

INFOPÄEV 16.10.2020: küsimused-vastused

Leping ja teenuse osutamise tingimised

Aga millal esitan uue lepingu järgi rehabilitatsiooniplaani või D-osa aruande?

2021. aastast kehtiva lepingu alusel tuleb rehabilitatsiooniplaan saata hiljemalt arvega. St, et kui plaani koostamine jääb mitmesse kuusse, siis eeldame, et esitate selle kohta arve viimase plaani koostamise kuu kohta. D-osa tuleb saata 2021. aastast kehtiva lepingu järgi hiljemalt viimase arvega. Juhul kui inimene esitab avalduse asutuse vahetamiseks ja SKA selle heaks kiidab, on asutusel kohustus edastada D-osa SKA teatest 10 tööpäeva jooksul.

Kui lapsel on plaaneritud teenused ning hommikul lapsevanem teavitab asutust, et laps jäi järsku haigeks ning laps ei tule täna teenusele, kas sellisel juhul asutus võib lapsevanemale arve (trahvi) esitada?

Siin on tegemist asutuse ja kliendi vahelise kokkuleppe küsimusega. Loomulikult oleks soovitatav, et kokkuleppe kaitseks mõlema osapoole huve.

Leppetrahvi osas: "Leppetrahv peab olema tasakaalus lepingu rikkumisega." Kes otsustab tasakaalu leppetrahvi ja rikkumise osas? Lepingupoolte võrdust silmas pidades peaks olema otsustaja kolmas, sõltumatu osapool. Kuidas on see lepingus mõeldud?

Leppetrahvi puhul otsustab rikkumise kaalu õigusaktidele tuginedes SKA. Kui SKA otsus tundub mitteprotsionaalne on asutusel õigus kasutada tavalisi õiguskaitsevahendeid, sh trahv vaidlustada ja pöörduda kohtusse.

Ma pole aruande koostaja, aga sain aru, et aruanne saadetakse krüpteeritud asutuse poolt(?). Miks, kui aruanne nimesid ei sisalda?

Aitäh tagasiside eest! Väga asjakohane - Teil on õigus. Võtsime krüpteerimise kohustuse aruande saatmisel lepingust välja.

Mobiilse rehabilitatsiooni arendus

Mille poolest muutub teenuse kontseptsioon selle hanke kontekstis, kui juba täna käib spetsialist või mitu meekonna liiget kliendi kodus, koolis, lasteaias kohapeal teenust osutamas. Mis saab olema selle suuremahulise koolituse eesmärk ja väljund, ilma milleta puudub täna kompetents kliendi keskkonnas töötamiseks?

Aitäh, sisuka küsimuse eest! Tänapäevases rehabilitatsioonisüsteemis on kitsaskohti. Nt võib seada piiranguid välja töötatud rehabilitatsiooniplaan - rehabilitatsioonimeeskonnal on lapsega seoses kindlad kavatsused, teenuste mahud on piiratud, kaasatakse vähe lähi- ja tugivõrgustikku. Avatud dialoogil põhineva mobiilse rehabilitatsiooni teenuse puhul koolitatakse meeskond välja kiirelt reageerima. Meeskondade töö ei ole üles ehitatud spetsialistide keskselt – esmalt on fookuses laps ja tema pere, võrgustiku ressursid ning seejärel koondatakse vajaduspõhiselt erialaspetsialistid.

Täna osutatakse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust enamasti teenuseosutaja ruumides ning teenus Eestis on ebaühtlase kvaliteedi ja kättesaadavusega. Samuti seavad piiranguid kehtivad limiidid. Väga vähesed meeskonnad osutavad teenust mobiilsel moel. Kaardistasime, et teenuseosutajate valmisolek mobiilset teenust osutada on olemas, kuid lisaks eelmainitule, puuduvad sügavamad teadmised ja oskused (metoodika), millele lapse keskkonnas teenust osutades toetuda. Nõustun, et ka tänapäevases süsteemis võib mobiilne sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus hästi toimida, kui last ümbritseb tugev kogukond. Oleksime väga tänulikud, kui jagaksite meiega oma kogemust, tutvuksime hea meelega mobiilse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse edulugudega tänapäevases praktikas.

Esmase psühhoosi haigestunute rehabilitatsiooni suunamise muudatused

Kas esmakordselt psühhoosi haigestunute käsitlus puudutab ka lapsi? Kas eelmises ettekandes räägitud AD meetodil mobiilsed meeskonnad võiksid osutada teenust esmakordselt psühhoosi haigestunutele.

Jah, esmakordselt psühhoosi haigestunute suunamise muudatus puudutab ka lapsi, kuigi antud diagnoosi pannakse kuni 16-aastastele vähe. Meie poolt pole takistust antud sihtgrupile mobiilse rehabilitatsiooniteenuse osutamisel AD meetodil.

Kas meditsiiniastutused on selleks lisatööks valmis (esmasesse psühhoosi haigestunute rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks)?

Töökorraldus on tehtud nii, et meditsiiniastutuste lisatöö oleks võimalikult väike. Ka juba täna aitavad raviasutuste sotsiaaltöötajad patsientidel vajadusel taotleda puuet või suhelda KOVga jätkuteenuste osas. Siiski jääb esialgu suunamisvormi täitmine raviasutustele võimaluseks mitte kohustuseks.

Kuidas saab SKA otsustada, kes on see rehabilitatsiooniasutus, kui ravimeeskonnaga on juba rehabilitatsiooni tegevusega alustatud?

Tööprotsess on järgmine: raviasutus viib läbi hindamise ja täidab seejärel ära vormi. Vormi põhjal vormistab SKA suunamisotsuse ja võtab ühendust sobiva rehabilitatsiooniasutusega. Seejärel alustab rehabilitatsioonimeeskond tööd, seejuures toimub see juba aktiivravi jooksul. Rehabilitatsiooniasutused valitakse välja piirkonna, kogemuste ja muude asjakohaste kriteeriumite põhjal.

Kas te arvate, et raviasutused tõesti hakkavad raviteenuse osutamise ajal hindama sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajadust?

Raviasutus saab rehabilitatsioonivajadust hinnata muude ravitegevuste käigus. Siiski on see üks raviasutuse võimalusi, mitte kohustus.

Mida peetakse selle sihtgrupi puhul tulemuseks? Kas nõusolek rehateenuse tegevusi vastu võtta?

Esmaselt on tõesti ilmselt asutuse esmane eesmärk klienti motiveerida, kuid seejärel eeldame, et pannakse isikupõhiselt paika järgnevad eesmärgid.

Kuidas raviasutustesse on see info edastatud suunata patsient edasi reha süsteemi?

Teavitustööd selles osas teeb SKA.

Aruandlus ja arved

Kui suunamisotsuses on limiitides kirjas 1001 ja plaani ei koostata(täiskasvanud inimene) siis miks selline limiit üldse kirja pannakse? See tekitab segadust.

Kui teenuste konsultant (vana nimega juhtumikorraldaja) viib läbi hindamise inimesega ja suunab inimese tema koostatud tegevuskava alusel SRT teenustele, siis otsuse peal ei kajastu 1001 koodi - kajastuvad kõik teised teenused peale 1001 koodi. 1001 kood kajastub otsuse lisas, mis on meie süsteemi poolt automaatne - kuvatakse kõik antud sihtrühma maksimaalne limiit ja teenused koos summadega.

Kui teenuse tunni hind on paaritu arvuline, nt 2002 9,57€ - kui teenust osutatakse 0,5h, mis on siis tunni hind?

Koondaruande Exceli põhi jagab summa ise valemi abil pooleks

Millistest kasutusel olevatest infosüsteemidest on võimalik välja võtta sellist koondaruannet, mis SKAle sobib?

Meie teada ei ole täna turul süsteemi, mis võimaldab esitada koondaruande vormi meile nii nagu me seda soovime täna. Selle lahenduse pakkumisega alles hakkab SKA tegelema, et leida need.

Kas faili nimele asutuse nime märkides tuleb panna täispikk nimi või võib kasutada lühendeid?

Kui teenuseosutaja soovib hakata kasutama koondaruannet, siis esimese asjana anda sellest teada Liina Olgo'le (liina.olgo@sotsiaalkindlustusamet.ee). Siis saadab ta Teile koondaruande vormi põhja. Koondaruande faili nimeks võib kasutada ka lühendit, ei pea panema pikka nime.

Mis lisaväärtuse annab teile teenuse alustamise ja lõpetamise kuupäev, kui räägime nii ehk naa ühe kuu arvest? Ettepanek: jätta alguse lõpukuupäev ära, nii on tabel 2 veergu väiksem.

Teenuse alguskuupäev ja lõpukuupäev tuleb täita nii, et kui esimene psühholoogi teenuse osutamine oli 09.11 siis ongi selle teenuse osutamise alguskuupäev tabelis 09.11.20 ja kui viimane psühholoogi teenuse osutamine oli sel kuul 25.11.20, siis on tabelis lõppkuupäev 25.11.20. Täpselt samad kuupäevad, mis on andmestikus. Vajalik on see meile, et saaksime hiljem need seostada vajadusel andmestikuga.

MISPs on mitmel kliendil ESF väga segane kui vaadata eelmisi arveid. Ühel kuul nagu on ESF, teisel ei ole, siis jälle on (suunamisotsuse nr sama). Mis see tähendab?

Kui suunamisotsus väljastatakse, siis MISPis kajastuvad need andmed, mis otsuse tegemise hetkel on. Kui midagi muutub vahepeal, siis need MISPI kahjuks üle ei kandu, seega võib tekkida ka segadus.

Kuidas edastada nn jooksvaid aruandeid ja sellest tulenevalt ka arveid? Kui D-osa või plaan (ja sellega koos ka aruanne tulevad esitada kuu alguses), siis kuidas neid aruandel või arvel näidata?

D-osaga täna kahjuks on probleem, millega me väga aktiivselt tegeleme. Täna kahjuks tuleb D-osa koos lõpuaruandega esitada jooksvalt, kui peaspetsialist või teenuste konsultant (vana nimega juhtumikorraldaja) soovib väljastada uut suunamisotsust inimesele. Kelle osas ei ole vaja uut suunamisotsust väljastada, siis need võivad kajastuda koondaruandes. Rehabilitatsiooniplaani aruanne ja arve (teenus 1001) kajastuvad koondaruandel samamoodi koos teiste teenustega. Rehabilitatsiooniplaani teenus 1001 kajastatakse koondaruandes siis, kui on lõppenud plaani koostamine. Ehk näiteks rehabilitatsiooniplaani hakati koostama 20.10.2020 ja lõpetatakse koostamine 16.11.2020, siis kajastub see detsembri koondaruandes, kus kajastatakse novembrikuus teenust saanud inimesed ning märgitakse sinna 1001 alguskuupäev 20.10.2020 ja lõppkuupäev 16.11.2020.

Saan ma õigesti aru, et plaani arve ja aruanne oleks siis eraldiseisvalt teistest teenustest?

Rehabilitatsiooniplaani aruanne ja arve (teenus 1001) kajastuvad koondaruandel samamoodi koos teiste teenustega. Rehabilitatsiooniplaani teenus 1001 kajastatakse koondaruandes siis, kui on lõppenud plaani koostamine. Ehk näiteks rehabilitatsiooniplaani hakati koostama 20.10.2020 ja lõpetatakse koostamine 16.11.2020, siis kajastub see detsembri koondaruandes, kus kajastatakse novembrikuus teenust saanud inimesed ning märgitakse sinna 1001 alguskuupäev 20.10.2020 ja lõppkuupäev 16.11.2020.

Kas rehabilitatsiooniplaani koostamise võib arvele siis märkida kahte kuusse?

Rehabilitatsiooniplaani koostamine koondaruandes märgitakse ühte kuusse mitte kahte. Kajastatakse selle kuu teenust saanud inimestega ühel koondaruandel, kus plaani koostamine lõppeb. Näiteks rehabilitatsiooniplaani hakati koostama 20.10.2020 ja lõpetatakse koostamine 16.11.2020, siis

kajastub see detsembri koondaruandes, kus kajastatakse novembrikuus teenust saanud inimesed ning märgitakse sinna 1001 alguskuupäev 20.10.2020 ja lõppkuupäev 16.11.2020.

Arendused

Kas on võimalik, et vaatame koos SKA-ga üle, millised koondaruande vorme annavad teised infosüsteemid (peale PUGU ja Reha.sm) ja on võimalik esitada koondaruannet sellises vormis nagu sellest infosüsteemist tuleb? Juhul kui on olemas need andmeväljad, mis on aruandluse ja kontrolli jaoks vajalikud.

Jah on võimalik. 13.11.2020 on koondaruande teemaline arutelu teenuseosutajatega ka sellel teemal.

Kui asutuse infosüsteem liidestub terviseinfo patsiendiportaaliga, kas siis on kindel, et see hakkab sobituma ka SKA planeeritava infosüsteemi arendusega? Sellega, kuhu SKA tahab seda süsteemi istutada.

Palun siin küsimuse esitaja kontakte et sellel teemal eraldi rääkida. Hetkel puudub mul tunnetus mis infot SRT osutajad terviseinfo patsiendiportaalist kasutavad või soovivad kasutada.

Turul olevad infosüsteemid on päris kallid (kokkupuude reha.ee platvormiga). Kas SKAI on plaan/mõte, et infosüsteemi kasutamise kulud liita teenuste hindade sisse?

Kas teenuse tellija tõstab pisut ka teenuste tunnihinda? Kuna sellega kaasnevad ka püsikulud infotehnoloogilistele lahendustele. Ehk kas kulumudelis on seda arvestatud? On see plaanis?

Jah - SKA-l on selline plaan. 13.11.2020 kohtumisel räägime IT kulukomponendi teema hetkeseisust.

Kas siis asutusel on lihtsam võtta korruga kasutusele infosüsteem või peab ikkagi alustama koondarve (excel) kasutuselevõttuga?

See on asutuse otsustada kas kohe võtta kasutusele infosüsteem või alustada SKA poolt välja töötatud koondaruande exceli vormiga. Kui võtta kasutusele exceli koondaruande vorm siis see lisakulusid esialgu kaasa ei too (lisakulud tulevad infosüsteemi kasutusele võtuga) ja saab lisaks koondaruandele esitada ka ühe koondarve. Samuti aitab antud vorm vältida teenuse andmete sisestamisel näpuvigasid. Miinuseks see et koondaruande exceli vormi kasutades tuleb ise ikkagi käsitsi pidada arvestust isiku teenuse limiitide ja piirmäärade osas. Samuti jälgida otsuse ja rehabilitatsiooniprogrammi/tegevuskava kehtivust. Kui võtta kohe kasutusele infosüsteem siis saab vältida lisaks näpuvigade tegemisele isiku limiidi ja piirmäärade arvestamise vigu. Samuti kontrollib infosüsteem isiku teenuse õigustatust.

Kui juba täna on asutusel olemas oma (mitte Pugu eha Reha) infosüsteem, mis konfigureerib koond-aruande exelina, mis on analoogiline Liina tabeliga. Kas SKA pakub tuge meie ja teie infosüsteemide liidestamisel, et 2021 jookseks meie aruanne otse MISPi sisse?

Tulevaseks andmevahetuseks on kaks võimalust. Masin-masin (x-tee) liidestus ja alternatiivina MIS2P2 kaudu (x-tee lahendus) koondaruande andmeväljade sisestamine ja edastamine SKA infosüsteemi. Selline süsteem oli ka varem kasutusel aga teenuseosutajad loobusid sellest kuna palju käsitööd ja lihtsam on aruanne e-kirja teel SKA-le esitada. Masin-masin liidestamisel SKA ei kata teenuseosutaja kulusid.

Kui praegu kasutab asutus mingit platvormi ning vigu esineb aruannetes vähe. Kui järgmisel aastal peab hakkama täitma koondaruannet exelis, kas siis ei teki olukord, et andmete ümber trükkimisega tekib nendel asutusel näpuvigu juurde?

Koondaruanne on täna kasutusel olevate isikupõhiste üksikaruannete koond. Kõik üksikud isikupõhised aruanded iga kuu lõikes kantakse SKA lepingupartneri põhiselt ühte koondaruandesse.

Koondaruandele järgneb üks koondarve terve kuu kohta ning ei pea esitama iga üksiku aruande kohta eraldi üksikut arvet.

On väga hästi mõisteta, et meie, teenuseosutajad, peaksime kõik olema 21. sajandis - nagu soovitatud infosüsteemi kasutuselevõtt. Mõistlik, ei vaidle vastu. Kas on plaanis ka sots. reh. teenuse eest makstavate hindadega jõuda 21. sajandisse? Täna need hinnad on alla turuhinna. Selliste hindade kõrvalt ei ole võimalik teha investeringuid.

Teenuse hinnad on viimase paari aasta jooksul tõusnud. Tulevase automaatse andmevahetuse kontrollikriteeriumite analüüsimisel on silma jäänud, et osad SRT teenuseosutajad esitavad SKA-le aruandeid kus konkreetne teenuse hind on madalam kui määrusega kehtestatud teenuste hinnad. Antud teema osas alustasime analüüsi, et mõista kui suures osas tahetakse madalamate hindadega teenuseid osutada ja mis on selle põhjusteks.

Kas kaua oodatud SKAIS süsteem on tulemas või mitte? Kas seal ei oleks võimalik kõiki neid asju ühendada?

Hetkel on laual kas arendada SRT automatiseeritud koondaruande arendus SKAIS1 (kiire aga kärbitud lahendus) või STAR-i (terviklahendus). STAR on sellepärast laual, et lisaks kohalike omavalitsuste teenustele hakkab SKA arendama antud keskkonda ja SKA enda teenuseid et inimese vaates tekkuks KOV-i ja SKA teenustest tervikvaade.

Kas on olnud laual ka variant, et luuakse ühine infosüsteem kõikidele asutustele, mida n-ö koordineeriks SKA - kogu info- ja dokumentide vahetus võiks toimuda ühes süsteemis?

Tsentraalset SRT juhtimise infosüsteemi teenuseosutajatele SKA arendama ei hakka. Miks? 2019. a andmete analüüs näitab et ca 70% (SRT osutamise käibe järgi) asutusi kasutab teenuse juhtimiseks infosüsteemi. Kui me jõuame arendusfaasi siis teenuseosutaja infosüsteemi ja SKA infosüsteemi liidestamiseks teeme Teile kättesaadavaks WSDL-id, mis on arendajale mõeldud teenusekirjeldused. Nendega saab siis Teie infosüsteemi arendaja alustada SKA infosüsteemiga liidestumise ettevalmistamist.

Kas STAR ühildub riigi poolt arendatava TIS-iga?

Kui inimese abi ja toetusvajaduse hindamiseks on vajadus ja õiguslik alus TIS olevatele andmetele siis kindlasti andmevahetus infosüsteemide vahel toimub.

Kas ma saan õigesti aru, et lepingu p 4.5 kohustab teenuseosutajat ise võtma kasutusse infosüsteemi, mitte SKA ei paku välja järgmisel aastal seda mainitud elektroonilist keskkonda?

Jah.

Kas SKAIS2 arendus on unustusse kadunud?

Ei ole. SKAIS2 on viimase paari aasta jooksul arendatud SKA iseteenindus, eraldi uute teenustena on SKAIS2 arendatud taotlustevaba perehüvitiste teenus, abivahendite e-teenus.

Kui nüüd rääkida MISP2st, siis kuna jõuavad sinna uued töövõimehindamise otsused? Kahjuks on mitmel kliendil töövõime kohapeal vana informatsioon, kuid puude juures on uus kuupäev ja raskusaste olemas.

Me täname selle tähelepaneku eest. Antud probleemi lahendamiseks on vajalik arendus. Arendused on prioriteetide järgi järjekorras ja meil on see probleem teada, aga ei oska lubada, kuna me selleni jõuame.

Kui pikaks ajaks on ESF rahastus olemas? Siinkohal küsin ka kohe ära, et kas MISP2 ei saa uue kliendi otsusele lisada märget, et see klient on ESF. Alati peame uue kliendi lisandumisel üle küsima, kas on ESF või mitte.

Osaline sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse ESF rahastus kestab -31.12.2022. Uute teenusesaajate puhul leiame ESF tingimustele vastavuse (ESF kvalifitseeruv puue/tvm) inimese rehabilitatsioonitsuselt. Kahjuks on programmide arendused kulukad ja võtavad pikalt aega (sh ka lihtsa märke lisamine). Sestap kuvame isikute ESF tingimustele vastavuse rehabilitatsioonitsustel ja pöörame tähelepanu asjaolule, et nii puue/tvm kui ka otsus lõppeksid samaaegselt.

Erivajadusega laste tugisüsteemi tulevik

Kus hakkab toimuma ja kes hakkab hindama lapse rehabilitatsioonivajadust?

Kogu meie tänane riigi hindamiskompetents (mille moodustavad rajaleidja keskused, rehabilitatsioonimeeskonnad, sotsiaalkindlustusamet) saab olema tulevikus kaasatud kogu pere abivajaduse, sh rehabilitatsioonivajaduse hindamisse, toetades sellega lastekaitse tööd. Spetsialistide ring moodustub vastavalt hinnatud abivajaduse valdkondadele. Eraldi rehabilitatsiooniplaani ei jää, vaid rehateenusega seotud hinnangud ja vajadused lõimitakse ühte juhtumiplaani, küll aga on oluline, et rehateenuseosutajad koostavad tegevuskava ja koordineerivad rehateenuste osutamist.

Kuidas parandab uus mudel ligipääsetavust rehabilitatsiooni üksikteenustele?

Eeldatavasti on siin mõeldud KOV üksikteenuseid. Kogu muudatuse üheks osaks on KOV ja riigi teenuste ja spetsialistide ülesannete üle vaatamine – seda lisaks sotsiaalvaldkonnale ka hariduses ja vaimse tervise valdkonnas. Seega ei ole välistatud, et KOV või riigi ülesanded selles osas muutuvad. Soovime vältida samade teenuste rahastamist/korraldamist eri süsteemides, vaid rollid selgelt piiritleda ning seda vajadusel nii õigusruumi muudatuste kui rahastamisega toetada. Üks eesmärke on ka vähendada erinevaid dubleerivaid toiminguid jm bürokraatlikke tegevusi, et vabastada spetsialistide ressursid teenuseosutamiseks. Töös on ka lastekaitse tööprotsesside ja lastekaitsealase järelevalve ning lähiaastate vaates ka STARi uuendamine, mis kõik lapse abistamist toetavad.

Erinevad KOV-id ja sealne töökorraldus on selle juhtide e poliitikute ja viimase parteilubaduste nägu. Lapsed ja nende tugi elamiseks ei tohiks olla poliitiline küsimus. Kuidas kindlustate, et SoMi sisse viidavaid muudatusi ei nulliks hiljem ära kohalik poliitik vm ametnik? Küsin, sest varasemalt väga palju sarnaseid muudatusi süsteemi tehtud, mis n-ö silutakse kohalikul tasandil jälle nulli.

Saame KOV tööd mõjutada läbi õigusruumi, rahastamise, järelevalve ja erinevate toetavate tegevuste. Suure tõenäosusega läheme täiendama nii lastekaitsealase seadust kui sotsiaalhoolekande seadust ning samuti vaatame üle kogu toetusfondi rahastamise loogika. Meil on selle aasta lõpus valmimas ka lastekaitsealase järelevalve analüüs, et hinnata, kuidas seda valdkonda tõhusamaks teha. Samuti analüüsime KOV lastekaitse tööprotsesse, et saada sisend nii õiguslikeks muudatusteks kui ka soovitusteks, kuidas KOV võiks oma tööprotsessid lastekaitse valdkonnas üles ehitada. Paralleelselt oleme välisvahenditest taotlenud raha, et uuendada lastekaitsetöötajate väljaõpet, luua neile vajalik tööriistakast ja arendada STARi uus terviklik abivajava lapse juhtumikorraldus. Valitsuse tegevusprogrammis on 2021. a juunikuu tähtajaga ka KOV liitude ja SOM lastekaitsevaldkonna koostöökokkuleppe. Kõik need tegevused peaks meie eesmärke laste heaolu valdkonnas toetama ja jätma vähem ruumi n-ö poliitilisteks tõmbetuulteks.

KOV-idele ei meeldi riigi soovitusi ja sõnu kuulata - kuidas garanteerite, et SoMi loodud mudelit ka järgitakse?

Vastus on osaliselt eelmise küsimuse juures. Garanteerida saame ikka õigusruumi ja järelevalve kaudu. Samas oleme muudatuste protsessis suhelnud paljude KOVidega ja püüdnud igati nende

vajaduste ja arvamustega arvestada. Eesmärgid on ju tegelikult samad ja meie plaanitavad muudatused toetavad KOVe ja on lastekaitsele abiks. Lisaks näeme, et mõistlik on kaasata n-ö eesrindlikke KOVe, kes omakorda teistele KOVidele oma kogemusi ja soovitusi jagavad. Ka KOV-SOM koostöökokkulepe mõte on see, et KOVid ise võtaksid neis küsimustes vastutuse. Kui vähendame süsteemi killustamist ja tekivad selged vastutajad ja tööprotsessid, on ka vanemad teadlikumad ning neil on lihtsam KOVi suunal nõudlik olla. Seda nõudlikkust saab omakorda toetada tõhusama riikliku järelevalvega. Samuti on oluline hea avalik kommunikatsioon, mille abil teema olulisust ühiskonnas teadvustatakse.

Reh. teenus on kompleksteenus. Ka rehas on täna lapsi, kellel on vaja üksikteenuseid, aga ka neid üksikteenuseid osutavad nt vaid reh. asutused - kas need lapsed ikka tohivad jõuda reh. asutusse?

Loomulikult tohivad lapsed jõuda teenustele, mida nad vajavad. Ka uue mudeli korral ei ole välistatud, et rehateenuseosutaja ei võiks olla nt KOVile partner ka üksikteenuste osutamisel. Pigem soovime vältida neid olukordi, kus laps vajab KOV üksikteenust, ent seda mingil põhjusel ei saa ja on sunnitud siis tulema puuet taotlema, et saada teenusele ligipääs läbi rehasüsteemi. Tahame jõuda lahenduseni, kus teatud teenused on selgelt KOV korraldada ning paralleelselt samu teenuseid n-ö riigi tasandilt ei saa. KOV on muidugi vaba osutama neid teenuseid ise (nt allasutuse kaudu) või hankima neid partnerilt, sh rehateenuseosutajalt.

Hindamine jääb SKAsse, teenusele vahendab KOV - mis siis tänasega võrreldes muutub? Ei saa aru.

Tänasega võrreldes muutub see, et lapsele tekib eri valdkondi ja tasandeid hõlmav terviklik hindamine ja plaan. Lisaks koondatakse ühte meeskonda erinevad sotsiaal- kui haridusvaldkonda puudutavad otsused – puude raskusastme tuvastamine, õppekorraldusega seotud otsused, suunamised riiklikele teenustele jm.

Küsimus SoMi ettekande kohta. Kas praegused tugiteenused hakkavad ka olema ilma puudeta lapsele kättesaadavad?

Kui rääkida KOV sotsiaalteenustest, siis need tuleb juba praegu tagada vastavalt abivajadusele, mitte puude olemasolule. Erisuseks on hetkel ESFist rahastatavad tugiteenused, kus toetust saab kasutada vaid raske ja sügava puudega lastele teenuste osutamiseks. Antud rahastus lõppeb 2022.aastal. Meie muudatuste kaugem eesmärk on siduda ka riigi teenused puude raskusastmest lahti. See tähendab, et nt rehabilitatsiooniteenuste saamiseks pole vaja puuet, vaid hinnatakse lapse teenusevajadust. See peaks senisest paremini toetama ka ennetust – ehk me ei oota kuniks lapsel tuvastatakse puue, vaid pakume teenuseid vastavalt abivajadusele.

Abivajava lapse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus

Kui palju lapsi on KOVid teenustele suunanud ja Teie neile ka õiguse andnud?

Ca 200 last on saanud positiivse suunamisotsuse, neist u 120 on teenuse kasutajad.

Kas 16-aastane laps võib saada abivajava lapse SRT teenust?

Jah.

Kas rehab. meeskonnal on õigus tutvuda või näha juhtumiplaaniga?

Täna ei ole KOVil kohustust automaatselt edastada juhtumiplaani, kuid lähtudes juhtumikorralduse põhimõttest ning võrgustikutöö tegemise vajadusest, tuleks TO-le KOVi poolt edastada ka juhtumiplaan.

Palun täpsustage teenuseosutaja juhtumikorraldaja rolli ja vastutust.

TO juhtumikorraldaja peaks looma silla SRT teenuse ja lapse võrgustiku vahel. Juhtumikorraldaja peaks olema see, kes esindab TO-d võrgustikukohtumistel, kes on vajadusel lapse ja tema hooldaja(te) motiveerijaks teenusel osalema (peab olema hea kontakt lapse ja perega). Juhtumikorraldaja peaks omama täpseimat ülevaadet SRT raames seatud eesmärkidest ja tegevustest nende eesmärkideni liikumisel.

Kas teenuse disainil osalesid lapsevanemad?

Jah.

Milline osakond või kes vaatab läbi KOV poolt esitatud taotluse abivajava lapse rehateenuse saamiseks? Kas ohvriabi ja ennetuse osakond või erihoolekande ja rehabilitatsiooni talitus?

Täna on selleks erihoolekande ja rehabilitatsiooni talitus.

Kas see juhtumikorraldaja tegevus TO juures on siis rahastatav sotsiaaltöötaja teenusena?

Juhtumikorraldaja teenus peaks olema rahastatud selle spetsialisti teenusena, kes on valitud juhtumikorraldaja konkreetse lapse osas (JK võib olla eripedagoog, sotsiaaltöötaja või keegi kolmas).

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (edaspidi RFK) rakendamine

Kas psüühikahäiretega inimeste rehabilitatsioonis RFK rakendamine on saanud heaks kiidu Eesti Psühhiaatrite Seltsilt ja kliiniliste psühholoogide pool?

Üheks RFK tööplaani tegevuseks paika panna, milliste erialaliitudega me RFK rakendamisel koostööd teeme ning Eesti Psühhiaatrite Selts ja Eesti Kliiniliste Psühholoogide Selts on lisatud sinna nimekirja.

Kas SKA hakkab tegema koostööd töötukassaga seoses RFK arendustegevustega ja eelkõige veebilahenduse arendusega?

Jah, SKA teeb koostööd nii Töötukassa kui ka Eesti Haigekassaga, et toimuksid ühised RFK-alased arendustegevused. Sotsiaalministeeriumi tasandil toimuvad regulaarsed töögrupi kohtumised, kuhu on kaasatud eelnimetatud asutused.

Küsimus RFK kohta. Kuidas on see kohandatud vaimupuudega lastele (millist metoodikat kasutatakse)?

Maailma Terviseorganisatsiooni poolt väljatöötatud RFK metoodikat on võimalik kasutada inimese kogu elukaare vältel hoolimata sellest, milline on tema taust. Enne täielikku rakendamist on eesmärgiks mudeldada koostöös partneritega Eesti kontekstis RFK kasutamist ka laste sihtgrupiga.

Kas see tähendab, et reha TO peab praegu arendama süsteemi uue EHK dokumentatsiooni ja vormide kasutamiseks REHAs ja siis millalgi RFK metoodikale tuginedes? Milleks need kaks dubleerivat arendust ja koolitusi?

Kaks arendust, mille kohta küsimus käib, ei ole dubleerivad. RFK metoodika ei ole hindamisvahend, vaid klassifikatsioon, mis aitab luua ühtse aluse kliendi funktsioneerimisvõimega seotud andmete, mis on saadud sobiva hindamisvahendiga, dokumenteerimiseks ja vahetamiseks (erinevate valdkondade spetsialistide vahel). Samuti alus andmete, mis on saadud hindamisvahendiga, analüüsimiseks ning teenuste/sekkumiste sisu kujundamist. Samuti võimaldab paremini jälgida muutuseid teenuse raames ning ka pikema aja jooksul kui klient liigub ühelt teenusele (nt tööalaselt rehabilitatsioonilt taastusravisse) teisele. Samuti on erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuse taotluste-vormide

ühtlustamise tegevuste ajaraam kiirem, kui RFK puhul. Algselt võtame aga ühtsed vormid kasutusele meie enda hindamisetel. Mõlemad tegevused eeldavad praeguste plaanide järgi tõesti ka infosüsteemide muudatusi, aga see on areneva teenuse puhul paratamatu.

Kui teenuseosutaja peab juba 2021 tegema infosüsteemiga ühendumise või arendusega, et aruandlust teha, siis peab juba kohe TO arvestama, et kunagi läheb sinna ka RFK hindamine, kui üks teenuseosutamise etapi samm?

RFK meetodika rakendumine teenuseosutajatele ei toimu 2021. aastal, vaid järk-järgult kui ettevalmistavad tööd (RFK tõlke kaasajastamine, koolitajate ja spetsialistide koolitused, ärianalüüs) on tehtud. Selgema sisendi saame siis, kui ärianalüüs RFK rakendamiseks valdkondade üleselt on tehtud.