

Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine Lühikokkuvõte



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Analüüs viiakse läbi Riigikantselei strateegiabüroo tellimusel ja seda rahastatakse ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“. Projekti algataja on Rahandusministeerium ning koostööpartner uuringu sisulisel konsulteerimisel on Sotsiaalministeerium.

Autorid:

Gerli Paat-Ahi

Priit Purge

Kadri Tillemann

Anne Randväli

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse ka: Laura Mallene, Hanna-Stella Haaristo, Kaupo Koppel, Liis Kasemets

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Analüüsi lähtekohad

Vananeva elanikkonna ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arengu kontekstis seisab Eesti sarnaselt teistele riikidele küsimuse ees, kuidas tagada elukeskkonna kõrge kvaliteet riigis selliselt, et selle ülalpidamine oleks elanikkonnale jõukohane ka kasvavate ootuste valguses. Otsitakse optimaalset lahendust, kuidas tagada teenuste kõrge kvaliteet ja maht, et jõuda kõigi abivajajateni võimalikult lihtsal, arusaadaval ja mugaval moel. Vajalik on luua koostöömudel, mis tagab nii sisulise terviklikkuse kui ressursside võimalikult efektiivse ja optimaalse kasutamise. Samuti on oluline, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuste väljatöötamise ning pakkumisega seotud erinevad osapooled oleksid samas informuumis. Ühest küljest peaks abivajaja teadma, kus ja milliseid teenuseid ta saama peaks, teisest küljest peaks erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise ja toetavate teenuste korraldajal olema terviklik ülevaade abivajaja vajadustest. Pidevalt tuleb otsida lahendusi, kuidas tagada riigi vaates teenuste pakkumise maksimaalne võimalik kvaliteet abivajajateni jõudmise ja teenuste optimaalsusega. Üheks võimaluseks oleks kohalike omavalitsuste rolli (edaspidi KOV) ja vastutuse muutmine.

Käesoleva analüüsi fookuses on hinnata omavalitsuste rolli suurenemist **erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise ja toetavate teenuste pakkumisel**. Analüüsi **eesmärk** on anda hinnang nende ülesannete kohalikul tasandil täitmise sobivusest ning täitmise tasandi sobivusel tuua välja poliitikamuudatuste vajadused. KOVidele ülesande üleandmise hindamisel lähtutakse eelkõige sellest, kas teenused muutuvad elanikule paremaks ja kättesaadavamaks, samuti hinnatakse, mil määral õnnestub kasutada ära potentsiaal, mis kaasneks ülesande kohalikule tasandile andmisega. Keskendume järgmistele uurimisküsimustele:

- kuidas oleks senise puude raskusastme tuvastamise asemel või puude raskusastme tuvastamise paremal sidustamisel KOV-tasandi abivajaduse hindamisega võimalik korraldada täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamist kohaliku omavalitsuse tasandil;
- kas ja milliste teenuste osas tuleks suurendada KOVide rolli ja otsustusõigust täiskasvanud erivajadustega inimestele abistavate teenuste korraldamisel ja toetuste maksmisel.

Metoodika

Käesoleva uuringu teostamisel kombineeriti järgmisi kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid.

Dokumendianalüüs. Uuringu lõpptulemusena antakse muuhulgas poliitikasoovitusi, mis tuginevad kirjandusallikatele, võrdlusriikide kogemustele.

Süvaintervjuud ekspertidega. Süvaintervjuud viidi läbi 22 inimesega ministeeriumitest (Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium), KOVidest, Sotsiaalkindlustusametist, Töötukassast ja Eesti Linnade ja Valdade Liidust, nende läbiviimisel tugineti poolstruktureeritud intervjuukavadele.

Mõttemommik. Analüüsi esmaste tulemuste valideerimiseks ja olulistele otsustuskohtadele eksperthinnangute saamiseks korraldati Mõttemommik. Mõttemommikule kutsuti ligi 40 eksperti nii riigi kui KOV tasandilt, kes ühiselt keskendusid lahenduste ja ettepanekute väljatöötamiseks, kuidas Eesti erivajadustega inimeste abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine saaks toimuda parimal võimalikul moel.

Omavalitsuste profileerimine. Eestis on 79 kohalikku omavalitsust, mis jagunevad 15 linnaks ja 64 vallaks. Käesoleva analüüsi raames jagasime KOVid erinevatesse klastritesse.

- Domineeriva linnalise keskusega piirkond, näiteks Võru, Rakvere või Viljandi linn ja selle ümbruskonna vallad. Keskuses on piirkondlik haigla.
- Suurlinnad; Tallinn, Tartu, Pärnu ja Narva. Keskuses on keskhaigla.

- Hajaasustuse ja suure territooriumiga piirkond, nt Alutaguse. Piirkonnal võib küll olla oma keskus (nt Mustvee), kuid puudub haigla.
- „Kuldse ringi“ piirkonnad. Suurlinna lähiümbrus, kus enamik elanikest käivad suurlinnas tööl ning seetõttu on tihti ka perearst linnas.
- Keskmise või väiksema suurusega vallad. Haigla puudub.

Välisriikide valik. Välisriikide kogemuse analüüsimiseks otsiti lahendusi, mis võiksid Eestisse sobida. Selleks kaasati järgmised riigid: Soome (Eestiga sarnane tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande korraldus ning samuti on seal palju rõhku pandud teenuste detsentraliseerimisele ja omavahelisele integreerimisele); Norra (hoolekandeteenuste korraldus on KOVi vastutada); Holland (Euroopas kõige edukamalt suudetud rakendada integreeritust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste vahel); Ühendkuningriik (suur rõhk teenuste integreerimisel ja inimesekesksusel).

Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine

Detsentraliseerimine toimub tavapäraselt riigireformide osana, et parandada avalike teenuste tõhusust ja kvaliteeti, suurendada piirkondlikku ja kohalikku tootlikkust ning majanduskasvu. Detsentraliseerimise reforme saab läbi viia mitmel viisil: "suure paugu" lähenemisviisiga, järk-järgult või lainetena. Alati pole tulemus olnud inimeste seisukohalt positiivne, kuna sageli on detsentraliseerimise eesmärk olnud kulutuste puudujäägi vähendamine. Siiski soovitab OECD sotsiaalteenuste puhul kaaluda teenuste osutamise ja koordineerimise kohustuste üleandmist kohalikele omavalitsustele. Samas kirjeldab OECD, et erinevate ülesannete ja teenuste täitmise kohustust ei saa ilma täiendavate meetmeteta panna omavalitsuste kohustuseks. Ka Eestis on riiklikul tasandil räägitud detsentraliseerimise vajadusest, peamiselt erinevatel aegadel esitatud haldusreformialgatuste raames.

SKA ja Töötukassa andmete põhjal on Eestis 2020. aasta seisuga umbes 200 000 täiskasvanud inimest, kes võiksid ühel või teisel moel vajada erinevat abi. Hinnanguliselt on aga inimesi, kes erinevat laadi abi vajavad, palju rohkem, ja nendega tegelevad KOVide sotsiaaltöötajad. Omavalitsusüksuse ülesanne on korraldada vallas või linnas sotsiaalteenuste osutamist, sotsiaaltoetuste ja muu sotsiaalabi andmist ning eakate hoolekannet, kui need ülesanded ei ole seadusega antud kellelegi teisele. Omavalitsuse poolt täiskasvanutele korraldavate kümne kohustusliku sotsiaalteenuse hulka kuuluvad koduteenus, väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, varjupaigateenus, turvakoduteenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine ja võlanõustamisteenus. Kui täiskasvanul inimesel tekib abivajadus ning ta vajab sellest tulenevaid teenuseid ja/või toetusi, on tal võimalik teha taotlus nii puude raskusastme tuvastamiseks kui töövõime hindamiseks. Tulenevalt kehtivast seadusandlusest tuvastatakse tööealistel isikutel puue kuni viieks aastaks. Puude tuvastamise menetlus algab töövõime hindamise ja puude tuvastamise ühistaotluse korral Sotsiaalkindlustusametis pärast seda, kui Töötukassa on teinud töövõime hindamise otsuse. Lisaks hindavad abivajadust omavalitsused, kes vastavalt hindamise tulemusele korraldavad teenuste osutamist või määravad toetusi. SKA poolt pakutavad teenused saab jagada nelja kategooriasse: teenused puudega inimestele, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused, erihoolekandeteenused ja abivahendid. Töötukassa teenused on olnud järjest suureneva fookusega erivajadustega inimeste kaasamisele tööturule.

Aastatel 2017-2019 taotles töövõime hindamist 94 542 ning puude raskusastme tuvastamist 165 412 täiskasvanud inimest. 64% töövõime hindamistest olid raske prognoosiga ning 34% puhul hinnati prognoos pigem heaks. Kõigist puude raskusastet tuvastada soovinud töö- ja pensioniealistest inimestest said 75% positiivse otsuse. Abivajajate arv 1000 elaniku kohta erineb maakondade lõikes : kui Harjumaal oli 1000

elaniku kohta keskmiselt 80 abivajajat, siis Ida-Virumaal oli see arv kolm korda suurem (232). 2020. aasta seisuga osutab Eestis sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele 108 asutust, samas Hiiumaal ei ole ühtegi teenuseosutajat ning ülejäänud maakondade lõikes on see jaotunud ebaühtlaselt. Omavalitsuste klastrite lõikes on Töötukassa teenuste kasutamine erinev. Näiteks kui domineeriva linnalise keskusega piirkondades kasutasid karjäärinõustamise teenust kõigist piirkonna abivajajatest ligi 16%, siis „kuldse ringi“ piirkondadest vaid 8%. Kõige suuremaks kuluartikliks on puudega inimestele makstavad toetused. KOVID on oma täiskasvanud elanikele (18-64 aastat) maksnud 2019. aastal erinevaid toetusi kokku rohkem kui kaheksa miljonit euro eest. Täiskasvanud inimesi hooldas 2019. aastal 119 720 inimest ning KOVIDel kulus selleks üle viie miljoni euro.

Rahvusvahelised uuringud on näidanud, et detsentraliseeritus ja sellest tulenev suurem finantsautonoomia suurendab kohalike omavalitsuste omanikutunnet ja muudab kohalikul tasandil pakutavad sotsiaalteenused efektiivsemaks. Paremaks toimetulekuks on hakanud KOVID omavahel koostööd tegema. Näiteks Soomes liigutakse uue reformiga suuremate piirkondlike tasanditeni, mis suudavad keerulisemaid teenuseid paremini tagada. Norras on lubatud, et KOV võib puuduolevaid teenuseid tellida ka naaberomavalitsusest. Hollandis saavad abivajajad teenuseid osta vajadusel ka teisest omavalitsusest. Seejuures kaasatakse teenuste planeerimiseks Hollandis nii inimese enda sotsiaalne võrgustik kui ka spetsialistidest koosnev meeskond. Detsentraliseeritud lähenemine ei pruugi tagada väiksemaid kulusi. Näiteks on Norra kulused sotsiaalhoolekande teenustele Põhjamaadest suurimad. Tänu sellele on aga suudetud hoida teenuste kvaliteeti ja inimesekeskust. Hollandis panustatakse palju ennetustegevustesse. Tehtud investeeringud on tõstnud oluliselt inimeste elukvaliteeti, vähendanud suremust ja langetanud seeläbi tervise- ja hoolduskulusid. Ühendkuningriigis lähtutakse eeldusest, et abivajajad peavad oma teenuste eest tasuma ise. Kui sellest ei piisa, tuleb KOV appi.

Omavalitsuste roll ja otsustusõigus abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel

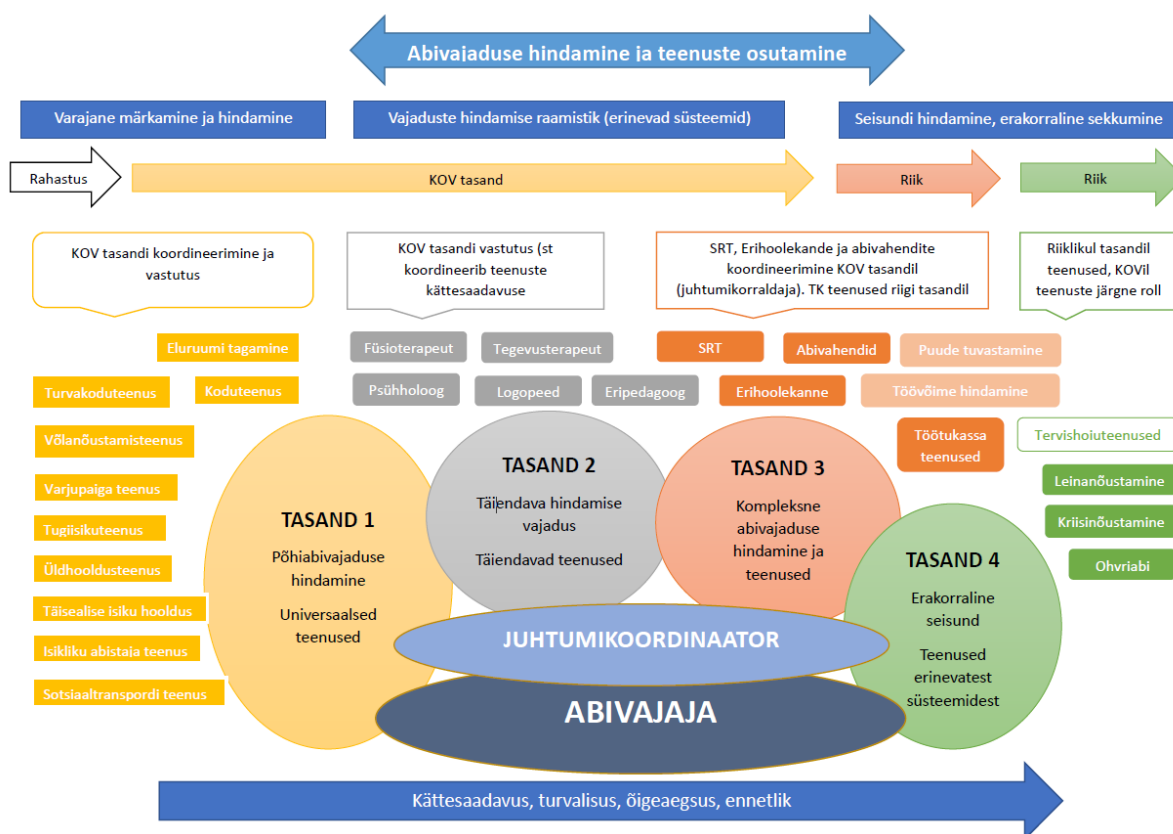
Abivajadusega inimesel on nii hindamist kui ka erinevaid teenuseid võimalik saada mitmest erinevast kohast ja tasandilt. Probleemiks aga sealjuures on see, et kuna neid võimalusi on palju, siis on nii abivajajal endal, tema lähedastel ja kohati ka ametnikel keeruline aru saada, kus midagi hinnatakse, osutatakse või kuhu ja millises järjekorras peaks abivajaja pöörduma. Veidi lihtsam on see abivajaja jaoks sellistel juhtudel, kui abi vajatakse ainult kas tervishoiu- ja või sotsiaalhoolekande süsteemist, kuid kui juba mõlemast või veelgi rohkematest süsteemidest, läheb selle korraldamine kõigi osapoolte jaoks liialt keerulisemaks. Samuti kaasneb viimase aspektiga olukord, kus tihti puudub abivajaja olukorrast ühtne ülevaade. Seetõttu on oluline pöörata tähelepanu andmetele, millele tugineb abivajaduse hindamine. Siin saab eristada kahte tüüpi andmeid: esmaseid (need mis kogutakse vahetult abivajaja käest) ja sekundaarseid (erinevate registrite andmed). Võimalusel tuleks vältida andmete dubleerimist - kui registrites on info olemas, ei ole vaja seda abivajaja käest enam uuesti küsida.

Lähtudes nii rahvusvahelistest praktikast, Eesti olukorra analüüsist kui ka intervjuude tulemusest, pakume, et abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine võiks olla kategoriseeritud neljaks tasandiks ning kõigi tasandite puhul oleks koordineeriv roll omavalitsusel.

- **Esimesel tasandil** toimuks inimese üldine abivajaduse hindamine. See peaks toimuma KOVi tasandil. Sealjuures on oluline, et abivajaja oskaks KOVi pöörduda ja et tema abivajadusega tegeletaks kiiresti, kuna see ennetab tema jõudmist järgmistele tasanditele.
- **Teisel tasandil** tähendab abivajaduse hindamine spetsialistide kaasamist ning inimene võib vajada (enamasti ajutiselt) teenuseid tervishoiu-, töövaldkonna- või haridussüsteemist.
- **Kolmas tasand** eeldab pikemaajalisi kompleksteenuseid (nt rehabilitatsiooniteenus, taastusravi) nii SKAst, Töötukassast, KOVist kui ka tervishoiusüsteemist.

- Neljas tasand** tähendab, et inimene on erakorralises seisundis ja vajab kohest sekkumist. Selleks võib olla äge terviseprobleem, mille tõttu ta vajab kohest haiglaravi, õnnetusjuhtum, mille tagajärjel ta vajab psühholoogilist kriisinõustamist vms. Olenemata sellest, kas kohest sekkumist pakutakse keskselt (nt EMO, Päästeamet, SKA) või kohalikul tasandil, lasub KOVil siin suur roll, sest KOV peab olema valmis inimese esmase sekkumise järgselt vastu võtma ja tagama talle vajaliku abi.

Pakutav neljatasandiline mudel on esitatud alljärgneval joonisel. Mudeli üldise loogika kohaselt peaks KOV täitma juhtumikoordinaatori rolli ja seda kõigil neljal tasandil. Seejuures ei pea KOV ise kõiki teenuseid osutama, kuid eesmärgiks peaks olema abivajaja kohta kogu olulise info omamine ning vajadusel sekkumine. Peamine lisaväärtus süsteemi ümberkorraldamisele on lähimuspõhimõte. Abivajaja siseneb süsteemi talle kõige lähemal olevalt valitsustasandilt, kus eelduslikult tuntakse kohalikke olusid (sh abivajajate toetamise vajadusi ja võimalusi) kõige paremini ning toimub süsteemi koordineerimine abivajaja vajadusi ja selle dünaamikat (eri tasandite vahel liikumine) arvestades.



JOONIS 1. ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE OSUTAMISE NELJATASANDILINE MUDEL

Mudeliga kaasnevad peamised muutused on esitatud tabelis 1.

TABEL 1. MUDELIGA KAASNEVAD MUUTUSED

Mudeli tasand	Praegune olukord	Muutus
Tasand 1	SHS-s on välja toodud teenused, mida KOV peab osutama.	Olulist muutust senisega võrreldes ei toimu. Lisandub ainult juhtumikoordinaatori roll, kes vajadusel suunab inimese esimese taseme teenustele.
Tasand 2	Praegu on võimalik üksikteenuseid (vt joonis 13) saada vaid perearsti ja eriarsti kaudu. Perearsti kaudu teenusele saamist mõjutab tugevalt teraapiafondis raha olemasolu.	Kui spetsialist (sh perearst) hindab vajadust mõne üksikteenuse järele, suunab ta vastava soovitusel abivajaja KOVi. KOV (juhtumikoordinaator) valib välja sobiliku teenusepakkuja ja korraldab inimesele vajaliku teenuse.
Tasand 3	Inimene peab abivajaduse hindamiseks ja teenuste saamiseks nägema ise palju vaeva ja pöörduma erinevate institutsioonide poole (SKA, TK, KOV).	Abivajaja pöördub esmalt KOVi, kes hindab ära tema üldise abivajaduse, mille järel suunab vajadusel täiendavale hindamisele. Hindamise tulemusel aitab juhtumikoordinaator inimesele otsida sobivad teenusepakkujad ja tagab, et inimene saaks teenuse(nt sotsiaaltransport, vajadusel majutus vms). Pikemas perspektiivis võiks juhtumi korraldajal olla võimekus abivajaja ise otse suunata puude raskusastme tuvastamise või töövõime hindamisele ning SKA ja TK roll selles osas võiks üle minna juhtumikoordinaatorile.
Tasand 4	Inimene vajab mis iganes põhjusel erakorralisi teenuseid (vt joonis 13) ja sealjuures võib ta nendele teenustele sattuda erinevate tasandite kaudu (politsei, kiirabi, päästeamet, Eluliin vmt)	Olenemata sellest, kust inimene 4. tasandile satub, peale erakorraliste sekkumiste saamist võtab KOV (nt juhtumikoordinaator) inimese enda hoole alla, ehk siis KOV-il on turvavõrgu funktsioon. KOV hindab inimese olukorda ja pakub talle vajadusel teenuseid esimeselt kolmelt tasandilt.

Jätkusuutlikku rahastusmudeli väljatöötamisel, mis sobitaks tänase KOVide rahastamise süsteemiga, tuleb arvestada Eesti demograafiliste trendidega ning regionaalsete erinevustega. Piirkondades, kus abivajajaid on proportsionaalselt rohkem, võivad vahendid nende aitamiseks olla väiksemad. Omavalitsuste ülesannetele lisanduvate funktsioonide kulud (administreerimis- ja halduskulu, tööjõukulu jne) tuleks kaardistada ning tagada nende rahastamine läbi sihtotstarbeliste toetuste. Eelarvetoetuse kasutamine kohaliku arengupoliitika toetamiseks oleks oluline uuendus. See lokaliseeriks eelarvetoetuse ja aitaks valitsusel realiseerida oma detsentraliseerimisega seotud strateegilised eesmärgid. Eelarvetoetuse kasutamine oleks eriti asjakohane nendes piirkondades, kus suurenev ruumiline ja sotsiaalne ebavõrdsus ohustab sotsiaalset ühtekuuluvust ja poliitilist stabiilsust ning nõuab nende lahendamiseks uuenduslikke piirkondliku/ kohaliku arengu strateegiaid.

Mis tahes protsessimuudatuste elluviimiseks peaks nii rahvusvahelise kirjanduse kui intervjuueeritavate hinnangul planeerima ettevalmistavateks tegevusteks minimaalselt viis aastat, aga muudatuste täielikuks juurutamiseks võiks arvestada kuni kümne aastaga. Ettevalmistavate tegevustena näeme näiteks abivajadusega seotud KOV teenuste ja teenusepakettide kaardistamist, baastaseme uuringu läbiviimist, seire- ja hindamissüsteemi loomist ning erineva võimekusega KOVides uute lahenduste piloteerimist. Peale

neljatasandilise mudeli ja sellega seonduva KOV-koordineerimisfunktsiooni ellu rakendamise ettevalmistamisperioodi on võimalik liikuda selle süsteemsesse juurutamisfaasi. Siin võiks eelkõige keskenduda pikaajalistele programmidele, mis muuhulgas toetaks võrgustikuosaliste koostööd ja kogemuste vahetust.

Analüüsi järeldused

- Abivajaja ja tema lähedaste jaoks on abi saamine süsteemide keerukuse tõttu raske;
- Omavalitsused on nii abivajaduse hindamises kui teenuste osutamises erineva võimekusega;
- Rahvusvaheliste praktikate kohaselt peetakse kõige efektiivsemaks juhtumipõhist hindamist ja teenuste koordineerimist;
- Juhtumi koordineerimine tagaks omavalitsuse tasandil inimkeskse lähenemise ja teenuse terviklikkuse;
- Juhtumikoordinaatorite rakendamine eeldab täiendavaid ressursse omavalitustasandil;
- Juhtumikoordinaatori töö eeldab abivajaja kohta rohkemate andmete nägemist ja seetõttu on vastavalt vaja arendada nii infosüsteeme kui muuta seadusandlust;
- Võimalik uus eelarvemudel peab toetama abivajajate võrdset kohtlemist (st kõik abivajajad sõltumata elukohast peavad saama asjakohast ja kvaliteetset teenust).

Soovitused

- Leppida kokku ühine abivajaduse hindamise ja vajalike teenuste tagamisega seotud kontseptsioon;
- Juurutada juhtumikoordinaatori roll (sh töötada välja vastav kompetentsimudel, selgitada välja täpne vajadus ja sellest tulenev koolitustellimus);
- Tegevuste planeerimisel arvestada KOVide erineva võimekusega;
- Tagada jätkusuutlikkus olukordades, kus tegevusi alustatakse projektipõhiselt, kuid mida tahetakse püsivalt KOVidele üle anda;
- Arendada omavalituste omavahelist koostööd nii maakondlikul kui regiooni tasandil;
- Võtta ette tegevusi sotsiaalvaldkonna väärtustamiseks nii kohalikul kui riiklikul tasandil;
- Lähtuda teenuste pakkumisel inimkeskse lähenemise põhimõtetest.

[Liitu uudiskirjaga](#)

praxis.ee

