vajada. KOVide jaoks on seega ka sel põhjusel oluline vastavat infrastruktuuri ja seotud tegevusi üleval pidada.

Eelnevaga seoses on vaja toonitada ka seda, et **enne muudatuste ellu viimist on väga kasulik kaasata praktikuid** ehk KOVide puhul sotsiaaltöötajaid, kuna nende kogemus on väga väärtuslik ja võimaldab leida optimaalsemaid lahendusi.

Kokkuvõtvalt on alljärgnevalt välja toodud **olulisemad lahenduskäigud**.

- **Tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmekogude ühendamine ja senisest efektiivsem ligipääs vajalikele andmetele**, mille abil abivajajaid tuvastada ja toetada.
 - Peamiste valdkondlike infosüsteemide (STAR, upTIS, samuti kiirabi, PPA jt) vahel **andmete vahetuse sisulise loogika (lähtuvalt vajadustest ja funktsioonidest) detailne väljatöötamine** koostöös tervise- ja sotsiaalvaldkonna ekspertide ja praktikutega (kes oleksid ühtlasi loodava lahenduse kasutajad) ning kaasates IT-spetsialistide ja muid olulisi osapooli. Põhieesmärgiks on see, et andmete vahetus lihtsustaks valdkondlike spetsialistide igapäevatööd. Seejuures on mõttekas kasutada Eestis seni tehtud töö tulemusi, sh PAIK projekti raames välja arendatud Teleskoop lahendust, kus on juba läbi mõeldud, mis andmeid on erinevatel spetsialistidel vaja, kuidas korraldada andmetele ligipääs, tagada andmete kvaliteet jne.
 - Andmete vahetuseks vajalike **IT-lahendus(t)e arendamine, pöörates suurt tähelepanu kasutajamugavusele**. Seda on võimalik saavutada, kui arendusprotsessis osalevad aktiivselt nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna spetsialistid.
 - Lahendust kasutama hakkavate spetsialistide **koolitamine ja nõustamine, et andmete vahetusest oleks võimalikult suur kasu** igapäevatöös ja abivajajate aitamisel (sh ennetustöös ja abivajajate tuvastamisel).
- **Võrgustikutöö arendamine ja laiendamine**, mis hõlmab nii tervise- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide kui ka teisi olulisi osapooli, et see toimiks jätkusuutlikul moel kõikjal Eestis.
 - Eestis rakendatud **asjakohaste (piloot)projektide kogemuste kasutamine** (nt PAIK projekt ja hoolduse koordineerimise projekt), et korraldada tõhusalt ja paindlikult võrgustikutööd, aidata koostöös tulemuslikumalt abivajajaid (sh arvestades nt PAIK projekti raames välja töötatud kliinilisi ja sotsiaalseid kriteeriumeid sihtrühma määramisel) ning vahetada infot sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise puuduste ja edukalt toimiva praktika kohta (sh abivajajate leidmiseks).

- Võrgustikutöö toimimiseks oluliste osapoolte määratlemine piirkondlikul tasandil, nende vahel **püsivate koostöölepete sõlmimine** ning **koostöö koordineerija kokku leppimine** ja tööks vajalike ressursside (sh rahastuse) eraldamine.
- Õiguslike lahenduste leidmine, mis lihtsustaksid **tööks vajalike andmete vahetamist ja jagamist võrgustikutöös osalevate osapoolte vahel** (sh nt PAIK projekti terviseplaani näitel ja STARis arendatava juhtumiplaani lahenduse uuendamise kontekstis).
- **Olemasolevate ja kogutavate andmete kvaliteedi parandamine** ja ühtlustamine, mh andmete võrreldavuse tagamiseks ning algoritmidel põhinevate lahenduste tõhusamaks rakendamiseks.
 - **Detailse ülevaate koostamine andmete kvaliteediga seotud probleemidest ja nende vajakajäämistest sisulistest põhjustest** Eesti peamistes valdkondlikes infosüsteemides, kaasates Eesti tervise- ja sotsiaalvaldkonna praktikute kogemusi.
 - **Andmete sisestamise ja valideerimise reeglite ühtlustamine** valdkondlikes infosüsteemides, sh kasutades asjakohaseid standardeid, nagu RFK.
 - **Andmete kvaliteedi süsteemne ja regulaarne kontrollimine** valdkondlikes andmebaasides, võttes vajadusel eeskujuks teiste riikide asjakohaseid süsteeme (nt SPARRA riskiskooride arvutamise andmestiku kvaliteedi kontrollimise lahendus Šotimaal).
 - Andmete sisestamise ja töötlemisega tegelevate spetsialistide **koolitamine ja nõustamine** (sh andmete kvaliteeti käsitlevate juhiste levitamine), et andmete sisestamisel esineks vähem vigu ja et erinevad osapooled teeksid seda ühtsemal moel (ja võimalikult üheselt arusaadaval moel, kui sisestatud andmed peavad olema kasulikud ka teistele osapooltele).
- Teatud vanuses ja muude kriteeriumide alusel n-ö **automaatsete kodukülastuste tegemine**.
 - **Taanis rakendatava süsteemi põhjal Eesti jaoks sobiva lahenduse väljatöötamine** ja reguleerimine riiklikul tasandil, sh kodukülastuse eelduseks olevate kriteeriumide kohandamine Eesti konteksti.
 - Eestis rakendatud **asjakohaste (piloot)projektide kogemuste kasutamine** (nt Päästeameti kodukülastuste projekt), et kodukülastuste korraldus oleks võimalikult koostöine, optimaalne ja tõhus, lähtuvalt erinevate osapoolte ülesannetest, võimekusest ja ressurssidest (tervise- ja sotsiaalvaldkonna, Päästeameti, PPA jt spetsialistid).
 - **Vajalike ressursside eraldamine**, et n-ö automaatsete kodukülastuste tegemine (sh ennetustöö ühe osana) toimuks regulaarselt, ühtsel moel ja tooks kasu kõikjal Eestis.
- Vanemaealiste abistamisega kokku puutuvate asutuste spetsialistide **pidev koolitamine** teiste osapoolte vastutusvalade ja ülesannete kohta ning andmetega seotud teemadel.
 - **Koolituste ja infomaterjalide koostamine ja levitamine teiste osapoolte vastutusvalade ja ülesannete kohta**, et koostöö sujuks tõhusamalt.
 - **Struktureeritud ja regulaarsete koolitusprogrammide loomine** (sh koostöös (kõrg)haridusasutustega) tervishoiu- ja sotsiaalsektoris (sh KOVIDes) töötavate inimeste koolitamiseks andmete teemal (sh andmete jagamise tähtsuse ja viisid, andmekaitse jne).
 - **Kogemuste vahetuse soodustamine** nii koolituste kontekstis kui ka võrgustikutöö laiendamise kaudu.

Nagu ka eespool märgitud, on tähtis rõhutada, et erinevate lahenduskaikude teostatavus sõltub probleemide detailsest analüüsist ja vastavalt sellele kitsaskohtade lahendamiseks eraldatavatest ressurssidest, sh arvestades rahaliste vahendite piiratust ja valdkonnaspetsialistide vähesust.

10. SUMMARY

The project "Developing a risk predictive tool for Estonia to identify people who need social care and support" aims to assist local municipalities in identifying elderly people in need of social welfare and to develop a system based on nationally collected data that would help identify those who may need assistance earlier and more easily. To achieve this, the study examined what data and in what way should be assessed, considering legal restrictions, to ensure the correct identification of the target group's needs. In addition, risk assessment tools used in social and health sectors in other countries and their experiences were analysed.

The number of elderly people in Estonia is rapidly increasing, and the proportion of elderly in the population has grown. Elderly care is one of the main responsibilities of local municipalities. The main conclusion of the State Audit Office's 2021 audit about social problems of the elderly in municipalities was that many elderly people who are likely in need are not on the radar of local social services, and a more proactive approach is needed, requiring both additional resources and a clearer understanding of the information that can be used to identify elderly people at risk.

The main beneficiaries of the study are the local municipalities, as the solutions described in the report and their implementation would allow them to identify people in need of help more quickly, effectively, and proactively, to assist them in collaboration with the health sector and other key stakeholders. The results of the study also serve as input for shaping sectoral policy and the legal framework.

The study was conducted in two main stages. The results of the first stage of the study indicate that it is not reasonable to develop the initially planned model, as its practical implementation is very complex. The legal analysis clarifies that widespread processing of data in state registries to find those in need within the study's target group is not justified in the current legal space. It is also important to note that the analysis of data sets required for an algorithmic solution showed that the quality of data in different registries varies greatly. In addition, information collected from local municipalities shows that in daily work, in addition to the need for additional resources, there is much benefit from operational information moving quickly and in an agreed manner, so that municipalities can take the next steps based on it.

Considering the results of the legal analysis, the quality of registry data, and the assessments of local government needs, it can be concluded that if the originally intended model were created, it would remain a theoretical exercise in the coming years, and local governments could be more effectively supported with other solutions.

In the second phase of the study, an analysis of foreign experiences was conducted. Since the results of the first phase indicated that creating a risk assessment algorithm is not feasible under current conditions, the focus was on compiling an overview of possible solutions that would more effectively achieve the goal and fit the Estonian context. Possible solutions were analysed based on their priority, expected impact, and feasibility. Solutions were validated with representatives of the local governments involved in the study to assess their usefulness.

Validating the solutions with local governments confirmed the importance and benefits of the proposed solutions, provided they are well thought out and adequately resourced.

In terms of data integration and efficient usage, it is important to highlight from the perspective of local governments and other stakeholders that:

- The number of information systems and datasets necessary for daily work should not increase and they should be compatible with each other to reduce the need for duplicating and multiple data entries;
- Instead of creating new platforms, emphasis should be placed on the development of existing information systems and creating integrations between them;
- Solutions should be developed to simplify data entry and to check data quality;
- The use of health and other necessary data should be more operational and convenient;
- People should be advised to give their consent to share data so that social and health professionals can provide better assistance.

Continuous development of cooperative relationships between different stakeholders is very important.

- Since effective collaboration in many places has resulted from the development of personal contacts, there is a need for a systematic approach and cooperation agreements that would not break even when employees change.
- Great benefit is seen from well-organized network cooperation, which helps find solutions in partnership. It is essential to precisely define who coordinates this work and how its sustainability is ensured.

In the context of preventive work, there is general support for so-called automatic home visits (e.g., as in Denmark starting from a certain age and considering various risk factors), and it is believed that these would be most effective when social and healthcare workers conduct them together (especially for certain target groups), as the knowledge of both may be essential in assessing the need for assistance and planning further actions. This would ultimately provide a comprehensive and integrated service. As with network collaboration, it is also important for joint home visits to define who coordinates this activity and under what conditions organizing (joint) home visits is mandatory.

There is a strong emphasis on improving education and training so that stakeholders understand more about each other's tasks and responsibilities. It is also vital to train specialists in the use of information systems to efficiently use available data. Generally, to detect elderly individuals needing assistance early, it is necessary to develop the skill to notice risk factors to prevent more significant health or social issues.

The availability of people and other resources necessary for preventive and quality work is a critical point.

- In both the social and health sectors, there is a general concern that there is a shortage of competent workforce.
- Local governments emphasize that due to workforce shortages, social workers often have to deal with "putting out fires," which means there is little time left for prevention.
- Local governments suggest regulating the workload of social workers, defining how many workers there should be per a certain group size or case number. Such standards increase the likelihood that there's enough time for preventive work, improve work quality, and reduce worker overload.

- Due to the shortage of specialists, it is important to find and support the implementation of solutions that allow employees without professional education to perform supportive tasks, but who, after undergoing the necessary training, can successfully contribute to the functioning of the health and social sectors. In this context, it is also necessary to consider the regulation of additional roles (e.g., hospital social worker, health manager) in legislation.

Validating solutions with local governments further highlighted the importance of considering differences between Estonian local governments and alternative solutions that help identify those in need. The experience of local governments shows the benefit of sharing information about different assistance options in a simple and clear language, both online and in print, which also emphasizes the importance of close ones in reporting and supporting those in need in asking for help. Community houses and cultural houses and their leaders play an essential role; if the region has an active cultural and social life, it is more likely people will come together, making it easier to notice if someone might need help. For local governments, it is therefore essential to maintain this infrastructure and related activities.

In summary, it is important to emphasise that before implementing changes, it is very beneficial to involve practitioners, in the case of local governments, social workers, as their experience is invaluable and allows for finding more optimal solutions.

In summary, the following are the key solutions:

- Integrating health and social sector data repositories and improving access to essential data to identify and support those in need.
 - Detailed development of data exchange logic between the main sectoral information systems (STAR, upTIS, as well as emergency services, police, etc.) in collaboration with health and social sector experts and practitioners (who would also be users of the solution) and involving IT specialists and other key stakeholders. The main goal is for data exchange to simplify the daily work of sector specialists. It makes sense to use the results of work done in Estonia, including the PAIK project's developed Teleskoop solution, which has already considered what data specialists need, how to access the data, ensure data quality, etc.
 - Development of IT solutions for data exchange, focusing on user-friendliness. This can be achieved if both health and social sector specialists actively participate in the development process.
 - Training and consulting specialists who will use the solution, to maximize the benefits of data exchange in everyday work and assisting those in need (including preventive work and finding people in need of help).
- Developing and expanding networked cooperation involving both health and social sector specialists and other key stakeholders, ensuring sustainable operation across Estonia.
 - Using experiences from relevant pilot projects implemented in Estonia (e.g., PAIK project and care coordination project) to organise network collaboration efficiently and flexibly, assist those in need more effectively in collaboration, and exchange information on deficiencies and best practices in social and health services.
 - Identifying key stakeholders for network collaboration at the regional level, establishing permanent cooperation agreements, determining a coordination lead, and allocating necessary resources.
 - Finding legal solutions to facilitate data exchange and sharing among network participants.

- Improving and standardising the quality of existing and collected data, including ensuring data comparability and effective implementation of algorithm-based solutions.
 - Compiling a detailed overview of data quality-related problems in Estonia's main sectoral information systems, incorporating the experiences of Estonian health and social sector practitioners.
 - Standardising data input and validation rules in sectoral information systems, using relevant standards like ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).
 - Systematic and regular quality checks of data in sectoral databases, potentially taking inspiration from relevant systems in other countries (e.g., the SPARRA risk score data quality check solutions in Scotland).
 - Training and consulting specialists on data input and processing, disseminating data quality guidelines, and promoting consistent and error-free data entry.
- Automated home visits based on certain age and other criteria.
 - Developing and regulating a solution for Estonia based on the Danish system, adapting the criteria for home visits to the Estonian context.
 - Using experiences from relevant pilot projects in Estonia (e.g., the rescue services' home visit project) to ensure home visits are cooperative, optimal, and effective.
 - Allocating necessary resources to ensure regular and consistent automated home visits across Estonia.
- Continuous training of specialists in institutions assisting the elderly on the responsibilities and tasks of other stakeholders and on data-related topics.
 - Developing and disseminating training and information materials about other stakeholders' responsibilities and tasks for smoother cooperation.
 - Creating structured and regular training programs for people working in the health and social sectors on data topics.
 - Promoting the exchange of experiences both in the context of training and through expanded network collaboration.
- Strengthening cooperation between health and social sector professionals.

As noted earlier, it is important to emphasize that the feasibility of different solutions depends on a detailed analysis of the problems and the resources allocated for solving the bottlenecks, including considering the scarcity of financial resources and the shortage of sector specialists.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks. Sotsiaalministeerium, 2021 (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_analuus.pdf)
2. Arenguseire aastaraamat: andmepõhiselt sihitud toetuste rakendamisel on mitmeid takistusi, 2023 (<https://arenguseire.ee/uudised/arenguseire-aastaraamat-andmepohiselt-sihitud-toetuste-rakendamisel-on-mitmeid-takistusi/>)
3. Bertuzzi, L. (2022). Once bitten, Netherlands wants to move early on algorithm supervision. EURACTIV.com
4. Common Language III. (2023). [Common Language III health promotion and prevention \(section 119 of the Health Act\) and rehabilitation after hospital stays \(section 140 of the Health Act\) \(kl.dk\)](#)
5. Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVides korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused? Riigikontroll, 2021. (<https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2536/language/et-EE/Default.aspx>)
6. Eesti riskipõhise ravi juhtimise projekti juhend. Eesti Haigekassa, Eesti Perekarstide Selts, World Bank Group, 2018.
7. Eesti tervishoiu tulevik. Arenguseire keskus, 2020. (<https://arenguseire.ee/uurimissuunad/tuleviku-tervishoid/>)
8. Eestit on tabanud üksikute vanurite kodus kukkumiste laine. ERR, 2022. (<https://www.err.ee/1608820054/eestit-on-tabanud-üksikute-vanurite-kodus-kukkumiste-laine>)
9. Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Turu-uuringute AS, 2020. (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf)
10. Health and Social Care Information Programme. A Report on the Development of SPARRA Version 3 (Developing Risk Prediction to Support Preventative and Anticipatory Care in Scotland). 2011. (<https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/SPARRA/2012-02-09-SPARRA-Version-3.pdf>)
11. Hendriksen, C., Vass, M. (2005). Preventive home visits to elderly people in Denmark. Z Gerontol Geriatr. 38 Suppl 1:131-3.
12. Henley, J. (2021). Dutch government faces collapse over child benefits scandal. The Guardian.
13. Henley, J., Booth, R. (2020). Welfare surveillance system violates human rights, Dutch court rules. The Guardian.
14. Hoolduse koordinaatsiooni pilootprojekti lõppraport, Sotsiaalministeerium, 2019
15. Insuldi juhtprojekt. Tervisekassa (<https://www.tervisekassa.ee/insuldi-juhtprojekt>)
16. Insuldi juhtprojekti lõpparuanne. Tervisekassa, 2023.
17. JadeCare'i projekt (<https://www.jadecare.eu/>)

18. KOV-ide poolt elanikele teenuste osutamiseks kasutatavate peamiste infosüsteemide analüüs, Proud Engineers OÜ, 2022 (<https://www.elvi.ee/kov-infosusteemide-analuus>)
19. Liley, J., Bohner, G., Emerson, S. R., Mateen, B. A., Borland, K., Carr, D., Heald, S., Oduro, S. D., Ireland, J., Moffat, K., Porteous, R., Riddell, S., Cunningham, N., Holmes, C. C., Payne, K., Vollmer, S. J., Vallejos, C. A., Aslett, L. J. M. (2021). "Development and assessment of a machine learning tool for predicting emergency admission in Scotland", medRxiv:2021.08.06.21261593, <https://doi.org/10.1101/2021.08.06.21261593>
20. Loik, K. E. (2022). Üksi elav inimene on pensioniealise naise nägu. Eesti Statistikaamet. <https://www.stat.ee/et/uudised/üks-elav-inimene-pensioniealise-naise-nagu>
21. Mahmoud, Ahmed. (2016). "Scottish patients at risk of readmission and admission (Sparra)". International Journal of Integrated Care, 16(6):A216, pp. 1-8.
22. Meyer I, Aavik-Märtmaa G, Poppe A, Müller S, Lewis L, Terris A, Kaljuste D, Rummo M, Rootalu K, Bucik M. Drilling for 'New Oil' in Care Integration – Co-Production of the Concept and Specification of an Integrated Data Centre for Policy Decision Making, Care Planning, and Research in Estonia. International Journal of Integrated Care, 2023; 23(1): 17, 1–12.
23. Ministry of Health (2018). Cardiovascular Disease Risk Assessment and Management for Primary Care. https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cardiovascular-disease-risk-assessment-management-primary-care-feb18-v4_0.pdf
24. Municipal Responsibilities (2023). [Municipal Responsibilities \(kl.dk\)](#)
25. Paikondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise eelanalüüsi ja pilootprojekti rakendamise kava koostamise projekti (PAIK projekt) lõpparuanne. Viljandi Haigla, 2021. (<https://paik.vmh.ee/#second>)
26. Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused. Arenguseire keskus, 2021 (<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-rahastamise-valjakutsed-ja-lahendused/>)
27. Pikaajalise hoolduse tulevik. Arenguseire keskus, 2021 (<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik/>)
28. Pikaajalise hoolduse tulevik. Arengusuundumused aastani 2035. Arenguseire keskus, 2021 (<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-tulevik-arengustenaariumid-aastani-2035/>)
29. Pikaajalise hoolduse vajadus Eestis. Arenguseire keskus, 2021 (<https://arenguseire.ee/raportid/pikaajalise-hoolduse-vajadus-eestis/>)
30. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf)
31. Riigikontrolli aruanne Riigikogule, (2021). „Eakate sotsiaalsete probleemide märkamine omavalitsustes. Kuidas on ennetustöö eakate probleemide märkamiseks KOVIDes korraldatud ja mis on sellega seotud peamised takistused?“, Tallinn, 27. oktoober.
32. Saks, K. Tervishoid ja hoolekanne arenevad kumbki omas mullis. Eesti Arst, 2023, 102(3): 177–178.
33. Saunes, I. S., Karanikolos, M., Sagan. (2020). Norway: Health system review. Health Systems in Transition, 21(1), 1-162.
34. Strateegia „Eesti 2035“ (<https://valitsus.ee/strateegia-eesti-2035-arengukavad-ja-planeering/strateegia>)

35. Supporting Integrated Service Provision Reform in Estonia. International Foundation for Integrated Care, 2022.
36. Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2023–2027
(https://s3.documentcloud.org/documents/23816431/vvtp-2023-2027_18052023.pdf)
37. Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(4), 209-216.
38. Wells, S., Riddell, T., Kerr, A., Pylypchuk, R., Chelimo, C., Marshall, R., Exeter, D. J., Mehta, S., Harrison, J., Kyle, C., Grey, C., Metcalf, P., Warren, J., Kenealy, T., Drury, P. L., Harwood, M., Bramley, D., Gala, G., & Jackson, R. (2015). Cohort Profile: The PREDICT Cardiovascular Disease Cohort in New Zealand Primary Care (PREDICT-CVD 19). *International Journal of Epidemiology*. 1;46(1):22.
39. Üle riigi rakendatava inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsiooni mudeli kontseptsioonidokument. Sotsiaalministeerium
(<https://sm.ee/media/2817/download>)
40. Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C.J., Vass, M., Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health* 12, 396.