



ZVEZA DRUŠTEV SLEPIH IN SLABOVIDNIH
SLOVENIJE



UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA
OČESNA KLINIKA LJUBLJANA

CELOVITA REHABILITACIJA SLEPIH IN SLABOVIDNIH (CRSS)

Program CRSS je na svoji seji dne 21. 10. 2009 obravnaval in potrdil
Razširjeni strokovni kolegij za oftalmologijo.

Ljubljana 2010

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana
364-786-056.262(0.034.2)

Celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih (CRSS)

Avtorji ([več](#)):

Marino Kačič, univ. dipl. soc. del. in sistemski psihoterapevt
dr. Branka Stirn Kranjc, dr. med.
mag. Nataša Vidovič Valentinčič, dr. med.
Mirjana Hafnar, univ. dipl. tiflopedagog
dr. Darja Kobal Grum, univ. dipl. psih.
dr. Ingrid Žolgar Jerković, prof. defektologije
dr. Mirna Šilih Štabuc, dr. med.
dr. Brigita Drnovšek Olup, dr. med.
Tomaž Wraber

Koordinator: mag. Bojan Uran, univ. dipl. ekon.

Lektoriranje: Petra Pučnik

Oblikovanje in teh. urejanje: Marino Kačič in Marko Turk

[Elektronski vir] / avtorji Marino Kačič ... [et al.]. - El.
knjiga. - Ljubljana : Univerzitetni klinični center, Očesna klinika
: Zveza društev slepih in slabovidnih Slovenije, 2010

Način dostopa (URL): <http://www4.kclj.si>

ISBN 978-961-91372-6-0 (Zveza društev slepih in slabovidnih
Slovenije) 1. Kačič, Marino 251724032

Kazalo

Uvod

1. Izhodišča programa

1.1. Zakonska osnova

1.2. Populacija

1.3 Definicija ključnih pojmov

1.4 Definicije okvare vida in diagnostični sistemi

1.4.1 Definicija slepote in slabovidnosti s klinične perspektive

1.4.2 Definicija slepote in slabovidnosti s funkcionalne perspektive

1.4.3 Definicija omejitev pri okvari vida (slep ali slaboviden)

1.4.4 Definicija neodvisnega življenja

2. Standardi storitev za izvajanje CRSS

2.1 Temeljna načela programa CRSS

2.1.1 Vodilna vloga

2.1.2 Pravice

2.1.3 Etika

2.1.4 Partnerstvo

2.1.5 Participacija (aktivna udeležba, sodelovanje)

2.1.6 Osredotočenost na posameznika

2.1.7 Kompleksnost

2.1.8 Usmerjenost v rezultate

2.1.9 Nenehno izboljševanje

2.2 Strokovni temelji CRSS

2.2.1 Gradniki CRSS

2.2.2 Izhodiščni koncepti CRSS

2.3 Cilj CRSS

2.4 Individualni načrt rehabilitacije

2.4.1 Principi individualnega načrta

2.4.2 Za koga izdelamo individualni načrt rehabilitacije

2.5 Kadrovski pogoji

2.5.1 Merila za kadrovske pogoje

2.5.2 Naloge članov delovnega tima

2.6 Prostorski in tehnični pogoji

2.7 Register slepih in slabovidnih v Sloveniji

3. Potek CRSS

3.1 Napotitev na CRSS

3.2 Multidisciplinarna vstopna ocena

3.3 Izdelava individualnega načrta CRSS

3.4 Multidisciplinarni delovni tim

3.5 Izvajanje individualnega načrta rehabilitacije

3.6 Izvajanje (evalvacijskih) ocen

3.6.1 Kaj ocenjujemo

3.6.2 Kdo ocenjuje in ukrepi

4. Storitve CRSS

4.1 Nabor storitev

Storitev 1: Svetovanje in motiviranje

Storitev 2: Multidisciplinarna diagnostika in ocena

Storitev 3: Izdelava individualnega načrta CRSS

Storitev 4: Pomoč pri sprejemanju motnje vida posamezniku in njegovi družini

Storitev 5: Oftalmološka obravnava

Storitev 6: Celovita zgodnja obravnava slepih in slabovidnih otrok

Storitev 7: Razvijanje psihosocialnih spretnosti

Storitev 8: Dnevne življenjske aktivnosti in prilagoditev okolja

Storitev 9: Orientacija in mobilnost

Storitev 10: Priprava ocen in zaključnih poročil

4.2 Izračun obsega storitev za posamezen individualni načrt

Zaključne opombe

O avtorjih

Viri

5. Priloge

Priloga 1: Analiza stanja populacije slepih in slabovidnih

Priloga 2: Multidisciplinarna vstopna diagnostika in ocena

Priloga 3: Storitve CRSS

Priloga 4: Naloge in kompetence izvajalcev CRSS

Uvod

Celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih (CRSS) je zasnovana tako, da omogoča interdisciplinarno in kooperativno sooblikovanje rehabilitacijskega procesa. CRSS se naslanja na sodobne strokovne modele ter Evropska načela za izvajanje rehabilitacije, ki vključujejo razumevanje dejavnikov posameznika in dejavnikov okolja. Cilj CRSS je celovita obravnava rehabilitanda in njegove družine, s tem pa tudi doseči temeljni cilj rehabilitacije – čim večjo stopnjo samostojnosti in neodvisnosti rehabilitanda.

Program CRSS je namenjen vsem načrtovalcem politike in prakse ter izvajalcem rehabilitacije ljudi z okvarami vida v RS s ciljem, da omogoči enoten okvir izvajanja rehabilitacije slepih in slabovidnih. Da bi zagotovili celovitost rehabilitacije in pokrili kompleksnost, ki ga ta zahteva, je bila razširjena strokovna skupina za pripravo CRSS, sestavljena interdisciplinarno, kakor mora biti interdisciplinaren tudi tim, ki bo CRSS izvajal.

1. Izhodišča programa

1.1 Zakonska osnova

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 23. členu navaja, da je z obveznim zavarovanjem zavarovanim osebam v celoti zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter reševalnih prevozov. V deveti alineji tega člena konkretno definira: »/.../ celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov« (ZZVZZ 2008).

1.2 Populacija

Program CRSS je namenjen ljudem z diagnozo slep ali slaboviden in njihovim svojcem (v starosti od 0 let do konca življenja) v primeru, ko nastopi taka stopnja okvare oziroma poslabšanja vidne funkcije ali spremembe bivalnih okoliščin, da je oseba v funkcionalnem smislu bistveno ovirana (manjša stopnja samostojnosti in neodvisnosti) glede na predhodno stanje ali ima zmanjšano možnost osebnega razvoja v primerjavi s sovrstniki, tj. v primeru novorojencev z okvaro vida.

V Sloveniji nimamo uradne evidence slepih in slabovidnih. Edini register, ki ga trenutno imamo, je register članov slepih in slabovidnih na Zvezi društev slepih in slabovidnih Slovenije, iz katerega je razvidno, da je bilo 31. 12. 2008 v zvezo vključenih 3995 slepih in slabovidnih ljudi. V zadnjih petih letih je bilo povprečno včlanjenih 220,4 slepih/slabovidnih letno, zato ocenjujemo, da bi rehabilitacijo potrebovalo največ do 110 oseb letno (v začetni fazi bistveno manj), od tega približno: 4 slepe osebe (amaurosis), 50 slepih oseb (z ostankom vida), 50 slabovidnih oseb in 6 slepih ali slabovidnih otrok ter družin z različnimi identificiranimi rizičnimi razvojnimi težavami. Ker pa se ljudje v Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije vključujejo prostovoljno, ti podatki ne odsevajo popolne oziroma realne slike stanja v RS. Zaenkrat lahko o realnejši sliki celotne populacije slepih in slabovidnih v RS sklepamo po mednarodnih interpolacijskih študijah o slepih in slabovidnih. Podatki o deležih slepih in slabovidnih so naslednji: pri otrocih do 15. leta 0,051%; pri odraslih med 15. in 49. letom starosti 0,15%; pri odraslih nad 50. letom pa kar 1,2%. (Op.: za več informacij analize stanja v RS in v svetu glej prilogo 1.)

1.3 Definicija ključnih pojmov

Slepi in slabovidni: klinični diagnozi za ljudi z okvarami vida, ki na podlagi oftalmološke ocene v skladu z definicijo slabovidnosti in »slepote« s klinične perspektive (SZO 1993 – glej prilogo 2), pridobijo eno od omenjenih dveh diagnoz.

Rehabilitand: (iz lat.) je tisti, ki še mora okrevati ali je v procesu okrevanja/rehabilitacije, rehabilitant pa je tisti, ki je rehabilitiran. Rehabilitand (in njegovi svojci) ima pravico do storitev rehabilitacije zaradi zmanjšanja vidne funkcije ali zmanjšane funkcionalnosti zaradi okvare vida po definiciji o slepih in slabovidnih ter v skladu z MKF (WHO 2006).

Rehabilitacija: je proces okrevanja, v katerem rehabilitandu in njegovim svojcem omogočimo celovito multidisciplinarno obravnavo za namene adaptacije, reorganizacije, resocializacije, kompenzacije (tudi z rehabilitacijskimi pripomočki in spremembo tistega dela bivalnega okolja, ki bistveno vpliva na stopnjo neodvisnosti) oziroma »zacementev« v biopsihosocialnem smislu, s ciljem čim večje stopnje funkcionalnosti in z namenom optimalne samostojnosti in neodvisnosti po definiciji o neodvisnem življenju (glej točko 1.4.4).

Multidisciplinarna vstopna diagnostika in ocena: to je ocena različnih strokovnih profilov multidisciplinarne delovne skupine, ki na začetku rehabilitacije izvede oceno vpliva izgube vida na posameznikovo funkcionalno oviranost oziroma stanje zdravja, funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti (WHO: MKF 2006). Multidisciplinarna vstopna ocena zajema naslednja področja: (1) oftalmološko oceno, (2) zdravstveno oceno, (3) psihosocialno oceno in oceno okolja, (4) splošno oceno funkcioniranja glede na funkcijo vida ter (5) oceno sposobnosti in vedenja. Pri tem izhajamo s perspektive uporabnika, kar pomeni, da jo lahko izvajamo ter ugotovitve interpretiramo v skladu z razumevanjem in izkušnjo rehabilitanda in njegove družine. Multidisciplinarna diagnostika in ocena, izvedena na začetku, je izhodišče za izdelavo individualnega načrta CRSS. (Op.: za podrobnejši opis in inštrumentarij glej prilogo 2.)

Multidisciplinarna delovna skupina (tim): izhajajoč iz dejstva, da je človek biopsihosocialno bitje in da je umeščen/živi v interaktivnem socialnem okolju (družina, družba), lahko celovito obravnavo zagotovijo le med seboj sodelujoči različni za to usposobljeni strokovni profili oziroma multidisciplinarna delovna skupina, ki deluje na podlagi individualnega načrta CRSS in s ciljem čim boljšega učinka za rehabilitanda. Rehabilitand je hkrati tudi član tima in sodeluje v vseh fazah pripravljanja individualnega načrta ter ocenjevanja procesa rehabilitacije. Delo multidisciplinarnega tima usklajuje in usmerja koordinator, ki je izbran izmed članov tima. (Op.: za podrobnejši opis glej prilogo 4.)

Medicinski pripomočki (v nadaljevanju rehabilitacijski pripomočki): so eden od temeljnih gradnikov rehabilitacije; so izhodišče, da lahko rehabilitanda uspešno rehabilitiramo. Glede na diagnozo (ostanek vida) rehabilitandu v procesu rehabilitacije zagotovimo pripomočke za korekcijo vida (npr. očala, različne oblike lup, UV-filtrov ...) ali pripomočke za kompenzacijo vida (npr. programski povečevalniki, bralnik zaslona, brajev zaslon/vrstica ...) ter usposabljanje za njihovo uporabo (ZZVZZ 2008).

1.4 Definicije okvare vida in diagnostični sistemi

– Uporabljamo definicije slepote in slabovidnosti s klinične perspektive (RSK UKC 1996) in definicije s funkcionalne perspektive (SZO 1993).

– Uporabljamo oceno funkcionalnosti zaradi okvare vida na osnovi Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja (WHO 2006).

1.4.1 Definicija slepote in slabovidnosti s klinične perspektive

Definicija slepote in slabovidnosti za Republiko Slovenijo in kriteriji za razvrščanje v kategorije slepote in slabovidnosti (razširjeni strokovni kolegij za okulistiko leta 1996):

Slabovidnost

1. Vidna ostrina od 0,3 do 0,1.
2. Vidna ostrina manj kot 0,1 do 0,05 ali zoženo vidno polje na 20 stopinj okrog fiksacijske točke ne glede na ostrino vida.

Slepota

1. Vidna ostrina manj kot 0,05 do 0,02 ali zoženo vidno polje okrog fiksacijske točke na 5–10 stopinj ne glede na ostrino vida.
2. Vidna ostrina manj kot 0,02 do zaznavanja svetlobe ali zoženo vidno polje okrog fiksacijske točke na manj kot 5 stopinj ne glede na ostrino vida.
3. Vidna ostrina 0 (amaurosis) – dojem svetlobe negativen.

(OP.: definicija in podrobnejši opis postopka merjenja sta v prilogi 2.)

1.4.2 Definicija slepote in slabovidnosti s funkcionalne perspektive

Po definiciji SZO iz 1993 je slabovidna tista oseba, ki ima okvaro vidne funkcije tudi po zdravljenju in/ali standardni korekciji refrakcije ter ima vidno ostrino manjšo kot 0,3 do zaznavanja svetlobe oziroma ima vidno polje ožje kot 10 stopinj okrog fiksacijske točke, vendar je (potencialno) sposobna uporabljati vid za načrtovanje in izvajanje nalog.

1.4.3 Definicija omejitev pri okvari vida (slep ali slaboviden)

Omejitve izhajajo s strani rehabilitanda (zaradi gibalnih, komunikacijskih in čustvenih dejavnikov) in s strani družbenega okolja (zaradi arhitekturnih, informacijsko-komunikacijskih in normativnih dejavnikov) in zmanjšujejo funkcionalnost posameznika z okvaro vida.

(Op.: definicija in inštrumentarij za ocenjevanje sta v prilogi 2.)

1.4.4 Definicija neodvisnega življenja

Neodvisno življenje pomeni, da imajo rehabilitandi oziroma t. i. invalidi enake možnosti in izbire ter nadzor v svojem vsakodnevnem življenju, kot jih imajo njihovi sorodniki, sosledje, prijatelji in drugi ljudje. Imeti morajo nadzor nad svojim življenjem,

razmišljati in govoriti morajo v svojem imenu, kot to počno vsi drugi. Imeti morajo možnost odraščanja v svojih družinah, obiskovati šolo v soseščini, uporabljati isti avtobus kot sosedge, delati v službah, ki so v povezavi z njihovo izobrazbo in interesi, ter sami osnovati svoje družine. To ne pomeni, da lahko vse naredijo sami, morajo pa kljub intervencijam in pomoči (strokovni ali laični) ohraniti nadzor nad svojim življenjem in izbirami v življenju, kot je samoumevno za druge ljudi. Zato je pri strokovnem ali laičnem delu pomembna uporaba perspektive uporabnika: kako misli, kako razume, kaj je zanj pomembno, ali se z nečim strinja ipd. (Hasler 2003).

2. Standardi storitev za izvajanje CRSS

S standardi storitev celovite rehabilitacije uveljavljamo strokovno doktrino ter opredeljujemo rehabilitacijski proces, njegovo vsebino, metode dela, pričakovane cilje in učinke ter temeljne strokovne in organizacijske pogoje, v katerih se storitve izvajajo.

2.1 Temeljna načela programa CRSS

Temeljna načela so izhodišča in strokovni okvir za obravnavo rehabilitanda, njegovih svojcev in njegovega življenjskega prostora v vseh fazah izvajanja CRSS, in to ne glede na strokovni profil izvajalca ali kraj izvajanja.

Evropska načela za izvajanje rehabilitacije

Da bi v Sloveniji dosegli prakso, primerljivo evropski, morajo izvajalci rehabilitacije pri svojem delu upoštevati evropska načela odličnosti v rehabilitaciji (Evropska platforma za rehabilitacijo: prevod Inštitut RS za rehabilitacijo).

2.1.1 Vodilna vloga

Izvajalci rehabilitacije dokazujejo vodilno vlogo na področju rehabilitacije in v širši skupnosti s promocijo pozitivne podobe, postavljanjem visokih pričakovanj, z dobro prakso, učinkovito rabo in povezovanjem virov, inovacijami in s prizadevanji za bolj odprto in vključujočo družbo.

2.1.2 Pravice

Izvajalci rehabilitacije so zavezani, da ščitijo in podpirajo pravice svojih uporabnikov v smislu enakih možnosti, enake obravnave in enakega sodelovanja, in sicer z zagotavljanjem informiranosti o možnostih in uveljavljanjem nediskriminatornih in pozitivnih aktivnosti znotraj svojih dejavnosti.

2.1.3 Etika

Izvajalci rehabilitacije upoštevajo dostojanstvo uporabnikov in njihovih družin ali skrbnikov, ščitijo jih pred nepotrebnim tveganjem in podpirajo socialno pravičnost.

2.1.4 Partnerstvo

Izvajalci rehabilitacije (so)delujejo v partnerstvu z javnimi in zasebnimi organizacijami, delodajalci in delavskimi predstavniki, z upravljavci skladov, invalidskimi organizacijami, lokalnimi skupinami in družinami, ter s skrbniki invalidov,

in sicer z namenom, da zagotovijo kontinuiranost storitev in dosežejo večjo učinkovitost programov ter bolj odprto družbo.

2.1.5 Participacija (aktivna udeležba, sodelovanje)

Izvajalci rehabilitacije podpirajo sodelovanje in vključenost rehabilitandov na vseh ravneh organizacije in znotraj skupnosti. Pri omogočanju boljših možnosti udeležbe in vključenosti se organizacije izvajalcev posvetujejo s predstavniki teles in skupin, ki podpirajo zagovorništvo, odstranjevanje ovir, javno izobraževanje in aktivno (promocijo) podporo enakih možnosti.

2.1.6 Osredotočenost na posameznika

Izvajalci rehabilitacije izvajajo dejavnosti in storitve, ki zadovoljujejo potrebe obravnavanih oseb in drugih zainteresiranih ter uporabnike vključujejo kot aktivne člane v procesu rehabilitacije. Upoštevajo posameznikov prispevek z njegovim vključevanjem v samooceno, povratno informacijo in vrednotenje tako osebnih ciljev kot ciljev programa. Vsi procesi se redno evalvirajo.

2.1.7 Kompleksnost

Izvajalci rehabilitacije uporabniku zagotavljajo dostop do različnih celostnih in v skupnost usmerjenih programov, ki cenijo prispevek vseh uporabnikov in potencialnih partnerjev, vključno z lokalno skupnostjo in delodajalci, od zgodnje obravnave do podpore in spremljanja, ki so zagotovljeni z načelom multidisciplinarnega timskega pristopa ter medorganizacijskega sodelovanja.

2.1.8 Usmerjenost v rezultate

Izvajalci rehabilitacije so usmerjeni v rezultate tako na področju prepoznavanja potreb kot tudi dosežkov ter v koristi obravnavanih oseb, njihovih družin/skrbnikov, delodajalcev, drugih zainteresiranih in skupnosti. Prav tako si prizadevajo za doseganje najboljše koristi za rehabilitande. Merijo in spremljajo vplive svoje dejavnosti, kar jim omogoča nenehno izboljševanje preglednosti in odgovornosti procesov.

2.1.9 Nenehno izboljševanje

Izvajalci rehabilitacije delujejo proaktivno pri zadovoljevanju potreb rehabilitandov in njihove družine, učinkovitejši izrabi virov, razširjanju in izboljševanju programov, uporabi raziskav in novega znanja ter pri razvoju inovacij. Zavezani so razvoju in učenju zaposlenih, prizadevajo si za učinkovito komunikacijo, cenijo povratne informacije uporabnikov, naročnika/financerja in zainteresiranih ter vodijo sisteme za nenehno izboljševanje kakovosti.

2.2 Strokovni temelji CRSS

2.2.1 Gradniki CRSS

Temeljni neločljivi gradniki CRSS, na katerih sloni program, so:

- oftalmološka diagnoza in multidisciplinarna vstopna ocena funkcionalnosti rehabilitanda, njegove družine in bivalnega okolja;
- individualiziran program CRSS, izdelan na osnovi sodobnih strokovnih smernic in doktrin dela, ki se lahko glede na vmesne ocene spreminja;
- ustrezni strokovni kadri, prostorska in tehnična opremljenost za izvajanje programa ter
- oskrba in usposabljanje z ustreznimi medicinsko-tehničnimi pripomočki (rehabilitacijskimi pripomočki), potrebnimi za izvedbo CRSS.

2.2.2 Izhodiščni koncepti CRSS

Za potrebe CRSS izhajamo iz koncepta celovite rehabilitacije ljudi z okvarami vida, ki ga je razvil Bäckman (Bäckman 1979, 1992, 2000), paradigme neodvisnega življenja in modela za usposabljanje za neodvisno življenje, ki so ga razvili v centru za rehabilitacijo in mobilnost slepih in slabovidnih v Nottinghamu (1993), in ki zajema naslednje storitve:

- učinkovit identifikacijski in napotitveni sistem (razviti tudi presejalne programe);
- dostop do oftalmoloških storitev: diagnoza, prognoza, posvet z genetiki, morebitno zdravljenje;
- dostop do funkcionalne, klinične, psihološke, psihoterapevtske, socialnodelovalne in po potrebi druge obravnave;
- dostop do individualno prilagojenih optičnih in/ali elektronskih medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- dostop do ustreznih sistematičnih tiflopedagoških treningov za izrabo preostalega vida ali za pridobitev kompenzacijskih spretnosti v primeru hujše oziroma popolne izgube vida;
- dostop do ustreznih funkcionalnih prilagoditev okolja doma, na delovnem mestu, v šoli;
- dostop do prilagojene psihoterapevtske obravnave za preseganje zastojev v rehabilitacijskem procesu;
- spremljanje in po potrebi ponovno ovrednotenje funkcionalnega in kliničnega deficita.

Pojem celovite rehabilitacije slepih in slabovidnih (CRSS) zajema vrsto medicinskih, tiflopedagoških, psiholoških, psihoterapevtskih in drugih obravnav, ki naj bodisi povrnejo čim več izgubljenega vida ali izgubljeni vid čim bolje nadomestijo z novimi znanji, veščinami in spretnostmi samoorganiziranja, delovanja itd. rehabilitanda, njegove družine in njegovega življenjskega prostora, ko je to potrebno.

Namen rehabilitacije je doseči čim večjo stopnjo samostojnosti in neodvisnosti (usklajena politika rehabilitacije ljudi s prizadetostmi 1992). Včasih so za doseg teh ciljev potrebni najrazličnejši medicinsko-tehnični pripomočki, psi vodniki ali posebno usposabljanje asistentov in svojcev, ki vsak na svoj način pomagajo pri preseganju izgube vida. Za uporabo teh pripomočkov, uspešno uporabo tuje pomoči in predelavo čustvenih stisk so spet potrebna nekatera nova znanja in nove spretnosti rehabilitanda in/ali njegovih svojcev.

2.3 Cilj CRSS

Temeljni cilj rehabilitacije je rehabilitandu in njegovim svojcem omogočiti celovito multidisciplinarno obravnavo z namenom adaptacije, reorganizacije, resocializacije in kompenzacije (tudi z medicinsko-tehničnimi pripomočki) s ciljem čim večje stopnje funkcionalnosti, da bi bil lahko rehabilitand v največji možni meri samostojen in neodvisen.

Cilji glede na vrsto in čas poslabšanja vidne funkcije:

- Pri mlajših otrocih, rojenih z okvaro vida ali z okvaro, ki je nastala v času otroštva, je treba poleg korekcijskih ali kompenzacijskih obravnav (v prvi vrsti) usposobiti starše, da bi otroku pomagali pri ustreznem razvoju.
- Pri ljudeh, pri katerih pride do večje nenadne okvare vidne funkcije, je poleg korekcijskih ali kompenzacijskih obravnav CRSS potrebna za rehabilitanda in njegove svojce, potrebne pa so tudi prilagoditve življenjskega okolja.
- Pri ljudeh, ki se jim glede na preteklo stanje vida funkcija vida po določenem času bistveno poslabša, je potrebna ponovna rehabilitacija s ciljem, da se jih rehabilitira na novo stanje ali bistveno spremenjene življenjske okoliščine v primeru, ko jih te spremembe glede na preteklo obdobje naredijo manj samostojne in bolj odvisne.

2.4 Individualni načrt rehabilitacije

Rehabilitacija je hkrati proces ter smisel in cilj, ki ga glede na spremenjene okoliščine po potrebi redefiniramo (lahko tudi v času izvajanja CRSS). Da bi ta cilj čim bolj uspešno uresničili, je nujno vse ukrepe izvajati v celoti in v sklopu istega enovitega programa oziroma t. i. celovitega individualnega načrta rehabilitacije. To nikakor ne pomeni, da mora biti vsak rehabilitand deležen vseh možnih storitev ali da v času samega procesa rehabilitacije obsega storitev ni mogoče spremeniti, zmanjšati ali razširiti. Bistveno je, da so vse storitve v vsakem trenutku del enotnega individualnega načrta rehabilitacije.

Individualni načrt rehabilitacije je osrednji dokument za izvajanje konkretne rehabilitacije in poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu zajema še: vrsto storitev, predviden čas trajanja posamezne storitve in celotne CRSS, izvajalce storitev (delovni tim), frekvenco srečevanja tima, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike ter predvidene oblike ocenjevanja doseženih ciljev.

2.4.1 Principi individualnega načrta

Individualni načrt rehabilitacije je oblikovan tako, da izhaja iz perspektive uporabnika ter da je prilagojen predstavam, potrebam in virom rehabilitanda ter njegove družine. Drugi pomemben vidik je, da individualni načrt vključuje postavke za sodelovanje z drugimi službami, centri oziroma strokovnjaki, kot so šole (v primerih, ko se rehabilitand po končani rehabilitaciji vrne v šolo/izobraževanje), centri za socialno delo in druge ustanove, ki lahko pripomorejo k uspešnejšemu procesu rehabilitacije in/ali boljšemu vključevanju rehabilitanda v življenjsko okolje po končani rehabilitaciji. S tem namenom je od začetka rehabilitacije pomembno sodelovanje tudi z lokalno skupnostjo: z državnimi službami na lokalni ravni, zlasti pa z občinskimi službami in nevladnimi organizacijami.

Individualni načrt rehabilitacije nastaja v sodelovanju strokovnega tima ter rehabilitanda in njegove družine. Platforma oziroma izhodišče, iz katerega tim in posameznik začeta z oblikovanjem individualnega načrta in izrisovanjem poteka smeri za rehabilitacijo, je (1) multidisciplinarna ocena (podatki anamnez posameznih strokovnjakov iz različnih perspektiv) in (2) interpretativni povzetek anamnez s formulacijo, ki nastane v sodelovanju z rehabilitandom.

Multidisciplinarna ocena (zbiranje podatkov), interpretativni povzetek podatkov in strokovne formulacije (npr. diagnoze, potrebe ...) so bistveni koraki v (pred)procesu razvoja individualnega načrta. Ocenjevanje predstavlja trenutno stanje in okoliščine, interpretativni povzetek ter formulacija pa kaj in kako izvajati, da bi dosegli dogovorjeni cilj rehabilitacije. Interpretativni povzetek razlaga cilje, identificira ovire, določa prioritete opravil in ciljev, utemeljuje raven storitev, razjasnjuje diagnozo, razlaga vlogo kulture in v končni fazi opravičuje intervencije in storitve, ki so rehabilitandu in družini na voljo (Grieder, Adams 2004).

Pri pripravi individualnega načrta in njegovem izvajanju je pomembno imeti pred očmi cilj, da se bo rehabilitand po končani rehabilitaciji vrnil v svoje življenjsko okolje, in le če bo tam funkcionalen (bistveno bolj samostojen in neodvisen), lahko rečemo, da je bila rehabilitacija uspešna.

2.4.2 Za koga izdelamo individualni načrt rehabilitacije

Individualni načrt rehabilitacije izdelamo za ljudi, pri katerih:

- je proces okvare vidne funkcije (slabovidnost, slepota) glede na trenutne zmožnosti oftalmologije končan;
- proces ni zaključen zaradi progresivnosti obolenja;
- je potrebna nujna delna rehabilitacijska obravnava zaradi daljšega zdravljenja in hkratnih hudih obremenitev (npr. pri nenadni popolni izgubi vida);
- je prišlo do pomembne spremembe vidne funkcije ali življenjskih okoliščin, ki bistveno poslabšajo stopnjo funkcionalnosti (manj samostojnosti in več odvisnosti) glede na rezultate pretekle rehabilitacije.

2.5 Kadrovski pogoji

Rehabilitacija slepih in slabovidnih je odvisna od tesnega sodelovanja z različnimi strokami; oblikovanje ustrezno opremljenega multidisciplinarnega tima je temeljni pogoj njene uspešnosti.

2.5.1 Merila za kadrovske pogoje

Kadrovski pogoji, ki jih morajo izpolnjevati strokovni delavci na področju CRSS, so:

- strokovna izobrazba medicinske, zdravstvene, tiflopedagoške, psihološke, psihoterapevtske, sociološke, socialnodelovne ali druge ustrezne usmeritve in dodatna znanja s področja rehabilitacije, zaposlovanja in/ali invalidskega varstva;
- izvajalci morajo imeti ustrezne reference za delo s ciljno skupino uporabnikov in najmanj tri (3) leta delovnih izkušenj na tem področju;
- podporne storitve v procesu CRSS lahko rehabilitandom nudijo tudi osebe, ki ne izpolnjujejo pogojev iz prvega odstavka tega člena, imajo pa certifikat o poklicni kvalifikaciji ali druga ustrezna dokazila o usposobljenosti za opravljanje takih del.

2.5.2 Naloge članov delovnega tima

Storitve posamezne rehabilitacije na timskih sestankih usklajuje, redefinira in evalvira strokovni tim. Posamezne storitve rehabilitacije izvajajo člani strokovnega tima v skladu s sprejetimi standardi storitev. Rehabilitanda (uporabnika storitev), starše ali svojce je treba obravnavati kot enakovredne člane v procesu rehabilitacije z namenom, da se jim omogoči pripadnost, soudeležnost in soodgovornost v rehabilitacijskem procesu.

Izvedbo storitev posameznega načrta koordinira koordinator tima. Ocenjevanje, načrtovanje dela in izvajanje dela poteka na timskih sestankih.

Strokovni vodja za operacionalizacijo v začetnem obdobju skrbi za vzpostavitev ustreznih kadrovsko-tehničnih in prostorskih pogojev, ki so potrebni za izvajanje CRSS, na primer: vzpostavljanje stikov z izvajalci in potencialnimi rehabilitandi, koordinacija med izvajalci, različnimi ustanovami in znotraj njih ter drugo. Predlagamo, da v srednjeročnem (stabilizacijsko-razvojnem) obdobju, lahko pa tudi prej, strokovni vodja prevzame tudi naloge koordinatorja tima za izvedbeni načrt CRSS posameznega rehabilitanda.

Pojasnilo: Za operacionalizacijo koncepta CRSS predlagamo imenovanje strokovnega vodje za izvajanje CRSS. V kratkoročnem začetnem obdobju bi opravljal delo v pogodbeni obliki, podobno kot bodo drugi strokovni profili izvajali posamezne storitve. V srednjeročnem (stabilizacijsko-razvojnem) obdobju bi morali razmisliti o vsaj delni zaposlitvi strokovnega vodje CRSS in morda tudi nekaterih profilov za izvajanje storitev. Kdaj in v kakšnem obsegu bi se te aktivnosti izvajale, je odvisno od poteka CRSS, obsega dela in finančnih sredstev.

Naloge in kompetence izvajalcev CRSS morajo biti usklajene s standardi za izobraževanje ustreznega poklicnega profila ali specializacije in morajo biti v skladu s temi standardi storitev za izvajanje CRSS.

(Op.: podrobnejši opis je v prilogi 4.)

2.6 Prostorski in tehnični pogoji

Prostorski, tehnični, tehnološki in organizacijski pogoji morajo ustrezati določilom Pravilnika o zahtevah za zagotavljanje neoviranega dostopa, vstopa in uporabe objektov v javni rabi ter v večstanovanjskih stavbah in uporabnikom v smislu dostopnosti zagotavljati povezanost z javnimi prometnimi sredstvi ter prilagojenosti stavbe in opreme fizičnim, psihičnim in zdravstvenim potrebam.

Izvajalec rehabilitacije mora zagotoviti ustrezne prostore z ustreznimi pogoji za izvajanje prvega dela CRSS. Na primer: učenje brajice in računalništva, mirni (nehrupni) učni poligon za učenje orientacije in mobilnosti ipd. Začetek rehabilitacije, ko je rehabilitand še neorientiran, občutljiv in se težko koncentrira, moramo izvajati v prostorih z ustreznimi pogoji. Drugi del rehabilitacije (odvisno tudi od stopnje okvare vida, morebitnih drugih dodatnih motenj, starosti ...) izvajamo tam, kjer rehabilitand živi. Le tako bo lahko rehabilitacija učinkovita.

Za izvajanje rehabilitacije je treba imeti najsodobnejšo razpoložljivo medicinsko-tehnično oziroma rehabilitacijsko opremo za korekcijo in kompenzacijo vidne funkcije oziroma rehabilitacijske pripomočke (npr. pripomočki za slepe in slabovidne), da se lahko izvajajo meritve in testiranja, s katerimi ugotovimo, kaj posameznemu rehabilitandu ustreza glede na njegovo stanje vida, kakor tudi za usposabljanje za njihovo uporabo. Rehabilitandu mora biti zagotovljeno, da dobi v stalno uporabo ustrezne korekcijske in/ali kompenzacijske rehabilitacijske pripomočke, saj se lahko šele z njihovo uporabo začne s kompenzacijskim učenjem, resocializacijo in adaptacijo v nove psihosocialne okoliščine.

2.7 Register slepih in slabovidnih v Sloveniji

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ 2000) določa, da se vodi register slepih in slabovidnih v Sloveniji. Upravljevec je po tem zakonu UKC Ljubljana – Očesna klinika. Iz tega zakona sledi, da je treba podatke vpisati v zdravstvene evidence ob zdravstvenih pregledih in drugih zdravstvenih storitvah. Ministrstvo za zdravje da navodilo vsem zdravstvenim organizacijam, da morajo obvezno voditi evidenco in, če ni urejeno drugače, omenjene podatke poslati v Register podatkov slepih in slabovidnih v Sloveniji.

Register podatkov slepih in slabovidnih v Sloveniji se vodi z namenom spremljanja obsega populacije, vrste očesnih bolezni, stopenj okvar vidne funkcije, načrtovanja storitev ter izobraževanja izvajalcev zdravstvenih in rehabilitacijskih storitev za slepe in slabovidne. Edini dosedanji register, ki nastaja na osnovi prostovoljnega včlanjevanja v Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije, ne pokriva vse populacije in vseh težav, zato za prej omenjene namene ni ustrezen.

(Op.: analiza stanja (na podlagi prostovoljnega članstva v ZDSSS) in primerjava glede na stanje v drugih državah je v prilogi 1.)

3. Potek CRSS

3.1 Napotitev na CRSS

Oftalmolog ali pediater opravi oceno stanja vida in če je postavljena diagnoza slep/slaboviden ali če se je stanje vida glede na predhodno stanje bistveno poslabšalo ali se je funkcionalnost pacienta bistveno poslabšala v povezavi s funkcijo vida in spremembo življenjskih okoliščin ali rehabilitacijskih pripomočkov, je treba pacienta avtomatsko napotiti na multidisciplinarno oceno za CRSS. To je začetek postopka za rehabilitacijo.

3.2 Multidisciplinarna vstopna ocena

Multidisciplinarna vstopna ocena zajema naslednja področja:

- (1) oftalmološko oceno,
- (2) zdravstveno oceno,
- (3) psihosocialno oceno in oceno okolja,
- (4) splošno oceno funkcioniranja glede na funkcijo vida ter
- (5) oceno sposobnosti in vedenja.

Potem ko je pacient napoten v postopek CRSS, delovni tim opravi multidisciplinarno vstopno oceno. Multidisciplinarna ocena je celovita ocena zdravja, funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti, sestavljena iz ocen na različnih (v prejšnjem odstavku navedenih) področjih. Ocene na posameznih področjih v sodelovanju z rehabilitandom in njegovo družino opravijo različni strokovni profili. Skupek vseh teh ocen (z vidika deficitov ter možnosti in virov) sestavlja celovito multidisciplinarno vstopno oceno. Cilj multidisciplinarne ocene je ocena vpliva izgube vida na posameznikovo funkcionalno oviranost oziroma stanje zdravja, funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti (WHO: MKF 2006). Zelo pomembno je, da pri posamezniku, njegovi družini in življenjskem okolju ocenimo tudi (preostale zmožnosti) vire. (Op.: za podrobnejši opis in nekatere smernice glej prilogo 2.)

Pri pripravi vstopne multidisciplinarne ocene izhajamo iz perspektive uporabnika, kar pomeni, da jo izvajamo in ugotovitve interpretiramo tudi v skladu z razumevanjem in izkušnjo rehabilitanda in njegove družine. Zato je pomembno, da rehabilitand in njegova družina sodelujeta že pri zbiranju podatkov in zaključni fazi priprave povzetka (ta je osnova za izdelavo individualnega načrta). Na ta način sta rehabilitand in njegova družina polnopravna partnerja. Dana jima je možnost, da prispevata lastne perspektive in poglede k izvajalčevemu razumevanju. V procesu rehabilitacije mora biti zagotovljeno izvajanje njune vizije.

Multidisciplinarno vstopno oceno izvedemo na začetku in služi kot osnova za izdelavo individualnega načrta CRSS. Vmesne ocene služijo za oceno napredka in morebitne spremembe individualnega načrta. Ob koncu rehabilitacije izvedemo zaključno multidisciplinarno oceno.

3.3 Izdelava individualnega načrta CRSS

Na osnovi multidisciplinarne vstopne ocene delovne skupine v skladu s temeljnimi načeli tega programa in v sodelovanju z rehabilitandom ter njegovimi svojci (po potrebi je treba sodelovati tudi z drugimi službami) izdelamo individualni načrt CRSS, ki vsebuje: cilje, časovni obseg, predvidene učinke, storitve in način njihovega izvajanja, izvedbene kadrovske in organizacijske pogoje, oceno opravljene storitve (na začetku, v različnih fazah ter na koncu) in prognozo.

Individualni načrt pripravljamo v skladu s temeljnim ciljem CRSS, da bo rehabilitand v bivalnem okolju kolikor je le mogoče neodvisen in samostojen in da se bo, če je to potrebno, po končani rehabilitaciji ponovno vključil v vzgojno-izobraževalne programe ali v usposabljanje za delovno mesto. V času izvajanja programa lahko program po potrebi korigiramo: dodamo, odstranimo ali časovno prilagodimo glede na izkazane zmožnosti in potrebe rehabilitanda ter njegovega bivalnega okolja.

Pri pripravi individualnega načrta izhajamo iz perspektive uporabnika, zato rehabilitand in njegova družina od začetka sodelujeta kot enakopravna člana. Strokovnjaki tima predlagajo vrsto in obseg storitev, rehabilitand in njegova družina pa sta tista, ki se odločata o obsegu storitev. Načrt postane veljaven, ko se rehabilitand in njegovi svojci z njim strinjajo.

3.4 Multidisciplinarni delovni tim

V skladu s potrebami izdelanega individualnega načrta in kadrovskimi standardi oblikujemo multidisciplinarni delovni tim, ki bo individualni načrt rehabilitacije izvajal. Vse storitve rehabilitacije na timskih sestankih v sodelovanju s strokovnim vodjem za operacionalizacijo CRSS usklajuje in evalvira strokovni tim. Posamezne storitve rehabilitacije izvajajo člani strokovnega tima v skladu s sprejetimi standardi storitev, izhajajoč iz individualnega načrta CRSS. (Op.: za podrobnejši opis glej prilogo 4.)

Koordinator tima (oseba, izbrana iz tima) se imenuje koordinator tima oziroma skupine. Skrbi za koordiniranje tima (npr. sklicuje tim), izvedbo individualnega načrta (npr. usmerja izvajanje ali morebitne spremembe individualnega načrta) ter komunikacijo med izvajalci in uporabnikom (npr. prijavo motnje s strani rehabilitanda in/ali njegove družine) ter usklajuje koordinacijo navzven z zunanjimi dejavniki (npr. druge službe, lokalna skupnost ...).

Strokovni vodja za operacionalizacijo v začetnem obdobju skrbi za vzpostavitev ustreznih kadrovske-tehničnih in prostorskih pogojev, ki so potrebni za izvajanje CRSS, na primer: vzpostavljanje stikov z izvajalci in potencialnimi rehabilitandi, koordinacijo med izvajalci in različnimi ustanovami ter znotraj njih ter drugo. Predlagamo, da v srednjeročnem (stabilizacijsko-razvojnem) obdobju, lahko pa tudi prej, strokovni vodja prevzame tudi naloge koordinatorja tima za izvedbeni načrt CRSS posameznega rehabilitanda.

3.5 Izvajanje individualnega načrta rehabilitacije

Pri izvajanju načrta sta pomembna usklajeno delo in timski duh, saj tako namesto fragmentarnega delovanja povečamo možnost kohezivnih učinkov posameznih storitev in pogojev rehabilitacije kot procesa.

Storitev izvajamo individualno. Z metodo multidisciplinarnega tima ocenjujemo izvajanje načrta v vseh vmesnih fazah in ga glede na dosežke in v skladu s ciljem po potrebi spremenimo oziroma prilagodimo.

3.6 Izvajanje (evalvacijskih) ocen

3.6.1 Kaj ocenjujemo

a. Stopnjo adaptiranosti pri rehabilitandu: stopnjo napredka npr. pri DŽA (dnevni življenjskih aktivnostih), socialnih veščinah, orientaciji, mobilnosti (notranji in zunanji), uporabi rehabilitacijskih pripomočkov ipd. Stopnjo samostojnosti: npr.: vstajanje, bioritem, prehranjevanje, higiena, organiziranje in uporaba osnovnih potrebščin (perilo, obleka), priprava hrane in pijače, gibanje po notranjih prostorih in v zunanjem ožjem okolju. Pri tej oceni moramo upoštevati stopnjo ostanka vida, starost, morebitne dodatne bolezni ali motnje, socialni in ekonomski status ipd.

b. Stopnjo neodvisnosti rehabilitanda v vsakodnevnem življenju (po definiciji neodvisnega življenja – glej točko 1.4.4).

Ocenjujemo stopnjo nadzora svojega življenja: npr. koliko ima nadzora, izbire in odločanja o svojem načinu življenja, uporabi svojega denarja, kje se bo izobraževal in/ali živel (doma, v instituciji ...). Stopnja neodvisnosti življenja ni neposredno vezana na stopnjo ostanka vida, starost, morebitne dodatne bolezni ali motnje oziroma socialno-ekonomski status. Posameznik lahko doseže večjo stopnjo neodvisnosti s pomočjo drugih (npr. osebne asistence), če ob tem ohrani nadzor nad svojim življenjem.

c. Stopnjo adaptiranosti socialnega okolja in usposobljenost ljudi v bivalnem okolju za interakcijo in komunikacijo (svojci, negovalno osebje, če živi v nastanitveni instituciji ipd.): npr. stopnja zmožnosti spremljanja, ustreznega komuniciranja, reorganiziranja vlog in po potrebi reorganizacija življenja na sploh. Pomembno je zavedanje (svojcev in negovalnega ter drugega osebja v institucijah), da se mora tudi okolje, v katerem rehabilitand živi, prilagajati rehabilitandu in ne le rehabilitand okolju. To je v skladu s človekovimi pravicami do enakopravnega obravnavanja brez diskriminiranja (obojestransko prilagajanje) in zavedanjem, da odvisnost/neodvisnost ustvarjamo tudi s kontekstom in ne nastane le zaradi okvare. Pomembna je »višja« zavest, da se v primeru sorazmernega adaptiranja socialnega okolja na rehabilitandove socialne in komunikacijske zmožnosti povečata njegova samostojnost in neodvisnost. Velja tudi obratno, z neadaptivnostjo socialnega okolja neposredno zmanjšujemo samostojnost in neodvisnost rehabilitanda.

d. Stopnjo adaptiranosti fizičnega okolja (arhitekturnega in informacijsko-komunikacijskega): npr. osnovni označevalci (markerji) za sledenje v bivalnem okolju (doma in/ali instituciji), rehabilitacijski pripomočki ter druga arhitekturna in informacijska (ne)prilagoditev, potrebna za večjo stopnjo samostojnosti glede na okvaro vida ali druge motnje, ki vplivajo na funkcionalnost vidne funkcije in s tem stopnjo samostojnosti in neodvisnosti. Okolje, ki je narejeno po meri vseh (design for all), omogoča vsem ljudem, ne glede na okvare, enakovredno izhodišče za bivanje in s tem stopnjo samostojnosti in neodvisnosti. Velja tudi obratno, z ustvarjanjem okolja le za nekatere (design for the best people) nekaterim ljudem onemogočimo enakopravno izhodišče za funkcioniranje, kar povzroči zmanjšanje stopnje samostojnosti. Nekateri temu pravijo tudi invalidizacija.

e. Oceno uspešnosti izvajanja storitev, to je dela strokovnih delavcev in sodelavcev ter prostorsko-tehničnih pogojev za izvajanje posameznega individualnega načrta CRSS. Če je ocena slaba, je treba ugotoviti vzroke in izdelati načrt za izboljšavo s konkretnimi predlogi in terminskim planom.

Pri številnih pacientih je bolezen progresivna ali se okoliščine toliko spremenijo, da se osebi bistveno zmanjša funkcionalnost, zato bo morda sčasoma potrebna ponovna multidisciplinarna ocena zmanjšane funkcionalne zmožnosti in po potrebi ponovna rehabilitacija. V tem primeru se začne postopek z drugim vstopnim korakom, to je multidisciplinarna ocena stanja funkcionalnosti.

3.6.2 Kdo ocenjuje in ukrepi

– Multidisciplinarni tim: ocenjuje zgoraj omenjena področja. Evalvacijo na timski ravni izvajajo člani tima in zajema evalvacijo individualnega načrta za posameznega rehabilitanda. Evalvacijo izvajamo na timskih sestankih, ki morajo biti izvedeni najmanj ob pričetku in zaključku rehabilitacijskega procesa ter ob pričetku in zaključku izvedbe posamezne storitve. Izvedba evalvacije mora biti razvidna iz zapisa timskega sestanka (minimalni standard). Oceno funkcionalnosti rehabilitanda izvajamo tudi v kontekstu rehabilitandovega bivalnega okolja in ne le v kontekstu kliničnega okolja. Če je ocena slaba, moramo ugotoviti, kje in zakaj je prišlo do takih rezultatov, in najti vzroke: podati je treba oceno in opis ter predlog, kako in do kdaj se bo to stanje spremenilo.

– Rehabilitand in/ali njegov zagovornik: ocenjuje dosežke in izvajanje na zgoraj omenjenih področjih. Če dosežke na določenem področju oceni kot neučinkovite, opiše svoje mnenje – kje in zakaj meni, da ni bilo dovolj učinkovitosti. Opisati mora konkretno in jasno kaj in kje (ne pavšalno in ne le občutke). Del ocene je predlog kako stvari izboljšati. Ocena izvedbe rehabilitacijskega načrta je del poročila izvajalcev.

– Skupina za spremljanje izvajanja CRSS: ocenjuje zgoraj omenjena področja. Postopek ocenjevanja začne na pobudo delovnega tima, rehabilitanda, njegovih svojcev ali na lastno pobudo. Obvezno mora začeti oceno, če se ugotovi neučinkovitost v procesu rehabilitacije s strani delovnega tima ali rehabilitanda. V primeru negativnih evalvacijskih rezultatov storitev mora skupina poiskati vzroke oziroma preučiti dejavnike, ki so pripeljali do takšnega rezultata. Na osnovi

ugotovljenih dejstev skupina oblikuje predloge, ki bodo omogočali doseganje boljših rezultatov, izvajalci pa so dolžni te predloge vključiti v svoje delo. Skupina svoje ugotovitve in predloge najprej posreduje izvajalcem. V primeru, da ni izboljšanja rezultatov, predlog posreduje vodstvu organizacije, ki izvaja storitve. Če še vedno ne pride do ključnih sprememb, obvesti ministrstvo za zdravje in financerja (pošlje oceno in predlog sprememb).

Pojasnilo: skupina za spremljanje izvajanja CRSS mora biti sestavljena iz različnih strokovnih profilov, strokovnjakov s prakso s tega področja dela in ljudi z osebno izkušnjo rehabilitanda. Skupina naj ne bo sestavljena iz enkratnih plačanih ekspertov in tudi ne iz notranje zaposlenih. Sedanja skupina za pripravo koncepta CRSS se za prehodno obdobje preoblikuje v skupino za spremljanje izvajanja CRSS.

4. Storitve CRSS

4.1 Nabor storitev

Storitve so izdelane po funkcionalnih sklopih za potrebe izvajanja rehabilitacijskega procesa, in sicer glede na vrsto dela, potrebe, okvare ter oviranost. Spodnji razpored storitev ne izraža zaporedja njihovega izvajanja. Izbor storitev, njihovega obsega, časovne kombiniranosti izvajanja ter morebitne spremembe glede na potrebe in cilje posameznega rehabilitanda definiramo v individualnem načrtu CRSS.

Storitev 1: Svetovanje in motiviranje

Storitev 2: Multidisciplinarna diagnostika in ocena

Storitev 3: Izdelava individualnega načrta CRSS

Storitev 4: Pomoč pri sprejemanju motnje vida posamezniku in njegovi družini

Storitev 5: Oftalmološka obravnava

Storitev 6: Celovita zgodnja obravnava slepih in slabovidnih otrok

Storitev 7: Razvijanje psihosocialnih spretnosti

Storitev 8: Dnevne življenjske aktivnosti in prilagoditev okolja

Storitev 9: Orientacija in mobilnost

Storitev 10: Priprava ocen in zaključnih poročil

(Op.: podroben opis in razčlenjenost vsake storitve je v prilogi 3.)

4.2 Izračun obsega storitev za posamezen individualni načrt

Potem ko za vsakega rehabilitanda izdelamo individualni načrt rehabilitacije (torej izberemo tudi storitve), lahko v tabelo za izračun obsega storitev vnesemo število ur za posamezno področje in posamezno storitev ter tako dobimo obseg potrebnih ur. Tabela je del individualnega načrta. V primeru njegovega spreminjanja izdelamo drugo tabelo in s tem stroškovnik.

Obstajajo namreč precejšnje razlike v obsegu posamezne storitve in potreb po storitvah za uspešnost rehabilitacije glede na stopnjo izgube vida (slepi, slabovidni), starost (mlajši otroci, mladostniki, odrasli, starejši), dodatne oziroma kombinirane motnje, resurse družine, arhitekturne in informacijsko-komunikacijske dejavnike bivalnega okolja ipd.

(Op.: tabela za izračun obsega storitev za individualni načrt CRSS je v prilogi 3 (na dnu).)

ZAKLJUČNE OPOMBE

Program je pripravljen na podlagi strokovnih izkušenj članov, ki so ga pripravili, in na osnovi sodobne literature. Ne glede na to bo treba program po določenem času uporabe v praksi evalvirati in po potrebi revidirati ali dopolniti. To velja za strokovne vidike kot za oceno obsega dela in materialnih stroškov.

O AVTORJIH

as. Marino Kačič, univ. dipl. soc. del. in psihoterapevt

Sodelavec na Fakulteti za socialno delo in na SFU (rehabilitacija pri izobraževanju psihoterapevtov). Delal na oddelku za rehabilitacijo kasneje oslepelih v CSS Škofja Loka in na programih za psihosocialno rehabilitacijo starejših slepih in slabovidnih ter njihovih družin. Piše dr. disertacijo: okrevanje po travmi (rehabilitacija).

prof. dr. Branka Stirn Kranjc, dr. med., predstojnica Očesne klinike UKC Ljubljana

Je članica katedre za oftalmologijo Na Medicinski fakulteti v Ljubljani. od 1990 vodja otroškega oddelka Očesne klinike Ljubljana z diagnostiko in zdravljenjem očesnih bolezni pri otrocih; študij razvoja vida, usmeritev v habilitacijo z zgodnjo intervencijo. Je dolgoletna članica komisije za otroke s posebnimi potrebami pri RSK za pediatrijo in članica II. stopnje komisije pri Ministrstvu za šolstvo in šport.

as. mag. Nataša Vidović Valentinčič, dr. med., specialist oftalmologije

Zaposlena je na Očesni kliniki, UKC Ljubljana in Medicinski fakulteti v Ljubljani. Njeno delo in strokovni interes na Očesni kliniki obsega uveitis, kirurgijo – operacije sive mrežnice, odstopa mrežnice ter habilitacijo in rehabilitacijo slepih in slabovidnih ljudi.

as. Mirjana Hafnar, univ. dipl. tiflopedagog

Zaposlena je kot mobilna tiflopedagoginja in učiteljica specialnih znanj slepih in slabovidnih v Zavodu za slepo in slabovidno mladino Ljubljana. Je asistentka na PEF Koper in predavateljica za različne inštitucije na temo oseb z okvarami vida. Bila je ravnateljica srednje šole za slepe in slabovidne v CSS Škofja Loka ter vodja oddelka za rehabilitacijo kasneje oslepelih v CSS v Škofji Loki.

prof. dr. Darja Kobal Grum, univ. dipl. psih.

Zaposlena je na Oddelku za psihologijo na Filozofski fakulteti v Ljubljani. V avtorstvu in soavtorstvu je izdala 13 knjig in več kot 100 člankov s področja psihologije. Kot gostujoča predavateljica deluje na univerzah v ZDA, Španiji, na Madžarskem in na Japonskem. Raziskuje in objavlja zlasti na področjih motivacije, osebnosti in samopodobe, od leta 2003 dalje se raziskovalno ukvarja s psihološkimi vidiki oseb z okvarami vida.

as. dr. Ingrid Žolgar Jerkovič, prof. defektologije

Zaposlena je na Pedagoški fakulteti Univerze v Ljubljani. Njeno raziskovalno in pedagoško delo je usmerjeno na področje edukacije in rehabilitacije slepih in slabovidnih oseb.

as. dr. Mirna Šilih Štabuc, dr. med.

Zaposlena je na UKC Ljubljana na Očesni kliniki in na Medicinski fakulteti v Ljubljani. V svojem magistrskem delu se je posvetila zdravljenju ruptur mrežnice z argonskim laserjem, v doktorski disertaciji pa bolnikom s keratokonusom. Dela v ambulanti za slabovidne in za kontaktne leče ter opravlja operacijske posege.

prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, dr. med.

Je strokovna direktorica UKC Ljubljana in članica katedre za oftalmologijo pri Medicinski fakulteti v Ljubljani. Od 2002 do 2009 predstojnica Očesne klinike

Ljubljana. Strokovno je usmerjena v okuloplastično in lakrimalno kirurgijo. Je aktivno vključena v raziskovalne projekte ter domača in tuja strokovna združenja.

Tomaž Wraber, predsednik ZDSSS

Zaposlen je na RTV Slovenija, nekoč kot režiser, po izgubi vida pa kot redaktor v Marketingu. Več mandatov je bil predsednik SSI - slepih in slabovidnih intelektualcev. v ZDSSS. Vrsto let spremlja in aktivno sodeluje pri uveljavljanju pravic in širjenju možnosti v družbi za slepe in slabovidne. Angažiran je tudi pri postavljanju pogojev za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih.

Koordinator skupine: mag. Bojan Uran, univ. dipl. ekon.

Zaposlen je na UKC Ljubljana, kjer opravlja različna dela kot npr. vodenje službe za raziskovanje in razvoj, poslovno vodenje internih klinik, vodenje komercialne službe. Sodeluje na projektih kot so npr. izgradnja simulacijskega medicinskega centra, virtualizacija lokacij UKC ipd. Bil je angažiran na mednarodnih projektih iz okvirnih programov EU in ima predavanja na temo javnega naročanja blaga in storitev.

VIRI

Bäckman, Ö., Inde, K. (1979). Low vision training. Malmo: LiberHermods.

Dodds, D. (1993). Rehabilitating blind and visually impaired people. London: Chapman & Hall.

Grieder, M. D., Adams, N., (2004). Treatment Planning for Person-Centered Care: The Road to Mental Health and Addiction Recovery. Burlington: Academic Press.

Hasler, F. (2003). Philosophy of Independent Living. E-publikacija: www.independentliving.org/docs6/hasler2003.html.

Low vision manual. (2007). Ur.: Jackson, J., Wolffsohn, J. Philadelphia: Elsevier's Health Sciences Rights.

Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja – MKF (2006). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Pravica do enakih možnosti in enake obravnave: Usposabljanje in zaposlovanje invalidov v Evropski uniji in Sloveniji (2004). Ur.: Uršič, C. Ljubljana: Inštitut RS za rehabilitacijo in Zveza delovnih invalidov Slovenije.

Social and psychological aspects of disability (1978). UR.: Stubbins, J. Maryland: University Park Press.

UL RS (2005). Pravilnik o merilih in postopku za pridobitev statusa invalida, za priznanje pravice do zaposlitvene rehabilitacije in za ocenjevanje zaposlitvenih možnosti invalidov ter o delu rehabilitacijskih komisij (priloga). UR RS, 23. 12. 2005, št. 5164. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2005117&stevilka=5164>

Usklajena politika rehabilitacije ljudi s prizadetostmi (1992). Bruselj: Svet Evrope.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZVZZ (2008). Uradni list RS, št. 76/2008: 10871.

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – ZZPPZ (2000). Uradni list RS, št. 65/2000: 8093.

5. Priloge

Priloga 1: Analiza stanja populacije slepih in slabovidnih

V Sloveniji nimamo uradne evidence slepih in slabovidnih. Edini register, ki ga imamo, je register članov slepih in slabovidnih pri Zvezi društev slepih in slabovidnih Slovenije, iz katerega je razvidno, da je bilo 31. 12. 2008 v zvezo vključenih 3995 slepih in slabovidnih ljudi. V zadnjih petih letih je bilo povprečno včlanjenih 220,4 slepih/slabovidnih letno. Ker pa se v Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije ljudje vključujejo prostovoljno, ti podatki ne odsevajo popolne slike oziroma realnega stanja v RS. To nalogo bo izpeljal Register slepih in slabovidnih v Sloveniji. Zaenkrat lahko o celotni populaciji slepih in slabovidnih v RS sklepamo po mednarodnih interpolacijskih študijah o slepih in slabovidnih, iz katerih sledi, da je v Sloveniji okrog 10.000 slepih in slabovidnih ljudi.

Analiza stanja populacije slepih in slabovidnih v RS

Analiza stanja v RS je bila izdelana na osnovi podatkov Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije (člani se vključujejo prostovoljno).

Statistični podatki članstva članic Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije z dne 31. 12. 2008

1. Število članov: 3995, od tega 1698 slabovidnih in 2297 slepih

2. Število članov po starosti:

0–3 = 5

3–6 = 15

6–15 = 101

15–21 = 72

21–65 = 1.873

Nad 65 let = 2.137

3. Število članov po spolu: 2316 žensk in 1679 moških

4. Število članov po spolu in starosti:

0–3 = 3 moški, 2 ženski

3–6 = 8 moških, 7 žensk

6–15 = 55 moških, 46 žensk

15–21 = 44 moških, 28 žensk

21–65 = 945 moških, 928 žensk

Nad 65 = 747 moških, 1.390 žensk

5. Število članov po kategorijah (v nadaljevanju kat.) glede na ostanek vida:

Skupina		1. kat.	2. kat.	3. kat.	4. kat.	5. kat.
Ženske	2316	666	366	513	502	269
Moški	1679	399	267	290	414	309
Skupaj	3995	1065	633	803	916	578

Legenda (kategorije glede na ostanek vida): 1. kat. (30%–10%, 2. kat. (10%–5%), 3. kat. (5%–2%), 4. kat. (2%–0%), 5. kat. (amaurosis)

6. Število upokojenih med 18. in 65. letom: 913 = 430 moških, 483 žensk

Ocena potencialnih uporabnikov CRSS

Ocena (projekcija) potencialnih uporabnikov CRSS oziroma rehabilitandov na letni ravni, ki bi verjetno želeli koristiti posamezno storitev ali sklop storitev CRSS, znaša do 110 oseb in njihovih družin. Od tega: 4 slepe osebe (amaurosis), 50 slepih oseb (z ostanki vida), 50 slabovidnih oseb in 6 slepih ali slabovidnih otrok ter družin z različnimi identificiranimi rizičnimi razvojnimi težavami. Projekcija je izdelana na osnovi obstoječih podatkov novovčlanjenih (povprečno 220,4 slepih/slabovidnih na leto v zadnjih 5 letih – glej tabelo spodaj) v Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije ter na osnovi izkušenj preteklega izvajanja rehabilitacije. Verjetno bo v uvajalnem obdobju to število precej manjše, v srednjeročnem obdobju pa bi se tej številki lahko približalo ali jo morda celo preseгло, če sklepamo po interpolacijskih podatkih in izkušnjah iz razvitih držav. To bi veljalo toliko bolj, če bi se pasivna socialna politika RS usmerila v bolj aktivno.

Tabela novovčlanjenih v Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije od 2004 do 2008

	1. kat	2. kat.	3. kat.	4. kat.	5. kat.	Skupaj
2004	78	41	55	55	13	242
2005	78	39	52	52	4	225
2006	78	49	47	52	5	231
2007	86	26	51	49	2	214
2008	71	36	35	46	2	190
Povprečje	78,2	38,2	40	50,8	5,2	220,4

Legenda (kategorije glede na ostanek vida): 1. kategorija (30%–10%, 2. kategorija (10%–5%), 3. kategorija (5%–2%), 4. kategorija (2%–0%), 5. kategorija (amaurosis)

Analiza stanja populacije slepih in slabovidnih v mednarodnem obsegu

Čeprav v Sloveniji nimamo uradne evidence o številu slepih in slabovidnih oseb, lahko na osnovi podatkov mednarodnih interpolacijskih študij sklepamo, da je število slepih in slabovidnih oseb, ki bi potrebovale celovito rehabilitacijo, bistveno večje, kot

kaže analiza iz prejšnje točke. Poleg tega je pomemben podatek, da povsod po svetu število odraslih slepih in slabovidnih oseb narašča, še zlasti po 50. letu starosti.

Podatki o prevalenci slepote in slabovidnosti so naslednji: pri otrocih do 15. leta 0,051%; pri odraslih med 15. in 49. letom starosti 0,15%; pri odraslih nad 50. letom pa kar 1,2%.

[http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No11/bulletin_2004_82\(11\)_844-851.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2004/Vol82-No11/bulletin_2004_82(11)_844-851.pdf)).

Priloga 2: Multidisciplinarna vstopna diagnostika in ocena

Za pacienta, ki je napoten v postopek CRSS, delovni tim najprej opravi vstopno multidisciplinarno diagnostiko in oceno. Multidisciplinarna diagnostika in ocena je celovita ocena zdravja, funkcioniranja in zmanjšane zmožnosti ter zajema:

- (1) oftalmološko oceno,
- (2) zdravstveno oceno,
- (3) psihosocialno oceno in oceno okolja,
- (4) splošno oceno funkcioniranja glede na funkcijo vida,
- (5) oceno sposobnosti in vedenja.

AD 1: Oftalmološka ocena

Oftalmolog postavi diagnozo in prognozo ter oceni stanje vidne funkcije nasploh. Ocena je osredotočena na objektivno ovrednotenje rehabilitandove funkcionalne vidne sposobnosti: predvsem ocena očesne strukture, gibljivosti, refrakcije, vidne ostrine na daljavo in bližino, barve, kontrasta, vidnega polja itn. Ocena in dodatne raziskave so odvisne od potreb pacienta, njegove starosti (otrok, mladostnik, odrasel), dodatnih težav (rizična simptomatika) ipd.

Ta ocena je izhodiščna točka za ostale člane delovnega tima v smislu potreb po dodatnih preiskavah, pravice rehabilitanda, nadaljnje ocene in za načrtovanje individualnega programa rehabilitacije.

Za diagnosticiranje v smislu vidne funkcije uporabljamo definicijo slepote in slabovidnosti s klinične in funkcionalne perspektive, pri kombiniranih motnjah, ki vplivajo na celovito funkcioniranje vida, pa tudi v kombinaciji z zdravstveno oceno po MKB 10.

Definicija slepote in slabovidnosti s klinične perspektive

Definicija slepote in slabovidnosti za Republiko Slovenijo in kriteriji za razvrščanje v kategorije slepote in slabovidnosti (razširjeni strokovni kolegij za okulistiko leta 1996):

Slabovidnost

1. Vidna ostrina od 0,3 do 0,1.
2. Vidna ostrina manj kot 0,1 do 0,05 ali zoženo vidno polje na 20 stopinj okrog fiksacijske točke ne glede na ostrino vida.

Slepota

1. Vidna ostrina manj kot 0,05 do 0,02 ali zoženo vidno polje okrog fiksacijske točke na 5–10 stopinj ne glede na ostrino vida.
2. Vidna ostrina manj kot 0,02 do zaznavanja svetlobe ali zoženo vidno polje okrog fiksacijske točke na manj kot 5 stopinj ne glede na ostrino vida.
3. Vidna ostrina 0 (amaurosis) – dojem svetlobe negativen.

Vidno ostrino boljšega očesa določamo z najboljšo možno korekcijo, tudi če je preiskovanec ne uporablja v očalih ali kontaktnih lečah. Vidno ostrino oftalmologi določajo na standardiziranih optotipih.

Vidno polje določamo pod pogoji perimetrije po Goldmannu, zunanjo izoptero pa določamo z značko III/4.

Definicija slepote in slabovidnosti s funkcionalne perspektive

Po definiciji SZO iz leta 1993 je slabovidna tista oseba, ki ima okvaro vidne funkcije tudi po zdravljenju in/ali standardni korekciji refrakcije ter ima vidno ostrino manjšo kot 0,3 do zaznavanja svetlobe oziroma ima vidno polje ožje kot 10 stopinj okrog fiksacijske točke, vendar je (potencialno) sposobna uporabljati vid za načrtovanje in izvajanje nalog.

AD 2: Zdravstvena ocena

Zdravniki (in po potrebi drugi zdravstveni delavci) postavijo diagnozo bolezni in oceno okvar ali omogočijo dostop do dokumentacije (v primerih, ko je diagnoza/-e ali ocena že postavljena/-e), in sicer za bolezni, ki lahko neposredno ali posredno vplivajo na vidno funkcijo ali funkcionalnost rehabilitanda, kot na primer: diabetes, okvara slušne funkcije, okvara perifernega ali centralnega živčevja, večje okvare gibalnega aparata, starostna degeneracija ipd.

Tim, ki oblikuje individualni načrt, mora poznati bolezni rehabilitanda, da bi lahko ustrezno ocenil možnosti in področja za rehabilitacijo. Od zdravja oziroma nekaterih vrst bolezni je odvisno, kakšne vrste storitev bomo načrtovali za rehabilitacijo in kaj lahko strokovni tim, rehabilitand in njegova družina pričakujejo ob koncu rehabilitacijskega procesa in česa ne.

Za diagnosticiranje se v osnovi uporablja MKB 10.

AD 3: Psihosocialna ocena in ocena okolja

Socialni delavec (po potrebi v sodelovanju z drugimi) opravi razširjeno socialno anamnezo z namenom ocene socialne podporne mreže, družinskega okolja, bivalnih okoliščin, materialnega stanja in drugih dejavnikov, ki kažejo na izhodiščne okoliščine, v katerih bo rehabilitand živel.

Za načrtovanje obsega in vrste storitev oziroma pripravo individualnega načrta rehabilitacije je zelo pomembno poznavanje okoliščin, v katerih rehabilitand živi. Z okvaro vidne funkcije (odvisno od stopnje in drugih motenj) sta se povečali odvisnost in občutljivost na neustrezne življenjske okoliščine. Na primer: več kot ima rehabilitand družinskih članov in druge socialne podporne mreže, lažje bo našel nekoga za spremstvo ali prevoz do zdravnika/šole/urada, kot če je samski ali samohranilec. Če živi v naselju, kjer je redni javni prevoz, je za samostojnost bolje, kot če živi v vaškem okolju, kjer ni javnega prevoza. Osvetljena pot s pločnikom omogoča boljše pogoje za mobilnost kot neosvetljena in neurejena pot. Fleksibilna in

kooperativna družina se bo verjetno lažje prilagodila novim okoliščinam kot toga in nekooperativna družina ali družina z odvisnostmi od opojnih substanc. V tem smislu sta za pripravo celovite multidisciplinarne ocene precej pomembni psihosocialna ocena in ocena okolja.

Pri psihosocialni anamnezi ocenjujemo življenjski kontekst rehabilitanda, na primer:

- strukturo družine: sam, partner, otroci, druge osebe, s katerimi živi;
- statuse članov: poročeni, hranilec, izobrazba, služba;
- materialne okoliščine: vrsta bivališča, zaposleni/materialno odvisni;
- resurse družine: na primer komunikacijska spretnost, pripravljenost pomagati, živeči doma itd.;
- mobilnost družine: avtomobil, javni prevoz, vaško/mestno okolje itd.;
- socialna podporna mreža: sorodstvo, sosede, prijatelji;
- zdravstveno stanje družinskih članov: razvade, odvisnosti ...;
- vse drugo, kar je odvisno od specifičnih življenjskih okoliščin in navad rehabilitanda in njegove družine ali sekundarnega bivalnega okolja.

Za potrebe psihosocialne ocene uporabimo usmerjeni intervju za socialno anamnezo.

AD 4: Splošna ocena funkcioniranja glede na funkcijo vida

Tiflopedagog (po potrebi v sodelovanju z drugimi strokovnjaki) oceni splošno funkcioniranje rehabilitanda glede na okvaro vidne funkcije. Višja kot je stopnja okvare vidne funkcije, bolj se spremeni funkcionalnost rehabilitanda in njegove družine. Če se temu pridružijo še druge težave in/ali bolezni, se lahko stopnja funkcionalnosti manjša.

Ker pa je funkcionalnost odvisna od številnih dejavnikov (tudi glede na posameznikove specifičnosti), je treba poleg spodaj standardizirane tabele za oceno stopnje samostojnosti izvesti tudi oceno s praktičnim »poskusom« z rehabilitandom in njegovo družino. Ocena je začasna, saj se običajno z začetkom rehabilitacije oziroma učenjem veščin in predelovanjem čustvenih stisk funkcionalnost izboljšuje. Zato so poleg te vstopne ocene potrebne tudi vmesne ocene in končna ocena splošne funkcionalnosti glede vidne funkcije.

Tabela (UL RS 2005) za oceno omejitve pri slepih in slabovidnih

Ovire so gibalne, komunikacijske in čustvene narave.

Ni težave	0-4%	Ni težav, do 30% izgube vida Se samostojno giblje v znanem in neznanem okolju, sam piše in bere ter pripravlja prijave za delovno mesto. Samostojno komunicira z okoljem, nima čustvenih težav pri stikih z okoljem: delodajalci in sodelavci.
Majhna težava	5-24%	30-70% izguba vida Se samostojno giblje v znanem in neznanem okolju, sam piše in bere ter pripravlja prijave za delovno mesto Samostojno komunicira z okoljem, so pa že prisotne čustvene težave zaradi izgube vida. Ne more opravljati del, pri katerih se zahteva popoln vid (ostrina vida, globinsko gledanje, zaznavanje barv ipd).
Zmerna težava	25-49%	Vidna ostrina od 0,3 do 0,1 (slabovidnost druge kategorije definicije skupine slepote in slabovidnosti) (1. kategorija po definiciji slepote in slabovidnosti). Osebe z zmernimi težavami lahko ohranijo skoraj normalno bralno hitrost, vendar so vezane na uporabo pripomočkov, ki jim pri tem pomagajo. Ne more se samostojno gibati v neznanem kraju, v znanem nima večjih težav. Brez pripomočkov ne more brati in pisati normalnega tiska (velikost 12 pt).
Velika težava	50-95%	Vidna ostrina manj od 0,01 do 0,05 (prsti na 3 metre) do) ali zoženost vidnega polja na 20 stopinj ali manj okrog fiksacijske točke ne glede na ostrino vida (2. kategorija slepote in slabovidnosti po definiciji). Osebe s hudo slabovidnostjo lahko berejo, vendar pa je njihovo branje počasnejše od normalnega. Zelo huda slabovidnost ovira tako, da je branje možno le po delčkih. Pogosto pričnejo kot dodatek vidu uporabljati druga čutila (poslušanje namesto branja). Ne more se samostojno gibati v nepoznanem okolju, in gibanje je omejeno v znanem okolju. Ne more samostojno pisati in brati – za to potrebuje ustrezne pripomočke. Čustvena prizadetost zaradi okvare vida je opazna v stikih z okoljem-na delovnem mestu, pri stiku z delodajalci,..
Popolna težava	96-100%	Vidna ostrina manj od 0,05 (prsti na 3 m) do zaznavanja svetlobe in zoženost vidnega polja okrog fiksacijske točke manj kot 5 stopinj ne glede na ostrino vida ter vidna ostrina 0 (amaurosis - dojem svetlobe negativen). (3, 4. in 5. kategorija slepote in slabovidnosti) Oseba se na svoj vid ne more zanesti, ostanki vida-če so služijo kot pomočnik ostalim čutom. Pri rehabilitaciji te skupine oseb je največji poudarek pri veščinah in pripomočkih za nadomeščanje vida. Pomagala za

		<p>nadomeščanje vida so lahko tehnično preprosta kot npr. Braillova pisava, dolga palic, izbočene točke na skali termometra in na trak posnete knjige ali pa visoka tehnologija, kot so govoreče ure in drugi, računalniško podprti pripomočki s sintetičnim jezikom.</p> <p>V nepoznanem kraju se ne more sam gibati, niti orientirati brez spremljevalca (niti s palico, niti s psom). Brez spremljevalca ne more na razgovore k delodajalcu. Ne more brati in pisati brez ustreznih tehničnih pripomočkov.</p> <p>Čustvena prizadetost zaradi okvare vida je ob uvajanju v delo visoka, v določeni meri pa prisotna ves čas.</p>
--	--	---

AD 5: Ocena sposobnosti in vedenja

Psiholog (po potrebi še drugi strokovnjaki, npr. psihoterapevt) pri rehabilitandu in po potrebi pri njegovi družini izvede oceno sposobnosti in vedenja. Ta ocena je ocena sposobnosti v najširšem pomenu besede, od kognitivnih, motoričnih, emocionalnih in motivacijskih dejavnikov do vedenja kot takega, ki je odraz mišljenja in čustvovanja.

Pri načrtovanju individualnega programa rehabilitacije mora tim poznati osnovne sposobnosti ter deficite posameznika in njegove družine, saj je od tega odvisno, v kakšnem obsegu bomo načrtovali storitve, ali bomo morda nekatere prilagodili in ali nekaterih sploh ne bo možno izvesti. Na primer: če ima rehabilitand (otrok ali odrasel) bistveno zmanjšan intelektualni razvoj, je treba temu prilagoditi pričakovanja in načine izvajanja storitev. Če je nekdo čustveno zelo labilen, bo morda treba najprej v večjem obsegu načrtovati svetovalno motivacijsko delo, vzporedno mobilnost in orientacijo, medtem ko izvedbo učenja spretnosti in veščin, ki ga zaenkrat še »iztirjajo«, načrtujemo v kasnejšem času.

Pomembno: pri vseh ocenjevanjih je treba upoštevati okolje in rehabilitandove želje, potrebe in njegovo oceno ter razumevanje oviranosti. Za oceno nikakor ni dovolj le ocena s perspektive strokovnjaka. To zlasti velja za točke 3, 4 in 5.

Priloga 3: Storitve CRSS

V tej prilogi je podroben opis storitev. Na dnu je tabela za pregled (izračun) obsega storitev.

Storitev 1: Svetovanje in motiviranje

1. Opis in cilji storitve

S storitvijo svetovanje in motiviranje pričenjamo rehabilitacijski proces, ki je vsekakor nujen in temeljni element vseh ostalih rehabilitacijskih storitev.

Storitev je usmerjena v osnovno orientacijo posameznika, prepoznavanje njegove (nove) življenjske situacije, njegovih zmožnosti in potencialov, ciljev in pričakovanj ter možnosti in potencialov družine ter okolja. Aktivna vloga temelji na enakopravnem sodelovanju, realnem prepoznavanju ovir, zadostnih informacijah o možnih oblikah razreševanja ter pravici do lastnega načrtovanja, izbora ciljev in prevzemanja odgovornosti za njihovo realizacijo.

Osnovni pogoji za prevzemanje aktivne vloge so:

- izhajanje strokovnjakov s perspektive uporabnika;
- enakopravno vključevanje uporabnika oziroma soustvarjanje konteksta za svetovanje;
- posamezniku je treba omogočiti, da spregovori o svojih ovirah, načinih spoprijemanja z njimi in o svojih načrtih;
- treba mu je omogočiti realno oceniti možnosti v okolju – ocena podporne socialne mreže, informiranje o možnih rehabilitacijskih storitvah, pripomočkih, možnosti o nadaljnjem neodvisnem življenju kljub okvari vidne funkcije itd.;
- treba mu je omogočiti izkustveno primerjavo lastnega položaja s položajem drugih slepih in slabovidnih oseb ter njihovih družin;
- treba mu je omogočiti izmenjavo njihovih izkušenj ter načinov premagovanja ovir.

Cilji:

- seznanjanje
- postopno prevzemanje aktivne vloge in
- odločitev o vključitvi v rehabilitacijo ali izbiri za posameznika smiselnih storitev.

2. Časovni obseg

Skupno od 3 do 8 ur individualnega in/ali skupinskega dela oziroma obravnave.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Osebe z ugotovljeno motnjo vida (slepi ali slabovidni) in njihovi družinski člani, ki so napoteni v proces rehabilitacije.

4. Predvideni učinki storitve

Storitev udeležencem omogoča doseganje boljšega in celovitejšega uvida v lastno situacijo, pridobivanje informacij o možnih oblikah in načinih razreševanja ter nujne elemente za odločanje in načrtovanje.

S tem so podani osnovni pogoji za odgovornejše soodločanje posameznika oziroma njegove družine, višjo stopnjo motiviranosti, aktivno in enakopravno sodelovanje v rehabilitacijskem procesu, prevzemanje nadzora nad lastno situacijo ter oblikovanje načrtov in ciljev, ki so realni in skladni z možnostmi v okolju.

Storitev neposredno vpliva na kakovost odločanja posameznika oziroma njegove družine ter sprejemanja lastne odgovornosti, s tem pa posredno vpliva na kakovost celotnega rehabilitacijskega procesa.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Vključene so naslednje vsebine in metode:

- informiranje o pravicah in kako/kje jih uveljavljati;
- informiranje o možnostih, ki jih daje CRSS;
- ocena podporne socialne mreže in vzpodbujanje njenega razvoja;
- ocena stopnje motiviranosti za vključitev v program CRSS,
- individualno in skupinsko osebno svetovanje ter
- izkustveno delo v skupini.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Storitev izvajajo strokovni delavci, usposobljeni za individualno svetovanje in skupinsko delo (socialni delavec, psihoterapevt, po potrebi pa tudi drugi profili). Izvajalci programa morajo biti dobro seznanjeni z obstoječimi možnostmi v okolju ter usposobljeni za izvajanje osebnega svetovanja ter informiranja posameznikov in njihovih družin.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 2: Multidisciplinarna vstopna diagnostika in ocena

1. Opis in cilji storitve

Multidisciplinarna diagnostika in ocena je začetek procesa celovite rehabilitacije slepih in slabovidnih ljudi ter predstavlja izhodiščno fazo za pripravo individualnega načrta za rehabilitacijo.

Storitev je usmerjena v celostno oceno posameznikovega funkcioniranja, potreb in sposobnosti tako pri posamezniku kot pri ožjem in širšem socialnem (življenjskem) okolju.

Področja ocenjevanja so:

- (1) oftalmološka ocena,
- (2) zdravstvena ocena,
- (3) psihosocialna ocena in ocena okolja,
- (4) splošna ocena funkcioniranja glede na funkcijo vida,
- (5) ocena sposobnosti in vedenja.

Splošna ocena funkcioniranja glede na funkcijo vida (področje 4) je ocena, ki je tudi izhodišče za primerjanje sprememb (napredka) pri posamezniku in družini v procesu rehabilitacije. Spremembe napredka rehabilitanda in njegove družine dobimo s primerjavo začetne ter vmesnih in končne splošne ocene funkcioniranja glede na funkcijo vida. Da bi dosegli primerljivost ocen, mora biti uporabljen enak inštrumentarij ocenjevanja na začetku (to je pri multidisciplinarni oceni) in pri kasnejših ocenjevanjih (to je pri vseh vmesnih in končni oceni). Vmesne in končno oceno izvajamo v okviru storitve 10. (Op.: za podrobnejši opis glej prilogo 3.)

Cilji storitve so:

- podati celovito oceno vpliva okvare funkcije vida in vse njene posledice na razvoj, funkcioniranje in zmožnosti posameznika ter njegove družine, kar je izhodišče za (so)oblikovanje individualnega rehabilitacijskega načrta;
- opredeliti nadaljnje aktivnosti (izhajajoč iz ocene), ki so potrebne za oblikovanje individualnega rehabilitacijskega načrta.

2. Časovni obseg

Časovni okvir: najmanj 10 ur do največ 30 ur.

Zajete so: vstopna in izstopna diagnostika in ocena ter vmesne ocene (ob vsaki zaključni izvedbeni fazi, da bi ocenili napredek oziroma potrebne spremembe individualnega načrta).

- Časovni obseg storitve je odvisen od kompleksnosti problematike in potreb posameznika. Pri izvedbi storitve obvezno sodelujejo vsi člani strokovnega tima in rehabilitand z družino.
- Program traja do 6 ur dnevno, obseg in vsebino aktivnosti oblikujemo individualno glede na posameznikove potrebe in zmožnosti ter zastavljene cilje.
- Časovni obseg storitve lahko izjemoma podaljšamo nad 30 ur, in sicer v primerih kompleksnejših oziroma multiplih okvar, kot so npr. možganske poškodbe, posamezniki s kronično potekajočimi duševnimi motnjami, pri katerih so v daljšem časovnem obdobju pogosta izrazita nihanja in spremembe funkcioniranja, ter v drugih primerih kompleksnih motenj.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Mlajši otroci s starši, otroci in mladostniki ter odrasli.

4. Predvideni učinki storitve

Storitev je izhodišče za oceno funkcioniranja posameznika, njegove družine in življenjskega okolja v smislu deficitov in virov. Iz tega lahko ocenimo potrebne aktivnosti za celovito rehabilitacijo. Pri oblikovanju individualnega načrta pa lahko tako načrtujemo ustrezne storitve CRSS.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Načrt izvajanja storitve (izvajalci, oblike, vrste in področja ocenjevanja) za vsakega posameznika oblikujemo individualno, glede na njegove potrebe, zmožnosti, ovire, multiple okvare in življenjske okoliščine.

Storitev izvajamo individualno.

Področja ocenjevanja so:

- oftalmološki vidiki;
- zdravstveni vidiki (ki posredno ali neposredno vplivajo na vidno funkcijo);
- socialni dejavniki in dejavniki okolja;
- ocena sposobnosti, kognitivnih funkcij in sposobnosti učenja;
- ocena osebnosti in vedenja;
- sprejemanje novonastalih okoliščin zaradi okvare vidne funkcije (pri posamezniku in njegovi družini);
- motivacija, interesi, cilji, želje ter
- ocena posameznikovega celostnega funkcioniranja.

Ocenitev vpliva okvare vidne funkcije na razvoj in funkcioniranje posameznika zajema socialno anamnezo, izvedbo, integracijo in interpretacijo informacij, pridobljenih v procesu ocenjevanja, priporočila za nadaljnje postopke ter spremljanje napredka rehabilitanda in njegove družine.

Storitev vključuje naslednje metode in tehnike:

- usmerjeni intervju in heteroanamnezo;
- pregled in analizo razpoložljive dokumentacije;
- oceno stopnje motiviranosti za vključitev v nadaljnje programe;
- snovno oceno vrste in stopnje težav in ovir;
- informiranje o možnostih v okolju, pravicah in možnih izbirah;
- individualno in skupinsko svetovanje;
- izkustveno delo v skupini ter
- evalvacijo izborov in povratne informacije.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovske pogoji

Izvajalci ocene, individualna in timska ocena.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 3: Izdelava individualnega načrta CRSS

1. Opis in cilji storitve

Na osnovi svetovanja in motiviranja ter izhajajoč iz multidisciplinarne diagnostike in ocene tim skupaj s posameznikom in/ali družino (ali zakonitim zastopnikom) oblikuje individualni načrt rehabilitacije. Načrt izvajanja storitve, vsebine, poudarke, izvajalce ter oblike za vsakega posameznika oblikujemo individualno, upoštevajoč potrebe in zmožnosti rehabilitanda in njegove družine ter življenjskega okolja.

Individualni načrt vsebuje: cilje za rehabilitacijo za konkretno osebo in njeno družino, časovni obseg, predvidene učinke, storitve in način njihovega izvajanja, izvedbene kadrovske in organizacijske pogoje, oceno opravljene storitve (na začetku, v različnih fazah in na koncu) ter tabelo obsega storitev, iz katere je razviden predvideni obseg dela.

Cilj storitve je izdelati shemo vseh storitev in izvedbenih korakov, časovni plan in obseg ter predvsem skupaj z rehabilitandom in njegovo družino (ali zakonitim zastopnikom) načrtovati njegovo pot do cilja rehabilitacije – čim večje stopnje samostojnosti in neodvisnosti življenja.

2. Časovni obseg

- Za izdelavo načrta: število članov tima x 1 do 2 uri (odvisno od zahtevnosti okvare ali več okvar).
- Za redefiniranje načrta: število članov x 1 ura, če se ob vmesnih ocenah pokaže, da je to potrebno, sicer to odpade.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Individualni načrt izdelamo za vsakega, s katerim izvajamo rehabilitacijo.

4. Predvideni učinki storitve

- Je temeljni načrt izvajanja rehabilitacije, iz katerega lahko predvidimo časovni in stroškovni obseg ter izvedbeni plan.
- Na njegovi osnovi lahko ocenjujemo napredek rehabilitanda v procesu rehabilitacije in učinkovitost dela rehabilitacije.
- Omogoča prevzemanje aktivne in enakopravne vloge posameznika oziroma njegove družine v procesu rehabilitacije.

Storitev neposredno vpliva na kakovost odločanja in sprejemanja lastne odgovornosti, s tem pa posredno vpliva na kakovost celotnega rehabilitacijskega procesa.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Storitev vključuje naslednje metode in tehnike:

- na osnovi podatkov multidisciplinarne diagnostike in ocene je treba izdelati povzetek in interpretacijo ter formulacijo zmožnosti, ovir in prognoze;
- skupaj z rehabilitandom moramo postaviti rehabilitacijski cilj;
- skupaj z rehabilitandom je treba začrtati pot za doseg tega rehabilitacijskega cilja;
- izbrati moramo storitve in njihov obseg, ki bodo omogočile izvedbo poti oziroma cilja rehabilitacije;
- začrtati je treba časovni obseg;
- oblikovati moramo delovni tim za konkretnega rehabilitanda glede na potrebe, razvidne iz individualnega načrta;
- definirati moramo frekvenco in obseg srečevanja ter način dela tima;
- določiti je treba načine in poti za prijavljanje motenj (tako izvajalcev kot rehabilitanda in njegove družine), ko prihaja do motenj v procesu izvajanja rehabilitacije;
- določiti moramo načine za oceno učinkovitosti (vmesne in končne ocene).

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Storitev izvajamo individualno (za vsakega rehabilitanda in njegovo družino posebej).

Osnutek načrta v sodelovanju s koordinatorjem tima in rehabilitandom ter njegovo družino pripravi tiflopedagog.

Koordinator tima (soc. delavec ali kdo drug) skrbi za koordinacijo izvajalcev in izvajanja načrta nasploh.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 4: Pomoč pri sprejemanju motnje vida pri posamezniku in njegovi družini

1. Opis in cilji storitve

Storitev zajema niz različnih, predvsem socioterapevtskih, psihoterapevtskih ter svetovalnih pristopov in metod, ki udeležencem omogočajo:

- širjenje vpogleda v lastno situacijo in dejavnike, ki nanjo vplivajo;
- možnost pridobivanja novih življenjskih izkušenj;
- pomoč pri sprejemanju slepote oziroma slabovidnosti posameznika in njegove družine;
- možnost predelave čustvenih stisk, osebnih problemov in izkušenj;
- prepoznavanje in razvijanje lastnih interesov ter potencialov za nove okoliščine;
- sodelovanje pri sprejemanju skupinskih nalog, pravil in ciljev;
- pridobivanje informacij in znanj, ki jim omogočajo bolj kompetentno vključevanje v socialno sredino glede na novonastale okoliščine;
- čim bolj samostojno funkcioniranje in neodvisno življenje slepih in slabovidnih oseb.

Vsebine storitve so prilagojene specifičnim potrebam posameznika in njegovega ožjega in širšega socialnega okolja.

2. Časovni obseg

Storitev poteka individualno in/ali skupinsko tako za posameznika kot za njegovo družino, in sicer v obsegu od 5 do 30 ur.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Vsi rehabilitandi in njihove družine.

4. Predvideni učinki storitve

Storitev posamezniku in njegovi družini omogoča nov orientacijski okvir oziroma predstavo o novi življenjski poti v okviru novonastalih okoliščin ter kako to doseči: celostni vpogled v novonastalo situacijo, možnosti optimalnega razvoja pod novimi pogoji, reorganizacije družinskih in življenjskih vlog ter celostnega funkcioniranja, življenjskih vrednot in ciljev.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Individualno in/ali družina; obseg in vključitev glede na kompleksnost problema.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Psiholog, psihoterapevt.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 5: Oftalmološka obravnava

1. Opis in cilji storitve

Obravnava poteka po veljavnih javnih storitvah SPP (skupina primerljivih primerov) in ambulantnih storitvah za oftalmologijo. Dogovor ZZZS.

2. Časovni obseg

V skladu s 1. točko te storitve, cilji programa ter potrebami rehabilitanda.

3. Ciljna/-e skupina/-e

V skladu s 1. točko te storitve in v skladu s ciljno populacijo programa.

4. Predvideni učinki storitve

V skladu s 1. točko te storitve in cilji programa.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

V skladu s 1. točko te storitve in potrebami rehabilitandov tega programa.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovske pogoji

V skladu s 1. točko te storitve.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

V skladu s 1. točko te storitve in točko 3.6 tega programa: izvajanje (evalvacijskih) ocen.

Storitev 6: Celovita zgodnja obravnava slepih in slabovidnih otrok in njihovih družinskih članov

1. Opis in cilji storitve

Celovita zgodnja obravnava (CZO) je sklop storitev različnih strok, namenjenih najmlajšim otrokom in njihovim staršem. Storitve so družinam na voljo na njihovo željo, in sicer takrat, ko jih potrebujejo, obsegajo pa vsakršno pomoč, povezano s posebnimi potrebami slepega ali slabovidnega otroka. Namen zgodnje obravnave je:

- a) zagotoviti nemoten psihosocialni in fizični razvoj otrok;
- b) opolnomočiti družine ter
- c) socialno vključevati otroke in njihove družine v širši družbeni kontekst.

Cilji:

Celovita zgodnja obravnava otrok s posebnimi potrebami in njihovih družin zagotavlja pogoje za doseganje naslednjih ciljev:

- a) otroci in starši so deležni kakovostne podpore;
- b) institucije in strokovnjaki delujejo med seboj usklajeno in koordinirano;
- c) družine temeljito spoznajo otrokove posebne potrebe in
- č) družine pridobijo podporo, znanje in strategije za spoprijemanje z lastnimi individualnimi potrebami.

Zgodnjo obravnavo je treba začeti takoj po rojstvu otroka oziroma takoj, ko so odkriti dejavniki tveganja.

2. Časovni obseg

Čas trajanja: od rojstva (detekcije) do vključitve v obvezni vzgojno-izobraževalni program.

– Izbrani pediater, oftalmologi, razvojni pediater, socialni delavec, fizioterapevt, razvojni nevropsiholog, delovni terapevt in logoped že delujejo v okviru obstoječe zakonodaje in storitev (razvojne ambulante, klinike itd.).

– Tiflopedagogi (sočasno so v obravnavo vključeni svojci, kasneje še predvideni vzgojitelji in učitelji):

– od 0 do 2. leta: 10–90 ur letno,

– od 2. leta do vstopa v šolo: 10–120 ur letno.

– Klinični psihologi in psihoterapevt – za starše in druge ožje svojce: prvo obdobje 10–150 ur, v nadaljevanju po potrebi.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Slep ali slaboviden otrok, starši, bratje, sestre oziroma ožji svojci (skrbniki).

4. Predvideni učinki storitve

Posledično imajo družine, ki so deležne celovite zgodnje obravnave, večje možnosti za vzpostavljanje in ohranjanje duševnega zdravja in psihičnega blagostanja, zdravje in psihofizični razvoj njihovih otrok pa napredujejo.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Otroci:

Ugotavljanje:

1. razvojnega statusa otrok,
2. statusa vedenjske prilagojenosti otrok in
3. vrste in kakovosti igre ter socialnih interakcij otrok.

Celostni razvoj otrok ugotavljamo na naslednjih področjih:

1. kognitivno področje,
2. verbalno področje,
3. socializacija,
4. nadomestitveno področje,

5. samourejanje in samopomoč,
6. fina motorika,
7. groba motorika in
8. področje ostankov vida.

Starši:

- pomoč pri opolnomočenju (pravice itd.) ter
- psihološka oziroma psihoterapevtska podpora.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovske pogoji

Pediatri, oftalmologi, osebni zdravniki, tiflopedagogi in drugi specialni pedagogi (logopedi, avdiologi itd.), socialni delavci, delovni terapevti, fizioterapevti, psihologi in psihoterapevti itd.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

a. Oblikovanje individualnega družinskega načrta pomoči (IDNP; Individual Family Service Plan), ki nastane na podlagi ocene stanja in potreb s strani staršev in strokovnjakov. Individualni družinski načrt pomoči je treba nenehno spremljati, evalvirati in po potrebi spreminjati oziroma prilagajati novonastalim situacijam.

– Ugotavljanje in ocenjevanje potreb, pri čemer je bistveno, da se ocenjevanje pojmuje kot proces in ne kot končno stanje.

b. Evalvacija

c. Letno poročilo

d. Nadgradnja IDNP, evalvacija, letno poročilo itd. do vstopa v VIP.

Storitev 7: Razvijanje psihosocialnih spretnosti

1. Opis in cilji storitve

Temeljni cilj storitve je razvijanje psihosocialnih spretnosti in veščin, ki omogočajo učinkovitejšo komunikacijo posameznika z okoljem, širjenje možnosti izbora ravnanj v socialnih situacijah, učinkovitejše obvladovanje konfliktnih situacij, razvijanje sposobnosti zastopanja samega sebe v socialnih situacijah in učenje različnih strategij spoprijemanja z vsakodnevnimi situacijami.

Storitev zajema zaokrožena tematska področja relevantnih kompenzacijskih spretnosti (komunikacijske spretnosti, obvladovanje konfliktov, zastopanje sebe, specifične spretnosti v življenjskem okolju, ...) in učenje učinkovitejših strategij spoprijemanja z ovirami v ožjem in širšem socialnem okolju (tehnike reševanja problemov, sproščanja, obvladovanja problematičnih ravnanj, ...).

Storitev izvajamo individualno in skupinsko.

2. Časovni obseg

– Od 40 do 150 ur, odvisno od tega, koliko ostanka vida ima rehabilitand, starosti, spretnosti in njegove podporne socialne mreže.

– Včasih se pokaže, da bo potrebnih manj ur, drugič (glede na starost in druge multiple motnje) pa več.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Vsi rehabilitandi in njihove družine.

4. Predvideni učinki storitve

Večanje samostojnosti in kompetentnosti posameznika v različnih življenjskih situacijah, okoljih in življenjskih potrebah za namen čim večje stopnje samostojnosti in neodvisnega življenja.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Individualno in/ali skupinsko.

Vsebina zajema naslednja področja:

- govor in komunikacija (od 5 do 10 ur),
- igra, šport, interesne aktivnosti (od 5 do 10 ur);
- komunikacijske tehnike:

A) za slabovidne osebe

- učenje tehnik gledanja in branja glede na motnjo: izbira rehabilitacijskega pripomočka, trening uporabe predpisanega pripomočka, prilagoditve okolja glede na korekcijsko-kompenzacijske potrebe posameznika, ugotovitev in predlogi (5 do 10 ur),
- tipkanje in računalniško opismenjevanje na prilagojeni računalniški opremi ter svetovanje in izbira strojne in programske IKT (60 ur),

B) za slepe osebe

- (s funkcionalnimi ostanki vida) učenje tehnik gledanja z izbranim in predpisanim rehabilitacijskim pripomočkom za bližino ali daljavo (10–20 ur);
- učenje brajice in uporabe pripomočka za zapis ter predpisovanje pripomočka (30 ur; tiflopedagog in oftalmolog);
- uporaba slušne komunikacije, pripomočkov in predpisovanje komunikacijskega pripomočka (5 ur);
- tipkanje in računalniško opismenjevanje na prilagojeni strojni in programski opremi ter prehod iz 6- na 8-točkovni zapis (60 ur);
- svetovanje in izbira prilagojene IKT, sinteza ter treningi uporabe pripomočka in tehnik zapisa, predpisovanje brajevih zaslonov/vrstic (2 uri).

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Tiflopedagog, psiholog, psihoterapevt, računalničar oziroma usposobljen strokovnjak, ki pozna rehabilitacijsko opremo za slepe in slabovidne (brajica, brajev zaslon, Jaws, ZoomText).

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 8: Dnevne življenjske aktivnosti in prilagoditve okolja

1. Opis in cilji storitve

Storitev glede na potrebe in oceno posameznika zajema učenje opravljanja dnevnih življenjskih aktivnosti (DŽA) ob ustreznih prilagoditvah okolja (osvetlitev, kontrast, talne oznake, enostavne tipne prilagoditve, nastavitve aparatov itn.) in pripomočkov za vsakodnevne dejavnosti (ure, tehtnice, merila).

Cilj: pri odraslih neodvisnost, pozitivna samopodoba, suverenost.

2. Časovni obseg

Od 5 do 30 ur.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Vsi rehabilitandi in njihove družine.

4. Predvideni učinki storitve:

- reorganizacija vzorcev funkcioniranja;
- samostojnost pri izvajanju aktivnosti odraslih;
- boljša samopodoba;
- razvijanje DŽA pri otrocih v korelaciji s celostnim razvojem in razvojnim obdobjem (samostojno prehranjevanje, oblačenje, itn.);
- transfer na družinske člane ter
- zmanjševanje prezaščitniškega odnosa.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Skupinsko in /ali individualno na domu po dogovoru oziroma na kraju izvajanja programa.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Storitev izvaja tiflopedagog, po potrebi delovni terapevt. Pri otrocih sočasno vključimo starše.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 9: Orientacija in mobilnost

1. Opis in cilji storitve

Diagnoza slepote oziroma slabovidnosti definira senzorno motnjo, ki se glede na stopnjo motnje vidne funkcije odraža kot komunikacijska in gibalna oviranost.

Orientacija in mobilnost sta temeljnega pomena za vsakodnevno samostojno življenje slepih in slabovidnih oseb, ker ublažita in odpravljata posledice senzorne motnje v smislu odpravljanja gibalne oviranosti ter zoženja socialnih situacij in stikov. Osnovni cilj treninga je slepega posameznika usposobiti za varno samostojno funkcioniranje v fizičnem okolju in razviti samostojne tehnike gibanja v ožjem okolju ter mobilnost v širšem smislu.

2. Časovni obseg

10–30 ur individualno.

3. Ciljna/-e skupina/-e

Vsi (predvsem slepi po definiciji) rehabilitandi in njihovi družinski člani – tehnike spremljanja, opisovanja okolja ...

4. Predvideni učinki storitve:

- usposobijo se v gibanju ter obvladovanju svojega telesa, prostora in širšega okolja;
- usposobijo se za čim bolj samostojno življenje;
- posebej razvijajo in urijo čutila (tip, voh, sluh, čutilo za toploto, ravnotežje in gibalne občutke);
- razvijajo občutek varnosti, samozavesti in samopodobe;
- postajajo bolj motivirani za samostojno hojo s pripomočki;
- vzpostavljajo stik z okoljem na čim bolj naraven način;
- usposablajo se za zavesten in aktiven odnos do okolja in v medčloveških odnosih;
- razvijajo grobo in fino motoriko;
- pridobivajo znanja za uspešno komunikacijo;
- razvijajo in urijo spomin, večajo koncentracijo ter utrjujejo samostojnost in zanesljivost pri opravljanju vsakodnevnih opravil;
- preprečevanje razvoja sekundarnih psihosomatskih posledic motnje vida na zdravje posameznika in njegove družine.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Storitev izvajamo individualno.

Orientacija je individualna oblika usposabljanja za slepe in slabovidne osebe, ki z motnjo vidne funkcije ne zmorejo več samostojnega vključevanja v fizično okolje in samostojnega gibanja. Osebe osvojijo predstave v prostoru (o lastnostih predmetov) in različnih življenjskih situacijah ter se naučijo samostojnega gibanja s treningom preostalih čutil. Vaje in treningi so postopni, odvisni od življenjskega obdobja, ko pri posamezniku nastane motnja vida.

Predstave slepih oseb o materialnem okolju se skozi proces usposabljanje šele oblikujejo, zato sta v začetni fazi izobraževanja sensorika in orientacija nerazviti. Slepe osebe si morajo na osnovi predhodnih zaznav ustvariti čim več jasnih in popolnih predstav. To dosežemo z načrtnim urjenjem čutil in sprotnim tolmačenjem čutnih zaznav.

Pri treningih orientacije in mobilnosti se posamezniki naučijo ocenjevati in obvladovati ovire in spoznavati ovire v okolju. Prek preostalih čutil – informacij iz okolja – pridobivajo nove prostorske predstave. Te kasneje preverjajo s samostojnim gibanjem. Potek vaj je metodično zasnovan od lažjih k težjim in na postopnosti. Prek veščin orientacije in mobilnosti, ki ju posameznik razvije v novi situaciji, se vzporedno z vsakim novim samostojnim korakom ali dejavnostjo spreminja tudi samopodoba posameznika in motivacija za nadaljnje vseživljenjsko učenje. Orientacija kot veščina: interakcija s fizičnim svetom brez vida ni le tehnika hranjenja, oblačenja, hoje z belo palico itn., temveč poteka z vzporedno reorganizacijo posameznikovih čustvenih, psihičnih in mentalnih procesov.

Z vajami začnemo v znanem okolju (dom, varno okolje). Pridobljena znanja nato slepa oseba uporabi v neznanih prostorih in neznanem okolju (stanovanjske zgradbe, uradi, prometna sredstva ...).

Pri osebah, ki imajo še nekaj vida, skušamo z vajami izboljšati sposobnost uporabe preostalega vida pri hoji. Urimo tudi taktilno, kinestetično in akustično zaznavanje. Orientacija in mobilnost sta namenjeni predvsem obvladanju prostora. Gre za popolno orientacijo v življenjskem in delovnem okolju tako pri vsakodnevnih opravilih kot pri obvladovanju krajših in daljših samostojnih relacij. Slepa oseba se navaja na uporabo pripomočkov za samostojno gibanje (spremljevalec, bela palica, pes vodič, elektronski pripomočki).

Orientacija in mobilnost temeljita na sposobnostih čutnega zaznavanja in gibalnih sposobnostih, povezani pa sta tudi z intelektualnimi zmogljivostmi posameznika. V procesu orientacije in mobilnosti je za posameznika pomembna podpora okolja, ki slepemu nudi občutek varnosti in dovolj vzpodbud za aktivno raziskovanje okolja ter permanentno usposabljanje v orientaciji in mobilnosti.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Storitev orientacije in mobilnosti izvaja tiflopedagog.

Učni poligon, bivalno okolje, rehabilitacijski pripomočki.

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in

tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Storitev 10: Priprava ocen in zaključnega poročila

1. Opis in cilji storitve

Storitev je namenjena ocenjevanju rehabilitacijskega procesa za sledeča področja: stopnja adaptiranosti posameznika, stopnja njegove neodvisnosti v življenju, stopnja adaptiranosti socialnega bivalnega okolja rehabilitanda, stopnja adaptiranosti fizičnega bivalnega okolja rehabilitanda in ocena učinkovitosti izvajanja storitev rehabilitacije.

Del te storitve je tudi zaključna multidisciplinarna ocena.

Zaključna multidisciplinarna ocena je ocena različnih strokovnih profilov, ki so bili poleg rehabilitanda in njegove družine udeleženi v procesu rehabilitacije. Zaključna multidisciplinarna ocena je del zaključnega poročila in služi oceni nadaljnje usmeritve in uspešnosti izvajalcev ter je izhodiščna točka za vstopno multidisciplinarno oceno, če pride do bistvenega poslabšanja funkcionalnosti zaradi vida in se čez čas potreba po rehabilitaciji ponovi.

Ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa (tako pri rehabilitandu kot pri izvajalcih storitev) poteka sprotno (na osnovi timskega spremljanja in evalvacije ter samoocene napredovanja rehabilitanda in njegove družine) v kvalitativni in kvantitativni obliki. Zaključna multidisciplinarna ocena je kompleksna ocena različnih področij, ki jih ocenjujejo tim, rehabilitand in njegova družina ter skupina za spremljanje izvajanja rehabilitacije. (Op.: za podrobnejši opis, kdo kaj ocenjuje, glej točko 5 te storitve.)

2. Časovni obseg

Časovni obseg vseh postopkov evalvacije je 8 ur na rehabilitanda.

3. Ciljna-e skupina-e

V storitev so vključene vse osebe, ki jih izvajalec obravnava v storitvah celovite rehabilitacije. V ocenjevanje so vključeni tudi izvajalci sami.

4. Predvideni učinki storitve

Sprotno ocenjevanje uspešnosti rehabilitacijskega procesa posameznika, vključno s samoocenjevanjem, omogoča krepitev aktivne vloge uporabnika, višjo stopnjo motivacije in prevzemanje odgovornosti za lasten razvoj, učinkovitost in oblikovanje realnih ciljev.

Sprotno oziroma vmesno ocenjevanje rehabilitacijskega procesa in izvajanja posameznih storitev omogoča oceno uspešnosti izvajanja storitve in po potrebi redefiniranje individualnega načrta, če se v času izvajanja pokaže potreba po taki spremembi – bodisi po zmanjšanju ali povečanju storitev ali drugačnem načrtovanju izvedbe določene storitve ali celotnega načrta.

Ocenjevanje uspešnosti na ravni strokovnega tima omogoča doseganje optimalnih učinkov rehabilitacijskega procesa, izbor ustreznih metod in postopkov, kontinuiteto rehabilitacijskega procesa in strokovno utemeljeno načrtovanje nadaljnjih programov. Ocenjevanje izvajanja rehabilitacijskih procesov in storitev omogoča izboljšanje rehabilitacijskega procesa (posledično pa stopnjo rehabilitandove adaptiranosti) ter izboljšanje storitev in strokovni razvoj rehabilitacijskega programa v celoti.

5. Vsebina, metode, tehnike, oblike, pristopi in postopek izvajanja storitve

Področja, ki jih ocenjujemo v sprotnih in zaključni oceni, so:

a. Stopnja adaptiranosti pri rehabilitandu: stopnja napredka npr. pri DŽA (dnevni življenjskih aktivnostih), socialnih veščinah, orientaciji, mobilnosti (notranji in zunanji), uporabi rehabilitacijskih pripomočkov ipd. Stopnja samostojnosti: npr. vstajanje, bioritem, prehranjevanje, higiena, organiziranje in uporaba osnovnih potrebščin (perilo, obleka), priprava hrane in pijače, gibanje po notranjih prostorih in v zunanjem ožjem okolju. Pri tej oceni moramo upoštevati stopnjo ostanka vida, starost, morebitne dodatne bolezni ali motnje, socialno-ekonomski status ipd.

b. Stopnja neodvisnosti vsakodnevnega življenja rehabilitanda (po definiciji neodvisnega življenja – glej točko 1.4.4).

Ocenjujemo stopnjo nadzora svojega življenja (npr. koliko ima nadzora, izbire in odločanja o svojem načinu življenja, o uporabi svojega denarja, kje se bo izobraževal in/ali živel – doma, v instituciji ...). Stopnja neodvisnosti življenja ni neposredno vezana na stopnjo ostanka vida, starost, morebitne dodatne bolezni ali motnje ali socialno-ekonomski status. Posameznik lahko večjo stopnjo neodvisnosti doseže s pomočjo drugih (npr. osebne asistence), če ob tem ohrani nadzor nad svojim življenjem.

c. Stopnja adaptiranosti socialnega okolja in usposobljenost ljudi v bivalnem okolju za interakcijo in komunikacijo (svojci, negovalno osebje, če živi v nastanitveni instituciji ipd.): npr. stopnja zmožnosti spremljanja, ustreznega komuniciranja, reorganiziranja vlog in po potrebi življenja nasploh. Pomembno je zavedanje (svojcev in negovalnega ter drugega osebja v institucijah), da se mora tudi okolje, v katerem rehabilitand živi, prilagajati rehabilitandu in ne le rehabilitand okolju.

d. Stopnja adaptiranosti fizičnega okolja (arhitekturnega in informacijsko-komunikacijskega): npr. osnovni označevalci (markerji) za sledenje v bivalnem okolju (doma in/ali v instituciji), rehabilitacijski pripomočki, druga arhitekturna in informacijska (ne)prilagoditev, potrebna za večjo stopnjo samostojnosti glede na

okvaro vida ali druge motnje, ki vplivajo na funkcionalnost vidne funkcije in s tem na stopnjo samostojnosti in neodvisnosti.

e. Ocena uspešnosti izvajanja storitev, to je dela strokovnih delavcev in sodelavcev, ter prostorsko-tehničnih pogojev za izvajanje posameznega individualnega načrta CRSS. Če je ocena slaba, je treba ugotoviti vzroke in izdelati načrt za izboljšavo s konkretnimi predlogi in terminskim planom.

6. Izvedbeni, organizacijski in kadrovski pogoji

Oceno izvajamo na treh ravneh, opravljajo pa jo:

– Multidisciplinarni tim: ocenjuje zgoraj omenjena področja. Evalvacijo na timski ravni izvajajo člani tima in zajema evalvacijo individualnega načrta za posameznega rehabilitanda. Evalvacijo izvajamo na timskih sestankih, ki morajo biti izvedeni najmanj ob pričetku in zaključku rehabilitacijskega procesa ter ob pričetku in zaključku izvedbe posamezne storitve. Izvedba evalvacije mora biti razvidna iz zapisa timskega sestanka (minimalni standard). Oceno funkcionalnosti rehabilitanda izvajamo tudi v kontekstu rehabilitandovega bivalnega okolja in ne le v kontekstu kliničnega okolja. Če je ocena slaba, moramo izdelati tudi oceno, v kateri ugotovimo, kje in zakaj je prišlo do takih rezultatov. Ugotoviti moramo vzroke, oceno in opis ter predlagati, kako in do kdaj bo stanje spremenjeno.

– Rehabilitand ali/in njegov zagovornik: ocenjuje dosežke in izvajanje na zgoraj omenjenih področjih. Če jih na določenem področju oceni kot neučinkovite, opiše svoje mnenje – kje in zakaj ni bilo dovolj učinkovitosti. Opisati mora konkretno in jasno kaj in kje (ne pavšalno in ne le občutke). Del ocene je predlog, kako stanje izboljšati. Ocena izvedbe rehabilitacijskega načrta je del poročila izvajalcev.

– Skupina za spremljanje izvajanja CRSS: ocenjuje zgoraj omenjena področja. Skupina začne postopek ocenjevanja na pobudo delovnega tima, rehabilitanda, svojcev ali na lastno pobudo. Obvezno mora začeti oceno, če je s strani delovnega tima ali rehabilitanda v procesu rehabilitacije ugotovljena neučinkovitost. V primeru negativnih evalvacijskih rezultatov storitev mora skupina poiskati vzroke oziroma preučiti dejavnike za tak rezultat. Na osnovi ugotovljenih dejstev oblikuje predloge, ki bodo omogočali doseganje boljših rezultatov. Izvajalci so jih dolžni vključiti v svoje delo. Skupina svoje ugotovitve in predloge najprej posreduje izvajalcem. Če do izboljšanja rezultatov ne pride, posreduje predlog vodstvu organizacije, ki izvaja storitve. Če še vedno ne pride do ključnih sprememb, obvesti Ministrstvo za zdravje in financerja (pošlje oceno in predlog sprememb).

7. Shema poročila o opravljeni storitvi

Do oblikovanja enotne oblike poročila, ki ga bo na osnovi spremljanja in evalvacije izvajanja programa pripravila imenovana skupina strokovnjakov (izbrana po ključu kot skupina, ki je izdelala ta program), je izvajalec poročilo dolžan oblikovati tako, da bo poleg osnovnih podatkov o rehabilitandu in njegovi družini zajemalo še: vrsto storitve, skupen čas trajanja, izvajalca storitve, osnovne vsebine, uporabljene metode in

tehnike, oceno doseženih rezultatov in predloge za naprej (za namene redefiniranja načrtovanja, ugotavljanja učinkovitosti ali prognoze).

Tabela za izračun obsega storitev za posamezen individualni načrt

Potem ko individualni načrt rehabilitacije izdelamo za vsakega rehabilitanda (torej izberemo tudi storitve), lahko v tabelo za izračun obsega storitev vnesemo število ur za posamezno področje in posamezno storitev ter tako dobimo obseg potrebnih ur. Tabela je del individualnega načrta. V primeru spreminjanja individualnega načrta izdelamo drugo tabelo in s tem stroškovnik.

Storitev	Časovni obseg	Ciljna/-e skupina/-e			Kadrovski pogoji
		posameznik	družina	okolje	
1 SVETOVANJE IN MOTIVIRANJE					
2 MULTIDISCIPLINARNA DIAGNOSTIKA IN OCENA					
3 IZDELAVA NAČRTA REHABILITACIJSKEGA PROGRAMA					
4 POMOČ PRI SPREJEMANJU MOTNJE VIDA POSAMEZNIKU IN NJEGOVI DRUŽINI					
5 OFTALMOLOŠKA OBRAVNAVA					
6 CELOVITA ZGODNJA OBRAVNAVA SLEPIH IN SLABOVIDNIH OTROK IN NJIHOVIH DRUŽINSKIH ČLANOV					
7 RAZVIJANJE PSIHOOSOCIALNIH SPRETNOSTI					
8 DNEVNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI IN PRILAGODITVE OKOLJA					
9 ORIENTACIJA IN MOBILNOST					
10 PRIPRAVA OCEN IN ZAKLJUČNEGA POROČILA					

Priloga 4: Naloge in kompetence izvajalcev CRSS

Oftalmolog: osredotoči se na objektivno ovrednotenje rehabilitandove funkcionalne vidne sposobnosti in članom delovne skupine (oblikovane za posameznika) posreduje podatke, potrebne za rehabilitacijo. (Op.: naloge oftalmologa so opisane v standardu obravnave v Ambulanti za slepe in slabovidne.)

Na podlagi lastnih ali drugod izvedenih meritev (kot so ostrina vida, kontrastni vid, barvni vid in vidno polje) na podlagi pregleda, pogovora z rehabilitandom in drugimi izvajalci CRSS uvaja v uporabo in prilagaja rehabilitacijske optične pripomočke ter po potrebi rehabilitanda uvaja v njihovo uporabo. Svetuje tudi glede ergonomije in učinkovite rabe ostankov vida v različnih okoljih.

Socialni delavec (univ. izobrazba): sodeluje pri multidisciplinarni oceni in izvedbi tistega dela individualnega programa, ki je v skladu z njegovimi poklicnimi kompetencami. Na primer: zbira potrebno dokumentacijo in izvede socialno anamnezo. Uporabnika informira o zakonskih pravicah in možnostih ter pomaga pri uveljavljanju teh pravic. Informira, usmerja in pomaga pri vzpostavljanju stikov z drugimi službami (znotraj in zunaj njih) izvajalcev rehabilitacije. Vodi prvo svetovalno pomoč in/ali osebno psihosocialno svetovanje. Če ni dogovorjeno drugače, koordinira delo tima, vodi rehabilitacijsko dokumentacijo, naroča rehabilitanda in/ali njegovo družino na obravnave, spremlja izvajanje individualnega načrta, reintegracijo v življenjsko okolje in druge vključitve ali namestitve po končani rehabilitaciji.

Tiflopedagog ali defektolog ali specialnorehabilitacijski pedagog s specialnim znanjem s področja usposabljanja in rehabilitacije za slepe in slabovidne osebe: sodeluje pri ocenjevanju, načrtovanju, izvajanju in evalvaciji storitev ter programov CRSS. Nudi tudi strokovno podporo rehabilitandovi družini in širšemu socialnemu okolju.

Psiholog s specialnim znanjem s področja razvojne, rehabilitacijske in klinične usmeritve: sodeluje pri multidisciplinarni oceni in izvajanju tistih delov individualnega programa, ki so v skladu z njegovimi poklicnimi kompetencami:

- kliničnopsihološka in nevropsihološka diagnostika otrok, mladostnikov, odraslih in ostarelih z okvarami vida;
- če gre za obolenje in poškodbe centralnega živčnega sistema, diagnostičnemu procesu sledi nevropsihološka rehabilitacija, ki vključuje tudi svetovanje svojcem;
- diagnostičnemu delu pogosto sledi priprava izvedenskih mnenj za komisije, ki razvrščajo otroke in mladostnike s posebnimi potrebami, za invalidske in zdravstvene komisije, sodišča itd.

Psihoterapevt s certifikatom (Do uveljavitve nacionalnega certifikata velja, da ima opravljeno osnovno visokošolsko izobrazbo ene od humanističnih smeri in specializacijo iz psihoterapije s certifikatom ene od priznanih mednarodnih zvez, npr. EAP, in je usposobljen za delo z družino. Zelo zaželena je osebna izkušnja.): sodeluje pri vstopnem in drugem ocenjevanju, izvajanju in podpori rehabilitanda, njegove družine ali svojcev in/ali ljudi, s katerimi živi oziroma bo živel. Oceni trenutno stanje rehabilitanda in njegove družine (npr. disfunkcionalnosti, vire) in po potrebi v skladu s tem ali novimi okoliščinami pomaga pri učenju in predelovanju čustvenih,

eksistencialnih, medosebnih in drugih ovir, da bi lahko proces rehabilitacije pri rehabilitandu in njegovih svojcih uspešno potekal.

Delovni terapevt: je visokošolsko izobražen član delovne skupine za rehabilitacijo, ki ima posebna znanja iz obravnave slepih in slabovidnih oseb. Oceni rehabilitanda, to je njegove subjektivne in deloma tudi objektivne funkcionalne omejitve, ko ta prvič obiše ambulantno. Naloge terapevta za slabovidnost so opisane v standardu obravnave v Ambulanti za slepe in slabovidne.

Učitelj informacijsko-komunikacijske tehnologije (v nadaljevanju IKT) za slepe in slabovidne: je visokošolsko izobražen član delovne skupine, usposobljen za učenje slepih in slabovidnih; je poznavalec rehabilitacijske opreme za slepe in slabovidne. Po potrebi dela na terenu.

Vrstniški svetovalec: oseba s hujšo okvaro vida (z diagnozo slep ali slaboviden), ki je uspešno opravila svojo rehabilitacijo, je razmeroma samostojna, živi neodvisno življenje in je usposobljena za svetovanje. Zaradi svoje osebne izkušnje z okvaro vida lahko z rehabilitandom vzpostavi pristen stik in je dober zgled, da je po rehabilitaciji možno neodvisno življenje. Vrstniški svetovalec izvaja vrstniško svetovanje v okviru kohezivnih skupin, posamezno ali po telefonu, nadzirano oziroma v dogovoru s profesionalnim svetovalcem iz rehabilitacijskega tima. Vrstniški svetovalec svetuje iz svojih izkušenj: o praktičnih prilagoditvah bivalnega okolja, o praktični uporabi tehničnih naprav, vedenju in komunikaciji, rehabilitanda informira o možnostih (zakonskih in neformalnih), kako se soočiti s svojimi dvomi in strahovi ter drugo. Njegov način dela, obseg in frekvenco srečevanj definiramo v individualnem načrtu CRSS.

Rehabilitand: naslanjajoč se na izhodišča načel rehabilitacije EU kakor tudi na t. i. Bäckmanov model, druge modele rehabilitacije in paradigmo neodvisnega življenja, je enakopraven član delovnega tima. Sodeluje pri vseh pripravljanih korakih svojega programa: pri vstopni multidisciplinarni oceni, pripravi individualnega načrta ter pri zaključni ter vseh vmesnih fazah ocenjevanja in izvajanja procesa rehabilitacije.

Strokovni vodja za operacionalizacijo koncepta CRSS: ustrezno izobražena oseba, ki dobro pozna koncept CRSS, ima dobre spretnosti ter izkušnje organiziranja in vodenja projektov in/ali timov. Zelo je zaželeno poznavanje področja dela s slepimi in slabovidnimi ter socialnovarstvene in zdravstvene zakonodaje, potrebne pri izvajanju in organiziranju CRSS. V kratkoročnem začetnem obdobju naj bi opravljal delo v pogodbeni obliki, podobno kot bodo drugi strokovni profili izvajali posamezne storitve. V srednjeročnem (stabilizacijsko-razvojnem) obdobju bi morali razmisliti o vsaj delni redni zaposlitvi strokovnega vodje CRSS. Smiselno je, da strokovni vodja opravlja tudi vlogo koordinatorja tima za izvedbeni načrt CRSS posameznega rehabilitanda.