

ESF Projekt nr 1.3.0310.08-0001



Eesti tuleviku heaks



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond

PROGRAMM
„TÖÖLESAAMIST TOETAVAD HOOLEKANDEMEETMED 2007 – 2009“
Rehabilitatsiooniteenuse programmipõhise lähenemise piloteerimine ja
reaalse
süsteemi kujundamine

LÕPPRAPORT

Rakendusasutus: Sotsiaalministeerium

Projekti koordineerija: Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus

Projektimeeskond: Triin Vana, Karin Hanga, Külli Roht, Ülle Kruus, Dagmar Narusson, Varje-Riin Tuulik Leisi, Tarmo Kadak

Rakendusasutuse esindajana töötas meeskonnas Marina Runno

Projektijuht: Kadi Meremäe

Tallinn 2009

SISUKORD

Sissejuhatus	3
1. Programmiline lähenemine rehabilitatsiooniteenuse osutamisel	4
1.1. Programmilise lähenemise vajadus, mõiste ja käsitlus. Programmide osutajad	4
1.1.1. Rehabilitatsiooniprogrammi mõiste ja liigitus	5
1.1.2. Rehabilitatsiooniprogrammide osutajad	6
1.2. Rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse ning potentsiaali kaardistamine	6
1.2.1. Info kogumiseks läbiviidud ümarlauad ja teabepäevad	7
1.2.2. Programmide arendamise ja osutamise valmidus	9
1.3. Rehabilitatsiooniprogrammidele esitatavad nõuded. Hindamine, kinnitamine ja suunamine	9
1.3.1. Programmi kirjeldamise vorm	10
1.3.2. Rehabilitatsiooniprogrammi tõenduspõhisus	11
1.3.3. Rehabilitatsiooniprogrammide hindamine ja kinnitamine	12
1.3.4. Rehabilitatsiooniprogrammi suunamine	12
2. Rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimine	13
2.1. Finantseerimissüsteem ja rahastamise alused	13
2.2. Rehabilitatsiooniprogrammi kulumudeli vorm ja juhend	16
2.3. Rehabilitatsiooniprogrammide rahastamissüsteemid teistes riikides	17
3. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitus ja rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine	19
3.1. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitus	19
3.2. Rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine	20
4. Ettepanekud	22
Kokkuvõte	24
Lisad	26
Lisa 1. Rehabiliteerivate programmide vajaduse kaardistamine	26
Lisa 2. Infopäev puuetega inimeste ühendustele EPI Kojas, oktoober 2009	30
Lisa 3. Puudega laste ja nende perede rehabilitatsioonivajaduse hindamisest	34
Lisa 4. Rehabilitatsiooniprogrammide vajadus PITRA 2 puudespetsiifiliste ümarlaudade info põhjal, veebruar - märts 2007	36
Lisa 5. Rehabilitatsiooniprogrammi kinnitamise vorm koos juhendiga	39
Lisa 6. Ülevaade programmi piloteerimise lõppkokkuvõtetest	57
Lisa 7. Juhend rehabilitatsiooniprogrammide kulumudeli koostamiseks	66
Lisa 8. Vormid kulumudeli esmakordseks koostamiseks. Etapiline materjal kulumudeli koostamiseks ja tulemuste edastamiseks	69
Lisa 9. Vorm juba kulumudeli koostanud asutustele jätkuvaks kasutamiseks	69
Lisa 10. Ülevaade rehabilitatsiooniteenuste rahastamisest Euroopa riikides	76

Sissejuhatus

Projekt **Rehabilitatsiooniteenuse programmpõhise lähenemise piloteerimine ja reaalse süsteemi kujundamine** on osa programmist „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2007-2009“. Tegemist on Inimressursi arendamise rakenduskava prioriteetse suuna 3: „Pikk ja kvaliteetne tööelu“ meetmega „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed“, mille rakendusasutus ja elluviija on Sotsiaalministeerium (hoolekande osakond) ning projekti koordineerija Sotsiaalministeeriumi allasutus Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. Programmi rahastas Euroopa Sotsiaalfond.

2005-2008 aastal viidi läbi projekt „Puudega inimene tööturule juhtumipõhise rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega“ ehk PITRA sh PITRA ja PITRA 2.

PITRA projekti lõppfaasis jõuti tulemuseni, et rehabilitatsiooniteenus on kompleksteenuse. Esitati ettepanek riikliku rehabilitatsioonisüsteemi korrastamisel liikuda erialapõhiste üksikteenuste finantseerimiselt komplekssete sekkumiseni, ehk arendada ja rakendada rehabilitatsiooniprogramme, mis eelkõige toetaksid puudega inimese integreerumist tööellu, sobiva töö valimist, saamist ja säilitamist.

PITRA 2 projekti raames ei olnud võimalik programmpõhist teenuse osutamist enam piloteerida, sest puudus ajaline ja materiaalne ressurss.

Käesoleva projekti põhieesmärk oli piloteerida rehabilitatsiooniteenuse programmpõhist lähenemist ja reaalse süsteemi kujundamist, et viia see sotsiaalhoolekande seaduse tasandile.

Kavandatud tegevustena oli ette nähtud rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse ja programmide rakendamiseks olemasoleva ressursi täpsustamine ning vastav analüüs valdkondade viisi. Eesmärgi täitmiseks kaasati puuetega inimeste organisatsioone, erialaühinguid, rehabilitatsioonivaldkonna spetsialiste, et selguks, mis eesmärgiga ja missuguseid sekkumisi/programme erinevad sihtgrupid vajavad.

Teise tegevusena planeeriti välja töötada rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimise alused. Selleks analüüsiti integreeritud rahastuse mudeleid, mida teiste maade kogemusel rehabilitatsiooniprotsessis edukalt kasutatakse ning analüüsiti lisakulude vajadust, mida programmide kasutuselevõtt kaasa toob.

Planeeritud oli koolitus rehabilitatsiooniprogrammide arendajatele ja pakkujatele. Koolitusel osales 8 rehabilitatsioonimeeskonda, sh 44 inimest.

Projekti jooksul piloteeriti 7 erinevat rehabilitatsiooniprogrammi ning piloteerimises osales vabatahtlikkuse alusel 37 reaalselt rehabilitatsiooniteenuse vajajat. 5 piloteeritud programmi oli suunatud tööealistele isikutele otsese või kaudsema eesmärgiga toetada tööle saamise integreerumist. 2 rehabilitatsiooniprogrammi oli suunatud lastele: üks neist arenguliste erivajadustega laste arengu toetamise programm ning teine alaealiste õigusrikkujate ja perede nõustamisprogramm.

Projekti reaalsed sisulised tegevused algasid septembris 2009. Programmide piloteerimise ajavahemik oli 2.september kuni 20.november, millele eelnesid ja järgnesid ekspertide meeskonna nõupidamised ja koosolekud.

Ekspertide meeskonda kuulusid Triin Vana (Tallinna Vaimse Tervise Keskus), Karin Hanga (Eesti Puuetega Inimeste Koda), Külli Roht (Eesti Afaasialiidu Taastuskodu Pesarimaja), Ülle Kruus (Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus), Dagmar Narusson (Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž), Varje-Riin Tuulik Leisi (Adeli Eesti OÜ), Tarmo Kadak (Tallinna Tehnikaülikool). Sotsiaalministeeriumi esindajana töötas projektis Marina Runno.

1. Programmiline lähenemine rehabilitatsiooniteenuse osutamisel

Järgneva alapeatüki aluseks on PITRA 2 lõppraporti kohandatud programmide osa.

1.1. Programmilise lähenemise vajadus, mõiste ja käsitlus. Programmide osutajad

PITRA meeskonna ettepanek oli erialapõhiste üksikteenuste finantseerimise asemel toetada komplekssete sekkumiste ehk rehabilitatsiooniprogrammide arendamist ja finantseerimist. Ettepanek sai jätkuvat kinnitust ka käesoleva projekti raames

Rehabilitatsiooniprotsessis on senine rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel. Vajadus on aga kvaliteetsete ja tulemuslike sekkumiste järele.

Rehabilitatsiooniteenus on kompleksne protsess, milles on vaja planeerida isiku eesmärkidest ja vajadustest lähtuvaid erinevaid rehabiliteerivaid ja arendavaid tegevusi. Oluline on leida isiku east ja puudest lähtuv, meetoodiliselt koostatud ja läbimõeldud tegevuste terviklik pakett, mis on suunatud isiku rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele. Näiteks erinevad õppe- ja toetusprogrammid puudega lapse tavakooli integreerumiseks, tööealise isiku tööle saamiseks või oma kodus iseseisvalt elamiseks. Õppe- ja toetusprogrammid võivad olla nt praktiliste igapäevaeluks vajalike oskuste harjutamine, kodu kohandamine, pere nõustamine ja koolitus, sotsiaalsete oskuste arendamine, isiku motivatsiooni tõstmine, töötamine ja –harjutamine jms.

Tänase teenuse puhul finantseeritakse sekkumistena erialapõhiseid üksikteenuseid *nt füsioterapeudi teenus, logopeedi teenus jne, mis teeb keeruliseks arendada ja pakkuda kompleksseid tervikprogramme, milles on ühe eesmärgi saavutamiseks vajalik erinevate spetsialistide koostöö ja kompetents.*

Rehabilitatsiooniprogrammide kasutuselevõtuga saab arendada erinevatest rehabilitatsiooni eesmärkidest lähtuvaid, puude- ja toimetulekupiirangu spetsiifilisi sekkumisi. Isiku jaoks suureneb teenuste sisuline valikuvõimalus ning teenusega (programmiga) tutvudes on kohe selge programmi eesmärk, sisulised tegevused ja oodatav tulemus.

Rehabilitatsiooniprogrammid sisaldavad ka edaspidi erialapõhiseid üksiktegevusi, kuid sellisel juhul on see tegevus integreeritud ühtsesse, tervikuna läbimõeldud programmi. Kui isik vajab oma rehabilitatsiooniprotsessis üksikspetsialisti sekkumist, nt õe või sotsiaaltöötaja nõustamist, siis programmilise lähenemise puhul ei räägi me õe või sotsiaaltöötaja üksik- või grupiteenusest, vaid nt haigusega toimetuleku õpetamise programmist, mida viib ellu õde või nt klientide motiveerimiseks ja elumuutuse toetamiseks koostatud programmist, „Soovist-eesmärgini“ , mida viib läbi sotsiaaltöötaja.

Programmide riiklik finantseerimine aitab kaasa teenuse kvaliteedi paranemisele, tõenduspõhiste rehabiliteerivate sekkumiste arenemisele ning vastavate meetodikate tekkimisele. Teenuse osutajatel tuleb mõelda läbi meetodikad ja teooriad, millele oma töös toetuda, analüüsida oma teenuse kvaliteeti ja tulemuslikkust.

Muudetav korraldus ja rahastamine motiveerib loodetavasti mitmeid teenuseosutajaid spetsialiseeruma just rehabilitatsioonitööle tagades sellega oma jätkusuutlikkuse ja töö kvaliteedi.

1.1.1. Rehabilitatsiooniprogrammi mõiste ja liigitus

Rehabilitatsiooniprogramm on isiku rehabilitatsiooniks vajalikke kompleksseid tegevusi sisaldav sekkumine, millel on konkreetsetl sõnastatud eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood, mille vältel pakutakse aktiivselt arendavaid ja rehabiliteerivaid tegevusi.

Rehabilitatsiooniprogramm on **teenuste osutamise süstematiseeritud ja organiseeritud vorm**

- mille tulemuseks on konkreetse eesmärgi saavutamine lähtuvalt inimese rehabilitatsioonieesmärgist (eesmärkidest) ja arengu vajadustest;
- milles sisalduvad arendavate ning rehabiliteerivate tegevuste integreeritud elemendid;
- milles on võimalikult maksimaalselt arvestatud isiku individuaalset eripära, ealisi eesmärke ning konkreetse puudeliigi spetsiifikat.

Rehabilitatsiooniprogrammid võivad olla:

1.) **Ühiskondliku kaasatuse ja eneseaktualisatsiooni suurendamisele suunatud programmid:**

- **Töö ja tööhõive** valdkonnaga seotud programmid - tööellu reintegreerumine, sobiva töö valimine, saamine ja säilitamine
- **Elamise ja majandustegevuse** valdkonnaga seotud programmid - võimalikult iseseisvalt elama õppimine ning igapäevaelu korraldus
- **Õppimise ja hariduse** valdkonnaga seotud programmid - haridusse integreerumine, inimese erialane ja huvialane areng (kutseõpe, ümberõpe, vabahariduslikud programmid)
- **Sotsialiseerumise ja vaba aja** valdkonnaga seotud programmid – inimese sotsiaalsus ning aktiivsus, suhete arendamine ja kaasatus
- **Elustiili kujundamisega seotud programmid** - haiguse/puudega toimetulek ja kohanemine, uute oskuste õppimine ja tervisliku elustiili (harjumuste) kujundamine.

2.) **Tegevusvõime arendamisele ning tegevuspiirangute ning kõrvalabi vajaduse vähendamisele suunatud programmid**

- inimese funktsionaalset võimekust tõstvad ja tegevuspiiranguid vähendavad programmid, ühe või mitme **tegutsemis- või osalemisvaldkonna-**, suunatud programmid nt. liikuvus, suhtlemine, enesehooldus ja kodused toimingud, õppimine ja teadmiste rakendamine, inimestevahelised suhted ja pere, ühiskondlikus elus osalemine jms)
- **keskkonna arendamisele ja kohandamisele** suunatud programmid, sh füüsiline, sotsiaalne ja suhtumuslik keskkond suunatud toetusele ja suhetele (nt peredele suunatud programmid), hoiakutele, abivahendi ja keskkonna kohandamisele, teenuste ja süsteemide arendamisele.

3.) **Muutuseks valmisoleku ja motivatsiooni arendamisele** suunatud programmid, psühhosotsiaalne toetus ja eneseabi

Programmid võivad olla kohandatud individuaalseks ja/või grupiviisiliseks sekkumiseks.

- **individuaalne programm** on kompleksne sekkumine, mis koostatakse konkreetsele isikule tema rehabilitatsiooni eesmärgist ja vajadustest lähtuvalt. Individuaalne rehabilitatsiooniprogramm lähtub ealistest eesmärkidest ja vajadustest, puude spetsiifikast, diagnoosist ja toimetulekupiirajatest, mis on kohandatud konkreetse isiku soovidele ja vajadustele ning üldisele rehabilitatsiooni eesmärgile;
- **grupiõppeprogramm** lähtub samuti ealistest eesmärkidest ja vajadustest, puude spetsiifikast, diagnoosist ja toimetulekupiirajatest, kuid mille eesmärk lisaks vajalike oskuste ja

ressursside arendamisele on ka omavahelise toe ja kogemuse jagamine. Grupiõppe programmis on arvestatud orienteeruv hind isiku kohta.

1.1.2. Rehabilitatsiooniprogrammide osutajad

Senine süsteem piirab rehabilitatsiooniteenuse pakkujate ringi ning organisatsioonid, kellel puudub 5-liikmeline multidistsiplinaarne meeskond, ei saa pakkuda teenust, kuigi asutus võib olla väga edukas tulemuslike rehabiliteerivate tegevuste pakkumises. Projekt toetab PITRA ettepanekut liigitada edaspidi 3 liiki asutusi: piirkondlik-, spetsialiseerunud- ning rehabilitatsiooniprogramme osutav rehabilitatsiooniasutus.

Programme võivad osutada vastava tegevusloa saanud:

- a. Piirkondlikud- ja spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutused, kes lisaks plaani koostamisele ning plaani elluviimise juhendamisele ning koordineerimisele osutavad ka sekkumisi/rehabilitatsiooniprogramme ning kellel tuleb pakutavad sekkumised, sh erialapõhised üksikteenused arendada kompleksseteks rehabilitatsiooniprogrammideks.
- b. Rehabilitatsiooniasutus, kelle meeskonna liikmelisus ei ole seadusega reguleeritud, kes ei tegele plaanide koostamise ja tervikrehabilitatsiooniprotsessi koordineerimisega, vaid osutab spetsiifilisi rehabilitatsiooniprogramme (nt väiksemad spetsialiseerunud asutused või puuetega inimeste organisatsioonid).

Kõik kolm asutuse tüüpi on võrdselt kohustatud kirjeldama oma programmid ning taotlema tegevusloa/akrediteeringu vastavalt kehtestatud protseduurile.

Spetsialistidest võivad programme osutada:

- tervishoiualast, sotsiaaltööst, psühholoogilist, logopeediaalast, (eri)pedagoogilist, tegevus- või füsioteraapiaalast kõrgharidust omavad ning nõutud mahus rehabilitatsioonialase täiendkoolituse läbinud töötajad;
- programmi osutavasse meeskonda võib kaasata ka teisi töötajaid, kellel on valdkonna – või puudespetsiifiline pädevus ning kelle tegevus on superviseeritud eelnevas punktis nimetatud erialase kõrgharidusega spetsialistide poolt.

Toodud spetsialistide ringi laiendamine tuleneb vajadusest kaasata vahel rehabilitatsiooniprotsessi ka puudespetsiifilist vm valdkonna kogemust ja pädevust, mille finantseerimist ja kasutamist tänane süsteem ei võimalda (nt oma puudega hästi kohanenud isik, kes on valmis toetust pakkuma äsjahaigestunud või puude omandanud isikule või nt arvutispetsialist, kes pakub arvutiõpet tööleaitamise mitmeetapilises programmis).

Soovitusliku nõudena võiks olla programmi heakskiitmine teenuse tarbijate- ja/või erialaühingu poolt.

1.2. Rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse ning potentsiaali kaardistamine

Ajavahemikul september – detsember 2009 viidi projektimeeskonna poolt läbi esmane kaardistamine, et uurida puudega inimeste rehabilitatsiooniprogrammide vajadusi (ehk millised programme võivad vajada erinevas eas ning erineva puude- ja toimetulekupiirajaga inimesed). Samuti küsitlesime võimalike rehabilitatsiooniprogrammide osutajaid (käesolevas projektis programme piloteerivad meeskonnad, praegused rehabilitatsiooniteenuse osutajad ning puuetega

inimeste ühendused), uurides nende valmidust tulevikus rehabilitatsiooniprogramme arendada ja pakkuda. Ka viidi läbi lastevanemate küsitlus, et koguda vahetuid arvamusi rehabilitatsiooniteenuse vajaduse kohta.

1.2.1. Info kogumiseks läbiviidud ümarlauad ja teabepäevad

Rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse uurimiseks on läbi viidud erinevaid ümarlaudaid ja teabepäevaid, kus intervjuude, grupitööde ning kirjaliku tagasiside kaudu on kogutud arvamusi rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse kohta.

Käesoleva aasta detsembris viidi läbi infopäev tänastele **rehabilitatsiooniteenuse osutajatele**, kus analüüsiti, millised rehabilitatsiooniprogrammid on vajalikud teatud diagnoosiga/puudega klientidele ning puudega lastele. Samuti uuriti, kuidas hindavad tänased rehabilitatsiooniteenuse osutajad oma valmidust edaspidi programme pakkuda. Aruteludes jagunesid infopäeval osalejad 3 töötuppa, mille teemad olid: puudespetsiifilised rehabilitatsioonivajadused, diagnoosipõhised rehabilitatsioonivajadused ning puudega laste ja perede vajadused rehabilitatsiooniprogrammide osas. Töötubade kokkuvõtted on toodud **lisas nr 1**.

Puuetega inimeste organisatsioonidele läbiviidud teabepäeval (oktoober 2009) osalesid 15 erineva puudegrupi esindajad: Pimekurtide Tugiliit, Pimedate Liit, Fenüülketonuuria Ühing, Reumaliit, Prader Willi Sündroomi Ühing, Psoriaasiliit, Tartu Herbert Masingu Kool (esindades Eesti Autismiühingut), Scleroosis Multiplexi Ühing, Liikumispuudega Inimeste Liit, Vaimupuudega Inimeste Tugiliit, Seljaajusonga ja Vesipeade Ühendus, Neeruhaigete Liit, Tsöliaakia Selts, Afaasialiit ning Vaegkuuljate Liit. Viidi läbi programmpõhise rehabilitatsiooniteenuse tutvustus, grupitöös analüüsiti programmide vajadusi ning ühingu enda potentsiaali edaspidi oma puudegrupile vajalikke programme pakkuda. Hiljem edastati kirjalikult oma sihtgrupile vajalike programmide põhjalikum analüüs (**vt lisa 2**).

Kliendipoolse arvamuse kogumiseks rehabilitatsiooniprogrammide osas puudega lastele ja nende peredele küsitleti 46 puudega **lapse vanemat või hooldajat**. Küsitletute hulgas olid esindajad erinevatest Eesti piirkondadest. Reaalne küsimustiku täitmine ja vestlus toimus Haapsalu Sanatoorse Kooli lastevanemate päeval ja Haapsalu Neuroloogilises Rehabilitatsioonikeskuses lapse rehabilitatsiooniteenusel viibides. Selleks, et vältida hinnanguid konkreetsele teenusele või asutusele selgitati kõigile osalenuile küsitluse eesmärki, selle seotust käesoleva projektiga. Küsitluse tulemused on toodud **lisas nr 3**.

Rehabilitatsiooniprogrammide vajadusi sõnastasid **puuetega inimeste organisatsioonide esindajad** ka PITRA 2 projekti raames (ajavahemikul veebruar - märts 2007), mil toimus 5 ümarlauda. Osalesid nägemis-, kuulmis-, vaimu- ja liikumispuudega ning psüühikahäirega inimeste esindajad, kes sõnastasid oma puudegruppi kuuluvate inimeste rehabilitatsioonivajadusi. (**vt lisa 4**).

Järeldused:

Senine programmide osutamise kogemus, käesolev piloteerimine ning puuetega inimeste esindajate sõnastatud rehabilitatsiooniprogrammide vajadused näitavad, et programmide liigid, eesmärgid ning konkreetsed tegevused eesmärgi saavutamiseks on **väga erinevad**. On nii laiema eluvaldkonna põhiseid programme (nt eesmärgiks töölesaamine või iseseisva toimetuleku

saavutamise) kui ka kitsama eesmärgi saavutamiseks ellukutsutud programme (nt oskus sõnastada isiklike eesmärgid, oskus iseseisvalt liikuda vm).

Kuigi eesmärgipüstitus ja tegevused on erinevad, paigutuvad erinevatele sihtgruppidele vajalikud rehabilitatsiooniprogrammid **4 põhilise eluvaldkonna alla:**

1. elamise valdkond (sh iseseisev toimetulek ja selleks vajalikud toimetulekuoskused),
2. õppimise valdkond (võimete kohase hariduse omandamise toetamine, üleminekud hariduselust tööellu, samuti haridusvaldkonna spetsialistide nõustamine),
3. töötamise valdkond (kutsevalik ja -sobivus, ümberõpe, tööandja nõustamine)
4. sotsiaalsete suhete ja vaba-aja valdkond (suhted, motivatsioon jpm),

Nimetatud valdkondade alla kuuluvad väga erinevad programmid (komplekssed ja laiema eesmärgi põhised, samuti kitsama suunitlusega; individuaalsed- või grupiprogrammid, suunatud isikule, perele või võrgustikule).

Rehabilitatsiooniprogrammide eesmärgid lapseas, tuginedes Rootsi kogemustele on:

- puude või kroonilise haiguse progresseerumise vältimine
- lapse arengu ja elukvaliteedi optimaalne tagamine, pere kompetentsi toetamine
- läbi varase sekkumise haridusliku erivajaduse optimaalne vähendamine õpikeskkonnas
- sotsiaalsete oskust ja haigustega toimetuleku õppimine
- optimaalse iseseisva elu ja töövõime toetamine täiskasvanuikka jõudes
- pere psühholoogilise ja sotsiaalmajandusliku toimetuleku toetamine

Analüüsid puuetega inimeste organisatsioonide poolt väljatoodud rehabilitatsiooniprogrammide vajadusi, saab välja tuua, et hoolimata puude iseloomust või tekkimise hetkest (puudega lapse sündimisel või puude omandamisel elu jooksul) on inimeste ja nende perede rehabilitatsiooni vajadustes teatud **sarnaseid jooni** (ehk taolise eesmärgiga programmid on üldjuhul alati vajalikud):

- **psühholoogilise toetuse ja esmase nõustamise programmid isikule ning perele.** Eesmärk kriisist väljumine, puudega/haigusega kohanemine, esmaste toimetulekuoskuste õppimine, pere tasakaalu ja kompetentsi toetamine, motivatsiooni arendamine jpm);
- **toimetulekuoskuste õppega seotud programmid.** Erinevad programmid, mis lähtuvad inimese eest, puudespetsiifikast ja konkreetsetest vajadustest, nt eneseteenindusoskuste arendamine, toimetulekuoskuste arendamine, rahakasutus, kodus hakkamasaamine, toiduvalmistamine, hügieenitoimingud, puudespetsiifilised oskused nagu punkt kirja õpe, marsruutide õpe jne);
- **erinevate abivahendite sobitamise ja kasutamise õpetamisega seotud programmid** (abivahendite valik (kodus, töökohal, liikumisel, suhtlemisel jm), kasutamaõppimine, hooldus, transpordivahendi kasutama õppimine);
- **sotsiaalse ja füüsilise keskkonna kohandamisega seotud programmid:** pereliikmete, õpetaja, tööandja jt vajalike isikute juhendamine ja nõustamine toimetuleku toetamiseks, nõustamine füüsilise keskkonna kohandamine - kodu, lasteaed, kool, töökoht jm.
- **hariduse omandamist toetavad rehabiliteerivad programmid** (haridusliku erivajaduse väljaselgitamine ja võimalik vähendamine, õpikeskkonna toetamine ja nõustamine jm).
- **töötamist toetavad rehabiliteerivad programmid** (motivatsiooni tõstmine, mis on vajalik tööturule sisenemiseks, kutsevalik, töötamiseks ettevalmistamine, tööharjumuste kujundamine jm).

Üldjuhul peetakse vajalikuks protsessi koordineerimist ja juhtumikorraldust.

1.2.2. Programmide arendamise ja osutamise valmidus

Programmiosutajate potentsiaali uurimine kinnitas veelkord, et meil on piisavalt motiveeritud organisatsioone programmide osutamiseks ning toetus programmilisele lähenemisele.

Positiivselt hindasid oma valmidust rehabilitatsiooniprogramme pakkuda nii puuetega inimeste ühendused kui tänased rehabilitatsiooniteenuse osutajad.

Oluliselt toetav ja positiivne oli **rehabilitatsiooniasutuste tagasiside**. Leiti, et kompleksne lähenemine on ainuõige, ning paljud organisatsioonid oma tegevustes seda ka rakendavad, kuid kuna tänane rehabilitatsiooniteenuse finantseerimise süsteem toetab üksikmeetmete planeerimist ja finantseerimist, siis rõhuasetus ei ole olnud terviklike lähenemiste väljatöötamine ja pakkumine.

Käesolevas projektis osalenud **piloteerivad asutused** on hinnanud oma suutlikkust (sh pädevust ja motiveeritust) programme pakkuda samuti kõrgeks andes hindeks 4 ja 5 (skaalal 1-5). Tuuakse välja, et on olemas programmide väljatöötamiseks ja pakkumiseks vajalik kompetents, koolitatud ja motiveeritud spetsialistid (multidistsiplinaarne meeskond), hea tehniline ning kogemuslik baas, arenguvalmidus ning toimivad koostöömudelid. Samuti tegeletakse sihtgrupi vajaduste kaardistamisega.

Puuetega inimeste organisatsioonide arvamus oli, et puudespetsiifiliste rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine (just **psühholoogilise toetuse ja nõustamisega seotud programmid** isikule ning perele) ongi ühingu tegevusvaldkonnaks. Nimetatud programmide eesmärk on inimeste ja pereliikmete nõustamine diagnoosi/puude selgumisel, edasiaitamine kriisist, emotsionaalse tasakaalu taastamine, puudega/haigusega kohanemine, vajalike toimetulekuoskuste õpetamine, ühistegevuste pakkumine jpm). Taolist tööd tehakse ühingutes juba nende loomisest. Ühingu eriliseks tugevuseks on muuhulgas **kogemusnõustamine**, kus sarnase probleemi või eluraskuse läbielanud inimene saab jagada nõu ja tuge olukorra parandamiseks.

Kuna puuetega inimeste ühendused töötavad valdavalt mittetulundusühendustena, siis puudub nende tegevusel sageli stabiilne finantseerimine ja rahalisi vahendeid otsitakse erinevatest allikatest (ühikordsed projektid, kohalike omavalitsuste abi, heategevuskampaaniad jm). Seetõttu on eriti tervitatav, kui edaspidi tekib puuetega inimeste ühendustel võimalus riikliku rahastusega pakkuda puudespetsiifilisi programme, mis on juba praktikas järeleproovitud, efektiivsed ja kus ühingul on kõige suurem pädevus ja kogemus.

Mitmetel ühingutel on väga pika-ajalised traditsioonid oma sihtgrupile vajalike teenuste pakkumisel (nt nägemispuudega ning kuulmispuudega inimeste ühendused) ning ühingud on valmis oma sihtgrupile vajalikke programme pakkuma.

Puuetega inimeste ühendused on oma valmidust rehabilitatsiooniprogramme pakkuda hinnanud kõrgeks, kuid kindlasti on uutele teenuseosutajatele **vajalik eelnev koolitus** rehabilitatsiooni üldiste aluste, teenuse korralduse, finantseerimise jm küsimustes.

1.3. Rehabilitatsiooniprogrammidele esitatavad nõuded. Hindamine, kinnitamine ja suunamine

Rehabilitatsiooniprogrammidele peavad olema seatud ühtsed nõuded. Oluline on tagada erinevate rehabilitatsiooniprogrammide võrreldavus, kvaliteedi ja tulemuslikkuse hindamine.

Esmaseks nõudeks on programmi kirjeldamine järgnevas alapeatükis toodud vormi alusel.

Programmide hindamisel peab olema tagatud läbipaistvus ning reguleerida tuleb programmide kinnitamise kord. Oluline on reguleerida ka programmidesse suunamise protsess, milles lähtutakse kliendi vajadustest, st kliendile peab olema sobivasse programmi jõudmine võimalikult kiire ja lihtne.

1.3.1. Programmi kirjeldamise vorm

Projektis programme piloteerivad rehabilitatsioonisutused juhendusid oma programmide kirjeldamisel esialgu PITRA pakutud mudelist. Projekti üheks oluliseks ülesandeks oli aga uue kirjeldusvormi väljatöötamine. Rakendatav vorm peab

- andma pakutavast programmist raamitud ülevaate ning tagama, et oleks edastatud kogu info, mis on vajalik programmi olemuse, taustategurite ja kvaliteedi mõistmiseks.
- panema programmi osutaja läbi mõtlema teenuse erinevad tahud, sõnastama need tarbijale mõistetavalt
- võimaldama programme võrrelda
- võimaldama rehabilitatsiooni planeerijatel, juhtumikorraldajatel ja klientidel, nende pereliikmetel leida/valida sobivat programmi
- toimima programme kvaliteedis ja kvantiteedis edendavalt, aitama kaasa arendus- ning teadustööle
- aitama hinnata programmide vajadust, planeerida arendustööd

Uue dokumendi ülesehitus ja struktuur tugineb UEMSi (ingl *European Union of Medical Specialists*) rehabilitatsiooni sektsiooni akrediteeringu ankeedile, mis on läbinud kaheaastase proovietapi. (Lisainfo <http://www.euro-prm.org/>). Rehabilitatsiooniprogrammi kirjeldamise vorm koos täitmise juhendiga on toodud **lisas nr 5**.

Eesti tingimustele vastava ja meditsiinilise rehabilitatsiooni kõrval polüfunktsionaalsete sotsiaalse rehabilitatsiooni programmide kirjeldamiseks sobiva vormi loomiseks koondati väga paljude rehabilitatsioonispetsialistide koostöö.

Piloteeritavad programmid on tänaseks kõik kirjutatud uue vormi kohaselt. Vorm on täiendatud ning parandatud vastavalt nii käesoleva projekti kui samaaegselt toimunud ulatuslikus rehabilitatsioonispetsialistide koolituses osalenud praktikute ettepanekutele. Hästi kaalutletud ja sisukaid ettepanekuid tehti vormi täiustamiseks, paremaks sõnastamiseks ja vormistuse parendamiseks. Kindlasti saab ja peab seda vormi veelgi täiustada ja seepärast on spetsialistide ettepanekud ka edaspidi oodatud.

Rehabilitatsiooniprogrammide kirjeldamise vorm sisaldab endas järgmisi peatükke:

- **I Programmiesitaja andmed**, kus programmi akrediteeringut taotlev asutus esitab oma ametlikud andmed.
- **II Kokkuvõtte programmist**, kus antakse selge ja konkreetne, samas lühike kokkuvõtte sellest, kellele ja missuguste eesmärkide, ülesannete täitmiseks on kirjeldatav programm loodud, mis toimub kliendiga programmis, kui kaua ja kui intensiivselt temaga tegeletakse, kus toimuvad tegevused, missugused on peamised tegevused, missuguseid tulemusi oodatakse programmi läbinud klientidelt.

See peatükk aitab rehabilitatsiooni planeerijatel, juhtumikorraldajatel, teenuse vajaduse hindajatel, arendajatel ja klientidel ning nende peredel saada esialgne ülevaade, kas programm võib potentsiaalselt olla nende huvidele vastav.

- **III Programmi üldised alused** on peatükk, kus kirjeldage peamisi põhjuseid ja alusprintsipi, millele programm toetub koos viidetega tõenduspõhisele kogemusele, teaduslikele artiklitele ja/või rahvusvahelistele või riiklikele juhistele
- **IV Programmi ajendid ja eesmärgid** on peatükk, kus selgitatakse, kes kuulub programmi sihtgruppi, kuidas ning millal klient programmi peaks jõudma. Ühtlasi hinnatakse selles peatükis sihtgruppi eesmärke programmidesse sisenemisel vastavalt Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsioonile määratledes missuguseid organismi funktsioone võimaldab programm muuta, missugustes tegutsemise- ja osalemise valdkondades soovitakse parandada kliendi suutlikkust/sooritust, milliseid keskkonna mõjutegureid programmi tulemusena muudetakse ja soodustatakse.
- **V Programmi keskkonna** peatükk selgitab välja missugune on füüsiline keskkond, kus toimub programmi tegevus, kui intensiivne on planeeritav tegevus, missuguseid spetsialiste rakendatakse programmitegevuste elluviimisel.
- **VI Ohutuse ja kliendi õiguste** peatüki täitmiseks tuleb programmi rakendajal analüüsida meetmeid, mis on asutuses rakendatud klientide kaitseks, nendele ohutute tingimuste loomiseks.
- **VII Programmimeeskonna koosseis ja juhtimine** – see on peatükk, kus nimetatakse programmi sisulise tegevuse elluviimiseks rakendatavad spetsialistid, näidatakse kuidas tagatakse nende kvalifikatsiooni tase nii individuaalses erialategevuses kui meeskonnatöös. Siin vaagitakse ka seda, kuidas tagatakse kliendikesksus programmieesmärkide elluviimisel.
- **VIII Programmi kirjeldus** annab ülevaate *programmi* sisulisest tegevusest rehabilitatsiooniprotsessi etappide viisi: kirjeldatakse programmis kasutatavad vahendid/meetodid, eesmärkide seadmise ja tegevuse planeerimise viisid, programmi elluviimise struktuur, ajakava ja meeskonna tegevused; näidatakse, kuidas toimub kliendi jälgimine ja tulemuse hindamine programmi jooksul ja kuidas lõpetatakse kliendi osalemine programmis, kaasaarvatud pikaajaline tagasiside ning püsitulemuste hindamine.
- **IX Teabehalduse** peatükk annab ülevaate rakendatavast dokumenteerimisest ja seadustest juhenditest, mis reguleerivad nii asutuse kui meeskonna tööd.
- **X Kvaliteedi täiustamise** peatükis hindab programmiosutaja enda tugevaid ja arendamist vajavaid külgi, et tagada areng ning pidev kvaliteedi täiustamine
- **Viidete peatükis** tuleb üles tähendada kõik algmaterjalid, mida programmi osutaja oma tegevuse kavandamisel kasutanud on

1.3.2. Rehabilitatsiooniprogrammi tõenduspõhisus

Teiseks oluliseks nõudeks võrreldes tänasega on nõue programmi tõenduspõhisusele.

Tõenduspõhiseks loetakse programmid, mis tuginevad:

- usaldusväärsetele uurimistulemustele, mis tõestavad sekkumise sobivust sihtgrupile ja tegevuse/ meetodi kasutamise efektiivsust;
- aktsepteeritud teoreetilisele käsitlusele;
- spetsialistide töökogemuse/ praktika kaudu saadud teadmiste.

Kogemusele tuginev teadmine saadakse kas praktika järjepideva süsteemse refleksiivse tegevusega, st kogu tegevuse peegeldamine ja analüüs või klientidelt saadud argumenteeritud/ põhjendatud tagasiside toimunud tegevuste, kogu rehabiliteerimisprotsessi kohta ja saavutatud efektile/ tulemustele;

Kuigi ei ole olemas ühtset kokkulepet, mida loetakse parimini tõendatud tõenditeks (kõige enam tõenduspõhisteks), on koostatud hierarhia, mida üldse tõenduspõhiseks võib lugeda:

- Uurimuste kaudu saadud andmed /Surveillance data/

- Mitmeid erinevaid sekkumisi käsitleva uurimuse süsteemne ülevaade /Systematic reviews of multiple intervention research studies/
- Eksperti hinnang/ narratiivne kirjeldus /Expert opinion/narrative reviews/
- Üksikut sekkumist käsitlev uurimus /A single intervention research study/
- Programmi hindamine /Program evaluation/
- Suusõnaline, meedia või marketingi hinnang /Word of mouth/media/marketing/
- Isiklik kogemus /Personal experience/

Tõenduspõhisus hõlmab endas järgmisi aspekte

- 1) uurimus ja teooriad, mis avardavad silmaringi ja arendavad mõtteviisi;
- 2) argipäevatarkus ja töökogemused, mida me ise või kolleegid on õppinud klientidega töötades, siin on olulisel kohal ka professionaalsed väärtused;
- 3) refleksiivsus – selle peegeldamine, mida töötaja enda isik toob R-praktikasse: isiklikud arusaamad, väärtused, eelarvamused, maailmavaade;
- 4) kõik see, mille toovad kliendid spetsialistiga kohtumistesse – elukogemused, arusaamad, soovid.

/M.Selg Gilgun 2005 põhjal/

1.3.3. Rehabilitatsiooniprogrammide hindamine ja kinnitamine

Rehabilitatsiooniprogrammide **hindamiseks ning kinnitamiseks** on otstarbekas moodustada 5-6 liikmeline komisjon Sotsiaalkindlustusameti või Sotsiaalministeeriumi haldusalasse. Komisjon võiks koosneda erinevatest esindajatest (Sotsiaalministeeriumi-, Sotsiaalkindlustusameti- ning puuetega inimeste esindaja, lisaks rehabilitatsioonispetsialistid, finantsidega tegelev spetsialist vm).

Komisjoni pädevuses on programmide vajaduse ning nõuetele vastavuse hindamine (võttes aluseks programmide kinnitamise vormi ning kulumudeli).

Komisjonil peab olema võimalus kaasata lisaeksperte hinnangu saamiseks vastavalt programmi suunitlusele ning vajadusel tutvuda programmiosutaja füüsiliste tingimustega.

Võib kaaluda ka teiste rehabilitatsiooniteenuse arendus-, koolitus-, või kvaliteedikontrolliga seotud ülesannete delegeerimist nimetatud komisjonile.

1.3.4. Rehabilitatsiooniprogrammi suunamine

Projekti jooksul arutati programmidesse suunamise protsessi ning jõuti järeldusele, et teatud juhtudel (teatud diagnoosi selgumisel, esmase puude tekkimisel vm) peab klientidele olema tagatud kiire liikumine rehabilitatsiooniprogrammi, võimaluse ja vajaduse korral juba paralleelselt taastusraviga. Sellisel juhul antakse hinnang programmi vajaduse kohta ravisüsteemi poolt.

Teistel juhtudel (väljakujunenud puudega inimesed) tuleks rehabilitatsiooniteenuse vajadus selgitada välja eelhindamise kaudu Sotsiaalkindlustusametis. Eesmärk on rehabilitatsiooniteenusele suunatavate isikute täpsustamine.

Samaaegselt peab olema võimalus kasutada mitut programmi. Ka võib olla vajadus planeerida samaaegselt eraldi programmid isikule ja tema perele.

Mitme teenuse osutaja puhul või kalli programmi puhul on SKA eksperdi ülesanne teostada järelvalvet, et valik oleks kliendile sobivaim, mitte rehabilitatsioonimeeskonna huvi nt oma sekkumisi planeerida.

2. Rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimine

2.1. Finantseerimissüsteem ja rahastamise alused

Projekti üks tegevusi oli välja töötada rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimise alused, sealhulgas analüüsida integreeritud rahastuse mudeleid, mida teiste maade kogemusel rehabilitatsiooniprotsessis edukalt kasutatakse ning analüüsida lisakulude vajadust, mida programmide kasutuselevõtt kaasa toob.

Kuna rehabilitatsiooniprogrammid on erinevad ning võivad sisaldada mitmeid tegevusi, erinevate spetsialistide sekkumisi, samuti tööruume, vahendeid ja seadmeid, siis koostati projekti käigus programmide eelarve planeerimiseks spetsiaalne detailne kulumudel. Kulumudel võimaldab arvesse võtta rehabilitatsiooniprogrammi osutamisega seonduvaid otseseid- ja lisakulutusi (mida ei hetkel kehtiv süsteem ei rahasta üldse või rahastab ebapiisavalt) ning mis on hädavajalikud rehabilitatsiooniprogrammide tulemuslikuks osutamiseks. Kulumudel võimaldab taandada tervikprogrammi hinna väiksemateks ühikuteks (nt tunnihind) ning grupiõppeprogrammi hinna üksikindiviidi hinnaks. Koostades ka hiljem rehabilitatsiooniprogrammide eelarved standardiseeritud kulumudeli alusel, võimaldab see tegevusi ja nende maksumusi võrrelda ning on üheks aluseks programmide riiklikul kinnitamisel.

Kulumudeli kasutamise eesmärk on rehabilitatsiooniteenuse ja -protsessi osutamise standardiseerimine, mis lõpptulemusena võimaldab teada saada teenuse maksumust ühele kliendile vastavalt kliendile osutatud (osa)teenustele. Sarnaselt hetkel oleva rahastamissüsteemiga (kus esineb 19 erinevat teenust ja 3 erinevat isiku aastase rahastamise piirsummat: 7000, 20250, 33750 kr) võimaldab käesolev lahendus teenuse maksumusel arvestada tegelikult kliendile osutatud kõiki teenuseid (k.a. hetkel rahastamisnimekirja mittekuuluvaid). Koostatud kulumudeli tugevuseks on asjaolu, et eelarve planeerimine on personaalsem, paindlikum, võtab arvesse teenuse osutamisel kasutatavaid ressursse ja sobitub hästi rehabilitatsiooniteenuse programmipõhisesse konteksti. Teenuste kogukulud klientide lõikes saavad olema erinevad, mis tuleneb sellest, et klientidele osutatud teenuste mahud ja liigid on erinevad.

Kulumudeli koostamine andis võimaluse kirjeldada programmide osutamisega seotud tegelikke kulusid, et võrrelda seda tänase finantseerimise süsteemiga ning tuua välja takistused programmide kasutuselevõtul.

Lisas nr 6 on toodud piloteerimise kokkuvõtte seoses programmi kulumudeli ja eelarve koostamise ning finantseerimisega.

Piloodi tulemusena selgus tegevuspõhise kulumudeli sobivus ka edaspidi programmide rahastuse ja hinna arvestamisel. Piloodis osalejad leidsid, et kulumudeli rakendamine on sobiv rehabilitatsiooniprogrammide hinna ja eelarve kujundamisel, kuna on selge, lihtne ja võrreldav, meetod võimaldab koostajal reaalselt läbi mõelda tekkivad kulutused ja välja tuua kõik reaalkulud ühe kliendi kohta (mida praegune rahastamissüsteem ei võimalda).

Projekti käigus analüüsiti hetkel kehtivaid rehabilitatsiooniteenuse hindasid ja rahastamise aluseid ning võrreldi seda piloodi käigus esitatud programmide rahastamise vajadusega.

Kehtiva süsteemi peamised takistavad tegurid:

1.) Teenuste ja tegevuste loetelu on piiratud:

- Puudub võimalus kaasata teisi spetsialiste või kaas-läbiviijaid, kes ei kuulu rehabilitatsioonimeeskonda, nagu näiteks draamaõpetaja, õpetaja, kogemusnõustaja jms;
- Õe ja arsti teenust saab kasutada vaid kliendi hindamisel, samas oleks vajalik nimetatud erialade kaasamine nt perenõustamisel, tervise-, riskikäitumise-, toitumuse- jms individuaalsel ja ka grupitöö nõustamisel;
- Meeskonna koostöö ja võrgustikuga seotud tegevusi, samuti võrgustiku koolitamisele ja nõustamisele suunatud tegevusi saab planeerida minimaalses mahus, sest teenuste rahastamine on suunatud otsesele klienditööle;
- Puuduvad võimalused luua kontrollitud keskkond töövõime reaalseks mõõtmiseks;
- Rehabilitatsiooniteenuse madal konkurentsivõime. Professionaalset spetsialistide on oma põhitöö kõrvalt keeruline rehabilitatsiooniteenust osutama motiveerida. Pädevate nõustajate puudumine / vähesus väljendub vähenevas teenusekvaliteedis ja tulemuslikkuses;
- Piiratud on rohkemate või kallimate kulude ja vahenditega seotud programmide rahastamine, nt nädalane taastumisprogramm väljasõiduga, kodu ja töökoha hindamine;
- Hetkel katab spetsialisti teenuse tunni hind napilt tööjõukulu ja asutuse üldkulud. Teenuse hind peaks rohkem kajastama ressursside erinevat vajadust.

2.) Rahastatakse vaid otsest klienditööd ning puudub võimalus:

- Programmi ettevalmistamisele kuluva aja tasustamiseks ning tulemuste hindamiseks ja analüüsiks (osutades programmipõhist teenust praegu kehtiva finantsüsteemi kaudu);
- Töötajaid koolitada metoodika järgi töötama;
- Tegeleda programmi ja metoodika arendamisega.

3.) Klientide programmi katkestamisega seotud riskid ei ole maandatud

4.) Rahastatakse neid teenuseid, mis on kirjas rehabilitatsiooniplaanis, puudub paindlikkus, kui ilmneb vajadus lisateenuste järele või ühe teenuse asendamine teisega.

Piloodi käigus analüüsitud programmide hinnad, võrdluses kehtiva rahastusega

Alljärgnevalt on võrreldud hetkel kehtivad hindasid (Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine; Vabariigi Valitsuse 20. detsembri 2007. a määrus nr 256) pilootprojekti raames esitatud rehabilitatsiooniteenuste hindadega.

Määruse lisas 1 on toodud 19 (sh majutus ja sõidukulud) rehabilitatsiooniteenuse tunnihinnad. Piloodiprojektis osalenud asutuste poolt esitatud programmide hindades sisaldus 12 analoogset teenust. Kokku sisaldus esitatud programmide raames 58 rehabilitatsiooniteenust.

Võrdlused on esitatud järgnevas tabelis (read 1-8).

Jrk. nr	TEGEVUSED	Tunnihind, kr					
		HETKEL	Keila TRK	Tallinna VTK	Haapsalu NRK	Kristiine SK	MTÜ DIANA
1	(1)Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine	200	351	-	-	200	-
2	(2)Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine ja täitmise tulemuste hindamine	200	-	-	-	200	243
3	(3)Füsioterapeudi teenus	272		-	284-296	-	639
4	(4)Sotsiaaltöötaja, (5)psühholoogi, (6)eripedagoogi teenus	210	359	223	272-283	210	337
5	(7)Sotsiaaltöötaja, (8)psühholoogi, (9)eripedagoogi grupinõustamine	53	580	358	-	368	302
6	(10)Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus	315	295	-	278	-	340
7	(11)Logopeedi teenus	250	-	-	273	-	-
8	(12)Majutus	375 ¹	443 ²	-	478 ²	-	425 ²
9	Programmi tervikmaksumus kliendi kohta	7000-33750	6354	4778-5447	22731-24834	9843-10098	27214

1 – sisaldab toitlustamist 1 kord päevas

2 – sisaldab toitlustamist 3 korda päevas

Lisaks on võrreldud hetkel kehtivaid piirmäärasid piloodiprojektis osalenud programmide tervikmaksumustega kliendi kohta (rida 9).

Uute hindade kehtestamisest

Selleks, et töötada välja uus rahastamise skeem, standardiseeritud rehabilitatsiooniteenuste loetelu ja hinnad, mis oleksid sobilikud erinevate komplekssete programmide osutamisel, on vajalik suurema hulga programmide kulude analüüs ja võrdlus. Kasutada võiks projekti käigus koostatud kulumudelit.

Põhjalikult tasuks uurida haigekassa kogemust raviteenuste hinnakujundamise protsessis, kus on samuti kasutatud tegevuspõhise kulumudeli meetodikat.

Võrrelda tasuks teenuste struktureerimise ning tasustamise aluseid (nt üksikteenuste ja diagnoosipõhiste kompleksteenuste rahastamine).

Väärtuslik on haigekassa kogemus uute teenuste ja tehnoloogiate hinnakujundusel ja nimistusse võtmise protsessis.

Sarnaselt programmilise lähenemisega on ka siin olulised märksõnad tõenduspõhisus, sisu- ja kuluefektiivsus.

Protsessi on teadlikult kaasatud erinevad osapooled, nt Erialaliitudel on hinnakujunemise protsessis väga oluline erialaline roll uute teenuste kirjeldamisel, vajalikkuse, tõenduspõhisuse ja

sisu efektiivsuse tõendamisel. Erinevate tasandite raviteenuste osutajad ja haiglate liit on partnerid teenuste kuluefektiivsuse analüüsis ja pidevas hinnakujundamise protsessis.

Kaasatud on ka Sotsiaalministeerium andmaks teenuse vajadusele hinnangut tervishoiupoliitikast lähtuvalt.

Kindlasti vajab kaalumist, kes oleksid nii erialaliselt, finantsiliselt kui sotsiaalpoliitiliselt pädevad partnerid ja institutsioonid rehabilitatsiooniteenuste- ja programmide loetelu ja hindade kehtestamise protsessis.

2.2. Rehabilitatsiooniprogrammi kulumudeli vorm ja juhend

Selles alapeatükis on kajastatud läbiviidud pilootprojekti raames rehabilitatsioonitegevusi kulumudeliga seondult:

1. Juhend asutustele kulumudeli esmakordseks koostamiseks (oli kasutusel pilootprojekti osalenud asutuste rehabilitatsioonitegevuste kulude arvestamisel). **Lisa nr 7.**
2. Vormid kulumudeli esmakordseks koostamiseks. Etapiline materjal kulumudeli koostamiseks ja tulemuste edastamiseks. **Lisa nr 8.**
3. Vormid juba kulumudeli koostanud asutustele jätkuvaks kasutamiseks. **Lisa nr 9.**
4. Kasud kulumudelist praeguse rahastamisskeemiga võrreldes.
5. Kokkuvõtte esitatud kulumudelitest.

Kasud kulumudelist

1. Võrreldes hetkel oleva rahastamissüsteemiga (kus esineb 19 erinevat teenust ja 3 erinevat isiku aastase rahastamise piirsummat: 7000, 20250, 33750 kr) võimaldab käesolev lahendus teenuse maksumusel arvestada tegelikult kliendile osutatud kõiki teenuseid (k.a. hetkel rahastamisnimekirja mittekuuluvaid). Seetõttu on lahendus personaalsem, paindlikum, võtab arvesse teenuse osutamisel kasutatavaid ressursse. See lubab väita, et lahendus sobitub hästi rehabilitatsiooniteenuse programmipõhisesse konteksti.
2. Lahendus võimaldab välja arvutada iga tegevusega seotud otsekulud. See näitab kulude taset mis vastava tegevuse osutamiseks on hädavajalik. Hetkel eksisteeriv süsteem ei arvesta tegevuse osutamiseks vajaminevaid ressursse. Tegelikuses on võimalik rehabilitatsioonitegevusi osutada rohkem ja vähem ressursimahukalt. Nii on tegevusi, mille osutamine nõuab algselt olulisi investeeringuid raviseadmetesse, samas on tegevusi mis selliseid investeeringuid ei vaja. Seega peavad erinema ka nende hinnad. Kulumudel võimaldab sellist differentseerimist, et väiksema kulubaasiga tegevuste rahastamisel tasutakse teenuse osutajale vähem ja vastupidi. See välistab vajaduse ristsubsideerida kallimaid tegevusi vähem kallimate tegevuste arvelt.
3. Igale tegevusele väljaarvutatud hind võimaldab lõppkokkuvõttes välja arvutada palju täpselt kliendile erinevaid rehabilitatsioonitegevusi osutati. Seda saab aluseks võtta rehabilitatsioonitegevuse finantseerimisel kas ühe või mitme rahastaja poolt.
4. Selline lähenemine võimaldab asutusel paremini oma sisemist arvestust seostada asutuse välise arvestusega, mida läheb vaja rehabilitatsioonitegevuste kulumudeli esitamiseks hindade kinnitamisel.
5. Kulumudeli koostamine asutustes tõi välja tegevused ja nende maksumused mis on vajalikud rehabilitatsiooniprogrammi osutamiseks, kuid mida praegune rahastamisskeem ei rahasta (nt ettevalmistavad tegevused). Hetkel kaetakse sellised tegevused teiste tegevuste arvelt.
6. Mudel võimaldab teha võrreldavaks analoogseid tegevusi osutavate erinevate asutuste kulud. See lubab edaspidi seada sarnastele tegevustele sarnased hinnad.
7. Tegevuste standardiseerimine kergendab asutuse eelarvestamist ja juhtimist.

Kokkuvõtted esitatud kulumudelitest

Kokku esitati seitse kulumudelit. Üldistatult vastasid esitatud mudelid etteantud vormile ja meetodikale.

Algselt esines vähemal või suuremal määral mõningaid täiendamist vajavaid aspekte. Selleks said kõik võimaluse esitatut täiendada. Täiendatud kulumudelid tagastasid neli piloteerimises osalenud asutust.

Peamiseks esinenud raskuseks oli tegevusühikute moodustamine. Algselt jäadi seetõttu tegevuste puhul üldisemale tasemele, mis väljendus selles, et tegevuse ajaline maht oli kümnetes tundides, mitte aga tunni suurusjärgus.

Mõningaid raskusi valmistas ka asjaolu, et teatud tegevuste puhul on kasusaajaid kliente rohkem kui üks. Sellisel juhul sai tegevuse kogukulu ärajagatud osalenud klientide vahel.

Mudelites toodi välja rehabilitatsioonitegevused mida regulaarselt klientidele rehabilitatsiooni programmi käigus osutatakse. Esitatud tegevuste vahemik jäi vahemikku 3-14. Järgnevalt määrati igale tegevusele ressursid koguseliselt. Seejärel arvutati välja iga eelnevalt määratletud ressursiühiku maksumus. Peale seda jaotati põhitöötajate tundide alusel igale tegevusele teenuse lisakulud ja asutuse üldkulud. Viimase sammuna töid asutused välja klientidele osutatud erinevate rehabilitatsioonitegevuste kogused, mis võimaldas eelnevalt välja arvutatud tegevuste maksumusi kasutades välja tuua tegevuse kogukulud ja lõppkokkuvõttes osutatud tegevuste koondmaksumuse.

Jäädes käesolevas aruandes üldisele tasemele võib väita, et kõigil projektis osalenud asutustel õnnestus etteantud mudelit järgida. See annab aluse arvata, et ka projektist väljajäänud asutuste puhul on võimalik sama mudelit rakendada ja kasutada.

2.3. Rehabilitatsiooniprogrammide rahastamissüsteemid teistes riikides

Erinevate maade kogemus näitab, et üldiselt tunnustatud rehabilitatsiooniteenuste rahastuse mudelit ning selget seisukohta millised rehabilitatsiooniteenused on ravi- või sotsiaalteenused, ei ole.

Rehabilitatsiooniteenused on Euroopas üldiselt riiklikult rahastatud. Kutserehabilitatsioon sotsiaalkindlustuse või haridussüsteemi poolt, funktsioone parandavad/toetavate teenuste (üldjuhul siis meditsiiniline rehabilitatsioon, psühholoogiline abi) rahastamise skeem jaotub tervisekindlustuste ja sotsiaalkindlustuste vahel, kusjuures eri maades on need jaotused üsna erinevad. Jaotuse aluseks võib olla rehabilitatsiooniprogrammi komplekssus (ambulatoorne versus statsionaarne) või ka abivajaja tööealisus.

Tervisekindlustuse kaudu rahastus on siiski rohkem levinud füüsilise puude ja tegevusvõime arendamisele suunatud rehabilitatsioonis, töö- ja kutsealases rehabilitatsioonis rohkem sotsiaalkindlustussüsteemi ja tööturuteenuste kaudu rahastus. Toetavad ehk pikaajalised rehabiliteeriva sisuga teenused on reeglina rahastatud kohaliku omavalitsuse poolt.

Eraldi fondid on levinud tööõnnetuste järgse rehabilitatsiooni rahastamiseks.

Erakindlustus rehabilitatsiooni vallas on marginaalne. Samuti patsiendi omaosalus.

Rehabilitatsiooniteenuste finantseerimisel lähtutakse 3 elukaarega seotud perioodist: hariduse omandamise periood, tööga hõivatuse periood ja pikaajaliste toetavate teenuste periood.

Hariduslikus keskkonnas on hariduse omandamine reeglina finantseeritud Haridusministeeriumi poolt, isikul on lisavõimalus saada rahastust toetavate teenuste ja lisakulude kompenseerimiseks. Kasutusel on isiklik eelarve, kus vanemad otsustavad toetavate teenuste vajaduse ja osutaja.

Kui isik ei ole enam kooliealine, sõltub rahastus jätkukoolituse võimalustest. Esmane suund peaks olema kutseharidus. Kui see mingil põhjusel ei ole võimalik, on kasutusel teisi kutsehariduse omandamise viise, nt spetsiaalsed kutse treening-keskused ja kutserehabilitatsioonikeskused. Reeglina saavad kutsekoolid lisarahastuse, et pakkuda puuetega inimestele vajalikku toetust ja keskkonna kohandamist. Kasutusel on ka isikliku rahastuse võimalus, kus inimene ise valib vajaliku lisatoetuse ja -teenused, et omandada kutseharidust.

Tööga hõivatuse periood

Töölaste programmidel eristatakse 2 tähtsat gruppi. 1) töökohal asuvad teenused, mis pakuvad nii tööandjale kui – võtjale toetust töökohal, 2) programmid mis on suunatud tööellu reintegreerimisele. Erinevate programmide rahastus on väga erinev, sõltuvalt majandamiskuludest, õpetamise, juhendamise, keskkonna kohandamise ja vahendite vajalikkusest.

Enamus riikides kannab tööandja töökoha kohandamise kulud. Kui need kulud ületavad "mõistlikkuse" piiri, subsideeritakse või kaetakse kohandamise kulud kas sotsiaalkindlustuse või tööturuteenuste poolt. Mõistlikkuse piir määratletakse reeglina isiku, tööandja ja rahastaja ühise läbirääkimise teel.

Kutsealane ümberõpe on reeglina rahastatud riiklikult või kohaliku omavalitsuse poolt, kusjuures levimas on suund, et kutsealase ümberõppe teenused peaksid olema korraldatud isiku kogukonna tasandil (Taani ja Iirimaa on selles head näited).

Euroopas on levimas suund, kus reintegratsiooni tegevustes väheneb ühiskondliku sektori- ja suureneb erasektori osakaal. Ühe võimalusena suurendavad valitsused nii sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste vaba turgu ja konkurentsi, nt Saksamaa ja Holland. Rehabilitatsiooniteenuste rahastamisel on kasutusel ka projektipõhine rahastus (nt Itaalia).

Pikaajaliste toetavate teenuste periood

Reeglina eristatakse rahastuses tervisekindlustuse poolt kaetavad meditsiini- ja hooldusteenused ning pikaajalised toetavad teenused. Sageli kasutatakse integreeritud rahastuse mudeleid, kus ravi- ja hooldusega seotud kulud katab tervisekindlustus, isik ise majutusega seotud kulud ja sotsiaalse rehabilitatsiooni kulud kaetakse kohaliku omavalitsuse ja/või sotsiaalkindlustuse eelarvest.

Lisas nr 10 on toodud ülevaade rehabilitatsiooniteenuste rahastamisest Euroopa riikides.

3. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitus ja rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine

3.1. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitus

Projektis oli kavandatud rehabilitatsiooniprogrammide arendajate ja pakkujate koolitus. Koolitusel anti rehabilitatsioonimeeskondadele ülevaade projekti eesmärkidest ja planeeritavatest tulemustest ning ülevaade programmipõhisest lähenemisest, kuidas programmi kirjeldada, sõnastada mõõdetavaid eesmärke, kirjeldada metoodikat ja tõenduspõhisust, hinnata programmi tulemuslikkust ja tagada kvaliteet. Samuti tutvustati projekti ekspertide meeskonna poolt väljatöötatud programmi kinnitamise vormi ja kulumudelit.

Projekti jooksul viidi ekspertide meeskonna poolt rehabilitatsioonimeeskondadele läbi üks pikk koolituspäev ning lisaks kaks soovituslikku infopäeva, kus käsitleti piloteerijate endi poolt üles tõstatatud teemasid, tehti selgitustööd ning lahendati arutelude käigus tekkinud küsimusi.

Koolitus- ja infopäevadel osales kokku 44 rehabilitatsioonispetsialisti 8-st rehabilitatsioonimeeskonnast.

Projekti käigus leidis kinnitust, et programmide koostajatele ja teenuse osutajatele on vaja **järjepidevaid koolitusi**, et anda vajalikke teadmisi rehabilitatsioonist, RFK-st, klienditöö metoodikatest, finantseerimisest ja muust seoses rehabilitatsiooniprogrammide arendamise ja osutamisega. Oluline on teenuse osutajate valmisoleku tõstmine selleks, et osutada teaduspõhiseid ja tulemuslikke rehabilitatsiooniprogramme. Selleks on vajalik panustada arendustegevusse, võimaldades spetsialistidel teha ettevalmistusi oma pädevuse tõstmiseks.

Järgnevalt on välja pakutud võimalikud koolitusprogrammi teemad edaspidi planeeritavatel rehabilitatsioonimeeskondade koolitustel:

I. Rehabilitatsiooniprogrammide alused

- rehabilitatsiooniprogrammi mõiste (liigitus, kriteeriumid jm)
- erinevad rehabilitatsiooniprogrammide näited (lähtuvalt eesmärgist; lähtuvalt sihtgrupist)
- programmilise rehabiliteerimise metodoloogia
- tõenduspõhisus rehabilitatsioonis: andmete kogumine, analüüs ja järjepidev arendustöö
- eelarve/ tegevuskulude arvestamine ja kulumudeli koostamine

II. Rehabilitatsiooniprogrammide arendamine

- rehabiliteerimisse kaasatud spetsialistide kompetents
- programmide koostamine, käivitamine
- programmide arendamine

III. Rahvusvahelise funktsioneerimise klassifikatsiooni kasutamine

- Rahvusvahelise funktsioneerimise klassifikatsiooni kasutamine programmide arendamise protsessis
- Rahvusvahelise funktsioneerimise klassifikatsiooni kasutamine kliendi hindamisel rehabilitatsioonimeeskonnas

- Kliendi funktsioonide, struktuuride, tegevusvõime ja osaluse hindamine kliendi funktsioneerimise profiili väljaselgitamiseks (rehabilitatsioonimeeskonna erinevate liikmete poolt)
- RFK hindamisvahendid (kontroll-loendid)
- RFK kontroll-loendite mõõdikute kasutamine

IV. Kliendi roll rehabilitatsiooniprotsessis

- kliendi kaasamine
- informeeritud nõusolek
- jõustamise põhimõtted rehabilitatsioonis
- keelekasutus eesmärgistamisel, hindamise protsessis

3.2. Rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine

Projekti põhieesmärgiks oli piloteerida rehabilitatsiooniteenuse programmipõhist lähenemist ja reaalse süsteemi kujundamist, et viia see sotsiaalhoolekande seaduse tasandile, mille muutmine on Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnal hetkel käsil.

Projekti jooksul piloteeriti 7 erinevat rehabilitatsiooniprogrammi, milles osales vabatahtlikkuse alusel 37 reaalset rehabilitatsiooniteenuse vajajat.

Piloteeritavate programmide leidmiseks esitas Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus kõikidele sel hetkel registreeritud rehabilitatsioonimeeskondadele pakkumiskutse. Pakkumiskutsele saadeti vastuseks 8 pakkumist.

Vastavalt 18.juunil 2009 pakkumiste avamise ja vastavaks tunnistamise protokollile tunnistati üks pakkumine pakkumiskutses esitatud tingimustele mittevastavaks, kuna puudus suurem osa hankes nõutud dokumentidest.

Pakkumiste hindamise vooru kvalifitseerus 7 pakkumist.

Pakkumisi hindas 4-liikmeline hindamiskomisjon, kuhu kuulusid Marina Runno (Sotsiaalministeerium), Külli Roht (Eesti Afaasialiidu Taastuskodu Pesarimaja), Kadri Mölder (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus) ja Margery Roosimaa (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus).

Pakkumiste hindamisel võeti komisjoni poolt aluseks 100 punkti skaala, mille mahust moodustas programmi tervikmaksumus isiku kohta 40 punkti; programmis väljendatud eesmärk ja kavandatavad tegevused toetavad tööaliste puhul töölesaamist, laste puhul nende arengut, eakate puhul iseseisva toimetuleku parandamist või säilitamist – 10 punkti; panus sihtgrupi rehabiliteerivate teenuste arendamisel, koolitamisel (sh PITRA või PITRA II projekti raames) – 10 punkti; varasem edukas tegutsemine antud valdkonnas, töökogemus ning rehabiliteerivate ja/või toetavate teenuste osutamise kogemus sihtgrupile – 10 punkti; koostöösuhted ülevabariigiliste võrgustikega organisatsioonides (nimetada varasemad partnerid), integreerimine teiste valdkondade ja teenustega – 10 punkti; lähtumine pakkumiskutse punktis 1.1. toodud rehabilitatsiooniprogrammi kirjeldusest (struktuurist) – 10 punkti; programmi tulemuslikkus on konkreetsete mõõdikutega hinnatav piloteerimisperioodi lõpus (novembris 2009), pikemale kui 3-kuulisele programmile on võimalik anda vahehinnang – 10 punkti.

Hindamiskomisjoni otsusega valiti piloteerimiseks kõik nõuetele vastanud 7 rehabilitatsiooniprogrammi.

Vastavalt saadud punktidele moodustus pingejärjekord, mille alusel esitati pakkujatele ettepanekud nende poolt pakutud programmi osalises mahus rahastamiseks. Otsustati iga programmi puhul määrata selles osalevate isikute arv.

Kõikidele kandidaatidele kuulutati teatavaks hindamiskomisjoni otsused, kooskõlastati osalise rahastamise ettepanek, et planeerida edasisi rahaliste ressursside jaotust ning sõlmida eraldise kasutamise lepingud. Ilma spetsiaalse lepinguta ning väljaspool konkurentsi piloteeriti projekti koordineerija Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse rehabilitatsiooniprogrammi. Seega kokku määrati piloteerimises osalema 8 rehabilitatsiooniprogrammi.

Piloteerimisperioodi (2.september kuni 20.november) jooksul ilmnis ühes rehabilitatsiooniprogrammi piloteerinud asutuses takistusi, mistõttu ei esitatud lepinguga ettenähtud dokumente ka pärast täiendava tähtaja esitamist. Viimasele esitati ka erakorraline lepingust ülesütleamise teatis.

Seega, lõppkokkuvõttes võib kinnitada, et projekti jooksul piloteeriti 7 rehabilitatsiooniprogrammi.

Järgnevalt on toodud ülevaatlik tabel piloteeritud rehabilitatsiooniprogrammidest.

Rehabilitatsiooni-asutus	Piloteerimises osalenud rehabilitatsiooni-programmi nimetus	Programmi eesmärk/missioon	sihtgrupp/ Programmis osalenud klientide arv
SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus	Minu võimalused tööturul	Psüühikahäirega tööeliste isikute elukvaliteedi ja eluga rahulolu parandamine läbi jõukohase töö.	12
Tallinna Vaimse Tervise Keskus	Soovist eesmärgini	Täisealiste psüühikahäiretega inimeste elukvaliteedi tõstmine ja säilitamine.	6
AS Keila Taastusravikeskus	Südamega edukalt tööle tagasi	Südame-ja veresoonekonna haigustega inimeste võimalikult kiire tagasipöördumine töö- ja kutsealase tegevuse juurde.	6
Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus	Autismiga inimeste tugirühm	Autismiga noorte toetamine üleminekul aktiivsesse ja tõisesse täiskasvanuella.	5
Kristiine Sotsiaalkeskus	Muutused algavad minust endast – nõustamisprogramm alaealisele õigusrikkujale ja perele	Alaealise õigusrikkuja ja tema pere toetamine ja nõustamine lähtuvalt individuaalsetest vajadustest pakkudes toimetulekut toetavaid teenuseid lähtudes juhtumi- ja võrgustikutöö printsiipidest.	3
Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus	Arenguliste erivajadustega laste arengu toetamine	Arenguliste erivajadustega lastele tingimuste loomine võimalikult elukohajärgses tavakeskkonnas toimetuleku parandamiseks ning võrgustiku koostöö toimimise soodustamiseks.	3
MTÜ Diana Arenduskeskus	Liikumispuudega inimene aktiivseks	Läbi liikumispuudega inimese iseseisva toimetulekuvõime parandamise toetada sotsiaalset kaasatust osalemaks produktiivsetes tegevustes (töö, õpingud, vabatahtlik töö jms.)	2

4. Ettepanekud

Projektimeeskonna ettepanekud tuginedes piloteerijate poolt väljatoodud seisukohtadele:

1. Vähemalt esialgu (võimalik, et ka edaspidi) peavad lisaks programmidele jääma kättesaadavaks **üksikteenused**, mida peab olema võimalik kas paindlikult liita rehabilitatsiooniprogrammile või vajadusel pakkuda eraldiseisvalt rehabilitatsiooniplaani alusel. Üksikteenuste kättesaadavuse tagamine on vajalik kahel põhjusel: **(1)** Programmide arendamine võtab aega ja on tõenäoline, et inimeste rehabilitatsioonivajadusi on (esialgu) raske katta üksnes programmidega. Ka võivad jääda puudegrupid või probleemvaldkonnad, millele ei tekigi otseselt rehabilitatsiooniprogramme ja need inimesed peavad abi saama üksikteenuste kaudu. **(2)** Kuigi programmid on kohandatavad inimeste individuaalsetele vajadustele, võib klient siiski vajada teatud üksikteenuseid, mida ei ole otstarbekas liita programmile. Seetõttu tuleb leida sobilik vahekord programmide ja üksikteenuste vahel, vastasel juhul võib hägustuda programmi üldine suund ja tegevused.
2. Kliendile peavad olema rehabilitatsiooni üldeesmärgi saavutamiseks kättesaadavad erinevate rehabiliteerijate teenused. Vastavalt rehabilitatsiooniplaanile peab olema kliendil võimalik paindlikult liikuda programmist programmi või osaleda vajadusel ka paralleelselt erinevates programmides.
3. Programmi osutamisse peab olema sõltuvalt kliendi vajadustest paindlikult võimalik **kaasata spetsialiste väljastpoolt meeskonda**. Piloteerimise jooksul nähti vajadust ja kaasati nt draamaõpetajat, ortoosimeistrit, abivahendi nõustajat, töötukassa töötajaid, konsultante ja karjäärinõustajaid.
4. **Suunamiskord ehk seostamine teenustega.** Väga oluline on luua abivajaja jaoks kiire ja loogiline võimalus rehabilitatsiooniteenuse/programmide kättesaamiseks. Teatud kindlate diagnoosidega klientide või psüühilise erivajadusega inimeste osas on tehtud ettepanek, et programmidesse suunamine peaks olema võimalikult kiire. Üldjuhul on taolise kliendi märkajaks ravisüsteem ja programmi vajadus selgub diagnoosimisel. Nt peaks kliendi psühhiaatril koos haigla sotsiaaltöötaja või õega olema võimalik teha ettepanek Sotsiaalkindlustusametile suunata psüühilise erivajadusega klient peale haiglaravi koheselt näiteks taastumisprogrammi või sümptomite kontrolli gruppi, pakkuda samaaegselt peredele perekoolitusprogrammi, et muuta rehabiliteerimine võimalikult efektiivseks (sekkuda kõige õigemal ajal) ja inimese jaoks terviklahendusi pakkuvaks.
5. Programmi osutajale on oluline leida sobilikud kliendid konkreetse programmi jaoks. Seetõttu on olemas vajadus programmi kandideerijate tundma õppimiseks (pikema ja kallima programmi puhul isegi kuni nädal tutvumisaega), et selgitada välja inimese soovid ja motivatsioon.
6. Programmpõhise rehabilitatsiooniteenuse rakendamine eeldab panustamist koolitustesse ja arendustegevusse:
 - **Programmide meetodika ja väljaõpe töötajatele.** Oluline on teenuse osutajate valmisoleku tõstmine selleks, et osutada teaduspõhiseid ja tulemuslikke rehabilitatsiooniprogramme. Selleks tuleb panustada arendustegevusse, võimaldades asutustel endil teha ettevalmistusi oma pädevuse tõstmiseks (personali väljaõppeks, programmide väljatöötamiseks või litsentsi ostmiseks koos koolitusega, sealhulgas Eesti oludele programmide kohandamiseks ja tõlketöödeks), kasutades nt Euroopa Sotsiaalfondide vahendeid.

- **Uue süsteemi rakendamise koolitus.** Väljaõpe, kuidas täita programmi kinnitamise vormi, kulumudelit, sealhulgas eraldi koolitust RFK kasutamise osas sihtgruppide kaupa ning
- **Järjepidevad koolitused** programmide koostajatele ja teenuse osutajatele, et anda vajalikke teadmisi rehabilitatsioonist, RFK-st, klienditöö metoodikatest, finantseerimisest jm.
- Vajalik on planeerida programmide tulemuste sisulist analüüsi ja arendustegevusi programmiülestelt organisatsioonidelt (SKA) ning leida vahendeid nende rahastamiseks.

7. Oluline on jätkuv arendustöö:

Programmide kinnitamise vorm:

- Programmi kinnitusvormi järjepidev arendamine, täiendamine ning selle täitmise juhendi kättesaadavuse tagamine.
- Palgatud konsultandid, kes nõustavad ja juhendavad kinnitusvormi täitmisel.

Kulumudel, finantseerimine

- Kulumudeli lihtsustamine (ühele leheküljele) ning vastava juhendi väljatöötamine.

Programmide kinnitamise kord

- Rehabilitatsiooniteenuse Arenduskogu moodustamine– kõiki teenusega seotud olulisi, pädevaid osapooli kaasav kogu, mille pädevusse kuulub mh rehabilitatsiooniprogrammide hindamine ja kinnitamine, koolitus- ja arendustegevuse koordineerimine ja programmide kvaliteedikontrolli teostamine.

Konkreetne, toimiv hindamissüsteem (a) esmaselt esitatud programmide efektiivsuse, toimimise, tasuvuse hindamiseks, (b) korduvalt esitatud programmide tulemuslikkuse ning tasuvuse hindamiseks.

- Programmide vajaduse hindamine, vastavalt vajadusele programmide planeerimine ja arendamine.

Kokkuvõte

PITRA meeskonna ettepanek oli erialapõhiste üksikteenuste finantseerimise asemel toetada komplekssete sekkumiste ehk rehabilitatsiooniprogrammide arendamist ja finantseerimist. Ettepanek sai jätkuvat kinnitust ka käesoleva projekti raames.

Rehabilitatsiooniprogramm on isiku rehabilitatsiooniks vajalikke kompleksseid tegevusi sisaldav sekkumine, millel on konkreetset sönastatud eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood, mille vältel pakutakse aktiivselt arendavaid ja rehabiliteerivaid tegevusi.

Rehabilitatsiooniprogrammid võivad olla eluvaldkondade põhised suunatuna ühiskonnas osalemisele ja eneseaktualisatsioonile igapäevaelu korralduse, töötamise, õppimise, sotsialiseerumise, vaba aja ning elustiili kujundamise valdkondades tagades sh. tegevusvõime arendamise (suutlikkuse ja soorituse tõstmise), keskkonnateguritele mõjutamise, muutuseks valmisoleku ja motivatsiooni arendamise, psühhosotsiaalne toetuse ja eneseabi või ka funktsioonide ja struktuuride arendamise.

Programmid võivad olla kohandatud individuaalseks ja/või grupiviisiliseks sekkumiseks.

Rehabilitatsiooniprogrammide osutajad võivad olla vastava tegevusloa saanud piirkondlikud- ja spetsialiseerunud asutused, kes lisaks plaani koostamisele ning plaani elluviimise juhendamisele ning koordineerimisele osutavad ka rehabilitatsiooniprogramme ja asutused, kelle liikmelisus ei ole 5 spetsialistiga piiritletud ja kelle sihiks on osutada just nimelt rehabilitatsiooniprogramme. Kõik kolm asutuse tüüpi on võrdselt kohustatud kirjeldama oma programmid ning taotlema tegevusloa/akrediteeringu vastavalt kehtestatud protseduurile.

Rehabilitatsiooniprogrammide vajadus: Nii puuetega inimesed kui rehabiliteerijad töid välja vajaduse erinevate rehabilitatsiooniprogrammide järele igapäevaelu, õppimise, töötamise, sotsiaalsete suhete ja vaba-aja valdkondades:

- psühholoogilise toetuse ja esmase nõustamise programmid isikule ning perele;
- toimetulekuoskuste õppega seotud programmid;
- erinevate abivahendite sobitamise ja kasutamise õpetamisega seotud programmid;
- sotsiaalse ja füüsilise keskkonna kohandamisega seotud programmid;
- hariduse omandamist toetavad rehabiliteerivad programmid;
- töötamist toetavad rehabiliteerivad programmid;
- Lastele suunatud programmides märgitakse ära rida erisusi.

Üldjuhul peetakse vajalikuks isiku rehabiliteerimise protsessi koordineerimist ja juhtumikorraldust.

Programmiosutajate potentsiaali uurimine kinnitas, et paljud nii puuetega inimeste ühendused kui tänased rehabilitatsiooniteenuse osutajad on motiveeritud programmide osutamiseks, mitmetel on selleks ka valmisolek.

Projekti raames välja töötatud **programmi kirjeldamise vorm** annab osutatavast programmist raamitud ülevaate ning tagab, et oleks edastatud kogu info, mis on vajalik programmi olemuse, taustategurite ja kvaliteedi mõistmiseks. Vorm aitab programmi osutajal läbi mõelda teenuse erinevad tahud, sönastada need tarbijale mõistetavalt, rehabilitatsiooni planeerijatel, juhtumikorraldajatel ja klientidel leida/valida sobivat programmi, võimaldab programme võrrelda, toimib programme kvaliteedis ja kvantiteedis edendavalt, aitab kaasa arendus- ning teadustööle, aitab hinnata programmide vajadust, planeerida arendustööd jms.

Rõhutatud on tingimus, et **programmid oleksid tõenduspõhised**, millisteks saab neid lugeda kui on olemas uurimuste andmed, mitmeid erinevaid sekkumisi käsitleva uurimuse süsteemne ülevaade, eksperdi hinnang, üksikut sekkumist käsitlev uurimus, programmi suusõnaline, meedia või marketingi hinnang ja/või isiklik kogemus.

Rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimise aluseks on tegelikele kuludele tuginev kulumudel. Selle eesmärk on rehabilitatsiooniteenuse ja -protsessi osutamise standardiseerimine, mis

lõpptulemusena võimaldab teada saada teenuse maksumust ühele kliendile vastavalt kliendile osutatud (osa)teenustele. Kulumudeli koostamine annab võimaluse kirjeldada programmide osutamisega seotud tegelikke kulusid, hõlbustab koostada asutuse eelarvet, tagada jätkusuutlikkus ja teenuse ratsionaalne rahastamine.

Rehabilitatsiooniprogrammide hindamiseks ning kinnitamiseks on otstarbekas moodustada erinevate valdkondade spetsialistidest 5-6 liikmeline kompetentsikomisjon. Komisjoni pädevuses on programmide vajaduse ning nõuetele vastavuse hindamine (võttes aluseks programmide kinnitamise vormi ning kulumudeli). Komisjonil peab olema võimalus kaasata lisaeksperte hinnangu saamiseks vastavalt programmi suunitlusele.

Programmidesse suunamiseks peab teatud juhtudel (teatud diagnoosi selgumisel, esmase puude tekkimisel, seisundi olulisel muutumisel vm) olema klientidele tagatud kiire liikumine ravisüsteemist rehabilitatsiooniprogrammi, võimaluse ja vajaduse korral juba paralleelselt taastusraviga. Teistel juhtudel (väljakujunenud puudega inimesed) tuleks rehabilitatsiooniteenuse vajadus selgitada välja eelhindamise kaudu Sotsiaalkindlustusametis. Eesmärk on rehabilitatsiooniteenusele suunatavate isikute täpsustamine.

Programmide koostajatele ja teenuse osutajatele on vaja järjepidevaid koolitusi, et anda vajalikke teadmisi rehabilitatsioonist, RFK-st, klienditöö meetodikatest, finantseerimisest ja muust seoses rehabilitatsiooniprogrammide arendamise ja osutamisega. Oluline on teenuse osutajate valmisoleku tõstmine selleks, et osutada teaduspõhiseid ja tulemuslikke rehabilitatsiooniprogramme.

Vajalik on **panustamine arendustegevusse**, võimaldades spetsialistidel teha ettevalmistusi oma pädevuse tõstmiseks.

Programmipõhise rehabiliteerimise korralduses peab vähemalt esialgu lisaks programmidele jääma kättesaadavaks **ka üksikteenused**, milliseid peab olema võimalik kas paindlikult liita rehabilitatsiooniprogrammidele või vajadusel pakkuda eraldiseisvalt rehabilitatsiooniplaani alusel. Sõltuvalt kliendi vajadustest peab olema paindlikult võimalik programmi osutamisse **kaasata spetsialiste väljastpoolt meeskonda** nt draamaõpetajat, ortoosimeistrit, abivahendi nõustajat, töötukassa töötajaid, konsultante ja karjäärinõustajaid. Programmi osutajale on oluline leida kandideerivate inimese seast **sobilikud kliendid konkreetse programmi**. Samaaegselt peab olema võimalus kasutada **mitut programmi**. Ka võib olla vajadus planeerida samaaegselt eraldi programmid isikule ja tema perele.

Rakendamaks programmpõhist rehabiliteerimist on vajalik **programmide meetodika koolitust töötajatele**. Oluline on teenuse osutajate valmisoleku tõstmine selleks, et osutada teaduspõhiseid ja tulemuslikke rehabilitatsiooniprogramme. Samuti on vajalik **uue süsteemi rakendamise koolitus** - väljaõpe, kuidas täita programmi kinnitamise vormi, kulumudelit, sealhulgas eraldi koolitust RFK kasutamise osas sihtgruppide kaupa. Edaspidi on kindlasti vajalikud ka **järjepidevad koolitused** programmide koostajatele ja teenuse osutajatele, et anda vajalikke teadmisi rehabilitatsioonist, RFK-st, klienditöö meetodikatest, finantseerimisest jm.

Vajalik on planeerida programmide tulemuste sisulist analüüsi ja arendustegevusi programmiülestelt organisatsioonidelt (SKA) ning leida vahendeid nende rahastamiseks.

Lisad

Lisa 1. Rehabilitatsiooniprogrammide vajaduse kaardistamine

Rehabilitatsiooniasutuste infopäev, 02.12.09

Küsimused töögruppidele:

Milliseid programme on teie sihtgrupile kindlasti vaja arendada;

Hinnake oma meeskonna motivatsiooni ja pädevust osutada programme.

Töötuba 1. Puudega lastele ja nende peredele vajalikud rehabilitatsiooniprogrammid.

Laste sihtgrupi puhul on tähtsad järgmised märksõnad:

- klient kitsamas mõttes, s. o. laps
- klient laiemas mõttes s. o. perekond
- areng lapse puudest lähtuvalt eritingimustes, siit tulenev integreerumisprobleem.

Lähtuvalt sellest on laste rehabilitatsiooniprogrammide vajadus jaotatud 3-ks:

I Lapse arengule suunatud programmid:

- Varajase sekkumise programm (riskigrupi vastsündinud, enneaegsed jne.)
- Arengu toetamine koolieelses eas (koostöö lasteasutusega)
- Arengu toetamine koolieas (koostöö kooliga)
- Erinevate toimetulekuoskuste omandamise programmid lähtuvalt puudest (pervasiivsed arenguhäired jne.)
- Erinevate puuetega kohanemise programmid (diabeet, astma, artriit jne.)

II Arenguhäiretega laste integreerimine kollektiivi, ühiskonda:

- Eelkooliiga (tingimuste loomine arenguks, isikliku abistaja ja muude tugisüsteemide kasutamine, töö eakaaslaste ja pedagoogilise personaliga)
- Kooliga (võrgustikutöö programmid lasteasutusega, eriti omandatud puude puhul nagu trauma järgne jne., töö eakaaslaste ja kooliga)
- Vaba aja sisustamisega seotud programmid (lähtuvalt toimetulekupiirajast)

III Perekonna toimetulekule suunatud programmid:

- Puudega ja diagnoosiga kohanemine lapsele ja perele, n. ö. kriisiabi programmid(diabeet, geneetiline haigus jne.)- s. o. ilma puuet määramata kohaselt võimalus programmi suunduda.
- Pereõppeprogrammid erinevatele sihtgruppidele (epilepsia, lihashaigused, PCI, pervasiivsed häired jne., k. a. eraldi grupina harvaesinevad haigused)
- Perede toimetulekuga seotud programmid probleemsete laste puhul (käitumishäired):
 - 1.) Varase märkamise tasand (lasteaia, kooli poolt suunatud lihtsamad juhtumid)
 - 2.) Ennetav tasand (lastekaitse või kooli poolt suunatud lapsed)
 - 3.) Sekkuv tasand(alaealiste komisjonide poolt suunatud lastele ja nende peredele)

Kuna lasterehabilitatsioonis on enam rõhutatud puudespetsiifilisust ja perede toimetulekut, on veidi keerukam jaotada programme rehabilitatsiooni 4 valdkonna järgi (sihtgrupe on 2), kuid mitte võimatu/töötoas seda ei tehtud/.

Töötuba nr 2. Puudespetsiifilised rehabilitatsiooniprogrammide vajadused.

I Sihtgrupp: Vaimupuue

- Igapäevaeluoskuste arendamine, sh eneseteenindusoskus
- Kommunikatsiooniprogramm, sh AAC
- Ülemineku toetamise programmid
- Vanemate nõustamise programmid
- Tööharjutusprogramm (toetatud töö, kaitstud töö ja töösarnased tegevused)
- Vaba aja tegevuste programm
- Võimetekohase iseseisva elu programm

Hinded motivatsioonile ja pädevusele (1-5): 4, 4, 4

II Sihtgrupp: Liikumispuue (haigusest, traumast)

- Keskkonna ja keskkonnaga kohenemise programm (ADL) eripedagoog, psühholoog
- Suhtlemine, sotsiaalse kaasamise programm (võrgustiku nõustamine, perekond)+
motivatsiooni toetamise vajadus
 - psühholoogiline nõustamine
 - sotsiaalne nõustamine
 - loovteraapia/ tegevusterapia
 - tugiliidud võrgustikus
- Haridusalane rehabilitatsioon
 - Ümberõpe, kutsenõustamine ja toetavad teenused vajadusel
- Tööle tagasi programm
 - tegevusvõime hindamine
 - ümberõpe
 - tööalane rehabilitatsioon ja töötukassa toetavad teenused

Hinded motivatsioonile: 5, 5-, 4, 4, 4+, 5

Hinded pädevusele: 4+, 5-, 4, 3, 4, 5

III Sihtgrupp: Psüühikahäire

Puudespetsiifilised programmid:

- Motivatsiooni tõstmisele suunatud programmid
- söömishäiretega inimeste rehabilitatsiooniprogramm (sh toitumisnõustamine, füsioteraapia, psühhiaatriline nõustamine, muusikateraapia)
- sümptomite kontrolli programm
- esmahaigestunute taastumisprogramm (koos pikaajalise statsionaarse rehabiliteerimisega)
- sotsiaalsete oskuste arendamise programm (sh lähisuhete loomine ja hoidmine, lapse kasvatamine)
- lähedastele suunatud programmid (nii lastele kui täiskasvanud pereliikmetele)

Üldised: Töö, Õppimine, elamine ja toimetulekuoskused

Hinded motivatsioonile ja pädevusele: 5, 5, 3, 5, 5

IV Sihtgrupp: Sensoorsed puuded, rõhuasetus kuulmispuue

- Viipekeele tõlketeenuse maksab KOV
- Toimetulekuõpe (pere, suhtlus, majanduslik toimetulek)
- Spetsiifilised meetodid vastavalt puudele (nt lihtsustatud keelekasutus jms)
- Spetsiifiline lähenemine üldise programmi raames; paindlikkus
- Lektorid väljastpoolt rehabilitatsioonimeeskonda
- Erinevad vajadused east lähtuvalt:

- Noored: Töö- ja pereelu seostamine
 - Vanemad: üldine toimetulek (majanduslik, sotsiaalne, perekondlikud suhted,
 Raske leppida ühiskondliku korra muutustega (varem (nõukogude ajal) oli nägemis- ja kuulmispuudega inimeste elu paremini korraldatud, reeglina oli tagatud töö ja rehabilitatsioon) –
 OV nõuded, pettumus, et igakülgne abi pole alati tagatud
Hinded motivatsioonile ja pädevusele: 4, 4, 5

Töötuba nr 3. Diagnoosipõhiste rehabilitatsiooniprogrammide vajadus.

Diagnoosigrupid	Diagnoosid	Programmide sisu
Kriisiga kulgevad, pikaajalised, omandatud kahjustused	1. omandatud ajukahjustus, sh. peaaajutrauma, seljaajutrauma, insult 2. perifeerse närvi(de)haigused ja traumad, sh. Guillain-Barré polüneuropaatia 3. jäseme amputatsioon ulatuslik põletustrauma	Kriisiabi, pere nõustamine, sotsiaal- ja juriidiline nõustamine, haigusteadlikkuse tõstmine, toimetulekuõpe, abivahendid, jõustamine, sh kogemustugi tugivõrgustiku loomine
Progresseeruvad haigused Närvi- ja lihashaigused Pahaloomulised kasvajakasvajaids	1. närvihaigused, sh. hulgiskleroos, parkinsoni tõbi, ALS, 2. lihashaigused, sh. müopaatia 3. kasvajakasvajaids 4. Aids 5. Kroonilise valu sündroom Liigeshaigused, sh.reumatoidartriit ja sidekoehaigused	keskkonna kujundamine transport, tugiteenuste planeerimine
Kaasasündinud ja lapseea patoloogiad	1. Geneetilised ja kromosomaalsed haigused: Downi sündroom, hemofiilia, Braderwilli s, 2. seljaajusong, vesipea, sünniaegne ajukahjustus (PCI), jne Perthese tõbi	
Organi funktsioonihäirega seotud haigused	1. südame ja veresoonte, vere, immuun- ja hingamissüsteemi haigused, sh. KOK, astma, südame infarkt 2. seede-ainevahetus-ja endokriinsüsteemi haigused, sh. tsöliaakia, diabeet 3. inkontinents	Elustiili korrigeerimisele suunatud programmid: (dieet) toitumine, haigusteadlikkus ja ravi, tegevuste planeerimine sh töö ja puhkuse vahetamine, perenõustamine, eesmärgistamine, jõustamine, kogemustugi
Psüühika häired	1. Skisofreenia, 2. dementsus, sh. Alzheimeri t, autism	Kriisiabi, pere nõustamine, sotsiaal- ja juriidiline nõustamine, haigusteadlikkuse tõstmine, Toimetulekuõpe, transport tugiteenuste planeerimine

Töötoas toodi välja, et kui suurema osa klientide rehabilitatsiooniprogrammide vajadust hindab multidistsiplinaarne rehabilitatsioonimeeskond, siis osade klientide puhul on valdavalt reeglipärane, et vajatakse mingisuguseid kindlaid programme ja täiendav hindamine ei anna uut informatsiooni, ei ole seega ka vajalik ega otstarbekas. Tavaliselt selgub sellist programmi vajav inimene/pere tervishoiusüsteemis, kui toimub diagnoosi selgumine.

Kõik töötoas osalenud asutuste esindajad nimetasid oma valmisolekut osutada diagnoosipõhiseid programme.

Järeldus:

selleks, et vältida

- kliendi ja tema perekonna kriisi tekkimist
- puude tekkimist või süvenemist
- perekonna toimetuleku halvenemist
- aja- ja rahakulu asjaajamisele, hindamisele, mitmete inimeste töökulule

on otstarbekas osade diagnoosidega kliendid saata teatud kindlatesse rehabilitatsiooniprogrammidesse otse, läbimata rehabilitatsiooniprotsessi esimesi (e. eelhindamise, kriteeriumitele vastamise hindamise, asutuse valimise, multidistsiplinaarse hindamise, rehabilitatsiooni planeerimise) etappe enne programmi sisenemist.

Võimalik, et osad kliendid tuleb suunata multidistsiplinaarsele hindamisele ja rehabilitatsiooniplaani koostamisele esmase programmi läbimise järgselt või sellega paralleelselt. Osade klientide puhul saab aga piirdudagi diagnoosist tingitud programmi(de) läbimisega.

Lisa 2. Infopäev puuetega inimeste ühendustele EPI Kojas, oktoober 2009

Küsimused:

Nimetage teie sihtgrupile vajalikke rehabilitatsiooniprogramme. Märkige soovitatav ajavahemik, millal inimene/pere peaks nimetatud programmi saama.

Kas teie ühing on pakkunud või oleks valmis neid rehabilitatsiooniprogramme pakkuma?

<p>Nägemispuudega ja pimekurtidele inimestele suunatud programmid</p>	<p>Varajase sekkumise programm, (kohe peale lapse sündi), eesmärgiga selgitada välja puude mõju lapse arengule. Lapse võimete väljaselgitamine. Perenõustamine.</p>
	<p>Puudega kohanemise programm (laps või täisealine, kellel tekib puue hiljem ning pereliikmed). Programmi sisenemine kohe peale puude tekkimist. – kriisist ülesaamine, puudespetsiifiliste algoskuste õpetamine, perenõustamine.</p>
	<p>Keskkonnamuutuse programm (elukoht, haridusasutus, töökoht) füüsilise keskkonna analüüs ja selle kohandamine vastavalt puudega inimese vajadustele.</p>
	<p>Puudespetsiifiliste oskuste õpetamise programm (vastavalt isiku eale). Koosneb järgmistest alaprogrammidest: - toimetulekuõpetus - orienteerumis- ja liikumisõpetus - punktkirjaõpetus - masinkirjaõpetus - arvutiõpetus - abivahendite määramine ja kasutusõpetus. - Kommunikatsioonioskuste õpetamine puudega isikule ja tema suhtlemispartneritele (puudega isikuga kokkupuutuvad inimese): - suhtlemine - viipekeel (s.h. taktiilne viipekeel) - sotsiaalsed märgid jne.</p>
	<p>Informatsiooni kättesaadavuse ja kommunikatsiooniprogramm (peale kriisi möödumist). Sisaldab: - puudega isiku kommunikatsioonioskuste ja informatsioonivajaduste väljaselgitamine; - kommunikatsioonsüsteemi väljatöötamine.</p>
	<p>Tööhõiveprogramm</p>
<p>Vaimupuudega inimestele suunatud programmid</p>	<p>Vaimupuudega laste vanematele esmane psühholoogilise nõustamise programm. Töö perega (nii grupitöö kui individuaalne töö), eesmärgiga: - vanemate esialgselt šokist üle aitamine (selle erinevate etappide läbida aitamise), erivajadusega lapse sünniga kaasnevate tunnete ventileerimine ja läbitöötamine (haigla sotsiaaltöötaja, psühholoog) - informatsiooni andmine lapse diagnoosiga kaasnevast (arst, teatud osas ka sotsiaaltöötaja) - info andmine edasisest võimalusest tegutsemiseks, abi saamiseks, vajalikud kontaktid (sotsiaaltöötaja)</p>
	<p>Vaimupuudega laste vanemate jõustamise tugigruppide programm eesmärgiga ennetada perede lagunemist, vanemate läbipõlemist ja sellest tulenevat vägivalda vaimupuudega laste suhtes.</p>
	<p>Noore vaimupuudega täiskasvanuga pere jõustamise programm, eesmärgiga toetada vaimupuudega noore vanemaid noore iseseisvuse toetamisel, saada selles</p>

	nii psühholoogilist kui praktilist tuge
	Programm , et suurendada vaimupuudega noorte iseseisvust igapäevaelus. Normaliseerituse suurenemise kaudu vähendada vaimupuudega inimeste eripärasest käitumisest ning stigmatiseeritust ühiskonnas
	Programm noortele vaimupuudega emadele , et suurendada nende oskusi ja iseseisvust lapse eest hoolitsemisel suurendades sellega ka lapse turvalisust; suurendada nende turvalist käitumist nii intiimsuhete vallas kui üldisemalt; ennetada nende ära kasutamist normintellektiga inimeste poolt;
	Õppimisega seotud valdkond: - individuaalne programm vaimupuudega lapsele ja noorele võimetekohase hariduse saamise tagamiseks alates lasteaiast (hõlmaks näiteks vanemate nõustamist erinevatest võimalustest, vajadusel lisakasvataja – või õpetaja/tugiisiku olemasolu, vajadusel erinevad abivahendid)
	Töötamisega seotud valdkond: - töö leidmise ja hoidmise individuaalne programm vaimupuudega töörealisele täiskasvanule (nii avatud tööturul, toetatud töö, kaitstud töö) - üldiste töötamisega seotud oskuste omandamise programm grupis vaimupuudega töörealisele inimesele
	Elamisega seotud valdkond: - praktiliste igapäevaoskuste arendamise programm vaimupuudega noorele ja täisealisele , eesmärgiga suurendada tema iseseisvust ja vähendada kõrvalise abi vajadust. Hõlmaks alaprogramme: - majapidamise praktiline korrashoid (koristamine, pesupesemine, toiduvalmistamine, poeskäimine) - eelarve planeerimine ja sellest kinnipidamine (kulude ja tulude mõiste, eelarve koostamine ja sellest kinnipidamine, erinevad pangatoimingud ja arvete maksmine) - tervis ja isiklik hügieen (arstil käimise harjutamine, üldine isiklik hügieen, tervislik toitumine) - üldiste suhtlus – ja sotsiaalsete oskuste omandamise individuaalprogramm - üldiste suhtlus – ja sotsiaalsete oskuste omandamise programm grupis Need programmid oleksid eesmärgiga suurendada vaimupuudega inimeste toimetulekut oma suhetega, suurendada sotsiaalselt aktsepteeritud käitumist; toetada neid pere loomisel ja selle püsimisel;
	Suhtlemise ja vaba aja valdkond - suurenenud sotsiaalse kaasatuse programm vaimupuudega täiskasvanule elukvaliteedi tõstmiseks (hõlmaks erinevatel üritustel osalemist, ringides ja gruppides käimist)
Kuulmispuue	Lastele suunatud programm
	Töörealisele suunatud programm
	Eakatele suunatud programm
	Esmatasandi kuulmisnõustamise programm
	Perenõustamise programm
	Abivahendi kasutamise programm
	Suult lugemise programm
	Viipekeele programm
	Suhtlemise programm

	Tinnituse programm	
	Meniere haigete programm	
	Hiliskurdistunute programm	
Seljaajusonga vesipeahaigetele suunatud programmid ja	Diagnoosipõhine programm. Elamise valdkond: toimetulek, iseseisvumine, lasteaed, kool, kodused tingimused ja sobitumine eluoluga, eneseabi- ja esmaabiõpe, abivahenditega kohaldumine jm. Sünnist alates teise eluaastani on 1x kvartalis, 2. – 7.eluaasta 1x poolaastas, 7. – 10 eluaasta 1x a. Edasi 1-2.aastase intervalliga	
	Õppimise valdkond: lasteaia või kooliga sobitumine, individuaalse võimekuse arendamine, huviala ja erioskuse arendamisele aitamine. Vajalik suhtlemine rehabilitatsioonimeeskonnaga ja arendus-tegevuse täpsustamine, üldprogrammide raames väljavalitud alaprogrammi läbimine on kohustuslik.	
	Iseseisva toimetuleku programm, suhtlemistreening, kommunikatsiooniõpe, liikumisõpe	
	Töövaldkonnaga seotud programm: elukutse ja töötamise sobivuse hindamine, töökoha kohanemise ja erivajaduste määramine, enesekehtestamisõpetus, sotsiaalne toimetulek, terviseõpetus.	
	Suhtlemise- ja vabaaja valdkond: eriaandekuse treening /laul, kunst, ujumine, arvutiõpetus/	
	HC ja vesipeašhunt	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Spina bifida patoloogia	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Neurogeenne kusepõis	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Ortoosid ja nende kasutamine	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Lamatised ja nahatroofikahäired	-Erinevad vanused -Lapsevanemad - kaaskondsetele programm
	Kognitiivne võimekus /testimine	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Enesehooldusprogramm	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
	Ratastoolisõiduõpetus ja ratastoolihooldus	- Erinevad vanused - Lapsevanemad - Kaaskondlased
Tsöliaakiaga inimestele suunatud programmid	Uute tsöliaakiahaigete ja nende pereliikmete psühholoogilise nõustamise programm (diagnoosi selgumisel)	
	Selgunud diagnoosiga tsöliaakiahaigetele ja nende pereliikmetele suunatud programm (informatsioon ja nõustamine erinevatel teemadel, sh kuidas leida	

	tsöliaakiahaigetele rahalist toetust gluteenivabade toodete ostmiseks ja nende hankimiseks)
	Tsö tsöliaakiahaigete toiduvalmistamise koolitusprogramm
	Tsötsöliaakiahaigetega seotud isikute (nt. lasteaiatöötajad, kool jm) nõustamine toitumise osas
Fenüülketonuuriaga inimestele suunatud programmid	Pereliikmete psühholoogiline ja meditsiiniline nõustamine (kohe, kui diagnoos on leidnud kinnitust). Info toidu hankimise, -valmistamise ja -arvestuse osas).
	Lastele ja vanematele suunatud toimetuleku programm, toimetulekulaagrid - 2-3 korda aasta. (võimalusel kogemuste vahetamine ka teistes EU riikides).
	Lapsega tegelevate spetsialistide koolitus (toiduvalmistamine jm).
	Võib vajada vaimupuudega isikutele suunatud programme, juhul, kui fenüülketonuuria tagajärjel on juba vaimupuue tekkinud ning toetatud töötamise teenust.
Psoriaasiga inimestele suunatud programmid	Psoriaasahaigete ja nende pereliikmete psühholoogilise toimetuleku programm, (diagnoosi selgumisel), psoriaasahaiguse psühhosotsiaalsed aspektid.
	Psoriaasahaigete sotsiaalse toimetuleku programm. Eneseregulatsiooni osatähtsus igapäevases elus, sobiliku toitumiseprogrammi väljatöötamine, tervislikku elustiili jälgimine, sh psoriaasahaiguse ennetamiseks

Lisa 3. Puudega laste ja nende perede rehabilitatsioonivajaduse hindamisest

Koostatud 25.09.-01.12.2009.a. läbiviidud lapsevanemate küsitluse ja lühiintervjuude alusel.

Küsitletud on 46 peret vabariigi kõikidest piirkondadest. Küsitlus on toimunud perioodil, kui pered on olnud rehabilitatsioonil SA Haapsalu NRK-s (vestluse käigus on selgitatud küsitluse eesmärki ning seotust projektiga ning rõhutatud asjaolu, et küsimused pole seotud meie teenusega). Haapsalu Sanatoorse Kooli laste perede küsitlus toimus peale lastevanemate koosolekut (lapsevanemad olid kohale sõitnud).

I Küsitluse struktuur.

Uuritud on 4 valdkonda:

- enam probleeme tekitavad valdkonnad?
- millisest ressursist on perel ja /või kliendil enam puudus?
- millisel kujul oleks rehabilitatsiooniteenus enam oodatud?
- asukoht, kus peaks rehabilitatsiooniteenus osutatama?

II Tulemused:

1. Enam probleeme näevad pered lapse arengu valdkonnas – 80% vastanuist, s. pidev vajadus mingi oskuse kujunemisele kaasa aitamiseks (liikumine, kõne jne).

Pere toimetulekuga seotud probleeme -28%, märkustena on lisatud enam pingelised peresuhted, suulisel vestlusel enam rõhutatud majanduslikud ja rahalised raskused.

Sobiva arengukeskkonna puudumist on rõhutanud 24 % vastanuist (puudub elukohas sobiv lasteaed või kool või päevakeskus).

Eraldi on välja toodud probleemid integreerumisega tavalasteaeda, samuti isikliku abistaja vajadus, ennekõike raskused selle probleemi lahendamisel.

2. Pere ja kliendi ressursside hindamisel, hindasid lapsevanemad nende puudumist järgnevalt.:

- oskuste vajakajäämine (lapse arengu toetamine, oma pere aega jagada jne.) -54%
- ajaressurss lapsega tegelemiseks ja rehabilitatsioonil käimiseks -35%
- sobiva keskkonna või asutuse puudumine lapse arendamiseks -26%
- rehabilitatsioonivõimaluste puudumine -20%
- ravivõimaluste puudumine -15%

Eraldi välja toodud on aga perekonna motivatsiooniprobleemid (viitsimine, püsivus) samuti pere toetamise vajadus-lapsehoiuteenuse kasutamine..

3. Enim oodatud perede poolt on:

- regulaarne osalemine rehabilitatsiooniprogrammides -70%
- spetsialistide läbi viidud koolitused ja loengud -46%
- saatusekaaslaste kogemused (pereprogrammid sarnaste puudeliikide esindajatele) -40%
- spetsialistide üksikteenused -35%
- igapäevane tugi kodus -28%

Kommenteeritud on ennekõike majutusega seotud teemasid - kurdetakse majutuseks ettenähtud rahaliste vahendite vähesuse üle, samas on aga lisatud kommentaar, et kui hooldaja kompenseeriks osaliselt oma majutuskulud ise, saaks piiratud rahaliste ressursside korral laps enam teenust.

4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht:

Võrdselt peetakse vajalikuks nii tsüklilist rehabilitatsiooni (statsionaarsena, kompleksena, programmina) -57%, kui ka üksikteenustena elukohajärgselt -54%.
Haridusasutuses rehabilitatsiooniteenuse osutamist peab vajalikuks 26 % vastanuist, kodus aga 28% (mõeldud nii koduteenuseid, kohandamisi kui tugiteenuseid koju).

Kommentaaries on rõhutatud individuaalsust ja vastavust lapse vajadusele.
„...rehabilitatsiooniprotsess peaks olema pidev ja suunatud integreerumisele normaalsesse ellu, aeg-ajalt on vajalik spetsialistide meeskonna poolt lapse arengu hindamine ...”.

Üllatavalt suur osatähtsus on lapse arengule suunatud probleemidel (80%), mis on paljuski seotud ilmselt praeguse rehabilitatsiooniteenuse formaadiga-üksikteenused kliendile.
Samas on perekonna toimetulekuga seonduvaid probleeme nähtud vaid 28%, kommentaarides aga enam rõhutatud pingelisi peresuhteid, samuti suurt psühho-emotsionaalset koormust perele. Tavapärase materiaalse poole rõhutamine on seekord vähem väljendunud.
Kuna ka 40% vastanuist on pidanud vajalikuks toetuda saatusekaaslaste kogemusele e. osaleda pereprogrammides, kus osalevad sarnaste puudegruppide esindajad.
Pea kõikide küsimuste blokkide juurde on lisatud kommentaare integreerumise kohta lastekollektiivi, samuti on 24 % juhtudest toodud probleemina lapsele sobiva arengukeskkonna puudumine. See asjaolu annab alust väita, et lasteasutusse integreerumine on üks probleemidest mille osas pered ootavad toetavaid sekkumisi.
Seega, antud andmetele tuginedes ootavad puudega laste pered ennekõike sekkumisi, mis suunatud lapse arengu toetamisele (80%), pere toimetuleku ja kompetentsi toetamisele (28%) ning integreerumisele lastekollektiivi ja eakohasesse igapäevaellu (24%).

70% küsitletuist peavad sobivaks teenuse osutamist programmidena.

Lisa 4. Rehabilitatsiooniprogrammide vajadus PITRA 2 puudespetsiifiliste ümarlaudade info põhjal, veebruar - märts 2007

Rehabilitatsiooniprogrammide vajadus sõltub sellest, millal ja kuidas on puue tekkinud (kas inimene on puudega sündinud või on puue elu jooksul omandatud).

Liikumispuudega inimesele vajalikud programmid:

- eneseabi, psühhosotsiaalne toetus, vajadusel perele
- iseseisva toimetuleku õpetus (kaasasündinud puudega -hiljemalt 14 eluaastast, trauma läbi teinud kohe), kohanemistreening
- abivahendi teenus – sobiva abivahendi leidmine, kohandamine, kasutamise õpetamine
- keskkonna kohandamine, nõustamine
- töökoha kohandamine
- transpordivahendi kasutamise õpe
- kutsealane nõustamine, ümberõpe (haridusasutuse kohandamine)
- loovteraapiateenused
- tööturule naasmiseks psühhosotsiaalne toetust (motiveerimine ja valmiduse arendamine, psühholoog või grupp vm viisil)

Kuulmispuudega inimestele vajalikud rehabilitatsiooniprogrammid:

Lapsed – rehabilitatsioon on läbi lapseea toimuv arendamise protsess, mis on jätkuv ja toimub etapiti teatud oskuste omandamiseks ja eesmärkide saavutamiseks.

- Õigeaegne diagnoosimine ja meditsiinipoolne sekkumine
- psühhosotsiaalne toetus, esmane info ja kohanemine, vajadusel perele
- Implantaadilapse rehabilitatsioon täna puudub (2007, üle 40 lapse)
- Kuulmisabivahendi sobitamine, kasutamise õpetamine, hooldamine jm
- viipekeel ja/või suult lugemise õpetamine,
- Viipekeele õpetamine perele jm sotsiaalsele keskkonnale
- Kõne arendamise toetamine (väga oluline, et toimuks varakult, kuna kõne areng on taandunud)
- Hariduse omandamise toetamine
- Motiveerimine kutseõppeks - oluline eemärke juba varakult seada, kuna valik on piiratud ja vajab pikemat ettevalmistust. Kutsenõustamine eraldi programm ja teenused

Täisealised inimesed:

- Psühhosotsiaalne toetus (enesehinnang, julgus, motivatsioon ja valmisoleku arendamine, et inimene sooviks tööle minna.)
- Sotsiaalne toetus – sotsiaalsete oskuste õpetamine, oskus suhelda, tööd küsida
- Elus toimetuleku õpetus (kuidas rahaga toime tulla, majapidamist korraldada, telefoni kasutada jms)
- Abivahendite saamine, sobitamine, nõustamine, sobitamine, kohandamine, hooldusõpetus – nt kuulmisaparaadid, vibreerivad kellad jm
- Olemasolu ja hooldus
- Diagnostika
- Sobiva aparadi valik
- Kasutamise õpetamine
- Uute (digitaalsete) aparaatide ümberõpe

- Suult lugemise kursus (täna ei ole arenenud, puuduvad spetsialistid)
- Sobiva töö leidmine (kus ei pea töö ajal suhtlema)

- Sobiva töökoha leidmine, sobitamine, toetamine
- Tööandjale toetust ja õpetust
- Eelarvamuste vähendamine
- Tööotsijate grupp – õpetatakse CV koostamist, enesekehtestamine

Hiliskurdistunud – sõltub, kuidas juhtus – mida kiiremini saab abivahendi ja esmase abi seda kiiremini rehabiliteerub. Psühhosotsiaalne toetus.

Erinevate toetavate teenuste vajadus:

- Inimene vajab põhiliselt viipekeele tõlki (finantseeritud KOV või haridusasutuse poolt, kus inimene õpib).
- Kirjutustõlketeenus, inimestele, kes ei ole omandanud viipekeelt

Vaimupuudega inimestele vajalikud rehabilitatsiooniprogrammid.

LAPS ja tema PERE:

- perenõustamine (professionaalne informatsioon), kohanemistreening
- psühholoogiline toetus
- Arendustegevus:
 - kognitiivne arendamine (logopeed ja eripedagoog, tegevusterapeut)
 - motoorne arendamine
 - sotsiaalne arendamine
 - eneseteenindamise arendamine
 - Rehabilitatsioonimeeskond läheb kooli
- rehabilitatsiooniteenusel on koordineeriv roll (vajadus, et keegi koordineeriks protsessi ja teenuseid, pidev kontakt, info, nõustamine)
- kodu kohandamine, kompetents, nõustamine
- haridusasutuse nõustamine – sh keskkonna kohandamise nõustamine

Tööealised inimesed:

- kutsenõustamine ja kutserehabilitatsioon
- tööalane rehabilitatsioon ja töökoha kohandamine
- tugiisik, kes aitab igapäevaeluga toimetulekut (nt. raha ja eelarve) – toetava teenusena
- valmiduse arendamine, motiveerimine
- kohanemistreening (inimene ise + pere)
- seksuaalkasvatus
- toetavad teenused - isiklik abistaja/tugiisik – väljaõppinud (nii lapseas kui täiskasvanuna)

Nägemispuudega inimestele vajalikud rehabilitatsiooniprogrammid:

puudespetsiifiline sekkumine (sõltuvalt east):

- Eripetsialistid:
 - kommunikatsioonispetsialist
 - tüflopäedagoog
- „Varajase sekkumise programm“ – 0-2a
- lapsevanemate nõustamine
- Funktsionaalse nägemise hindamine ja nägemiskasutamise õpetus
- Abivahendite määramine ja kasutamise õpetamine, lisandub reeglina iga programmi/teenusega
- füüsilise keskkonna kohandamine (töö- ja elukoht)
- kommunikatsioonioskuste arendamise programmid – erinevad programmid vastavalt eale (nt ema-laps kontakt sünnist, suhtlemisoskused, miimika jne)

- sotsiaalsete oskuste programm eelkoolilastele
- mootorika arendamise programm
- toimetulekuoskuste õpetamine, vastavalt eale (liitpuude puhul - arvestades tema puude kombinatsiooni ja raskust)
- perekoolitus 1-2 x aastas (sõltub lapse arengust)
- Vanus 2/3 - Laps saab oma teenused reeglina avalikelt teenustelt (haridus), rehabilitatsioonis, vajalik laps + pere töö.
- 3 eluaastast orienteerumis- ja liikumisõpetus (vastavalt eale)
- nägemist asendavate oskuste õpetamine (käte arendamine-pimedate laste puhul)
- 5 eluaastast punktikirja oskuse õpetamine – pidev õpe ja täiendamine vastavalt eale,
- u. 10 eluaastast masinkirja õpetamine
- arvutikasutamise õpetamine
- füüsilise keskkonna kohandamine (töö- ja elukoht)
- kutseharidus - õppevahendid

TOETAVAD TEENUSED – saatjateenus, isiklik abistaja koolis, isiklik abistaja väljaspool kooli

Psüühikahäirega kliendid:

- UCLA programmid - sotsiaalse oskuste treening, sümptomite kontroll jms
- Perekoolitus
- „Aktiivse rehabilitatsiooni kodud“ (NB! eraldi kodud noortele), inimene viibib seal nt aasta, kui vajadus intensiivse toetuse ja juhendamise järele, vähese motivatsiooni korral (ravi + rehabilitatsioon)
- Pikaajaline juhtumikorraldus
- Eneseabigrupid

Lisa 5. Rehabilitatsiooniprogrammi kinnitamise vorm koos juhendiga

JUHEND VORMI TÄITMISEKS

Käesolev vorm on töödokument, mis kannab mitut ülesannet:

- annab pakutavast programmist raamitud ülevaate, tagab, et on edastatud kogu info, mis on vajalik programmi olemuse, taustategurite ja kvaliteedi mõistmiseks.
- paneb programmi osutaja läbi mõtlema teenuse erinevad tahud, sõnastama need tarbijale mõistetavalt
- võimaldab programme võrrelda
- võimaldab rehabilitatsiooni planeerijatel, juhtumikorraldajatel ja klientidel, nende pereliikmetel leida/valida sobivat programmi
- toimib programme kvaliteedis ja kvantiteedis edendavalt, aitab kaasa arendus- ning teadustööle
- aitab hinnata programmide vajadust, planeerida arendustööd

Rehabilitatsiooniprogrammi kinnitusvormi täitmisel juhendada põhimõttest: kirjutada nii vähe, kui võimalik, kuid piisavalt, et tekiks ülevaade pakutavast teenusest.

Programmpõhine rehabiliteerimine on Eesti jaoks riikliku teenusena alustav teenus, mistõttu on praegu selle teenuse pakkumisega alustajad fakti eest, et neil puudub pikaajaline ja tõenduspõhine oma praktika. Siiski on osad teenuse turule tulejad äritegevusena või projektipõhiselt ka varem analoogseid programme pakkunud. Iga peatüki lõpus on seetõttu võimalik oma programmi tegevusi kommenteerida nii enda kogemustele kui vastavale erialasele kirjandusele tuginedes. Kasutades selgitustes kirjandust, tuleb vastavatele allikatele viidata ning kinnitamise vormi lõpus allikad ka loetleda.

Kuigi enamikus peatükkides saate küsimustele vastata JAH/EI, on siiski alati võimalik vastust täpsustada vaba tekstina

Rehabilitatsiooniprogrammi kinnitamise vorm

Programmi pealkiri

SISUKORD

I. Programmi esitaja andmed.....	41
II. Kokkuvõte	42
III. Programmi üldised alused	43
A. Patoloogilised ja kahjustavad asjaolud (rehabilitatsiooni vajava seisundi taust)	43
1. Rehabiliteerimist vajava seisundi põhjused, kulg, seos puude kujunemisega.....	43
2. Meditsiiniline diagnoos ja prognoos.....	43
3. Ravi ja rehabilitatsiooni võimalused	43
B. Tegutsemis- ja osaluspiirangud	43
C. keskkonnategurid	43
D. Sotsiaalsed ja majanduslikud tagajärjed	43
1. Epidemioloogilised andmed (kui palju antud probleemi esineb?)	43
2. Sotsiaalsed andmed (millist elanikkonna gruppi puudutab jms).....	43
3. Majanduslikud andmed (millist majanduslikku kahju avaldab, sh töölt puudunud päevade arv, ravikulud, pereliikme kui hooldaja töölt eemale jäämine jms).....	44
E. programmi peamised põhimõtted	44

IV. Programmi ajendid ja eesmärgid.....	45	
A.....	sihtrühm	45
1. Programmi suunamise kriteeriumid. Vastunäidustused		45
2. Kliendi programmi suunaja		45
3. Aeg rehabiliteerimist vajava seisundi tekkimisest.....		45
B.....	programmi eesmärgid:	46
1. Organismi funktsioone puudutavad eesmärgid		46
2. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid.....		46
3. Keskkonna tegureid puudutavad eesmärgid		46
V. Programmi keskkond.....		47
A.....	Asutus	47
B.....	Programmi keskkond ja intensiivsus	47
C.....	programmi lähenemine	47
D.....	Võimalused lisaks tegevustele rehabilitatsiooni asutuses	48
1. Programmi keskkonna ressursside kirjeldus.....		48
2. Programmi kättesaadavus ja füüsilise keskkonna kirjeldus		48
VI. Ohutus ja kliendi õigused.....		49
A.....	Ohutus	49
B.....	Kliendi õigused	49
C.....	huvide kaitse	49
VII. Programmimeeskonna koosseis ja juhtimine.....		50
A.....	programmimeeskond ja koostööpartnerid	50
B.....	meeskonna juhtimine ja töökorraldus	50
VIII. Programmi kirjeldus		52
A.....	Hindamine ja planeerimine	52
B.....	Sekkumine	52
C.....	tulemuste hindamine	52
D.....	Programmi lõpetamine, pikaajalise tagasiside planeerimine	52
IX. Teabehaldus		53
A.....	Klienditöö dokumentatsioon	53
B.....	Juhtimisalane teave	53
C.....	Projekti seire ja tulemus	54
X. Kvaliteedi täiustamine		55
A.....	Mis on Teie programmi kõige tugevamad küljed?	55
B.....	Mis on Teie programmi riskid ja arendamist vajavad küljed?	55
C.....	Millist tegevuskava kavatsete rakendada oma programmi tõhususe täiustamiseks?	55
XI. Viited.....		56
A.....	Kasutatud materjalide loetelu	56
B.....	Riiklike dokumentide allikad ja üksikasjalik teave	56

Dokumendi ülesehitus ja struktuur tugineb UEMSi (ingl *European Union of Medical Specialists*) rehabilitatsiooni sektiooni akrediteeringu ankeedile, mis on läbinud kaheaastase proovietapi.

Lisainfo <http://www.euro-prm.org/>

Programmi struktuur tuleneb eelnevast küsimustikust. Enne iga peatükki on esitatud "jah" või "ei" vastustega küsimused, et võimaldada programmide üldist statistikat, mitte konkreetse projekti hindamist.

Programmide hindamisel pööratakse erilist tähelepanu tervele programmi kirjeldusele, sh lauseehitusele ja sisu edasiandmisele. Kirjeldus peab olema esitatud samasuguse täpsusega kui teaduslikule ajakirjale esitatud materjal, hästi loetav ja arusaadav.

I. Programmi esitaja andmed

Organisatsiooni ja programmi eest vastutava isiku andmed.

Organisatsiooni andmed

Organisatsiooni nimi	
Organisatsiooni tegutsemise alus (tegevusloa olemasolu ja kehtivus)	Ainult programme osutav asutus täidab siis, kui vastav regulatsioon on kehtestatud. Tegutsemise alus võib olla ka põhimäärus.
E-post, koduleht	
Aadress	
Postiindeks	
Linn	
Riik	

Programmi eest vastutava isiku andmed

Tiitel	
Perekonnanimi	
Eesnimi	
Amet	
Telefon	
E-post	

II. Kokkuvõte

Kirjeldage kokkuvõtlikult programmi vajalikkust ja missiooni, põhimõtteid, ülesehitust ja sisu.

Kokkuvõte peab mahtuma käesolevale leheküljele.

Andke selge ja konkreetne kokkuvõtte sellest kellele ja missuguste eesmärkide, ülesannete täitmiseks on teie programm loodud, mis toimub kliendiga programmis, kui kaua ja kui intensiivselt temaga tegeletakse, kus toimuvad tegevused, missugused on peamised tegevused, missuguseid tulemusi oodatakse programmi läbinud klientidelt.

See peatükk aitab rehabilitatsiooni planeerijatel, juhtumikorraldajatel, teenuse vajaduse hindajatel, arendajatel ja muidugi klientidel ning nende peredel otsustada, kas programm võib potentsiaalselt olla nende huvidele vastav.

III. Programmi üldised alused

Selles peatükis kirjeldage peamisi põhjuseid ja alusprintsipe, millele programm toetub koos viidetega **töendus põhisele kogemusele**, teaduslikele artiklitele ja/või rahvusvahelistele või riiklikele juhistele

Iga peatükk võib sisaldada sõltuvalt programmist rohkem, vähem või üksikasjalist materjali. Võimalik on ka lisateemade välja toomine, kui see teie arvates aitab kaasa programmi paremale mõistmisele

A. Patoloogilised ja kahjustavad asjaolud (rehabilitatsiooni vajava seisundi taust)

1. Rehabilitatsioon vajava seisundi põhjused, kulg, seos puude kujunemisega

Siin kirjeldage terviseseisundit, haigust, vigastust mis tingib vajaduse teie programmi järele. Kirjeldage, mis põhjustab/võib põhjustada nimetatud terviseseisundit. Ühtlasi kirjeldage siin, kuidas mõjutab haigus, vigastus sihtgrupi kuuluva isiku toimetulekut, st mis põhjustab puude

2. Meditsiiniline diagnoos ja prognoos (RHK)

Vastavalt RHK-le pange kirja diagnoosid, mis on aluseks teie programmi sisenemisel. Ühtlasi kirjeldage eeldatavat prognoosi, kas seisund on progresseeruv või regresseeruv.

3. Ravi ja rehabilitatsiooni võimalused

Kirjeldada sihtgrupi olulisemat ravi vajadust. Ravi periood, perioodilisus, ravi liigid (konservatiivne, kirurgiline ravi), eriarstid (erialati), kes ravivad jne

B. Tegutsemis- ja osaluspiirangud

Millised tegutsemise ja osalemise valdkonnad on teie programmis osalejale takistatud ilma abita ja abivahendita?

C. Keskkonnategurid

Millised keskkonna tegurid on takistusteks teie programmis osalejale vaatamata abi ja abivahendite kasutamisele?

D. Sotsiaalsed ja majanduslikud tagajärjed

Programmi üksikasjalikumaks iseloomustamiseks võib üldisele rahvusvahelisest kirjandusest pärinevale teabele lisada ka **kohalikke ja riiklikke andmeid**.

1. Epidemioloogilised andmed (kui palju antud probleemi esineb?)

Eestis on statistilised andmed diagnoositi päris puudulikud. Seega kohalike andmete puudumisel on soovitatav tugineda WHO ja teiste Euroopa riikide andmetele viidates andmete algallikatele

2. Sotsiaalsed andmed (millist elanikkonna gruppi puudutab jms)

Siin püüdke elanikkonna gruppi iseloomustada juhul kui see on programmi sihtgrupi osas oluline. Märkige ära, kui teie programm on suunatud kindlale eagrupid (lapsed, eakad, tööealised). Võimalik, et programm võib olla suunatud ka mõne teise tunnuse alusel, näiteks hajasustuses

või vastupidi linnakeskkonnas elavatele klientidele, töötutele, puudega laste vanematele, hooldajatele, puudega laste õpetajatele jne

3. Majanduslikud andmed (millist majanduslikku kahju avaldab, sh töölt puudunud päevade arv, ravikulud, pereliikme kui hooldaja töölt eemale jäämine jms)

Nimetada üldised kategooriad, kus võib tekkida majanduslik kahju juhul kui klient ei saa teie programmi läbida, st ei saa täita tema rehabilitatsiooni eesmärki.

Näiteks: 1) klient jääb ajutrauma järgselt pereliikmetest sõltuvaks ja vajab pidevat järelvalvet, mistõttu peab keegi pereliikmetest loobuma töötamisest. Perekond ei ole toimetulev ja vajab edaspidi sotsiaaltoetusi. Läbides teie programmi suudab klient osaleda päevakeskuse töös või kaitstud tööl ja pereliikmed saavad jätkata oma tööd.

2) progresseeruvate närvikahjustuste korral klient, kes ei läbi teie programmi peab loobuma töötamisest keskmiselt 4 aastat varem, sellest tulenev maj kahju on arvutatav: ...

3) Pervasiivse arenguhäirega last, kes ei läbi teie programmi ei integreerita kohalikku lasteaeda ja lapsevanem loobub töötamisest, või peab pere kolima teise elukohta jne.

E. Programmi peamised põhimõtted

Kirjeldage kokkuvõtlikult teie programmi eesmärkide, hindamismeetodite ja tegutsemisviisidega seonduvad põhimõtteid. Tooge välja ka seotus teaduslike tõendite ja juhistega.

IV. Programmi ajendid ja eesmärgid

A. Sihtrühm

1. Programmi suunamise kriteeriumid. Vastunäidustused

Sihtrühmi kriteeriumid	Märkida valik „X“
Lapsed (vajadusel täpsusta vanus)	
Tööealised (16-65 aastased)	
Eakad	
Puudespetsiifiline (täpsusta)	
Haigusspetsiifiline (täpsusta)	
Muu (täpsusta)	

Lisainformatsioon / täpsustused

täpsustused mis toovad välja sihtgrupi iseloomuliku jooned, aitab nii teil endal kui programmi valivatel isikutel otsustada, kas klient ikka sobib kirjeldatavasse programme.

Programm sobib kliendile, kes:

- 1.
- 2.
- 3.

Programm ei sobi kliendile, kes:

- 1.
- 2.
- 3.

2. Kliendi programmi suunaja - kuidas klient jõuab teie programmi?

Suunaja	JAH	EI
Kliendi/kliendi perekonna initsiatiivil		
Ravisüsteemist		
Haridussüsteemist		
Kohaliku omavalitsuse kaudu		
Töötukassa/tööandja		
Muu (täpsusta)		

Vastake küsimustikule ja täiendage peatükki lühikirjeldusega:

3. Aeg rehabiliteerimist vajava seisundi tekkimisest

Sobiv aeg programmi sisenemiseks rehabiliteerimist vajava seisundi tekkimisest	JAH	EI
Kuni kaks nädalat algusest		
2 nädalat kuni 3 kuud algusest		
3 kuud kuni 1 aasta algusest		
Üle 1 aasta algusest		

Vastake ülalolevale küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki täpsustava kirjeldusega või kirjandusest pärineva teabega:

B. Programmi eesmärgid:

Koostage see peatükk RFK brauseri <http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm> klassifikaatorite alusel ja kopeerige kogu nimetus koos koodiga. Lisage isiklikud ja analüütilised märkused. Eestikeelsena leiate klassifikaatori:

<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/funktsioonid.pdf>

Püüdke leida just need klassifikaatorid, mis on olulised teie sihtgrupi ja teie programmi eesmärkide suhtes. Ebaolulised või marginaalsed tunnused jätk klassifitseerimata.

Näiteks: kui teie programm on suunatud glaukoomi tõttu nägemiskahjustusega inimestele, siis hinnake funktsioone, mis on põhitunnuse e. nägemisega seotud. Ei ole tarvis hinnata kuulmisfunktsiooni ehkki nii mõnedki glaukoomiga kliendid võivad kannatada ka kuulmislanguse all.

Kuulmist hinnatakse sel juhul individuaalselt, kliendi jaoks programmi individualiseerides.

1. Organismi funktsioone puudutavad eesmärgid

Milliseid funktsioone soovitakse programmi tulemusena muuta?

<i>RFK kood</i>	<i>funktsioon</i>

2. Tegutsemist ja osalemist puudutavad eesmärgid

Millistes tegutsemise- ja osalemise valdkondades soovitakse parandada kliendi suutlikkust/sooritust?

<i>RFK kood</i>	<i>Tegutsemine/osalus</i>

3. Keskkonna tegureid puudutavad eesmärgid

Milliseid keskkonna mõjutegureid soovitakse programmi tulemusena muuta ja soodustada?

<i>RFK kood</i>	<i>keskkonnategur</i>

V. Programmi keskkond

A. Asutus

Asutuse tüüp	JAH	EI
Üldrehabilitatsiooni asutus		
Spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutus		
Rehabilitatsiooniprogramme osutav asutus		
Haridusasutus		
Raviasutus		
Muu (täpsusta)		

Valige sobiv variant ja vajadusel täiendage peatükki lühikirjeldusega:

B. Programmi keskkond ja intensiivsus

Keskkond	JAH	EI
Spetsiaalne programmikeskkond nt. rehabilitatsiooni(programmi)asutus		
Rehabilitatsiooniprogramm kliendi keskkonnas (kliendi kodus, haridusasutuses, töökohas või muus sobivas kogukonna paigas, näiteks spordikeskuses, kliendi huvikeskkonnas jms)		
Muu keskkond (täpsusta)		

Valige sobiv variant ja vajadusel täiendage peatükki lühikirjeldusega:

Intensiivsus	JAH	EI
Statsionaarne rehabilitatsiooniprogramm / klient on rehabilitatsiooniasutuses programmi vältel ööpäevaringselt		
Rehabilitatsioon päevaprogrammina (klient on kaastaud programmitegevustesse tööpäeva vältel aga ei ööbi asutuses)		
Madala intensiivsusega rehabilitatsiooniprogramm (klient on kaastaud programmitegevustesse 5 – 10 tundi nädalas/1-2 tundi päevas/1-2 päeva nädalas jne)		
Hajusintensiivsusega programm – kliendi tegevused programmis on hajutatud pikemale perioodile, toimuvad määratud graafiku alusel vms.		
Muu intensiivsus, täpsusta!		

Valige sobiv variant ja vajadusel täiendage peatükki lühikirjeldusega:

C. Programmi lähenemine

SEKKUMINE	JAH	EI
Kliendiga tegelevad ühe eriala spetsialistid		
Kliendiga tegelevad mitme eriala spetsialistid (multidistsiplinaarne sekkumine)		
Programmi pakutakse individuaalse sekkumisena		
Programmi pakutakse grupitegevustena		

Valige sobiv variant ja täiendage peatükki lühikirjeldusega:

D. Võimalused lisaks tegevustele rehabilitatsiooni asutuses

1. Programmi keskkonna ressursside kirjeldus

Kas teie programmi tegevused toimuvad kliendi kogukonnas ja haaravad lisaks kliendile tema toetusvõrgustikku?

PROGRAMMIGA MÕJUTATAVAD RESSURSID	JAH	EI
Kliendi elukeskkond		
Kliendi töökeskkond		
Kliendi õppimiskeskond		
Vabaajategevuste/rekreatsiooni keskkond		
Muu keskkond kliendi kogukonnas (täpsusta)		
Programmi on kaasatud kliendi pere jt isikud mitteformaalsest tugivõrgustikust (täpsusta)		
Programmi on kaasatud isikud kliendi formaalsest tugivõrgustik, nt kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või päevakeskuse töötaja (täpsusta), õpetajad, tööandjad jt		
Programmi on kaasatud kogemusnõustajad ja/või sarnase kogemusega isikud		

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga ja/või kirjandusest pärineva teabega

2. Programmi kättesaadavus ja füüsilise keskkonna kirjeldus

Kirjeldage programmi osutamiseks kasutatavaid ruume ja vahendeid (ruumide jaotus, üldpindala, kasutatavad vahendid ja materjalid);

Kirjeldage programmi kättesaadavust, logistilist asupaika, ligipääsu ja kohandatust erivajadustega inimestele.

VI. Ohutus ja kliendi õigused

A. Ohutus

Kas teie programmis osalevatele klientidele on vajadusel tagatud:	JAH	EI
vältimatu abi (nt tulekahju jm ohuolukordades)		
meditsiiniline esmaabi		
Kas teie programmis osalevate isikute ohutus tagatakse:	JAH	EI
riiklikult kehtestatud ohutusjärelvalve eeskirjade ja/või standarditega		
asutusesiseste kirjalike eeskirjade ja/või standarditega		
Kas teil toimub regulaarne ohutusalane järelvalve:	JAH	EI
asutusesisene		
asutuseväline		

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga

B. Kliendi õigused

KLIENDI ÕIGUSALANE REGULATSIOON	JAH	EI
Kas teie programm arvestab kliendi õigustega kehtivate eeskirjade ja õigusaktide kohaselt (sh. õigus tutvuda oma isiku kohta kogutud andmetega jms) ?		
Kas teie asutuse kehtivates eeskirjades ja õigusaktides on käsitletud teemat, mis reguleeriks kliendi ohutut osalemist, õigusi ja kohustusi teie programmis?		
Kas programmi kaasatud personal on teadlik eelnimetatud kehtivatest eeskirjadest ja õigusaktidest?		
Kas seda kontrollitakse regulaarselt?		
Kas eelnimetatud eeskirjadest ja õigusaktidest on teavitatud ja need on kättesaadavad kõikidele isikutele, kes käivad teie asutuses?		

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga, kirjandusest pärineva teabega

C. Huvide kaitse

	JAH	EI
Kas teie organisatsioon seisab inimeste huvide eest, kellega teie programm tegeleb?		

Vastake küsimusele ja tooge vähemalt üks näide huvide kaitsest ja esindatusest (nt infomaterjalide koostamine, ühiskonna teavitamine, koostöö vastava sihtgrupi mittetulundusühingutega jms).

VII. Programmimeeskonna koosseis ja juhtimine

A. Programmimeeskond ja koostööpartnerid

Missugused rehabilitatsiooni spetsialistid töötavad teie meeskonnas alaliselt, missugused spetsialistid on veel kaasatud rehabilitatsiooniprogrammi? Märkige programmiga seotud spetsialistide arv ja erialati töökoormus kokku

Spetsialist	Arv	Summaarne koormus
Taastusarst vm arst (täpsusta eriala)		
Füsioterapeut		
Tegevusterapeut		
Õde		
Psühholoog		
Kõne- ja keeleterapeut/ eripedagoog		
Sotsiaaltöötaja		
Kutsenõustaja		
Kogemusnõustaja (sarnase kogemusega hästi taastunud klient)		
Proteesidele spetsialiseerunud ortopeed / proteesiarst või vastava ala tehnilised abispetsialistid		
Abivahendite spetsialist		
Teised (täpsustage)		

*Vastake küsimustikule, põhjendage programmiga seotud spetsialistide koosseisu ja vajadusel täiendage lisainformatsiooni ning kirjandusest pärineva teabega:

B. Meeskonna juhtimine ja töökorraldus

Kui tihti osaleb teie personal täiendõppes (märkige, kui jah)?	JAH	EI
Meeskonnatöoga seotud õpe, sh kvisioon:	igal aastal	
	igal teisel aastal	
	muu aja jooksul	
	ebaregulaarselt	
Oma erialaga seotud õpe sh supervisioon:	igal aastal	
	igal teisel aastal	
	muu aja jooksul	
	ebaregulaarselt	
Kas teie meeskonna tegevus rehabilitatsiooniprogrammi raames hõlmab järgnevat?	JAH	EI
Kas kliendil on teie mitmekülgses tegevuses keskne osa?		
Kas te teavitate klienti erinevatest rehabilitatsiooni võimalustest?		
Kas te toetate perekonna osalust rehabilitatsioonis?		
Kas teie meeskonna töö hõlmab:	JAH	EI
meeskonna koosolekuid (rohkem kui 2 liiget), mille jooksul arutate klienti puudutavaid rehabilitatsiooni eesmärgi, tegevusi, tulemusi?		
meeskonna koosolekuid (rohkem kui 2 liiget) koos osaleva kliendiga?		
Kas teie meeskond hindab kliendi ressursse ja nõustab teda ühiselt? <i>/versus: iga meeskonna liige hindab ja nõustab klienti eraldi/</i>		

pidevat ja reguleeritud teabevahetust meeskonna liikmete vahel?		
---	--	--

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga, kirjandusest pärineva teabega.

VIII. Programmi kirjeldus

Kirjeldage kokkuvõtlikult programmi ülesehitust ja sisu rehabilitatsiooniprotsessi etappide viisi. Peatükk sisaldab **teie programmi tegelikku** kirjeldust: mida, miks, millal ja kuidas teete. Ajakava, kes mida meeskonna löikes teeb jne

A. Hindamine ja planeerimine

Sh. programmis kasutatavad vahendid/meetodid (testid, programmid, tehnilised vahendid), selgitage, kuidas antakse hinnang võimekusele (mida keegi suudab teha) ja sooritusele (mida keegi tegelikult teeb), keskkonnast ja isikust tulenevatele erisustele; Kuidas toimub eesmärkide seadmine ja planeerimine

B. Sekkumine

Sh. programmi elluviimise struktuur, ajakava ja meeskonna tegevused

C. Tulemuste hindamine

Sh. Jälgimine ja tulemuse tagamine programmi jooksul (vajadusel vahehindamised); Kriteeriumid programmi edukuse mõõtmiseks, kliendi programmiläbimise edukuse hindamiseks.

D. Programmi lõpetamine, pikaajalise tagasiside planeerimine

Sh programmile järgneva toetussüsteemi ja võrgustikutöö planeerimine
Siin peetakse silmas kliendi osalemise lõpetamist programmis. Mille alusel otsustatakse, et klient on programmi läbinud (aeg läbi, tulemuse hindamine ?) millal võetakse kliendiga ühendust, kui kliendiga ei võetagi ühendust, siis kuidas hinnatakse hiljem, kas programmiga saavutatud tulemus on jäänud püsima, kas klient vajab veel sama või mõnda teist programmi, muud meedet. Kuidas teplaneerite sellise programmi lõpujärgse hindamise ja tagasiside?

IX. Teabehaldus

A. Klienditöö dokumentatsioon

DOKUMENTEERIMINE	JAH	EI
Kas kliendi osalus programmis dokumenteeritakse (näit. Halduslepingu Lisa 3 , KOV juhtumiplaan jms)?		
Kas on olemas kehtivad kirjalikud kriteeriumid:	JAH	EI
• kliendi programmi vastuvõtmiseks?		
• kliendi osalemise lõpetamiseks?		
Kas kliendidokumentatsioon sisaldab kirjalikku teavet programmi eesmärkidest, ajakavast ja elluviimisest, vastutavate meeskonnaliikmete määramisest?		
Kas te koostate ametliku kokkuvõtte iga kliendi programmis osalemise kohta?		

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga, kirjandusest pärineva teabega

B. Juhtimisalane teave

Kas teie programm on jätkusuutlik?				JAH	EI
• Loodud avalike teenuste raames					
• On tegutsenud üle 3 aasta					
• Omab teisi akrediteeringuid ja/või osutab teisi teenuseid sh projektitöö (täpsusta)					
Kui palju uusi kliente saab osaleda teie programmis aastas?				klientide arv:	
Osalemine intensiivses programmis: <i>päevaprogramm või statsionaarne rehabilitatsiooniprogramm</i>			tunde	päevi	kuid
• Kui kaua keskmiselt osaleb klient teie programmis?					
• Mitu tundi keskmiselt osaleb klient ühe päeva jooksul programmi tegevustes?					
Osalemisel madala intensiivsusega programmis:		tunde	päevi	nädalaid	kuid
• Kui pika perioodi jooksul keskmiselt osaleb klient teie programmis?					
• Kui palju keskmiselt nädalas/kuus/aastas osaleb klient teie programmis?					

Vastake küsimustikule, vajadusel täpsustage, täiendage peatükki lisainformatsiooniga, kirjandusest pärineva teabega

C. Projekti seire ja tulemus

SEIREKÜSIMUS		JAH	EI
Kas teie programmis lisaks kliendi hindamisele on ka üldine programmi tulemuste hindamise süsteem?			
Kas te jälgite teie programmis osalenud klientide rehabilitatsiooni tulemusi ka pikemas perspektiivis järgmiste näitajate osas: see on üldistav jälgimine			
• Funktsionaalse paranemise osas			
• Tegutsemise/osaluse paranemise osas			
• Keskkonna tegurite muutumise osas			
• Tulemuste jälgimise kestus:	3–6 kuud		
	12 kuud		
	rohkem		
Kas te kasutate tulemuste kohta käivat teavet oma programmi tõhususe tutvustamiseks?			
Kas andmed programmi üldiste tulemuste kohta on kättesaadavad teie klientidele või avalikkusele?			

Vastake küsimustikule, vajadusel täiendage peatükki lisainformatsiooniga, kirjandusest pärineva teabega.

X. Kvaliteedi täiustamine

A. Mis on Teie programmi kõige tugevamad küljed?

Kirjeldage nii siseseid kui väliseid tegureid, mis aitavad kaasa programmi edukusele

B. Mis on Teie programmi riskid ja arendamist vajavad küljed?

Kirjeldage tegureid, mis võivad takistada teie programmi edukust ja milles näete vajadust areneda

C. Millist tegevuskava kavatsete rakendada oma programmi tõhususe täiustamiseks?

XI. Viited

Loetlege kõik oma dokumendis kasutatud materjale samas vormis nagu teaduslikus ajakirjas. Viited võivad sisaldada riiklikult tunnustatud juhendmaterjale, indekseeritud ajakirjades avaldatud artikleid, ametlikel kodulehekülgedel avaldatud dokumente (tutvuge tunnustatud kodulehekülgede loeteluga). Riiklike dokumentide korral viidake allikale ja lisage lühikokkuvõte.

A. Kasutatud materjalide loetelu

B. Riiklike dokumentide allikad ja üksikasjalik teave

Lisa 6. Ülevaade programmi piloteerimise lõppkokkuvõtetest

Järgnevalt on toodud kokkuvõtted projektis rehabilitatsiooniprogramme piloteerinud asutuste poolt esitatud lõppkokkuvõtetest. Lõppkokkuvõtte küsimustik oli koostatud projekti ekspertide meeskonna poolt.

I Kokkuvõtte seoses programmide kinnitamise vormiga

1. Kas kinnitusvormi ülesehitus oli põhjendatud ja asjakohane? Täpsustage!

Üldiselt peeti kinnitusvormi asjakohaseks ja toonitati, et selle abil on võimalik programmi erinevad aspektid välja tuua. Samas osutatakse asjaolule, et programmi kirjeldamise selline vorm on niipalju võõras, et vajab seletavat seletuskirja ja konsultandi tööle võtmist, kes selgitab, kuidas vormi täita.

Enam poleemikat tekitas ICF –i kasutamine programmi sihtgrupi määratlemisel, eriti olukorras, kus töötajad pole vastavat koolitust saanud, enam probleeme selles osas on laste ja psüühilise erivajadusega isikutega tegelevatel meeskondadel.

2. Kas kinnitusvormi sõnastus oli arusaadav ja selge? Täpsustage!

Kuna programmi kinnitusvorm on uudne ning üles ehitatud lähtuvalt rehabilitatsioonisüsteemist, mis praegu ei toimi, siis tekkis mitmetimõistmisi paljude alapunktide osas - VI „ohutus ja kliendi õigused” vajab selgitamist, millised dokumendid peavad olema käsitletud, kas majasisesed või loetelu alates rahvusvahelistest dokumentidest;

-teabehaldusega seotust tekitab segadus küsimus, mis käsitleb programmidega töötamise kogemust ja programmi tulemuste kohta teabe kasutamist programmi tulemuslikkuse tutvustamiseks. Ilmselt tekitab segadust asjaolu, et see dokument on suunatud tulevikku ning momendil me neid punkte ei saa analüüsida, kui meeskond programme pole osutanud;

-vastamise võimalus peaks alati olema ühes formaadis (X-ga märkimine)

-vormilised küsimused-kuidas viidata seadustele?

3. Kui ajamahukas oli vormi täitmine?

Üldiselt olid hinnangud programmi koostamisele kulunud aja osas erinevad. Kes oli põhjalikult tegelenud nii ICF-i tundmaõppimise, programmi tõendus põhise kirjeldamise, samuti ohutuse, teabehalduse jm teemadega, sellel kulus aega samas mahus kui ülikooli lõputöö kirjutamisel.

Osadel juhtudel, kui kasutati vaid oma mõtte mudelisse lahti kirjutamist ja käesoleva situatsiooni kirjeldust, oli ajakulu väiksem.

Üksmeelselt oldi nõus, et programmi kirjelduse vorm viitas hästi valdkondadele, millega seni pole tegeldud või on tegeldud vähe (ohutus, kliendi õigused, programmi seire jne.). Asjaolu, et programmi vormi täitmine sundis läbi mõtlema protsessi erinevaid nüansse peeti väga positiivseks.

4. Kas ja milliseid raskuseid esines kinnitusvormi täitmisel (sisulised raskused, tehnilised raskused; millistes valdkondades jäite hätta)?

Suurimaks raskuseks programmi täitmise juures on ICF klassifikatsiooni tundmine ning konkreetse vormi puhul, et võimalikud muutujad olid loeteluna toodud. Väljapääsuna on pakutud ICF-i kasutamine avatud küsimusena võimaldades ise hinnata programmiga mõjutatavaid muutujaid. Enim probleemiks oli ICF-i klassifikatsiooni kasutamine lisaks laste ja psüühikahäirega isikute sihtgrupi puhul veel alaealiste õigusrikkujate puhul.

Viidati raskuste puhul ka meie statistika puudumisele, eriti mis puudutab kulu- tulusust, näit töölt puudunud päevade arv, kui rehabilitatsioonil pole viibinud jne. Samuti prognoosimine lähtuvalt diagnoosist, selleks on vaja spetsialiste(arste).

5. Milliseid täiendusi ja ettepanekuid sooviksite teha kinnitusvormi (sh ülesehitus, sõnastus, sisu)?

Soovitused täiendusteks kinnitusvormi korral:

- konkretiseerides küsimusi vähendada kordamisi
- kõikide valdkondade tabelite juurde lisada lahter "muu"
- soovitused programmi keskkonna lisavõimaluste juurde lisada „rehabilitatsiooniasutus „või „teenuse osutaja ruumides“
- meeskonna juhtimise tabelisse (VII B) lisada „supervisioon“

6. Kas teie hinnangul sobib antud kinnitusvorm rehabilitatsioonivaldkonda Eestis (kui mitte, palun selgitage)?

Antud programmi kinnitusvormi sobivust rehabilitatsioonivaldkonda Eestis peetakse heaks, kuid mitmete meeskondade poolt on rõhutatud pideva arendamise vajadust ja konkreetse üksuse olemasolu, kes vastutaks nii arengu eest kui oleks konsultandiks programmi koostajatele, kelle poole oleks võimalik pöörduda täiendusettepanekutega.

Ühe meeskonna poolt on pakutud välja fookusgrupi intervjuude võimalus- kui on koostatud piisavalt programme ühele sihtgrupile, koondada programme koostanud rehabilitatsioonimeeskonnad arutamaks, kuidas kinnitusvormi täiendada/arendada.

7. Kuidas võiks Teie arvates toimuda programmide hindamise ja kinnitamise protsess (nt kes kinnitab, mille alusel kinnitab jne)?

Võimalused programmide hindamise ja kinnitamise protsessi läbi viimiseks:

1.) Kindlasti on rõhutatud hindamise läbipaistvust, kindel skoorimissüsteem, mis on teada nii programmi esitajale kui koostajale, hindamine toimub saavutatud punktisumma alusel, hindajateks erinevad võimalused

- SM juures kindlaks ajaperioodiks kokku kutsutud sõltumatute ekspertide grupp
- Ekspertgrupp 3 –liikmeline, töökogemus sarnase sihtgrupiga klientidega töötamisel vähemalt 3 aastat
- Grupp 3-st sõltumatust eksperdist erinevatest valdkondadest (sotsiaal, tevishoid jne.). Sama süsteemi rakendatakse nii EAS kui ESF projektide puhul
- SKA analüüsib rehabilitatsiooniplaane, töötab välja programmide nõudluse, kuulutab välja konkursi.

2.) Rehabilitatsiooniteenuse Arenduskogu-SM, haridus- ja teadusministeeriumi, justiitsministeeriumi, SKA esindajad ning erinevate sihtgruppidega tegelevate rehabilitatsioonimeeskondade esindajad-igast vallast 3.

Programmi kaitsmine-suuline tutvustus, järgneb ühine arutelu.

Rehabilitatsiooniteenuse Arenduskogu pädevus:

- plaanide hindamine ja kinnitamine
- kinnitusvormi arendamine
- ettepanekud vastavasisulisteks õigusaktideks
- programmikoostajate koolitamine
- võimalike vaiete lahendamine
- programmi koostajate üle järelevalve teostamine.

3.) Eraldi on rõhutatud programmide vajaduse kaardistamist ja erineva suunitlusega programmide vajaduse kirjeldamist, üldist rehabilitatsiooni toimimise suunamist.

II Kokkuvõtte seoses programmi kulumudeli ja eelarve koostamise ning finantseerimisega

1. Kas kõik programmiga seotud rehabilitatsioonitegevused said üles loetletud ja ajaliselt/koguseliselt määratleda?

2. Kas ja milliseid raskuseid Teil esines programmi kulumudeli koostamisel Teile antud näidisevormi alusel?

Enamus vastas, et kõik programmiga seotud rehabilitatsioonitegevused said ette antud metoodikaga ülesse loetletud, ajaliselt/koguseliselt määratletud.

Vorm iseenesest on hea ja loogiline, pigem tekitas alguses küsimusi *põhimõttest arusaamine* (nt kuidas eraldi tegevustena näidata grupi- ja individuaalnõustamised). Palju aitasid arusaamisele kaasa näidisarvutused, mis olid tabelites välja toodud.

Raskustena toodi järgmist:

- *tegevuste kirjeldamise detailsusfookuse määratlemist ning kui täpseks peavad olema tegevused viidud ja kuidas liigitatud.* (spetsiifilised kirjeldused / määratlused piiritlevad programmi paindlikkust)
- *kuidas arvestada üld-ja lisakulude näitajat;* määratleda kulusid seadmetele kui ühes ruumis kasutavad seadmeid erinevad osalejad erineval määral ja osad seadmed on põhivarana, osad on väikevahendid.
- *Küsimusi tekkis ettevalmistustööde osas,* milliseid programmiga seotud tegevusi võib määratleda konkreetse programmi kulumudeli alla,
- *kuidas üldtegevusi kliendipõhiseks jagada*
- *Raskusi tekitas majutamise ja toitlustuskulude kirjeldamine,* millel puudus näidis, segavaks oli juba olemasoleva hinnakirja olemasolu.
- *Vajas palju ajaressursi.*

3. Milliseid ettepanekuid sooviksite teha kulumudeli koostamise vormi edaspidi?

Enamus tõi välja, et kulumudeli vorm on üldjuhul praktikas kasutatav ja lisatud soovitusel:

- *võiks olla kompaktsem, ülevaaticum ja täidetav ühel leheküljel paiknevas tabelis, soovitati ka kolmas-neljas samm kokku panna, et kohe ära näidata lisa-ja üldkulud.*
- *kulumudeli viie-etapiviisiline koostamisvorm (põhjaliku seletuskirja ja näidistega) võiks jääda kasutusse juhendmaterjalina.*
- *võiks olla kulumudeli arvutiprogramm, kuhu saaks andmeid sisestada*
- *kuna lisakulu väljatoomine tekitas raskusi, võiks kaaluda, millistel puhkudel seda tegelikult vaja võib minna ja kas oleks reaalne piirduda üldkulude hinna määratlemisega (et lihtsustada mudeli täitmist).*
- *Peaks jääma võimalus asutuses olemasoleva hinnakirja alusel teenust pakkuda (nt majutus)*
- *Asutuse jaoks peaksid olema maandatud riskid, mis kaasnevad programmist väljalangenud klientidega. Kui edaspidi jääb programmide finantseerimine kliendipõhiseks, siis tuleks mõelda võimaliku riskiprotsendi peale, mida saaks lisada näiteks üldkulule juurde. Või kaaluda grupitöö-põhise programmi puhul programmi tervikhinna määratlemist, mitte viia kliendipõhiseks.*

4. Kas taolise kulumudeli rakendamine oleks ka edaspidi sobiv rehabilitatsiooniprogrammide hinna ja eelarve kujundamisel? Täpsustage!

Kuus asutust 7-st vastas, et kulumudeli rakendamine on sobiv rehabilitatsiooniprogrammide hinna ja eelarve kujundamisel. Kuna on selge, lihtne ja võrreldav; võimaldab koostajal realselt

läbi mõelda tekkivad kulutused ja välja tuua kõik reaalkulud ühe kliendi kohta (mida praegune rahastamissüsteem ei võimalda).

Üks asutus vastas, et võibolla.

5. Kas kõik Teie programmis vajaminevad ja läbiviidud tegevused said finantseeritud käesoleva projekti eelarvest?

5 asutust 7-st vastasid eitavalt:

- programmi tegevusi rahastati osaliselt, kuna programm on pikem kui pilootprojekt ja jätkub rehabilitatsiooniteenuse ja asutuse oma vahenditega.
- *Töömaht oli suurem kui planeeritud. Ei saanud kaetud programmi kirjutamisele-, ettevalmistustele-, programmi ajal toimunud koosolekutele-, programmi lõpparuannetele- jms kulunud aeg.*
- kehtiva seadusandluse kontekstis on praegu rahastamata paljud teenused ja tegevused (vt järgmine punkt)

6. Mis on hetkel kehtivas finantseerimissüsteemis olnud takistavaks teguriks Teie programmis läbiviidavate tegevuste osutamisel?

1.) Piiratud teenuste ja tegevuste loetelu, samuti keskkonna kohandamise ja loomise võimalused:

- *Puudub võimalus kaasata teisi spetsialiste või kaas-läbiviijaid, kes ei kuulu rehabilitatsioonimeeskonda, nagu näiteks draamaõpetaja, pereterapeut, õpetaja, kogemusnõustaja jms*
- *kliendi hindamine (eel-, vahe- ja lõpphindamine),*
- *Meeskonna koostöö ja võrgustikuga seotud tegevused, võrgustikukohtumiste korraldamine*
- *Koolitus- ja teavitustegevus*
- *Õe ja arsti teenus, perenõustamine, grupinõustamine (sh tervise-, riskikäitumise-, suitsetamise, toitumise jt nõustamine)*
- *Puuduvad võimalused luua kontrollitud keskkond töövõime reaalseks mõõtmiseks.*

2.) Teenuste piiratus ja madal tunni hind

- *teenuse madal konkurentsivõime. Professionaalseid spetsialiste on oma põhitöö kõrvalt keeruline rehabilitatsiooniteenust osutama motiveerida. Pädevate nõustajate puudumine / vähesus väljendub vähenevas teenusekvaliteedis ja tulemuslikkuses*
- *Piiratud on rohkemate või kallimate kulude ja vahenditega seotud programmide rahastamine, nt nädalane taastumisprogramm väljasõiduga, kodu ja töökoha hindamine*
- *Hetkel katab spetsialisti teenuse tunni hind napilt tööjõukulu ja asutuse üldkulud*

3.) Rahastatakse vaid otsest klienditööd

- *puudub võimalus programmi ettevalmistamisele kuluva aja tasustamiseks ning tulemuste hindamiseks ja analüüsiks*
- *töötajaid koolitada metoodika järgi töötama,*
- *Tegeleda programmi ja metoodika arendamisega*

4.) Klientide programmi katkestamisega seotud riskid ei ole maandatud

5.) Rahastatakse neid teenuseid, mis on kirjas rehab.plaanis. Puudub paindlikkus, kui ilmneb vajadus lisateenuste järele või ühe teenuse asendamine teisega.

7. Missuguseid Teie programmis kirjeldatud tegevusi oleks võimalik rahastada muudest allikatest?

- Peamise näitena rahastuse integreerimisest toodi kliendi seostamine neile vajalike ja teistest allikatest rahastavate teenuste / võimalustega
 - KOV laste päevakeskus, võlanõustamine, transpordi- ja majutustoetus
 - Haigekassa poolt rahastatavate teenused, nõustamised
 - Koolide ja nõustamiskeskuste tugisüsteemide poolt osutatavate teenustega jms
 - Töötukassa – kutsenõustamine, tööalase ettevalmistuse suunaga programmid, tööpraktika kontrollitud keskkonnas
- Metoodilise programmi väljatöötamiseks ja töötajate koolitamiseks on võimalik taotleda rahastust läbi projektitöö (*ESF, HMN jt*).
- Rehabilitatsiooniprogrammi tervikuna on võimalik pakkuda ka *tasulise teenusena kliendile*, Võimalikud *sponsorlus- ja heategevusrahastus*.

III Kokkuvõtte sisulistest küsimustest seoses programmpõhise rehabilitatsiooniteenuse osutamisega

1. Millised spetsialistid osalesid programmi läbiviimisel, kas tekkis vajadus või peate tulevikus vajalikuks kaasata teisi spetsialiste (milliseid) väljastpoolt rehabilitatsioonimeeskonda?

Üldjuhul osalesid programmi osutamises tavapärased rehabilitatsioonimeeskonna liikmed nagu sotsiaaltöötajad, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, logopeedid, psühholoogid, pedagoogid.

Eraldi on märkinud õe ja arsti (taastusarsti, psühhiaatri vm) osalemist programmi osutamises Haapsalu, Kristiine ja Diana Arenduskeskus, kus programmi piloteerimine tõestas, et arsti kuulumine meeskonda on kindlasti vajalik.

Lisaks olid kaasatud spetsialistid väljastpoolt rehabilitatsioonimeeskonda: kogemusnõustaja, draamaõpetaja, tööruhmade tegevusjuhendajad, töötukassa spetsialistid, asutuse tööhõivespetsialist.

Sõltuvalt programmi iseloomust on piloteerijad ühendust võtnud ka kliendi elukohajärgse sotsiaaltöötajaga, lasteasutusega, töötukassa spetsialistidega.

Piloteerijate poolt on välja toodud selge vajadus, et programmi osutamisse peab olema sõltuvalt kliendi vajadustest paindlikult võimalik kaasata **spetsialiste väljastpoolt meeskonda**. Nimetatud on draamaõpetajat, ortoosimeistrit, abivahendi nõustajat, kutsenõustajat, pereterapeuti (*järelikult on kutsenõustajal ja pereterapeutil vastav täiendkoolitus, mitte psühholoogi haridus, muidu võiksid nad olla ka praegu reh.meeskonna liikmed*). Toodi välja, et teatud kriitiliste juhtumite puhul võib tekkida vajadus kaasata sõltumatu ekspert (kriisinõustaja, jurist jt). Ühe programmi puhul toodi välja vajadus kaasata raamatupidajaid (programmi eelarve väljatöötamiseks) ning ettevalmistusse ka Töötukassa töötajaid: konsultante ja karjäärinõustajaid.

2. Kas ja milliseid erinevusi ilmnes Teie programmis planeeritud ja tegelikult elluviidud tegevuste vahel? Millest tulenevalt erinevused ilmnesid?

Enamus juhtudel toimus programmi osutamine vastavalt planeeritule, mõningaste kohandustega, mis tulenesid klientide vajadustest. Seetõttu on oluline, et programmi osutamises oleks ka edaspidi lubatud teatud paindlikkus (nt tegevused samad, kuid tegevuste järjekord, maht või intensiivsus tulenevad kliendi individuaalsetest vajadustest ning on veelgi enam kohandatavad).

Grupiprogrammide puhul toodi välja ohukoht seoses osalejate väljalangemisega (lahkuvad programmist mingil põhjusel – tervislikud põhjused, või hoopis täidavad programmi eesmärgi kiiremini planeeritust, nt leiavad töö). Toodi välja, et väljalangenute asendamine uute liikmetega ei ole mõistlik, sest programm on üles ehitatud kindla protsessina ning uuel tulijal oleks väga

raske poole pealt grupi töösse sisse elada. Grupiprogrammis võib töömaht suureneda seoses nõ nõrgemate grupiliikmete järeleaitamisega (vajadus planeerida rohkem individuaalset tööd kliendiga).

Erinevus planeeritu ja elluviidava vahel - ühe programmi osutamisel ilmnes vajadus invatranspordi kompenseerimise järele (sõiduks sama linna piires) ning vajaka jäi rahalisi vahendeid isikliku abistaja majutuse tagamiseks rehabilitatsiooniprogrammi osutamise ajal. Toodi välja, et tekkis vajadus programmi kandideerijate tundma õppimiseks (pikema ja kallima programmi puhul isegi kuni nädal tutvumisaega), et selgitada välja inimese soovid ja motivatsioon.

Ühe asutuse poolt toodi välja, et programmi osutamise käigus tekkis vajadus täpsustada erinevaid kirjalikke kordasid ja dokumendivorme (nt rühmaga liitumise ja lõpetamise kord, rühmas osalemise vorm, pereliikmete teavitustuleht, tutvumisevorm, pere tagasiside vorm; kliendi pikaajase jälgimise küsimustik). Vajadus muuta ja täpsustada dokumentide sisu tulenes programmi kinnitamisvormi vajamineva info kogumisest. Tulemuseks on sihipärasem ja korrastatum materjal antud sihtgrupi kohta.

3. Kuidas hindate reaalselt oma suutlikkust programme edaspidi pakkuda?

Piloteerimises osalenud asutused hindavad oma suutlikkust programme pakkuda kõrgeks. Tuuakse välja, et on olemas programmide väljatöötamiseks ja pakkumiseks vajalik kompetents, koolitatud ja motiveeritud spetsialistid (multidistsiplinaarne meeskond), hea tehniline ning kogemuslik baas, arenguvalmidus ning toimivad koostöömudelid. Ühe asutuse poolt on lisatud, et programmide väljatöötamiseks ja paremaks kohandamiseks tegeletakse pidevalt sihtgrupi vajaduste kaardistamisega.

4. Kuidas leidsite piloteerimise ajal programmis osalejad, mille alusel hindasite teenuse saaja õigustatust just teie programmis osaleda? Mille alusel saab hinnata teie programmis osalemise vajadust?

Kõikide asutuste poolt oli programmide kinnitamise vormis sõnastatud, millisele sihtgrupile on programm suunatud, millised on vastunäidustused jm. Oli asutusi, kes olid täpselt sõnastanud kriteeriumid, millele pidi programmis osalev klient vastama. Nt kliendil on pervasiivne arenguhäire, otsib tööd, langeb tihti tööturul välja, on üldharidusasutuse lõpetanud ning ei ole teinud kutsevalikut.

Reaalsete klientide valimine sõltuski eeskätt kliendi probleemi (ja eesmärgi) ning programmi eesmärkide kokkulangevusest (nt kliendid, kellel oli soov leida töö, liikumispuudega klient, kellel oli vajadus kohaliku võrgustiku nõustamiseks vm). Teatud juhtudel hinnati sobivust ka kliendi valmisoleku ja motivatsiooni järgi (rehabilitatsiooniplaani koostamise käigus) – nt kas kliendile sobib osalemine grupitöös ning mil määral on ta valmis ise pingutama, ühes või mitmes valdkonnas arenema.

Oli kliente, kes olid teenusele suunatud Sotsiaalkindlustusameti suunamiskirjaga või viibinud samas asutuses rehabilitatsiooniteenusel juba varem. Klientide puhul, kes olid rehabilitatsiooniteenusel olnud hiljuti, sai juba teenuse ajal programmi soovitada. Ülejäänud leiti meeskonna poolt varem teenusel olnud klientide hulgast.

Oli ka kliente, kes leiti nõ rehabilitatsiooniasutuse poolt (st ei olnud enne kokkupuuded rehabilitatsioonimeeskonnaga) või keda oli programmi soovitanud kaaslane.

Ühe asutuse poolt sõnastati programmis osalemise õigustatuse hindamise kriteeriumid: kompleksse, kliendi- ja perekeskse, multiprofessionaalse, juhtumikorraldusliku

rehabilitatsiooniteenuse vajalikkus kliendi toimetulekut pärssivate probleemid lahendamiseks / leevendamiseks.
erinevaid me

5. Kas saavutasite programmiga oodatud tulemused (kui ei saavutanud, kas oskate leida põhjused, miks loodetud tulemusi ei saavutatud)? Kuidas toimus tulemuste hindamine?

Üldjuhul saavutati oodatud tulemused, kuigi toodi välja, et programmi osutamise aeg oli piiratud ja see ei võimalda mõõta ega kirjeldada pika-ajalisi tulemusi. 2 asutuse programmid veel jätkuvad. Kõikide programmide puhul toimus vahe- ning lõpptulemuste hindamine, kasutades erinevaid meetodeid:

- tulemuste hindamine toimus (toimub) järjepidevalt korralistel vahehindamistel kord kuus, tuginedes kliendilt, perelt, tugivõrgustikult ja rehabilitatsioonispetsialistidelt saadud hinnangutele;
- tulemuste hindamiseks toimus klientidele elukvaliteediga rahulolu hindamine enne programmi sisenemist, seejärel programmi lõppedes ja plaan on 6 kuu pärast teha 3 hindamine. Programmis osalenud erinevate spetsialistide kirjalik küsitlus viidi läbi peale programmi aktiivse osa lõppu.
- Meeskonna spetsialistid hindasid oma spetsiifikast lähtuvaid kategooriaid programmi alguses, 1. kuu lõppedes ja programmi lõpus.
- Tulemuste hindamine toimus peaaegselt patsiendi rahuloluküsimustiku tulemuste alusel ning peetud meeskonna ja individuaalsete vestluste põhjal.
- Programmi eesmärgid täideti, kuid tegevuste elluviimine jätkub. Esialgne tulemuste hindamine toimus klientide tagasisideküsimustike ja intervjuude põhjal, pikemaajalisi tulemusi ei ole võimalik kolme kuu järgi (programm toimus septembrist novembrini) hinnata, seda saab teha järgmise rehabilitatsioonitsükli käigus.

6. Milline oli programmis osalenud klientide tagasiside, milliseid omapoolseid soovide ja mõtteid nad programmi osas väljendasid?

Asutused toovad välja, et klientidepoolne tagasiside oli valdavalt positiivne. Vaid mõningad kliendid olid välja toonud, et nende ootused programmis osalemisega ei täitunud. Ka piloteerimises osalenud laste vanematelt saadud tagasiside oli positiivne, oldi rahul nii üksikteenuste sisu ja osutamisega kui meeskonnatöoga võrgustikuga suhete loomisel ja arendamisel.

Klientidepoolne tagasiside ja ettepanekud võimaldavad edaspidi teha programmidesse kohandusi, nt pikendada programmi osutamise aega, et toetada kliente eesmärkide elluviimisel.

Ühe programmi klientide poolt tehti väga konkreetseid ettepanekuid, mis näitab, et kliendid olid väga kaasatud, nt ettepanek programmi õppe osa tööpraktika osast rohkem eraldada, anda õppuritele koduülesandeid, jagada kliente erinevatesse gruppidesse jõudluse osas, anda enam tagasisidet otse tööpraktika ajal tegevusjuhendaja poolt.

7. Piloteerijate ettepanekud edasiseks, et Eestis oleks võimalik rehabilitatsiooniteenust osutada programmpõhiselt:

Kristiine Sotsiaalkeskus:

- Koolitused programmide koostajatele ja osutajatele
- Loodud alus järjepidevale koolitustegevusele, mis on suunatud rehabilitatsiooniprogrammide koostajatele ja osutajatele
- Programmi kinnitusvorm ja kulumudeli vorm piloteerijate poolt saadud tagasiside alusel korrigeeritud
- Programmi kinnitusvormi järjepidev (vajadustele vastav) arendamine ning täiendamine, kulumudeli lihtsustamine ning nende täitmise juhendite koostamine. Tagatud juhendite

kättesaadavus

- Rehabilitatsiooniteenuse Arenduskogu moodustamine – kõiki teenusega seotud olulisi, pädevaid osapooli kaasav kogu, mille pädevus kuulub mh rehabilitatsiooniprogrammide hindamine ja kinnitamine, koolitus- ja arendustegevuse koordineerimine ja programmide kvaliteedikontrolli teostamine.

Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus:

- programmipõhisele lähenemise üleminekul peaksid paralleelselt toimima (vähemalt mõnda aega) olemasolev süsteem ning programmipõhine lähenemine. Arvestades programmide kitsama suunitluse ning täpsemate eesmärgistatusega võib tekkida olukord, mil täielikult programmidele üleminek tekitab inimeste grupid, kellele vajalik rehabilitatsioon ei ole (enam) kättesaadav.
- Kas aja jooksul end toimivate ning efektiivsetena tõestanud programmid on plaanis rakendada nn laiemasse kasutusse erinevates samasisulist programmi vajavates asutustes/piirkondades (nõ riikliku programmi tekkimise võimalus teatud konkreetse toimiva programmi näitel).
- Konkreetne, toimiv hindamissüsteem (a) esmaselt esitatud programmide efektiivsuse, toimimise, tasuvuse hindamiseks, (b) korduvalt esitatud programmide tulemuslikkuse ning tasuvuse hindamiseks
- Ülevaade rehabilitatsiooni vajavate inimeste olemasolust, probleem-valdkondadest ja geograafilisest paiknemisest (nn. kaardistatud rehabilitatsiooni vajadus Eestis)
- Toimiv, kõigile osapooltele mõistetav süsteem rehabilitatsiooni vajava inimese jõudmisest temale kõige sobilikuma programmi.

SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus:

- Vajalik on planeerida programmide tulemuste sisulist analüüsi ja arendustegevusi programmiülestele organisatsioonidelt (SKA) ning leida vahendeid nende rahastamiseks.
- Rehabilitatsiooniteenuse osutajatel on vajalikud teadmised rehabilitatsioonist ja klienditöö meetodikatest. Vajalik on kogemus puuetega isikutega töötamiseks.

MTÜ Diana Arenduskeskus:

- Meditsiini, haridus- ja sotsiaalsüsteemi sidususe parandamine, et kliendid jõuaksid õigel ajal õigesse programmi.

Tallinna Vaimse Tervise Keskus:

- Programmide meetodika ja väljaõpe töötajatele. Oluline on teenuse osutajate valmisoleku tõstmine selleks, et osutada teaduspõhiseid ja tulemuslikke rehabilitatsiooniprogramme. Selleks oleks mõistlik näiteks esimese etapina – enne programmipõhise süsteemi rakendamist - panustada arendustegevusse, võimaldades nt Euroopa Sotsiaalfondi kaasabil asutustel endil teha ettevalmistusi oma pädevuse tõstmiseks. Oluline oleks, et sihtgruppide lõikes oleks kõigil võimalus taotleda rahastust nii personali väljaõppeks, programmide väljatöötamiseks või litsentsi ostmiseks koos koolitusega, sealhulgas Eesti oludele programmide kohandamiseks ja tõlketöödeks. Ilma selle etapita ei ole ka kasu põhjalikust programmi kinnitamise vormist.
- Finantseerimise integreeritus. Enne programmipõhise rehabilitatsioonisüsteemi rakendamist oleks mõistlik saavutada kokkulepped ka teiste sektorite (eelkõige haridus- ja tööhõive, ravisüsteem) valmisolekuga koostööks ja läbi mõelda integreeritud programmide finantseerimise süsteem. Oleks äärmiselt oluline säilitada abivajaja jaoks kiire ja loogiline abi kättesaadavus, programmide kasutegur sõltub aga paljuski ka teiste sektorite tööst. Näiteks psüühilise erivajadusega inimeste puhul peaks olema seotus otseselt ravisüsteemiga ning rehabilitatsiooniprogrammide läbiviimisel ja programmidega seostamisel peaks olema võimalus kaasa rääkida kliendi enda psühhiaatril. Koostöö aitaks vähendada spetsialistide töö dubleerimist erinevates sektorites (nt praegu hindab inimest sageli nii psühholoog kui ka psühhiaater kahes

kohas – nii psühhiaatrikliinikus kui ka rehabilitatsioonimeeskonnas, sotsiaaltöötaja KOV-s ja ka rehab.meeskonnas).

- Suunamiskord / seostamine teenustega. Seoses eelmise punktiga, oleks mõistlik näiteks psüühilise erivajadusega inimeste puhul (*võimalik, et ka teiste puhul, kuid meil puudub pädevus seda hinnata*) teha programmidesse suunamine võimalikult kiireks, võimaldades näiteks psühhiaatril koos haigla sotsiaaltöötaja või õega teha ettepanek Sotsiaalkindlustusametile suunata klient peale haiglaravi koheselt näiteks taastumisprogrammi või sümptomite kontrolli gruppi, pakkuda samaaegselt peredele perekoolitusprogrammi, et muuta rehabiliteerimine võimalikult efektiivseks (sekkuda kõige õigemal ajal) ja inimese jaoks terviklahendusi pakkuvaks.

- Uue süsteemi rakendamise koolitus. Kindlasti vajavad teenuste osutajad põhjalikku väljaõpet, kuidas täita kulumudelit ja programmi kinnitamise vormi, sealhulgas eraldi koolitust RFK kasutamise osas sihtgruppide kaupa, mida praegu põgusalt rehabilitatsioonimeeskondade koolituse raames tehakse.

Lisa 7. Juhend rehabilitatsiooniprogrammide kulumudeli koostamiseks

Juhendi eesmärk

on rehabilitatsiooniteenuse ja -protsessi osutamine ning standardiseerimine, mis lõpptulemusena võimaldab teada saada teenuse maksumust ühele kliendile vastavalt kliendile osutatud (osa)teenustele. Võrreldes hetkel oleva rahastamissüsteemiga (kus esineb 19 erinevat teenust ja 3 erinevat isiku aastase rahastamise piirsummat: 7000, 20250, 33750 kr) võimaldab käesolev lahendus teenuse maksumusel arvestada tegelikult kliendile osutatuid teenuseid, on personaalsem, paindlikum, võtab arvesse teenuse osutamisel kasutatavaid ressursse ja sobitub hästi rehabilitatsiooniteenuse programmipõhisesse konteksti. Teenuste kogukulud klientide lõikes saavad olema erinevad, mis tuleneb sellest, et klientidele osutatud teenuste mahud ja liigid on erinevad.

Juhendis on lähtutud järgmisest hierarhiast. Asutus osutab rehabilitatsiooniteenust, mille raames võib asutus osutada ühte või mitut erinevat rehabilitatsiooniprogrammi. Ühe kompleksse rehabilitatsiooniprogrammi koosseisus pakutakse kliendile erinevaid teenuseid, millest osa on ka tänases rehabilitatsiooniteenuste loetelus ja osa tõenäoliselt tuleks tulevikus loetellu lisada (täpsem oleks öelda allteenuseid, kuid see ei kõla kõige ülevaatlikumalt. Edaspidi on kasutatud nende asemel terminit – tegevused). Kuna kliendi vajadused on erinevad, siis on ka ühe asutuse poolt pakutavate võimalike rehabilitatsioonitegevuste nimekiri erinev. Erinev on ka klientide poolt tarbitud tegevuste maht ja liik. Rehabilitatsiooniprogramm kliendile moodustubki talle osutatud erinevate rehabiliteeritavate tegevuste kogumaksumusest.

Piloteeritavate programmide puhul eelkirjeldatud lähenemise kasutamiseks, tuleb rehabilitatsiooniteenuse osutamisel ja igale „osale“ hinnamääramisel lähtuda järgnevatest sammudest.

Mudeli koostamise etapid

Esimene samm: teistest selgelt eristuvate korduvate tegevuste (nt nõustamine, koolitus, seadme kasutamine jm) kirjeldamine, nimetamine ja määratlemine:

Keskmiselt ajaliselt (töötaja keskmine aeg või seadme aeg või seadme ruumi aeg kui tegevuse osutamise ajal kasutatakse korraga mitmeid seadmeid; töökoja kasutamise aeg);

Keskmiselt materjalid koguseliselt (nt õppematerjalid);
muud (nt majutamine).

Tegevuste näol on tegemist asutuse teenuste loetelus olevate tegevuste mida asutus kliendile on valmis osutama, kuid osutatavate tegevuste tegelik vajadus kliendile selgub rehabilitatsiooniprogrammi käigus. Loetelus olevate tegevuste arv saab asutusel tõenäoliselt olema suurem kui praegu rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelus (19 tk).

Tegevuste määratlemisel tuleks lähtuda tegevuse osutamisel vajaminevatest erinevatest ressurssidest ja nende kogustest. Näiteks võib kliendi liikumisvõimet parandada nii võimlemine 45 min kui ka seadme kasutamine 45 min, siis tuleks need jaotada erinevateks tegevusteks. Tegevus võib ka praeguses mõistes olla nn üksikteenus. Erinevad kliendid võivad tarbida erinevaid asutuse loetelus olevaid tegevusi erinevates kogustes.

Teine samm: eelnevate tegevustega otseselt kaasnevate ressursside täpsem kirjeldamine. Milliseid ressursse vajatakse (töötaja, seadme, ruumi, materjali ressurss) tegevuse osutamiseks (ilma milleta selle tegevuse osutamine ei ole võimalik) keskmiselt ajaliselt ja koguseliselt (nt erialaspetsialisti aeg, 45 min; seadme aeg, 45 min; vastuvõtu või seadmeruum, 10 m²; õppevahendid, 10 tk). TABEL 1.

TABEL 1. Tegevused ja nende keskmised ressursid

Tegevused/ Ressursid	Tegevus 1	Tegevus 2
Tööaeg, min: spetsialist X	60	30
Tööaeg, min: spetsialist Y	60	-
Seadme tööaeg, min: seade X	30	-
Materjalid, tk	Õppematerjalid, 10	-
Vastuvõturuumid, m ²	20	10

Kolmas samm: iga ressursi maksumuse kindlaks määramine. Iga ressursi maksumuse määramisel tuleks lähtuda ressursiga seotud keskmistest otsekuludest (põhikulud, kulud mida on lihtne selle tegevuse ja ressursiga seostada: töötaja kes tegevust vahetult teeb, ruumid kus tegevust tehakse, seade mille abil tegevust tehakse või materjalid mis tegevusega kaasnevad. Nt. tööaja ressursil - spetsialisti töö aeg 1 h vastuvõtul 125 kr; ruumi ressursil – ruumi rendi/kulumi ja kommunaalkulude maksumus; seadme ressurs – seadme rent/kulum ja hoolduskulud, materjali ressursil – materjalide maksumus). TABEL 2.

TABEL 2. Tegevuse 1 ressursid ja nende keskmised maksumused

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	60	125
Tööaeg, min: spetsialist Y	60	125
Seadme tööaeg, min: seade X	30	125
Materjalid, tk	Õppematerjalid, 10	100
Vastuvõturuumid, m ²	20	40
KOKKU otsekulud	-	515
Lisa- ja üldkulud	-	103
KOKKU kulud	-	618

Neljas samm: igale tegevusele hinna tuletamine erinevate tegevuste ressursside summeerimise läbi. Tegevuse lisakulude ja asutuse üldkulude katmiseks tuleb otsekuludele lisada kaudkulude koefitsient X (iga asutuse enda määrata) TABEL 2.

Pärast seda on määratud tegevused ja nende maksumused, millega lõppeb süsteemi ühekordne ettevalmistamine.

Viies samm: jooksvalt kliendile rehabilitatsiooniprogrammi osutamise protsessis klientide osas arve pidamine mitut tegevust kliendile osutatakse ja milline tuleb selle summaarne kulu. Pilootprojektis osalejad peavad koguma andmeid kui palju tegevusi igale kliendile osutati (tegevused, kogused, maksumused).

Näide

Tegevus: hindamine ; ajaline kestvus 45 min; teostaja spetsialist X

Tegevus: plaani koostamine ; ajaline kestvus 45 min; teostaja spetsialist X

Tegevus: nõustamine; ajaline kestvus 45 min; teostaja spetsialist Y

Tegevus: koolitus; ajaline kestvus 45 min; teostaja spetsialist X ja Y

Tegevus: koordineerimine; ajaline kestvus 30 min; teostaja spetsialist Y

Tegevus: konsultatsioon; ajaline kestvus 30 min; teostaja spetsialist Y

Tegevus: konsultatsioon; ajaline kestvus 60 min; teostaja spetsialist Y

Tegevus: individuaalne teraapia; ajaline kestvus 60 min; teostaja spetsialist X

Tegevus: grupi teraapia; ajaline kestvus 60 min; teostaja spetsialist Z

Tegevus: spetsialisti teenus; ajaline kestvus 60 min; teostaja spetsialist Y

Tegevus: seadme X kasutamine; ajaline kestvus 15 min; teostaja spetsialist Z

Tegevus: seadme X kasutamine; ajaline kestvus 30 min; teostaja spetsialist Z

Tegevus: seadme Y kasutamine; ajaline kestvus 20 min; teostaja spetsialist X

KOKKU: Kliendile X osutatakse sama rehabilitatsiooniteenuse programmi sees nõustamist 1 kord; konsultatsiooni 3 korda; individuaalset teraapiat 2 korda ja seadme X kasutamist 10 korda. Kliendile osutatud rehabilitatsiooniteenuse summaarne maksumus X krooni.

Kliendile Y osutatakse sama rehabilitatsiooniteenuse programmi sees hindamist 3 korda; koolitust 3 korda; grupi teraapiat 2 korda ja seadme Y kasutamist 10 korda. Kliendile osutatud rehabilitatsiooniteenuse summaarne maksumus X krooni.

Lisa 8. Vormid kulumudeli esmakordseks kasutamiseks. Etapiline materjal kulumudeli koostamiseks ja tulemuste edastamiseks

Esimene samm:

Teistest selgelt eristuvate korduvate tegevuste (nt nõustamine, koolitus, seadme kasutamine jm) kirjeldamine, nimetamine ja määratlemine:

TEGEVUS 1	
Nimetus:	<i>Nõustamine</i>
Kirjeldamine:	<i>Kliendile spetsialisti poolt teabe edastamine tavalises tööruumis</i>
Määratlused:	
ajaliselt	
keskmiselt:	<i>45 min</i>
muud:	-

TEGEVUS 2	
Nimetus:	
Kirjeldamine:	
Määratlused:	
ajaliselt	
keskmiselt:	
muud:	

Teine samm:

Eelnevate tegevustega otseselt kaasnevate ressursside täpsem loetlemine koguseliselt: (milliseid ressursse vajatakse tegevuse osutamiseks keskmiselt ajaliselt ja koguseliselt).

Tegevused/ Ressursid	Tegevus 1 Nõustamine	Tegevus 2	Tegevus 3	Tegevus 4
Tööaeg, min: spetsialist X	<i>45</i>	<i>60</i>	<i>30</i>	-
Tööaeg, min: spetsialist Y	-	<i>60</i>	-	<i>15</i>
Seadme tööaeg, min: seade X	-	<i>60</i>	-	-
Materjalid, tk	-	<i>Õppematerjalid, 10</i>	-	-
Vastuvõturuumid, m ²	<i>10</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
Muud	-	-	-	

Kolmas samm:

Iga eelnevalt määratud ressursi maksumuse kindlaks määramine:

Maksumuse määramisel tuleks lähtuda ressursiga seotud keskmistest otsekuludest (põhikulud, kulud mida on lihtne selle tegevuse ja ressursiga seostada: töötaja kes tegevust vahetult teeb, ruumid kus tegevust tehakse, seade mille abil tegevust tehakse või materjalid mis tegevusega kaasnevad).

Järgnevatel näidetes on tegevuste osutamisel kaks spetsialisti X ja Y, üks seade, ühed materjalid ja kaks erinevat vastuvõturuumi (20 m² ja 10 m²). Sama ressursi võidakse kasutada erinevate tegevuste juures. Nooled näitavad, kuidas sama ressursimaksumus võetakse arvesse erinevate tegevuste maksumuste arvutamisel. Tegevused võivad ressursi kasutada erinevalt (nt T2 kasutab spets X aega 60 min ja T3 30 min). VAATA VALEMEID LAHTRITES.

TEGEVUS 2

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	60	125
Tööaeg, min: spetsialist Y	60	125
Seadme tööaeg, min: seade X	60	125
Materjalid, tk	Õppe- materjalid, 10	100
Vastuvõturuumid, m ²	20	40
KOKKU otsekulud	-	515

Näited ressursi kulu leidmisest

keskmised rent/ kulum+ hooldus kuus, kr	keskmine kuupalk+ maksud, kr	päevi kuus	töötunde päevas	kliendi h päevas keskmiselt	m ²	klienditund , kr
	16 500	22	8	6		125
	16 500	22	8	6		125
16 500		22	8	6		125
264		22	8	6	20	40

TEGEVUS 3

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	30	62,5
Tööaeg, min: spetsialist Y	0	0
Seadme tööaeg, min: seade X	0	0
Materjalid, tk	0	0
Vastuvõturuumid, m2	10	11,5
KOKKU otsekulud	-	74

keskmised rent/ kulum+ hooldus kuus, kr	keskmine kuupalk+ maksud, kr	päevi kuus	töötunde päevas	kliendi h päevas keskmiselt	m2	klienditund , kr
---	------------------------------------	---------------	--------------------	-----------------------------------	----	---------------------

253		22	8	5	10	23
-----	--	----	---	---	----	----

TEGEVUS 4

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	0	0
Tööaeg, min: spetsialist Y	15	31,25
Seadme tööaeg, min: seade X	0	0
Materjalid, tk	0	0
Vastuvõturuumid, m2	10	5,75
KOKKU otsekulud	-	37

TEGEVUS 5

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	60	125
Tööaeg, min: spetsialist Y	45	93,75
Seadme tööaeg, min: seade X	30	62,5
Materjalid, tk	0	0
Vastuvõturuumid, m2	20	40
KOKKU otsekulud	-	321,25

Neljäs samm:

Igale tegevusele hinna tuletamine erinevate tegevuste ressursside summeerimise läbi:

Tegevuse lisakulude ja asutuse üldkulude katmiseks tuleb otsekuludele lisada kaudkulude koefitsient X (iga asutuse enda määrata)

TEGEVUS 2

Kogused/ Ressursid	Kogus, tk	Kulu, EEK
Tööaeg, min: spetsialist X	60	125
Tööaeg, min: spetsialist Y	60	125
Seadme tööaeg, min: seade X	30	125
Materjalid, tk	Õppematerjalid, 10	100
Vastuvõturuumid, m ²	20	40
KOKKU otsekulud	-	515
Lisa- ja üldkulud	-	103
KOKKU kulud	-	618

Viies samm:

Jooksvalt kliendile rehabilitatsiooniprogrammi osutamise protsessis klientide osas arve pidamine mitut tegevust pilootprojektis osalevatele kliendile osutatakse ja milline tuleb selle summaarne kulu.

Klient X

Tegevused/ kulud	kogus, tk	ühiku kulu, kr	Kulu kokku, kr
tegevus 1	2	618	1236
tegevus 2	1	550	550
tegevus 3	4	338	1352
KOKKU			3138

KÕIK ASUTUSE KULUD on kas:

1. OTSEKULUD: TEENUSEGA SEOSTATAVAD KULUD: **PÕHITÖÖTAJAD, MATERJALID, SEADMED, RUUMID (kus toimub töö kliendiga),** või

2. LISAKULUD: TEENUSEGA SEOSTATAVAD KULUD, KUID MIS EI OLE OTSEKULUD

LISAKULUD PERIOODIS, EEK/PÕHITÖÖTAJATE TÖÖTUNNID PERIOODIS (kõik asutuse põhিতöötajad), koguseliselt

Näiteks kui asutusel on lisakulud perioodis 50000 kr ja sama perioodi jooksul teevad asutuse põhিতöötajad 2000 töötundi. Siis lisakulu ühe tunni kohta tuleb:

$$50000 \text{ KR} / 2000 \text{ H} = 25 \text{ KR} / \text{H}$$

kui ühe reha tegevuse juures osutavad põhিতöötajad 5 tundi, siis lisandub otsekuludele lisakulusid: $25 \text{ KR} \times 5 \text{ H} = 125 \text{ KR}$, või

3. ÜLDKULUD: TEENUSEGA MITTESEOSTATAVAD KULUD: JUHTIMINE, IT, RMTP, KORISTAMINE, ADMIN

ÜLDKULUD PERIOODIS (nt KVARTAL), EEK/PÕHITÖÖTAJATE TÖÖTUNNID (nt KVARTAL), TK

Näiteks kui asutusel on üldkulud perioodis 150000 kr ja sama perioodi jooksul teevad asutuse põhitöötajad 2000 töötundi. Siis lisakulu ühe tunni kohta tuleb:

$150000 \text{ KR} / 2000 \text{ H} = 75 \text{ KR/H}$

kui ühe reha tegevuse juures osutavad põhitöötajad 5 tundi, siis lisandub otse- ja lisakuludele üldkulusid:

$75 \text{ KR} \times 5 \text{ H} = 375 \text{ KR}$

Lisa 9. Vorm kulumudeli koostanud asutustele jätkuvaks kasutamiseks

Käesolev vorm juhendab kulumudeli jooksvat kasutamist.

See on kasutatav peale seda, kui asutus on määranud oma rehabilitatsioonitegevused ja arvutanud välja oma tegevuste ühikute maksumused.

Ehk on läbitud sammud 1-4 (kulumudeli esmakordse koostamise juhend ja vorm). Sellisel juhul võib sammud 1-4 vahele jätta.

Olemasolevate tegevuste maksumuste ülevaatamist tuleb teha regulaarselt, sest asutuse sisendkulud on pidevas muutuses.

Sobilik oleks mudelit üle vaadata mitte harvemini kui 2 korda aastas.

Peale seda kui asutus on oma rehabilitatsioonitegevuste hinnad ülevaadanud, tuleb jooksvalt pidada arvestust kliendile osutatud reha tegevuste üle (samm 5).

Sammu 5 tuleb teha regulaarselt.

Seda tuleb teha iga kliendi lõikes eraldi.

Nii saadakse teada palju kogusummas igale kliendile teenuseid osutatakse.

Sellise lähenemise jõustumisel toimuks leitud kogukulude arveldamine teenuse rahastajaga.

Viies samm:

Jooksvalt kliendile rehabilitatsiooniprogrammi osutamise protsessis klientide osas arve pidamine mitut tegevust pilootprojektis osalevatele kliendile osutatakse ja milline tuleb selle summaarne kulu.

Klient X

Tegevused/ kulud	kogus, tk	ühiku kulu, kr	Kulu kokku, kr
tegevus 1	2	618	1236
tegevus 2	1	550	550
tegevus 3	4	338	1352
KOKKU			3138

Lisa 10. Ülevaade rehabilitatsiooniteenuste rahastamisest Euroopa riikides

Austrias maksab varase taastusravi eest haigekassa, hilisema eest sotsiaalkindlustus.

Soomes maksab 16-65 a taastusravi ja rehabilitatsiooni eest KELA, kutserehabilitatsiooni eest National Board of Education,

Prantsusmaal maksab kutserehabilitatsiooni eest peamiselt sotsiaalkindlustus, vähesel määral tuleb raha ka hariduse rahastuse kaudu

Irimaal maksab taastusravi ja rehabilitatsiooni eest haigekassa, kutserehabilitatsiooni eest aga eraldi fond- FAS

Hollandis maksab komplekse taastusravi/ rehabilitatsiooni eest haigekassa, kutserehabilitatsiooni eest sotsiaalkindlustus

Portugalis maksab paljude meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuste eest haigekassa, kuid mõnesid kompleksed programme rahastab ka sotsiaalkindlustus. Ka kutserehabilitatsioonil on riiklik rahastus, mida kombineeritakse ESF-ga

Hispaanias on kutserehabilitatsioonil riiklik rahastus

Inglismaal maksab taastusravi/rehabilitatsiooni eest peamiselt haigekassa, mõningad eelised on kuni 65 eluaastatel.

Soome Vabariigis ja Saksamaa Liitvabariigis eristatakse järgmisi rehabilitatsiooni vorme:

- meditsiinilist,
- hariduslikku,
- kutsealast,
- sotsiaalset rehabilitatsiooni.

Vaatamata erinevatele vormidele tuleb rehabilitatsiooni käsitleda ja teostada kui ühtset protsessi. Erinevad vormid peavad üksteist täiendama või hõlmama, et võimaldada puudega inimeste edukas kohanemine kõigis eluvaldkondades.

Soome Vabariigis korraldatakse rehabilitatsiooni erinevate süsteemide alusel:

- sotsiaal- ja tervishoiuministerium;
- töötervishoid,
- koolitervishoid,
- pensioni- või muu kindlustusfirma
- Kela

Kela korraldab ka valikulist rehabilitatsiooni, mis viiakse ellu parlamendi poolt igal aastal määratud rahade järgi. Valikuliselt korraldatakse rehabilitatsiooni käigus muuhulgas rehabilitatsioonikursuseid, kohanemistreeninguid, psühhoteraapiat ja põhjalikku arstiteaduslikku rehabilitatsiooni ehk ASLAK-kursuseid. Kela maksab rehabilitatsiooni ajal toimetulekutoetusena *kuntoutusrahaa*. Seda võidakse maksta teatud juhtudel ka mujal kui Kela rehabilitatsiooni programmis olevatele inimestele (Kela kuntouttaa.)

Soome ametkondadevahelisest koostööst, ministriumitasandil koostööst ja võrgustikutööst on olnud palju avalikku diskussiooni. Nende rakendamine praktikasse on siiski osutunud keeruliseks. Ametkondadevaheline koostöö on küll paranenud, aga ei toimi veel küllalt hästi. Ühiskonna vajadustele vastavate teenuste loomist takistavad sektorite vahelised liialt jäigad piirid. Koostöös tekitavad probleeme ressursside jagamine ja ühendamine ning vastutusvaldkondade määratlemine. Hästi on koostöö sujunud erinevates projektides Võrgustikutööst on olnud avalikkuses nii palju juttu sellepärast, et lõhustunud sotsiaalteenuste süsteem on tekitanud rühma "hammasrataste vahele jääjaid" ja samal ajal osa teenustest toodetakse kahekordselt. Kliendid näevad seda ametkondade vastutusest kõrvalepõiklemise ja klientide jooksutamise kujul. Ametirühmade vaheline koostöö nõuab oskuste-teadmiste ühendamist ja kliendi tervikliku olukorra nägemist.

(Pietikäinen 2007).

Saksa Liitvabariigis on füüsilise ja vaimse puudega inimeste rehabilitatsiooni mõiste ja süsteem ära toodud Sotsiaalseaduse IX raamatus (Sozialgesetzbuch IX). Selle seaduse eesmärgiks on edendada puudega või sellest ohustatud inimeste võrdväärset osalemist ühiskondlikus elus, et vältida nende inimeste halvemasse olukorda sattumist. Erilise tähelepanu all on naised ja lapsed. Saksa LV rehabilitatsioonisüsteemis on pikas ajaloolises arengus välja kujunenud 7 erinevat valdkonda:

1. haiguskindlustus (teostajad: kohalikud ja kutsealade haigekassad, asenduskassad. Rehabilitatsiooni vorm: eranditult meditsiiniteenused);
2. pensionikindlustus (teostajad: liidumaade kindlustusametid ja erialade kindlustuskassad. Rehabilitatsiooni vormiks: meditsiinilised ja kutsealased teenused);
3. õnnetusjuhtumikindlustus (teostajad: kutseühingud. Rehabilitatsiooni vorm: meditsiinilised, kutsealased ja sotsiaalsed teenused);
4. sõjaohvrite abistamine (teostajad: liidumaade abiametid. Rehabilitatsiooni vorm: meditsiinilised, kutsealased ja sotsiaalsed teenused);
5. tööalane edendus (Arbeitsförderung) (teostaja: ülemaaline tööamet. Rehabilitatsiooni vorm: kutsealased teenused);
6. sotsiaalabi (teostajad: sotsiaalametid. Rehabilitatsiooni vorm: kõik rehabilitatsiooni valdkonnad);
7. noorsooabi (teostajad noorsooametid. Rehabilitatsiooni vorm: kõik rehabilitatsiooni valdkonnad) (Vogel: 2007).

F. Egle ja C. Scheller (2001) toovad välja Saksa LV rehabilitatsioonisüsteemi puudusena, et puude ilmnedes inimesel (lapse või nooruki puhul ka pereliikmetel), kes selle valdkonnaga pole varem kokku puutunud ning niigi on tugeva füüsilise ja psüühilise surve all, on väga raske orienteeruda erinevate kompetentside ja teostajate vahel. Nii võibki juhtuda, et satutakse masendusse ning vajalik nõu ja abi jäävadki puudulikuks või lausa saamata. Nende ette panekud on:

- koostada kõigile arusaadav kokkuvõtte Sotsiaalseaduse raamatu olulistest alustest;
- kutsuda ellu ühtsed informatsiooni- ja nõustamiskeskused, mis kajastaksid kõiki rehabilitatsiooniteostajaid ja nende poolt pakutavaid teenuseid – nn teeninduspunktid (Servicestellen).

Seega on nii Soome Vabariigis kui ka Saksa LV-s süsteem väga killustunud paljude rehabilitatsiooniteenuste pakkujate vahel, kelle tegevusvaldkonnad veel omakorda kattuvad ja dubleerivad üksteist.

/allikas Kärt Haani magistritöö **Võrgustikutöö erivajadustega laste rehabilitatsioonis/**

Rootsi sotsiaalsüsteem:

Vastutused (ja ka rahastused):

Riik

- Seadusandlus
- Riiklikud arengukavad
- Sotsiaalne kindlustatus (läbi maksupoliitika, solidaarsuse põhimõte)

Maavalitsus

- Tervishoid, habilitatsioon, rehabilitatsioon, abivahendid

Omavalitsus

- Sotsiaalteenused.

Reguleerivad – sotsiaalteenuste seadus, tervishoiuteenuste seadus, haridusseadus, LSS (toetuste ja teenuste seadus puuetega inimestele).

LSS alusel saab eriteenuseid riigilt taotleda isik, kellel on:

- vaimupuue, autism
- märgatav vaimupuue, mis tekkinud kahjustusest täiskasvanu eas
- muu tõsine füüsiline või vaimne puue, mis ei tulene normaalsest vananemisest.

LSS teenused:

1. nõustamine spetsialisti poolt (ei asenda rehabilitatsiooni)
2. isiklik abistaja (kuni 20 tundi nädalas KOV, edasi riik), teenuse vajaduse hindaja meie mõistes SKA
3. saatja teenus (abi kodunt väljaspool)
4. isiklik kontakt (meie mõistes tugiisik)
5. puhketeenus kodus (puhkus igapäevasele hooldajale)
6. lühiajaline hoideteenus (perele puhkus ja puudega inimesele vaheldus)
7. üle 12 a koolis käivate laste lühiajaline hoid
8. eluasemeteenus lapsele (näit. kasupere)
9. eluasemeteenus täiskasvanule
10. päevased tegevused täiskasvanutele (kes ei käi tööl, õigus on veeta päeva sisukalt)

Kui on selge, et isik kuulub LSS-i alla, koostatakse juhtumiplaan, KOV vastutab plaani täitmise eest (koordineerimise osas). Plaan vaadatakse üle 1 x aastas, kliendiga tegeleb teenuse osutaja.

Kui isik tunneb, et tema õigusi on rikutud, võib pöörduda maakonnakohtusse.

Kuna Rootsi üldine seadusandlus tagab suures osas abi ka puuetega inimestele, on LSS-ist tulenevad teenused mitte väga massilised.

Inglismaa sotsiaalteenuste rahastus:

Puuetega inimeste liigitamisel kasutatakse mõistet füüsiline ja vaimne puue, mille rehabilitatsiooniteenuste korraldus ja rahastus on erinevad.

Füüsilise puude alla kuuluvad nägemis-, kuulmis-, liikumis- ja krooniliste haiguste poolt põhjustatud puuded.

Vaimse puude alla kuuluvad nii vaimupuue kui psüühikahäire, teenuste korraldus mõlemal sihtgrupil erinev.

Füüsilise puudega isikute ravi- ja rehabilitatsiooniteenused on rahastatud reeglina tervishoiusüsteemi kaudu ning rahastatakse nii kaua kuni isik seda vajab. Esimesel võimalusel või kui toimetulek on saavutanud maksimaalse taseme suunatakse isik koju ning jätkuvad toetavad sotsiaalteenused, mida rahastab kohalik omavalitsus (päevateenused,

koduhooldusteenused, eluasemeteenused jms). Toetavad teenused võivad olla samuti rehabiliteeriva iseloomuga ja nii kõrge kui madala intensiivsusega.

Omaette sihtgrupi moodustavad psüühikahäirega isikud, kelle rehabilitatsiooniprogrammid on rahastatud kahest allikast, tervise- ja sotsiaalkindlustussüsteemi kaudu, sõltuvalt isiku ravi- ja sotsiaalse rehabilitatsiooni vajadustest. Otsuse teenuste vajaduse ja integreeritud rahastuse osas teeb Kogukonna vaimse tervise meeskond, mis on piirkondliku vastutusega multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuulub isiku raviarst ja -õde, sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut, psühholoog.

Tööelised isikud jätkavad peale aktiivset ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessi reeglina töökeskustes, mis pakuvad tööalase rehabilitatsioonilast hindamist ja teenuseid ning millel on eraldi rahastus.

Samuti on eraldi rahastusega haridusteenused, sh kutsealane rehabilitatsioon ja ümberõpe.