

Rehabilitatsiooniteenuste pakkumise ja korralduse uuring

1. ja 2. etapi tulemuste kokkuvõte ja soovitused

Sotsiaalministeerium
sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond

UURINGU TAUST JA EESMÄRGID

Sotsiaalministeeriumi sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakonna koordineerimisel viidi 2008. a jaanuarist detsembrini Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) sotsiaalhoolekandeprogrammi "Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed" 2007-2013 raames läbi "Rehabilitatsiooniteenuste pakkumise ja korralduse uuring", mis oli esimeseks R-teenust nii laialdaselt vaatlevaks uuringuks. Varem on R-teenust analüüsitud ning sellealaseid andmeid kogutud ja struktureeritud ESF poolt rahastatud projektis "Puudega inimene tööturule juhtumipõhise rehabiliteerimise abil" - täpsemalt selle alaprojektides PITRA1 (2005) ja PITRA2 (2007)¹.

Riiklik rehabilitatsiooniteenus (edaspidi R-teenus) on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist.² R-teenuse raames osutatakse 18 erinevat teenust, mis jagunevad üldisteks ja üksikspetsialistide poolt osutatavateks R-teenusteks. Eestis osutavad elanikkonnale R-teenust vähemalt 5-liikmelised, riigi poolt kindlaks määratud spetsialistidest koosnevad R-meeskonnad, kes vastavad riigi poolt ette nähtud kvalifikatsioonile³ ja võivad töötada nii iseseisvate administratiivüksustena kui teiste asutuste koosseisus, kuuludes vastavalt kas eraisikule, kohalikule omavalitsusele või riigile.

Käesoleva uuringu üldisemaks eesmärgiks oli saada 2008. aasta seisuga ülevaade riikliku R-teenuse osutajate hetkeseisu, probleemide ja võimalike lahenduste osas R-spetsialistide endi pilgu läbi.

Uuringu eesmärgiks oli koguda teavet järgmiste põhiteemade osas:

- R-asutuste poolt pakutavad teenused ja nende sisu;
- R-teenuste pakkumise korraldus ja arendamiseks vajalikud ressursid;
- meeskonnaliikmete töökoormus ja tööga rahulolu;

□

¹ Pdf-formaadis ülevaated neist projektidest:: **PITRA1 Tarkuseraamat**
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA_tarkuseraamat.pdf

PITRA2 lõppraport

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA_202_20L6ppraport_1_.pdf

² Põhjalikum infot riikliku R-teenuse kohta SOM kodulehel -> Rehabilitatsioon:

<http://www.sm.ee/index.php?id=327>; SKA kodulehel: <http://www.ensib.ee/uudised/rehab2008uudis.html>; samuti Invainfo portaalis: rehabilitatsioon.invainfo.ee

³ R-meeskonna mõiste sätestati ametlikult SHS § 11¹¹ ja see jõustus 17. juulil 2005, enne seda käsitleti mõistet tinglikult.

- R-teenuse kvaliteet, kvaliteedikriteeriumid ja kvaliteedi juhtimine;
- meeskondade võrgustikutöö;
- meeskonna liikmete kompetentsi, spetsialiseerumise ja täienduskoolituse vajadused.

Teiselt poolt seati eesmärgiks koguda R-teenuse osutajate kohta, lisaks Sotsiaalkindlustusametis kajastuvatele andmetele, statistilist infot ja testida indikaatoreid, mis võimaldaksid erinevate näitajate kaudu riikliku R-teenuse kvaliteeti edaspidi paremini mõõta ja jälgida.

Nimetatud eesmärkidest tulenevalt kasutati uuringu läbiviimiseks kahte erinevat meetodikat, mis jagasid uuringu kahte etappi - 1. etapis kasutati kvalitatiivmetoodikat, mille alusel viidi läbi 9 fookusgruppi erinevate R-spetsialistide ja juhtidega, 2. etapis aga kvantitatiivset küsitlusmeetodit, kus R-meeskondade juhtidel paluti veebiankeedi kaudu vastata 37-le nende meeskonda ja osutatavaid teenuseid puudutavale küsimusele. Uuringu sihtrühmaks olid seejuures kõik 2008. a aprillist septembrini aktiivselt tegutsenud R-teenuse osutajad üle kogu Eesti.

Uuringu 1. etapp kestis ca 2 kuud - maist juunini 2008, ning 2. etapp samuti ca 2 kuud - augustist septembrini 2008. Uuringu mõlema etapi küsitlustööle eelnes ettevalmistav periood alates jaanuarist 2008, mille jooksul valmistati ette mõlema etapi valimimetoodikad ja küsitlusdokumendid. Selleks moodustati uuringu ekspertrühm, kuhu kuulusid R-spetsialistid Margery Roosimaa (Astangu Kutser rehabilitatsioonikeskus), Dagmar Narusson (Tartu Ülikooli Pärnu kolledž), Koidu Saame (Kristiine Sotsiaalkeskus) ning Sotsiaalministeeriumi spetsialistid Marina Runno, Piia Tammpuu, Mari Kreitzberg, Riina Rüsalo ja Tiina Linno (uuringujuht). Ekspertühma konsulteerisid ka Triin Vana ja Merike Otepalu (Tallinna Vaimse Tervise keskus).

Mõlema etapi andmekogumise viis läbi ja esmase kokkuvõtte tulemustest koostas uuringufirma Saar Poll OÜ. Käesoleva lõppraporti kogutud algandmete ja esmakokkuvõtete põhjal koostas Sotsiaalministeeriumi sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakonna nõunik ja uuringujuht Tiina Linno.

Uuringu suurimaks tähtsuseks on võimalus toetuda teaduspõhisele sisendile R-teenuse täiendamise ja parendamise ettevalmistamisel Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) raames. Uuringu tulemusi kasutatakse rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistide koolituskava ettevalmistamisel ja rehabilitatsioonivaldkonna spetsialisti kutsestandardi väljatöötamisel, kus neid võetakse aluseks teenuse sisuliste tegevuste kirjeldamiseks. Lisaks on uuringu 2. etapi veebiküsitluse tulemuste ja SKA R-teenuse andmete baasil valmimas ettepanekud riikliku R-teenuse nende tunnuste ja indikaatorite osas, mida oleks võimalik kasutada teenuse kvaliteedi ja teiste näitajate jälgimiseks tulevikus.

PÕHITULEMUSED

Järgnevasse kokkuvõttesse on ülevaatlilikult koondatud nii uuringu 1. kui 2. etapi põhitulemused.⁴ Detailsem ülevaade mõlema etapi tulemustest on toodud raporti täisversiooni peatükkides 3 ja 4.

- Eesti R-süsteemi peeti peamiselt teenustepõhiseks, huvi ja soov minna üle aga juhtumi- ja programmipõhilisele tööle oli R-spetsialistidel olemas. Uuringu 2. etapis osalenud 53-st R-meeskonna juhust 27 ehk ca pooled väitsid, et on juba asunud juurutama R-teenuse juhtumipõhise osutamise põhimõtteid.
- R-teenuse lühiajalised (1 aasta) halduslepingud ja riigipoolne rahastamine ei vastanud R-spetsialistide arvates R-teenuse pikaajalisele eesmärgile ning ei pakkunud järjepidevaks tegutsemiseks piisavalt motivatsiooni ega kindlusetunnet.⁵
- R-spetsialiste häiris teenusesaajate lai sihtrühm, mille üheks põhjuseks peeti alternatiivsete teenuste puudumist eakamatele inimestele, aga ka infopuudust õigusest saada taastusravi mujal (nt operatsioonijärgsed kliendid haiglas). R-spetsialistidele olid mitmel juhul jäänud silma ka nii klientide kui nende suunajate ebaõiged ootused R-teenusele.
- Teenuste sihtrühmana domineerisid 16-a ja vanemad inimesed (SKA sihtrühm 2), neile osutas R-teenuseid keskmiselt 77% R-meeskondadest. Lastele kuni 18-eluastani (sihtrühm 1) osutas teenuseid 64% ning psüühiliste erivajadustega isikutele (sihtrühm 3) 59%, alaealiste komisjoni otsuse alusel saadetud isikutele (sihtrühm 4) aga 13% R-meeskondadest.
- Hooldus- ja haiglaravi vajavatele inimestele ei tohiks R-plaane väljastada, kuna R-asutus ei suuda praegu võtta endale vastutust, kuidas klient hakkama saab ning kust jookseb piir meditsiini ja rehabilitatsiooni vahel. Vajadus meditsiinilise rehabilitatsiooni järele oli olemas eelkõige uuringu 1. etapis osalenud arstide pilgu läbi, pidades silmas just noori, tööturule tagasi pöörduda soovivaid kliente ja neile kompleksse ravi osutamist.
- Mitmete teenuste juures toodi välja nende ebapiisav rahastamine (s.h SKA võrdluses Haigekassaga) ning asjaolu, et vajalikku teenust/spetsialisti (nt tugiisik, hooldaja, isiklik abistaja) ei ole küll R-meeskonnas ette nähtud, kuid kliendi vajaduse tõttu tuleb vastavaid

□

⁴ Tulemused väljendavad uuringus osalejate arvamust, kui ei ole märgitud teisiti (viide üldistamisele kogu sihtrühmale kas esindusliku vastajaskonna tõttu või andmete kaalumisel).

⁵ 1. jaanuarist 2009 kehtima hakkava SHKS redaktsiooni alusel tekib võimalus sõlmida R-teenuse haldusleping kolmeks aastaks (või lühemaks perioodiks, kuid mitte alla 1 aasta). Rahalised mahud kinnitatakse siiski igal eelarveaastal eraldi.

lisateenuseid siiski osutada, täiendavaid ressursse selleks aga ei ole. R-spetsialistid vajaksid mõnede klientide puhul lisaks ka koolitatud abipersonali.

- Õdede teenus (õendushindamine) ei olnud uuringu 1. etapis osalenud õdede arvates samuti piisavalt väärtustatud, kuna sellist teenust eraldi R-teenuse all ei eksisteeri ega tasustata. Lisaks võiks R-meeskonnas olla põhikohaga ette nähtud tasustatud koordinaator (R-meeskonna administratiivjuht), kes tegeleks vaid haldustöö ja dokumentatsiooniga.
- Olmetingimuste ja töövahendite osas oli põhiline R-meeskondadel olemas. Uuringu 2. etapis hinnati rahuolu töökeskkonnaga (skaalal min 1 - max 5) hindegaga 3,6 ning töövahenditega 3,8. Ka klientide juurdepääsule R-meeskondade töökeskkonnale anti keskmiseks hindeks 3,8.
- Tagasiside saamist klientidelt peeti 1. etapi osalejate poolt kas tagasihoidlikuks või olematuks (nt alaealiste õigusrikkujate puhul), selle paremaks korraldamiseks pakuti tagasiside kogujana isikut, kes haldab meeskonna dokumentatsiooni (eriti kui tegemist oleks põhikohaga töötajaga). Uuringu 2. etapis märkis 53-st osalejast veidi üle poole, et küsivad kliendilt kas alati (32%) või peaaegu alati (23%) tagasisidet.
- Võrgustikutöö peamiste osapooltena R-meeskonna jaoks nimetati kohalikke omavalitsusi (KOV - eriti juhtumikorraldusliku töö puhul), pereliikmeid (alaealise puhul kindlasti tema vanemaid), lasteaeda, kooli, lastekaitsetöötajaid. Samuti haigla sotsiaaltöötajaid, perearste, eriarste ja puuetega inimeste organisatsioone. Juba tööturul olevale kliendiga tegelemisel mainiti koostöö vajadust kliendi tööandjaga.
- 53-st 28 R-meeskonda oli osutanud teenuseid ka väljaspool oma asutust – neist 71% kliendi juures kodus, 46% koolis, lasteaia või kliendi töökohal, 36% haiglas (või mõnes teises statsionaarse ravi keskus) ning 14% polikliinikus (või mõnes teises ambulatoorse ravi keskus).
- Uuringu 2. etapis nimetasid 53 R-meeskonda kõige sagedasemate koostööpartneritena kliendi peret (98%) ja kohalikku omavalitsust (89%). Vähem tehti küsimustikus loetletud osapooltest koostööd haiglate (44%), tööturuameti (42%) ja sanatooriumidega (15%). Suurimaks võrgustikutöö tegijaks R-meeskonnas peeti 1. etapis osalejate poolt sotsiaaltöötajat. Lisaks selgus 2. etapis, et ka küsimustele vastanud meeskonnajuhtidest oli kolmandik sotsiaaltöötajad; sama suurusjärk oli arste, ülejäänud moodustasid teiste erialade spetsialistid.

- R-spetsialistide arvates on seoses R-teenuse osutamisega õhus palju n.ö infomüra – alates suunamiskirjast, millel märgitud summad tulevastes klientides palju segadust tekitavad ning arvetest, mida klient peab allkirjastama, kuni teenuseosutajate endi jaoks keerulise ja aeganõudva dokumentatsioonini, mille täitmist SKA kontrollib. Uuringu 2. etapis selgus lisaks, et R-teenuse osutamise katkestamist kaalunud 22 R-meeskonnast töid 8 peamise põhjusena välja just liiga keeruka dokumentatsiooni. Kõiges sellest lähtuvalt oli R-spetsialistide suureks ootuseks üheselt mõistetava, selge ja kergelt täidetava dokumentatsiooni loomine koos ettepanekuga minna üle paber kandjalt e-dokumentatsioonile.
- Lisaks vajasisid R-spetsialistid ühtset elektroonilist andmebaasi või kataloogi, kus nii teenuseosutaja kui –saaja jaoks oleks võrdselt esitatud kõigi Eestis tegutsevate R-meeskondade andmed (meeskonna liikmete nimed, telefonid, teenuste nimed, vajalikud SKA kontaktandmed jne) ning teenuste järjekorrad erinevate teenuseosutajate juures. Kogu info võiks asuda SKA koduleheküljel, mis tuleks muuta praegusest oluliselt kaasaegsemaks.
- R-spetsialistide arvates peaks teenust osutaval meeskonnal olema võimalus R-teenuse siseselt üksikteenuste raha ümber jagada ja kasutada vastavalt kliendi vajadustele, kuna vähene teenusekordade arv ei võimalda kliendi jaoks püsivaid tulemusi saavutada.
- Peaaegu kõik R-meeskonnad osutasid kahte üldist R-teenust ehk nii R-plaani koostamise kui selle täitmise juhendamise ja tulemuste hindamise teenust (vastavalt keskmiselt 94% ja 93%). Üksikspetsialistide teenustest osutati enim sotsiaaltöötaja teenust (93%) ja psühholoogi teenust. Järgnesid psühholoogi ja sotsiaaltöötaja perenõustamise teenused (vastavalt 87% ja 83%) ning füsioterapeudi teenus (74%).
- Pikimad järjekorrad oli R-plaani koostamise (42% R-meeskondades) ja füsioterapeudi teenustele (23%), kuuel R-meeskonnal järjekord R-teenustele puudus.
- R-teenuse kvaliteedi mõõtmiseks puudus R-spetsialistide jaoks ühtne süsteem: iga meeskond hindas seda oma arusaamisest lähtuvalt. Kõige üldisemalt seostus sõna „kvaliteet” uuringus osalejatele SKA poolse kontrolliga R-teenuse osutamise üle, teiselt poolt aga ka R-teenuse sisulise pakkumise, kliendi rahulolu ja saavutustega pärast teenuse saamist. Uuringu 2. etapi tulemusena hindasid osalejad oma meeskonna poolt pakutava R-teenuse kvaliteeti (skaalal min 1 – max 5) hindegaga 3,9.

- Täiendava infona selgus uuringu 2. etapis, et 30% meeskondadest oli välja töötanud oma kvaliteedikriteeriumid. Lisaks nõustus 59% vastajatest väitega, et täisajaga töötamine võimaldaks R-meeskonna liikmel pakkuda kvaliteetsemat R-teenust.
- SKA poolt teostatavasse kontrolli suhtuti kriitiliselt, kuna dokumentatsiooni läbi vaatavad ametnikud vahetuvad ning teenuseosutamise sisulist kontrolli ei toimu. R-spetsialistide arvates saaksidki nende sisulist tööd kontrollida ainult sama eriala inimesed või kutseliidud, kes väljastavad oma eriala spetsialistidele kutsetunnistusi.
- R-spetsialistid mainisid rahvusvaheliste standardite olemasolu ja nende rakendamise võimalikkust-vajalikkust ka Eestis ühtsete hindamiskriteeriumite loomiseks ning teenuste kvaliteedi objektiivseks mõõtmiseks R-süsteemis, kuid see eeldaks kindlasti ka vastavat koolitust.
- R-spetsialistid tõid välja, et R-teenuse alane koolitusvajadus on kindlasti oluliselt suurem kui praegu SOM ja SKA poolt pisteliselt korraldatavad teabepäevad, samuti peaks erinevate spetsialistide õppekava juba koolides praegusest põhjalikumalt R-teenust käsitlema. 2. etapi tulemuste põhjal olid enim koolitusi saanud meeskonnaliikmed sotsiaaltöötajad, arstid, füsioterapeudid ja psühholoogid.
- Täpsustavalt toodi välja, et vajadus oleks nii erialaste kui üldiste koolituste järele - näiteks ametikoolitused kogu R-meeskonnale, aga ka probleemi- ja sihtrühmaspetsiifilised koolitused ning eraldi kindlasti dokumentatsiooni täitmise koolitus, lisaks spetsiaalse koolitusvõimaluse loomine alustavatele R-meeskondadele.
- Psühholoogid tõid välja, et lisaks R-meeskonna liikmetele vajaksid eraldi koolitust ka teenuseid kasutava isiku pereliikmed. Rõhutati, et ka nende koolitus peaks olema süstemaatiline.
- SKA-poolsete kvalifikatsiooninõuete osas R-meeskonna liikmetele leiti, et need on liiga jäigad (kõrgharidus ei võrdu näiteks pikaajalise kogemusega), põhjustades omalt poolt probleeme vajaliku tööjõu leidmisel.
- Väiksemates Eesti piirkondades on kogemustega R-spetsialistidest eriti suur puudus. Paljud neist on hõivatud ka mujal ja töötavad R-meeskonnas osaajaga ning seetõttu jääb neil rehabilitatsiooniks liiga vähe aega. Uuringu 2. etapp tõi täiendavalt välja, et vaid ca 20% R-meeskonna liikmetest töötas neis täistööajaga.

- Piiratud rahaliste vahendite tõttu puudus suurel osal R-meeskondadest regulaarse supervisiooni kogemus. Läbipõlemise ennetamiseks ning keerukamate juhtumite puhul nõu saamiseks peeti seda aga väga vajalikuks.
- Eesti R-süsteemis oli halduslepingute arvu alusel 2008. a hinnanguliselt 63 R-asutust, mille koosseisus tegutses ca 75 R-meeskonda. Uuringu 2. etapis osalenud 53-s R-meeskonnas töötas kokku ca 772 meeskonnaliiget, s.h 127 arsti ja 645 spetsialisti, kellest täisajaga töötas R-meeskonnas ca 20%.
- 2. etapi 53-st meeskonnast 13 (25%) olid olemas kõik vajalikud arstid ja R-spetsialistid. Ülejäänud 40 R-meeskonna juhid märkisid täiendava tööjõuvajadusena kokku 216 R-meeskonna liiget (190 täistöökohta), s.h 36 arsti ja 180 spetsialisti.
- 2. etapis osalenud R-meeskondadest tegutses 62% teise asutuse allüksusena ning 38% iseseisva üksusena. 60% R-meeskondade omandivorm oli eraõiguslik, 40% puhul olid haldajateks kohalik omavalitsus (25%) või riik (15%). Mitte ühegi meeskonna omandivormiks ei olnud välismaa eraõiguslik isik. 64% R-meeskondadest oli vormistanud end mitte-tulundusühingu või sihtasutusena, 34% registreeritud äriühinguna ning üks R-meeskond füüsilisest isikust ettevõtjana.
- R-meeskondade tegevusaeg varieerus 8 aastast kuni vähem kui aasta tegutsenud meeskondadeni. Ligi pooled küsimusele vastanutest 39-st meeskonnast olid tegutsenud üle 3 aasta ning veidi üle poolte kuni 3 aastat.
- R-teenus ei olnud 2008. a kevad-suveks kujunenud tööturumeetmeks, mida projektidest PITRA1 ja PITRA2 võis eeldada. PITRA Tarkuseraamatut kasutasid uuringus osalejad harva, samas peeti seda heaks teoreetiliseks alusmaterjaliks, saamaks süsteemset ülevaadet R-teenuse kohta.
- R-teenuse edasiseks kujundamiseks ja ühtlustamiseks soovitasid uuringus osalenud arstid kaasata sõltumatuid eksperte, võttes lisaks aluseks kogemused, mis kõige paremini toimivas R-meeskonnas on end juba õigustanud ning laiendada neid ka teistele meeskondadele.

KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED

Uuringu mõlema etapi läbiviimist võib kavandaja hinnangul lugeda üldjoontes kordaläinuks. Positiivsena ilmnas asjaolu, et kattuvate teemade korral said 1. etapis kvalitatiivselt kogutud tulemused ka hiljem kinnitust 2. etapi tulemuste näol, mis andis võimaluse koostada neist terviklik ülevaade.

Nii 1. kui 2. etapi läbiviimisega seondunud sisulisi probleeme ja tähelepanekuid on detailsemalt kirjeldatud raporti täisversiooni Lisa 2 peatükis Metodoloogia ülevaade, s.h on toodud vastajatelt saadud tagasiside veebiküsimustiku kohta alapeatükis Metodoloogiline arutelu – Tagasiside vastajatelt.

SOOVITUSED

Uuringutulemustele tuginedes võib R-teenuse edasiseks arendamiseks tuua välja järgnevad soovitused:

- Kaaluda pikaajalisemate halduslepingute sõlmimist R-meeskondadega, mis pakuks neile senisest suuremat kindlustunnet investeerida nii vahendite muretsemisse kui teadmiste ja oskuste arendamisse ootusega tagada samal ajal riigile R-teenuse osutamise järjepidevuse püsimine.
- Luua senisest rohkem võimalusi R-süsteemi kiireks üleminekuks juhtumi- ja programmipõhisele teenuseosutamisele, kuna vajadus selleks, samuti valmisolek R-teenuse osutajate poolt on suurel määral juba olemas.
- Piiritleda täpsemalt R-teenuse saajate sihtrühm ning eesmärk teenuste osutamiseks, edastades see info võrdselt ka kõigile R-süsteemi osapooltele – (tulevastele) klientidele, nende suunajatele ja R-meeskondade liikmetele üle Eesti.
- Pakkuda aktiivsemalt lahendusi nn piirsituatsioonideks, kus kattuvad mitme valdkonna tegevused ja teenused (näiteks kliendi vajadus saada samaaegselt nii ravi kui R-teenuseid); luua erinevate juhtumite põhjal siin tegevuskavad, määrates kindlaks nii erinevate etappide osapooled kui vastutajad.
- Koostöös tervisevaldkonnaga vaadata üle erinevused ja leida võimaluse korral lahendused Haigekassa ja Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastatavate teenuste osas, kus teenuse maht ja sisu kattuvad, kuid tasu teenuse osutamise eest on R-süsteemi ja meditsiinisüsteemi

töötajatele erinev. Selle probleemi lahendamine võiks tuua kaasa ka muudatuse praeguses olukorras, kus enamik R-meeskondade liikmeid töötab neis osajaga.

- Korrastada R-teenuse osutamiseks vajalik dokumentatsioon, mis kajastab R-teenuste määramist, nende saamist kliendi poolt ja hinnangut teenuste mõjule ning kavandada infotehnoloogiline lahendus kliendihalduseks, mis lisaks praegusele andmebaasile võimaldaks nii tsentraalselt dokumente täita (elektroonilised vormid) kui kliendile R-teenuse osutamise protsessi olulisi etappe jälgida.
- Vaadata üle R-meeskondades praegu ette nähtud liikmete koosseis ning lähtuvalt teenindavatest sihtrühmadest ja pakutavatest teenustest leida võimalusi täiendavate spetsialistide kaasamiseks ja tasustamiseks, et võimaldada klientidele lisaks ka selliseid toetavaid teenuseid (hooldamine, juhendamine jms), mis on vajalikud R-plaanis ette nähtud üksikspetsialistide teenuste pakkumiseks.
- Tellida kaasaegne lahendus Sotsiaalkindlustusameti kodulehele, et kujundada see mugavalt kasutatavaks infoallikaks nii R-teenuse osutajate kui saajate jaoks.
- Töötada koostöös R-meeskondade erinevate spetsialistidega välja riikliku R-teenuse osutamise koolituskava ja –võimalused, mis looks aluse ühtsete mõistete ja arusaamade senisest paremale levikule R-süsteemis; mõelda ka klientide ja nende pereliikmete koolitusvajadusele.
- Võttes aluseks kogemused, mis kõige paremini toimivas R-meeskonnas on end juba õigustanud, samuti erinevate R-teenust analüüsinud projektide ja uuringute tulemused, kavandada R-teenuse kvaliteedistandardid, nende mõõtmise ja hindamise süsteem koostöös R-meeskondade liikmetega üle Eesti, et kujundada R-teenusest kliendi vajadustele kõige paremini vastav riiklik meede, mida on võimalik pideva monitooringu ja tagasiside kaudu efektiivselt suunata ja arendada.