

# Rehabilitatsiooniteenuste pakkumise ja korralduse uuring

1. ja 2. etapi lõppraport

Sotsiaalministeerium  
sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond

2008

# SISUKORD

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LÜHENDID</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>1 UURINGU TAUST JA EESMÄRGID</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>2 PÕHITULEMUSED</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>3 TULEMUSTE ÜLEVAADE - 1. ETAPP</b> .....  | <b>15</b> |
| 3.1 RIIKLIK R-TEENUS .....  | 15        |
| 3.1.1 Eesmärk .....   | 15        |
| 3.1.2 Motivatsioon R-teenuse pakkumiseks .....  | 16        |
| 3.1.3 Kliendi R-teenusele jõudmine .....  | 16        |
| 3.1.4 Võrgustikutöö R-teenuse osutamiseks .....   | 17        |
| 3.2 R-PLAANI KOOSTAMINE .....   | 18        |
| 3.3 ÜKSIKSPETSIALISTIDE TEENUSED JA NENDE SISU .....                                    | 21        |
| 3.3.1 Üksikspetsialistide tegevused R-teenuse osutamisel .....                          | 21        |
| 3.3.2 Majutusteenus R-teenuse osutamiseks .....   | 24        |
| 3.4 METOODIKAD JA ABIVAHENDID TÖÖS .....  | 25        |
| 3.5 PROGRAMMIPÕHINE R-TEENUSE OSUTAMINE .....   | 28        |
| 3.6 SUHTLEMINE SOM, SKA JA TTA-GA .....   | 29        |
| 3.7 PROBLEEMID R-TEENUSE PAKKUMISEL .....   | 30        |
| 3.7.1 Ebakindluse tunne .....   | 30        |
| 3.7.2 Kogemustega tööjõu vähesus .....  | 30        |
| 3.7.3 Teenuste ebapiisav rahastamine .....  | 31        |
| 3.7.4 R-meeskonna töövahendid ja olmetingimused .....                                   | 32        |
| 3.7.5 R-teenuse lai sihtrühm .....  | 32        |
| 3.7.6 R-teenusele suunamine .....   | 32        |
| 3.7.7 R-teenus ja taastusravi .....   | 33        |
| 3.7.8 Vajadus meditsiinilise rehabilitatsiooni järele .....                             | 33        |
| 3.7.9 Kõrvalabi- ja õendusteenuse vajadus .....   | 34        |
| 3.7.10 Vajadus muu koolitatud abipersonali järele .....                                 | 34        |
| 3.7.11 Ida-Virumaa: klientide keele- ja töötuse probleem, R-spetsialistide puudus ..... | 34        |
| 3.7.12 Muud probleemid sihtrühmadega .....  | 35        |
| 3.7.13 R-teenus ja kool .....   | 36        |
| 3.7.14 Võrgustikutöö .....  | 36        |
| 3.7.15 Tagasiside kliendilt .....   | 36        |
| 3.7.16 R-teenuse „raha” kliendi jaoks .....   | 37        |
| 3.7.17 Teenuste ümberjaotamine vajadustepõhiselt .....                                  | 37        |
| 3.7.18 R-plaan ühelt, teenused teiselt meeskonnalt .....                                | 38        |
| 3.7.19 Dokumentatsiooni täitmine kui lisakoormus .....                                  | 38        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 3.7.20   | Infopuudus .....   | 39        |
| 3.7.21   | R-teenuse arendamine.....  | 39        |
| 3.7.22   | Ootused eelseivatele muudatustele.....   | 39        |
| 3.8      | R-TEENUSE KVALITEET .....  | 40        |
| 3.8.1    | Kontroll teenuste osutamise üle.....   | 40        |
| 3.8.2    | Teenuste kvaliteedi hindamine .....  | 41        |
| 3.8.3    | R-teenuse kvaliteedi juhtimise poliitika.....  | 43        |
| 3.9      | KVALIFIKATSIOON JA KOOLITUSVAJADUS .....   | 44        |
| 3.9.1    | Praeguste kvalifikatsiooninõuete puudused.....   | 44        |
| 3.9.2    | Koolitusvajadus ja põhiprobleemid .....  | 45        |
| 3.10     | SUPERVISIOONI TEENUS R-MEESKONDADELE .....   | 47        |
| 3.11     | PITRA TARKUSERAAMATU KASUTAMINE.....   | 48        |
| <b>4</b> | <b>TULEMUSTE ÜLEVAADE - 2. ETAPP.....</b>  | <b>49</b> |
| 4.1      | PÕHITULEMUSED .....  | 49        |
|          | K. 1 - Kas teie meeskond tegutseb iseseisva üksusena või mõne teise asutuse, ettevõtte või organisatsiooni allüksusena?.....   | 49        |
|          | K. 2 - Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte või organisatsiooni omandivorm?.....  | 50        |
|          | K. 3 - Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte, organisatsiooni õiguslik liigitus? .....   | 50        |
|          | K. 4 - Kui kaua teie meeskond on R-teenuseid osutanud? .....   | 51        |
|          | K. 5 - Millised on teie meeskonna R-teenuse sihtrühmad?.....   | 51        |
|          | K. 6 - Millised on teie meeskonna R-teenused? .....  | 52        |
|          | K. 7 - Mitu R-plaani teie meeskond koostas eelmise töönädala jooksul? .....  | 53        |
|          | K. 8 - Millisele R-teenusele on teie meeskonnas praegu kõige pikem järjekord? .....  | 54        |
|          | K. 9 - Millises piirkonnas teie meeskond asub? .....   | 54        |
|          | K. 10 - Nimetage kolm suurima klientide arvuga piirkonda, kust tullakse teie meeskonna R-teenustele? .....   | 55        |
|          | K. 11 - Milline on teie kui meeskonnajuhi roll meeskonnas spetsialistina?.....   | 58        |
|          | K. 12-13 - Kui palju järgnevaid arste ja R-spetsialiste töötab teie meeskonnas ja millise koormusega? - Muude arstide ja R-spetsialistide erialad. ....              | 58        |
|          | K. 14-15 - Kui palju arste ja spetsialiste vajaks teie meeskond juurde edukaks tegutsemiseks? - Muude arstide ja spetsialistide erialad.....                         | 60        |
|          | K. 16 - Millistel nädalapäevadel teie meeskond osutab R-teenuseid?.....  | 61        |
|          | K. 17 - Nimetades kõiki päevi, mil teie meeskond osutab R-teenuseid kokku teie töönädalaks – mitu R-klienti teenindas teie meeskond eelmise töönädala jooksul? ..... | 62        |
|          | K. 18 - Kui sobiv on praegune töökeskkond teie meeskonna jaoks R-teenuste osutamiseks? .....   | 63        |
|          | K. 19 - Kui piisavad on teie R-meeskonna töövahendid R-teenuste osutamiseks? .....   | 63        |
|          | K. 20 - Kui sobiv on praegune töökeskkond teie klientide seisukohast (s.t kas on mõeldud ligipääsule puuetega inimeste jaoks, jms)? .....                            | 63        |

|  |           |
|--|-----------|
| K. 21 - Kas teie meeskonnal või asutusel on R-teenuste osutamiseks välja töötatud kvaliteedikriteeriumid? .....  | 65        |
| K. 22 - Kui tihti teie meeskond küsib klientidelt tagasisidet neile osutatud R-teenuste tulemuslikkuse kohta? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=mitte kunagi ja 5=alati.....  | 65        |
| K. 23 - Kellega teeb teie meeskond R-teenust osutades võrgustikutööd?.....   | 65        |
| K. 24 - Kas meeskonnas täistööajaga töötamine on teie arvates oluline, et spetsialist saaks pakkuda kvaliteetsemat R-teenust? .....  | 66        |
| K. 25 - Kas teie asutus või meeskond on korraldanud rehabilitatsioonialaseid koolitusi? .....  | 66        |
| K. 26 - Millised teie meeskonna spetsialistid on saanud rehabilitatsioonialast koolitust? .....  | 68        |
| K. 27 - Kas teie meeskond on osutanud R-teenuseid väljaspool oma R-asutust? .....  | 69        |
| K. 28 - Kus olete, lisaks oma R-asutusele, R-teenuseid osutanud?.....  | 69        |
| K. 29-30 - Kas teie meeskond on kunagi katkestanud või kaalunud vajadust katkestada R-teenuste pakkumine? Kui jah - mis oli selle peamiseks põhjuseks?.....  | 70        |
| 35. Kas teie R-meeskond on asunud juurutama R-teenuste juhtumipõhise osutamise põhimõtteid? .....  | 72        |
| 36. Kuivõrd on tänaste R-süsteemi regulatsioonide juures võimalik teie arvates kasutada juhtumipõhise teenuseosutamise põhimõtteid? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=ei ole üldse võimalik ja 5=on täiesti võimalik..... | 72        |
| 37. Kuidas te hindate oma meeskonna tööd tervikuna 5-palli skaalal, kus 1 on madalaim ja 5 kõrgeim hinne?.....   | 73        |
| <b>5 KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED .....</b>   | <b>74</b> |
| <b>LISAD.....</b>  | <b>76</b> |
| <b>LISA 1 – R-TEENUSE ÜKSIKTEENUSTE LOETELU .....</b>  | <b>76</b> |
| <b>LISA 2 - METOODIKA ÜLEVAADE .....</b>   | <b>78</b> |
| <b>UURINGU ETTEVALMISTAMINE .....</b>  | <b>78</b> |
| 1. ETAPI METOODIKA.....  | 78        |
| Kvalitatiivne küsitlusmeetod - fookusgrupid .....  | 78        |
| Valim ja vastajad .....  | 79        |
| Andmekogumine .....  | 80        |
| Andmeanalüüs.....  | 81        |
| 2. ETAPI METOODIKA.....  | 81        |
| Kvantitatiivne küsitlusmeetod - veebiküsitlus.....   | 81        |
| Sihtrühm ja valim.....   | 82        |
| Andmekogumine .....  | 82        |
| Andmeanalüüs: vastanud, mittevastanud ja üldistamine .....   | 82        |
| <b>METODOLOOGILINE ARUTELU.....</b>  | <b>84</b> |
| Tagasiside vastajatelt .....   | 84        |
| Uuringu kavandaja märkused.....  | 87        |

|   |            |
|---|------------|
| HINNANG UURINGU LÄBIVIIMISELE .....                               | 88         |
| <b>LISA 3 - 1. ETAPI INSTRUMENTAARIUM .....</b>                   | <b>90</b>  |
| Moderaatorijuhend: administratiivjuhid, R-meeskondade juhid ..... | 90         |
| Moderaatorijuhend: R-spetsialistid .....                          | 93         |
| Fookusgrupis osaleja lühiankeet.....                              | 98         |
| <b>LISA 4 - 2. ETAPI VEEBIKÜSIMUSTIK .....</b>                    | <b>100</b> |

## TABELID

|   |           |
|---|-----------|
| Tabel 1 – R-meeskondade jagunemine iseseisvaks või teise asutuse allüksusteks .....   | 50        |
| Tabel 2 – R-meeskonna või seda haldava asutuse omandivorm .....   | 50        |
| Tabel 3 – R-meeskonna õigusliku liigituse ja erineva suurusega meeskondade vaheline suhe.....                                   | 50        |
| Tabel 4 – R-meeskondade loomisaeg aastatel 2000-2008 .....  | 51        |
| Tabel 5 – R-meeskondade teenuste osutamine sihtgruppidele 1-4.....  | 51        |
| Tabel 6 – R-meeskondade poolt osutatud R-teenused .....   | 52        |
| Tabel 7 - R-teenuste järjekorrad R-meeskondades .....   | 54        |
| Tabel 8 - R-meeskondade sihtrühmad maakondade lõikes .....  | 56        |
| Tabel 9 - R-meeskondade poolt osutatavad R-teenused maakondade lõikes.....  | 57        |
| Tabel 10 – Ankeedile vastanud R-meeskonna juhi roll meeskonnas spetsialistina.....  | 58        |
| Tabel 11 – R-meeskondade liikmed: arstid ja spetsialistid ning nende töökoormus .....   | 59        |
| Tabel 12 –R-meeskondade vajadus täiendavate meeskonnaliikmete osas .....  | 60        |
| Tabel 13 – R-meeskondade tööpäevad nädalas .....  | 62        |
| Tabel 14 – R-meeskonna poolt küsitluse-eelsel tööpäeval teenindatud keskmine klientide arv erineva suurusega meeskondades ..... | 62        |
| Tabel 15 – Küsitluse-eelsel tööpäeval teenindatud klientide keskmine arv R-meeskondade maakondade lõikes .....                  | 62        |
| Tabel 16 – Keskmised hinnangud töökeskkonnale ja töövahenditele kokku ja R-meeskonna suuruste lõikes .....                      | 64        |
| Tabel 17 – Keskmised hinnangud töökeskkonnale ja töövahenditele maakondade lõikes.....  | 64        |
| Tabel 18 – R-meeskondade võrgustikutöö partnerid.....   | 65        |
| Tabel 19 – R-alase koolitusekorraldamine R-meeskondade poolt.....   | 66        |
| Tabel 20 - Koolituste korraldamine R-meeskondades regionaalses lõikes.....  | 67        |
| Tabel 21 - R-meeskondade koguarv 2008, uuringus osalenute arv ning neist koolitusi korraldanute arv maakondades .....           | 67        |
| Tabel 22 – R-alast koolitust saanud spetsialistid .....   | 68        |
| Tabel 23 – R-teenuste osutamine väljaspool oma R-asutust .....  | 69        |
| Tabel 24 – R-teenuste osutamiskohad väljaspool asutust .....  | 69        |
| Tabel 25 –R-teenuse pakkumise katkestamine .....  | 70        |
| <b>Tabel 26 – R-teenuse osutamise katkestamise kaalumise maakondade lõikes .....</b>  | <b>71</b> |
| <b>Tabel 27 – R-teenuse juhtumipõhise osutamise katkestamise põhimõtted.....</b>  | <b>72</b> |
| <b>Tabel 28 – Juhtumipõhise teenuseosutamise võimalikkus aastal 2008 .....</b>  | <b>72</b> |

|  |    |
|--|----|
| Tabel 29 - Vabariigi Valitsuse määruse nr 52 (17. märts 2005) Lisa 1 («Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine»)..... | 76 |
| Tabel 30 - Fookusgruppides osalejad, nende töökoormus, staaž ja meeskondade administratiivne kuuluvus .....  | 80 |
| Tabel 31 - R-meeskondade asukoht SKA andmetel ning veebiuuringule vastanud ja mittevastanud R-meeskonnad maakondade lõikes .....   | 83 |

## LÜHENDID

"Rehabilitatsiooniteenuse pakkumise ja korralduse uuringu" lõppraportis on lühema ja selgema sõnastuse huvides kasutatud termini "rehabilitatsioon" asemel liitsõnades tähte R- (näiteks R-uuring, R-teenus, R-meeskond jne).

Lisaks on kasutatud nii tekstis kui allmärkustes järgmisi lühendeid:

- SOM - Sotsiaalministeerium
- SKA - Sotsiaalkindlustusamet
- ESF – Euroopa Sotsiaalfond
- PITRA - Puuetega Inimene tööturule juhtumipõhise rehabiliteerimise abil; ESF poolt finantseeritud projekt, läbiviijaks Tervise Arengu Instituut
- SHS – Sotsiaalhoolekande seadus

# 1 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)<sup>1</sup>.

Riiklik rehabilitatsiooniteenus (edaspidi R-teenus) on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist.<sup>2</sup> R-teenuse raames osutatakse 18 erinevat teenust, mis jagunevad üldisteks ja üksikspetsialistide poolt osutatavateks R-teenusteks, ülevaate neist annab Lisa 1. Eestis osutavad elanikkonnale R-teenust vähemalt 5-liikmelised, riigi poolt kindlaks määratud spetsialistidest koosnevad R-meeskonnad, kes vastavad riigi poolt ette nähtud kvalifikatsioonile<sup>3</sup> 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;
- R-teenuse kvaliteet, kvaliteedikriteeriumid ja kvaliteedi juhtimine;

□

<sup>1</sup> Pdf-formaadis ülevaated neist projektidest: **PITRA1 Tarkuseraamat**

[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA\\_tarkuseraamat.pdf](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](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA_202_20L6ppraport_1_.pdf)

<sup>2</sup> 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](http://rehabilitatsioon.invainfo.ee)

<sup>3</sup> R-meeskonna mõiste sätestati ametlikult SHS § 11<sup>11</sup> ja see jõustus 17. juulil 2005, enne seda käsitleti mõistet tinglikult.



- 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 kvalitatiivmeetodikat, 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 valimimeetodikad ja küsitlusdokumendid. Selleks moodustati uuringu ekspertrühm, kuhu kuulusid R-spetsialistid Margery Roosimaa (Astangu Kutserehabilitatsioonikeskus), Dagmar Narusson (Tartu Ülikooli Pärnu kolledž), Koidu Saame (Kristiine Sotsiaalkeskus) ning Sotsiaalministeeriumi spetsialistid Marina Runno, Piia Tammpuu, Mari Kreitzberg, Riina Rüisalo ja Tiina Linno (uuringujuht). Ekspertrühma 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.

## 2 PÕHITULEMUSED

Järgnevasse kokkuvõttesse on ülevaatlikult koondatud nii uuringu 1. kui 2. etapi põhitulemused.<sup>4</sup> Detailsem ülevaade mõlema etapi tulemustest on toodud järgnevates 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.<sup>5</sup>
- 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-eluaastani (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 tugisik, hooldaja, isiklik abistaja) ei ole küll R-meeskonnas ette nähtud, kuid kliendi vajaduse tõttu tuleb vastavaid

□

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

<sup>5</sup> 1. jaanuarist 2009 kehtima hakkava SHS 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) hindegas 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 keskkuses) ning 14% polikliinikus (või mõnes teises ambulatoorse ravi keskkuses).
- 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 paberkandjatelt 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.
- Paaegu 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.

### **3 TULEMUSTE ÜLEVAADE - 1. ETAPP**

Nagu eelpool öeldud, ei kuulu kvalitatiivmeetodil kogutud andmed üldistamisele kogu vaadeldavale sihtrühmale. Seega tuleks järgnevalt esitatud mõtteid, probleeme ja lahendusi vaadelda kui midagi, mis igal juhul "esineb" ning vähemal või rohkemal määral tänast R-teenuse korraldust ja pakkumist Eestis iseloomustab.

#### **3.1 RIIKLIK R-TEENUS**

##### **3.1.1 Eesmärk**

R-teenuse riigi poolt püstitatud eesmärgiks on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada tema ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist. R-asutuste administratiivjuhtide sõnul on R-teenuse puhul tegemist pikaajalise ja järjepideva tööga, mis sõltub rahastamisest. Mõned R-meeskonnad osutavad kõiki R-teenuseid, mõned koostavad ainult R-plaane. Uuringus osalejate sõnul on mitmed R-meeskonnad viimasel ajal R-plaani tegemisest aga loobunud, kuna "varasemat hinnavahet enam ei ole ja keegi ei maksa transporti kinni, kui viis inimest peavad kliendi juurde koju sõitma".

R-spetsialistide sõnul sõltub R-teenuse eesmärk alati konkreetsest kliendist. Tööealise isiku puhul on oluline aidata ta tööturule tagasi. Eakate inimeste puhul on eesmärgiks tervisliku seisundi ja toimetuleku säilitamine. Mõne inimese puhul on peamine, kui suudetakse tema tegevusvõimet natukenegi parandada. Kliendile saab tutvustada võimalusi, mis aitaksid vältida tema kapseldumist. Oluline on terviklikkus (s.t et R-spetsialistid teevad koostööd), eesmärgi selge sõnastamine ning ühiselt selle eesmärgi nimel töötamine ehk meeskonnatöö.

2008. a kehtinud reeglite järgi sai inimene R-teenust riigi poolt finantseeritud mahus pärast seda, kui talle on ametlikult määratud puue (või ta on andnud sisse taotluse puude määramiseks). Uuringu 1. etapis osalejatelt pärines aga ettepanek toimida vastupidi: kõigepealt peaks inimene saama R-teenuseid ning alles siis, kui selgub, et teda ei ole võimalik rehabiliteerida ja tööle tagasi saada, tuleks määrata talle ametlik puue.

Teenuse peamiseks sihtrühmaks peavad R-spetsialistid alla 65-aastased inimesi, kellel on lootust (uuesti) tööle asuda. Inimesed vanuses üle 65 eluaasta peaksid nende arvates saama Haigekassa poolt finantseeritud taastusraviteenust, aga hetkel suunatakse ka neid R-teenusele, kuna praegu puudub vanusepiirang, kellele R-teenust anda. Eakatel klientidel on peamiselt vanusest tingitud probleemid, nad soovivad kõige sagedamini füsioteraapiat ja massaaži, mitte aga näiteks

sotsiaaltöötaja teenust. Massaaž on siiski “toetav tegevus”, üks teenus paljudest ning senisest enam tuleks kliendile rakendada hoopis kompleksset lähenemist, s.o mitme erineva vajaliku spetsialisti kaasamist (tegevusterapeut, logopeed ja füsioterapeut). Vastajate arvates tuleks R-teenust pigem pakkuda nooremale inimesele, et ta kulutaks vähem sotsiaalrahasid ja temast saaks potentsiaalne maksumaksja, mis lõppkokkuvõttes oleks kõigile kasulikum.

R-spetsialistid rõhutasid asjaolu, et eesmärkide saavutamisel on probleemiks tagasiside puudumine klientidelt. Väikeses kohas on lihtsam, kuna kõik tunnevad kõiki, aga suures kohas võib tagasiside saamine olla väga erinev.

### **3.1.2 Motivatsioon R-teenuse pakkumiseks**

Motivatsiooni osas mainisid asutuste ja meeskondade juhid, et põhitööd mujal tegevatele spetsialistidele toob R-teenuste osutamine mõningast lisatasu. Probleemina nimetati asjaolu, et Haigekassa maksab spetsialistidele samade teenuste eest rohkem kui Sotsiaalkindlustusamet. Samas on mitmeid R-asutusi, mis ei ole Haigekassaga lepingut sõlminud ega kipugi seda rohke bürokraatia tõttu tegema.

Ka nõudlus meeskonna poolt pakutavate teenuste järele motiveeriks R-meeskonda. Toodi välja, et algselt, R-süsteemi käivitades olid paljude jaoks peamisteks motivaatoriteks vaid entusiasm ja missioon, praeguseks hetkeks motiveerib lisaks ka teenitav raha. Erinevates R-meeskondades paigutatakse raha küll erinevalt – see makstakse kas palkadeks või kasutatakse muul asutusele vajalikul otstarbel. Nenditi, et mida suurem on meeskond, seda lihtsam on majandada. Siiski – kui inimesel pole sisemist motivatsiooni oma tööd paremini teha, ei motiveeri ka raha. Teisalt, piisavate summade korral raha siiski on motivaatoriks, väikese tasu korral läheb inimene mõnele teisele alale tööle. Osade vastajate arvates motiveeriks neid ka hea töökeskkond. Näiteks spetsiaalsete R-keskuste olemasolu, mitte nagu praegu, kui suur osa spetsialistidest pakub R-teenuseid muu töö kõrvalt. Muutusesse selles suunas aga eriti ei usuta.

Töötegemist mõjutab üldine organisatsiooni kultuur, vajalik oleks seejuures supervisioon, ühe motiveeriva asjaoluna nähtigi võimalust saada regulaarset supervisiooni teenust. Ka koolituste kaudu spetsialistidele erinevaid võimalusi näidates saab inimesi rohkem motiveerida.

### **3.1.3 Kliendi R-teenusele jõudmine**

R-teenuse soovitajaks tavaliselt perearst või lastekliinik, samuti kool, psühhiaatriahaigla või kliendi kohaliku omavalitsuse (KOV) sotsiaaltöötaja. Samas, kliendikeskse teeninduse põhimõtet aluseks



võttes ei tohiks väheoluline olla kliendi enda initsiatiiv R-teenuse saamiseks ja selleni jõudmiseks, et oma toimetulekut parandada.

Lähtuvalt uuringus osalejate kirjeldustest jõuab puudega (või puuet taotlev) inimene R-teenusele praegu läbi Sotsiaalkindlustusameti (SKA), kus ta esmalt saab suunamiskirja R-asutusse R-plaani koostamiseks. Mõnikord annab SKA ekspertarst inimesele valiku mitmest R-asutusest, kuhu pöörduda, mõnikord vaatavad inimesed ise endale välja kodulähedasemad R-meeskonnad, kus R-plaane koostatakse. Paljud kliendid kasutavad selleks interneti, seejärel helistavad, küsivad infot ja tulevad. Alaealised õigusrikkujad tulevad R-teenusele kohustuslikus korras alaealiste komisjoni otsusega. R-meeskonna poole tuleks pöörduda 21 päeva jooksul.

Kui klient paneb end üksikspetsialisti teenuse järjekorda samas asutuses, kus talle koostati R-plaan, pole tal saatekirja vaja, vastasel juhul tuleb taotleda aga saatekiri kohalikust Pensioniametist. Suunamiskiri peaks jõudma kliendini 5 päevaga (uurija märkus – väidetavalt siiski 10 päevaga), tegelikult kulub selleks rohkem aega, sest see käib Tallinna keskbüroo (SKA) kaudu.

Hea koostöö ja võrgustikutöö üheks tunnuseks on see, et kui kliendile ei ole võimalik osutada talle vajalikku teenust selle R-meeskonna poolt, kuhu ta pöördus (liiga pikk järjekord, asutus ei paku talle vajalikku teenust), siis meeskondade ja ametiasutuste omavahelise võrgustikutöö kaudu leitakse talle järgmine võimalus R-teenuse saamiseks teise meeskonna juures. Vajadusel suunatakse inimesed edasi mujale (nt elukohale lähemale või õige spetsiifikaga R-meeskonna juurde).

### **3.1.4 Võrgustikutöö R-teenuse osutamiseks**

R-spetsialistide peamised koostööpartnerid R-teenuse osutamise ajal kattuvad suuresti nendega, kes oma soovitustega kliendi teenusele suunasid. Peamiste võrgustikutöö partneritena nimetati kohalikke omavalitsusi (KOV - eriti juhtumikorraldusliku töö puhul), pereliikmeid (sest on väga oluline, mis toimub kliendiga pärast teenuste saamist), alaealise puhul kindlasti tema vanemaid, lasteaeda, kooli, lastekaitsetöötajaid. Samuti haigla sotsiaaltöötajaid, perearste, eriarste ja puuetega inimeste organisatsioone. Juba tööturul olevale kliendile R-teenuse osutamisel mainiti koostöö vajadust kliendi tööandjaga. Suurimaks võrgustikutöö tegijaks R-meeskonnas peetakse sotsiaaltöötajat.

Lisaks teevad koostööd omavahel ka R-meeskonnad ja R-asutused. Konkreetse näite töid uuringus osalejad Keila Taastusravikeskuse koostööst Astangu keskusega – vajadusel võtavad R-meeskonna tegevusterapeutid Keilast ise ühendust ja püüavad selgitada, kas oleks võimalus

klienti suunata Astangule nn kutseõppele. Psühholoogid mainisid enda olulise koostööpartnerina seda spetsialisti, kes kliendile viimati teenust pakkus. Sama eriala spetsialistidega eriti koostööd ei toimu, keerukamate klientide puhul küsitakse mõnikord nõu. Sellist koostööd oleks võimalik rohkem korraldada, aga seni pole vajadust olnud.

Oluliseks osapooleks koostöövõrgustikus on ka abivahendeid vahendavad organisatsioonid ja turustavad firmad. Abivahendeid vahendavate organisatsioonide puhul toodi välja probleem, et Põhja-Eestis ja Kagu-Eestis on neil näiteks proteesitehased, aga mujal (Kirde-Eestis) käivad nad liiga harva ja siis tekib klientidel registreerumisega probleeme. Nägemispuude puhul on koostöö abivahendite pakkujatega tihe ja kliendile osatakse soovitada erinevaid võimalusi. Kuna abivahendid on kallid, tuleb need kindlasti R-plaani sisse kirjutada. Mõnes asutuses tegeleb sellega sotsiaaltöötaja, mõnes ka teised spetsialistid (nt tegevusterapeut). Probleemina toodi välja, et mõne abivahendi saamiseks on klientidel mitmeaastane järjekord.

Uuringus osalejate sõnul leidub ka neid R-meeskondi, kel polegi koostööpartnereid – kõik spetsialistid on endal olemas ja kuna tegeletakse pigem taastusravi kui sotsiaalse rehabilitatsiooniga, polegi väljaspoolset võrgustikku vaja.

Üks logopeed oli osalenud Euroopa Liidu projektis, kus peamiselt võrgustikutöö osas tutvuti erinevate Euroopa maade R-kogemustega: selgus, et Eesti on selles osas kõige sarnasem Hispaaniale.

Uuringus osalejad tõid lisaks välja asjaolu, et koostööpartneritega suhtlemisel tuleb klientide andmeid vahetades rangelt järgida andmekaitse seadusest tulenevaid piiranguid.

## **3.2 R-PLAANI KOOSTAMINE**

Nagu eelpool öeldud, kuulub R-teenuse alla 18 erinevat teenust, mis jagunevad üldisteks ja üksikspetsialistide poolt osutatavateks teenusteks (Lisa 1). Vastavalt PITRA Tarkuseraamatu definitsioonile on R-plaan isiku või tema seadusliku esindaja aktiivsel osalemisel R-asutuses koostatud kirjalik dokument, milles R-spetsialistid annavad hinnangu isiku tegevusvõimele, kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadusele ning toovad ära tema iseseisvaks toimetulekuks ja sotsiaalseks integratsiooniks vajalikud tegevused. R-plaani koostamine üldise teenusena on kaalukaim selles mõttes, et see loob aluse edasiste teenuste saamiseks. Seetõttu on otstarbekas enne üksikspetsialistide teenuste käsitlemist vaadelda R-plaani koostamist ja sellega seotud probleeme uuringus osalenud R-spetsialistide pilgu läbi.

R-spetsialistide arvates on kvaliteetne R-plaan aluseks kvaliteetse R-teenuse osutamiseks. Plaani koostamisel arutatakse põhjalikult läbi need potentsiaalsed võimalused rehabiliteerumiseks, mis kliendil on. Tegemist on kliendikeskse protsessiga, kus ka kliendil endal on võimalik kaasa rääkida. Kliendi arvamuse ja kogemustega (nt kuidas tal eelmise plaaniga läks) arvestatakse olulisel määral, probleemiks on seejuures aga need kliendid, kes ei tahagi parandada enda toimetulekut, vaid pigem enesetunnet. R-spetsialistide sõnul pole üksikspetsialistide teenused piisavalt üksikasjalikult lahti kirjutatud ja seetõttu küsivad kliendid nende alt just endale meelepärast.

R-plaani pannakse kirja, milliseid teenuseid kliendile saab pakkuda ja milliseid mitte. Klienti hinnatakse kas kogu meeskonnaga või iga spetsialisti juures eraldi ja selle põhjal valmib ka tegevuskava. Eraldi hindamise puhul võib juhtuda, et inimesel ei tule spetsialisti juures mõni vajalik teema meelde ja hiljem on vaja see üle täpsustada. Või räägib klient ühele spetsialistile kõik ära, aga järgmisele enam mitte. Samas koorub sellisel juhul iga spetsialisti juures midagi välja, suurema grupi ees võib inimene olla kinnisem. Hindamisintervjuu kestvus on erinevatel sotsiaaltöötajatel alates 45 minutist (nt psüühilise erivajadusega inimeste puhul, kes kiiresti väsivad) kuni 1,5 tunnini. R-plaani paneb lõplikult kokku R-meeskonna juht, sageli on plaanide kokkupanek ka kõigi liikmete vahel ära jagatud. Seejärel plaan allkirjastatakse.

Arstide arvates peaks R-plaani koostamisele tulles kliendil kaasas olema väljavõte haiguslugudest või ambulatoorne kaart. Vajadusel tuleks eelnevalt külastada eriarsti (nt onkoloogi). R-spetsialistid märkisid, et mõnele kliendile võib R-plaani koostamine meeskonna poolt osutada ka väga keerukaks protsessiks, millest nad midagi aru ei saa ega oska seetõttu hiljem ka üksikspetsialistide teenustele registreerudes öelda, mis teenused talle määrati. Seetõttu tuleb R-plaani koostades teha klientidele palju selgitustööd. Kuna inimesed on vahel pabinas ja unustavad kiiresti, siis näiteks Kirde-Eesti R-asutuses antakse neile, lisaks suulistele selgitustele, kaasa ka infoleht (olemas nii eesti kui vene keeles).

Kuna inimene valib ise R-asutuse või R-meeskonna, kuhu ta soovib R-plaani järgi üksikspetsialistide teenustele edasi minna, ei saa R-plaani koostaja üksikteenuseid pakkuvate spetsialistide ja meeskondadega eelnevat koostööd teha. R-plaanide koostajad tõid välja, et teise R-asutuse palvel enda koostatud R-plaanis muudatuste tegemiseks pole neil siiski hiljem vajadust tekkinud, kuna üksikspetsialisti teenust pakkuv asutus saab ise vajadusel teha plaanis lisahinnangu (samas – ühel R-meeskonnal siiski oli sellise palve ja ümbertegemise kogemus ning koostöö teise R-meeskonnaga sujus hästi). Selleks pole vaja kaasata tervet R-meeskonda, vaid ainult seda R-spetsialisti, kelle teenusele klient tuli – kui tundub, et R-plaanis on vajalik teenus puudu, on

spetsialistil võimalik teha lisahinnang ja seda taotleda, üldjuhul aga lähtutakse siiski olemasolevast plaanist.

Probleemina toodi lisaks välja, et R-plaan tehakse kliendile mõnikord mitmeks aastaks (lähtuvalt kliendist üheks kuni kolmeks aastaks, vastavalt nt kas traumajärgne või krooniline seisund). Oluline on seejuures jälgida, et klient selle aja jooksul üksikspetsialistide teenustele ka pääseks, samas võib selle perioodi jooksul tema olukord muutuda määral, mis tingib ka R-plaani muutmise ehk – kliendi teenusele jõudes ei pruugi R-plaanis kirjutatu enam tegelikkusele vastata. Sellistel juhtudel tuleks R-spetsialistile jätta võimalus individuaalseks lähenemiseks.

Ka asjaolu, et hilisemat ümberhindamist R-plaani ei märgita, on tegelikult halb, sest näiteks aasta pärast võib isik sama R-plaani alusel minna teise R-asutusse teenuseid saama ning info ümberhindamise kohta jääb järgmisel meeskonnal saamata.

R-teenuse osutamise järel vaadatakse algne R-plaan teenuseliikide lõikes läbi ja märgitakse, milliseid teenuseid klient täpselt sai, millised probleemid esinesid ja millised on tulemused. Hinnang rehabilitatsiooni mõju kohta isiku seisundile ja toimetulekule tuleb anda siis, kui inimene teenuselt lahkub, aga muutused siin ei ilmne tavaliselt kiiresti. Psüühilise erivajadusega klientide korral on see lihtsam, sest mõju saab hinnata ka seeläbi, kuidas inimene teenustel hakkama sai.

Plaanis peaksid nii oodatud kui saavutatud tulemused kirjas olema, sest inimesele järgmist R-plaani koostades vaadatakse ka tema eelmine R-plaan koos meeskonnaga läbi. Kui eelmises R-plaanis jääb midagi arusaamatuks ja selle on koostanud teine R-meeskond, võetakse ühendust ja küsitakse lisainfot. Kui klient tuleb mõnest hoolekandeasutusest, saab tema kohta ka sealsetelt töötajatelt vajadusel infot ning ka seeläbi on R-meeskonnal lihtsam R-plaani koostada. Et R-plaani kirja pandu ka teostuks, peeti oluliseks kohaliku omavalitsusega tehtavat koostööd.

R-spetsialistide sõnul sõltub iga kliendigrupi vajadustest, kas ette antud aeg on R-plaani koostamiseks piisav või mitte - näiteks intellektipuude puhul oleks kindlasti vaja rohkem aega. Ajapiirangud sunnivad kiirustama ja tekib oht, et esiplaanile tõuseb bürokraatia ning muu tegevus jääb kõrvale. Spetsialistid lisasid, et n.ö paberite vormistamine ei toimu siiski mitte kliendi aja arvelt, vaid selleks läheb spetsialisti lisa-aeg.

### 3.3 ÜSIKSPETSIALISTIDE TEENUSED JA NENDE SISU

Üksikspetsialistide teenuste täpsem kirjeldamine võeti ette 2005. a PITRA1 projekti käigus (vt ptk 1 all viide PITRA Tarkuseraamat). Käesoleva uuringu 1. etapi eesmärgiks oli koguda 2008. a seisuga lisainfot, milliseid tegevusi iga üksikspetsialist oma teenuse raames läbi viib.

#### 3.3.1 Üksikspetsialistide tegevused R-teenuse osutamisel

R-spetsialistide arvates on rehabilitatsiooni näol tervikuna tegemist pikaajalise ja järjepideva tööga, sõltuvalt kliendi seisundist võib see olla kas ühekordne, lõppev või ka elukestev protsess (s.t et inimene jääb alati kõrvalist tuge, s.h rehabilitatsiooni vajama). Lisaks R-plaani koostamisele ja juhendamisele sisaldab riiklik R-teenus veel 16 rehabiliteerivat üksikspetsialisti teenust (Lisa 1), mille hulgast iga kliendi jaoks tehakse valik vastavalt tema vajadustele.

**Arst** kuulab kliendi ära (kaasas R-plaan ja vahel dokumendid perearstilt) ja määrab ravi. Kliendi vastuvõtule kulub ühe hinnangu kohaselt pool tundi. Kliendilt tuleb uurida terviseseisundi muutumise kohta, sest R-plaan ei pruugi enam paika pidada. Teenusel viibimise ajal pöördatakse arsti poole probleemide tekkimisel. Teenuse lõppedes kirjutab ta otsuse teenuse mõjude kohta. Arstil võib olla ka teisi meeskonnaliikmeid nõustav ja juhendav roll.

**Sotsiaaltöötaja** teenus on kõige laiahaardelisem ja mitmekülgsem, sisaldades nii sotsiaalset nõustamist, perenõustamist, ametiasutuste külastamist, õiguslaste küsimuste lahendamist, grupitööde läbiviimist, praktilise abi osutamist kui kodukülastusi. Sotsiaaltöötajad viivad vajadusel läbi ka R-plaani juhendamist ning korralduslikku tööd, eriti asutustes, kus keskseks teenuseks on meditsiiniteenus. Kui R-asutus ise osutab vähe teenuseid, aitab sotsiaaltöötaja kliendil vajalikke teenuseid leida teistest asutustest. Sotsiaaltöötaja nõustamisteenuse sisuks on probleemide teadvustamine ja lahenduste leidmine, informatsiooni edastamine ning uute toetuste ja võimaluste tutvustamine. Lahendatakse ka spetsiifilisemaid probleeme, näiteks laenuvõtmisega seonduv, aga ka inimese edasiõppimissoovist lähtuvad vajadused (aidatakse otsida selliseid koole, kus saaks sobivat ala õppida ja võetakse selle kooliga ühendust). Sotsiaaltöötajad teevad palju väljasõite hooldekodudesse. Teatud juhtudel osutatakse sotsiaaltöötaja ja tegevusterapeudi teenust ka kodus. Näiteks osutab Tartus nägemispuudega klientidega töötav meeskond kodus vajadusel sotsiaalnõustamist, eripedagoogi ja tegevusterapeudi teenust, harvemini koostatakse ka plaane. Lisaks tuleb väga sageli (mitte päris iga päev) käia ametiasutustes, kodukülastustel või mujal. Kui

klient määratakse hooldusele, siis mõnes asutuses käib sotsiaaltöötaja koos temaga eelnevalt kohta üle vaatamas, teistes lepitakse asutusega kokku ja kohaga tutvuma võib klient soovi korral minna koos pereliikmega.

**Füsioterapeutide** poolt osutatav teenus (füsioterapeudi teenus, füsioterapeudi grupitöö) sõltub kõige enam tööks kasutatavatest abivahenditest, s.h neist, mida on raske kliendi juurde koju toimetada. Teenuse pakkumist kodus võivad takistada nii ajapuudus kui “põlve otsas tegemise” tunne. Seetõttu üritatakse kaugelt tulevaid inimesi majutada ja osutada teenust statsionaarselt. Erinevate teenuste pakkumine sõltub võimalustest, nt basseini olemasolul on vesiravi osakaal suurem, muude võimaluste puudumisel tehakse ainult liikumisravi (st liigutustega mõjutatakse vajalikke kehaosi). Enamasti pakutakse liikumisravi, lastele arendusravi, vesiravi (erinevad vannid ja vesivõimlemine basseinis), aparaatset ravi, soojusravi, massaaži, parafinravi, elektriravi, mudaravi, saviravi, parfangot, valgusravi, soolakambrit jm. Grupiteenuse korral kogutakse sarnase probleemiga kliendid ühte gruppi, kus toimub kas nõustamine, harjutamine vms. (Teatud teenused ette nähtud ainult gruppidele, näiteks liikumisravi, valgusravi ja soolakamber.) Mõni asutus on tahtlikult püüdnud massaažiteenust pakkuda ainult väikses mahus (leitakse, et see ei täida R-teenuse eesmärke), et klient oleks ise aktiivses liikumises. Laste puhul on oluline ka vanemate nõustamine ja neile harjutuste õpetamine, et hiljem saaks neid ka kodus teha.

**Tegevusterapeutide** töö seisneb laste ja täiskasvanute tegevusvõime tõstmises ning tööealiste tööturule naasmisele kaasa aitamises, et nad saaksid ühiskonnale kasulikud olla. Kui seda ei tehta, siis kliendi kahjustatud funktsioon „ei muutu pädevaks”, takistused tegevustes jäävad kestma ning inimese motivatsioon kaob, millele järgneb käegalöömine. Kliendi füüsilise võimekuse väljaurimise eesmärgiks ongi seetõttu esmalt teada saada, kas klient saab ise hakkama ning millest tema toimetuleku võimekuse langus on tingitud, s.h mida klient ise arvab olevat selle põhjuseks. Hooldekodus elava kliendi puhul hinnatakse, milline keskkond kliendile sobib, et vajadusel kohandada keskkonda, samuti jälgida, kas inimene sobib teiste klientidega kokku. Hinnatakse nii abivahendite vajadust kui seda, et klient ei saaks n.ö üle hooldatud. Teenuse osutamise aeg jääb tihti liiga lühikeseks: saadakse selgeks, mis põhjustab toimetulekuvõime languse, aga probleemi lahendamiseks jääb aeg liiga lühikeseks.

Probleeme on lastega, kes tulevad kodust, kus vanemad tihti ei pööra tähelepanu asjadele, mis tegevusterapeudi pilgu läbi olulised on. Laste puhul on oluline, et R-teenuse osutamise ajal oleks vähemalt üks lapsevanem või lähedane kaasas. Uuritakse, millised on tema/nende ootused ja mida kodus lapsega tehakse. Tegevusterapeut laseb lastel läbi mängu teha erinevad igapäevategevusi (nt iseseisvalt end riide panna, nukuvoodit teha jms) vastavalt sellele, mida laps selles vanuses tavaliselt peaks oskama ning jälgib sellega toimetulekut. Vanematele-lähedastele

selgitatakse tegevusteraapia eesmärgid ja lapsel ilmnenud probleeme, et ka nemad oskaksid neid kodus paremini ära tunda ja nendega tegeleda. Oluliseks peeti ka kodu külastamist, et anda hinnang lapse toimetulekule kodukeskkonnas ning kuidas laps saaks seal kõige paremini kohanduda. Spetsialisti pidev kontakt lapsega võimaldab lisaks arendada lapse suhtlemisoskust.

**Logopeedide ja eripedagoogide** teenusel käivad suures osas vaimupuudega või raske füüsilise puudega lapsed, lisaks ka n.ö. somaatilised lapsed, kellel on vaid kerge mahajäämus. Kui R-meeskonda ja logopeedi või eripedagoogi külastab raske puudega laps, siis planeeritakse talle vajadusel pikem aeg ning temaga tegeleb mitu spetsialisti. Väga raske puudega laste peredele tuleb osutada ka perenõustamise teenust. Kogu selle protsessi väga oluliseks märgusõnaks on aeg. Kõigepealt logopeed „loeb last” ja seletab, mida ta loeb ja mõistab. Selline logopeedipoolne selgitus perele võtab kaua aega. Lisaks tuleb perele selgitada, millised suhtlemisvõimalused nende lapsel üldse on, et suhtlemisega saaks natukenegi sellega algust teha. Paljude arvates on kõne ainuke kommunikatsioonivahend ning selle arvamuse muutmiseks on vaja näidata perele mingit muud vahendit, mida see laps valdab. Digitaalse suhtlemise tagajärjeks aga on kirja-, esinemis- ja eneseväljendusoskuse langemine, esineb ka vaimset arengupeatust. Samas võimaldab tehnoloogia areng aidata ka neid lapsi, keda varem ei saanud. Raske ja sügava puudega laste puhul oleks hea, kui oleks võimalik talle koos vanematega osutada majutusteenust, siis jääks rohkem aega põhjalikumalt lapse ja pere vajadusi selgitada - lühikese ajaga ei pruugi laps avaneda. Vajadusel osutatakse logopeedi poolt koduteenust ka täiskasvanule, näiteks insuldijärgsele kliendile abi osutamiseks.

**Psühholoogid** kirjeldasid oma teenuseid käesolevas uuringus psühhiaatria- ja psühholoogiaalaste teenustena, mille peamine väljund on suunatud kliendi tööturule naasmisele. Uuringus osalejate sõnul on nad tihti klientide jaoks „võib-olla ainsad, kes neid ära kuulavad”, kliendid vajavad kedagi, kellega rääkida. Laste puhul peeti oluliseks eelkõige nende sotsiaalset treeningut. Vajadusel viiakse läbi ka perenõustamist. Otsene klienditöö võtab 99% psühholoogi ajast, dokumentatsiooniga tegelemine on jäetud assistendi hooleks, kelle tööloiku peetakse väga oluliseks.

**Õdede** tegevusteks R-teenuse osutamisel on kliendi vaatlus ning suhtlemine nii kliendi kui tema sotsiaalse võrgustiku osapooltega (kliendi vanemad, lähikondsed). Vaatlus on eriti oluline siis, kui spetsialisti juurde tuleb näiteks erivajadustega laps koos vanematega. Kui töötatakse R-meeskonnas, mis koostab R-plaane, siis rehabilitatsiooni hindamine viiakse läbi spetsialistide poolt, plaanide dokumentatsiooni täitmise ja edasise tegevuse koordineerimise raskus lasub aga suures osas õdedel. (Siiski, mõnes meeskonnas on R-plaani koostamine viie spetsialisti käes ja õde sinna ei kaasata.) Kui tegemist on korduva kliendiga, kes tuleb koos vana R-plaaniga, siis tehakse

talle uued uuringud ja nende tulemusi võrreldakse endise seisundiga – kas klient saavutas eelmise plaani eesmärgid või mitte, mis oli halvasti ja mis on paremaks läinud, kust ta teenuseid sai, millal on toimunud võimendused ja muutused. Kliendiga vestlemiseks on ette nähtud 45 minutit, otsene klienditöö moodustab sellest 15-20 minutit. (Kui R-meeskonna koosolek kestab 20 minutit, siis vajaliku dokumentatsiooni koostamine õdede poolt võtab lisaks aega 30 minutit.) Klient külastab järjest tavaliselt 2-3 spetsialisti, kuid see on ilmselt ka tema füüsilise koormuse piir. Õde viibib kõigi nende külastuste juures. Tihti on õde ühes isikus nii õde, terapeut kui sotsiaaltöötaja. Osaledes arst-klient kohtumistel ja dokumenteerides vestluse, nõustavad õed vajadusel lapsevanemaid, kui need vajavad selgitust, millist teenust arst tahab pakkuda või millele ta tahab rõhku panna. Psüühilise erivajadusega inimeste puhul, kes mõnikord räägivad igapäevale täiesti erinevat juttu, on oluline tuvastada, kas klient räägib õiget juttu ja kuidas ta näiteks tegelikkuses kodus toime tuleb. Vajadusel külastatakse kodusid, hooldekodusid, haiglaid, päevakeskuseid. Hooldekodu külastades tehakse R-plaanid 5-6 inimesele. Kodus käimise eeliseks on see, et klient on oma keskkonnas ehk teda on võimalik vaadelda oma tegemistes. Õed on käinud plaane koostamas näiteks ka Kirde-Eesti lastekodus, kus oli palju väga raske liitpuudega lapsi. Väljasõite tehakse paar korda aastas või ka kord-kaks kuus, olenevalt vajadusest.

**Meeskonnajuhtide** roll on koordineerida R-meeskonna tööd erinevate teenuste osutamisel, seejuures jälgida nõudluse kasvu-kahanemist teenuste järele ning kaasata vajalikke spetsialiste.

### 3.3.2 Majutusteenus R-teenuse osutamiseks

Sotsiaalministeeriumit uuringu kavandajana huvitas lisaks eraldi majutusteenuse tähtsus R-teenuse osana.

Majutusteenust peetakse spetsialistide poolt oluliseks, kuid mitte kõigil R-asutustel pole veel seda võimalust ja kõigile klientidele pole seda ka vaja. Majutust vajavate klientide puhul peavad R-spetsialistid teenust siiski väga oluliseks, sest see annab kliendile teistsuguse keskkonna kogemuse ja võimaldab teda pikema aja vältel põhjalikumalt uurida. Liikumispuudega inimeste jaoks teeb majutusteenuse olemasolu teised R-teenused kättesaadavamaks, lisaks on inimesel teenuste vahel võimalik puhata (kui pole majutust, siis vaja vähemalt puhketuba). Majutusteenus annab sügava ja raske puudega klientidele ka rohkem aega avanemiseks. Lisaks on puudega laste perekondi sel moel samuti lihtsam nõustada. Samas on laste puhul majutusteenuse olemasolu mõneti vajalikumgi kui täiskasvanutele: lastele on oluline, et nad saaksid teiste lastega koos olla ja tegutseda, sest just selle kaudu toimub neil sotsiaalsete oskuste omandamine.



Võõrasse keskkonda suunamist nähakse lisaks hea toimetuleku praktiseerimise võimalusena. Mõnel juhul on R-klientide voodikohad näiteks haigla patsientidega koos, mõnel juhul aga eraldi. On asutusi, kus R-teenuse kliente majutatakse eraldi korrusel, nad saavad iseseisvalt käia väljas ja toimetada ning tubades on kööginurk külmutuskapi ja elektripliidiga, et kliendid saaksid ka ise süüa teha. Haiglapatsientidega koos majutamise muudab keeruliseks see, et patsientidele ja klientidele on ette nähtud erinevad teenused, mõne R-teenuse kliendi jaoks (psüühilise erivajadusega inimesed) võib raskete haigetega koos viibimine olla ka šokeeriv. Inimese seisundist sõltubki, kas klientidele on parem olla haiglas patsientidega koos või eraldi. Eakamatel või raskemas seisundis inimestel on hea olla osakonnas teiste seas, kus hoitakse neil rohkem silma peal ja ka hooldatakse, tervematele sobib eraldi majutamine. Ideaalis pakutakse majutusteenust haiglast eraldi, tegelikkuses saab klient oma teenuse kätte ka siis, kui on ambulatoorsete haigetega koos.

Majutuse korral on teenuse sees ette nähtud ka üks lõunasöök päeva jooksul, rohkemat teenuse summa ei võimalda. Paljud maakonnad sponsoreerivad oma puudega inimeste majutust 10-15 päeva aastas. Aja jooksul on majutuskohade arv R-asutuste juures küll suurenenud, kuid ise majutusteenuse pakkumist ei nähta tingimata hädavajalikuna – kui R-asutuse enda majutuskohad on täis või puuduvad, siis pöördatakse teiste R-meeskondade poole, kus majutusvõimalused olemas (näiteks füsioteraapia teenuse osutamisel majutatakse inimene sanatooriumisse, pakkudes talle samal ajal ka teisi teenuseid).

Majutuseta teenus sobib elukohajärgsetele klientidele, kes käivad teenust saamas 2-3 korda nädalas. Samas on ka mõningaid teenuseid (nt liikumisõpetus nägemispuudega inimesele) parem osutada kliendi kodus, kus on võimalik tutvuda ka tema pere ja oludega. Kodustest tingimustest väga erinevad olud pole alati head, sest koju naasmine nullib muidu tulemused ära ning puudub ka info, kuidas inimene edaspidi seal edasi hakkama saab (nt psüühilise erivajadusega kliendid).

Õdede väitel osutuvad ka kliendi vaatlus ja vestlus põhjalikumaks, kui talle osutatakse R-teenuse raames lisaks majutusteenust.

### **3.4 METOODIKAD JA ABIVAHENDID TÖÖS**

Järgnevalt on toodud R-teenuse osutamiseks kasutatavad hindamismeetodid ja -vahendid, abivahendid, meetodikad ja teooriad, mille loetelu ei ole kindlasti täielik, kuid mida käesolevas

uuringus koguti<sup>6</sup> eesmärgiga täiendada üldpilti erinevate R-spetsialistide tööülesannete ja -võimaluste kohta Eestis. R-spetsialistid märkisid üldinfona, et igapäevaste neist kasutatakse meetodeid ja abivahendeid lähtuvalt õpitud erialast.

## **Arstid**

Hindamismeetodid: arstlik läbivaatus; meditsiiniline hindamine; vestlus/intervjuu; anamnees ehk haiguse eellugu; vaatlus (liigutuste, kõne, orientatsiooni hindamine); meditsiinidokumentatsiooniga (s.h perearsti tervisekaardi ja haigusloo väljavõttega) tutvumine; vestlus lähedastega; psühhiaatriline intervjuu; individuaalselt väljatöötatud ankeet; R-programmi järgne tagasiside ankeet. Harva küsitakse sotsiaaltöötajalt või perearstilt lisainfot.

Abivahenditest kasutatakse vererõhuaparaati, stetoskoopi ja otoskoopi.

Metoodikad ja teooriad: CAR metoodika (hindamine ja eesmärgi püstitamine), puudespetsiifilised pereprogrammid, mille kontseptsioon on põhjalikult praktiseeritud, füsioteraapia koormuskostüüm.

## **Füsioterapeudid**

Hindamismeetodid ja -vahendid: vaatlus/visuaalne hindamine; liigeste liikuvuse mõõtmine goniomeetria meetodil; testid; palpatsioon; dünamomeeter; anamnees; vestlus; info kliendilt ja tema pereliikmetelt (hindamiseks toimetulekut igapäevases keskkonnas ning liikumis- ja tegevuspiiranguid); liigutuste hindamine (fleksioon, rotatsioon jne); kõnnialalüüs; teste (nt Bergi test tasakaaluprobleemide korral, käe funktsiooni test).

Abivahendid: mõõdulint, kaal, goniomeeter, vererõhuaparaat, inklinomeeter, rasvaprotsendi mõõtmise aparaat. Liikumisravi puhul on sõltuvalt selle mahust, asutusest ja kliendirühmast abivahenditeks erineva suurusega pallid (s.h topispallid), rullid, redelid, pingid, erineva tugevusega kummid, tasakaalulauad, rõõbaspuud, trenadžöör, *therapymaster* jt. Peenmotoorika arendamiseks erineva kuju ja suurusega esemed, mida kuhugi panna või ära võtta.

Metoodikad ja teooriad: Bobath'i metoodika alused, Sherborne arenguline liikumine (Sherborne Developmental Movement).

□

<sup>6</sup> Hindamismeetodite ja erinevate vahendite kohta info kogumiseks kasutati enne fookusgrupe täidetavaid lühiankeete – vt Lisa 3: Fookusgrupis osaleja lühiankeet.

## **Sotsiaaltöötajad**

Hindamismeetodid ja -vahendid: intervjuu/vestlus; vaatlus; võrgustikutöö erinevate osapooltega; võrgustikukaardi täitmine; grupitööd; kodukülastus ja kodukeskkonna hindamine; kliendi jälgimine tavakeskkonnas; meditsiiniliste dokumentidega tutvumine, vastavalt vajadusele vestlus pereliikmete, tugiisikute, raviarstide ja KOV-i töötajatega, kognitiiv-käitumuslik teraapia, ankeetide täitmine.

Abivahendid: kindlasti on vaja transpordivahendit, sest liikumist on palju.

Metoodikad ja teooriad: nägemispuudega isikute R-valdkonna metoodikad, isiksuse-keskse lähenemise meetod (Roger jt), süsteemne pereteraapia jt nõustamisteooriad, psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni metoodika, Anthony "Psühhiaatiline rehabilitatsioon", Wilken ja den Jedlander "Üldrehabilitatsiooni alused".

## **Tegevus- ja loovterapeutid**

Hindamismeetodid ja -vahendid: vestlus/intervjuu; vaatlus (s.h igapäevases keskkonnas); vestlus lähedastega; erinevad testid: ADL taksonoomia (igapäevaste toimingute test küsitluse ja vaatlusena) 2x, muusikateraapia meetodid (nt EBQ, J. Alvini mudel, Nordoff-Robbins), MOHO (inimese tegevuse mudel, G. Kielhofner), Groove Pegboard test (näitab kognitiivset võimekust ja peenmotoorika suutlikkust), Purdue Pegboard test (näitab planeerimisprotsesside aktiivsust), goniomeeter, FIM test.

Abivahendid: laste puhul kasutatakse palju mänguasju, mängu, loomulikke koduseid esemeid, pildimaterjale, pliiatsit-paberit ja konkreetseid tegevusi, täiskasvanu puhul „terapeut ise ja tema klient“.

Metoodikad ja teooriad: (kasutatakse, aga hetkel ei meenunud ükski).

## **Psühholoogid**

Hindamismeetodid ja -vahendid: (kliiniline) intervjuu; vaimsete võimete testid; vaatlus; spetsiifilised laste, noorukite ja täiskasvanute psüühika- ja käitumishäirete sümptomaatikaat hindavad testid; arengutestid; isiksuse testid; isiksusehäirete skriiningtestid; standardiseeritud mõõtmis- ja hindamisvahendid.

Abivahendid: puudub kõige olulisem abivahend - üks allikas, kus oleks sees kogu teenuse osutamiseks vajalik info. Raamat, mida saaks ka kliendile kaasa anda. Nad ei suuda kõike meelde jätta, sest nad on niigi oma mõtetes kinni.

Metoodikad ja teooriad: teaduspõhise psühhoteraapia metoodikad, kognitiivne käitumisteraapia, probleemikeskne käitumisteraapia, pereteraapia.

### **Logopeedid, eripedagoogid**

Hindamismeetodid- ja vahendid: vaatlus; vestlus; laste puhul erinevate praktiliste ülesannete lahendamine (mängud, käelised vahendid); vestlus vanematega; vestlus lapsega töötavate spetsialistidega (kasvatajad, õpetajad); QISO-küsimustik; raamatud (sõnavara); mänguasjad ja pildimaterjalid.

Abivahendid: tehnilised abivahendid, pildid, mänguasjad. Abivahendeid toob üks neist messidel käies ise välismaalt.

Metoodikad ja teooriad: AAC.

### **Õed**

Abivahendid: uuringus osalenud õed mainisid, et kõik vajalikud abivahendid on neil olemas.

Metoodikad ja teooriad: Bostoni metoodikat (Rootsi kogemus).

**Meeskonnajuhid** töid kasutatavate rehabilitatsiooni metoodikate ja teooriate all välja SOM poolt kinnitatud juhtumikorralduse.

## **3.5 PROGRAMMIPÕHINE R-TEENUSE OSUTAMINE**

Programmipõhine R-teenuse osutamine tähendab, et kõik kliendile osutatavad teenused on erineva eriala spetsialistide poolt ühiselt välja töötatud ning koondatud tegevusprogrammiks, millel on konkreetne eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood ning mis on koostatud konkreetse puudeliigi spetsiifika arvesse võttes.

R-spetsialistide arvamus 2008. a kevad-suvel oli, et Eesti R-teenuse süsteem on seni olnud pigem teenuste keskne. Juhtumikorralduse jaoks on praeguses dokumentatsioonis andmeid pigem

puudu. Kuna erinevad spetsialistid täidavad erinevaid kaarte, puudub terviklik ülevaade. E-tervishoid, mis mõnel pool kasutusel on, võiks selle probleemi vastu aidata.

Kõne alla tuli teenuste kompleksne osutamine, seda peetakse kõige vajalikumaks laste ja noorte jaoks (näiteks samaaegne töötamine lapse pere ja haridussüsteemiga). Täiskasvanute puhul rõhutatakse 90% klientide puhul füsioterapeudi ja psühholoogi teenuse üheaegset vajadust.

Spetsialistide arvates saab üleminek programmi- ehk juhtumipõhisele R-teenuse turule olema suhteliselt keeruline. Seda peeti uueks lähenemiseks, mis peaks toimuma meeskondade kaupa, kuna erinevatel meeskondadel on erinevad teenusesaajate sihtgrupid, mis nõuavad erinevaid lähenemisi (näiteks laste puhul ei tegeleta ainult lapse, vaid ka tema perekonnaga). Üldine suhtumine oli aga positiivne, kuna programmipõhisus tagab kliendile tervikliku lähenemise.

### **3.6 SUHTLEMINE SOM, SKA JA TTA-GA**

Sotsiaalministeeriumi (SOM) ja Sotsiaalkindlustusametiga (SKA) peetakse igapäevast sidet vahetu suhtluse, e-posti või telefoni teel, info saamisega uuringus osalejate sõnul probleeme ei ole. Positiivsena näitena tõsteti esile SKA poolt erinevates piirkondades korraldatud ümarlaudu ning ministeeriumi puhul tõhusat abi konkreetselt sellest ajast, kui toimus iga konkreetse meeskonna käivitamine Samas mõni spetsialist arvas, et ministeeriumis pigem ei olda kursis meeskondade probleemidega. (Uurija märkus: tegelikkuses kureerib meeskondade tööd SKA, mitte SOM, seadusejärgselt on R-teenus SKA haldusalas, mida nii mõnedki spetsialistid tunduvad mitte teadvat ning SKA „võrdsustatakse” tihti ministeeriumiga. Lisaks tuli R-spetsialistide diskussioonist SKA-ga seotud temadel mitmel korral välja käsitus, nagu oleks Haigekassa näol tegemist eraldi, iseseisva ja nende jaoks autoriteetse asutusega. Tegelikkuses on aga nii Haigekassa kui Sotsiaalkindlustusamet Sotsiaalministeeriumi allasutused, mis erinevad küll tegevusvaldkonna poolest, kuid mille ülesannete mastaapsus ja vastutus on vägagi võrreldavad.)

Meeskonnajuhid ootavad SKA-lt jooksvat infot, ennekõike koolituste osas, kuid nende väitel pole nad SKA kodulehel seda infot piisavalt näinud. Sotsiaalministeeriumi kodulehelt saadakse infot seadusandluse ja erinevate võimaluste kohta, seal on olemas ka teenuste kirjeldused. Teenust kirjeldavate voldikute osas on vastakaid arvamusi, osalt peetakse seda liiga keeruliseks.

SKA koduleheküljest rääkides kasutati väljendit “väga ebamugav” viidates, et see peaks olema kaasaegsem ja samaväärne teiste riigiasutuste ja ka eraettevõtete kodulehekülgedega. SKA koduleheküljel puuduvad kontaktandmed, mis võimaldaks konkreetse vajaliku töötajaga ühendust võtta. Kaks aastat tagasi need veel olid seal, praegu on ainult kabineti number, üldtelefon ja

lühinumber, mis on üksainus ja mis on kogu aeg kinni. SKA kodulehe kasutamise ebamugavus on viinud selleni, et mitmed uuringus osalejad tunnistasid, et külastavad SKA kodulehte kas harva või üldse mitte. Seetõttu on ootused SKA kodulehe kaasajastamise osas suured. Spetsialistid kurtsid ka muu info puuduse üle: arste huvitab dokumentatsiooni täitmise teema, nad vajaksid lisaks vormidele ka näidiseid õigesti vormistatud dokumentidest.

Positiivse näitena toodi Tervise Arengu Instituudi kodulehekül, mida peeti kõige informatiivsemaks, mõeldes eriti seal pakutavat infot teabepäevade ja koolituste osas. Positiivsena märgiti viimase aja (2008 kevad-suvi) muutusi SKA töös, kus on hakatud saatma R-meeskondadele e-kirju viitega nende jaoks olulistele määrustele või muutustele seadusandluses.

Tööturuamet kui institutsioon ja koostööpartner ei leidnud uuringu 1. etapis osalenud R-spetsialistide poolt olulist väljatoomist, kuigi R-teenuse eesmärki silmas pidades võiks eeldada, et koostöövõimalusi oleks.<sup>7</sup>

### **3.7 PROBLEEMID R-TEENUSE PAKKUMISEL**

Järgnevalt on välja toodud põhiprobleemid, mida uuringu 1.etapis osalejad seoses R-teenuse osutamisega välja tõid.

#### **3.7.1 Ebakindluse tunne**

R-meeskondade halduslepingud on lühiajalised (1 aasta) ja see muudab neilt oma töö planeerimise raskeks. Üheaastaste lepingute alusel loodud süsteem ei ole stabiilne. Üheaastased lepingud on nagu usaldamatuse märk. Igal aastal tehakse siis ka kõigi meeskonnaliikmetega uus leping ja see on suur paberikulu. Meeskonnale on aga vaja kindlustada töö mitmeks aastaks, s.h tagada koolitus. R-teenuse osutamine ei ole ühekordne toiming. See peab olema jätkusuutlik ennekõike rahalises mõttes. Vastasel korral on tagajärjeks ebapiisav rehabilitatsioon.

#### **3.7.2 Kogemustega tööjõu vähesus**

R-asutuste administratiivjuhid tõid esile tööjõuprobleemi, eriti väiksemates Eesti piirkondades. Seejuures on suur puudus just kogemustega R-spetsialistidest (samas - sõltuvalt piirkonnast ja pakutavatest teenusest toodi probleemina välja ka klientidepuudus). R-meeskondade liikmed on

□

<sup>7</sup> Koostöö Tööturuametiga tõi uuringu 2. etapi küsimustikule vastates siiski välja 47 vastajat 53-st ehk 89%, mis annab oluliselt positiivsema tulemuse.

ka mujal erialaspetsialistidena hõivatud, töötavad osajaga ning neil jääb rehabilitatsiooni jaoks liiga vähe aega. Neid asendama aga pole kohapealt kedagi võtta. Mõnikord on võimalik leida vajalik spetsialist mujalt talle kompensatsiooni makstes. Spetsialistid ise mainisid lisaks, et kohati on nende koormus väga suur, päevas 10-15 inimest.

Probleeme on näiteks tegevusterapeudi leidmisega. Eestis on päriselt kokku 8 tegevusterapeuti, kes said hariduse välismaal (Oulu, Soome); on ka tegevusterapeudi assistendid, kuid Tallinna Tervishoiu Kõrgkool ja Tervise Arengu Instituut ei jõua nii palju koolitada, kui oleks vaja. Ka logopeede jääb järjest vähemaks, põhjusteks raske ja vähetasustatav töö, kus ei tule kergelt tulemusi. Ka nende töökoormus on suur, mistõttu igale kliendile jääb vähem aega, kui ette nähtud. Töötasu peaks muutuma suuremaks ja õppeprogrammid tuleks läbi vaadata. Logopeedi teenust vajavaid inimesi pole eriti juurde tekkinud, aga spetsialisti poole pöörduakse aktiivsemalt.

Ka vähemalt viie liikme olemasolu nõuet R-meeskonnas peeti mittevajalikuks, sest alati pole nii palju spetsialiste R-plaani koostamiseks vaja ja ressursse võiks kokku hoida (lisamärkusena: suuremates R-meeskondades on tegelikkuses nii neid spetsialiste, kes osalevad ainult plaanide koostamisel kui ka neid, kes pakuvad ainult üksikspetsialistide teenuseid).

### **3.7.3 Teenuste ebapiisav rahastamine**

Uuringus osalejatele tundus, et Haigekassa maksab mitmel juhul samade teenuste osutamise eest 1,5 korda rohkem kui SKA ja seega ei tasu haiglatel R-teenust osutada. Spetsialist aga peaks saama sama tasu, olenemata sellest, kus ta töötab.

Haldusküsimuste ja koordineerimisega peaks R-meeskonnas tegelema eraldi põhikohaga töötaja, näiteks sekretär. Selle lisakulu tõttu võiks olla R-teenus tervikuna kallim ning siis riik suhtuks R-teenust osutavatesse spetsialistidesse analoogselt Haigekassaga, kus rahastamisel on juhtimis- ja administreerimiskulud arvestatud teenuse hinna sisse. Probleemiks on ka sellise n.ö baasraha puudumine, mis arvestaks kulutusi töötajate koolituste jms jaoks.

Majutusteenuse puhul tuleks haiglas koos teiste patsientidega viibivatele klientidele tagada võrdne kohtlemine (ravimid, arstlik järelevalve, hooldamine, sh toidukorrad), mis tähendab ka vastavate kulude lisakompenseerimist. Hüvitamist vajavad kliendi tugiisiku, isikliku abistaja ja hooldaja teenused, kuna ka need on tihti vajalikud kõrvalteenused.

Ka R-spetsialistide koduvisiitidega kaasneb suur aja- ja bensiinikulu, mida vajalikus mahus ei kompenseerita.

### 3.7.4 R-meeskonna töövahendid ja olmetingimused

R-spetsialistide arvates on põhiline meeskondadel olemas, kuigi alati võiksid olla kaasaegsemad töövahendid ja ka paremad võimalused näiteks liikumisraviks (nii vahendid kui ruumid). Olmetingimuste vajadustest mainiti transpordivõimalust (hetkel kompenseeritakse liiga vähe), internetti ning laua- ja mobiiltelefoni R-asutuse kulul.

### 3.7.5 R-teenuse lai sihtrühm

R-teenus ei täida praegu oma põhieesmärki, milleks on inimeste tööturule tagasi aitamine. Sageli tullakse teenusele valede ootusega, et saada „mõnuprotseduure”. Teenus on suunatud eelkõige alla 65-aastastele, aga tegelikkuses taotlevad ja saavad seda sageli just eakamad, krooniliste haigustega inimesed. Põhjuseks näetakse seda, et sotsiaalhoolekande süsteemis pole piisavalt välja arendatud alternatiivseid teenuseid (nt ambulatoorne taastusravi), mida eakad tegelikult vajavad. Ülearuste või liiga väikeste ootuste vältimiseks kasutatakse mõnel pool teenustele eelnevat sotsiaalnõustamist. Pigem tuleks R-teenust pakkuda nooremale inimesele, et ta kulutaks vähem sotsiaalrahasid ja temas saaks potentsiaalne maksumaksja.

Kõige esmalt tuleks hoolikalt analüüsida, kas inimene vajab R-teenust või mõnda muud toetavat teenust (taastusravi, haiglaravi). Tuleks lõpetada plaanide koostamine lihtsalt plaani pärast (näiteks teatud kliendirühmades, s.h psüühilise erivajadusega inimesed, pole vajadust plaani iga 3 aasta järel uuendada, sest kliendi seisund ei muutu. Lisaks on selle sihtrühma klientidel õigus nõuda uue plaani algatamist ja tegemist, mis samuti võib tekitada probleeme).

### 3.7.6 R-teenusele suunamine

Probleemid algavad esmatasandist, juba koolis on näha laste probleemid - arenenud lampjalgsus, olematu rüht, väga pikad lapsed, kes on sunnitud istuma väga väikeses koolipingis. Kõik sõltub esmatasandi abist – kas kooliõde märkab kõike seda ja suunab lapse R-teenusele või mitte.

Kliendid tulevad R-teenusele hilinemisega, sest neile pole teenuse võimalusi tutvustatud. R-teenuse kohta ei leidu ka ajakirjanduses infot. Vaja oleks välja mõelda, kuidas klient saaks enne teenusele tulekut piisavalt informatsiooni, sest sageli tullakse teadmata, mida ta vajab ja kas plaan teda üldse aitab, ning selle selgitamisele kulub palju aega.

Probleemid on nende perearstidega, kes on otsustanud suunata inimesi rehabilitatsiooni, kuid nendepoolne põhjendus teenuse vajaduse osas jääb ebapiisavaks. Mõnikord ei anna perearst kliendile kaasa haigusloo väljavõtet, sest ei pea seda enda töökohustuseks. Samuti tekitab vahel väärarusaamu perearstide selgitus patsientidele R-teenuse olemusest (nt R-teenusel saab tasuta



massaaži).

R-spetsialistide sõnul on puuetega inimeste jaoks ka üksikteenustele saamise protsess pikk ja keeruline, teenust ennast osutatakse seejuures vähe. Esines arvamust, et teenuse osutamisel „kaob inimene ära”, sest bürokraatiat on väga palju. Kui R-asutuses on olemas leping nii Haigekassa kui SKA-ga, siis on näiteks füsioteraapia saamiseks lihtsam soovitada inimesel võtta perearstilt saatekiri füsioteraapiasse.

Kliendid vajavad vahel R-meeskonna abi ka suunamiskirja taotlemisel, kuigi tegelikult pole see R-meeskonna sotsiaaltöötaja ülesanne. Suunamiskirjaga kaasa tulev infoleht on väga keeruline (inimesed ei saa aru, peaks olema mingi selektsioon) ja seal pole märgitud, millises R-asutuses on majutus, millises mitte. Palju eelarves ette nähtud raha jääb kasutamata ka siis, kui inimestel pole võimalik kodu lähedalt teenust saada ja nad seetõttu jäävadki sellest teenusest üldse ilma.

Hooldus- ja haiglaravi vajavatele inimestele ei tohiks R-plaane väljastada. Hooldust vajava inimese jaoks pole R-meeskondadel võimalusi (nt kõigis meeskondades pole õde) ning R-asutus ei suuda vastutada, kuidas klient hakkama saab – kust jookseb piir meditsiini ja rehabilitatsiooni vahel.

Samas märgiti, et klientide mujale suunamine võib vahel erinevatel põhjustel osutada keerukamaks kui sihtgrupi laiendamine oma teenuste osas.

### **3.7.7 R-teenus ja taastusravi**

Operatsioonijärgsed kliendid ei tea oma õigust saada operatsioonijärgset taastusravi haiglas. Ka perearstid saavad R-teenusele neid, kes peaksid taastusravi saama, tulemuseks on ressursside raiskamine, sest teenusele ei järgne tulemusi. Kriitilist suhtumist väljendati perearstide suhtes, kes soovivad R-teenust selleks, et patsient enda kaelast ära saada ja Haigekassa rahasid mitte kulutada. Samas on taastusravil oma kindel sihtrühm, kuid põhjusena selle mittesaamise kohta tuuakse, et taastusravi kohti pole piisavalt ja järjekorrad sinna on pikad.

### **3.7.8 Vajadus meditsiinilise rehabilitatsiooni järele**

Arstide sõnul vajavad paljud kliendid meditsiinilist rehabilitatsiooni, aga seda ei osuta Eestis praktiliselt mitte keegi. Meditsiiniteenus on püütud Sotsiaalministeeriumi poolt rehabilitatsioonist välja lülitada, aga see ei toimi just seetõttu, et tegelikult pole R-teenuse klientideks noored tööturule naasvad inimesed, vaid krooniliselt haiged. Taastusraviosakondades osutatakse sisuliselt ka R-teenust, selline kompleksne ravi on parim. Praeguse rahastamise süsteemi juures aga ei saa neid kahte teenust ühendada.

### 3.7.9 Kõrvalabi- ja õendusteenuse vajadus

Mõned R-teenuse kliendid vajaksid enda kõrvale saatjat, kuid saatjale hüvitatakse kulud vaid siis, kui rehabilitatsiooniteenuse saaja on kuni 16 aastat vana. On ka teenusesaajaid, kes vajaksid ööpäevaringset kõrvalabi. Kui teenusesaaja vajab õendusteenust, siis peaks ta ka seda saama. Näiteks, majutusteenuse osutamisega kaasneb ka õendusteenus, kuid hüvitamisele kuulub ainult majutus ja üks toidukord päevas.

Ka õdede väitel ei peeta nende tööd R-meeskonna liikmena tihti oluliseks, seda iseloomustab suhtumine „kui nõutud on, las ta siis olla”. Siit lähtub õdede põhiküsimus – mis nende roll siis tegelikult on, mida nad peaksid tegema? Rehabilitatsiooniplaanide koostamise peamine raskus lasub õdedel. Nad täidavad need ära, aga mingit sisulist tagasisidet hiljem ei tule. Tegelikult osutavad õed õendushindamise teenust, kuid selline teenusliik R-teenuse all puudub ja seega ei kuulu ka hüvitamisele. Samas on seadusega sätestatud meeskonna koosseisu ka õed. Plaanis on kood 1002 „rehabilitatsiooni hindamise ja planeerimise teenus”, kuid seal ei ole konkreetselt kirja pandud, et seda peaks tegema õde. Seal võib-olla õde, arst või sotsiaaltöötaja.

#### 3.7.10 Vajadus muu koolitatud abipersonali järele

Tegevusterapeutid töid välja vajaduse spetsiaalse koolituse läbinud abipersonali järele. Kui terapeut on määranud tegevused, mida inimene peab harjutama ja ise läbi viima, siis personal jälgiks klienti põhimõttel, et klienti tõesti ainult juhendatakse, mitte ei tehta tema eest ülesandeid ära. Vastasel juhul toimub kliendi ülehooldamine ja klient omandab õpitud abituse, mida juhtub tihti, kui klient on oma koduses keskkonnas (eriti vanemate ja laste vahel). Alles kodude ja hooldekodude külastamisel selgub, kas klientidega on seal õigesti tegeldud või on nad nn ülehooldatud. Ei ole õige tuua klienti paariks tunniks R-asutusse ja viia ta siis tagasi – seetõttu peetaksegi kõige suuremaks probleemiks seda, kui kliendile ei saa teenust osutada tema koduses keskkonnas, kus on võimalik vajalikud tegevused koos läbi teha ja kinnistada.

#### 3.7.11 Ida-Virumaa: klientide keele- ja töötuse probleem, R-spetsialistide puudus

Administratiivjuhtide väitel on Ida-Virumaa klientidel keeleprobleemidest tulenevalt konkreetsed raskused, näiteks esineb juhtumeid, kus klient kirjutab R-plaanile alla ilma, et ta selle sisust aru saaks.

R-meeskonna spetsialistidel on keelelisi probleeme dokumentatsiooni haldamisel. Administratiivjuhtide sõnul oleks lahendus keeleabi teenuse täiendavast pakkumisest.

Füsioterapeutide arvates läheb väga väike osa Ida-Virumaa klientidest tööturule tagasi, sest antud piirkonnas on üldse raske tööd leida.

Arstide sõnul on Ida-Virumaal olukord kõige kurvem, sest pole spetsialiste, kes klientidele osutaksid neid teenuseid, mis on R-plaanis kirjas.

### **3.7.12 Muud probleemid sihtrühmadega**

Teenusesaajate sihtrühmad on väga erinevad ning vastavalt sellele on erinevad ka probleemid neile teenuste pakkumisel. Näitena tuuakse, et R-teenus on väga erinev, sõltuvalt sellest, kas seda osutada vaimupuudega lapsele või kerge insuldi läbi teinud tööealisele inimesele.

R-spetsialistide sõnul on psüühilise erivajadusega klientide puhul sageli probleemiks kliendi väide, et ta ei vaja psühholoogilist ega sotsiaaltöötaja nõustamist, kuigi spetsialistide väitel oleks see vajadus olemas. (Siis osutatakse vajadusel näiteks vaid füsioteraapia teenust.) Väidetavalt ei ole võimalik psüühilise erivajadusega isikute puhul perenõustamise teenust tasustada ja seda tehakse juhendamise alt. Psüühilise erivajadusega laste puhul aga tuleb eraldi tegeleda ka nende vanematega (näide: kui vastuvõtule tulnud hüperaktiivne laps ja ema fuajees kaklevad, siis ei teagi, keda peaks esmalt rehabiliteerima).

Psüühilise erivajadusega inimestele on teenusteks riigi poolt ette nähtud suuremad summad kui näiteks liikumispuudega inimesele, aga vajadused on sageli vastupidised. Esimeste puhul tundub vahel rehabilitatsioon ka paremini toimivat kui näiteks liikumispuudega inimestele, kuna psüühilise erivajadusega klientide tulemusi – edasiarenemist toimetulekus jms - on võimalik paremini hinnata, sest see ilmneb juba teenuste osutamise käigus.

Alaealised õigusrikkujad, kes saadetakse R-teenusele kohustuslikus korras alaealiste komisjoni otsusega, tulevad kohale, kuidas juhtub. Tihti peale nad ei ilmu komisjoni ega ka meeskonna juurde. R-meeskonna aeg on kinni pandud, aga nemad ei ilmu ning tühja läinud aja eest meeskond raha ei saa. Märgiti ka, et alaealiste õigusrikkujate ja puuetega laste rehabilitatsioon on erinev ning seetõttu ei saa teatud aspekte R-teenuse osutamisel neile üldistada.

Positiivne on see, kui R-teenust osutav spetsialist näeb, et klient peale R-teenuse saamist tahab ka ise muutust ellu viia. Inimeste teadlikkus ja huvi R-teenuse vastu on osade spetsialistide arvates kasvanud, teised spetsialistid töid samas välja aga ka klientidel väga madala teadlikkuse oma õigustest ja kohustustest, ambulatoorse ravi ja rehabilitatsiooni erinevustest ning infost erinevate R-meeskondade olemasolu kohta, eriti kui on vaja spetsiifilist teenust.

### 3.7.13 R-teenus ja kool

Mitmes Euroopa riigis pakutakse koolis ka R-teenuseid, meil on need erinevatest allikatest rahastamise tõttu eraldi. Kool aga õpetab erinevatele puuetega lastele eriprogrammide järgi pigem sotsiaalseid oskuseid, samas kui R-teenused arendavad liikumist ja pakuvad muid teraapilisi võimalusi (nt muusikateraapia). Ühes Põhja-Eesti päevakeskuses loodi R-meeskond just seetõttu, et lastel oli pärast päevahoidu või koolipäeva raske R-teenust saada, nüüd saavad nad aga samast kohast haridus-, sotsiaal- ja R-teenust.

Probleemid R-teenuse osutamisel lastele ilmnevad ka seoses suvise koolivaheajaga. Kui sügisest kevadeni osutatakse lastele R-teenust koolis või selle läheduses, kuna nad on kogu aeg seal kohal, siis suvel langeb vastutus juba ainult vanematele. Ka nemad peavad aru saama R-teenuse sisust ja vajalikkusest. Aegajalt tulevad näiteks Astangu kooli kliendid koolivaheajaks (10 päevaks) sinna ravile, sõltumata sellest, kas nad seda hetkel vajavad või mitte, sest neil ei ole lihtsalt kuhugi mujale minna. Märgiti, et R-teenusel ambulatoorselt käivad lasteaia- ja koolilapsed tahavad peamiselt hommikusi ja õhtuseid aegu, aga neid on raske leida.

### 3.7.14 Võrgustikutöö

Võrgustiku eri osade vahel on igapäevastest probleemidest kõige suuremad raha, suhete, kliendi toimetuleku ja spetsialistidel infovaegusega seonduv.

SOM/SKA peaksid rohkem tegema selgitustööd perearstidega, kes praegu lapsi liiga hilja taastusravile ja R-teenusele saadavad. SKA võiks teha rohkem koostööd Haigekassaga.

### 3.7.15 Tagasiside kliendilt

Lühidalt välja öeldes – tagasiside teenusel käinud klientidelt puudub. Praegune süsteem on ülesehituselt teenusekeskne ehk inimeste kohta saab infot vaid siis, kui ta tagasi tuleb, näiteks kui tema seisund on halvenenud.

Meeskonnajuhid rõhutasid, et juhul kui meeskonna juures oleks loodud dokumentatsiooni haldamisega tegeleva isiku jaoks töökoht, siis ta tegeleks ka klientidelt tagasiside kogumise küsimusega. Eriti tõsteti seda esile alaealiste õigusrikkujate puhul, kellelt tagasiside saamine on eriti oluline.

### 3.7.16 R-teenuse „raha” kliendi jaoks

Inimesed ei saa aru, et teenuste osutamine neile toimub neile tehtava R-plaani, mitte SKA poolt eelnevalt koju saadetud suunamiskirja alusel, kuhu on märgitud iga inimese jaoks ette nähtud R-teenuse kogusumma lähtuvalt sihtrühmast, kuhu ta kuulub (2008. a täiskasvanud puudega isikule 7000 kr, psüühilise erivajadusega inimestele 33 750 kr, lastele 20 250 kr aastas). Seejuures on suunamiskirjal ära toodud kõik teenused, inimesele aga valitakse sealt teenuseid vastavalt vajadusele. (Raske on näiteks selgitada lapsevanemale, et ta lapsele määrati küll mingi summa eest teenuseid, aga tegelikult saab ta vähem, sest kõiki liiki teenuseid pole talle vaja ja ümber raha jagada samuti ei saa.) R-spetsialistide väitel tekitab selline „infomüra” tegelikult väga palju segadust. Inimesed ei saa aru, millest see summa koosneb, mõned kliendid on isegi öelnud, et „palun, makske see mulle välja, ma praegu seda teenust ei taha” ja et „ma võtaksin selle raha ning käiksin pigem kuskil soojal maal”. Eriti keeruline on R-teenuse rahade kasutamist seletada pensionäridele ja psüühilise erivajadusega isikutele. R-spetsialistidele on jäänud mulje, et ka Pensioniameti klienditeenindajad ei suuda R-teenuse rahastamist teenusesaajatele eelnevalt elementaarsel tasandil lahti seletada, kuid nemad ise peavad seda suutma. Klient peab ka hiljem arvele allkirja andma, et ta on teenuse kätte saanud. Ta näeb seal taas summasid, mis talle osutatud teenustele on kulunud ning mis ei pruugi kattuda suunamiskirjal tooduga. Haigekassal ei ole sellist süsteemi - seal ei pea isik kinnitama, et on ravi kätte saanud, seal on usaldus olemas, aga R-teenuse puhul ei ole.

R-meeskondade juhid sooviksid ka rohkem infot, kuidas erinevate teenuste hinnad riiklikult kujunevad.

### 3.7.17 Teenuste ümberjaotamine vajadustepõhiselt

R-spetsialistide arvates peaks teenust osutaval meeskonnal olema võimalus R-teenuse siseselt üksikteenuste raha ümber jagada ja kasutada vastavalt kliendi vajadustele, mitte aga täpselt R-plaani järgi. R-meeskondi tuleks selles osas rohkem usaldada.

Teenuseid on mõnikord R-plaanis ka valesti määratud, sest puude määratlused pole alati õiged. Alade jaotamine tuleks vabamaks lasta, et spetsialist saaks teenuseid vastavalt kliendi vajadustele osutada (kliendikesksem lähenemine). Spetsialistid sooviksid ise rohkem spetsialistid olla.

Vähene teenusekordade arv ei võimalda R-spetsialistide arvates püsivaid tulemusi saavutada. Kui määratud rahasummat oleks võimalik teenuste vahel vajaduste alusel ümber tõsta, oleks lihtsam soovitud eesmärki saavutada.

### 3.7.18 R-plaan ühelt, teenused teiselt meeskonnalt

Probleemid võivad tekkida, kui R-plaani koostanud meeskond kliendile ise üksikspetsialisti teenuseid ei osuta. Näiteks on R-plaanis teenuseid, mida üksikteenuseid osutava meeskonna arsti hinnangul klient ei tohiks saada: selle tulemusena ei võta keegi klienti ka neile plaanis määratud teenustele. Inimest, kellele meeskond R-plaani koostas, tunneb sama meeskond kõige paremini ja seetõttu on talle lihtsam üksikteenuseid osutada. Samas on alati oht, et inimene ei räägi meeskonnale kõigest ja kui haigusloo väljavõtet pole või seal puudub vajalik info, võib jääda sellekohane teave ka R-plaani märkimata.

### 3.7.19 Dokumentatsiooni täitmine kui lisakoormus

Kõik uuringus osalejad rõhutasid fakti, et R-teenuse praegune dokumentatsioon on väga mahukas ja on kujunenud neile suureks lisakoormuseks. Piirkonniti on ka Pensioniametite ja arstliku ekspertiisi komisjonide nõudmised väga erinevad. R-teenusega kaasnev nn paberimajandus on üks põhjuseid, miks paljud spetsialistid ei taha seda teenust osutada. Haigekassa poolt finantseeritav tervishoiuteenus on ladusamalt korraldatud.

Mõne spetsialisti arvates oli kehtiv R-plaani vorm (2007. aastast) hästi koostatud ega vajanud muutmist või kui, siis täiendamist taustainfo osas. Samas, praegu on üks R-plaani vorm kõikideks juhtumiteks. Esmase hindamise korral oleks näiteks meeskonnajuhtide arvates aga vaja rohkem vabadust, et saaks rohkem lähtuda kliendi eripärast, näiteks - alaealise õigusrikkuja puhul on esmane hindamine hoopis midagi muud kui puudega lapse puhul. Lapsed käivad R-plaani koostamiseks hindamisel koos vanematega. Nende puhul on esinenud näiteks juhuseid, kus vanemad ei luba lapse erivajadusi R-plaani kirja panna, sest need pole neile vastuvõetavad, sel juhul aga muutuvad osutatavad teenused näiliselt mõttetuks.

Kahe nädalaga ei saada alati plaani valmis (postitamiseni võib kuluda ka kuu), kõige keerulisem on psüühiliste erivajadustega klientide hindamine, aega jääb kliendi jaoks napiks. (Osade spetsialistide arvates on ka puude astme määramisel 30-päevane ajavahemik liiga lühike.)

Samas oli ka spetsialiste, kelle arvates on uus R-plaani vorm töö keerulisemaks muutnud. Ainult linnukeste põhjal ei saa ekspertarstid alati teenuste vajalikkusest aru, oleks vaja kohta, kuhu mõni vajadus rohkem lahti kirjutada. Eriti kritiseeritakse tabelit, kuhu tuleb märkida teenuse vajaduse sagedus (kord kuus, kord nädalas jne). Komisjonist aga öeldakse, et ei kirjutataks nii palju.

Aasta lõpus tuleb esitada väga spetsiifiline aruanne, mille nõudmistest ei saada aru. Täiesti tavaline on, et see saadetakse SKA poolt meeskonnale tagasi ja seda tuleb muuta.

### 3.7.20 Infopuudus

Puudub üks ühtne R-kataloog, mis koondaks järgneva info:

- 1) meeskonnad – millised on olemas ja milliseid teenuseid osutavad;
- 2) klientidele – milliseid teenuseid pakutakse;
- 3) info õigusaktidest, mille alusel meeskonnad teenust osutavad ja kliendid teenust saavad, sh kas seadused või täiteväimu määrused;
- 4) süsteme, selge, lihtne, terviklik ülevaade. Meeskonnal võtab väga palju aega, kui ta peab jälle ja jälle kliendile süsteemi üle seletama. Vaja oleks mõistuspärast ja lihtsat trükimaterjali.

Kui meeskonnaliige jääb mõnest täienduskoolitusest eemale, siis peaks tal hiljem olema juurdepääs koolitusel jagatud materjalidele.

Õdedel on klientide osas täielik infopuudus, kuna arstid ei jaga enam infot klientide kohta.

Puudub informatsioon ka teenuste järjekorra üle erinevate teenuseosutajate juures, see võiks koos ülevaatega R-meeskondadest asuda SKA koduleheküljel.

### 3.7.21 R-teenuse arendamine

Väidetavalt on SKA poolt vajakajäämist ka R-teenuse pideva arendamise osas, seetõttu soovitasid näiteks uuringus osalenud arstid teenuse kujundamisse ja ühtlustamisse kaasata sõltumatuid eksperte. Arstid soovitasid siin võtta aluseks see süsteem, mis on kasutusel kõige paremini toimivas R-meeskonnas ning laiendada ühte end õigustavat kogemust ka teistele meeskondadele.

### 3.7.22 Ootused eelseisvatele muudatustele

2008. aasta kevad-suvel uuringus osalenud R-spetsialistid olid kuulnud, et R-teenuse ümberkorraldamiseks on 2009. aastast oodata reforme, kuid nende osas oli palju selgusetust (nt rahaküsimuste lahendamiseks). Lisaks oli neil infot, et 2010. aastaks on kavandatud 5-aastaste halduslepingute sõlmimine, mis peaks R-asutuste ja -meeskondade ebakindlust vähendama ning aitama kaasa järjekindlana teenuse osutamisele.

R-spetsialistid kinnitasid, et praegune süsteem on teoreetiliselt üles ehitatud ja et hetkel R-teenus ei täida oma pikaajalist eesmärki. Üks seisukohtadest oli muuhulgas, et süsteemi modifitseerimise asemel tuleks see uuesti üles ehitada. Uus lähenemine peaks olema inimese- ja eesmärgikeskne

ning sellesse lähenemisse on usku. Nähakse ka positiivseid muutusi arusaamades SOM/SKA tasandil.

Loodetakse, et kaugel ei ole ka kliendikeskse andmebaasi loomine, mis võimaldaks kontrollida, kas ja milliseid teenuseid on klient juba mujal saanud. Praegu on oht, et klient paneb end mitmesse asutusse järjekorda, saab ühest R-asutusest teenust ja teisi teenuse osutajaid sellest ei teavita. Praegu puudub ülevaade järjekordadest kõikides R-asutustes.

Nagu eelnevalt dokumentatsiooni täitmisega seonduvate probleemide äratoomisel mainitud, loodavad R-spetsialistid, et kaugel ei ole aeg, kui e-riik jõuab ka nende töövaldkonda. Et R-plaani haldamine ja dokumentatsioon hakkab toimuma elektrooniliselt, aga mitte paberil nagu praegu. Siis oleks lihtsam organiseerida meeskonnatööd ja R-plaan oleks asjaosalistele paremini kättesaadav.

Loodetakse samuti, et kliendi teadmised enda õigustest, kohustustest ning R-teenusest ja selle eesmärkidest kasvavad.

### **3.8 R-TEENUSE KVALITEET**

Kvaliteedi mõõtmiseks nii R-teenuse osas tervikuna kui selle üksikteenuste puhul puudus R-spetsialistide sõnul 2008. kevad-suvel ühtne süsteem - iga meeskond hindab seda oma arusaamisest lähtuvalt. Ühtse süsteemi loomise muudavad keeruliseks ka erinevate vajadustega klientide sihtrühmad. Ühelt poolt 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.

#### **3.8.1 Kontroll teenuste osutamise üle**

R-meeskondi seob SKA-ga haldusleping, mille alusel R-teenuse osutajaid rahastatakse. SKA poolset kontrolli teenuseosutajate üle peeti kaootiliseks, sest kontrollivad ametnikud vahetuvad pidevalt, ning bürokraatlikuks, kuna kontrollitaksegi peamiselt halduslepinguga ette nähtud „paberimajandust”. Mingil määral küll jälgitakse ka sisulisi asju, näiteks vasturääkivuste korral R-plaanis helistatakse selle koostanud meeskonnale ja nõutakse paranduste sisseviimist. R-teenuse osutamiseks kasutatavaid ruume kontrollib ka Tervisekaitseamet.

SKA teostab kontrolli kvaliteedi üle ka R-spetsialistidele seatavate kvalifikatsiooninõuete osas – enne, kui need pole täidetud, ei saa spetsialisti R-meeskonda tööle registreerida.



Esineb ka klientidele helistamist ja teenuste mahu kontrollimist SKA poolt. Käiakse ka protseduure kontrollimas, aga hiljem tagantjärgi kontrolli pole võimalik teostada. Negatiivsena toodi mõne osaleja poolt välja poole aasta pealt halduslepingu tingimuste muutmine ja seeläbi n.ö jõupositsioonile asumine. Positiivsena nähti, et SKA-sse küsimustega pöördumisel antakse sealt alati nõu.

R-teenuste kohta on võimalik kliendil kaebus esitada, sel juhul kutsutakse R-meeskonna juht SKA-sse aru andma. R-spetsialistid arvavad, et kvaliteetse teenuse osutamist stimuleerib klientide poolt lisaks nn isereguleeriv turg - inimesed ei läheks teenusele, mille tingimused neile ei sobi.

Kui SKA ekspertarstid ka püüavad oma eriala tööd sisuliselt kontrollida, siis teise eriala spetsialisti puhul pole selline hinnangu andmine uuringus osalejate arvates siiski võimalik – spetsialistide sisulist tööd saavad kontrollida ainult sama eriala inimesed või kutseliidud, kes väljastavad oma eriala spetsialistidele kutsetunnistusi.

### **3.8.2 Teenuste kvaliteedi hindamine**

Kvaliteedi hindamiseks R-teenuste pakkumisel tõid R-spetsialistid välja erinevaid lähenemisi nii kliendi, teenuse enda kui teenuseosutaja vaatenurga alt, neist olulisematenä:

- kliendi (ja lähedaste) rahulolu teenusega
- kliendi tagasipöördumist teenust osutanud R-meeskonna/ R-spetsialisti juurde
- teenustele saabujate arvu (ehk nõudluse) püsimist
- muutust kliendi seisundis/toimetulekus
- koolis - arenguestlusteid kord aastas, kus on kohal nii spetsialistid kui lapsevanemad
- kliendi sisenemist või tagasipöördumist tööturule
- R-spetsialistide kvalifikatsioonitaset
- eesmärgiks seatud tulemuste saavutamist kogu meeskonnaga ning tervikliku tulemuse hindamist
- osutatavate R-teenuste võrdlemist kindlate standarditega
- asutuse kvaliteedijuhi olemasolu, kes tegeleks ka R-teenusega
- R-teenuse osutamiseks kasutatavate ruumide seisukorda
- järjekorra pikkust teenuste saamiseks
- koolitustel käimist ja saadud teadmiste rakendamist
- tagasimaksete ja SKA trahvide puudumist

Kliendirahuolu näitajaks, lisaks tagasispöördumisele, on ka tagasiside küsimine: mitmete R-meeskondade juhid väitsid, et nad seda ka teevad. Samas ei peeta kliendi arvamust kvaliteedinäitajana alati piisavaks, vähemalt mitte piisavalt adekvaatseks, et selle põhjal võiks toimuda rahajagamine. Kliendilt arvamuse küsimine võimaldab pigem hinnata rahulolu töötajate suhtlusviisi ja teenuste kiirusega.

Teisalt eksisteerib ka võimalus, et kliendid ei julge oma tegelikku arvamust avaldada kartuses, et äkki neile muidu järgmisel korral teenuseid ei võimaldata. Kolmandaks – kvaliteeti tuleks hinnata pigem kliendi hilisema toimetuleku kui ainult tema arvamuse (oli rahul, ei olnud rahul) järgi. Inimeste teadlikkus on madal. R-teenuseni jõuavad tihti need, kes tegelikult ei taha mitte R-teenust, vaid midagi muud – sanatooriumi. Kui inimese lootused on suunatud sanatoorse teenuse peale, siis ükskõik mida sa ka ei tee, ta ei ole ikka rahul.

Spetsialistide sõnul jääb R-teenuse osutamise aeg tihti nii lühikeseks, et selle aja jooksul ei olegi võimalik muudatusi esile kutsuda, seega ka kvaliteeti näha. Näiteks vaimupuudega klient käib 4 aastat teraapias ja alles siis tuleb mingisugune oskus. Ainult pidev tegevus väga pika aja jooksul võimaldab näha tulemust ja kvaliteeti. Puudega last saaks hinnata selle järgi, kas ta 3-5 aasta pärast saab põhihariduse kätte või mitte. Alles siis saab öelda, kas see oli peamiselt teenuse mõju või lisandusid ka muud asjad, näiteks vanemate töö lapsega, haridussüsteem - või kõigi nende koosmõju. Teenuse kvaliteedi näitajaks on ka see, kui kliendi või tema lähedaste teadlikkust on õnnestunud tõsta nii, et ta on suuteline spetsialistiga koos alustatud tööd iseseisvalt kodus jätkama ja seatud eesmärgid saavutama.

Meeskonnasisese tööna saadud tagasiside kasutamisel mainiti koosolekuid, kus arutatakse klientide poolt tõstatatud probleeme ja võimalikke lahendusi neile. Väiksema klientide arvu puhul toimub saadud tagasiside arvesse võtmine jooksvalt töö käigus

R-spetsialistide arvates võiks teenuste kvaliteedi hindamise aluseks olla süiski midagi enam kui kliendi arvamuse. Eesmärgid võiksid olla mõõdetavad, aga kahjuks ei ole Eestis oma konkreetseid standardeid ees. Suureks probleemiks ongi see, et pole loodud ühtseid hindamiskriteeriume.

Kui asutustes on kvaliteedijuht, siis enamasti tegeleb ta ka R-teenust puudutava kvaliteedi valdkonnaga. Kui kvaliteedijuhti ei ole, sõltub igast R-meeskonnast, kuidas seal töökorraldus ja eesmärgid on seatud. Esineb asutusi, kus R-teooriad on läbi töötatud (või on see tegemisel) ja püütud nende põhjal sõnastada endale eesmärk/missioon, millest kõik lähtuksid. Probleemiks on seejuures, et kuskilt pole midagi näidiseks võtta ja igaüks nokitseb oma äranägemise järgi.

Teenuste kvaliteedi tõusu tagaks ka see, kui meeskonna koordinaator teeks oma tööd põhikohaga. R-teenuste kvaliteedijuhti nähakse isikuna, kes edastab meeskonnale jooksvalt infot nõudmiste ja

muudatuste kohta. Kvaliteedi juhtimise poliitika all mõeldakse teadlikku protsessi, mis hindab hetkeolukorda, milles viibitakse ja kuidas seni pakutud kvaliteeti tõsta. Leitakse, et kvaliteedi tõstmisel tuleks end võrrelda ka teistega, vajadusel tuleb end täiendada.

Arstid töid välja, et objektiivseks teenuste kvaliteedi mõõtmiseks on rahvusvaheliselt välja töötatud süsteemid ja normid (nt toimetuleku mõõtmiseks) ning neid rakendatakse teistes riikides edukalt. Meeskonna iga liikme tase ongi kvaliteedi näitaja. Tema teenuse rahvusvahelised standardid näitavad, millise tasemega selles meeskonnas konkreetset teenust pakutakse. See on eriti oluline näitaja isikutele, keda välismaalt saadetakse Eestisse teenust saama. Erinevusena teistest Euroopa riikidest nähakse Eesti süsteemi rohkem teenusekesksena. Euroopas võimaldavad suuremat kliendikesksust aeg ja raha. Eestis on spetsialistilt seni oodatud suuremat klientide arvu ja kuna ühe kliendiga ei töötata algusest lõpuni, pole ka seetõttu võimalik tulemust näha.

Seotus rahvusvahelise teadusliku uurimistööga on samuti võimaluseks teenuse kvaliteet kindlate nõudmistega siduda, Eestis on ühel R-meeskonnal ka vastav kogemus.

R-spetsialistid tõdesid R-teenuste kvaliteeti tõmbab alla hoolekandesüsteemi üldolukord – eakad, kellele teenus pole tegelikult suunatud, tekitavad järjekordi. Teenuse pakkumisest keeldumiseks aga pole alust. Lisaks, kui teenuse osutamine vältaks ühe aasta asemel kolm, võiks rääkida kvaliteedi hindamisest hoopis teisiti. Kliendid ei ole tavalised ambulatoorsed haiged, vaid erivajadustega ehk pikaajaliste vajadustega (kauem kui 1 aasta). Kuid ka puuetega inimeste poliitika Eestis areneb ja muutub ajaga selgemaks, selgus sihtrühma osas on aga ka üks kvaliteetse teenuse osutamise olulisi aluseid.

### **3.8.3 R-teenuse kvaliteedi juhtimise poliitika**

R-teenuse kvaliteedi juhtimise õnnestunud poliitikat nähakse läbi võrgustiku kõigi osapoolte rahulolu prisma: asutus ja meeskond, SKA ja meeskond ning kliendi rahulolu (tagasitulemine). Kvaliteedi juhtimise poliitika arendamiseks oleks vaja sellekohast koolitust, aga sellele peab kindlasti eelnema mõõdetava kvaliteedistandardi väljatöötamine. Hindamisvahendid peaksid olema SKA-poolsed ja need hindamiskriteeriumid peaksid kõikide suhtes olema võrdsed.

Mõnede uuringus osalenud spetsialistide arvates ei ole väljend „kvaliteedi juhtimise poliitika” otseselt seotud R-meeskonna tegevusega, kuivõrd spetsialistide ülesandeks on osutada kliendile teenust, „poliitikat aga tehakse raha kaudu”. Meeskonnad, s.h spetsialistid ei kehtesta aga ise hindu ega R-plaanide pikkust. Poliitika peaks ennekõike tähendama jätkusuutlikust: kas saab ühele ja samale kliendile osutada teenust, kui ta tõesti seda pidevalt vajab või puudub selleks vajalik

rahaline ressurs. Praegune poliitika on lühiajaline, millega kaasneb ka n.ö lühiajaline teenus. Poliitikat alles tuleb hakata kujundada. Eesti meeskonnad on keskmiselt 1-3 aastat vanad. Kõikide ühine seisukoht on, et tuleb tagada pikaajaline teenus läbi pikaajalise plaani, sest pikaajaline klient vajab pikaajalist teenust läbi pikaajalise plaani.

### **3.9 KVALIFIKATSIOON JA KOOLITUSVAJADUS**

#### **3.9.1 Praeguste kvalifikatsiooninõuete puudused**

Spetsiaalse R-teenuse alase koolituse tõhustamiseks ja arendamiseks küsiti uuringu 1. etapis osalejatelt arvamust üldiselt nii praeguste R-spetsialistidele esitatavate kvalifikatsiooninõuete osas kui iga spetsialistidegrupi koolitusvajaduste kohta.

R-teenuse osutajad tunnistasid, et SKA jälgib hoolega meeskonnas olevate inimeste kvalifikatsiooni, vajalik haridus on seadusega paika pandud. Rahulolematust tekitas, et Sotsiaalministeerium ei võta arvesse täiendkoolituste pabereid. Seoses sellega tõstsid administratiivjuhid taas esile probleemi vajaliku tööjõu leidmisel. Leiti, et nõuded on liiga jäigad ja erialane kõrgharidusnõue meeskonna kvalifitseerimisel ei ole alati põhjendatud.

Tegevusterapeutid ja füsioterapeutid väitsid, et koolist tulev inimene on sageli alles mitme aasta pärast valmis tööd sellisel tasemel tegema, nagu mõni kogenud erialase hariduseta inimene teeb.

Sotsiaaltöötajad väitsid, et mujal maailmas lähtub R-alane koolitus eraldi metoodikast, aga meie haridussüsteemis kajastub R-teenuse pakkumine väga vähe - näiteks eripedagoogidele õpetatakse, sotsiaaltöötajatele mitte. Õed tõid välja kõrghariduse nõude enda erialal aastaks 2010. R-teenuse osas oodatakse seal mitte ainult 8-tunnist, vaid põhjalikumat ja süsteemsemat koolitust. Kõrgkoolis vaimse tervise õendusele spetsialiseerumisel on rehabiliteerimises kaks ainepunkti, aga tegelikult jääb sellest R-süsteemis õena töötamiseks väheks.

Logopeedil peab olema praeguse õppekava järgi magistrikraad, samas eripedagoogiks saab ka juba bakalaureusekraadiga. Varem said logopeedid rohkem meditsiinialast haridust, aga see on kallis. Logopeedide õppeprogrammid tuleks üle vaadata. Arvatakse, et R-meeskonna logopeedil peaks taseme määramiseks olema kutsetunnistus.

Ka psüühikahäiretega inimestega töötades oleks vaja läbida lisakoolitus.

Lisaks erialasele haridusele või koolitusel saadud kutsetunnistusele tuleks käia teatud aja tagant täiendkoolitustel.

### 3.9.2 Koolitusvajadus ja põhiprobleemid

Riikliku R-koolituse ühe olulise puudusena toodi välja, et riigil puudub süsteemne lähenemine, teabepäevi korraldatakse vaid pisteliselt. Vaja oleks aga nii erialaseid koolitusi (füsioterapeudid, tegevusterapeudid, sotsiaaltöötajad) kui ka üldisemaid, kogu R-meeskonna ametikoolitusi, samuti probleemi- ja sihtrühmaspetsiifilisi koolitusi (nt erivajadustega lastega töötavatele inimestele). Tegevusterapeudid tõid välja vajaduse grupiõppe järele: see hõlmaks ühe eriala inimesi, kes arutaksid ja jagaksid oma kogemusi ühistes vestlusringides (s.h kuidas õpetada lastele praktilise töö oskusi, et nad elus toime tuleksid). Koolitusvahenditena oleksid siin suureks abiks filmid või testid. Koolitajateks võiksid olla praktikud, kes igapäevaselt R-teenusega kokku puutuvad.

Üldisemal tasandil oleks vaja koolitusi, mis teeks kõigile asutustele üheselt selgeks, kuidas R-plaanis midagi tõlgendada, et kõik seda ka üheselt mõistaksid. Läbiviijaks peaks olema SKA, meeskondadele ja ekspertarstidele peaks olema ühine teabepäev.

Eriti vajalikuks peeti koolitusvõimalust alustavatele R-meeskondadele, sest iseseisev õppimine ja vigade tegemine võtab väga palju aega ja energiat. Seejuures tõid füsioterapeudid välja koolitusvajaduse R-meeskonnas alustavatele füsioterapeutidele, kus räägitaks, mida neilt oodatakse hindamisel, R-plaani koostamisel ja täitmisel. Selline koolitus peaks olema igal aastal, sest lepingupartnereid uuendatakse kord aastas. Koolituse pakkumisel peaksid osapoolteks olema erialaliit ja taas SKA, et koolis õpitu ja nõudmised kokku panna. See võiks toimuda seminari ja õpitubade vormis, kus saab grupina lahendada konkreetset juhtumit (seotud sama kliendirühmaga, kellele ka teenust osutatakse).

Eraldi toodi välja dokumentatsiooni täitmise koolituse vajadus. Praegu pakutakse sellealast infot harva ning seetõttu ei tea uued meeskonnaliikmed alati, kes ja kuidas midagi täitma peab. Dokumentatsiooniga külgnevalt on vajadus seadusandlust ja nõudeid puudutava koolituse järele – nii selguse saamiseks rehabilitatsiooni eesmärgist kui ka uuendustest nõudmiste osas. Mainiti ka raamatupidamist tutvustava koolituse vajadust.

Õed tõid välja hindamisega ja soovitustega seonduva koolituse vajaduse, mida peaks õpetama sama eriala inimene. (Õdesid ei saa koolitada lihtsalt ametnik, kes on näiteks lõpetanud sotsiaaltöö eriala.)

Vajalikuks peeti ka programmipõhise lähenemise ja võrgustiku loomise koolitusi.

Ka psüühikahäiretega inimestega töötavatele meeskondadele on kindlasti vaja spetsiifilist koolitust. (Seejuures arvati, et see tuleks väljast sisse osta, sest Eestis pole pädevaid inimesi.)

Mainiti ka kvaliteedijuhtimise alase koolituse vajadust.

Arstid huvitusid rehabilitatsiooni n.ö kõrgtehnoloogia koolitustest, mis hõlmaksid uute vahendite tundmaõppimist, et oskaks neid tahta ja soovitada.

Praktiseerimist ja õppimist kogemustega R-meeskondadelt peeti heaks ideeks, mis pakub vaheldust ja võimaldab tutvuda uute ideede ja vahenditega, kuid koolitus ei tohiks siiski sellega piirduda. Pikem praktiseerimine on lisaks seotud finantsküsimustega seotud (nt majutus) ja töölt puudumisega. Varianti, et alustav meeskond praktiseeriks töötava meeskonna juures, ei peetud samas mõistlikuks: meeskonna külastamine pole piisav, ei jõua kõike ära küsida, teise meeskonna ajagraafikusse on raske sobituda, iga meeskond on töötanud välja oma skeemi, kliendi seisukohast on ebamugav nii suure seltskonna eest oma probleemidest rääkida. Parimaks meetodiks peeti ikkagi eraldi koolitust.

Mitmed meeskonnaliikmed nentisid, et erialase koolituse võimalusi pakub neile oma erialaühing, s.h võimalusi täiendõppeks välismaal. Siiski toodi välja, et võimalusi teiste riikide kogemustega tutvuda ja neist õppida võiks olla oluliselt rohkem – kasvõi selle osas, kuidas nende juures toimub EL struktuurifondide poolt R-valdkonnale eraldatud rahade kasutamine. Sellise info osas valitseb täielik puudus. Samas on taolised koolitusreisid just kõige kulukamad ja suurel osal R-asutustest/-meeskondadest ei ole selleks ressursse. Kui mingil hetkel on koolitusteks ka mingi raha olemas, siis pole kindel, kas seda ka järgmisel aastal saab planeerida (nt muutunud poliitiliste prioriteetide või majanduslanguse tõttu). Üheks võimaluseks oleks seetõttu ka teiste riikide R-meeskondade kutsumine Eestisse ja kogemuste jagamine rohkematele siin kohapeal.

Nagu eelpool öeldud, peetakse koolitusi ka üheks töötajate motivatsiooni tõstmise võimaluseks.

Psühholoogid tõid eraldi välja, et lisaks R-meeskonna liikmetele vajaksid eraldi koolitust ka R-teenuseid kasutava isiku pereliikmed. Rõhutati, et ka nende koolitus peaks olema süsteemne.

Seniste koolituste korraldamisel häirib R-meeskondade liikmeid Tallinna-keskne lähenemine – Lõuna-Eestis on palju R-teenuse pakkujaid, aga osad koolitused/ümarlauad toimuvad vaid Tallinnas. Lõuna-Eesti inimestele võiks koolitusi ikka oma piirkonnas korraldada. Kagu-Eestis näiteks lahendati füsioterapeutide puhul probleem nii, et telliti koolitus asutusse kohale. Ka meeskonnakoolitus toimus asutuses kohapeal.

Kuna enamus meeskonnaliikmeid töötab töövõtulepinguga, siis lähetust mujal toimuvale koolitusele vormistada ei saa.

Nädalavahetustel toimuva koolituse osas toodi välja, et töö kõrvalt võib neil osalemine olla kurnav, sest ei jää vabu päevi.

Kokkuvõtvalt vajatakse koolitusteenust nii rehabilitatsiooniteema üldisel kui sissejuhatavatel teemadel koos rahvusvahelise kogemuse sissetoomisega, lisaks ka erialade kaupa, et erinevate asutuste spetsialistid saaksid omavahel suhelda ja kogemusi vahetada. See innustaks ka uusi tegijaid juurde tulema.

### **3.10 SUPERVISIOONI TEENUS R-MEESKONDADELE**

Rehabilitatsioonivaldkonna üheks oluliseks töökultuuri osaks, et peegeldada oma tööprotsessi ning parandada teenuse kvaliteeti, peetakse supervisiooni.

Supervisiooni teenuse saamist peeti uuringus osalejate poolt oluliseks, kuna see võimaldab oma juhtumitest rääkida ja keerukamate puhul nõu küsida. Samas ei osata selle tegelikku väärtust veel hinnata, sest rahapuuduse tõttu puudub klienditöötajatel regulaarse supervisiooni kogemus. Mõned R-meeskonnad on selle teenusega kokku puutunud, aga üldjuhul pole selle sisseostmiseks vahendeid (nt. üks meeskond taotles supervisiooni ja meeskonnakoolituse jaoks eraldi projektirahad). Supervisiooni kasutatakse ka vähe, kuna arvatakse, et spetsialistid saavadki ise hakkama – kuni nad on läbi põlenud.

Supervisiooni ühe läbiviijana nähakse nn multidistsiplinaarse ettevalmistusega inimest. Paaril uuringus osaleja R-meeskonnal oli supervisiooni kogemus psühholoogi eestvedamisel. Teenus telliti sisse ja see toimus kahe seansina kolmekuuse vahega. Füsioterapeudi hinnangul olid tulemused head ja meeskonnatöö paranes, sest saadi aru, mida üksteiselt oodati. Samas on see raske protsess, sest võib kohati väga isiklikuks minna. Leiti, et selline supervisioon on kasulik just suuremates ettevõtetes.

Supervisiooni võiks toimuda erialade ja juhtumite tasandil. Teatakse aga, et teenust pakkuvaid spetsialiste on vähe ja nad on suhteliselt erinevad. Vajalik oleks põhitöökohaga superviisoreid, kes ei teeks seda tööd põhitöö kõrvalt.

Samas oli arvamusi, et supervisioon võiks toimuda ka meeskondadevahelise või -sisese aruteluna. Paljus ongi seni kasutatud omavahelise arutamise võimalust, kogemusi väljapoolt tuleva superviisoriga eriti pole. Ideaalis võiks supervisiooni läbi viia kord kuus või vähemalt 1-2 korda aastas kokku saada, et kogemusi vahetada.

Võiks olla ka lihtsalt tööalast nõustamist, kuidas üht või teist probleemi lahendada. Hetkel helistatakse probleemide korral kolleegidele, aga pole professionaalset inimest, kes kõigele vastata oskaks.

Meenutati, et SKA käsitles superviisori teenust ühel teabepäeval, tegelikult peaks ka seda teemat käsitlema regulaarselt, mis aitaks tõsta R-meeskonna motivatsiooni oma teenuseid pakkuda.

Vajadust riigipoolse supervisiooniteenuse tutvustamise ja võimaldamise osas näitab ka asjaolu, et leidis R-meeskonna liikmeid, kes ei saanud aru, mida supervisioon endast täpselt kujutab ja milleks see vajalik on.

### **3.11 PITRA TARKUSERAAMATU KASUTAMINE**

PITRA Tarkuseraamat koostati Tervise Arengu Instituudi PITRA1 projekti raames (“Puuetega inimene tööturule juhtumipõhise rehabiliteerimise abil”). Selle loomises osalesid mitmed R-spetsialistid üle Eesti, kellest mõned osutasid ka käesolevas uuringus osalejateks ning kelle sõnul “seal on lahti kirjutatud see, mis tegelikult toimus.”

Mitmed uuringus osalenud R-spetsialistid oma igapäevatöös PITRA Tarkuseraamatut otseselt ei kasutanud, kuigi vahel on seda teatud lisainfo saamiseks „lapatud”. Mitme meeskonnajuhi väitel ei ole PITRA Tarkuseraamat kujunenud “käepäraseks” ja oma igapäevatöös nad lihtsalt ei kasuta seda, kuna “me oleme ilma selleta hakkama saanud.” Õed ja arstid märkisid mittekasutamise põhjendusena ajapuudust, administratiivjuhid, et vaatavad sotsiaalhoolekande seadust ja halduslepingut ning füsioterapeudid arvasid, et seda on rohkem vaja sotsiaaltöötajatele.

Leiti, et PITRA Tarkuseraamat on pigem teoreetiline baas ning R-meeskondi ümbritsev igapäevapraktika haakub sellega üha vähem, samas toodi tarkuseraamatu tugeva küljena välja materjali süsteemsust ja terviklikkust.



## 4 TULEMUSTE ÜLEVAADE - 2. ETAPP

Uuringu 2. etapi eesmärgiks oli koguda mõningaid statistilisi andmeid R-meeskondade kohta lisaks Sotsiaalkindlustusameti registris kajastuvatele R-teenuse andmetele, samuti uuriti R-meeskonna juhtide arvamus ja hinnanguid R-teenuse pakkumise erinevate aspektide osas. Eesmärgiks oli saada ülevaade hetkeolukorrast ning luua võimalus jälgida valitud näitajate muutumist aja jooksul edasise kordusuuringu kaudu.

Uuringu 2. etapi valimi moodustasid kõik R-meeskonnad, keda SKA halduslepingute põhjal oli 72 ning eesmärgiks oli küsitleda neist kõigi juhte (kõikne valim). Küsimustikule vastas 73% R-meeskondadest ehk 11 maakonna 53 R-meeskonna kontaktisikut, s.o. kas meeskonnajuhti, administratiivjuhti või nende poolt volitatud meeskonnaliiget.

Põhitulemustega tutvumisel on oluline lisaks lähtuda teadmised, et saadud tulemusi üldistatakse eelkõige vastajaskonnale ning neid tuleb vaadelda kui ligikaudseid hinnanguid R-süsteemi olukorrale 2008. aasta sügisel. Tegemist oli pilootküsimustikuga, kus testiti küsimuste sobivust nii sõnastuse kui kogutavate andmete osas, võimalikele probleemidele terminite tõlgendamisel või tulemustes on erinevate küsimuste all ka viidatud.

### 4.1 PÕHITULEMUSED

Nagu eelnevalt öeldud, oli uuringu valimit ette valmistades SKA registri põhjal olemas ülevaade meeskondade maakondliku paiknemise ning nende poolt osutatavate teenuste sihtrühmade osas. Ülevaade puudus aga R-meeskondade administratiivse jaotuse, suuruse, omandivormi, õigusliku liigituse ja teiste n.ö taustatunnuste osas, seetõttu oli 2. etapi küsimustiku eesmärgiks kaardistada lisaks ka sellist infot. Kuna küsitleda ei õnnestunud kogu valimit (kõiki 72 R-meeskonda), mis oleks andnud tegeliku pildi olukorrast, ei ole tulemusi siiski nende taustatunnuste lõigetes analüüsitud, vaid on piirdutud nende tulemuste kirjeldusega.

**K. 1 - Kas teie meeskond tegutseb iseseisva üksusena või mõne teise asutuse, ettevõtte või organisatsiooni allüksusena?**

62% vastanud R-meeskondadest töötas teise asutuse allüksusena, 38% aga iseseisva üksusena (tabel 1).

Tabel 1 – R-meeskondade jagunemine iseseisvaks või teise asutuse allüksusteks

|  | Arv       | %           |
|--|-----------|-------------|
| Iseseisev üksus (osaühing, aktsiaselts jm) | 20        | <b>38</b>   |
| Teise asutuse allüksus                     | 33        | <b>62</b>   |
| <b>KOKKU</b>                               | <b>53</b> | <b>100%</b> |

### K. 2 - Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte või organisatsiooni omandivorm?

60% meeskondade omandivorm oli eraõiguslik, 40% meeskondade haldajaks oli aga kas kohalik omavalitsus (25%) või riik (15%). Mitte ühegi meeskonna omandivormiks ei olnud välismaa eraõiguslik isik.

Tabel 2 – R-meeskonna või seda haldava asutuse omandivorm

|                     | Arv       | %           |
|---------------------|-----------|-------------|
| Riik                | 8         | <b>15</b>   |
| Kohalik omavalitsus | 13        | <b>25</b>   |
| Eraõiguslik isik    | 32        | <b>60</b>   |
| <b>KOKKU</b>        | <b>53</b> | <b>100%</b> |

### K. 3 - Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte, organisatsiooni õiguslik liigitus?

64% R-meeskondadest on vormistanud end mittetulundusühingu või sihtasutusena, 34% on registreeritud äriühinguna. Ainult üks R-meeskond oli registreerunud füüsilisest isikust ettevõtjana (tabel 3).

Tabel 3 – R-meeskonna õigusliku liigituse ja erineva suurusega meeskondade vaheline suhe

|   | Arv       | %           |
|---|-----------|-------------|
| Mittetulundusühing või sihtasutus       | 34        | <b>64</b>   |
| Äriühing (s.h aktsiaselts, osaühing jt) | 18        | <b>34</b>   |
| Füüsilisest isikust ettevõtja           | 1         | <b>2</b>    |
| <b>KOKKU</b>                            | <b>53</b> | <b>100%</b> |

**K. 4 - Kui kaua teie meeskond on R-teenuseid osutanud?**

R-meeskonna asutamisaja (aasta ja kuu) küsimusele vastas 39 vastajat 53-st uuringus osalenud R-meeskonna juhust. Vastanutest vanim oli tegutsenud üle 8 aasta. Ligi pooled (46%) olid üle 3 aasta vanad ja veidi üle poolte (54%) tegutsenud kuni 3 aastat (tabel 4).

**Tabel 4 – R-meeskondade loomisaeg aastatel 2000-2008**

| <b>Aasta</b>                      | <b>Meeskondade arv</b> | <b>%</b>    |
|-----------------------------------|------------------------|-------------|
| 2000                              | 4                      | 12%         |
| 2001                              | 2                      | 6%          |
| 2002                              | 2                      | 5%          |
| 2003                              | 2                      | 5%          |
| 2004                              | 2                      | 6%          |
| 2005                              | 6                      | 16%         |
| 2006                              | 7                      | 18%         |
| 2007                              | 10                     | 27%         |
| 2008                              | 4                      | 11%         |
| <b>KOKKU aastatel 2000 - 2008</b> | <b>39</b>              | <b>100%</b> |
| <i>Seejuures:</i>                 |                        |             |
| <i>2000 – 2005 a</i>              | <i>18</i>              | <i>46%</i>  |
| <i>2006 – 2008 a</i>              | <i>21</i>              | <i>54%</i>  |

**K. 5 - Millised on teie meeskonna R-teenuse sihtrühmad?**

R-meeskonnad saavad halduslepingu raames osutada R-teenuseid rohkem kui ühele sihtgrupile. Sellest lähtuvalt oli antud küsimuses võimalik märkida ka mitu vastust, mille tulemused on toodud tabelis 5. Teenuste sihtgrupina domineerivad 16-a ja vanemad inimesed - neile osutas R-teenuseid 77% R-meeskondadest. Lastele kuni 18. eluaastani osutas teenuseid 64% ning psüühiliste erivajadustega isikutele 59% meeskondadest. Alaealiste komisjoni otsuse alusel saadetud isikutele osutas teenuseid väikseim hulk R-meeskondi – vaid 13%.

**Tabel 5 – R-meeskondade teenuste osutamine sihtgruppidele 1-4**

| <b>Sihtgrupp/ n=53</b>  | <b>Arv</b> | <b>%</b>  |
|---|------------|-----------|
| <b>16-aastased ja vanemad isikud</b> (Sihtgrupp 2: Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2 <sup>1</sup> lg 2 p 2 tähenduses; puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad isikud)                                   | 41         | <b>77</b> |
| <b>Lapsed kuni 18. eluaastani</b> (Sihtgrupp 1: Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2 <sup>1</sup> lg 2 p1 tähenduses; puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad lapsed)                                       | 34         | <b>64</b> |
| <b>Psüühilise erivajadusega isikud</b> (Sihtgrupp 3: Riikliku pensionikindlustuse seaduse §-s 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud psüühilise erivajadusega isikud, kellele on määratud töövõimekaotus 40% või enam) | 31         | <b>59</b> |

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>Alaealised seaduserikkujad</b> (Sihtrühm 4: Alaealiste komisjoni otsusel alaealiste mõjutusvahendite seaduse § 1 lg 2 ja lg 3 nimetatud isikud) | 7 | <b>13</b> |
|--|---|-----------|

Lisainfona võiks välja tuua, et mõned R-meeskonnad osutasid teenuseid ka ainult ühele sihtgrupile:

- ainult 1. sihtgrupile - 3 meeskonda;
- ainult 2. sihtgrupile - 6 meeskonda,
- ainult 3. sihtgrupile - 3 meeskonda,
- ainult 4. sihtgrupile - 3 meeskonda

Kokkuvõtvalt osutas kõigist neljast sihtgrupist vaid ühele teenuseid 15 R-meeskonda ehk 8% 53-st R-meeskonnast.

#### **K. 6 - Millised on teie meeskonna R-teenused?**

Vastavalt sihtrühmadele on erinevad ka R-teenused, mida R-meeskonnad osutavad. Siinjuures on oluline teada, et kogu R-protsess saab PITRA1 kirjeldusest lähtuvalt alguse üldistest R-teenustest: kõigepealt rehabilitatsiooni hindamine ja tegevuskava koostamine – lühidalt R-plaani koostamine, ning seejärel R-plaani tegevuskava elluviimine – ehk R-plaani täitmise juhendamine ja tulemuste hindamine. R-plaani koostades määratakse kindlaks edasised üksikspetsialistide poolt osutatavad R-teenused (edaspidi üksikteenused).

Käesolevas uuringus küsiti R-meeskondadelt nii 2 üldise kui 16 üksikteenuse kohta, lisaks paluti märkida ja kirjeldada muud rehabilitatsiooni toetavad teenused, mida R-meeskond osutab. Tulemused on toodud tabelis 6.

Peaaegu kõik R-meeskonnad osutavad üldiseid R-teenuseid ehk nii R-plaani koostamise (94%) kui selle täitmise juhendamise ja tulemuste hindamise teenust (93%). Üksikspetsialistide teenustest osutati enim sotsiaaltöötaja teenust (93%) ja psühholoogi teenust (üksik - 93%, perenõustamine – 87%). Järgnesid sotsiaaltöötaja perenõustamine (83%) ja füsioterapeudi teenus (74%).

**Tabel 6 – R-meeskondade poolt osutatud R-teenused**

| <b>Teenuse liik/ n=53</b>                                     | <b>Arv</b> | <b>%</b>  |
|---|------------|-----------|
| R-plaani koostamine   | 50         | <b>94</b> |
| R-plaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamine | 49         | <b>93</b> |
| Sotsiaaltöötaja teenus  | 49         | <b>93</b> |
| Psühholoogi teenus  | 49         | <b>93</b> |

| <b>Teenuse liik/ n=53</b>   | <b>Arv</b> | <b>%</b>  |
|---|------------|-----------|
| Psühholoogi perenõustamise teenus                                 | 46         | <b>87</b> |
| Sotsiaaltöötaja perenõustamise teenus                             | 44         | <b>83</b> |
| Füsioterapeudi teenus   | 39         | <b>74</b> |
| Logopeedi teenus  | 37         | <b>70</b> |
| Eripedagoogi teenus   | 36         | <b>68</b> |
| Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus                          | 34         | <b>64</b> |
| Sotsiaaltöötaja grupinõustamise teenus                            | 34         | <b>64</b> |
| Füsioterapeudi grupitöö teenus                                    | 33         | <b>62</b> |
| Psühholoogi grupinõustamise teenus                                | 33         | <b>62</b> |
| Logopeedi perenõustamise teenus                                   | 33         | <b>62</b> |
| Eripedagoogi perenõustamise teenus                                | 31         | <b>59</b> |
| R-teenuse osutamine koos majutusega (toitlustamine 1 kord päevas) | 30         | <b>57</b> |
| Eripedagoogi grupinõustamise teenus                               | 24         | <b>45</b> |
| Logopeedi grupinõustamise teenus                                  | 24         | <b>45</b> |
| Transporditeenus kliendi juurde                                   | 20         | <b>38</b> |
| <i>muu toetav R-teenus</i>  | 24         | <b>45</b> |

Muid rehabilitatsiooni toetavaid teenuseid osutas 24 R-meeskonda (45%), neist 10 R-meeskonna juhid märkisid lisaks järgmised:

- viipekeele kursused peredele
- tööharjutus, perelaager, psühhosotsiaalne rehabilitatsiooniprogramm
- tugisik ja ajutine hoiuteenus
- rehabilitatsiooni- ja toimetulekulaagrite ja -programmide läbiviimine, sh puudespetsiifilised pereprogrammid-laagrid, lapsehoiuteenus raske/sügava puudega lapsele, tööharjutusprogramm
- hooldusteenus seda vajavale majutusteenusega kliendile
- kohanemistreeningute organiseerimine erivajadusega lastele ja nende peredele
- kliendi kodukülastus, arsti või medõe konsultatsioon
- isikliku abistaja, tugisiku teenused
- individuaalne ja grupi psühhoteraapia, psühhodiagnostika
- igapäevaelu toetamise teenus, toetatud töötamise teenus R-teenuse baasil

#### **K. 7 - Mitu R-plaani teie meeskond koostas eelmise töönädala jooksul?**

Küsimus puudutas neid 50 R-meeskonna juhti, kelle meeskond osutas R-plaani teenust (tabel 6), küsimusele vastas neist 42, kellest 7 ei koostanud nädala jooksul mitte ühtegi R-plaani. Ülejäänud 35 meeskonda koostas nädala jooksul kokku 182 R-plaani ehk igapäevselt neist keskmiselt 5 R-plaani

nädalas (42 meeskonna keskmine – 4). Suurim nädala jooksul koostatud R-plaanide arv oli ühel meeskonnal – 22; väikseim neljal meeskonnal – üks R-plaan nädala kohta.

### **K. 8 - Millisele R-teenusele on teie meeskonnas praegu kõige pikem järjekord?**

R-teenuste järjekorrad on üks R-süsteemi olulisi näitajaid, kajastades ka SKA poolt peetavas R-teenuse osutajate registris ning olles pidevas muutumises.

53 uuringus osalenud R-meeskonna tulemused näitasid (tabel 7), et neist 22-s oli pikima järjekorraga teenuseks R-plaani koostamine (42%), järgnes füsioterapeudi teenus üksikspetsialisti teenusena 12-s meeskonnas (23%). 6 R-meeskonnal puudus järjekord R-teenustele.

**Tabel 7 - R-teenuste järjekorrad R-meeskondades**

| <b>R-teenuse nimetus/ n=53</b>           | <b>Arv</b> | <b>%</b>  |
|--|------------|-----------|
| R-plaani koostamine                      | 22         | <b>42</b> |
| Füsioterapeudi teenus                    | 12         | <b>23</b> |
| R-teenuse osutamine koos majutusega      | 4          | <b>8</b>  |
| Logopeedi teenus                         | 3          | <b>6</b>  |
| Psühholoogi teenus                       | 2          | <b>4</b>  |
| Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus | 1          | <b>2</b>  |
| Sotsiaaltöötaja teenus                   | 1          | <b>2</b>  |
| Psühholoogi perenõustamise teenus        | 1          | <b>2</b>  |

Kommentaarina küsimusele tõi üks vastaja välja asjaolu, et pakkudes R-teenusena toimetulekuprogramme ja laagreid elluastumise eas lastele ja noortele (s.h intellektipuudega), on praeguse rahastamissüsteemi ja üksiteenuste baasil järjekordade olemasolu väga raske hinnata: „Otsesest järjekorda ei ole, kuid nõudlus on puudespetsiifiliste pererehabilitatsiooni laagrite ja sellise tööharjutusprogrammi järele, mis toimiks aastaringselt, aidates intellektipuudega noore avatud tööturule. Kuna puudub kindel rahastusskeem, pole veel piisavalt jõudu seda pakkuda.”

### **K. 9 - Millises piirkonnas teie meeskond asub?**

Uuringule vastasid R-meeskondade juhid 11 maakonnast. Enamik vastajaid koondus neist kahte – Tartu ja Harju maakond (vastavalt 32% ja 23% kõigist vastajatest<sup>8</sup>). Järgnesid Ida-Virumaa (11%),

□

<sup>8</sup> Tulemused on erinevad SKA registri andmetest, mis peegeldavad R-meeskondade tegelikku arvu maakondades, võrdlused uuringus osalenud ja kõigi R-meeskondade arvu vahel aastal 2008 on toodud Lisa 2 tabelis 31 ning 2. etapi meetodika Andmeanalüüsi peatüki kirjeldustes.)

Põlva, Pärnu, Rapla ja Saare (kõigist 6%), Lääne-Viru ja Võru (mõlemast 4%) ning Valga ja Viljandi (mõlemast 2%).

**K. 10 - Nimetage kolm suurima klientide arvuga piirkonda, kust tullakse teie meeskonna R-teenustele?**

Uuringu üheks eesmärgiks oli teada saada, millised Eesti piirkonnad, lisaks oma maakonnale, on iga piirkonna R-meeskondade peamiseks klientideks. Järgnevad tulemused annavad ülevaate kolme suurima klientide arvuga maakonna kohta kõigi uuringus osalenud 11 maakonna osas 53 vastaja andmete põhjal. Tärniga (\*) märgitud maakondade tulemusi võib üldistada kogu selle maakonna R-meeskondadele (sealt vastasid kõik), ülejäänute puhul on tulemused üldistatavad vaid uuringus osalenud meeskondadele<sup>9</sup>

**Harju maakonda** tuleb kliente oma maakonnast 46% ning Lääne ja Pärnu maakonnast (vastavalt 19% ja 15%).

**Tartu maakonda** tuleb kliente oma maakonnast 36%, seejärel Jõgeva maakonnast (25%) ja Põlva maakonnast (14%).

**Põlva maakonna\*** kliendid on pärit Tartu maakonnast (33%) ning võrdne arv kliente on enda maakonnast ja Võrust (mõlemast 22%)

**Ida-Viru maakonna** klientideks on peamiselt sama maakonna kliendid (67%) ja vähem väljast (Harju, Lääne-Viru ja Tartu – igast maakonnast vastavalt 11%).

**Pärnu maakonda\*** tullakse peamiselt Pärnu maakonnast (38%) ja Lääne maakonnast (25%).

**Rapla maakonda\*** tullakse peamiselt samast maakonnast (43%), kõigist ülejäänud maakondadest võrdsete osadena (kokku 57%).

**Valga maakonda\*** tullakse võrdselt Valga, Tartu ja Harju maakonnast (kõigist 33%).

**Võru maakonda** tullakse oma maakonnast (40%), Põlvast (40%) ja Tartust (20%).

**Viljandi maakonda** tullakse peamiselt Viljandist (50%) ja Järvast (50%).

**Lääne-Viru maakonda\*** tullakse peamiselt samast maakonnast (50%) ning Järvast ja Ida-Virust (mõlemast vastavalt 25%).

□

<sup>9</sup> Täpsem kirjeldus andmete üldistamisvõimalusele nii üldtulemuste kui maakondade lõikes on Lisa 2 peatükis 2. etapi meetodika – Andmeanalüüs.

**Saare maakonda\*** tullakse peamiselt samast maakonnast (50%) ning võrdsetes osades Tartu, Harju ja Hiiu maakonnast (kokku 50%).

Suurimat arvu maakondi teenindasid kaks gruppi - Tartu ja Harju maakonna R-meeskonnad (vastavalt 9 ja 7 maakonna kliente), kus asub ka suurim arv R-meeskondi (vastavalt Tartu mk 22 ja Harju mk 16 R-meeskonda – Lisa 2, tabel 34). Nende järel ka Põlva, Pärnu, Rapla, Saare maakonna R-meeskonnad (kõik 4-5 maakonna kliente). Vähem oli väljastpoolt oma maakonda kliente Valga, Võru, Ida-Viru, Lääne-Viru ja Viljandi maakonna R-meeskondadel (2-3 maakonna kliendid). R-teenustele saabumist teistest maakondadest selgitavad lisaks regionaalsetele asjaoludele (lähedus, isoleeritus jmt) ka nendes piirkondades tegutsevate R-meeskondade poolt teenindatavad sihtrühmad ja pakutavad teenused, mille jaotumist maakondades iseloomustab järgnev tabel 8, kus iga sihtrühma juues on esile toodud need kolm maakonda, kus talle enim R-meeskondi R-teenuseid pakub.

**Tabel 8 - R-meeskondade sihtrühmad maakondade lõikes**

|                  | <b>Sihtrühm 1</b> | <b>Sihtrühm 2</b> | <b>Sihtrühm 3</b> | <b>Sihtrühm 4</b> |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                  | <b>%</b>          | <b>%</b>          | <b>%</b>          | <b>%</b>          |
| <b>Harju*</b>    | <b>18</b>         | <b>25</b>         | <b>23</b>         | <b>14</b>         |
| <b>Ida-Viru*</b> | <b>15</b>         | <b>12</b>         | <b>13</b>         | <b>14</b>         |
| Lääne-Viru       | 6                 | 2                 | 7                 | 14                |
| Põlva            | 9                 | 7                 | 10                |                   |
| Pärnu*           | 3                 | 5                 | 3                 | 14                |
| Rapla            | 5                 | 5                 | 3                 |                   |
| Saare            | 5                 | 5                 | 6                 |                   |
| <b>Tartu*</b>    | <b>30</b>         | <b>34</b>         | <b>26</b>         | <b>43</b>         |
| Valga            | 3                 | 2                 | 3                 |                   |
| Viljandi*        | 3                 |                   | 3                 |                   |
| Võru*            | 3                 | 2                 | 3                 |                   |

\* tärniga märgitud maakondade tulemusi võib üldistada kogu selle maakonna R-meeskondadele (neist vastasid kõik), ülejäänute puhul on tulemused üldistatavad vaid uuringus osalenud meeskondadele.

Kõigi sihtrühmade jaoks pakuvad vastanud R-meeskondadest enim teenuseid Tartu, Harju ja Ida-Viru maakondade R-meeskonnad. Nagu eelnevalt öeldud, tegutseb neis maakondades ka enim R-meeskondi.



Tabel 9 - R-meeskondade poolt osutatavad R-teenused maakondade lõikes

|     | R-teenuste liigid / n=53                                      | Vastajate arv<br>n | R-meeskonna tegevuspiirkond |           |            |       |        |       |       |        |       |           |       |
|-----|---|--------------------|-----------------------------|-----------|------------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|
|     |   |                    | Harju*                      | Ida-Viru* | Lääne-Viru | Põlva | Pärnu* | Rapla | Saare | Tartu* | Valga | Viljandi* | Võru* |
|     |   |                    | %                           | %         | %          | %     | %      | %     | %     | %      | %     | %         | %     |
| 1.  | R-plaani koostamine   | 50                 | 22                          | 10        | 4          | 6     | 6      | 6     | 6     | 32     | 2     | 2         | 4     |
| 2.  | R-plaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamine | 49                 | 22                          | 10        | 4          | 6     | 6      | 4     | 6     | 33     | 2     | 2         | 4     |
| 3.  | Sotsiaaltöötaja teenus  | 49                 | 22                          | 12        | 4          | 6     | 6      | 4     | 6     | 31     | 2     | 2         | 4     |
| 4.  | Psühholoogi teenus  | 49                 | 24                          | 12        | 4          | 6     | 6      | 6     | 4     | 31     | 2     | 2         | 2     |
| 5.  | Psühholoogi perenõustamise teenus                             | 46                 | 24                          | 13        | 4          | 7     | 7      | 7     | 4     | 30     |       | 2         | 2     |
| 6.  | Sotsiaaltöötaja perenõustamise teenus                         | 44                 | 23                          | 14        | 5          | 7     | 7      | 5     | 5     | 30     |       | 2         | 5     |
| 7.  | Füsioterapeudi teenus   | 39                 | 23                          | 8         | 5          | 8     | 5      | 5     | 8     | 31     | 3     | 3         | 3     |
| 8.  | Logopeedi teenus  | 37                 | 24                          | 14        | 5          | 3     | 3      | 3     | 8     | 32     | 3     | 3         | 3     |
| 9.  | Eripedagoogi teenus   | 36                 | 25                          | 8         | 6          | 3     | 8      | 3     | 8     | 33     | 3     | 3         |       |
| 10. | Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus                      | 34                 | 29                          | 9         | 3          | 6     | 6      | 6     | 9     | 24     | 3     | 3         | 3     |
| 11. | Sotsiaaltöötaja grupinõustamise teenus                        | 34                 | 24                          | 9         | 3          | 9     | 9      | 3     | 6     | 32     |       | 3         | 3     |
| 12. | Füsioterapeudi grupitöö teenus                                | 33                 | 18                          | 9         | 3          | 9     | 6      | 6     | 9     | 30     | 3     | 3         | 3     |
| 13. | Psühholoogi grupinõustamise teenus                            | 33                 | 21                          | 9         | 3          | 9     | 9      | 3     | 6     | 33     |       | 3         | 3     |
| 14. | Logopeedi perenõustamise teenus                               | 33                 | 24                          | 15        | 6          | 3     | 3      | 3     | 9     | 30     |       | 3         | 3     |
| 15. | Eripedagoogi perenõustamise teenus                            | 31                 | 23                          | 10        | 6          | 3     | 10     |       | 10    | 35     |       | 3         |       |
| 16. | R-teenuse osutamine koos majutusega (toitlust. 1 kord päevas) | 30                 | 17                          | 7         | 7          | 10    | 10     | 3     | 10    | 23     | 3     | 3         | 7     |
| 17. | Eripedagoogi grupinõustamise teenus                           | 24                 | 21                          | 8         | 4          | 4     | 13     |       | 8     | 38     |       | 4         |       |
| 18. | Logopeedi grupinõustamise teenus                              | 24                 | 21                          | 13        | 4          | 4     | 4      |       | 8     | 38     |       | 4         | 4     |
| 19. | Transporditeenus kliendi juurde                               | 20                 | 5                           | 10        | 10         | 5     | 5      | 10    | 10    | 35     |       | 5         | 5     |

\* tärniga märgitud maakondade tulemusi võib üldistada kogu selle maakonna R-meeskondadele (neist vastasid kõik), ülejäänute puhul on tulemused üldistatavad vaid uuringus osalenud meeskondadele.

**Harju** maakonnas osutab enim R-meeskondi tegevus- ja loovterapeudi teenust (29%), eripedagoogi teenust (25%) ja psühholoogi ja logopeedi teenuseid (kõiki 24%). Üldpildina osutatakse kõiki uuritud teenuseid Harju maakonnas suhteliselt võrdselt, v.a transporditeenus kliendi juurde (5%).

**Tartu** maakonnas osutab enim R-meeskondi tegevus- ja loovterapeudi teenust (29%), eripedagoogi teenust (25%) ja psühholoogi ja logopeedi teenuseid (kõiki 24%). Üldpildina osutatakse kõiki uuritud teenuseid Harju maakonnas suhteliselt võrdselt, v.a transporditeenus kliendi juurde (5%).

#### **K. 11 - Milline on teie kui meeskonnajuhi roll meeskonnas spetsialistina?**

R-meeskonna juhtidena küsitlusele vastanutest kolmandik olid arstid (32%) ja kolmandik sotsiaaltöötajad (30%). Järgnesid psühholoogid (11%) ja tegevusterapeutid (8%). Loovterapeut ei olnud ühegi küsitlusele vastanud R-meeskonna juht. Meeskonnajuhtide täpsem jaotus spetsialistidena on toodud tabelis 10.

**Tabel 10 – Ankeedile vastanud R-meeskonna juhi roll meeskonnas spetsialistina**

|                 | <b>Arv</b> | <b>%</b>    |
|-----------------|------------|-------------|
| Arst            | 17         | 32          |
| Sotsiaaltöötaja | 16         | 30          |
| Psühholoog      | 6          | 11          |
| Tegevusterapeut | 4          | 8           |
| Muu eriala      | 3          | 4           |
| Õde             | 3          | 6           |
| Füsioterapeut   | 3          | 5           |
| Eripedagoog     | 1          | 2           |
| Logopeed        | 1          | 2           |
| Loovterapeut    | 0          | 0           |
| <b>Kokku</b>    | <b>53</b>  | <b>100%</b> |

#### **K. 12-13 - Kui palju järgnevaid arste ja R-spetsialiste töötab teie meeskonnas ja millise koormusega? - Muude arstide ja R-spetsialistide erialad.**

Käesoleva uuringuga koguti andmeid ka R-meeskondades töötavate arstide, spetsialistide ja nende töökoormuse kohta. Järgnevaid tulemusi tuleb tõlgendada teadmiseiga, et terminit „osatööaeg” võis tõlgendada mitte ainult 0,5 töökoormust, vaid ka 0,75 töökoormust või töötamist R-meeskonna juures näiteks „kord kuus”.

Uuringust selgust, et 53-s meeskonnas töötas 772 meeskonnaliiget, s.h 127 arsti ja 645 spetsialisti (ehk arstide ja spetsialistide üldsuhete vastavalt 16% ja 84% - tabel 11).

**Tabel 11 – R-meeskondade liikmed: arstid ja spetsialistid ning nende töökoormus**

|  | <b>Täis-<br/>ajaga</b> | <b>Osa-<br/>ajaga</b> | <b>N/A<br/>*</b> | <b>KOKKU</b> |
|--|------------------------|-----------------------|------------------|--------------|
| Psühhiaater                                      | 1                      | 33                    | 11               | <b>45</b>    |
| Taastusraviarst                                  | 11                     | 20                    | 5                | <b>36</b>    |
| Pediaater  |                        | 21                    |                  | <b>21</b>    |
| Muud arstid (neuroloog, nina-kõrva-kurgu jt)     | 1                      | 22                    | 2                | <b>25</b>    |
| <b>Arste kokku</b>                               | <b>13</b>              | <b>96</b>             | <b>18</b>        | <b>127</b>   |
| Füsioterapeut                                    | 45                     | 81                    | 2                | <b>128</b>   |
| Psühholoog                                       | 15                     | 80                    | 10               | <b>105</b>   |
| Sotsiaaltöötaja                                  | 21                     | 54                    | 9                | <b>84</b>    |
| Eripedagoog                                      | 10                     | 64                    | 6                | <b>80</b>    |
| Logopeed   | 9                      | 59                    | 11               | <b>79</b>    |
| Õde  | 11                     | 44                    | 64               | <b>64</b>    |
| Tegevus-terapeut                                 | 11                     | 38                    | 7                | <b>56</b>    |
| Muud spetsialistid (raamatupidaja, tugiisik, jt) | 7                      | 14                    |                  | <b>35</b>    |
| Loovterapeut                                     | 3                      | 10                    | 1                | <b>14</b>    |
| <b>Spetsialiste kokku</b>                        | <b>132</b>             | <b>444</b>            | <b>69</b>        | <b>645</b>   |
| <b>R-meeskondade liikmeid KOKKU</b>              | <b>145</b>             | <b>540</b>            | <b>87</b>        | <b>772</b>   |

\* N/A – puudub info, kas töötab R-meeskonnas täis- või osaajaga

Lisaks R-meeskonnas seadusega ette nähtud arstidele mainisid vastajad R-meeskonnaliikmetena ka anestezioloogi, allergoloogi, perearsti, reumatoloogi (2), ortopeedi, üldarsti (3), silmaarsti, kopsuarsti (taastusravi õigustega kopsuhaigustes), kardioloogi, neuroloogi (7), neuropatoloogi ja nina-kõrva-kurguarsti. Spetsialistidena mainiti lisaks ette nähtud ametitele sotsiaalhooldajat, päevakeskuse tegevusjuhendajat, psühhoterapeuti, toetatud töötamise tegevusjuhendajat, kliinilist psühholoogi, pedagoogi (3), rehabilitatsiooni administraatorit, tegevusterapeudi assistenti, raamatupidajat, tugiisikut (2) ja lapsehoidjat sügava puudega lapsele või noorele.

Tabelis 11 eelpool on toodud ka olemasolevad andmed arstide ja spetsialistide töökoormuse osas: kõigest 772-st meeskonnaliikmest kajastuvad andmed kokku 685 kohta. 109-st arstist töötas R-meeskondades ca 88% osaajaga (18 arsti osas info puudub). Ka 576-st spetsialistist töötas sarnane osakaal, 77% R-meeskondades osaajaga (69 spetsialisti osas info puudub).

**K. 14-15 - Kui palju arste ja spetsialiste vajaks teie meeskond juurde edukaks tegutsemiseks? - Muude arstide ja spetsialistide erialad.**

Lisaks R-meeskondades täis- või osajaga juba töötavatele arstidele ja spetsialistidele käsitles uuring ka meeskondade lisavajadust erinevate meeskonnaliikmete osas.

Vaadates kogutud tulemusi tuli tõdeda, et vastajad said küsimust tõlgendada erinevalt, nii koormuse- kui isikupõhiselt – ehk vastatud oli näiteks nii 0,5 s.t arsti või spetsialisti vajati poole koormusega (osajaga) kui ka täisarvudes, nt 1 - mida annab tõlgendada nii isiku- kui tööaja põhiselt (täistööaeg).

Tulemused võtab kokku tabel 12, kus iga arst-spetsialisti puhul on eristatud täiendav vajadus nii isikute arvuna kui ka täiskoormusega töökohtadena. Isikute arv (0,5 kohta ümardati andmeanalüüsis üheks isikuks ehk  $0,5+0,5=2$ ) annab seejuures ettekujutuse maksimaalsest vajalike meeskonnaliikmete arvust eeldusel, et kui kaks erinevat R-meeskonda (näiteks erinevates maakondades) vajavad kumbki 0,5 kohta, võib R-süsteem realselt juurde vajada kahte eraldi inimest. Selline info võiks olla eelkõige vajalik arstide-spetsialistide koolitusele mõeldes. Täistöökohtade arv on isikute arvust mõnevõrra väiksem, kuna kaks osajaga töökohta on summeeritud ( $0,5+0,5=1$ ) ning see võiks pigem mõõta vajadust lisakulutuste osas täiendava tööaja eest tasumiseks.

Esmalt, 13 R-meeskonnal 53-st (25%) olid olemas kõik vajalikud arstid ja R-spetsialistid. 53-st vastajast 28 märkis, et nende R-meeskonnas on olemas kõik vajalikud arstid ning 15, et neil on olemas kõik vajalikud spetsialistid. Sellest tulenevalt oli 15 meeskonnal, kus olemas kõik vajalikud arstid, siiski täiendav vajadus mõne R-spetsialisti järele. 40 R-meeskonna juhid märkisid täiendava tööjõuvajadusena kokku 216 R-meeskonna liiget (190 täistöökohta), s.h 36 arsti ja 180 spetsialisti. Tabelis 12 toodud kahes esimeses veerus on toodud täiendav vajadus iga arsti ja spetsialisti osas koos nende praeguse arvuga käesoleva uuringu andmetel. Tabeli viimasest veerust on näha vajadus arstide-spetsialistide täiendava töökoormuse osas.

**Tabel 12 –R-meeskondade vajadus täiendavate meeskonnaliikmete osas**

|                    | <b>Praegu isikuid</b> | <b>Täiendav vajadus (isikud)</b> | <b>Täiendav vajadus (töökohad)</b> |
|--------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Taastusraviarst    | 36                    | 13                               | 11,5                               |
| Psühhiaater        | 45                    | 13                               | 9,0                                |
| Muud arstid        | 25                    | 6                                | 2,5                                |
| Pediaater          | 21                    | 4                                | 2,5                                |
| <b>Arste kokku</b> | <b>127</b>            | <b>36</b>                        | <b>25,5</b>                        |
| Füsioterapeut      | 128                   | 31                               | 28,5                               |
| Eripedagoog        | 80                    | 28                               | 26,5                               |

|                                   | <b>Praegu isikuid</b> | <b>Täiendav vajadus (isikud)</b> | <b>Täiendav vajadus (töökohad)</b> |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Tegevusterapeut                   | 56                    | 28                               | 26,0                               |
| Logopeed                          | 79                    | 27                               | 25,5                               |
| Loovterapeut                      | 14                    | 19                               | 15,5                               |
| Psühholoog                        | 105                   | 17                               | 15,5                               |
| Sotsiaaltöötaja                   | 84                    | 15                               | 13,0                               |
| Muud spetsialistid                | 35                    | 12                               | 12,0                               |
| Õde                               | 64                    | 3                                | 2,0                                |
| <b>Spetsialiste kokku</b>         | <b>645</b>            | <b>180</b>                       | <b>164,5</b>                       |
| <b>R-meeskonna liikmeid KOKKU</b> | <b>772</b>            | <b>216</b>                       | <b>190,0</b>                       |

Muude arstide puhul toodi lisavajadusena välja 0,5 kohaga silmaarst, kõrva-nina-kurguarst ja neuroloog. Muude täiendavalt vajalike spetsialistidena mainiti rehabilitatsioonialase eriettevalmistusega kõrgharidusega spetsialisti, koordinaatorit, kliinilist psühholoogi ja psühhoterapeuti, tegevusjuhendajat, juhtumikorraldajat ja hipoterapeuti.

Täiendava aruteluna võiks edasi mõelda, et kuivõrd 80% spetsialistidest töötas R-meeskondade juures osajaga, on üks mõtlemiskohti siin, kas ja kuidas oleks võimalik 216 täiendavat meeskonnaliiget leida R-süsteemi juba kaasatud spetsialistide ja arstide hulgast ning motiveerida neid praegusest enam osutama just R-teenust.

#### **K. 16 - Millistel nädalapäevadel teie meeskond osutab R-teenuseid?**

Uurides, mitmel päeval ja millistel päevadel nädalas R-teenuseid osutatakse selgus, et uuringus osalenud R-meeskonnad osutasid teenuseid kõigil seitsmel nädalapäeval. Seejuures töötas näiteks 7 R-meeskonda kõigil seitsmel päeval nädalas, 28 R-meeskonda (53%) aga viiel päeval nädalas (tabel 13).

Meeskondi, kus R-teenuseid pakuti vähemalt viiel päeval nädalas oli kokku 40 ehk 75% uuringus osalenud R-meeskondadest. Esmaspäevast reedeni (tööpäevadel) pakkus teenuseid samuti 40 R-meeskonda ning lisaks ka laupäeval või pühapäeval (nädalavahetusel) 13 R-meeskonda. Tabelist 13 on lisaks näha, millistes maakondades erineva tööpäevade arvuga R-meeskondi leidis.

Tabel 13 – R-meeskondade tööpäevad nädalas

| Nädalas töötatud päevade arv | KOKKU<br>n=53 | Maakonnad  |
|------------------------------|---------------|--|
| 1 päev                       | 3             | Ida-Viru, Tartu, Võru  |
| 2 päeva                      | 3             | Rapla, Tartu   |
| 3 päeva                      | 6             | Harju, Ida- ja Lääne-Viru, Pärnu, Tartu                                      |
| 4 päeva                      | 1             | Põlva  |
| 5 päeva                      | 28            | Harju, Ida- ja Lääne-Viru, Pärnu, Rapla, Saare, Tartu, Valga, Viljandi, Võru |
| 6 päeva                      | 5             | Harju, Rapla, Tartu  |
| 7 päeva                      | 7             | Põlva, Pärnu, Saare, Tartu   |

**K. 17 - Nimetades kõiki päevi, mil teie meeskond osutab R-teenuseid kokku teie tööädalaks – mitu R-klienti teenindas teie meeskond eelmise tööädala jooksul?**

Meeskonnad osutasid küsitluse-eelsel tööädalal R-teenust kokku 857-le kliendile (\* - vt ka tabel 14 ja märkust selle all), mis teeb keskmiselt 16 klienti ühe meeskonna kohta (tabel 14). R-meeskondade erinevat suurust arvestades on lisaks näha, et suuremad meeskonnad teenindasid nädala jooksul keskmiselt ka rohkem kliente.

Tabel 14 – R-meeskonna poolt küsitluse-eelsel tööädalal teenindatud keskmine klientide arv erineva suurusega meeskondades

|   | KOKKU* | Meeskonna suurus |      |       |              |
|---|--------|------------------|------|-------|--------------|
|   |        | 5 liiget         | 6-10 | 11-15 | 16 ja rohkem |
| Klientide keskmine arv tööädala jooksul | 16     | 4                | 16   | 10    | 24           |

\* kuna vastajad tõlgendasid küsimust erinevalt - osa arvestas erinevate klientide, osa aga kõikide külastuste arvu - annavad saadud tulemused vaid ligikaudse ülevaate võimalikust klientide arvust

Ülevaate erineva maakonna R-meeskondade keskmisest klientide arvust tööädala jooksul annab tabel 15 - ülekaalukalt suurema keskmise klientide arvuga paistavad silma uuringus osalenud Viljandi ja Põlva R-meeskonnad vastavalt 57 ja 41 kliendiga tööädala kohta.

Tabel 15 – Küsitluse-eelsel tööädalal teenindatud klientide keskmine arv R-meeskondade maakondade lõikes

|                  | R-klientide keskmine arv |
|------------------|--------------------------|
| Viljandi maakond | 57                       |
| Põlva maakond*   | 41                       |
| Harju maakond    | 19                       |
| Tartu maakond    | 15                       |

|                     | <b>R-klientide keskmine arv</b> |
|---------------------|---------------------------------|
| Pärnu maakond*      | 12                              |
| Võru maakond        | 12                              |
| Ida-Viru maakond    | 11                              |
| Valga maakond*      | 11                              |
| Saare maakond*      | 11                              |
| Rapla maakond*      | 7                               |
| Lääne-Viru maakond* | 1                               |
| Jõgeva maakond      | -                               |
| Järva maakond       | -                               |
| <b>Keskmine arv</b> | <b>16</b>                       |

**K. 18 - Kui sobiv on praegune töökeskkond teie meeskonna jaoks R-teenuste osutamiseks?**

59% uuringus osalenud R-meeskondade juhtidest andis skaalal 1-5 (1=madalaim hinne ... 5=kõrgeim hinne) oma töökeskkonnale hinde 4 või 5 – keskmiseks hindeks töökeskkonnale kujunes 3,6.

**K. 19 - Kui piisavad on teie R-meeskonna töövahendid R-teenuste osutamiseks?**

72% uuringus osalenud R-meeskondade juhtidest andis skaalal 1-5 (1=madalaim hinne ... 5=kõrgeim hinne) oma töövahenditele hinde 4 või 5 – keskmiseks hindeks töövahenditele kujunes 3,8.

**K. 20 - Kui sobiv on praegune töökeskkond teie klientide seisukohast (s.t kas on mõeldud ligipääsule puuetega inimeste jaoks, jms)?**

63% uuringus osalenud R-meeskondade juhtidest andis skaalal 1-5 (1=madalaim hinne ... 5=kõrgeim hinne) oma praegusele töökohale klientide seisukohalt hinde 4 või 5 – keskmiseks hindeks kujunes 3,8.

Eeldusel, et suurematel meeskondadel võiks olla rohkem rahalisi vahendeid, seega ka paremad tingimused ja töövahendid teenuse osutamiseks (mis võiks omakorda olla aluseks kõrgematele hinnangutele), on tabelis 16 vaadeldud keskmiseid hinnanguid ka erineva suurusega R-meeskondade lõikes. Siin võib siiski tõdeda, et suuri erinevusi keskmistes hinnangutes ei ole.

Tabel 16 – Keskmised hinnangud töökeskkonnale ja töövahenditele kokku ja R-meeskonna suuruste lõikes

|   | R-meeskondade suurus |          |      |       |                   |
|---|----------------------|----------|------|-------|-------------------|
|   | KOKKU                | 5 liiget | 6-10 | 11-15 | 16 ja enam liiget |
| <b>K.18 - hinnang R-meeskonna töökeskkonnale</b>                      | <b>3,6</b>           | 3,7      | 3,4  | 3,8   | 3,7               |
| <b>K.19 - hinnang R-meeskonna töövahenditele</b>                      | <b>3,8</b>           | 3,8      | 3,5  | 4,0   | 4,0               |
| <b>K.20 - hinnang praegusele töökeskkonnale klientide seisukohast</b> | <b>3,8</b>           | 3,3      | 3,9  | 4,0   | 3,8               |

Küsimustes 22-24 antud keskmiste hinnangute regionaalsed erinevused on kirjeldatud tabelis 17 erinevate maakondade R-meeskondade hinnangutena. Tuues välja neis küsimustes rahulolematumad R-teenuste osutajad näeme, et oma töökeskkonda on madalaimalt (keskmise hindegga 3) hinnanud uuringus osalenud Põlva ja Valga R-meeskonnad, töövahendeid on lisaks Põlvale ja Valgale madalaimalt (3) hinnanud ka Saare maakonna R-meeskonnad. Töökeskkonna sobivust kliendile on madalaimalt hinnanud uuringus osalenud Põlva ja Pärnu R-meeskonnad – vastavalt 3 ja 3,3; seevastu Viljandi R-meeskonnad on andnud siin keskmiseks maksimumhinde 5.

Tabel 17 – Keskmised hinnangud töökeskkonnale ja töövahenditele maakondade lõikes

|   | R-meeskonna tegevuspiirkond |          |             |        |        |        |        |       |        |          |      |
|---|-----------------------------|----------|-------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|----------|------|
|   | Harju                       | Ida-Viru | Lääne-Viru* | Põlva* | Pärnu* | Rapla* | Saare* | Tartu | Valga* | Viljandi | Võru |
| <b>K.18 – hinnang R-meeskonna töökeskkonnale</b>                      | 3,5                         | 4,00     | 4,0         | 3,0    | 4,0    | 3,7    | 3,3    | 3,4   | 3,0    | 4,0      | 4,0  |
| <b>K.19 – hinnang R-meeskonna töövahenditele</b>                      | 3,9                         | 3,7      | 3,5         | 3,0    | 4,0    | 4,0    | 3,0    | 3,9   | 3,0    | 4,0      | 4,0  |
| <b>K.20 - hinnang praegusele töökeskkonnale klientide seisukohast</b> | 4,0                         | 3,7      | 2,5         | 3,0    | 3,3    | 3,7    | 3,7    | 4,1   | 4,0    | 5,0      | 3,5  |



**K. 21 - Kas teie meeskonnal või asutusel on R-teenuste osutamiseks välja töötatud kvaliteedikriteeriumid?**

Kuivõrd kvaliteetse R-teenuse üheks eelduseks võiks olla kvaliteedikriteeriumide olemasolu ja järgmine R-meeskonnas, oli uuringu üheks eesmärgiks koguda ka sellealast teavet. Uuringu tulemusena vastas 16 meeskonnajuhti, et nende meeskonnal on välja töötatud kvaliteedikriteeriumid, mis teeb 30% vastanutest; 70% vastas sellele küsimusele eitavalt. Regionaalses lõikes olid kvaliteedikriteeriumid välja töötatud 7 Harju, 3 Ida-Viru, 3 Tartu, 2 Põlva ja 1 Rapla maakonna R-meeskonnal.

**K. 22 - Kui tihti teie meeskond küsib klientidelt tagasisidet neile osutatud R-teenuste tulemuslikkuse kohta? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=mitte kunagi ja 5=alati.**

R-teenuste kvaliteedi tõstmise üks olulisi sisendeid on ka tagasiside küsimine ja saamine klientidelt. Seetõttu küsis uuring ka sellealast hinnangut otspunktidega skaalal 1-5, kus 1 tähendas, et tagasisidet ei küsita mitte kunagi ja 5 vastavalt, et seda tehakse alati, iga kliendi puhul. Alati (5) küsib klientidelt tagasisidet 32% ning peaaegu alati (4) 23%, mitte kunagi (1) 2% uuringus osalenud 53-st R-meeskonnast.

**K. 23 - Kellega teeb teie meeskond R-teenust osutades võrgustikutööd?**

R-teenuste vajaduse hindamiseks ja nende efektiivseimaks pakkumiseks on vajalik tõhus võrgustikutöö R-meeskonna ja teiste osapoolte vahel. 53 R-meeskonna kõige sagedasemate partneritena nimetati kliendi peret (98%) ja kohalikku omavalitsust (89%). Kõige vähem tehti küsimustikus loetletud osapooltest koostööd haiglate (44%), tööturuameti (42%) ja sanatooriumidega (15%). Täpsema ülevaate tulemustest annab järgnev tabel 18.

**Tabel 18 – R-meeskondade võrgustikutöö partnerid**

|                               | <b>KOKKU</b> |            |
|-------------------------------|--------------|------------|
|                               | n, %         |            |
|                               | n            | %          |
| <b>Kliendi pere*</b>          | 53           | <b>100</b> |
| <b>Kohalik omavalitsus*</b>   | 52           | <b>98</b>  |
| <b>Tööturuamet</b>            | 47           | <b>89</b>  |
| <b>Kool/lasteaed/töökoht*</b> | 22           | <b>42</b>  |
| <b>Haigla</b>                 | 32           | <b>60</b>  |
| <b>Sanatoorium</b>            | 23           | <b>43</b>  |
| <b>Teised R-meeskonnad*</b>   | 8            | <b>15</b>  |
| <b>muud koostööpartnerid</b>  | 30           | <b>57</b>  |

**K. 24 - Kas meeskonnas täistööajaga töötamine on teie arvates oluline, et spetsialist saaks pakkuda kvaliteetsemat R-teenust?**

Ühe hüpoteesina R-teenuste kvaliteedi aruteludes tõstatus väide, et töötamine R-meeskonnas täistööajaga (*versus* osaline tööaeg) võimaldab nii meeskonnaliikmel endal kui seeläbi kogu R-meeskonnal pakkuda kvaliteetsemat R-teenust. Paludes anda vastavale küsimusele omapoolne hinnang R-meeskonna juhtide poolt, arvas neist üle poole (59%), et spetsialist suudaks pakkuda kvaliteetsemat R-teenust, kui ta töötaks meeskonnas täistööajaga.

Täiendava infona võiks siia lisada eelpool ilmnenu asjaolu, et vastamise hetkel töötas 88% arsti ja 77% spetsialisti (keskmiselt 70% kõigist kokku) R-meeskondades just osaajaga.

**K. 25 - Kas teie asutus või meeskond on korraldanud rehabilitatsioonialaseid koolitusi?**

R-koolituste korraldamist defineeriti käesolevas uuringus päris laial skaalal, hõlmates nii vastavate sisekoolituste organiseerimist asutuses kohapeal kui meeskonnaliikmete osalemist koolitustel väljaspool R-meeskonda (s.h R-alase individuaalõppe rahastamist Eestis või välismaal). Seda laia tõlgendust võiks silmas pidada, analüüsides tulemusi, kus 66% R-meeskondadest (ehk 35 53-st) on selliseid koolitusi korraldanud. Vaadates seda tulemust meeskonna suuruste lõikes eristuvad eelkõige suured, üle 15 liikmega meeskonnad, millest on R-koolitusi korraldanud 94%, samas kui väiksemate meeskondade puhul jääb see näitaja 50% kanti (tabel 19).

**Tabel 19 – R-alase koolitusekorraldamine R-meeskondade poolt**

|   |            | KOKKU<br>% | R-meeskondade suurus |           |            |                           |
|---|------------|------------|----------------------|-----------|------------|---------------------------|
|   |            |            | 5 liiget<br>%        | 6-10<br>% | 11-15<br>% | 16 ja enam<br>liiget<br>% |
| <b>R-alaste koolituste korraldamine</b> | <b>Jah</b> | <b>66</b>  | 50                   | 50        | 56         | 94                        |
|   | <b>Ei</b>  | <b>34</b>  | 50                   | 50        | 44         | 6                         |

Lisainfot edaspidiste koolituste korraldajatele ja koolitajatele võiks anda tulemuste vaatlemine regionaalses lõikes (tabelis 20), kus erinevate maakondade R-meeskondadel on üsna erinevad näitajad. Enim on uuringus osalejatest korraldanud R-alaseid koolitusi Tartu, Harju, Ida-Viru ja Pärnu R-meeskonnad.

Tabel 20 - Koolituste korraldamine R-meeskondades regionaalses lõikes

|     | KOKKU | R-meeskondade tegevuspiirkond |          |             |        |        |        |        |       |        |          |      |
|-----|-------|-------------------------------|----------|-------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|----------|------|
|     | n     | Harju                         | Ida-Viru | Lääne-Viru* | Põlva* | Pärnu* | Rapla* | Saare* | Tartu | Valga* | Viljandi | Võru |
| Jah | 35    | 10                            | 3        | 1           | 2      | 3      | 1      | 1      | 12    |        | 1        | 1    |
| Ei  | 18    | 2                             | 3        | 1           | 1      |        | 2      | 2      | 5     | 1      |          | 1    |

Kasutades neile tulemustele lisaks taustandmeid tabelist 31, on R-alasele koolitusvajadusele mõeldes tabelis 21 välja toodud ülevaate 13 maakonna kolme näitaja osas:

- 1) maakonna R-meeskondade koguarv<sup>10</sup>,
- 2) maakonnast uuringus osalejate arv
- 3) maakonna uuringus osalejatest koolitusi korraldanud R-meeskondade arv

Tabel 21 - R-meeskondade koguarv 2008, uuringus osalenute arv ning neist koolitusi korraldanute arv maakondades

| R-meeskonna asukoht | R-meeskondade koguarv 2008 (SKA) | Uuringus osalejate arv | - neist koolitusi korraldanute arv |
|---------------------|----------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Harju               | 16                               | 12                     | 10                                 |
| Tartu               | 22                               | 17                     | 12                                 |
| Ida-Viru            | 10                               | 6                      | 3                                  |
| Põlva*              | 3                                | 3                      | 2                                  |
| Pärnu*              | 3                                | 3                      | 3                                  |
| Rapla*              | 3                                | 3                      | 1                                  |
| Saare*              | 3                                | 3                      | 1                                  |
| Lääne-Viru*         | 2                                | 2                      | 1                                  |
| Võru                | 5                                | 2                      | 1                                  |
| Valga*              | 1                                | 1                      | 0                                  |
| Viljandi            | 2                                | 1                      | 1                                  |
| Jõgeva              | 1                                | 0                      | -                                  |
| Järva               | 1                                | 0                      | -                                  |
| Hiiu                | 0                                | -                      | -                                  |
| Lääne               | 0                                | -                      | -                                  |

Nagu eelpool tõdetud, ei saa ebapiisava vastajate arvu tõttu teha iga maakonna tulemustest võrdselt üldistusi, kuid kogutud andmed võimaldavad siiski saada ettekujutuse näiteks potentsiaalsest koolitusvajadusest: nii selle kaudu, kui paljud uuringule vastanutest R-alaseid

□

<sup>10</sup> NB! R-meeskondade koguarv (Lisa 2 tabelis 31 veerg „Eesti R-meeskonnad”) esindab R-meeskondade üldarvu uuringu valimis, mis on ligilähedane võimalikule tegelikule arvule.

koolitusi on korraldanud (ja vastavalt, kui paljud ei ole seda teinud), kui ka iga maakonna ligilähedase tegeliku R-meeskondade arvu kaudu, mis võiks samuti selle piirkonna potentsiaalsete koolitushuviliste arvule viidata.

### K. 26 - Millised teie meeskonna spetsialistid on saanud rehabilitatsioonialast koolitust?

Kui R-alaseid koolitusi oli korraldanud 66% uuringus osalenud R-meeskondadest, siis üllatuslikult selgus, et R-alaseid koolitusi on saanud 98% R-meeskonna spetsialistid. Seejuures oli 53-st 11-s R-meeskonnas saanud koolitust kõik selle meeskonna spetsialistid.

Küsimus 25 oli mõeldud täpsustamaks küsimusega 26 saadud tulemusi erinevate spetsialistide lõikes, kuid ilmselt tõlgendati vastajate poolt mõistet „saama” küsimuses laiemalt kui mõistet „korraldama”, mistõttu ongi R-koolitusi korraldanud R-meeskondi vähem kui R-koolitusi saanud R-meeskondi. Küsimusi 25 ja 26 tuleb seega käesolevas raportis vaadelda eraldiseisvatena.

Tabelis 22 on nii arvuline kui protsentuaalne ülevaade R-alast koolitust saanud spetsialistidest, keda tuleks taas vaadata vastavate R-meeskondades töötavate spetsialistide hinnangulise koguarvu taustal (andmed tabelist 11).

**Tabel 22 – R-alast koolitust saanud spetsialistid**

|                 | R-meeskondade liikmed |                          |                              |
|-----------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
|                 | hinnanguline koguarv  | koolitust saanud inimesi | koolitust saanute osakaal, % |
| Sotsiaaltöötaja | 84                    | 30                       | 36                           |
| Arst            | 127                   | 25                       | 29                           |
| Füsioterapeut   | 128                   | 19                       | 19                           |
| Psühholoog      | 105                   | 19                       | 18                           |
| Tegevusterapeut | 56                    | 16                       | 28                           |
| Logopeed        | 79                    | 13                       | 16                           |
| Eripedagoog     | 80                    | 10                       | 13                           |
| Õde             | 64                    | 9                        | 14                           |
| Loovterapeut    | 14                    | 2                        | 14                           |
| <b>KOKKU</b>    | <b>737</b>            | <b>143</b>               | <b>19</b>                    |

Uuringuandmetele tuginedes on kõige enam R-alast koolitust saanud sotsiaaltöötajad (30) ja arstid (25), järgnevad füsioterapeutid (19) ja psühholoogid (19). Vaadeldes nende hinnangulist koguarvu ja koolitust saanute osakaalu nii spetsialistide kaupa eraldi kui kokku saab öelda, et R-alast koolitust ei ole saanud siiski ca 81% tabelis 22 toodud 737-st meeskonnaliikmest.

**K. 27 - Kas teie meeskond on osutanud R-teenuseid väljaspool oma R-asutust?**

53% R-meeskondadest (28) on osutanud R-teenuseid ka väljaspool oma asutust (tabel 23).

**Tabel 23 – R-teenuste osutamine väljaspool oma R-asutust**

|  |            | Arv | %          |
|--|------------|-----|------------|
| <b>Meeskond on osutanud R-teenuseid väljaspool oma asutust</b> | <b>Jah</b> | 28  | <b>53</b>  |
|  | <b>Ei</b>  | 25  | <b>47</b>  |
| <b>KOKKU</b>   |            | 53  | <b>100</b> |

**K. 28 - Kus olete, lisaks oma R-asutusele, R-teenuseid osutanud?**

28-st R-meeskonnast, kes oli teenust osutanud ka väljaspool oma asutust, märkis 20 ehk 71%, et on teenust osutatud kliendi kodus (tabel 24). Sellele järgnesid kool/lasteaed/töökoht ja muud kohad (mõlemas 13 R-meeskonda) ning haiglad (10). Kõige vähem märgiti polikliinikuid ja teisi ambulatoorse ravi keskuseid (4).

**Tabel 24 – R-teenuste osutamiskohad väljaspool asutust**

| <b>n=28</b>                                 | Arv | %         |
|---|-----|-----------|
| Kliendi kodus                               | 20  | <b>71</b> |
| Koolis/ lasteaias/ töökojal                 | 13  | <b>46</b> |
| Haiglas vm statsionaarse ravi keskuses      | 10  | <b>36</b> |
| Polikliinikus vm ambulatoorse ravi keskuses | 4   | <b>14</b> |
| muud kohad                                  | 13  | <b>46</b> |

Muude kohtadena R-teenuse osutamisel väljaspool oma R-asutust nimetasid vastajad:

- väljasõiduga kohanemiskursused, kohanemistreeningu laager
- puudespetsiifilised mittetulundusühingud
- sotsiaalpind: töö- ja kodukeskkonna kohandamise vajaduse hindamine ja nõustamine
- majutuskoht
- lepinguline majutusasutus, mitmepäevaste R-programmidena
- hooldekodu, erihooldekodu, hoolekandenasutus
- KOV
- lastekodu, asenduskodu

**K. 29-30 - Kas teie meeskond on kunagi katkestanud või kaalunud vajadust katkestada R-teenuste pakkumine? Kui jah - mis oli selle peamiseks põhjuseks?**

Ükski meeskond ei ole kunagi katkestanud R-teenuse osutamist ning 49% meeskondadest ei ole ka kunagi kaalunud teenuse katkestamist (tabel 25).

**Tabel 25 –R-teenuse pakkumise katkestamine**

|                      | Arv | %           |
|----------------------|-----|-------------|
| Ei ole seda kaalunud | 26  | <b>49</b>   |
| Jah, oleme kaalunud  | 22  | <b>42</b>   |
| Ei oska öelda        | 5   | <b>9</b>    |
| KOKKU                | 53  | <b>100%</b> |

Samas on probleemseks signaaliks tõik, et 22 meeskonda (42%) siiski on kaalunud R-teenuse osutamise katkestamist. Neist kaheksa on peamise põhjusena välja toonud halduslepinguga seonduva dokumentatsiooni halduse (“liiga keerukas dokumentatsioon”), kolm meeskonda „suutmatuse leida meeskonda vajalikke spetsialiste” ning üksteist meeskonda muu põhjuse.

Muu põhjusena on nimetatud järgmiseid asjaolusid:

- toimimise võimalikkus olukorras, kus raha laekub peale teenuse osutamist, pidevad rahalised kulutused (palgad, ruumikulud jne);
- teenusele jõudvad patsiendid ei ole tegelikult R-teenuse näidustusega; patsiendi ootused on valed - oodatakse sanatooriumit;
- tasu teenuse eest on haigekassa hinnast odavam;
- rahastamine ja praegu puudub meeskonnas psühholoog;
- põhitegevuse intensiivsus;
- osalise koormusega R-spetsialistide tööaja planeerimine on sageli keeruline; samas on etteteadmata R-teenust vajavate klientide hulk, et planeerida püsiva tööhõive koormusega spetsialiste;
- MTÜ juhataja ettepanek;
- liigne bürokraatia teenuse osutamisel, mis takistab headel spetsialistidel oma teenust osutada, paber on tähtsam kui teenuse kvaliteet(mõeldud on nii vajalike paberite rohkust teenuse saamiseks, kui ka seda, et kõik spetsialistid peaksid olema kõrgharidusega;
- liiga sageli mõttetu töö ja riigipoolne raha raiskamine;

- esialgse koolituse ja info puudumine, tuleb õppida oma vigadest, mida me tegelikult teha ei soovi, tahaksime olla korrektsed;
- ebakindlus, kuna leping on vaid 1 aastaks

Kui jälgida R-teenuse osutamise katkestamise kaalumist maakondade lõikes ja maakonnasiseselt (tabel 26), siis ilmneb, et Tartu maakonnast uuringus osalenud R-meeskondades on katkestamise kaalumine ja mitte-kaalumine enamvähem võrdsed (seda on kaalunud 47%, mitte kaalunud 53%). Ida-Virumaa ja Harju maakonnas on mitte-kaalujaid mõneti rohkem kui katkestamise kaalujaid. Üldse ei olnud katkestamist kaalunud Viljandi ja Võru R-meeskonnad. Vastupidistena aga eristuvad Saare ja Valga R-meeskonnad – mõlema kõik meeskonnad on R-teenuste osutamise katkestamist kaalunud. Väljatoomist väärrib siin, et uuringu valimi andmetel võis tegemist olla neis piirkondades ainsate R-teenuse pakkujatega!

Tabel 26 – R-teenuse osutamise katkestamise kaalumine maakondade lõikes

|                    | Eesti R-meeskonnad (2008) | Vastajate arv | R-teenuste osutamise katkestamise kaalumine                  |            |                      |            |               |           |
|--------------------|---------------------------|---------------|--|------------|----------------------|------------|---------------|-----------|
|                    |                           |               | Jah, oleme kaalunud vajadust katkestada R-teenuste osutamine |            | Ei ole seda kaalunud |            | Ei oska öelda |           |
|                    |                           |               | Arv  | %          | Arv                  | %          | Arv           | %         |
| <b>Tartu</b>       | 22                        | <b>17</b>     | <b>8</b>   | 47         | <b>9</b>             | 53         | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Harju</b>       | 16                        | <b>12</b>     | <b>4</b>   | 33         | <b>7</b>             | 58         | <b>1</b>      | 8         |
| <b>Ida-Viru</b>    | 10                        | <b>6</b>      | <b>1</b>   | 17         | <b>4</b>             | 67         | <b>1</b>      | 17        |
| <b>Saare*</b>      | 3                         | <b>3</b>      | <b>3</b>   | <b>100</b> | <b>0</b>             | 0          | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Pärnu*</b>      | 3                         | <b>3</b>      | <b>1</b>   | 33         | <b>1</b>             | 33         | <b>1</b>      | 33        |
| <b>Põlva*</b>      | 3                         | <b>3</b>      | <b>1</b>   | 33         | <b>1</b>             | 33         | <b>1</b>      | 33        |
| <b>Rapla*</b>      | 3                         | <b>3</b>      | <b>2</b>   | 67         | <b>0</b>             | 0          | <b>1</b>      | 33        |
| <b>Võru</b>        | 5                         | <b>2</b>      | <b>0</b>   | 0          | <b>2</b>             | 100        | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Viljandi</b>    | 2                         | <b>1</b>      | <b>0</b>   | 0          | <b>1</b>             | 100        | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Valga*</b>      | 1                         | <b>1</b>      | <b>1</b>   | <b>100</b> | <b>0</b>             | 0          | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Jõgeva</b>      | 1                         | <b>0</b>      | -  | -          | -                    | -          | -             | -         |
| <b>Järva</b>       | 1                         | <b>0</b>      | -  | -          | -                    | -          | -             | -         |
| <b>Lääne-Viru*</b> | 2                         | <b>2</b>      | <b>1</b>   | 50         | <b>1</b>             | 50         | <b>0</b>      | 0         |
| <b>Lääne</b>       | -                         | -             | -  | -          | -                    | -          | -             | -         |
| <b>Hiiu</b>        | -                         | -             | -  | -          | -                    | -          | -             | -         |
| <b>KOKKU</b>       | <b>72</b>                 | <b>53</b>     | <b>22</b>  | <b>42%</b> | <b>26</b>            | <b>49%</b> | <b>5</b>      | <b>9%</b> |

**35. Kas teie R-meeskond on asunud juurutama R-teenuste juhtumipõhise osutamise põhimõtteid?**

53-st 27 R-meeskonna juhid (51%) väitsid, et on asunud juurutama R-teenuse juhtumipõhise osutamise põhimõtteid (tabel 27), eitavalt vastas 10 (19%) ja küsimusele ei osanud vastata 16 R-meeskonda (30%).

**Tabel 27 – R-teenuse juhtumipõhise osutamise katkestamise põhimõtted**

|  |             | Arv | %           |
|--|-------------|-----|-------------|
| <b>R-meeskond on asunud juurutama R-teenuste juhtumipõhise osutamise põhimõtteid</b> | Jah         | 27  | <b>51</b>   |
|  | Ei          | 10  | <b>19</b>   |
|  | Raske öelda | 16  | <b>30</b>   |
| <b>VASTAJAID KOKKU</b>   |             | 53  | <b>100%</b> |

**36. Kuivõrd on tänaste R-süsteemi regulatsioonide juures võimalik teie arvates kasutada juhtumipõhise teenuseosutamise põhimõtteid? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=ei ole üldse võimalik ja 5=on täiesti võimalik.**

Suurem osa 53-st vastajast (38%) valis skaala keskmise hinnangu 3. Tabel 28 näitab, et selles küsimuses väljendub päris klassikaline „normaaljaotus”, mis ei ole n.ö kaldu ühegi suhtumise poole ehk – kõige rohkem on neid, kes arvavad piltlikult öeldes „nii ja naa”, võrdselt neid, kes arvavad, et see võiks olla pigem või täiesti võimatu, samuti pigem või täiesti võimalik.

**Tabel 28 – Juhtumipõhise teenuseosutamise võimalikkus aastal 2008**

|                       | Arv | %           |
|-----------------------|-----|-------------|
| Ei ole üldse võimalik | 3   | <b>6</b>    |
| 2                     | 13  | <b>25</b>   |
| 3                     | 20  | <b>38</b>   |
| 4                     | 15  | <b>28</b>   |
| Täiesti võimalik      | 2   | <b>4</b>    |
| KOKKU                 | 53  | <b>100%</b> |



**37. Kuidas te hindate oma meeskonna tööd tervikuna 5-palli skaalal, kus 1 on madalaim ja 5 kõrgeim hinne?**

77% vastajatest hindas oma meeskonna tööd edukaks (“hea” ja “väga hea”), s.h 64% hinnangul oli see hea. Rahuldavaks hindas oma meeskonna töö ligi üks neljandik vastajatest (23%). Madalaimaks hinnanguks oma tööle anti 3, kõrgeimaks maksimaalne võimalik - 5 palli, keskmiseks hindeks kujunes 3,9.

Vaadeldes hinnanguid R-meeskondade õigusliku liigituse järgi, hindasid uuringus osalenud äriühingud oma meeskonna tööd mõnevõrra kõrgemalt kui sihtasutused. Omandivormist lähtuvalt hindasid eraõiguslikud ja riiklikud R-meeskonnad oma tööd kõrgemalt kui kohaliku omavalitsuse meeskonnad. Ka iseseisvad R-meeskonnad hindasid oma tööd kõrgemalt kui allüksusena töötavad meeskonnad.

## 5 KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED

Uuringu mõlema etapi läbiviimist võib kavandaja hinnangul lugeda üldjoontes kordaläinuks. Positiivsena ilmnis 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 (ptk 2, Põhitulemused).

Nii 1. kui 2. etapi läbiviimisega seondunud sisulisi probleeme ja tähelepanekuid on detailsemalt kirjeldatud 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 soovitusel:

- 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 osaajaga.

- 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.

## LISAD

## LISA 1 – R-TEENUSE ÜKSIKTEENUSTE LOETELU

Tabel 29 - Vabariigi Valitsuse määruse nr 52 (17. märts 2005) Lisa 1 («Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine»).

| Teenuse nimetus  | Teenuse kirjeldus   |
|--|---|
| Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine        | Tegevusvõime, keskkonna toetuse ja abivajaduse hindamine, tegevuste planeerimine rehabilitatsiooniks ning fikseerimine rehabilitatsiooniplaanis   |
| Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamine | Nõustamine ja juhendamine rehabilitatsiooniplaani elluviimisel, plaani täitmise tulemuslikkuse hindamine  |
| Füsioterapeudi teenus  | Tegevused tugiliikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalse võime taastamiseks, sh tegevusvõime täpsustamine  |
| Füsioterapeudi grupitöö  | Tegevused tugiliikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalse võime taastamiseks grupis. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest   |
| Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus                                     | Tegevused funktsionaalsete võimete arendamiseks ja tegevusvõime kujundamiseks, sh tegevusvõime täpsustamine   |
| Sotsiaaltöötaja teenus   | Nõustamine, juhendamine ja teraapiate läbiviimine sotsiaalsete probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks eesmärgiga toetada/soodustada edaspidist toimetulekut. Kliendi lähivõrgustiku aktiveerimine, avalike teenuste osutajate juhendamine ja koordineerimine |
| Sotsiaaltöötaja perenõustamine   | Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine grupis ja teraapia  |
| Sotsiaaltöötaja grupinõustamine  | Sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamine grupis ja teraapia. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest   |
| Eripedagoogi teenus  | Pedagoogilised korrektsioonitegevused kognitiivsete oskuste, kommunikatsiooni, sotsiaalsete oskuste jm arendamiseks (sh tegevusvõime täpsustamine) ning pedagoogiline nõustamine  |
| Eripedagoogi perenõustamine  | Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine grupis  |

| Teenuse nimetus              | Teenuse kirjeldus   |
|------------------------------|---|
| Eripedagoogi grupinõustamine | Sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamine grupis. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest                                     |
| Psühholoogi teenus           | Nõustamine ja psühhoteraapia isiksusest ja suhetest tingitud toimetulekuprobleemide ennetamiseks ja lahendamiseks, sh tegevusvõime täpsustamine |
| Psühholoogi perenõustamine   | Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine/psühhoteraapia grupis   |
| Psühholoogi grupinõustamine  | Sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamine/psühhoteraapia grupis. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest                      |
| Logopeedi teenus             | Kõnepuude korrigeerimine ning kõne ja suhtlemisoskuse kujundamine, sh tegevusvõime täpsustamine   |
| Logopeedi seanss perele      | Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine grupis  |
| Logopeedi grupinõustamine    | Sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamine grupis. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest                                     |
| Ööpäevaringne majutus        | Majutamine rehabilitatsiooniplaani koostamise või teenuse osutamise ajal koos toitlustamisega 1 kord päevas                                     |
| Sõidukulude hüvitamine       | Transport rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukohta ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise asukohast isiku elukohta                            |

## LISA 2 - METOODIKA ÜLEVAADE

### UURINGU ETTEVALMISTAMINE

Rehabilitatsiooniteenuste pakkumise ja korralduse uuringu kavandajaks ja tellijaks oli Sotsiaalministeeriumi sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond. Ettevalmistustööd 1. ja 2. etapi uuringumaterjalide koostamiseks algasid jaanuaris 2008. 1. etapi materjalid valmisid koostöös ekspertgrupiga mais ning 2. etapi materjalid augustis 2008.

Uuringu 1. etapp koos valimi nimekirja ettevalmistamise ja värbamistööga viidi läbi maist juunini 2008, küsitlustöö toimus 3.-12. juunini, mille käigus Saar Poll OÜ korraldas 9 fookusgruppi – neist seitse erinevate R-spetsialistide, ühe R-asutuste ja ühe R-meeskondade juhtidega. Võrreldes R-meeskonna spetsialistidele mõeldud küsimustikuga, oli R-asutuse ja R-meeskondade juhtidele mõeldud küsimustik veidi erinev: juhtidelt küsiti enam R-meeskonna juhtimise ja teenuse osutamise üldiste probleemide ja protsesside kohta, põhiküsimused R-teenusega seonduvate probleemide ja vajaduste osas olid aga kõigile samad. Mõlemad küsimustikud on toodud käesoleva raporti Lisades 2 ja 3.

Uuringu 2. etapp koos valimi nimekirja ettevalmistamise, värbamis- ja küsitlustööga kestis septembrist oktoobrini 2008, mille käigus Saar Poll OÜ saatis kutse osaleda veebiküsitluses 72-le R-meeskonna juhile üle Eesti.

## 1. ETAPI METOODIKA

### Kvalitatiivne küsitlusmeetod - fookusgrupid

Uuringut ette valmistades tõdeti ekspertrühma kohtumistel ühe olulisema vajadusena koguda R-teenuse osutamise kohta käivat detailset infot võimalikult erinevatelt R-spetsialistidelt ja üle kogu Eesti.

Süvalähemist erinevate piirkondade ja meeskondade R-spetsialistide igapäevatööle (s.h erinevate teenuste osutamise täpsemad tööloigud ja nende täitmiseks kuluv aeg, kasutatavad töövahendid, töökeskkond jpm) võimaldas kõige paremini kvalitatiivmeetod, mille raames kavandati erinevate spetsialistidega modereeritud fookusgrupid keskendumaks just nende spetsialistide poolt pakutavate teenuste kitsaskohtadele ja võimalustele.

Uuringu 1. etapi raames kavandati 7 R-spetsialistide fookusgruppi:

- 1) sotsiaaltöötajad
- 2) füsioterapeudid
- 3) tegevus- ja loovterapeudid
- 4) logopeedid, eripedagoogid (pedagoogid)
- 5) psühholoogid
- 6) arstid
- 7) õed

Lisaks neile R-spetsialistidele eristusid R-teenuse süsteemis veel kaks olulist rolli:

8) administratiivjuhid (ehk R-teenust pakkuvate asutuste juhid, kel oli kokkupuuteid ka R-teenuse koordineerimisega)

9) meeskonnajuhid ehk need R-spetsialistid, kes koordineerivad oma meeskonna tööd

Sellest lähtuvalt kavandati kokku 9 spetsialiseerumise- ja rollipõhist fookusgruppi 7-9 osalejaga igas grupis.

## **Valim ja vastajad**

Uuringu 1. etapi sihtrühmaks olid kõik eelmises peatükis nimetatud erialade R-spetsialistid ning R-meeskondade ja R-teenust osutavate asutuste juhid üle kogu Eesti. Sihtrühma värskemaid andmeid esindas Sotsiaalkindlustusameti (SKA) R-teenuse osutajate register<sup>11</sup>, mis võeti esimese sammuna valimialuseks seisuga 1.04.2008, sisaldades sel hetkel 72 R-teenuse osutaja tunnuseid nende nime ja kontaktandmetega (aadress, telefon, e-post), samuti pakutavate teenuste ja sihtrühmadega ning teenuste järjekordadega kindlatele sihtrühmadele.

Valimi moodustamiseks ja vastajate värbamiseks kontakteeruti esmalt valimialuses esindatud R-asutuste ja/või R-meeskondadega ning uuriti välja neis töötavad R-spetsialistid, R-meeskondade juhid ja asutuse juhid, nende töökoormus ja asutuse administratiivne kuulumine. Neist andmetest moodustatud andmebaasist valiti teise sammuna välja potentsiaalsed fookusgruppides osalejad jälgides, et lisaks erinevale spetsialiseerumisele/rollile ja tegevuspiirkonnale oleksid valimisse haaratud ka erineva töökoormusega ja erinevast soost R-spetsialistid. Valimi kavandamisel oli soovitatav võimalusel eelistada täiskohaga töötavaid R-spetsialiste ja n.ö isemajandavaid ehk eraldi eelarvega (nii iseseisva asutusena kui mõne asutuse

□

<sup>11</sup> Allikas SKA koduleht: [www.ensib.ee](http://www.ensib.ee) -> Avalik teave -> Rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste kontaktandmed

juures töötavaid) R-meeskondi, et koguda infot R-teenuse osutamise erinevate tahkudega kõige rohkem kokku puutunud spetsialistidelt. Sel printsiibil välja valitud R-spetsialistidega võeti ühendust kas telefoni või e-maili teel.

Kui algülesandeks uuringufirmale oli leida igasse fookusgruppi osalema ca 8 (min 7, max 9) ehk kokku ca 63-81 R-meeskonna liiget, siis tegelikkuses osales 67. Põhjuseks mitteosalemiseks toodi, et töögraafik ei võimaldanud fookusgruppi tulla, osaleti koolitusel või suvelaagris või oli pakutud aeg juba planeeritud millekski muuks, samuti viibimine välismaal ning suvepuhkuse saabumine.

Fookusgruppide täituvust ja osalejate ametialast profiili iseloomustab alljärgnev tabel 30.

**Tabel 30 - Fookusgruppides osalejad, nende töökoormus, staaž ja meeskondade administratiivne kuuluvus**

| FOOKUSGRUPID                       | Fookusgrupis osalejaid kokku | - neist töötas täiskoormusega | - iseseisvas R-asutuses | R-meeskonnas töötamise staaž aastates |
|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| <b>Administratiivjuhid</b>         | 9                            | 3                             | 2                       | 1-3,5                                 |
| <b>Meeskonnajuhid</b>              | 10                           | 3                             | 3                       | 2-7                                   |
| <b>Sotsiaaltöötajad</b>            | 9                            | 2                             | 3                       | 1-7                                   |
| <b>Füsioterapeudid</b>             | 6                            | 3                             | 2                       | 4-6                                   |
| <b>Tegevus- ja loovterapeudid</b>  | 5                            | 1                             | 2                       | 4-5                                   |
| <b>Logopeedid ja eripedagoogid</b> | 4                            | 0                             | 1                       | 1-6                                   |
| <b>Psühholoogid</b>                | 6                            | (andmed puuduvad)             | 2                       | 1-2                                   |
| <b>Arstid</b>                      | 9                            | 2                             | 2                       | 2-7                                   |
| <b>Õed</b>                         | 9                            | 5                             | 1                       | 3-4                                   |
| <b>KOKKU</b>                       | <b>67</b>                    | <b>ca 19</b>                  | <b>18</b>               | <b>1-7</b>                            |

Toodud ülevaatest on näha, et täiskoormusega töötas ca kolmandik ning iseseisvas R-asutuses samuti ca kolmandik kõigist fookusgruppides osalejatest.

## Andmekogumine

Et haarata kaasa kõigi Eesti piirkondade spetsialiste, kavandati vajadusel mõne fookusgrupi läbiviimine ka väljaspool Tallinna - kas Tartus, Pärnus, Narvas, Kohtla-Järvel või mujal - et võimaldada vastajatele neist kõige mugavamalt osavõttu. Tegelikult fookusgruppide toimumiskohtadeks said Tallinn (7 gruppi) ja Tartu (2 gruppi). Andmekogumine neis toimus kolme küsitlusdokumendi alusel:



1. moderaatori juhend selgitas uuringu eesmärgi, sihtrühma ja kavandatud küsimuste tausta;
2. pool-struktureeritud küsimustik sisaldas teemaplokke ja küsimusi, mille kohta sooviti sihtrühmalt käesoleva uuringu raames infot koguda: juhtidele ja spetsialistidele mõeldud küsimustikud olid veidi erinevad (Lisa 3), esimeses keskenduti veidi enam juhtimise ja R-teenuste kvaliteediga seotud küsimustele;
3. lühiankeet oli mõeldud vastaja tausta puudutava faktiinfo kogumiseks enne fookusgrupi algust, et vastajate jaotumine oleks võimalikult täpselt kirjeldatud ja võrreldav värbamisel seatud eesmärkidega (Lisa 3 – lühiankeedi andmete põhjal on koostatud ka tabel 30).

Kõik need dokumendid olid eestikeelsed eeldusel, et see on riikliku R-teenuse pakujate peamine töökeel (siiski – mitmed Ida-Virumaa piirkonna R-teenuse osutajad suhtlevad nii omavahel kui klientidega peamiselt vene keeles; vt ka ptk 3.7.11).

## **Andmeanalüüs**

Et võimaldada fookusgruppides kogutud info sisuanalüüsi, koostati kõigi 9 fookusgrupi transkriptsioonid, milles sisalduvat infot koondati ja süstematiseeriti ning koostati saadud tulemuste kokkuvõtted. Anonümiseeritud transkriptsioonid anti üle ka uuringu kavandajale ja tellijale.

Valimi koostamise ja andmekogumise meetodikast lähtuvalt on 1. etapi andmeanalüüsis teadlikult arvestatud asjaoluga, et kogutud andmeid ei üldistata vastajatele ega kogu sihtrühmale, vaid üritatakse need lahti kirjutada võimalikult laial spektril, arvestades algeesmärki koguda infot tänast R-süsteemi iseloomustavate asjaolude ja ettepanekute kohta.

## **2. ETAPI METOODIKA**

### **Kvantitatiivne küsitlusmeetod - veebiküsitlus**

Uuringu 2. etapi eesmärgiks oli koguda statistilisi andmeid R-meeskondade kohta lisaks Sotsiaalkindlustusameti registris kajastuvatele andmetele, samuti arvamusi ja hinnanguid R-teenuse pakkumise erinevate aspektide kohta. Eesmärgiks oli saada ülevaade hetkeolukorrast ning võimalus jälgida valitud näitajate muutumist aja jooksul edasise kordusuuringu kaudu. Seetõttu langes valik küsitlusmeetodi kasuks. Ametialase e-maili ja interneti kasutamise võimalus enamike R-meeskonna liikmete poolt võimaldas kavandada andmekogumise veebiküsitlusena.

## **Sihtrühm ja valim**

Kuna eesmärgiks oli vaadelda R-süsteemi toimimist R-meeskondade põhiselt, olid sihtrühmaks kõik Eesti R-meeskonnad. Valimialuseks oli ka selles etapis SKA-ga halduslepingu sõlminud R-asutuste kontaktandmete baas seisuga september 2008. Kokku saadi selliseid lepinguid 67, kus enamikes oli toodud üks kontaktisik, mõnes aga kaks või enam. Kontaktisiku puhul eeldati, et tegemist on R-meeskonna juhiga või asutuses R-meeskonna tööd koordineeriva isikuga. Selliseid kontaktisikuid saadi lepingute põhjal 72, millest kujunes ka lõplik eeldatav R-meeskondade arv.

Vastajate valikumeetodiks oli kõikne valim, s.t eesmärgiks oli küsitleda kõiki selle valimialuse kaudu kättesaadavaid R-meeskondade juhte. Veebiküsitluse pöördumises paluti nendel kontaktisikutel, kes ei olnud meeskonnajuhid, edastada e-mail veebiküsimustiku täitmise sooviga R-meeskonna tegelikule juhile.

## **Andmekogumine**

2. etapi küsitlustöö viidi läbi veebiankeedi alusel (vt Lisa 4). Lisaks palvele uuringus osalemiseks saadeti küsitlusperioodi keskel meeldetuletus veebiankeedile vastamiseks kõigile selleks ajaks veel mitte vastanud kontaktisikutele. Iga kontaktisik sai ankeedi veebikeskkonda sisenemiseks unikaalse kasutajanime ja parooli, ankeeti oli võimalik täita vaid üks kord. Uuringu kavandaja palve küsitluse läbiviijale oli, et pooleli jäänud ankeeti oleks võimalik salvestada ja hiljem jätkata. 53 vastaja vastused salvestusid anonüümsete kirjetena elektroonilisse andmebaasi, mis anti üle uuringu kavandajale ja tellijale.

## **Andmeanalüüs: vastanud, mittevastanud ja üldistamine**

Andmekvaliteedi kontrolliks ja andmeanalüüsiks on kasutatud statistika tarkvara SPSS. Esmase andmeanalüüsi ja kvaliteedikontrolli teostas Saar Poll OÜ. Esitatud andmeid kontrolliti täiendavalt Sotsiaalministeeriumi info ja analüüsi osakonnas Saar Poll OÜ poolt üle antud anonümiseeritud üksikkirjete andmebaasi alusel.

Et selgitada tulemuste veapiiride vajalikkust ja arvutamist tulemustest üldistuste tegemiseks, tuleb esmalt võrrelda uuringu veebiküsitlusele vastanud R-meeskondade arvu erinevates maakondades (kokku 53) nende tegeliku arvuga maakondades, mida kajastab SKA register (kokku 72).

Järgnev tabel 31 annab mõlemast grupist ülevaate koos mittevastanute arvu ja osakaaluga (%). Näeme, et Hiiu ja Lääne maakonnas ei olnud uuringu läbiviimise ajal ühtegi R-meeskonda (veerg Eesti R-asutused). Küsimustik täideti 11 maakonna 53 R-meeskonna juhi poolt (veerg Vastanud),

ühtegi vastajat ei osalenud Jõgeva ja Järva maakonnast, kus SKA andmetel tegutses siiski mõlemas üks R-meeskond.

**Tabel 31 - R-meeskondade asukoht SKA andmetel ning veebiuuringule vastanud ja mittevastanud R-meeskonnad maakondade lõikes**

|                           | Eesti R-meeskonnad<br>(2008 september) |          | Uuringusse kutsutud: |          |               |          |
|---------------------------|--|----------|----------------------|----------|---------------|----------|
|                           |  |          | vastanud             |          | mittevastanud |          |
|                           | Arv                                    | %        | Arv                  | %        | Arv           | %        |
| Tartu maakond             | 22                                     | 31       | 17                   | 32       | 5             | 26       |
| Harju maakond             | 16                                     | 22       | 12                   | 23       | 4             | 21       |
| Ida-Viru maakond          | 10                                     | 14       | 6                    | 11       | 4             | 21       |
| <b>Põlva maakond</b>      | <b>3</b>                               | <b>4</b> | <b>3</b>             | <b>6</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| <b>Pärnu maakond</b>      | <b>3</b>                               | <b>4</b> | <b>3</b>             | <b>6</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| <b>Rapla maakond</b>      | <b>3</b>                               | <b>4</b> | <b>3</b>             | <b>6</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| <b>Saare maakond</b>      | <b>3</b>                               | <b>4</b> | <b>3</b>             | <b>6</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| <b>Lääne-Viru maakond</b> | <b>2</b>                               | <b>3</b> | <b>2</b>             | <b>4</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| Võru maakond              | 5                                      | 7        | 2                    | 4        | 3             | 16       |
| <b>Valga maakond</b>      | <b>1</b>                               | <b>1</b> | <b>1</b>             | <b>2</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> |
| Viljandi maakond          | 2                                      | 3        | 1                    | 2        | 1             | 5        |
| Jõgeva maakond            | 1                                      | 1        | 0                    | 0        | 1             | 5        |
| Järva maakond             | 1                                      | 1        | 0                    | 0        | 1             | 5        |
| Hiiu maakond              | -                                      | -        | -                    | -        | -             | -        |
| Lääne maakond             | -                                      | -        | -                    | -        | -             | -        |
| KOKKU                     | 72                                     | 100%     | 53                   | 100%     | 19            | 100%     |

**Rasvaselt** esile tõstetud maakondadest (kokku 5) osalesid 2. etapi veebiküsitluses kõigi R-meeskondade juhid (mittevastanud 0%).

Tabeli mittevastanute veerust näeme, et kuue maakonna - Põlva, Rapla, Saare, Pärnu, Lääne-Viru ja Valga R-meeskondadest osalesid uuringus nende kõigi juhid, s.t et tulemused on üldistatavad kõigi nende maakondade R-meeskondadele ning sellele on 2. etapi uuringutulemuste analüüsis viidatud ka tärniga (\*). Ülejäänud maakondade vastuseid saab laiendada vaid uuringus osalenud R-meeskondadele. Muudes lõigetes (meeskonna suurus, omandivorm, õiguslik liigitus jt) tuleks tulemusi laiendada vaid vastanud R-meeskondadele.

## **Tulemuste veapiirid ja üldistamine sihtrühmale**

Lähtuvalt asjaolust, et uuringus osales vaid 74% kõigist R-meeskondadest, on 2. etapi tulemusi üldistatud vaid vastajaskonnale ehk uuringus osalenud R-meeskondadele. Siiski, andmete kaalumist ja veapiire kasutades on võimalik üldtulemusi (kõik vastajad **kokku**) üldistada ka kogu sihtrühmale ehk kõigile septembris 2008 tegutsenud R-meeskondadele. Et hinnanguliselt osutas halduslepingu kaudu septembris 2008 klientidele rehabilitatsiooniteenuseid kokku ca 72 R-meeskonda, võiks 53 vastaja korral üldtulemuste sagedusnäitajate üldistamisel arvestada 95% usaldusnivoo juures veapiiriks ca  $\pm 8\%$ . Keskliste hinnangute puhul on üldtulemuste laiendamisel sihtrühmale skaalal 1-5 veapiiriks  $\pm 0,4$  palli. Üldtulemuste laiendamiseks sihtrühmale kaalumise läbi on R-meeskondade maakondlikust esindatusest lähtuvalt (seisuga september 2008, tegelik ja osalenud R-meeskondade suhe) loodud tulemuste andmebaasi kaaltunnus.

## **METODOLOOGILINE ARUTELU**

Järgnev arutelu põhineb tähelepanekutel, mis pärinevad nii uuringu küsitlustöö läbiviijalt (Saar Poll OÜ) kui uuringu kavandajatelt ja käesoleva lõppraporti koostajalt Sotsiaalministeeriumi sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakonnast.

### **Tagasiside vastajatelt**

**Uuringu 1. etapis** ei küsitud vastajatelt otseselt tagasisidet esitatud küsimustele. Küsitlustöö läbiviija märkis aga, et üllatas fookusgruppides valitsev tugevalt positiivne ja konstruktiivne meeleolu ning korrektsus, s.h oma vahetu lepingupartneri (SKA) ja teiste R-meeskondade suhtes. Kui seda iseloomustada ühe sõnaga, siis see oleks "kannatlikkus" tänase pidevalt areneva rehabilitatsioonikorralduse suhtes.

**Uuringu 2. etapis** küsiti vastajatelt ankeedi viimase küsimusena, millised küsimused olid nende arvates puudu ning millistele ei olnud võimalik vastata ja miks. Tagasiside esmasele n.ö pilootküsitlusele vastajate poolt oli põhjalik, aidates uuringu kavandajatel küsimustikku edasi arendada, et küsitlust edaspidi paremini läbi viia.

Täpsustusena alltoodud kommentaaridele tuleb öelda, et uuringu 2. etapi osalejatering erines osalejatest 1. etapis – viimase fookusgruppides käsitleti mitmeid 2. etapi teemasid (teenuse sihtrühma piiritlemine, töötasu, lepingute ja teenuste mahud, kvaliteet, programmipõhisus jpt) paljugi põhjalikumalt, mida aga 2. etapi osalejad ei pruukinud teada. Veebiküsitluse piiratud

võimalustest (aeg, küsitlusmeetod) lähtuvalt koostati 2. etapi küsitlusankeet seega täiendusena 1. etapis juba kogutud kvalitatiivsele infole.

2. etapi ankeedile vastanute peamised arvamused ja ettepanekud:

- Puudusid küsimused, mis oleksid seondunud teenuse vajalikkusega, s.h millised tegurid takistavad osutamast kvaliteetsemat teenust, samuti, milline peaks olema R-teenuse osutamise süsteemi tulevik ehk kuidas oleks mõttekas seda teenust klientidele efektiivselt kättesaadavaks teha.
- Ankeedis oleks võinud käsitleda R-teenuse tasu suurust, teenuste ja lepingute mahtu puudutavad küsimusi (näiteks, psühholoogi teenuse hind R-teenuse süsteemis on oluliselt odavam kui võrrelda seda analoogsena Haigekassa süsteemis).
- R-teenust võiks osutada programmipõhisena (näiteks, ajutrauma läbipõdenud, kroonilised kopsuhaiged, kõne ja keeleprobleemidega lapsed jt). Märkus, et seda teemat puudutavale küsimusele (K.32) polnud võimalik vastata ilma seda omapoolselt vaba vastusega täiendamata.
- Puudus võimalus täpsustada, miks meeskonnad vajavad täiendavaid arste ja spetsialiste (K.14 ja K.15) ning miks ei ole meeskondi suudetud komplekteerida ja miks valdav enamus töötab osatööajaga (K.11 ja K.12); puudus võimalus viidata vajadusele nende spetsialistide osas, keda praegused erialad (pakutud loetelu) ei katnud, samuti ei olnud võimalik välja tuua, millised teenused peaksid täiendavalt olema R-teenuse all rahastatud.
- K.13 esitatud alajaotuste 'täistööaeg ja osatööaeg' asemel oleks võinud olla "põhikoht ja lisatöö", kuna osa spetsialiste töötab osalise tööaja raames mitte ainult poole, vaid ka kolmveerand koormusega. Lisaks kehtib „osatööaeg” ka nende kohta, kes käivad R-teenust osutamas kord kuus. Mõned R-spetsialistid ei saanud vastata küsimustele spetsialistide koormuse kohta - „*kuna R-teenuse osutamine ei ole põhitegevus ja pole kindlalt määratletud, kui suure koormusega teeme rehabilitatsioonitööd*”.
- Küsimustik ei käsitlenud R-meeskonna liikmete läbipõlemise teemat. Samuti, kuidas kindlustada teenusepakkujate motivatsioon enesearendusega ning teenusekvaliteedi tõstmise tegelemiseks?
- Koolituse teema all puudusid küsimused: Kas rehabilitatsiooniteenuse alased koolitused on piisavalt kättesaadavad? Millistel teemadel oleks vajalik koolitusi korraldada? 7. Kas teenusttutvustavaid teabepäevi on piisavalt? Kes peaks korraldama?

- Puudu olid dokumentatsiooni, SKA-d ja järelvalvet puudutavad küsimused. Samuti sooviti hinnata R-teabepäevade asjakohasust ning reaalselt abi meeskondade töö tugevdamiseks/ ühtlustamiseks ja seda, kuidas SKA teeb sisulist koostööd lepingupartneritega ning arendab rehabilitatsiooniteenust.
- Puudusid küsimused, mis oleksid käsitletud R-klientide ootuseid. – (Uuringu koostajate kommentaar: klientide ootuseid saab kõige objektiivsemalt küsida vaid klientidelt endalt, seega see ei olnud käesoleva uuringu eesmärk.)

Vastajad tõstsid lisaks esile mõningaid väiksemaid puuduseid ankeedis, näiteks –

- K.11 puhul tekitas algselt segadust, et logopeed oli liigitatud arstide (K.11) ja mitte spetsialistide hulka (märkus: küsitluse käigus see viga parandati).
- K.4 juures toodi R-meeskonna tegevusaja määramisel välja, et väidetavalt enne juulit 2005 meeskondadega halduslepinguid ei sõlmitud.
- K.21 juures (mitu klienti teenindas teie meeskond eelmise tööädala jooksul) oleks võinud olla täpsustus, et mõeldakse erinevate klientide arvu ning mitte ühe kliendi poolt ühe nädala jooksul tehtud külastuste kordade arvu.
- Erinevad R-meeskonnad on oma spetsiifikaga, näiteks seab individuaalne töögraafik põhirõhu suveperioodile ja see eripära ei leidnud kajastamist (K.20).

- **Muud sisuteemad**

- **R-plaan.** Vastajad tõstasid mitmeid küsimusi R-plaani koostamise osas, näiteks, kas on otstarbekas kaasata R-plaani koostamisse kõik meeskonnaliikmed sh logopeedi, samuti asjaolu, et R-plaan koostatakse inimese jutu järgi, andmetest on olemas vaid inimese haiguse koodid, aga vaja oleks rohkem infot inimese kohta. Lisaks R-teenusele suunamise väga pikaajaline protsess ja sellega seonduvad probleemid.
- **Koolitus.** Puudu on SKA poole uute asutuste koolitus, kogu aeg peab otsima teiste kogemustest, kuidas on õige, mida teha, aga nii ei peaks see olema. Tuleks luua kindlamad reeglid meeskondade tööks, võttes aluseks tänaseks kujunenud head kogemused (näiteks AS Põlva Haigla). Samas on palju lahtiseid ja ebaselgeid küsimusi, mis tuleks koos SKA ja ekspertarstidega selgeks rääkida või arstide ja

teiste spetsialistide täienduskoolitustel seda teha. Vähemalt meeskonnajuhtide koolitustega on vajalik kohe alustada ja infot jagada ning küsimustele vastata.

- **Programmipõhisus.** Rehabilitatsiooniprogrammidel võiks olla kindel vahendite hulk, mida R-meeskond saaks kasutada konkreetse kliendi vajadusi arvestades.

## Uuringu kavandaja märkused

Järgnevad tähelepanekud tuginevad uuringu algandmetele, täiendamaks vastajate poolt tehtud ettepanekuid küsimustiku ja küsitluse osas.

- Uuringu iga fookusgrupi pikkuseks oli arvestatud ca 1,5 tundi, kuid tegelikkuses kujunes mõni grupp kuni 2,5 tunni pikkuseks.
  - Üheks põhjuseks oli küsimustiku pikkus ja selles käsitletud teemade rohkus, mille tingis R-teenuse nii põhjaliku uuringu läbiviimine esmakordselt.
  - Teiseks põhjuseks sai uuringu kavandajate hinnangul küsimustiku piloteerimisetapi vahelejätmine ajapuuduse tõttu. Selle vältimiseks tuleks kavandada nn pilootfookusgrupp juba uurimisprojekti alguses, et küsitlustöö läbiviija ja küsimustiku koostaja koostöös kontrollida nii küsimuste „töötamist” ja järjekorda kui diskussiooni kestust, neid vajadusel korrigeerides.
- Diskussiooni käigus said selgeks teemad, millele küsimustikus oli pööratud vastajate jaoks kas liiga palju (nt kvaliteet, kvaliteedijuhtimine) või liiga vähe (SKA dokumentatsiooniga seonduv) tähelepanu. Samas võimaldas diskussiooni pool-struktureeritud ülesehitus kõigil osalejatel neile olulisematena tunduvaid teemasid siiski soovi korral pikemalt käsitleda, mida (algandmetele tuginedes) ka tehti – moderaator(id) ei olnud liialt „küsimustes kinni”, võimaldades osalejatele ka spontaansemat ja laiemat arutelu.
- Lõppraportis on, võrreldes küsimustikuga, muutunud ka teemade käsitlemise järjekord. Näiteks küsiti kliendi R-teenusele jõudmisega seonduvaid asjaolusid võrgustikutöö teema raames (koostööpartnerid, koostöövalmidus), kuid protsessi enda kirjeldamisel eelneb R-teenusele jõudmine siiski teenuste osutamise seonduvale, millele omakorda järgnevad kvaliteedi, kvalifikatsiooni ja koolitusega soetud teemad. Küsimustike lõplikule „paikasaamisele” aitab tõhusalt kaasa, nagu eelpool öeldud, vähemalt ühe pilootfookusgrupi läbiviimine, mille abil selgub ka käsitletavate teemade kõige „elulähedasem” või loogilisem järjekord vastaja jaoks.

- Kui R-meeskonna juhi roll oli R-spetsialistide jaoks selge, siis R-meeskonna suuruse määratlemisel esines erinevaid arusaamu. 2. etapi küsimustiku koostajad eeldasid, et R-meeskonnas on vähemalt 5 liiget ning ühes R-asutuses võib olla ka mitu erinevat R-meeskonda. Uuringus osalejad pakkusid aga nii uuringu 1. kui 2. etapis vastuseks erinevaid arve, lähtudes ilmselt kord R-meeskonna, kord kogu R-asutuse mõistest: nt administratiivjuhtide väitel oli nende meeskondades 8-40, meeskonnajuhtide väitel 5-30 ja psühholoogide väitel 5-25 spetsialisti. Samas tundus fookusgruppide moderaatorile, et meeskonna suurus oli uuringus osalejate jaoks teisejärguline, nad ei omanud harjumust mõelda selles kategoorias. Seetõttu võttis ka vastamine sellele küsimusele aega ning pakuti kas ligikaudseid või vasturääkivaid arve (näiteks ühe osaleja poolt väidetu, et tema „meeskonnas on üle paarikümne meeskonnaliikme” ei langenud kokku hiljem majandustegevuse registris sama meeskonna osas märgitud oluliselt väiksema meeskonnaliikmete arvuga).
- Küsimustes 12-13 ja 14-15, mis käsitlesid meeskonnaliikmete töökoormust, oli võimalik tõlgendada osalist tööaega erinevalt ehk nii koormuse- kui isikupõhiselt. Tulevases ankeedis tuleks vastajale täpsustada, milliseid andmeid täpselt soovitakse koguda.
- Küsimus 25 oli mõeldud täpsustamaks küsimusega 26 saadud tulemusi erinevate spetsialistide lõikes, kuid ilmselt tõlgendati vastajate poolt mõistet „saama” küsimuses laiemalt kui mõistet „korraldama”, mistõttu ongi R-koolitusi korraldanud R-meeskondi vähem kui R-koolitusi saanud R-meeskondi. Küsimusi 25 ja 26 tuleb seega käesolevas raportis vaadelda eraldiseisvatena, tulevases ankeedis tuleks koolitusküsimused seega piiritleda täpsemalt.
- Nagu eelpool öeldud, ei ole 1. etapi tulemused kvalitatiivmeetodi valiku tõttu üldistatavad, 2. etapi tulemuste puhul aga on oluline lähtuda teadmisesest, et neid tuleks vaadelda kui ligikaudseid hinnanguid olukorrale 2008. aastal, kuna tegemist on pilootküsimustikuga, kus testiti küsimuste sobivust nii sõnastuse kui kogutavate andmete osas.

## **HINNANG UURINGU LÄBIVIIMISELE**

Uuringu läbiviimist võib kavandaja hinnangul lugeda üldjoontes kordaläinuks, kuigi 1. etapi neljas fookusgrupis ei õnnestunud küsitlustöö läbiviijal kokku saada nõutud miinimumarvu ehk 7 osalejat (vastavalt füsioterapeudid – 6 osalejat, tegevus- ja loovterapeudid – 5 osalejat, logopeedid



ja eripedagoogid – 4 osalejat, psühholoogid – 6 osalejat; vt täpsemalt tabel 1) ning psühholoogide grupi transkriptsioon jäi liialt napiks (6 lk, ülejäänutel 13-33 lk).

Mõlema etapi tulemuste osas ilmnis positiivsena asjaolu, et kattuvate teemade korral said 1. etapis kvalitatiivselt kogutud tulemused hiljem kinnitust 2. etapi küsitlusandmete ehk kvantitatiivmeetodi kaudu, mis võimaldas andmete üldistamist nii valimile kui, peamiselt üldtulemustes ja veapiire arvestades, soovi korral ka kogu sihtrühmale.

Uue sarnase (R-teenuse või mõne muu sotsiaalhoolekande teenuse) uuringu läbiviimisel tuleks arvestada järgmiste peamiste soovitudustega:

- Nii kvalitatiivse pool-struktureeritud küsimustiku kui kvantitatiivse ankeedi koostamisel kaaluda hoolikalt, millised on hetkel kõige „põletavamad” teemad, neist lähtuvalt kavandada vähem detailiderohke küsimustik. Antud uuringus oleks võinud loobuda näiteks üksikspetsialistide teenuste sisu kirjeldamisest, kuna võrreldes PITRA Tarkuseraamatuga ei andnud need oodatud lisainfot, jäädes oluliselt põgusamateks.
- Fookusgruppide puhul kavandada ühe grupi kestuseks mitte alla 2 tunni – kui mingitel põhjustel ei ole võimalik kavandada lisa-pilootgruppi, võiks siiski kaaluda küsimustiku testimist näiteks ümarlauavestluse kaudu ühe R-meeskonnaga (teenuseosutajate grupiga) – küsimustiku „paikasaamine” kohe alguses säästab hiljem oluliselt aega ning olukordi, kus ühed ja samad teemad fookusgrupi jooksul hakkavad korduma.
- Käesolevas uuringus töödeldi kokku 120-lt (1. etapis 67, 2. etapis 53) R-teenuse osutajalt kogutud andmeid nende töö ja sellega seonduvate probleemide kohta ning saadud kogemus nii andmekogumisele kui –analüüsile kulunud aja osas on, et sarnase uuringu läbiviimiseks tuleks tervikuna kavandada mitte alla 11-12 kuu. Lisaks – kombineeritud meetodikate puhul, kus lõpparuanne peaks moodustama ühtse terviku kõigist uuringu tulemustest ja selle läbiviimise käigust, ei tohiks kavandada ühe etapi raporti kirjutamiseks alla 2 nädala; koos vaheraportiga oleks miinimumaeg tulemustest aruandeni kolm nädalat.

## LISA 3 - 1. ETAPI INSTRUMENTAARIUM

### Moderaatorijuhend: administratiivjuhid, R-meeskondade juhid

#### 1. OSALEJATE TAUST JA EELNEV KOGEMUS

(Lühiankeedi<sup>□</sup> täitmine enne fookusgrupi algust, kui vastajad saavad.)

#### 2. R-TEENUSED (S.H KUTSEREHABILITATSIOON)

- Mis motiveerib Teie asutust/meeskonda R-teenuse osutamisega tegelema?
- Millised on teie asutuse/meeskonna peamised R-teenused ja põhiprobleemid seoses nende osutamisega? IGA PROBLEEMI JUURES TÄPSUSTADA - Kuivõrd see probleem tuleneb teie asutuse tüübist, sihtrühmast, asukohast, vajadustest ja võimalustest või millestki muust? Millest?
- Milline on olnud peamine R-teenuste pakkumise protsess?
- Kas viimasel ajal on olnud selles protsessis muudatusi? (KUI JAH – Milliseid ja mis neid tingis? KUI EI - Miks?)
- Kas on püsivaid tegevusi, mida ei saa praeguses süsteemis arvetel kajastada, kuid mis kuuluvad R-protsessi juurde?
- Kuidas on jaotatud teie meeskonnas vastutus seatud R-eesmärgi saavutamisel?
- Milliseid spetsialiste on Teie hinnangul kõige raskem leida (ja hoida) R-meeskonnas? Millest see on tingitud?
- Milliseid spetsialiste on Teie hinnangul kõige raskem leida (ja hoida) R-meeskonnas?
- Kuivõrd oluline on tulemusliku R-teenuse saavutamiseks majutusteenus?
- Kui R-teenuse saajad majutatakse haiglas, kas teie arvates oleksid neile vajalikud haiglapatsientidest eraldi palatid?

#### 3. KVALITEET

□

□ Vt Lisa 3 viimane peatükk.

- Millest lähtuvalt te hindate täna enda teenuste kvaliteeti? Mis on peamisteks näitajateks, mille muutumist aja jooksul jälgite?
- Kuidas on korraldatud eelmise R-plaani tulemuslikkuse hindamine? Kas seda tehakse koos meeskonnaga või spetsialistide kaupa eraldi?
- Kas te olete kunagi küsinud teenusesaaja hinnangut mõne teenuse tulemuslikkusega rahulolu kohta? Milline on olnud tagasiside ja kuidas saadud teavet on hiljem kasutatud?
- Kas teie meeskonnal või asutusel on olemas rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi juhtimise poliitika? Mida te selle all mõistate? (VAJADUSEL TÄPSUSTADA - Kas olete seadnud endale kindlad eesmärgid ning seejärel püüdnud anda oma teenustele, s.h rehaplaani koostamine, mingis aspektis hinnanguid võrdlemaks, kuivõrd need täidavad seatud eesmärgid?)
- Kui vajalik asutuse/meeskonna sellealane kvaliteedipoliitika teie arvates oleks? Mida see peaks sisaldama?
- Kuivõrd olete kokku puutunud R-asutustele ja meeskondadele mõeldud rahvusvahelise, Euroopa puudega inimeste kutsehariduse ja -koolituse kvaliteedi tagamise ehk nn EQASS VET kriteeriumide ja hindamisinstrumendiga?
- Kas nende kriteeriumide alusel antav kvaliteedimärk oleks teie meeskonnale vajalik: kas see võiks olla midagi väärtuslikku, motiveerivat praeguses arenguetapis? - KUI EI - Mis motiveeriks R-meeskonda teenuse kvaliteedi tõstmisega tegelema ja sellekohaseid indikaatoreid välja pakkuma?
- Supervisioon on rehabilitatsioonivaldkonna üheks oluliseks töökultuuri osaks, et peegeldada oma tööprotsessi ning parandada teenuse kvaliteeti.
- Kas teie meeskond või meeskonna liikmed kasutavad supervisiooni teenust? Missugusel viisil ja kui sageli näete vajadust supervisiooni teenuse järele?
- Kuivõrd oluliseks peate Sotsiaalkindlustusameti (SKA) poolset järelvalvet R-teenuste kvaliteedi hoidmise osas? Mida võiks teisiti teha?

#### **4. VÕRGUSTIKUTÖÖ (koostööpartnerite roll ja koostöövalmidus), JUHTUMIKORRALDUS**

- Kuidas inimesed jõuavad teie asutuse/meeskonna poolt pakutatavate R-teenusteni, mida nad vajavad? Millised on põhiprobleemid seoses sellega?

- Kas te teete eelnevalt koostööd, kui teie asutus koostab R-plaani, kuid teil tuleb klient teenusele suunata teise R-asutusse? Milles see koostöö seisneb?
- Kes on rehabilitatsiooni meeskonna koostöövõrgustiku kõige olulisemad osapooled?
- Kuidas toimib võrgustikutöö erinevate osapoolte vahel igapäevapraktikas? Milliseid probleeme tuleb võrgustikutöös kõige sagedamini ette?
- Milliste teenusesaajate sihtgruppide puhul on koostööga kõige suuremaid probleeme?
- Kui esineb probleeme, siis kes ja mida peaks olukorra parandamiseks ette võtma (vastutaja, tema ülesanded ja talle vajalikud ressursid)?
- Milline on teie meeskonnaliikmete omavaheline koostöö?
- Milline on täna teie asutusesisene infosüsteem? Kuidas erinevad spetsialistid, s.h R-meeskonna liikmed omavahel tööalast infot vahetavad?
- Kuidas Teie arvates oleks võimalik korraldada efektiivset mitmepoolset koostööd Sotsiaalministeeriumi (SOM), Sotsiaalkindlustusameti (SKA) ja R-meeskondade vahel?
- Mis võiks olla teisiti praeguse SKA-ga suhtluse ja aruandluse (järjekorras isikute teatamine, rahaliste vahendite aruanne, andmestik, arve jm) juures?
- Kas saate SOM ja SKA kodulehtedelt piisavalt ja hõlpsalt teile vajalikku infot? Mida annaks neil kodulehekülgedel paremini teha?
- Mida muudaksite, ka parema võrgustikutöö eesmärgil, praegu vajamineva dokumentatsiooni täitmises?
- Kas praegune R-plaan on sobiv? Kui ei, siis mida võiks muuta?
- Millised on teie kogemustele toetudes peamised puudused või täiendamisvajadused teieasutuse/ meeskonna tööd puudutavates õigusaktides?

## 5. KOOLITUSVAJADUS

- Mida te teete oma (asutuse) R-meeskonna liikmete rehabilitatsioonialaste kompetentside tõstmiseks?
- Mõeldes erinevatele sihtgruppidele ja töövahenditele - millised on R-meeskonna spetsialistide peamised koolitusvajadused?

- Kas koolitused peaksid hõlmama nelja R-teenuse sihtrühma või lähenema sihtgrupispetsiifiliselt? Mis oleksid esimese ja teise variandi plussid ja miinused?
- Keda ootaksite kõige enam koolitajateks ja miks?

## 6. LÕPETAMINE: programmipõhisus, rehabilitatsioon kui tööturumeede

- Kuidas te suhtute R-teenuste osutamisel programmilise lähenemise juurutamisse? (nt perekoolitusprogramm, sotsiaalsete oskuste treening, töölenaasmise programm, varajase sekkumise programm lapsele 0-1. eluaasta jms)

VAJADUSEL SELGITADA: Programmiline lähenemine lähtub komplekssetest rehabilitatsiooniteenustest. Need on erinevate erialade poolt ühiselt välja töötatud tegevusprogrammid, millel on konkreetne eesmärk ja kindlaks määratud ajaperiood ning mis on koostatud, arvestades konkreetse puudeliigi spetsiifikat./

- Milliseid R-programme oleks valmis osutama teie R-asutus/ meeskond? Millistele sihtgruppidele?
- Milliseid ressursse vajaksite lisaks (raha, inimesed, info, kompetents), et osutada ja arendada rehabilitatsiooni programme?
- Mil määral ja millistes tööloikudes olete kasutanud PITRA1 teenusekirjeldusi? Aga teisi PITRA1-s kirjeldatud põhimõtteid ja soovitusi? Milliseid?

## Moderaatorijuhend: R-spetsialistid

Sihtrühmad: sotsiaaltöötajad; füsioterapeudid; tegevus- ja loovterapeudid; logopeedid, eripedagoogid (pedagoogid); psühholoogid; arstid; õed.

### 1. OSALEJATE TAUST JA EELNEV KOGEMUS

(Lühiankeedi<sup>□</sup> täitmine enne fookusgrupi algust, kui vastajad saabuvad.)

### 2. R-TEENUSED (S.H KUTSEREHABILITATSIOON)

- KÜSIGE IGALT VASTAJALT ERALDI! – Rääkige palun pikemalt, milliseid oma erialaspetsiifilisi R-teenuseid te osutate?

□

□ Vt Lisa 3 viimane peatükk.

- Palun kirjeldage detailselt, millistest toimingutest koosneb iga teie teenus? (**SIIN OLULINE TEADA SAADA TEGEVUSTE TEGELIK SISU - ET EI VASTATAKS FORMAALSELT**)
- Kui palju võtab kogu teenuse osutamise protsessist aega otsene klienditöö? Millised tegevused siia alla kuuluvad? Kirjeldage ka erinevusi erinevate kliendirühmade puhul. (**KUI VASTAJAL ON MITU ERIALA, SIIS KINDLASTI KÜSIDA SAMA KA TEISTE ERIALADE TEENUSTE KOHTA.**)
- Millised on teie peamised töövahendid (näiteks abivahendid, nende laenutamine vajadusel jms) ja millised peamised hindamisinstrumendid?
- Millised on peamised probleemid teie poolt kirjeldatud teenuste, tegevuste või komponentide osas (**KÜSIMUSED 2-7**)?
- Millistest vahenditest tunnete oma töös enim puudust?
- IGA PROBLEEMI JUURES TÄPSUSTADA - Kuivõrd see probleem tuleneb teie asutuse tüübist, sihtrühmast, asukohast, vajadustest ja võimalustest või millestki muust? Millest?
- Kas ja millistel alustel olete osutanud R-teenust väljaspool R-asutust (kodus, tööl, õpikeskkonnas, hooldekodus, lastekodus jms)? Kui tihti (ja kas ka nt regulaarselt)?
- Kuivõrd oluline on tulemusliku R-teenuse saavutamiseks majutusteenus? Mis on majutusega R-teenuse eesmärk?
- Kui R-teenuse saajad majutatakse haiglas, kas teie arvates oleksid neile vajalikud haiglapatsientidest eraldi palatid?

### **3. TEENUSTE KVALITEET**

- Millest lähtuvalt te hindate täna enda teenuste kvaliteeti? Mis on peamisteks näitajateks, mille muutumist aja jooksul jälgite?
- Kas ja milliste komponentide kaudu olete kunagi hinnanud teiste koostööpartnerite teenuseid või nemad teie omi? Kuivõrd rahule olete jäänud?
- Kuidas on korraldatud eelmise R-plaani tulemuslikkuse hindamine? Kas seda tehakse koos meeskonnaga või spetsialistide kaupa eraldi? Kas arvestatakse ka isiku enda hinnangut?

- Kas olete mõne teise R-asutuse palvel enda poolt koostatud R-plaani tegevuskava muutnud/täiendanud? KUI JAH – Millises tegevusvaldkonnas? KUI EI - Kui suur oleks teie hinnangul vajadus selle järele ja miks?
- Kas te olete kunagi küsinud teenusesaaja hinnangut mõne teenuse tulemuslikkusega rahulolu kohta? Milline on olnud tagasiside ja kuidas saadud teavet on hiljem kasutatud?
- Kas oskaksite oma teenuste puhul nimetada tunnuseid, millega mõõta nende toimimise kvaliteeti?
- Kas teie meeskonnal või asutusel on olemas rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedi juhtimise poliitika? Mida te selle all mõistate? (VAJADUSEL TÄPSUSTADA - Kas olete seadnud endale kindlad eesmärgid ning seejärel püüdnud anda oma teenustele, s.h rehaplaani koostamine, mingis aspektis hinnanguid võrdlemaks, kuivõrd need täidavad seatud eesmäärke?)
- Millised võiksid olla erinevatele sihtrühmadele mõeldud teenuste tulemuslikkust ja kvaliteeti määrata aitavad hindamisvahendid ja meetodikad? Kes peaks jagama sellealast koolitust?
- Supervisioon on rehabilitatsioonivaldkonna üheks oluliseks töökultuuri osaks, et peegeldada oma tööprotsessi ning parandada teenuse kvaliteeti.
- Kas teie meeskond või meeskonna liikmed kasutavad supervisiooni teenust? Missugusel viisil ja kui sageli näete vajadust supervisiooni teenuse järele?
- Kuivõrd oluliseks peate Sotsiaalkindlustusameti (SKA) poolset järelvalvet R-teenuste kvaliteedi hoidmise osas? Mida võiks teisiti teha?

#### **4. VÕRGUSTIKUTÖÖ (koostööpartnerite roll ja koostöövalmidus), JUHTUMIKORRALDUS**

- Kuidas inimesed jõuavad teie meeskonna juurde ja R-teenusteni, mida nad vajavad? Millised on põhiprobleemid seoses sellega?
- Milliseid andmeid on R-plaanis teie arvates vajalik kajastada, et need toetaksid juhtumikorralduslikku lähenemist? Milliste andmete kogumine on liigne või vajaks korrigeerimist?
- Kas te teete eelnevalt koostööd, kui teie asutus koostab R-plaani, kuid teil tuleb klient teenusele suunata teise R-asutusse? Milles see koostöö seisneb?

- Kui teie asutusse tuleb teenusele inimene teises R-asutuses koostatud R-plaaniga, siis milliseid tegevusi te peate eelnevalt tegema, et oleks võimalik soovitavaid teenuseid osutada?
- Kes on rehabilitatsiooni meeskonna koostöövõrgustiku kõige olulisemad osapooled? (KUI EI NIMETATA – Milline on koostöö abivahendeid vahendavate organisatsioonidega?)
- Kuidas toimib võrgustikutöö erinevate osapoolte vahel igapäevapraktikas? Milliseid probleeme tuleb võrgustikutöös kõige sagedamini ette?
- Kuidas peaks olema korraldatud koostöö erinevate võrgustiku osapoolte vahel, et vältida tänaseid probleeme? Kas on midagi, mida võiksite oma igapäevase koostöö juures positiivse näitena välja tuua?
- Kas R-teenust pakkudes on ühe rehabilitatsiooni eesmärgiga töötamisel vaja mitme eriala samaaegset sekkumist ehk kompleksset tegevust? Milliste teenuste puhul rohkem, milliste puhul üldse mitte?
- Kuidas Teie arvates oleks võimalik korraldada efektiivset mitmepoolset koostööd Sotsiaalministeeriumi (SOM), Sotsiaalkindlustusameti (SKA) ja R-meeskondade vahel?
- Mis võiks olla teisiti praeguse SKA-ga suhtluse ja aruandluse (järjekorras isikute teatamine, rahaliste vahendite aruanne, andmestik, arve jm) juures?
- Kas saate SOM ja SKA kodulehtedelt piisavalt ja hõlpsalt teile vajalikku infot? Mida annaks neil kodulehekülgedel paremini teha?
- Mida muudaksite, ka parema võrgustikutöö eesmärgil, praegu vajamineva dokumentatsiooni täitmises?
- Kas praegune R-plaan on sobiv? Kui ei, siis mida võiks muuta?

## 5. KOOLITUSVAJADUS

- Millised peaksid olema R-spetsialisti üldised kompetentsid teenuse osutamisel, et oma tööga edukalt toime tulla? Missugused peaksid olema erialased kompetentsid?
- Mõeldes erinevatele sihtgruppidele ja töövahenditele - millised on R-meeskonna spetsialistide peamised koolitusvajadused?



- Millised on alustava R-meeskonna põhiprobleemid ja koolitusvajadused? Kas oleks mõeldav selle praktiseerimine mõne teise, kogemustega meeskonna juures?
- Milline koolitusvorm sobiks kõige paremini?
- Keda ootaksite kõige enam koolitajateks ja miks?

## 6. LÕPETAMINE: programmipõhisus, rehabilitatsioon kui tööturumeede

- Kuidas te suhtute R-teenuste osutamisel sellise programmilise lähenemise juurutamisse? (nt perekoolitusprogramm, sotsiaalsete oskuste treening, töölenaasmise programm, varajase sekkumise programm lapsele 0-1. eluaasta jms)

/VAJADUSEL SELGITADA: Programmiline lähenemine lähtub komplekssetest rehabilitatsiooniteenustest. Need on erinevate erialade poolt ühiselt välja töötatud tegevusprogrammid, millel on konkreetne eesmärk ja kindlaks määratud ajaperiood ning mis on koostatud, arvestades konkreetse puudeliigi spetsiifikat./

- Milliseid R-programme oleks valmis osutama teie R-asutus/meeskond? Milliseid ressursse selleks vajaksite?
- Kuidas annaks teie teenuseid muuta teenusesaajate jaoks veelgi enam tööturule naasmise ja seal püsimise keskseks?
- Kui palju on teil infot klientide edasise käekäigu kohta - kui paljud neist on rehabilitatsiooniteenuse abil tööle saanud?
- Mil määral ja millistes tööloikudes olete kasutanud PITRA1 teenusekirjeldusi? Aga teisi PITRA1-s kirjeldatud põhimõtteid ja soovitusi? Milliseid?

## Fookusgrupis osaleja lühiankeet

### 1. Töötan järgmistes R-meeskondades ja piirkondades

TÕMBA RING ÜMBER SOBIVA VASTUSE

#### Esimene meeskond:

| Minu töökoormus   |   | Meeskonna asukoht  |    | Teeninduspiirkonnad (ehk maakonnad, kust tullakse selle meeskonna teenustele) |    |
|---|---|--------------------|----|---|----|
| Täiskoormusega  | 1 | Harju maakond      | 1  | Harju maakond   | 1  |
| Osakoormusega   | 2 | Hiiu maakond       | 2  | Hiiu maakond  | 2  |
|   |   | Ida-Viru maakond   | 3  | Ida-Viru maakond  | 3  |
| <b>See rehabilitatsiooni-meeskond töötab -</b>                                  |   | Jõgeva maakond     | 4  | Jõgeva maakond  | 4  |
| Iseseisva asutusena   | 1 | Järva maakond      | 5  | Järva maakond   | 5  |
| Isemajandava üksusena ravi-, hoolekande vm asutuse juures                       | 2 | Lääne maakond      | 6  | Lääne maakond   | 6  |
|   |   | Lääne-Viru maakond | 7  | Lääne-Viru maakond  | 7  |
| Ravi-, hoolekande vm asutuse juures üldisest eelarvest finantseeritava üksusena | 3 | Põlva maakond      | 8  | Põlva maakond   | 8  |
|   |   | Pärnu maakond      | 9  | Pärnu maakond   | 9  |
|   |   | Rapla maakond      | 10 | Rapla maakond   | 10 |
|   |   | Saare maakond      | 11 | Saare maakond   | 11 |
|   |   | Tartu maakond      | 12 | Tartu maakond   | 12 |
|   |   | Valga maakond      | 13 | Valga maakond   | 13 |
|   |   | Viljandi maakond   | 14 | Viljandi maakond  | 14 |
|   |   | Võru maakond       | 15 | Võru maakond  | 15 |

#### Teine meeskond:

| Minu töökoormus   |   | Meeskonna asukoht  |    | Teeninduspiirkonnad (ehk maakonnad, kust tullakse selle meeskonna teenustele) |    |
|---|---|--------------------|----|---|----|
| Täiskoormusega  | 1 | Harju maakond      | 1  | Harju maakond   | 1  |
| Osakoormusega   | 2 | Hiiu maakond       | 2  | Hiiu maakond  | 2  |
|   |   | Ida-Viru maakond   | 3  | Ida-Viru maakond  | 3  |
| <b>See rehabilitatsiooni-meeskond töötab -</b>                                  |   | Jõgeva maakond     | 4  | Jõgeva maakond  | 4  |
| Iseseisva asutusena   | 1 | Järva maakond      | 5  | Järva maakond   | 5  |
| Isemajandava üksusena ravi-, hoolekande vm asutuse juures                       | 2 | Lääne maakond      | 6  | Lääne maakond   | 6  |
|   |   | Lääne-Viru maakond | 7  | Lääne-Viru maakond  | 7  |
| Ravi-, hoolekande vm asutuse juures üldisest eelarvest finantseeritava üksusena | 3 | Põlva maakond      | 8  | Põlva maakond   | 8  |
|   |   | Pärnu maakond      | 9  | Pärnu maakond   | 9  |
|   |   | Rapla maakond      | 10 | Rapla maakond   | 10 |
|   |   | Saare maakond      | 11 | Saare maakond   | 11 |
|   |   | Tartu maakond      | 12 | Tartu maakond   | 12 |
|   |   | Valga maakond      | 13 | Valga maakond   | 13 |
|   |   | Viljandi maakond   | 14 | Viljandi maakond  | 14 |
|   |   | Võru maakond       | 15 | Võru maakond  | 15 |

**Minu amet (nt sotsiaaltöötaja, logopeed jt) 1. meeskonnas .....**

Üldine töökogemus selles ametis rehabilitatsiooni valdkonnas ..... aastat

**Minu amet 2. meeskonnas .....**

Üldine töökogemus selles ametis rehabilitatsiooni valdkonnas ..... aastat

**Milliseid hindamismeetodeid ja hindamisvahendeid kasutate oma töös?**

---

**Kas toetute R-teenuse osutamisel lisaks oma erialasele tegevusele ka mõnele rehabilitatsiooni metoodikale või teooriale? KUI JAH - palun nimetage metoodika, teooria, autorid.**

---

**Lisaks tänases fookusgrupis arutluse alla tulnud teemadele sooviksin uuringu läbiviijatele öelda järgmist:**

---

## LISA 4 - 2. ETAPI VEEBIKÜSIMUSTIK

Täname, et nõustusite vastama Rehabilitatsiooniteenuste pakkumise ja korralduse uuringu 2. etapi küsimustele!

Lühema sõnastuse eesmärgil nimetame me järgnevalt rehabilitatsioonimeeskonda lihtsalt meeskonnaks ning terminit „rehabilitatsioon” asendab täht „R” teiste sõnade ees (nt R-teenused).

Juhul, kui olete töötanud mitmes R-meeskonnas, palun vastake järgnevatele küsimustele oma praegusest meeskonnast lähtuvalt.

### 1. Kas teie meeskond tegutseb iseseisva üksusena või mõne teise asutuse, ettevõtte või organisatsiooni allüksusena?

- 1 iseseisev üksus (s.h AS, OÜ, FIE, MTÜ jt)
- 2 teise asutuse/ettevõtte/organisatsiooni allüksus

### 2. Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte või organisatsiooni omandivorm? Kas omanikuks on ...

- 1 riik
- 2 kohalik omavalitsus
- 3 Eesti eraõiguslik (juriidiline või füüsiline) isik
- 4 välismaa eraõiguslik (juriidiline või füüsiline) isik

### 3. Milline on teie meeskonna või seda haldava asutuse, ettevõtte või organisatsiooni õiguslik liigitus, kas ...

- 1 füüsilisest isikust ettevõtja
- 2 Eesti äriühing (s.h täisühing, usaldusühing, osaühing, aktsiaselts)
- 3 Eesti mittetulundusühing või sihtasutus või muu asutus?
- 4 välismaa äriühing või selle filiaal
- 5 välismaa mittetulundusühing või sihtasutus

### 4. Kui kaua teie meeskond on R-teenuseid osutanud? Nimetage meeskonna kõige esimese halduslepingu aasta ja kuu \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ ei oska öelda

### 5. Millised on teie meeskonna R-teenuse sihtrühm(ad)? VÕIMALIK MITU VASTUST

- 1 **Sihtrühm 1:** Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2<sup>1</sup> lg 2 p 1 tähenduses lapsed kuni 18-eluastani (puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad lapsed)
- 2 **Sihtrühm 2:** Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2<sup>1</sup> lg 2 p 2 tähenduses 16-aastased ja vanemad isikud (puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad isikud)
- 3 **Sihtrühm 3:** 16-aastased kuni riikliku pensionikindlustuse seaduse §-s 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud psüühilise erivajadusega isikud, kellele on määratud töövõimekaotus 40% või enam
- 4 **Sihtrühm 4:** Alaealiste komisjoni otsusel alaealiste mõjutusvahendite seaduse § 1 lõigetes 2 ja 3 nimetatud isikud

**6. Millised on teie meeskonna R-teenused? VÕIMALIK MITU VASTUST**

- 1 R-plaani koostamine (1)
- 2 R-plaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamise teenus (2)
- 3 Füsioterapeudi teenus (3)
- 4 Füsioterapeudi grupitöö teenus (4)
- 5 Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus (5)
- 6 Sotsiaaltöötaja teenus (6)
- 7 Sotsiaaltöötaja perenõustamise teenus (7)
- 8 Sotsiaaltöötaja grupinõustamise teenus (8)
- 9 Eripedagoogi teenus (9)
- 10 Eripedagoogi perenõustamise teenus (10)
- 11 Eripedagoogi grupinõustamise teenus (11)
- 12 Psühholoogi teenus (12)
- 13 Psühholoogi perenõustamise teenus (13)
- 14 Psühholoogi grupinõustamise teenus (14)
- 15 Logopeedi teenus (15)
- 16 Logopeedi perenõustamise teenus (16)
- 17 Logopeedi grupinõustamise teenus (17)
- 18 R-teenuse osutamine koos majutusega (toitlustamine 1 kord päevas) (18)
- 19 Transporditeenus kliendi juurde (19)
- 20 Muud toetavad rehabiliteerivad teenused (s.h ka riigi poolt mitterahastatavad), millised?  
\_\_\_\_\_ (20, kui mitu, siis edasi: 21, 22 jne)

**7. Millisele R-teenusele on teie meeskonnas praegu kõige pikem järjekord?**

Kirjutage teenuse number küsimusest 6: \_\_\_\_\_

**8. Millises piirkonnas teie meeskond asub? AINULT ÜKS VASTUS!**

**9. Nimetage kolm suurima klientide arvuga piirkonda, kust tullakse teie meeskonna R-teenustele? KOLM VASTUST.**

- 1 Harju maakond
- 2 Hiiu maakond
- 3 Ida-Viru maakond
- 4 Jõgeva maakond
- 5 Järva maakond
- 6 Lääne maakond
- 7 Lääne-Viru maakond
- 8 Põlva maakond
- 9 Pärnu maakond

- 10 Rapla maakond
- 11 Saare maakond
- 12 Tartu maakond
- 13 Valga maakond
- 14 Viljandi maakond
- 15 Võru maakond

**10. Kui palju järgnevaid spetsialiste töötab teie meeskonnas ja millise koormusega? Arstide puhul palun märkige iga eriala arst (näiteks taastusraviarst, pediaater jt) eraldi reale!**

| <i>Spetsialistid</i>       | <i>Arv</i> | <i>neist - täistööajaga</i> | <i>- osatööajaga</i> |
|----------------------------|------------|-----------------------------|----------------------|
| Arst (täpsustage erialad): |            |                             |                      |
| • taastusraviarst          |            |                             |                      |
| • pediaater                |            |                             |                      |
| • psühhiaater              |            |                             |                      |
| • logopeed                 |            |                             |                      |
| • muu, kes?                |            |                             |                      |
| • muu, kes?                |            |                             |                      |
| • muu, kes?                |            |                             |                      |
| Õde                        |            |                             |                      |
| Sotsiaaltöötaja            |            |                             |                      |
| Tegevusterapeut            |            |                             |                      |
| Loovterapeut               |            |                             |                      |
| Eripedagoog                |            |                             |                      |
| Füsioterapeut              |            |                             |                      |
| Psühholoog                 |            |                             |                      |
| Logopeed                   |            |                             |                      |
| Muu, kes? _____            |            |                             |                      |

**11. Milline on teie kui meeskonnajuhi roll meeskonnas spetsialistina? Kas te olete... AINULT ÜKS VASTUS!**

- 1 arst
- 2 õde
- 3 sotsiaaltöötaja
- 4 tegevusterapeut
- 5 loovterapeut
- 6 eripedagoog
- 7 füsioterapeut
- 8 psühholoog
- 9 logopeed
- 10 muu, kes? \_\_\_\_\_

**12. Milliseid spetsialiste vajaks teie meeskond juurde edukaks tegutsemiseks? Arstide puhul palun täpsustage vajalikud erialad (näiteks taastusraviarst, pediaater jt) !**

| <i>Spetsialistid</i>         | <i>Arv</i> |
|------------------------------|------------|
| Kõik spetsialistid on olemas | 0          |
| Arst (täpsustage erialad):   |            |
| • taastusraviarst            |            |
| • pediaater                  |            |
| • psühhiaater                |            |
| • logopeed                   |            |
| • muu, kes?                  |            |
| • muu, kes?                  |            |
| • muu, kes?                  |            |
| Õde                          |            |
| Sotsiaaltöötaja              |            |
| Tegevusterapeut              |            |
| Loovterapeut                 |            |
| Eripedagoog                  |            |
| Füsioterapeut                |            |
| Psühholoog                   |            |
| Logopeed                     |            |
| Muu, kes? _____              |            |
| <i>ei oska öelda</i>         |            |

**13. Millistel nädalapäevadel teie meeskond osutab R-teenuseid?**

**E T K N R L P**

**14. Nimetades kõiki päevi, mil teie meeskond osutab R-teenuseid, kokku teie tööpäevadeks – mitu R-klieenti teenindas teie meeskond eelmise tööpäeva jooksul?**

\_\_\_\_\_ (arv)

**KUI MEESKOND PAKUB R-PLAANI KOOSTAMISE TEENUST (KÜS. 6 VASTUS 1 ON MÄRGITUD):**

**15. Mitu R-plaani teie meeskond koostas eelmise tööpäeva jooksul?** \_\_\_\_\_ (arv)

**VASTAVAD KÕIK:**

**16. Kui sobiv on praegune töökeskkond teie meeskonna jaoks R-teenuste osutamiseks? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1 on madalaim ja 5 kõrgeim hinne.**

1 2 3 4 5

**17. Kui piisavad on teie R-meeskonna töövahendid R-teenuste osutamiseks? Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=täiesti ebapiisavad ja 5=täiesti piisavad.**

1 2 3 4 5

**18. Kui sobiv on praegune töökeskkond teie klientide seisukohast (s.t kas on mõeldud ligipääsule puuetega inimeste jaoks, jms)?** Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1 on madalaim ja 5 kõrgeim hinne.

1 2 3 4 5

**19. Kas teie meeskonnal või asutusel on R-teenuste osutamiseks välja töötatud kvaliteedikriteeriumid? - Jah / Ei**

**20. Kui tihti teie meeskond küsib klientidelt tagasisidet neile osutatud R-teenuste tulemuslikkuse kohta?** Palun andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=mitte kunagi ja 5=alati.

1 2 3 4 5

**21. Kellega teeb teie meeskond R-teenust osutades võrgustikutööd?**

VÕIMALIK MITU VASTUST

- 1 kliendi pere
- 2 kohalik omavalitsus
- 3 Tööturuamet
- 4 kool/lasteaed/töökoht
- 5 haigla
- 6 sanatoorium
- 7 teised R-meeskonnad
- 8 muu osapool, kes? \_\_\_\_\_

**22. Kas meeskonnas täistööajaga töötamine on teie arvates oluline, et spetsialist saaks pakkuda kvaliteetsemat R-teenust? - Jah/ Ei**

**23. Kas teie asutus või meeskond on korraldanud rehabilitatsioonialaseid koolitusi? Korraldamise all mõtleme nii R-alaste sisekoolituste organiseerimist asutuses kohapeal, aga ka meeskonna spetsialistide osalemist koolitustel väljaspool asutust või meeskonda (sh. R-alase individuaalõppe rahastamist Eestis või välismaal). - Jah/ Ei**

KUI KÜS. 23=JAH, ILMUB LOEND KÜS. 9 MÄRGITUD VASTUSTEST (ARV>0 VÕI ARV>MISSING):

**24. Millised teie meeskonna spetsialistid on saanud rehabilitatsioonialast koolitust?**  
VÕIMALIK MITU VASTUST

- 1 Kõik spetsialistid
- 2 Arst
- 3 Õde



- 4 Sotsiaaltöötaja
- 5 Tegevusterapeut
- 6 Loovterapeut
- 7 Eripedagoog
- 8 Füsioterapeut
- 9 Psühholoog
- 10 Logopeed
- 11 Muu, kes? \_\_\_\_\_

**25. Kas teie meeskond osutanud R-teenuseid väljaspool oma R-asutust? - Jah/ Ei**

KUI KÜS. 25=JAH:

**26. Kus olete, lisaks oma R-asutusele, R-teenuseid osutanud? VÕIMALIK MITU VASTUST**

- 1 kliendi kodus
- 2 koolis/ lasteaias/ töökohal
- 3 polikliinikus vm ambulatoorse ravi keskuses
- 4 haiglas vm statsionaarse ravi keskuses
- 5 mujal, kus? \_\_\_\_\_

**27. Kas teie meeskond on kunagi katkestanud või kaalunud vajadust katkestada R-teenuste pakkumine?**

- 1 Jah, oleme katkestanud R-teenuste pakkumise (periood kuudes \_\_\_\_\_)
- 2 Jah, oleme kaalunud R-teenuste pakkumise katkestamist, kuid ei ole seda teinud
- 3 Ei ole seda kaalunud
- 4 Ei oska öelda

KUI KÜS. 27=JAH (Vastused 1 VÕI 2):

**28. Mis oli peamiseks põhjuseks? AINULT ÜKS VASTUS!**

- 1 Liiga keeruline dokumentatsioon
- 2 Suutmatus leida vajalikke spetsialiste meeskonda
- 3 Ebapiisav koostöö klientidega
- 4 Ebapiisav koostöö SKA-ga
- 5 Ebapiisav koostöö teiste R-meeskondade spetsialistidega
- 6 Nõudluse puudumine meeskonna poolt pakutavate R-teenuste järele
- 7 Muu põhjus, milline? \_\_\_\_\_

VASTAVAD KÕIK:

**29. Kas teie R-meeskond on asunud juurutama R-teenuste juhtumipõhise osutamise põhimõtteid? Jah/ Ei/ raske öelda**

**31. Kuivõrd on tänaste R-süsteemi regulatsioonide juures võimalik teie arvates kasutada juhtumipõhise teenuseosutamise põhimõtteid? Andke hinnang 5-palli skaalal, kus 1=ei ole üldse võimalik ja 5=on täiesti võimalik.**

1 2 3 4 5 / raske öelda

**30. Kuidas te hindate oma meeskonna tööd tervikuna 5-palli skaalal, kus 1 on madalaim ja 5 kõrgeim hinne?**

1 2 3 4 5

**31. LÕPETUSEKS: Kuna tegemist on pilootküsimustikuga, siis oleks väga oluline saada teilt tagasisidet, millised küsimused olid teie arvates puudu või millistele ei olnud teil võimalik vastata ja miks?**

---

---