

TARTU ÜLIKOOL

Sporditeaduste ja füsioteraapia instituut

Kristel Mürk

**Füsioteraapia erivajadustega lastele Eesti koolieelsetes asutustes: teenuse
kättesaadavus, rakendamine ning meeskonnatöö**

**Physical therapy for children with special needs in Estonian preschool setting: service
availability, delivery and team functioning**

Magistritöö

Füsioteraapia õppekava

Juhendajad:

Tartu Ülikooli füsioteraapia lektor, Iti Mürsepp, PhD

Astangu Kutserehabilitatsioonikeskuse füsioterapeut, Kairit Püüa, MSc

Autori allkiri

Tartu, 2016

Sisukord

KASUTATUD LÜHENDID.....	3
TÖÖ LÜHIÜLEVAADE	4
ABSTRACT	5
SISSEJUHATUS	6
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	7
1.1. Füsioterapeudi roll erivajadustega laste käsitluses.....	7
1.2. Füsioteraapia teenuse regulatsioon ja kättesaadavus koolieelses lasteasutuses.....	8
1.3. Füsioteraapia teenuse rakendamine koolieelses lasteasutuses.....	10
1.4. Meeskonnatöö koolieelses lasteasutuses.....	12
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED.....	14
3. TÖÖ METOODIKA.....	15
3.1. Vaatlusaluste kirjeldus.....	15
3.2. Uurimistöö korraldus.....	17
3.3. Uurimismeetodid.....	17
3.3.1. Ankeetküsimustikud.....	18
3.4. Andmete statistiline töötlus.....	19
4. TÖÖ TULEMUSED.....	20
4.1. Füsioteraapia teenuse kättesaadavus Eesti alusharidusasutustes.....	20
4.2. Füsioteraapia teenus koolieelsetes lasteasutustes.....	23
4.3. Füsioteraapia teenuse rakendamise tegelik ja soovitud praktika.....	26
4.4. Füsioterapeudi, õpetaja ning lapsevanema vahelise meeskonnatöö toimimine.....	29
5. TULEMUSTE ARUTELU.....	32
6. JÄRELDUSED.....	40
KASUTATUD KIRJANDUS	41
LISA 1.....	45
LISA 2.....	48
AUTORI LIHTLITSENTS TÖÖ AVALDAMISEKS.....	49

KASUTATUD LÜHENDID

AEV – arenguline erivajadus

EHIS – Eesti Hariduse Infosüsteem

HEV – hariduslik erivajadus

IDEA – ingl *Individuals with Disabilities Education Act*; Erivajadustega Inimeste Haridusseadus

TÖÖ LÜHIÜLEVAADE

Eesmärk: Käesoleva töö eesmärgiks oli anda ülevaade füsioteraapia teenuse korraldusest erivajadustega lastele suunatud Eesti koolieelsetes asutustes.

Metoodika: Uurimistöös osales 12 Maavalitsuse ametnikku kaheksast Eesti maakonnast, 170 direktorit 634-st koolieelsest lasteasutusest, 12 füsioterapeuti, 35 õpetajat ja 63 lapsevanemat kaheksast koolieelsest lasteasutusest, kus käivad füsioteraapia teenust saavad erivajadustega lapsed. Teenuse kättesaadavuse hindamiseks Eesti maakondade lõikes kasutati veebipõhist ankeetküsimustikku ning teenuse rakendamise ja meeskonnatöö hindamiseks kasutati küsimustikku „Füsioteraapia teenus haridusasutuses“ (ingl *School-Based Physical Therapy Practice*).

Tulemused: Töö tulemustena leiti, et 40% Eesti maakondades ning 7,6% koolieelsetes lasteasutustes, kus käib direktorite hinnangul erivajadustega lapsi, töötab 17 füsioterapeudi tööülesandeid täitvat tugispetsialisti. Füsioterapeutide kaasamist võivad kõige enam mõjutada rahalised ressursid. Alushariduses töötavad füsioterapeudid kannavad erinevaid ametinimetusi, töötavad erinevate töökoormustega ning osutavad teenust peamiselt otsese teenuse mudeli põhimõttel. Füsioterapeutide tegeliku ja soovitud praktika vahel esinesid statistiliselt olulised erinevused ($p < 0,05$) 11-s küsimuses, peamiselt administratiivse toe ja meeskonnatöö valdkondades. Meeskonnatöö valdkonna küsimustes esinesid statistiliselt olulised erinevused ($p < 0,05$) vaid füsioterapeutide hinnangutes õpetajate ja lapsevanemate omadest. Füsioterapeutide hinnang meeskonnatööle oli võrreldes soovitud praktika ning õpetajate ja lapsevanemate hinnangutega negatiivsem. Õpetajad ja lapsevanemad hindasid rahulolu koostöös füsioterapeudiga üldiselt kõrgeks.

Kokkuvõte: Füsioteraapia teenuse kättesaadavus on Eesti koolieelsetes lasteasutustes soovitud madalam ning koondunud peamiselt kahte suuremasse maakonda. Osutatav füsioteraapia teenus ühtib üldiselt teaduskirjanduses väljatoodud ideaalse praktikaga, kuid ei vasta füsioterapeutide endi soovitud praktikale peamiselt administratiivse toe osas, millele viitab ka töös leitud erinevus füsioterapeutide töötingimustes, ning meeskonnatöö osas, kus füsioterapeudid hindasid tegelikku praktikat negatiivsemaks. Õpetajad ja lapsevanemad on koostöoga üldiselt rahul.

Märksõnad: erivajadustega lapsed, koolieelne lasteasutus, Eesti, füsioteraapia teenus, teenuse korraldus, *School-Based Physical Therapy Practice*

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to examine the physical therapy practice for children with special needs in Estonian preschool institutions.

Methods: Twelve county government officials from eight Estonian counties, 170 directors from 634 preschool institutions and twelve physical therapists, 35 teachers, 63 parents from eight different special education preschool institutions took part of this study. Web questionnaire was used to assess the availability of the physical therapy service in Estonian counties. *School-Based Physical Therapy Practice* questionnaire was used to evaluate service delivery and team functioning.

Results: Results of this study shows that there are 17 physical therapists or specialists fulfilling the duties of a physical therapist working with children with special needs. Physical therapy service is available in 7,6% of those preschool institutions, where children with special needs actually attend and in 40% of the counties in Estonia. Service involvement may be mostly affected by financial resources. Physical therapists working in preschool setting have different job titles, work in various work loads and provide service mainly on the principle of the direct service model. There were statistically significant differences ($p < 0,05$) between physical therapists reported actual and their thought of ideal practice in eleven questions. Differences were mainly in the areas of administrative support and team dynamics. In the area of team dynamics the only statistically significant differences ($p < 0,05$) were found between the physical therapists' perspective from teachers' and parents' perspectives. Physical therapists gave more negative rating to the actual practice in the area of team dynamics compared to their thought of ideal practice and teachers' and parents' ratings. Teachers' and parents' satisfaction with cooperation with the physical therapist were generally high.

Conclusions: Physical therapy service availability in Estonian preschool institutions is lower than ideally desired being mostly available in two larger counties. The provided service was generally consistent with the literature, but didn't meet the criteria of physical therapists' thought of ideal practice mainly in the areas of administrative support, which is consistent with the differences in the working conditions, and team dynamics, which was assessed more negatively by physical therapists. Teachers and parents were generally satisfied with the cooperation.

Key words: children with special needs, special education, preschool, Estonia, physical therapy, physical therapy practice, School-Based Physical Therapy Practice

SISSEJUHATUS

Vaatamata sellele, et Eestis ei ole võrreldes teiste Põhja- ja Lääne riikidega välja kujunenud erivajaduste varajase märkamise ja sekkumise mudelit, on viimastel aastatel tõusnud tendents selle tähtsustamises ning laste ja perekonna kaasamises kogukondlikul tasandil – kodus, lasteaias ning koolis. Erialaspetsialistide poolt rõhutatakse varajast märkamist ja sekkumist kui võtmepunkti, mis aitaks kaasa arengu ja toimetuleku varasemale toetamisele. Lapse esimesed eluaastad on tema arengus tähtsaimad ning see seab erivajaduste märkamiseks ja sekkumiseks suure vastutuse alusharidusele ning tugiteenustele. Eestis tehakse plaane teenuste sidustamiseks kogukondlikul tasandil (Rääk, 2014), mis on Rajaleidja Keskuste kaudu ka süsteemse tugivõrgustiku arenemise näol esimesi samme teinud. Tugiteenustena käsitletakse haridussüsteemis enamasti eripedagoogi, logopeedi ja psühholoogi teenust, kuid väikelapse arengus on võrdse tähtsusega nii psühhosotsiaalne, emotsionaalne, kognitiivne kui ka sensomotoorne areng, millest viimase toetamine kuulub suuresti füsioterapeutide teenusvaldkonda.

Füsioteraapia teenuse edendamine haridussüsteemis nõuab esmalt praeguse olukorra kaardistamist ja analüüsimist. Käesoleval hetkel puuduvad uurimistöö autorile teadaolevalt Eesti kohta käivad tõendus põhised andmed füsioteraapia teenusest erivajadustega lastele haridussüsteemis, sealhulgas koolieelsetes asutustes. Käesolevat uurimistööd ajendas kirjutama uurimistöö autori erialane huvi antud valdkonnaga seotuse tõttu ning teaduskirjanduses ja varasemates Eestis läbiviidud uurimistöödes leitud antud temaatikat puudutavad probleemid. Uurimistöö eesmärgiks on anda ülevaade füsioteraapia teenuse korraldusest erivajadustega lastele Eesti koolieelsetes asutustes, et suurendada füsioteraapia teenusega seotud teadlikkust kohalike omavalitsuste, direktorite, aga ka lapsevanemate, õpetajate ja teiste tugispetsialistide seas.

Käesoleva uurimistöö autor tänab Tartu Lasteaed Nukitsamees, Tartu Lasteaed Pääsupesa, Tartu Maarja Kool, Tallinna Lasteaed Õunake, Tallinna Laagna Lasteaed-Põhikool, Põlva Rooski Kool, Viljandi Lasteaed Männimäe, Jaagu Lasteaed-Põhikool direktoreid, õppealajuhatajaid, õpetajaid, lapsevanemaid ja füsioterapeute ning kõiki töös osalenud Eesti koolieelsete lasteasutuste direktoreid ja maakondade Maavalitsusi ajalise panuse ja koostöövalmiduse eest. Suur tänu toetuse ja heade nõuannete eest juhendajatele Iti Mürsepale ja Kairit Püüale. Tänuõnad Kärt Rõigasele ja Rauno Saluperele nõuannete eest statistilise andmeanalüüsi osas.

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Füsioterapeudi roll erivajadustega laste käsitluses

Erivajaduste all mõistetakse tervisliku seisundi, võimete, isikuomaduste ning keelelise ja kultuurilise tausta tõttu esinevat vajadust kasvukeskkonnas ja tegevuskavas kohanduste või muudatuste tegemiseks, et toetada lapse arenguvajadusi (Koolieelse lasteasutuse riiklik õppekava, 2008). Sarnaselt eakohase arenguga lastega esineb ka arenguliste - (AEV) ja hariduslike erivajadustega (HEV) lastel tugevamaid ja nõrgemaid külgi. Piiranguid igapäevaelule võivad seada nii need erivajadused, mis on tingitud haigusseisundist või puudest, kui ka erinevad käitumisprobleemid. Vaatamata sellele, milline on lapse arenguline mahajäämus, on tähtis teadvustada, et kõigil lastel on õigus võimalusele õppida ning osaleda oma võimetele vastavates igapäevategevustes (Willis, 2008).

Füsioteraapiat vajavad enamasti lapsed, kel esinevad ortopeedilised probleemid, kaasasündinud või traumaatiline ajukahjustus ning motoorse ja kognitiivse arengu mahajäämus, mis seavad piiranguid igapäevategevustega toimetulekul (Effgen, 2013). Lapse arengu pidurdumine ühes valdkonnas võib viidata häiretele ka teistes arenguvaldkondades. Näiteks Mürsepp (2011) doktoritöös leiti ekspressiivse kõnehäirega 5.-6.a aastaslastel esinev madalam motoorse ja sotsiaalse võimekuse tase ning Püüa (2015) magistriltööst selgus, et alakõnega lastel esines kontrollgrupiga võrreldes lisaks eakaaslastest madalamale peen- ja jämemotoorsete oskuste tasemele enam ka sensoorse töötamise häirega seostatavat käitumist. Sagedasemad füsioterapeutide teenusvaldkonda kuuluvad erivajadustega laste diagnoosid on tserebraalparalüüs, müelomeningotseele, Down'i sündroom, Duchenne'i lihasküstroofia, osteogenesis imperfecta, artrogrüpoos, intellektipuu, arenguline koordineerimishäire, tsüstiline fibroos, juveniilne idiopaatiline artriit ning pervasiivsed arenguhäired nagu näiteks autismispektrihäired (Effgen, 2013). Kuigi krooniline haigusseisund on enamasti muutumatu, võib lapse funktsionaalsuse tase vanuse tõustes või sekkumise tulemusena aja jooksul muutuda. Sama diagnoosiga lastel võib olla väga erinev funktsionaalne profiil sotsiaalses, kommunikatiivses, käitumuslikus, kognitiivses ning eneseteeninduslikus valdkonnas, seetõttu peetakse tõenduspõhises käsitluses oluliseks keskenduda enam just laste funktsionaalsetele karakteristikutele, mitte niivõrd diagnoosile. Selline lähenemine võib soodustada erinevate lapse ja pere heaolu tagavate sektorite – tervis-, haridus- ja sotsiaalteenuste – paremat koostööd (Lollar jt, 2012).

Erivajadustega lastele osutatav füsioteraapia teenus on skeleti-lihas-, närvi- ja hingamissüsteemi ning südame-veresoonkonna seisundi arendamise ning efektiivse keskkonna

kohandamise kaudu suunatud lapse sensomotoorse arengu toetamisele. Füsioteraapia võib olla suunatud ka funktsioonihäiretest tulenevate erivajaduste progresseerumise ennetamiseks või ärahoidmiseks, kehalise funktsioneerimisvõime või tervisega seonduva parandamiseks. Eesmärgiks on suurendada lapse võimekust osaleda igapäevategevustes (Rapport, 2003). Teaduskirjanduses on välja toodud, et füsioterapeutiline sekkumine ei tohiks olla üksnes käesolevatele motoorsetele oskustele suunatud, vaid keskenduma lapse sensomotoorse võimekuse arendamisele ja õppimispotentsiaali maksimeerimisele (Lobo jt, 2013) ning olema üha enam suunatud ka teiste oluliste terviseprobleemide, näiteks ülekaalulisuse, ennetamisele (Schlessman jt, 2011) ja üldisele terviseedendusele (Rowland jt, 2015). Järk-järgult toimunud nihe meditsiinikeskselt biomehaaniliselt mudelilt perekesksele kogukondlikule mudelile (McSpadden jt, 2012; Effgen, 2013) on laiendanud fookust lisaks traditsioonilistelt meditsiinilistelt vajadustelt ka hariduslikele, sotsiaalsetele ja emotsionaalsetele vajadustele. Sellega seoses nähakse mujal maailmas füsioterapeudi rolli haridusasutuses ka esmatasandi teenuste koordinaatorina, kelle ülesandeks on pakkuda perekesket teenust, kommunikeerudes teiste lapse ja perega tegelevate spetsialistidega ning edendades koostööd meditsiini- ja haridussektori vahel (McSpadden jt, 2012). Kaasaegsed mudelid, mis käsitlevad motoorset arengut, - kontrolli ja - õppimist, toetavad „haridusliku“ füsioteraapia rakendamist, rõhutades funktsionaalset ja perekesket lähenemist (McEwen ja Shelden, 2009) ning üldist võimekust, kehalist aktiivsust ja igapäevaelu tegevustes osalemist toetavat sekkumist (Fragala-Pinkham jt, 2012).

1.2. Füsioteraapia teenuse regulatsioon ja kättesaadavus koolieelses lasteasutuses

Haridusasutuses osutatav tugiteenuste alla kuuluv füsioteraapia teenus (Rääk, 2014) on tulemustele orienteeritud ning toetab erivajadustega laste hariduslikke eesmärke (Rapport ja Effgen, 2004). AEV ja HEV laste haridustee toetamiseks on füsioterapeute kaasatud juba 20. sajandi algusaastatest, mil füsioteraapia erialagi alguse sai. Inimõigustes ja seadustes toimunud muutused laiendasid antud valdkonda ning tegid füsioteraapia rohkematele lastele kättesaadavamaks (Rapport, 2003). Samas on teenuse kättesaadavus haridusasutustes piirkonniti erinev, jättes maapiirkondade lapsed sageli kehvemasse olukorda (Rapport ja Effgen, 2004). Antud väidet toetavad osaliselt ka Eestis läbi viidud uurimistööd. Runno (2004) bakalaureusetööst ilmnas, et vaid pooled (53%) puudega lastest Raplamaal said rehabilitatsiooniteenusena füsioteraapiat ja/või massaaži, ravivõimlemist ja vesivõimlemist. Samuti Raplamaa näitel tõi Karama (2012) oma uurimistöö järeldustes välja lapsevanemate rahulolematuse teenuste (sh füsioteraapia teenuse) kättesaadavusega autismispektrihäiretega

lastele. Lapsevanemate jaoks on oluline puudega laste võimalikult varajane arendus- ja õpetamistegevustega alustamine (Tamm, 2010). Lapse arenguprobleemide märkamiseks ja sekkumiseks on olulisimad tema esimesed eluaastad. Enamasti märgatakse suuremaid tervisekahjustusi lapse sündides, kuid paljud arengulised ja hariduslikud erivajadused võivad ilmneda aja möödudes kui erivajadus on juba välja kujunenud ja süvenenud (Rääk, 2014).

Teenuste sidustatud mudeli ettepanekuga toodi Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Sotsiaalministeeriumi tellimisel Rääk (2014) poolt läbiviidud uurimuses välja järgmised tugiteenuste kättesaadavusega seotud probleemid: „laste vajadused jäävad õigel ajal märkamata ja rahuldamata; rehabilitatsioonisüsteem ei rahulda laste ja perede vajadusi; taastusravi kättesaadavus on ebaühtlane ja kohati väga madal; hariduslike tugiteenuste kättesaadavus haridusasutustes on erinev; kõikides koolieelsetes lasteasutustes ei ole vajalikke tugispetsialiste“. Tugiteenuste kättesaadavust ja toimimist kajastavad uurimused puudutavad Eesti tasandil üldjuhul logopeedi, eripedagoogi ja psühholoogi teenust kooliealistele erivajadustega lastele (Raudsepp-Alt, 2007; Kanep, 2008) või annavad vaid osalist informatsiooni füsioteraapia teenuse kohta haridussüsteemis, sealhulgas koolieelses lasteasutuses (Runno, 2004; Kõverik, 2008; Karama, 2012; Möttus, 2013; Rääk, 2014). Kõverik (2008) magistritöö järeldest selgub õpetajate seisukoht, milles nähakse füsioterapeudi vajadust koolieelses lasteasutuses juhul, kui selles viibib kehapuudega lapsi. Samas arvatakse, et kehapuudega laste õpetamiseks on koolieelsetes lasteasutustes puudulikud tingimused. Kirjanduses tuuakse välja, et erivajadustega laste positiivsete akadeemiliste tulemuste saavutamiseks annab parimad tulemused erinevate spetsialistide – logopeedi, õpetaja, tegevus- ja füsioterapeudi – kaasamine ja koostöö (Kaderavek, 2009).

Eesti tasandil on erivajadustega lastele võimalik direktori otsusel ja lapsevanema nõusolekul rakendada tugispetsialisti teenust ning koostada individuaalne arenduskava. Tugispetsialistide kaasamine koolieelsesse lasteasutusse toimub lasteasutuse pidaja (nt kohalik omavalitsus) ning direktori koostöös. Seadusemuudatuses on välja toodud ka võimalus sõlmida leping juriidilise isiku või riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutusega, tagades teenuste olemasolu lasteasutuse ruumides (Peterson, 2012). Haridus- ja Teadusministeeriumis sätestatud Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseisus (2015) on erivajadustega lastega tegelevatest tugispetsialistidest konkreetselt käsitletud eripedagoogi ja logopeedi ametikohti, kuid füsioterapeudi ametikoha loomine koolieelsesse lasteasutusse kohustuslik ei ole.

Füsioteraapia teenust on võimalik haridusasutustes lisaks tugiteenusele rakendada ka rehabilitatsiooniteenusena, mida reguleerib Sotsiaalhoolekande seadus (2015). Antud teenust on õigus saada lapsel, kellele on määratud puue. Kõigile erivajadustega lastele aga ei määrata

puuet, mistõttu ei tohiks lapsele määratud tugiteenused olla sõltuvuses puude määramisest ning peaksid olema kättesaadavad lapsele loomulikus keskkonnas – haridusasutuses või kodus (Rääk, 2014). Haridusasutuses tuleb füsioteraapia kui tugiteenuse osutamisel lähtuda alushariduses sätestatud seadustest, milleks on Koolieelse lasteasutuse seadus (1999) ning Koolieelse lasteasutuse riiklik õppekava (2008). Puudub informatsioon, milliste seaduste järgi peavad tugispetsialistid lisaks eelpoolnimetatud seadustele oma töökohustusi täitma. Rääk (2014) uurimuses tuuakse välja, et tugiteenuste tagamisel ei ole selgelt määratletud haridus-, tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi ning riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused.

Teaduskirjanduses on enim käsitletud Ameerika Ühendriikides toimivat süsteemi - Erivajadustega Inimeste Haridusseadus (*Individuals with Disabilities Education Act*, IDEA), mille kohaselt osutatakse füsioteraapia teenust haridusasutuses sarnaselt Eesti tugiteenustele sidustatud teenusena, olles põhjalikult reguleeritud ning jaotatud kolmeks osaks, millest osa A on suunatud kooliealistele, osa B eelkooliealistele erivajadustega lastele ning osa C vastsündinutele ja väikelastele varajase märkamise ja sekkumise osana. Eelkooliealistele erivajadustega lastele teenuse osutamisel on füsioteraapia teenus suunatud otseselt hariduslike eesmärkide toetamiseks (Rapport, 2003). IDEA süsteemi järgi pakutakse kõikidele erivajadustega lastele füsioteraapia teenust ka rehabilitatsiooniteenusena, mis on ette nähtud lastele, kes IDEA reeglistiku järgi ei kvalifitseeru saamaks füsioteraapia teenust sidustatud teenusena akadeemiliste tulemuste toetamiseks, kuid vajavad siiski füsioterapeutilist sekkumist, tagades sellega kõigi erivajadustega laste võrdse kohtlemise (Effgen, 2013).

1.3. Füsioteraapia teenuse rakendamine koolieelses lasteasutuses

Füsioteraapia teenuse rakendamiseks haridusasutuses on koostatud juhised, mis on välja antud erinevates Ameerika Ühendriikide osariikides (Schulte, 2009; Bober ja Corbett, 2011). Konkreetselt koolieelse lasteasutuse kohta on Sekerak ja kaasuuriate (2003) poolt välja töötatud juhised, millest tuleks lähtuda füsioteraapia integreerimises lasteasutuse ruumides ning Effgen ja Kaminker (2014; ref IDEA, 2004) on välja toonud võtmepunktid füsioteraapia rakendamiseks haridusasutuses, mis põhinevad IDEA süsteemi poolt väljatöötatud ideaalse praktika soovitusel, kuid on autoritel hinnangul siiski vähese empiirilise tõestuseta. Eestis ei ole sellist dokumenti, mis määraks eraldi haridusasutuses rakendatava füsioteraapia teenuse sisu või tööalast korraldust, koostatud. Mõttus (2013) magistritöös on välja toodud näide Tartu Lasteaed Pääsupesa õppekavast, milles kajastatakse füsioteraapia teenuse sisuna füsioterapeutilist hindamist, sekkumist ning nõustamist. Õppekavast selgub, et füsioteraapia on

individuaalne ning selle eesmärgiks on elukvaliteedi parandamine läbi iseseisvuse toetamise ja arendamise igapäevategevustes.

Effgen (2013) on põhjalikult kirjeldanud haridusasutuses rakendatavat IDEA süsteemil põhinevat füsioteraapia teenust, milles käsitleb eraldi lapse hindamist, individuaalse arenduskava koostamist, dokumenteerimist, teenuse rakendamist, meeskonnatööd ning füsioterapeudi kaasamist keskkonna kohandamise, ohutuse ja transpordiga seotud küsimustesse. Füsioteraapia teenuse rakendamisega seoses käsitletakse erinevaid teenuse mudeleid (LISA 1), mis sõltuvad sageli meeskonnatöös toimivatest mudelitest. Seadusandlus ei ole aga sätestanud kuidas ja millise mudeli järgi füsioteraapia teenust haridusasutuses rakendada (Rapport, 2003). Effgen ja Kaminker (2014) leidsid oma kvantitatiivses uuringus, et haridusasutuses töötavate füsioterapeutide poolt rakendatav teenus erineb mitmes aspektis füsioterapeutide enda poolt soovitud praktikast, kuid ühtib üldiselt teaduskirjanduses IDEA süsteemi poolt soovitatud ideaalse praktikaga. Teenuse rakendamise valdkonnas esines suurim erinevus kirjanduses väljatoodud ideaalse praktikaga võrreldes selles, et suuremat osa füsioteraapia teenusest rakendati otsese mudeli põhimõttel, mida kirjeldatakse (Effgen, 2013) kui igapäevakeskkonnast eraldatud ruumis spetsialisti poolt lapsele osutatavat teraapiat. Vaatamata väljatoodud erisusele leidis 90% füsioterapeutidest, et nende poolt osutatav teenus vastab laste vajadustele. Enam kui 75% füsioterapeutidest märkisid, et suurem osa hindamisest viiakse läbi loomulikus keskkonnas, hindamisprotsessis võetakse arvesse lapsevanemate arvamusi, füsioterapeutid on kaasatud individuaalse arenduskava koostamisse, individuaalse arenduskava eesmärgid on seotud funktsionaalsete oskustega, teenuse rakendamise mudeli valikul lähtutakse lapse vajadustest, füsioterapeutid harivad erialaselt meeskonnaliikmeid ning konsulteerivad keskkonna ehituslikes, transpordi ja ohutusega seotud küsimustes. Varasemas uuringus (LaForme ja Effgen, 2007) leiti, et alla poole füsioterapeutidest (41,4%) kasutasid sekkumisenähtude grupitunde, millel on erivajadustega lastele positiivne mõju (Fragala-Pinkham jt, 2005), kuid mis vajab autorite arvates siiski edasist uurimist.

Kuigi kirjanduses pakutakse välja erinevaid tõenduspõhiseid füsioteraapia teenuse rakendamise mudeleid, mis sõltuvad konkreetse lapse vajadustest, siis ollakse ka seisukohal, et teenuse rakendamise mudeliga seotud valikute tegemisel on vajalikud täiendavad uuringud, mis näitaksid erinevate mudelite efektiivsust haridusasutuses (Effgen ja Kaminker, 2014). Varasemalt on samuti välja toodud seisukoht, et ühtegi füsioteraapia teenuse rakendamise mudelit ei saa propageerida kui parimat, kuna erinevate mudelite efektiivsust ei ole piisavalt võrreldud (Sekerak jt, 2003). Thomason ja Wilmarth (2015) näevad vajadust välja selgitada, kui efektiivne on haridusasutuses erivajadustega lastele osutatav otsene teenus isoleeritud

keskkonnas. On leitud (McWilliam ja Bailey, 1994), et võrreldes eripedagoogide, tegevusterapeutide ja logopeedidega soovisid füsioterapeudid kõige vähem rakendada teenust loomulikus keskkonnas, milleks on näiteks rühmaruum. Nolan ja kaasuurijad (2004) toetavad oma uuringu tulemustega väidet, et enamasti (53%) rakendatakse koolieelses lasteasutuses lastele füsioteraapiat isoleeritud tingimustes. McWilliam ja Bailey (1994) jõudsid varasemalt oma uuringu tulemusi analüüsides järeldusele, et füsioterapeudid valivad subjektiivsel hinnangul laste jaoks parima teenuse rakendamise viisi ning tõenäoliselt on soovitatud integreeritud mudeli rakendamisel teatud piirangud. McWilliam ja kaasautorite kvantitatiivses uuringus (1996) toodi välja eelmainitud piirangud integreeritud teenuse rakendamisel, mida mõjutavad peamiselt regulatsioonid, administratiivsed kitsaskohad, kvalifitseeritud personali puudus ning tajutud mudeli efektiivsus, milles nähakse võrreldes teiste teenuse mudelitega sageli otsese teenuse suuremat efektiivsust.

1.4. Meeskonnatöö koolieelses lasteasutuses

Koolieelse lasteasutuse riiklikus õppekavas (2008) on märgitud, et erivajadustega laste arengu toetamine lasteaias on meeskonnatöö. Effgen (2013) toob välja, et koostöö edukaks toimimiseks on vajalik mõista meeskonnatöö mudeleid, milleks on unidistsiplinaarne, intradistsiplinaarne, multidistsiplinaarne, interdistsiplinaarne, transdistsiplinaarne ja koostööle suunatud mudel, ning teada, millist rolli mängib nendes füsioterapeut. Terminid distsiplinaarne või interprofessionaalne viitavad meeskonda moodustavatele spetsialistidele, kuid haridusasutuses kuuluvad lisaks spetsialistidele meeskonda ka laps ja tema pere. Hillier ja kaasuurijad (2010) tõid välja seisukoha, et haridus- ja meditsiiniuasutustes toimivaid meeskonnatöö mudeleid on hästi kirjeldatud, kuid mitte kõige efektiivsemalt hinnatud. Erinevad spetsialistid ei pruugi olla teadlikud või ei oma piisavalt oskusi osalemaks meeskonnatöö protsessis. Early Intervention Group (2010) seisukohast eeldab meeskonnatöö teenuse osutajate ning lapse pereliikmete võrdset osalemist, ühist otsuste tegemist, eesmärkide seadmist ning sekkumise planeerimist, töörollide jagamist, usalduslikku ja empaatilist kommunikatsiooni ning lahenduskeskset lähenemist probleemidele. Meeskonnatööd edendav koostööle suunatud mudel on kombinatsioon transdistsiplinaarsest ja integreeritud teenuse mudelist, mille keskmeks on võrdsus ja konsensus otsuste tegemisel ning kõikide meeskonnaliikmete ühise eesmärgi nimel töötamine (Effgen, 2013).

Jansen jt (2003) selgitasid lapsevanemate kaasamise üha enam suurenenud tähtsust teraapias, rõhutades füsioterapeudi ja lapsevanema vahelist võrdväärset rolli. Samas on

lapsevanemate perspektiivist endiselt välja toodud kitsaskohti, näiteks vähene informeeritus füsioterapeutilise sekkumise eesmärkidest ja tegevustest teraapia ajal. Enamasti soovitakse lapsevanemate poolt vastastikust austust, koostööd ning otsuste ühist vastu võtmist. Lisaks enamale kaasamisele soovitakse, et teenus oleks kättesaadav kogukondlikul tasandil (Egilson, 2011). Viljandi maakonna näitel läbiviidud uurimistööst (Tamm, 2010) vaimupuudega laste arendamise võimalustest tuuakse samuti lapsevanemate perspektiivist välja vajadus tihedamaks koostööks lapsevanemate, lasteaia, kohaliku omavalitsuse, spetsialistide, meditsiini- ja psühholoogiateenuste vahel. Raplamaa näitel tõi Karama (2012) välja lapsevanemate rahulolematuse meeskonnatöös lapsevanema ja spetsialisti vahel, mida toetab Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Sotsiaalministeeriumi tellimusel valminud uurimuses välja toodud tõsiasi, et lapsega tegelevate spetsialistide ja perekonna tegevus ei toimu koordineeritult (Rääk, 2014). Meeskonnatöö parandamise vajadust nähakse ka Laurits (2013) läbiviidud uurimistöö tulemustena.

Käsitletud kirjandusallikaid analüüsid järeldati, et füsioterapeudil on erivajadustega laste arendamisel ning haridustee toetamisel koos teiste spetsialistidega täita tähtis roll. Füsioteraapia integreerimine kogukondlikule tasandile – koolieelsetesse lasteasutustesse – sõltub mitmetest seadusandlikest teguritest, olemasolevatest ressurssidest ning erinevate osapoolte huvi ja teadlikkusega seotud aspektidest, mis määravad füsioterapeutide kaasamise ja teenuse kättesaadavuse. Esineb vaid üksikuid teadusartikleid, kus on käsitletud füsioteraapia teenuse sisulist poolt ehk teenuse rakendamise ning meeskonnatöoga seotud aspekte, mis annavad aga ülevaate tõenduspõhiseks füsioteraapia rakendamiseks alushariduses AEV ja HEV lastele.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Uurimistöö eesmärgiks oli anda ülevaade füsioteraapia teenuse korraldusest erivajadustega lastele suunatud Eesti koolieelsetes asutustes.

Lähtuvalt uurimistöö eesmärgist püstitati järgmised **ülesanded**:

1. Kaardistada füsioteraapia teenuse kättesaadavus Eesti maakondade lõikes ning tuua välja füsioterapeutide kaasamist mõjutavad tegurid erivajadustega lastele suunatud koolieelsetes asutustes.
2. Välja selgitada ja analüüsida erivajadustega lastele suunatud koolieelsetes asutustes töötavate füsioterapeutide tööalased andmed ning füsioteraapia teenuse sisu.
3. Välja selgitada ning võrrelda füsioteraapia teenuse rakendamise tegelikku ning soovitud praktikat erivajadustega lastele suunatud koolieelsetes asutustes.
4. Välja selgitada ning analüüsida füsioterapeudi, lapsevanema ning õpetaja vahelise meeskonnatöö toimimine erivajadustega lastele suunatud koolieelsetes asutustes.

3. TÖÖ METOODIKA

3.1. Vaatlusaluste kirjeldus

Uuritavad jagunesid üldkogumisse ja väljavõttekogumisse, mille moodustamiseks saadi andmed EHIS andmebaasi ning Google otsingumootori kaudu. Üldkogumiks olid Eestis asuvad koolieelsed lasteasutused ja maakondade Maavalitsused. Üldkogumisse kuuluvatest koolieelsetest lasteasutustest määrati väljavõttekogum, milleks olid Eestis asuvad erilasteaiad ning eri-, sobitus- ja tasandusrühmadega tavalasteaiad.

Üldvalimi moodustasid üldkogumist 634 koolieelse lasteasutuse direktorit ja 15 Eesti maakonna Maavalitsuse vastavat ametnikku ning väljavõttekogumist erilasteaedade ning eri-, sobitus- ja tasandusrühmadega tavalasteaedade 13 füsioterapeuti (k.a. ravikehakultuuri instruktorit, liikumisterapeuti, ravivõimlemise või liikumisravi spetsialisti), 39 õpetajat ja 117 lapsevanemat. Väljavõttekogumisse kuuluvad uuritavad värvati järgmistest kaheksast Tartu ja Tallinna linna ning Põlva ja Viljandi maakonna koolieelsetest lasteasutustest või põhikooli juurde kuuluvatest lasteaiarühmadest: Tartu Lasteaed Nukitsamees, Tartu Lasteaed Pääsupesa, Tartu Maarja Kool, Tallinna Lasteaed Õunake, Tallinna Laagna Lasteaed-Põhikool, Põlva Roosi Kool, Viljandi Lasteaed Männimäe, (Viljandi) Jaagu Lasteaed-Põhikool ajavahemikul jaanuar-veebruar 2016. Väljatoodud koolieelsed lasteasutused valiti väljavõttekogumiks järgmiste kriteeriumide alusel: 1) asutuses töötab avaliku info kohaselt füsioterapeut (k.a. ravikehakultuuri instruktor, liikumisterapeut, ravivõimlemise või liikumisravi spetsialist), 2) asutus on eestikeelne, 3) asutuse direktor on andnud kooskõlastuse uurimistöös osalemiseks.

Lõppvalimisse kuulusid järgmised ankeetküsimustikud tagastanud uuritavad: Maavalitsuste ametnikud (n=12) Eesti maakondadest (n=8, 53,3% üldvalimist), koolieelsete lasteasutuste direktorid (n=170, 27,3% üldvalimist), füsioterapeudid (n=12, 92,3% üldvalimist), õpetajad (n=35, 89,8% üldvalimist) ning lapsevanemad (n=63, 53,9% üldvalimist). Uuritavate protsentuaalne jaotuvus maakondade lõikes on välja toodud tabelis 2. Jõgeva ja Tartu Maavalitsustest vastati küsimustikule erinevate ametnike poolt mitmekordselt, vastavalt kaks ja neli korda ning seda võeti andmete analüüsimisel arvesse.

Tabel 2. Uuritavate protsentuaalne jaotuvus maakondade lõikes.

MAAKONNAD	Maavalitsuste ametnikud	Direktorid	Füsioterapeutid	Õpetajad	Lapsevanemad
Harju	0%	27,7%	25%	31,4%	28,6%
Hiiu	0%	1,2%	0%	0%	0%
Ida-Viru	0%	5,3%	0%	0%	0%
Jõgeva	16,7%	5,9%	0%	0%	1,6%
Järva	8,3%	3,5%	0%	0%	1,6%
Lääne	0%	2,4%	0%	0%	0%
Lääne-Viru	8,3%	7,7%	0%	0%	0%
Põlva	0%	3,5%	8,3%	2,9%	6,4%
Pärnu	0%	7,1%	0%	0%	1,6%
Rapla	8,3%	4,7%	0%	0%	0%
Saare	8,3%	3,5%	0%	0%	0%
Tartu	33,3%	14,7%	50%	51,4%	49,2%
Valga	0%	2,9%	0%	0%	0%
Viljandi	8,3%	4,7%	16,7%	14,3%	11,1%
Võru	8,3%	5,3%	0%	0%	0%

Väljavõttekogumisse kuuluvate füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate käest küsiti ka demograafilisi andmeid. Kõigis gruppides olid vastajateks enamasti naised – füsioterapeutide seas 83,3%, õpetajate seas 97,1% ning lapsevanemate seas 79,4%. Mehi oli kolme grupi vastajatest kõige enam lapsevanemate (20,6%), seejärel füsioterapeutide hulgas (8,3%). Õpetajate seas ei olnud esindatud ühtegi meessoost inimest, kuid samas jättis 2,9% vastajatest küsimusele vastamata, nagu ka 8,3% füsioterapeutidest. Füsioterapeutid ja õpetajad kuulusid antud uurimistöös osalevate koolieelsete lasteasutustega samasse nelja maakonda: Põlvamaa, Tartumaa, Viljandimaa ja Harjumaa. Lapsevanemate vastuste hulgas olid esindatud ka naabermaakonnad, näiteks Jõgevamaa (1,6%), Pärnumaa (1,6%) ning Järvamaa (1,6%).

3.2. Uuringu korraldus

Uurimistöö läbiviimiseks saadi luba (253/T-11) Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt.

Kõikidele Eesti 634 koolieelse lasteasutuse direktoritele (EHIS, 2016) ning kõikide 15 maakonna Maavalitsuste avalikele e-posti aadressitele saadeti veebipõhine ankeetküsimustik, et kaardistada füsioteraapia teenuse olemasolu ja võimalused Eesti maakondade koolieelsetes lasteasutustes ning tuua välja füsioterapeutide kaasamist mõjutavad tegurid. Küsimustik ei jõudnud e-posti teel vaatamata mitmekordsele proovimisele kohale 11-le koolieelse lasteasutuse direktorile, seega jäi üldvalimi suuruseks 623 koolieelse lasteasutuse direktorit. Eristamaks kaheksat koolieelset lasteasutust, kes andsid uurimistöös osalemiseks nõusoleku, saadeti nende lasteaedade direktoritele veebipõhised küsimustikud kõige viimasena, kui üldine vastajate arv oli peatunud. Vastamiseks anti aega maksimaalselt kaks nädalat, pärast mida veebipõhine ankeetküsimustik suleti.

Kooskõlastuse andnud kaheksale koolieelse lasteasutuse direktorile saadeti uuringut tutvustav infoleht, mis riputati kõnealustes asutustes avalikku kohta tutvumiseks. Infoleht sisaldas uurimistöö kokkuvõtet, eesmärki, autori kontaktandmeid ning ajavahemikku, mille jooksul toimub ankeetküsimustike jagamine vastavas lasteasutuses. Ankeetküsimustike jagamine koolieelsetes lasteasutustes toimus ajavahemikul jaanuar-veebruar 2016.a. Küsimustikud jagati füsioterapeutidele (k.a. ravikehakultuuri instruktoritele, liikumisterapeutidele, ravivõimlemise või liikumisravi spetsialistidele) ja õpetajatele ning eelpoolnimetatute või õppealajuhatajatega koostöös ka lapsevanematele, kes on otseselt seotud füsioteraapia teenust saava lapsega. Sellest tulenevalt sõltus antud uurimistöös osalevate lapsevanemate ja õpetajate arv otseselt füsioteraapia teenust saavate laste arvust ja olemasolust rühmas. Ankeetküsimustiku täitmiseks anti aega maksimaalselt üks nädal, mille järgselt sai need asetada kokkulepitud rühmas asuvasse suletud dokumendikasti, ning uurimistöö autor kogus seejärel ankeetküsimustikud kokku.

3.3. Uurimismeetodid

Antud uurimistöö puhul on tegemist kvantitatiivse uurimusega ankeetküsitluse meetodil, mille eesmärgiks on üldistavate tulemuste saamine ja olukorra kaardistamine.

3.3.1. Ankeetküsimustikud

1) Maavalitsustele ning koolieelsete lasteasutuste direktoritele:

Uurimistöös kasutati elektroonilist ankeetküsimustikku, mille koostas uurimistöo autor Google Drive veebikeskkonnas. Ankeedis küsiti demograafilisi andmeid lasteasutuse ja füsioteraapia teenuse kohta, millele lisati Maavalitsuse ametnikele suunatud üks suletud ja kaks avatud küsimust ning direktoritele vastavalt üks kuni kaks suletud küsimust füsioterapeutide kaasamise kohta koolieelsesesse lasteasutusse.

2) Füsioterapeutidele (k.a. ravikehaskultuuri instruktoritele, liikumisterapeutidele, ravivõimlemise või liikumisravi spetsialistidele):

Uurimistöös kasutati Effgen ja Klepper (1994) väljatöötatud ning Effgen ja Kaminker (2014) uuringu raames täiendatud ankeetküsimustikku (*School-Based Physical Therapy Practice; Division of Physical Therapy, College of Health Sciences, University of Kentucky*), mille tõlkimiseks, kohandamiseks ja kasutamiseks on uurimistöo autoril Susan K. Effgen'i luba. Eraldi luba ei ole saadud ankeetküsimustiku jagamiseks ja levitamiseks, seega ei ole antud küsimustikku käesolevas uurimistöös täismahus avaldatud. Küsimustiku tõlkimisel kasutati eesti keele filoloog abi.

Ankeetküsimustik on jagatud kaheks osaks, mille eesmärgiks on koguda teavet alljärgnevate aspektide kohta:

1) esimeses osas küsitakse järgmisi vastaja demograafilisi, eri- ja töölaseid andmeid: informatsioon soo, geograafilise asukoha, erialaõpingute ja täiendõppe kohta, kuulumine erialaliitu, lisaks uuritakse praegust tööstaatuset ning ajavahemikku antud valdkonnas töötamisel;

2) teine osa koosneb 30-st küsimusest uurimaks vastaja hinnangut füsioteraapia rakendamisele haridusasutuses töötades, andes eraldi hinnangu tegelikule ja soovitud praktikale. Antud osa jaguneb omakorda viieks teemablokiks, mis puudutab järgnevaid aspekte füsioterapeudi tööst haridusasutuses: lapse arengu hindamine, individuaalse arenduskava koostamine, teenuse rakendamine, meeskonnaõo, administratiivne tugi.

Küsimustele vastamiseks oli uuritavatel võimalus valida *Likert*'i (1932) skaalal põhineva viie erineva vastusevariandi vahel: 1 = alati, 2 = enamasti, 3 = mõnikord, 4 = harva, 5 = mitte kunagi.

3) Õpetajatele ning lapsevanematele:

Uurimistöös küsiti esmalt demograafilisi andmeid soo, geograafilise asukoha ja seose kohta lapsega. Põhiosas tugineti Siniscalco ja Auriat (2005) poolt koostatud haridussüsteemis kvantitatiivseid uurimismeetodeid käsitlevale materjalile ning kasutati Effgen' ja kaasuurijate poolt väljatöötatud (1994) ja täiendatud (2014) ankeetküsimustikku, millest esitati 20 väidet füsioterapeudi- ning meeskonnatöö kohta ning paluti õpetajatel ja lapsevanematel hinnata antud väidete tõe vastu vastavust *Likert*'i (1932) skaalal põhineva kuue valikvastuse abil: 1 = alati, 2 = enamasti, 3 = mõnikord, 4 = harva, 5 = mitte kunagi, 6 = ei oska öelda. Käesolevas uurimistöös kasutati kogutud andmetest vaid meeskonnatööga seotud vastuseid. Lisaks esitati kolm suletud küsimust füsioteraapia teenuse kättesaadavuse vajalikkuse ning koostööga rahulolu kohta.

3.4. Andmete statistiline töötlus

Kogutud andmete sisestamiseks, töötlemiseks ja analüüsimiseks kasutati tabelarvutusprogrammi *Microsoft Excel 2013* ning *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0*. Tulemuste väljaselgitamiseks kasutati järgnevat statistilise andmeanalüüsi meetodeid: üldjaotuste määratlemiseks protsentanalüüsi, gruppidevaheliste erinevuste selgitamiseks vastavalt kahe sõltuva grupi puhul *Wilcoxon signed-ranks* testi ning kolme sõltumatu grupi puhul *Kruskal-Wallis*'e testi ja *Dunn*'i järeltesti. Olulisuse nivooks määrati $p < 0,05$.

4. TÖÖ TULEMUSED

4.1. Füsioteraapia teenuse kättesaadavus Eesti alusharidusasutustes

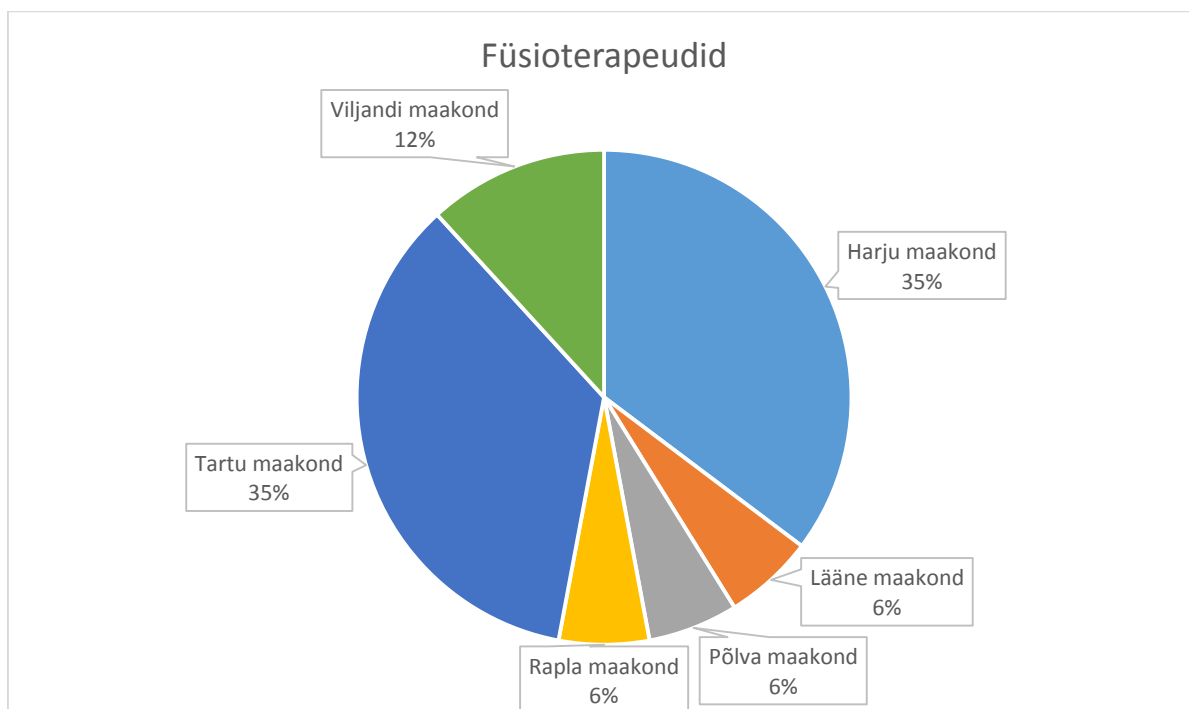
Füsioteraapia teenuse kaardistamiseks Eesti maakondade lõikes analüüsiti Maavalitsuste ametnike (n=12), koolieelsete lasteasutuste direktorite (n=170) ning füsioterapeutide (n=12) küsimustike andmeid, võttes maakondade põhiselt arvesse, kui mitmes koolieelses lasteasutuses on loodud füsioterapeudi ametikoht, mitu füsioterapeuti lasteasutustes töötab, mitmes lasteasutuses füsioterapeudi ametikoht puudub ning mitmes maakonnas puudub informatsioon füsioteraapia teenusest koolieelsetes lasteasutustes.

Kaheksast maakonnast oli kahel (25%) Maavalitsusel informatsioon füsioteraapia teenuse kättesaadavusest antud maakonna lasteaedades, kahel (25%) Maavalitsusel puudus vastavasisuline informatsioon ning neljast (50%) vastati, et antud maakondade koolieelsetes lasteasutustes puudub füsioteraapia teenus. Maakonnad, kus füsioteraapia teenust koolieelsetes lasteasutustes Maavalitsuste andmetel rakendatakse, on Tartu ning Viljandi. Maavalitsuste andmete järgi on Tartus kolm ning Viljandis üks füsioterapeudi ametinimetusega alushariduses töötav tugispetsialist.

Erivajadustega lastele alusharidust pakkuvast 170-st lasteasutusest, millest 95,3% kuuluvad tavalasteaia ning 4,7% erilasteaia nimetuse alla, märkis 94,1% direktoritest, et vastavas lasteasutuses ei tööta füsioterapeuti ega muu ametinimetusega füsioterapeudi tööülesandeid täitvat tugispetsialisti. Nendest 97,5% ei ole taotlenud füsioterapeudi ametikohta, 2,5% aga on seda teinud. Vaid kümme (5,9%) direktorit märkis füsioterapeudi või muu ametinimetusega tugispetsialisti kuulumise vastava lasteasutuse personali hulka. Maakondadest on esindatud Harjumaa, Läänemaa, Põlvamaa, Raplamaa, Tartumaa ning Viljandimaa. Ka füsioterapeutide vastustest ilmnis teenuse kättesaadavus eelnevalt nimetatud kuues maakonnas. Need lasteasutused, kus on loodud füsioterapeudi ametikoht, kuuluvad nii tava- (50%) kui ka erilasteaedade (50%) hulka ning erivajadustega lapsed käivad seal enamasti erirühmades (90%), kuid direktorite andmetel ka tavarühmades (20%). Kõikide direktorite vastuste üldjaotuvuste järgi raporteeriti, et enamasti käivad erivajadustega lapsed tavarühmas (80%), vähemal määral erirühmas (14,7%) ning sobitusrühmas (13,5%).

Kogutud andmetest selgus, et kuues maakonnas (40% Eesti maakondadest) asuvas 13-s erinevas koolieelses lasteasutuses (7,6% Eesti koolieelsetest lasteasutustest, kus käib erivajadustega lapsi) töötab 17 füsioterapeuti või muu ametinimetusega füsioterapeudiga sarnaseid tööülesandeid täitvat tugispetsialisti: Harju maakonna viies erinevas lasteaias kokku kuus (35%) spetsialisti, Lääne maakonna ühes lasteaias üks (6%) spetsialist, Põlva maakonna

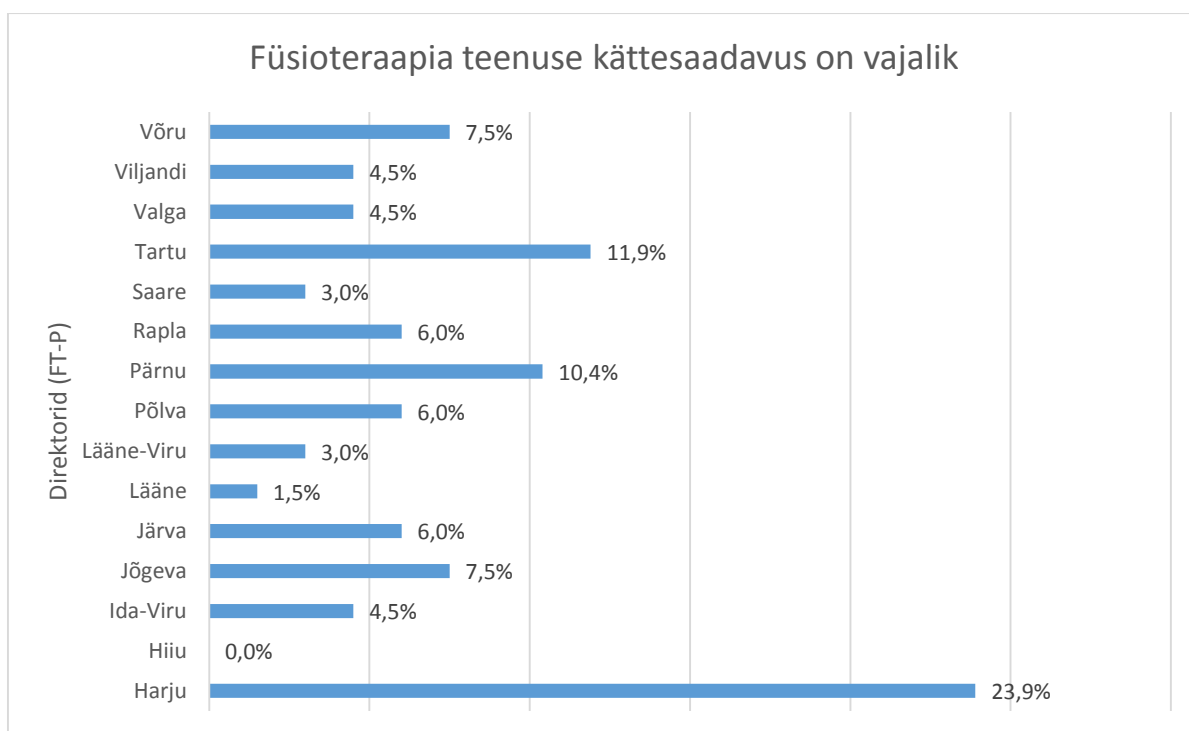
ühes lasteaias üks (6%) spetsialist, Rapla maakonna ühes lasteaias üks (6%) spetsialist, Tartu maakonna kolmes erinevas lasteaias kokku kuus (35%) spetsialisti ning Viljandi maakonna kahes erinevas lasteaias kokku kaks (12%) spetsialisti (joonis 1). Käesolevas uurimistöös osales neist 70,6% (n=12). Füsioteraapia teenus puudub koolieelsetes lasteasutustes nii Maavalitsuste ametnike kui ka direktorite andmete järgi Järva, Lääne-Viru ja Saare maakonnas. Hiiu, Ida-Viru, Jõgeva, Pärnu, Valga ja Võru maakonnas puudub Maavalitsuste ametnikel informatsioon füsioteraapia teenuse kättesaadavusest, kuid antud maakondadest küsimustikule vastanud direktorid märkisid, et füsioteraapia teenus puudub. Rapla maakonna Maavalitsuse andmetel puudub antud maakonna koolieelsetes lasteasutustes füsioteraapia teenus, ühe lasteasutuse direktori andmetest selgus, et teenus on nende asutuses kättesaadav.



Joonis 1. Koolieelsetes lasteasutustes töötavate füsioterapeutide protsentuaalne jaotuvus maakondade lõikes.

Uuritavatelt (v.a. füsioterapeutidelt) küsiti nende hinnangut füsioteraapia (k.a. ravikehakultuuri või liikumisravi) teenuse kättesaadavuse vajalikkuse kohta erivajadustega lastele alushariduses. Üldjuhul pidasid teenuse kättesaadavust oluliseks nii Maavalitsuste ametnikud (91,7%) kui ka nende lasteasutuste direktorid (90%), õpetajad (100%) ning lapsevanemad (100%), kus on loodud füsioterapeudi ametikoht. Viimastelt küsiti nende hinnangut ka teenuse kättesaadavuse ja sellega rahulolu kohta. Enamasti ollakse teenuse

kättesaadavusega rahul, mida vastas 80% direktoritest ja õpetajatest ning 81% lapsevanematest. Vastupidiselt ei ole teenuse kättesaadavusega rahul 20% direktoritest, 14,3% õpetajatest ja 11% lapsevanematest ning oma hinnangut ei osanud öelda väike osa õpetajatest (5,7%) ning lapsevanematest (7,9%). Suurem varieeruvus füsioteraapia teenuse kättesaadavuse vajalikkuse hinnangus oli direktorite seas, kelle juhataavas koolieelses lasteasutuses ei ole loodud füsioterapeudi ametikohta. Nimelt märkisid 41,9% nendest direktoritest, et peavad teenuse kättesaadavust oluliseks, 36,3% ei osanud öelda ning 21,9% ei pea seda oluliseks. Joonisel 2 on maakondade lõikes esitatud nende koolieelsete lasteasutuste direktorite hinnangud füsioteraapia teenuse kättesaadavuse vajalikkusest, kelle juhataavas lasteasutuses antud teenus puudub (FT-P). Kõikidest maakondadest (Võrumaa 7,5%, Viljandimaa 4,5%, Tartumaa 11,9%, Saaremaa 3%, Raplamaa 6%, Pärnumaa 10,4%, Põlvamaa 6%, Lääne-Virumaa 3%, Läänemaa 1,5%, Järvamaa 6%, Jõgevamaa 7,5%, Ida-Virumaa 4,5%, Harjumaa 23,9%), v.a. Hiiumaalt, raporteeriti füsioteraapia teenuse kättesaadavuse vajalikkusest erivajadustega lastele.



Joonis 2. Direktorite hinnang füsioteraapia teenuse kättesaadavuse vajalikkuse kohta koolieelsetes lasteasutustes, kus nimetatud teenus puudub (FT-P).

Maavalitsuste ametnikud tõid avatud küsimustele vastates välja erinevad tegurid, mis võivad nende hinnangul soodustada või takistada füsioterapeutide kaasamist koolieelsetesse lasteasutustesse. Vastused grupeeriti ja järjestati vastavalt konkreetse teguri nimetamise sagedusele uuritavate seas. Soodustavateks teguriteks peeti: „rahaliste ressursside olemasolu“ (41,7%), „nõudlus teenuse järele“ (33,3%), „spetsialistide olemasolu“ (16,7%), õigeaegse abi pakkumine erivajadustega lastele“ (16,7%), „seadusandluse poolne kohustamine“ (16,7%), „vajalike ruumide ja vahendite olemasolu“ (16,7%), „lapsevanemate huvi ja teadlikkus“ (8,3%), „koostöö meditsiini-asutustega“ (8,3%). Takistavate teguritena toodi välja: „rahaliste ressursside puudumine“ (75%), „spetsialistide puudumine“ (16,7%), „vajalike ruumide ja vahendite puudumine“ (16,7%), avaliku huvi puudumine“ (8,3%), „vähene teadlikkus erivajadustega lastel esinevate probleemide kohta“ (8,3%).

4.2. Füsioteraapia teenus koolieelsetes lasteasutustes

Füsioterapeutide ametialaseid andmeid koguti uurimistööks nõusoleku andnud koolieelsete lasteasutuste direktoritelt (n=8) ning füsioterapeutidelt (n=12). Direktorite vastustest selgus, et ametinimetuseks on sagedamini esinev „ravikehakultuuri instruktor“ (40%) ning „muu“ (40%), mille hulgas nimetati järgmisi ametinimetusi: „tervishoiu töötaja“, „massöör“, „füsioterapeutist liikumisõpetaja“ ning „liikumisõpetaja“. Harvemini olid esindatud „füsioterapeut“ (10%), „ravivõimlemise spetsialist“ (10%) ning „liikumisterapeut“ (10%). Enamasti raporteeriti direktorite poolt, et lasteaias töötab üks tugispetsialist (80%), vähem olid asutustes esindatud kaks (10%) ning kolm (10%) tugispetsialisti. Teenuste liigist oli sagedamini esinev „tugiteenus“ (80%), seejärel „rehabilitatsiooniteenus“ (40%) ning „muu“ (20%) („haridusteenus“), mis toimisis mõnedes koolieelsetes lasteasutustes ka paralleelselt. Töökoormusest olid võrdselt esindatud „osaline koormus“ (50%) ja „täiskoormus“ (50%), lisaks vastusevariant „vastavalt vajadusele“ (10%).

Füsioterapeutide vastused erinesid direktorite vastustest ametinimetuse aspektist. Nimelt raporteeriti ametinimetuseks kõige sagedamini „füsioterapeut“ (66,7%), seejärel „ravikehakultuuri instruktor“ (16,7%) ning kõige vähem „liikumisterapeut“ (8,3%) ja „muu“ (8,3%), mille all nimetati „liikumisõpetaja“. Ükski spetsialist ei nimetanud ametinimetuseks „ravivõimlemise“ - või „liikumisravi spetsialisti“. Teenuste liigist oli füsioterapeutide andmetes sarnaselt direktorite andmetega suurima osakaaluga esindatud „tugiteenus“ (75%), vähemal määral „rehabilitatsiooniteenus“ (16,7%) ning „muu teenus“ (8,3%), mille all nimetati „tugi- ja rehabilitatsiooniteenust“. „Haridusteenust“ ei nimetanud sarnaselt direktoritele ükski

füsioterapeut. Töökoormuse osas märkis 58,3% füsioterapeutidest, et töötab koolieelses lasteasutuses täiskoormusega, 33,3% töötab osalise töökoormusega ning 8,3% töötab nii täiskui ka osalise töökoormusega.

Andmed alusharidusasutustes töötavate füsioterapeutide kohta on välja toodud tabelis 3. Haridustasemest on kõige sagedamini ning võrdselt esinev rakenduskõrgharidus (33,3%) ning magistrikraad (33,3%), vähemal määral bakalaureusekraad (25%) ning ühel juhul (8,3%) füsioteraapia täiendõpe. 25% füsioterapeutidest kuulub Eesti Füsioterapeutide Liitu ning 16,7% Eesti Füsioteraapia Üliõpilaste Seltsi. Erivajadustega lastega töötamiseks vajalikku ettevalmistust said füsioterapid pigem erialaõpingute jooksul (50%) kui õpingute järgselt viimase kolme aasta jooksul (33,3%) koolituste näol. Suur osa vaatlusalustest märkis, et ei ole saanud vastavat ettevalmistust erialaõpingute jooksul (50%) ega õpingute järgselt viimase kolme aasta jooksul (66,7%). Töökogemust on võrdselt füsioterapeudi ja laste füsioterapeudina keskmiselt 12,94±10,68 aastat, kõige vähem 1,3 ning kõige rohkem 36 aastat. Töökogemust haridusasutuses on vaatlusalustel füsioterapeutidel keskmiselt 10,65±10,15 aastat. Füsioterapid, kes töötavad täiskoormusega, märkisid töönädala töötundideks keskmiselt 36,5±4,84. Täiskoormus varieerus 26-lt tunnilt 40-ni nädalas, viimane oli ka kõige sagedamini esinev väärtus. Osalise koormusega töötavad füsioterapid märkisid töönädala töötundideks keskmiselt 19,4±5,46, mille väärtused varieerusid 12-lt tunnilt 25-ni nädalas.

Tabel 3. Alusharidusasutustes töötavate füsioterapeutide eri- ja tööalased andmed.

	Sagedus (n=12)	Osakaal (%)
Haridustase		
Rakenduskõrgharidus	4	33,3
Bakalaureusekraad	3	25
Magistrikraad	4	33,3
Muu (füsioteraapia täiendõpe)	1	8,3
Erialane ettevalmistus erivajadustega lastega haridusasutuses töötamiseks		
Erialaõpingute jooksul	6	50
Erialaõpingute järgselt (viimase 3. a jooksul)	4	33,3

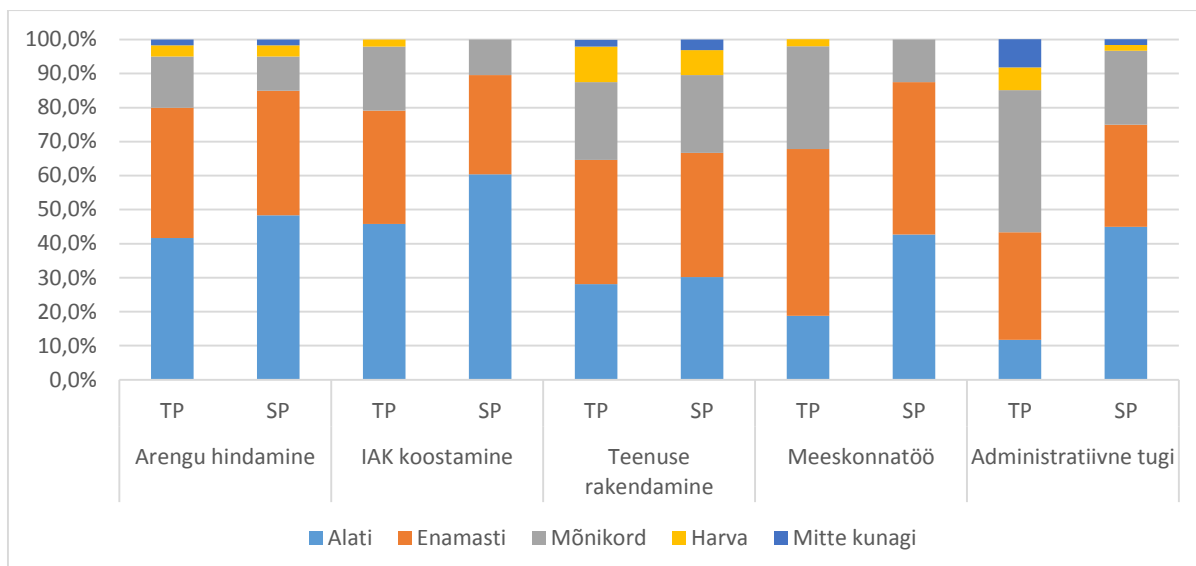
Kuulumine erialaliitudesse				
Eesti Füsioterapeutide Liit (EFL)	3		25	
Eesti Füsioteraapia Üliõpilaste Liit (EFÜS)	2		16,7	
		Kesk- väärtus	Vahemik (min-max)	
Töökogemus füsioterapeudina (aastates)		12,94±10,68	1,3 – 36	
Töökogemus laste füsioterapeudina (aastates)		12,94±10,68	1,3 – 36	
Töökogemus haridusasutuses (aastates)		10,65±10,15	1,3 – 36	
		Kesk- väärtus	Vahemik (min-max)	Sagedaseim väärtus
Töökoormus (h/nädalas)				
Täiskoormus		36,5±4,84	26 – 40	40
Osaline töökoormus		19,4±5,46	12 – 25	–

Füsioteraapia teenuse rakendamise küsimustiku vastused (LISA2), milles füsioterapeudid hindasid tegelikku praktikat (TP), andsid alust hinnata füsioteraapia teenuse sisu koolieelsetes lasteasutustes ning selle vastavust teaduskirjanduses soovitatud ideaalsele praktikale füsioteraapia rakendamiseks haridusasutuses (joonis 3). Kõrgem „alati“ ja „enamasti“ vastusevariantide sagedus viitab aluseks võetud uuringu autorite (Effgen ja Kaminker, 2014) andmetel teaduskirjanduse poolt soovitatud ideaalsele praktikale füsioteraapia rakendamiseks haridusasutuses. Jooniselt võib näha, et teaduskirjanduses soovitatud ideaalse praktikaga ühtivad üldiselt kõik valdkonnad, kuid teenuse rakendamise, meeskonnatöö ja administratiivse toe valdkonnas võib näha vastusevariantide vahel suuremat varieeruvust ning langemist skaala keskmise osa suunas. Füsioterapeutide poolt raporteeriti, et erivajadustega laste arengutaseme hindamine toimub alati (33,3%) või enamasti (41,7%) rühmaruumist eraldatud, füsioterapeutidele või teistele tugispetsialistidele ettenähtud ruumis, kuid samas toimub füsioterapeutiline hindamine teatud määral alati (41,7%) või enamasti (25%) ka rühmaruumis või mõnes teises lapsele loomulikus keskkonnas. Füsioterapeutide poolt seatud individuaalse arenduskava eesmärgid ja planeeritud tegevused on alati (83,3%) seotud funktsionaalsete oskustega, mida laps vajab keskkonnas toimetulekuks. Suur osa osutatavast füsioteraapia teenusest on otsene sekkumine („alati“ 58,3%, „enamasti“ 41,7%), sellest tulenevalt osutatakse füsioteraapia teenust alati (25%) või enamasti (66,7%) rühmaruumist

eraldatud, füsioterapeutidele või teistele tugispetsialistidele ettenähtud ruumis. Rühmaruumis või mõnes teises loomulikus keskkonnas töötavad füsioterapeutid mõnikord (83,3%). 33,3% füsioterapeutidest märkis, et kaudset teenust osutatakse mõnikord ning 41,7% märkis, et seda tehakse harva. Füsioteraapia teenuse osutamise iseloom (vastavalt otsene või kaudne teenus) lähtub alati (66,7%) või enamasti (33,3%) individuaalselt lapse vajadustest, kuid teenuse iseloomu ja sagedust mõjutab lisaks alati (41,7%) või enamasti (33,3%) füsioterapeutide arv ja töökoormus. Lisaks saadi informatsiooni järgmiste aspektide kohta: lapse arengutaseme hindamine teostatakse alati (33,3%) ja/või enamasti (50%) koostöös kahe või enama spetsialistiga; füsioterapeut on alati (50%) ja/või enamasti (25%) laste individuaalsete arenduskavade koostamisel aktiivselt meeskonda kaasatud; lapsevanemad on alati (33,3%) ja/või enamasti (41,7%) laste individuaalsete arenduskavade koostamisse aktiivselt kaasatud; füsioterapeut on enamasti (50%) ja/või mõnikord (33,3%) kaasatud ühistele õppekäikudele ja üritustele väljaspool koolieelset lasteasutust; füsioterapeut on enamasti (50%) ja/või harva (25%) kaasatud laste üleminekuprotsessi järgmise haridusastmesse või teise asutusse suunamisel; füsioterapeut õpetab enamasti (58,3%) ja/või mõnikord (25%) teisi meeskonnaliikmeid oma erialast lähtuvalt, soodustades laste funktsionaalsete tegevuste ja oskuste harjutamist kogu päeva vältel; füsioterapeut on alati (33,3%) ja/või enamasti (50%) valmis kolleegidele pakkuma erinevaid võimalusi ühiseks laste õpetamiseks või koos tegutsemiseks; füsioterapeut ja teised spetsialistid peavad alati (33,3%) ja/või enamasti (41,7%) ühiseid koosolekuid arutamaks laste arenguprotsessi; füsioterapeut vastutab enamasti (33,3%) ja/või mõnikord (33,3%) terapeutiliste tehnikate ja muude võtete õpetamise eest meeskonnaliikmetele.

4.3. Füsioteraapia teenuse rakendamise tegelik ja soovitud praktika

Füsioteraapia teenuse rakendamise tegeliku- (TP) ja soovitud praktika (SP) vastusevariantide jaotuvus valdkondade lõikes on välja toodud joonisel 3. Sarnaselt füsioterapeutide poolt hinnatud tegeliku praktikaga olid ka soovitud praktika puhul esindatud peamiselt kolm vastusevarianti – „alati“ (27,5% TP, 43,1% SP), „enamasti“ (TP 38,9%, SP 36,7%) ja „mõnikord“ (TP 26,1%, SP 16,1%). Vähem märgiti vastusena „harva“ (TP 5,3%, SP 2,8%) ja „mitte kunagi“ (TP 2,2%, SP 1,4%). Soovitud praktikat hinnati võrreldes tegeliku praktikaga enam vastusevariantidega „alati“ ja „enamasti“.



Joonis 3. Füsioteraapia teenuse rakendamise küsimustiku vastusevariantide protsentuaalne jaotuvus valdkondade lõikes tegeliku- (TP) ja soovitud praktika (SP) vahel.

Erinevuste leidmiseks moodustati kõigi 30-e füsioterapeutidele esitatud küsimuse tegeliku- (TP) ja soovitud praktika (SP) vastuste vahel paarisvalimid. Üksikute küsimuste lõikes ilmnisid statistiliselt olulised erinevused 30-st küsimusest kokku 11-s (tabel 5), mis olid esindatud viiest küsimustiku valdkonnast kokku neljas järgnevas: arengu hindamine (AH; tegelik praktika – T, soovitud praktika – S), individuaalse arenduskava koostamine (IAK; tegelik praktika – T, soovitud praktika – S), meeskonnatöö (MT; tegelik praktika – T, soovitud praktika – S) ning administratiivne tugi (AT; tegelik praktika – T, soovitud praktika – S). Kõige enam statistiliselt olulisi erinevusi üksikute küsimuste võrdluses tuli esile meeskonnatöö (kaheksast küsimusest viies) ning administratiivse toe (viiest küsimusest viies) valdkondades.

Tabel 5. Füsioteraapia teenuse rakendamise tegeliku praktika (AH1T – AT30T) ja soovitud praktika (AH1S – AT30S) vastusevariantide erinevused.

Paarisvalimid	Vastuse-variantid	Tegelik praktika	Soovitud praktika	Z	P
Lapsevanemate arvamusi ja tähelepanekuid võetakse füsioteraapia hindamisprotsessis arvesse. (AH5S - AH5T)	Alati	41,7%	53,3%	-2.000	0.046*
	Enamasti	33,3%	33,3%		
	Mõnikord	25%	8,3%		
	Harva	0%	0%		
	Mitte kunagi	0%	0%		

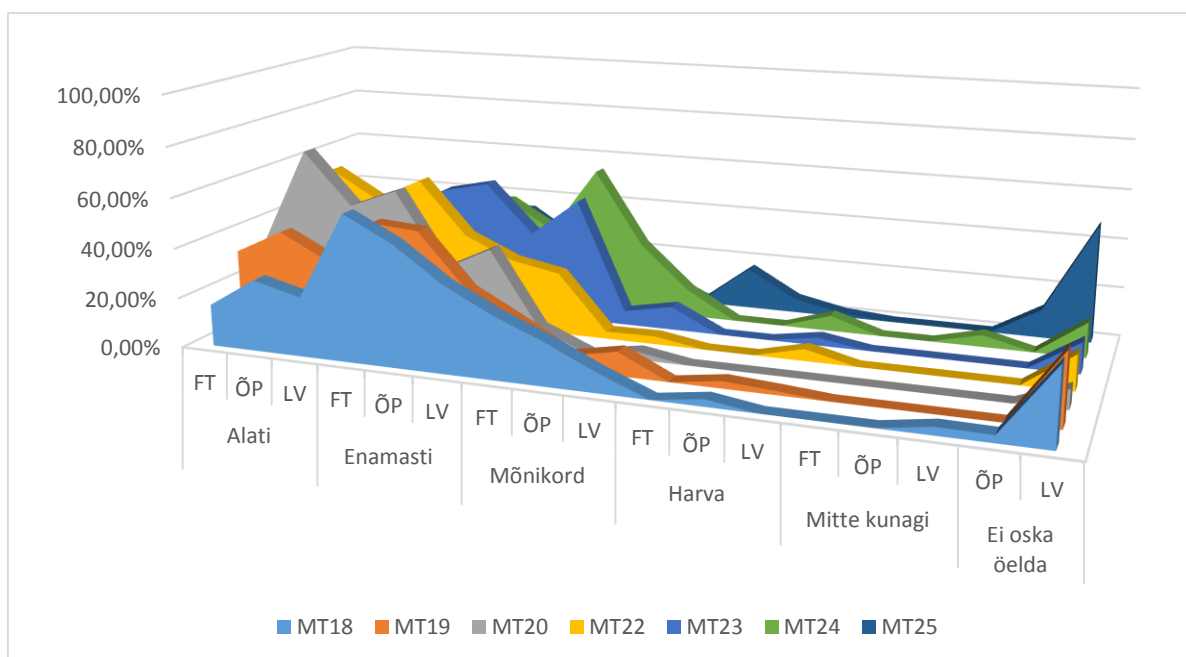
Hindamistulemusi arutatakse enne eesmärkide ja sekkumismeetodite kavandamist meeskonna koosolekul või ühistel kohtumistel. (IAK6S - IAK6T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	16,7% 50% 25% 8,3% 0% 0%	41,7% 33,3% 25% 0% 0%	-2.236	0.025*
Füsioterapeut ja teised spetsialistid teevad koostööd lähtudes laste individuaalsetest vajadustest. (MT20S - MT20T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	33,3% 58,3% 8,3% 0% 0% 0%	58,3% 41,7% 0% 0% 0%	-2.000	0.046*
Meeskonnaliikmed (spetsialistid, õpetajad ja lapsevanemad) suhtlevad pidevalt verbaalselt ja/või kirjalikke ning muid vahendeid kasutades. (MT22S - MT22T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	16,7% 58,3% 25% 0% 0% 0%	41,7% 58,3% 0% 0% 0%	-2.121	0.034*
Kõigi meeskonnaliikmete (spetsialistid, õpetajad ja lapsevanemad) vahel toimub ühine teadmiste ja õpetamisstrateegiate jagamine. (MT23S - MT23T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	0% 50% 50% 0% 0% 0%	33,3% 58,3% 8,3% 0% 0%	-2.460	0.014*
Füsioterapeut õpetab õpetajatele, teistele spetsialistidele ja lapsevanematele terapeutilisi tehnikaid ja muid võtteid. (MT24S - MT24T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	0% 41,7% 58,3% 0% 0% 0%	33,3% 50% 16,7% 0% 0%	-2.714	0.007*
Asutusesiseselt pakutakse kogu personalile võimalust täiendkoolitustel osaleda. (AT26S - AT26T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	8,3% 41,7% 41,7% 8,3% 0% 0%	50% 41,7% 8,3% 0% 0%	-2.414	0.016*
Füsioterapeutidel on võimalus lastele osutatava teenuse intensiivsust ja sagedust muuta, lähtudes laste vajaduste muutumisest. (AT27S - AT27T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	25% 25% 41,7% 8,3% 0% 0%	58,3% 33,3% 8,3% 0% 0%	-2.232	0.026*
Füsioterapeutil on võimalus ja toetus konsulteerimaks personaliga füüsilise keskkonna kohandamise, transpordi või ohutusega seonduvast. (AT28S - AT28T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	16,7% 58,3% 25% 0% 0% 0%	66,7% 16,7% 16,7% 0% 0%	-2.333	0.020*

Füsioterapeut viib läbi asutusesiseseid personalile suunatud koolitusi, seminare ja/või treeningprogramme. (AT29S - AT29T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	0% 0% 41,7% 16,7% 41,6%	8,3% 8,3% 66,7% 8,3% 8,3%	-2.414	0.016*
Füsioterapeut on kaasatud laste keskkonna kohandamisse. (AT30S - AT30T)	Alati Enamasti Mõnikord Harva Mitte kunagi	8,3% 33,3% 58,3% 0% 0%	41,7% 50% 8,3% 0% 0%	-2.428	0.015*

Z- teststatistiku väärtused; p – statistiline olulisus; * - gruppide vaheline statistiliselt oluline erinevus nivool $p < 0.05$

4.4. Füsioterapeudi, õpetaja ning lapsevanema vahelise meeskonnatöö toimimine

Füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate vastusevariantide protsentuaalne jaotuvus meeskonnatöö (MT) valdkonna küsimuste lõikes on välja toodud joonisel 4, millelt on nähtav tendents kõikide küsimuste langemine skaalal „alati“, „enamasti“ ja „mõnikord“ ning „ei oska öelda“ suunas. „Alati“ ja „enamasti“ vastusevariantide kõrgem esinemissagedus viitab meeskonnatöö toimimise ühtivusele teaduskirjanduses soovitatud ideaalse praktikaga. Füsioterapeutide vastustest langes vastusevariantide „alati“ ja „enamasti“ hulka vastavalt 16,7% ja 50%, õpetajate seas olid vastavad tulemused 44,1% ja 42,1% ning lapsevanemate seas 36,5% ja 31,1%. Erinevalt füsioterapeutide raporteeritud tegelikust praktikast langesid nende soovitud praktika vastustes rohkem „alati“ (36,7%) ja „enamasti“ (41,2%) vastusevariantide hulka. Vastusevariant „ei oska öelda“ oli esindatud õpetajate (2,1%) ja lapsevanemate (22,2%) seas. Õpetajate ja lapsevanemate vastused „alati“ ja „enamasti“ ühtisid neljas küsimuses (MT20, MT22, MT23, MT24), füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate vastused ühes küsimuses (MT20) ning füsioterapeutide ja õpetajate vastused samuti ühes küsimuses (MT19).



Joonis 4. Füsioterapeutide (FT), õpetajate (ÕP) ja lapsevanemate (LV) meeskonnatöö valdkonna vastusevariantide protsentuaalne jaotuvus küsimuste (MT18, MT19, MT20, MT22, MT23, MT24, MT25) lõikes.

Gruppidevaheliste erinevuste määratlemiseks analüüsiti füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate vastusevariante „alati“, „enamasti“, „mõnikord“, „harva“ ja „mitte kunagi“. Saadud tulemused (tabel 6) näitasid, et statistiliselt oluline erinevus esines meeskonnatöö valdkonnas seitsmest küsimusest neljas. Tunnuste vahel, kus võrdlusgruppide vahel eksisteeris statistiliselt oluline erinevus, viidi läbi paariviisiline gruppide võrdlemine ning leiti, et erinevused esinesid füsioterapeutide ja õpetajate (MT20, MT22, MT23) ning füsioterapeutide ja lapsevanemate antud vastuste vahel (MT22, MT23, MT25). Õpetajate ja lapsevanemate antud vastuste vahel statistiliselt olulised erinevused puudusid.

Tabel 6. Statistiliselt olulised erinevused üksikute küsimuste lõikes ning võrdluspaaride vahel.

Küsimused	Hi-ruut	p	Paaridevaheline statistiliselt oluline erinevus
Füsioterapeut õpetab teisi meeskonnaliikmeid oma erialast lähtuvalt, soodustades laste funktsionaalsete tegevuste ja oskuste harjutamist kogu päeva vältel. (MT18)	1.287	0.526	-

Füsioterapeut on valmis kolleegidele pakkuma erinevaid võimalusi ühiseks laste õpetamiseks või koos tegutsemiseks. (MT19)	0.543	0.762	-
Füsioterapeut ja teised spetsialistid teevad koostööd lähtudes laste individuaalsetest vajadustest. (MT20)	6.344	0.042*	Õpetajad ja füsioterapeudid (p=0,047)
Meeskonnaliikmed (spetsialistid, õpetajad ja lapsevanemad) suhtlevad pidevalt verbaalselt ja/või kirjalikke ja muid vahendeid kasutades. (MT22)	8.516	0.014*	Õpetajad ja füsioterapeudid (p=0,014), lapsevanemad ja füsioterapeudid (p=0,025)
Kõigi meeskonnaliikmete (spetsialistid, õpetajad ja lapsevanemad) vahel toimub ühine teadmiste ja õpetamisstrateegiate jagamine. (MT23)	13.186	0.001*	Õpetajad ja füsioterapeudid (p=0,002), lapsevanemad ja füsioterapeudid (p=0,002)
Füsioterapeut õpetab õpetajatele, teistele spetsialistidele ja lapsevanematele terapeutilisi tehnikaid ja muid võtteid. (MT24)	5.917	0.052	-
Füsioterapeut vastutab terapeutiliste tehnikate ja muude võtete õpetamise eest meeskonnaliikmetele. (MT25)	8.654	0.013*	Lapsevanemad ja füsioterapeudid (p=0,010)

Hi-ruut – teststatistiku väärtused; p – statistiline olulisus; * - gruppide vaheline statistiliselt oluline erinevus nivool $p < 0.05$

Õpetajatelt ja lapsevanematelt küsiti informatsiooni rahulolu kohta, mis puudutas koostööd füsioterapeudiga. Tulemustest selgus, et 97,1% õpetajatest ning 80,9% lapsevanematest on koostööga rahul. Koostööga ei ole aga rahul 2,9% õpetajatest ja 4,8% lapsevanematest. Oma hinnangut ei osanud öelda 14,3% lapsevanematest. Kolm lapsevanemat tõid suletud küsimusele vastates lisaks välja põhjenduse rahulolematuse üle: „uus füsioterapeut ei ole üles näidanud huvi minuga kohtuda ja lapse arendusvõimalusi arutada“, „ei ole füsioterapeudiga otse kohtunud“, „koolipoolne füsioterapeut tegutseb rohkem omaette“.

5. TULEMUSTE ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli anda ülevaade füsioteraapia teenuse korraldusest erivajadustega lastele suunatud Eesti koolieelsetes asutustes. Ankeetküsitluse meetodil läbi viidud uurimistöö tulemused põhinevad kaheksa Eesti maakonna Maavalitsuste ametnike, 170 koolieelse lasteasutuse direktori ning kaheksa koolieelse lasteasutuse füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate tagastatud küsimustike andmetel.

Uuritavate vastuseid maakondade lõikes analüüsid leiti, et kuues Eesti maakonnas asuvas 13-s erinevas koolieelses lasteasutuses töötab 17 füsioterapeuti või muu ametinimetusega füsioterapeudi tööülesandeid täitvat tugispetsialisti. Tulemused näitavad, et teenus on peamiselt kättesaadav Tallinna ja Tartu maakondades, kuid mõningal määral ka teistes Eesti maakondades nagu Läänemaal, Põlvamaal, Raplamaal ning Viljandimaal. Saadud tulemused ühtivad varasemate Eestis läbi viidud uurimistööde (Runno, 2004; Karama, 2012, Rääk, 2014) seisukohtadega, kus osutatakse asjaolule, et maapiirkondade lastele ei ole füsioteraapia teenus kättesaadav. Sarnasusi esineb antud töö tulemustes ka EHIS andmebaasis olemasoleva statistikaga teiste tugispetsialistide, logopeedide ja eripedagoogide jaotumise osas koolieelsetes lasteasutustes. Nimelt töötab 2015/16 a. seisuga Eesti koolieelsetes lasteasutustes 346 logopeedi ja 106 eripedagoogi, kelle poolt osutatav teenus on kättesaadav peamiselt Tallinnas ja Tartus, kuid siiski on vastavaid tugispetsialiste suuremal või vähemal määral kaasatud kõikidesse 15-sse maakonda. Füsioterapeutide kohta puudub EHIS andmebaasis informatsioon nii alus- kui ka üldhariduskoolide osas, samuti puudub vastav teave suurel määral ka lasteasutuste üle järelvalvet pidavatel Maavalitsustel. On tõenäoline, et ka käesolevas töös ei ole kajastatud kõik Eesti koolieelsetes lasteasutustes töötavad füsioterapeutid või muu ametinimetusega füsioterapeudi tööülesandeid täitvad tugispetsialistid, kuna nendest lasteasutustest, kus erivajadustega lapsed reaalselt käivad, puudub täpne ülevaade. Samuti on tõenäoline, et koolieelsetes lasteasutustes töötavad liikumisõpetajad täidavad osaliselt füsioterapeudiga sarnaseid tööülesandeid. Põhjust, miks haridusasutuses töötavate tugispetsialistide andmed on puudulikud, võib seostada asjaoluga, et seadusandlus (Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseis, 2015) ei kohusta looma koolieelsetesse lasteasutustesse füsioterapeudi ametikohta, ka juhul kui selles käivad erivajadustega lapsed. Erivajadustega laste positiivsete akadeemiliste tulemuste saavutamiseks nähakse aga õpetajate, logopeedide ja teiste spetsialistide kõrval vajadust ka füsioterapeutide kaasamiseks (Kaderavek, 2009).

Vaatamata füsioterapeutide vähesele kaasamisele alusharidusasutustesse, hinnatakse teenuse kättesaadavuse vajalikkust kõrgeks nii Maavalitsuste ametnike kui ka arvestatava osa

uurimistöös osalenud Eesti koolieelsete lasteasutuste (41,9%) direktorite poolt, kelle vastused olid esindatud kõikidest Eesti maakondadest, v.a. Hiiumaalt, kus oli vastajate arv ka üks väiksemaid. Seega võib väita, et füsioteraapia teenuse järgi nähakse vajadust enamikes Eesti maakondades. Vastuolulisena selgus antud uurimistööst, et vaid 2,5% nendest lasteasutustest on füsioterapeudi ametikohta taotlenud. Üheks võimalikus põhjuseks võivad olla Maavalitsuste ametnike poolt välja toodud tegurid, mis mõjutavad füsioterapeutide kaasamist. Suur osa ametnikest arvas, et teenuse integreerimist koolieelsetesse lasteasutustesse takistab rahaliste ressursside puudumine, vähemal määral pakuti spetsialistide, vajalike ruumide ja vahendite puudumist, samuti oli esindatud vähene avalik huvi ja teadlikkus erivajadustega lastel esinevate probleemide kohta. Ka füsioterapeutide kaasamisel peeti suurimaks mõjutavaks teguriks just rahalisi ressursse, millele järgnesid nõudluse olemasolu teenuse järele, spetsialistide olemasolu, õigeaegne abi pakkumine, seadusandluse poolne kohustamine, vajalike ruumide ja vahendite olemasolu, lapsevanemate huvi ja teadlikkus ning koostöö meditsiinasutustega. See ei pruugi olla ammendav loetelu, kuna kajastab vaid teatud grupi hinnangut, kuid annab siiski olulist teavet selle kohta, miks on Eesti koolieelsetes lasteasutustes võrreldes teiste tugispetsialistidega kaasatud oluliselt vähem füsioterapeute.

Teisalt märkis jaotuvuse järgi hinnates arvestatav osa (21,9%) direktoritest, et ei näe füsioteraapia teenuse järgi vajadust või ei osanud oma hinnangut antud küsimuses anda (36,3%). Lastel esinevad erivajadused võivad olla väga suure varieeruvusega (Willis, 2008) ning seetõttu ei pruugi kõik lapsed teenust vajada. Arvestades aga logopeedide ja eripedagoogide märkimisväärselt suuremat kaasatust koolieelsetesse lasteasutustesse võib spekuloida, et need lapsed võivad vajada ka füsioteraapia teenust. Antud arvamust toetab asjaolu, et kõneprobleemide esinemine võib olla seotud häiretega teistes valdkondades, näiteks motoorses, sotsiaalses ja sensoorses, nagu leidsid Eesti koolieelsetes lasteasutustes läbi viidud uuringutes Mürsepp (2011) ja Püüa (2015) ning mitmed teised uurijad (Van Der Linde, 2008; Visscher, 2010), kes viitavad arenguhäirete omavahelistele seostele. Kõneprobleemidega lapsed käivad üldiselt tasandusrühmas, mis kuulub koos keha-, meele-, liitpuudega ja pervasiivsete arenguhäiretega laste rühmade ning arendusrühmadega erirühma nimetuse alla (Koolieelse lasteasutuse seadus, 1999). Uurimistöö autor ei leidnud aga ühtegi dokumenti, mis sätestaks, milliste erirühmade lastele on ette nähtud füsioteraapia teenus. Võib oletada, et see otsustatakse asutusesiseselt juhtkonna poolt. Autori kogemusest antud valdkonnas on selgunud, et võib esineda olukord, kus füsioterapeut töötab asutusesiseselt liit- või kehapuudega laste rühmas, kuid mitte pervasiivsete arenguhäiretega, meelepuudega või kõneprobleemidega lastega. Samas on uuringud näidanud, et ka autismispektrihäiretega (Carlsson jt, 2013),

sensoorse - (Van der Linde, 2008), ning intellektuaalse defitsiidiga (Hartman jt, 2010) lastel võib tõenäoliselt esineda ka motoorse arengu mahajäämus. Seda, kas füsioterapeut töötab eri-, sobitus- või tavarühma kuuluvate erivajadustega lastega antud uurimistöös ei uuritud, kuid ka see vajaks kindlasti selgitamist. Ka Effgen ja Kaminker (2014) toovad oma artiklis välja, et informatsioon erivajadustega laste karakteristikute, näiteks diagnoosi ja vanuse kohta, aitaks uuringu tulemuste interpreteerimisele paremini kaasa.

Töö tulemustes esines tendents, et erivajadusega lapsed käivad direktorite hinnangul tavarühmades (80%), sõltumata sellest, kas lasteasutuses on loodud füsioterapeudi ametikoht või mitte. EHIS andmebaasis kättesaadav statistika (2016) näitab, et erinevates Eesti koolieelsetes lasteasutustes on loodud 67 erirühma, kus õpib 1279 erivajadustega last, ning 54 sobitusrühma, kus õpivad koos 1243 erivajadustega- ja tavalast, mõnes lasteasutuses on loodud ka mitu eri- ja sobitusrühma. Antud töö veebipõhisele küsimustikule vastanud direktorite hinnangutest tuli aga välja, et erivajadustega lapsed käivad 170-s koolieelses lasteasutuses ehk igas 3. – 4. Eesti lasteaias. Selline suur erinevus toob kahtlemata esile mitmeid küsimusi, millele uurimistöö autor peab vajalikuks tähelepanu suunata – mida peavad direktorid lastel esinevateks erivajadusteks; kas need lapsed saavad õigeaegset abi; kas need lapsed vajavad ja saavad füsioterapiat või mõnda muud tugiteenust ning kas antud probleemi tõsidust teadvustatakse ja milliseid lahendusi nähakse?

Koolieelsetes lasteasutustes, kus on loodud füsioterapeudi või muu ametinimetusega tugispetsialisti ametikoht, hinnatakse teenuse kättesaadavust ja sellega rahulolu üldiselt kõrgeks nii direktorite, õpetajate kui ka lapsevanemate seas. Nendes lasteasutustes töötab enamasti üks täis- või osakoormusega vastav tugispetsialist, kes pakub tugiteenust, mis on seaduse järgi kättesaadav kõigile erivajadustega lastele olenemata sellest, kas neile on puue määratud või mitte. Samas on arvestataval määral esindatud ka rehabilitatsiooniteenus, mis mõjutab teenuse kättesaadavust vastavalt puude määramisele. Uurimistöö autor nõustub Rääk (2014) uurimuses esitatud väitega, et tugiteenuse kättesaadavus haridusasutuses ei tohiks sõltuda puude olemasolust. Vastuolulised olid direktorite ja tugispetsialistide vastused ametinimetuse osas, kus direktorid märkisid kõige sagedamini esinevaks ametinimetuseks ravikehakultuuri instruktori, kuid vähemal määral olid esindatud ka tervishoiu töötaja, massöör, füsioterapeudist liikumisõpetaja, füsioterapeut, ravivõimlemise spetsialist ning liikumisterapeut. Suur osa tugispetsialistidest arvas, et nende ametinimetuseks on füsioterapeut, vähem pakuti ravikehakultuuri instruktori, liikumisterapeudi ja liikumisõpetaja ametinimetust. Seega kannavad füsioterapeudi tööülesandeid täitvad tugispetsialistid erinevaid ametinimetusi, kuid on enda hinnangul siiski füsioterapeudid. See on uurimistöö autori arvates igati õigustatud,

kuna suur osa neist on omandanud füsioteraapia alase rakenduskõrghariduse, bakalaureuse- või magistrikraadi. Vaid ühel juhul oli tegemist füsioteraapia alase täiendõppega. Vähesel määral võivad olla esindatud ka teised haridustasemed, mis vastavad direktorite vastustest selgunud ametinimetustele nagu massöör, tervishoiu töötaja ja liikumisõpetaja. Enamasti naissoost füsioterapeutide töökogemus on küllaltki suur, olles erialaselt töötanud keskmiselt ligikaudu 13 aastat, mis varieerub 1,3-lt aastalt 36-ni. Suure osa sellest, keskmiselt ligikaudu 11 aastat, on füsioterapid töötanud haridusasutuses. Vaatamata sellele hindas suur osa füsioterapeutidest, et ei ole saanud ei õpingute ajal kui ka järgselt piisavalt erialast ettevalmistust töötamiseks erivajadustega lastega. Viimase kolme aasta jooksul on märkimisväärselt vähe füsioterapeute osalenud erialastel koolitustel. Osaliselt võib selles rolli mängida see, et vaid neljandik või alla selle füsioterapeutidest kuulub erialastesse liitudesse, mis omavad rolli erialase teabe levitamisel. Teisalt võib olla tegu ka asutuse poolt pakutavate võimalustega. Seega on töö tulemustest näha, et füsioterapid omavad vajalikku haridustaset ning küllaltki suurt töökogemust, samas on asutuste vahel väga erinevad andmed ametinimetuse ja töökoormuse osas, mis varieerub täiskoormuse puhul 26-lt tunnilt 40-ni nädalas ning osalise töökoormuse puhul 12-lt tunnilt 25-ni nädalas. Põhjus, miks ei ole füsioterapeudi tööülesandeid täitvate tugispetsialistide ametinimetused võrdväärsed, võib tuleneda vähesest teadlikkusest või seadusandlusest tulenevatest kitsaskohtadest, mis võivad omakorda määrata näiteks puhkusega seonduva ja muud tööga seotud hüved. Füsioterapeudi ametiga seonduv ei ole alushariduses seadusega eelnevalt reguleeritud ning võib sõltuda konkreetse asutuse poolt sätestatud ametijuhendist, mille koostamine ilma puuduva seadusliku dokumendita võib seega olla ametialaste andmete suure varieeruvuse põhjuseks. Selgelt sätestamata haridus-, tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi ning riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustustele viidati ka Haridus- ja Teadusministeeriumi tellimisel valminud uurimuses (Rääk, 2014). Võrdluseks Eesti oludega on teaduskirjanduses (Effgen ja Kaminker, 1994) sarnaselt välja toodud, et täiskoormusega füsioterapid töötavad keskmiselt 36 tundi nädalas ning osalise töökoormusega keskmiselt 18 tundi nädalas, kuid puudub informatsioon, kui suures osas töötundide arv nädalas kõikus. Töökorraldus oli jaotatud selliselt, et 45% tööajast oli ette nähtud individuaalseks teraapiaks lastega ning ülejäänud sellest kulus grupitundideks (7%), kolleegide poolt sooritatud tegevuste monitoorimiseks (12%), kolleegidega lapse teraapiaprotsessi osas konsulteerimiseks (12%) ning administratiivseteks, supervisiooni, abivahendite ja töölähetustega seotud kohustusteks (24%). Antud töös ei uuritud füsioterapeutide konkreetsete tööülesannete ja –osade, samuti puhkuse- ja palgatingimuste kohta, kuid uurimistöö autor arvab, et ka see vajaks täiendavat analüüsi, et saavutada kõigile tugispetsialistidele võrdsed töötingimused.

Eelnevalt väljatoodud kitsaskohtadega ühtivad ka füsioterapeutide endi vastused tagastatud küsimustikele. Tulemustes esines tendents, et füsioterapeutide hinnang enda poolt rakendatud teenusele koolieelses lasteasutuses oli teaduskirjanduse poolt soovitatud ideaalse praktikaga võrreldes viiest erinevast valdkonnast kõige enam vastuolus just administratiivse toe valdkonnas, mis oli seotud koolitusvõimaluste, keskkonna kohandamise ja töö paindlikkusega. Näiteks vastati, et füsioteraapia teenuse iseloomu ja sagedust erivajadustega lastele mõjutab alati või enamasti füsioterapeutide arv ja töökoormus. Teaduskirjanduses rõhutatakse, et vähene administratiivne tugi võib haridusasutuses töötavatele füsioterapeutidele mõjuda negatiivselt ja koormavalt (Oriol jt, 2006; Effgen jt, 2007). Administratiivse toe valdkonna skaala vastuste negatiivsemasse suunda langemise leidsid oma uuringus ka Effgen ja Klepper (1994), kuid 20 aastat hiljem seda tendentsi enam ei esinenud (Effgen ja Kaminker, 2014). Pigem on IDEA poolt väljatöötatud ja propageeritud ideaalsest praktikast reaalses olukorras kõige rohkem erinevaks valdkonnaks teenuse rakendamine (Effgen ja Kaminker, 2014), mis tuli esile ka käesolevas uurimistöös. Antud töö küsitluses vastasid füsioterapeutid, et teenust rakendatakse arengutaseme hindamise ja sekkumise osas alati või enamasti rühmaruumist eraldatud, teraapiaks ettenähtud ruumis ning sellest tulenevalt toimib füsioteraapia teenus otsese mudeli põhimõttel, kus kontakt on peamiselt lapsega ning teraapia toimub mitteloomulikus keskkonnas. See ühtib mitmete teiste uuringutega, kus leiti sarnaseid tulemusi (Effgen ja Klepper, 1994; McWilliam ja Bailey, 1994; Nolan jt, 2004; Effgen ja Kaminker, 2014). Samas tõid füsioterapeutid käesoleva uurimistööküsimustikus välja, et laste arengutaseme hindamine toimub osaliselt loomulikus keskkonnas, kus mõnikord ka teraapiat tehakse, rakendades seega teatud määral integreeritud mudeli põhimõtteid. Teatud osa füsioterapeutidest rakendab ka kaudset teenuse mudelit, kus kontakt on peamiselt meeskonnaliikmetega, kuid üldiselt tehakse seda harva. Esindatud oli ka koostööle suunatud mudel, mille alusel hindavad füsioterapeutid lapse arengutaset koostöös kahe või enama spetsialistiga, füsioterapeut on enamasti või mõnikord kaasatud ühistele õppekäikudele ja üritustele väljaspool asutust, kuid vähemal määral lapse üleminekuprotsessi teise õppeasutusse, samuti on nii füsioterapeut kui ka lapsevanemad kaasatud individuaalse arenduskava koostamiseni ning kõigi meeskonnaliikmete vahel toimuvad ühised koosolekud arutamaks laste arenguprotsessi üle, füsioterapeutid näitavad ka valmisolekut pakkuda kolleegidele erinevaid võimalusi koos tegutsemiseks ning vastutavad teatud määral meeskonnaliikmetele õpetatud terapeutiliste tehnikate ja võtete eest.

Küsimustiku osas, milles füsioterapeutid hindasid, milline võiks võrreldes reaalse olukorraga nende poolt soovitud praktika olla, näitasid käesoleva töö tulemused, et teenuse rakendamise valdkonnas puudusid statistiliselt olulised erinevused. Käesoleva töö aluseks

võetud uuringus leiti olulisemad statistilised erinevused just selles valdkonnas (Effgen ja Kaminker, 2014). Nagu eelnevalt mainitud, siis käesolevas uurimistöös osalenud füsioterapeudid rakendavad peamiselt otsesest teenuse mudelit ning vastused näitavad, et nende soovid ühtivad sellega. Seega võib sarnaselt McWilliam ja Bailey (1994) järeldustele tõdeda, et füsioterapeutide subjektiivsel hinnangul on see parim teenuse rakendamise viis. Teisalt osutatakse tähelepanu sellele, et käesoleval hetkel oleks kombinatsioon erinevatest teenuse osutamise mudelitest kõige sobilikum, kuni ei ole tõestatud ühe või teise mudeli suuremat efektiivsust (Effgen ja Kaminker, 2014). Füsioteraapiaks ettenähtud ruumis võiks teenust osutada näiteks sel juhul, kui laps vajab intensiivset sekkumist, privaatsust, spetsiaalseid abivahendeid või kui lapsel esineb käitumishäireid ning tema tähelepanuvõime on limiteeritud (Effgen ja Kaminker, 2014; ref. School-based occupational therapy and physical therapy practice guide, 2011; Nolan jt, 2004).

Valdkonnad, milles füsioterapeutide soovid erinevad märkimisväärselt tegelikkusest, on arengu hindamine, individuaalse arenduskava koostamine, meeskonnatöö ning administratiivne tugi. Sealjuures esinesid statistiliselt olulised erinevused 30-st küsimusest kokku 11-s, kõige enam meeskonnatöö ja administratiivse toe valdkondades. Effgen ja Kaminker (2014) leidsid oma uuringus statistiliselt olulisi erinevusi vaid 7-s küsimuses. Varasemas uuringus (Effgen ja Klepper, 1994), milles füsioterapeutidele esitatud küsimused erinesid küll vähesel määral käesolevas töös kasutatud küsimustikust, kuid kus küsimuste valdkonnad olid samad, leiti statistiliselt olulisi erinevusi füsioterapeutide vastustes samuti just meeskonnatöö ja administratiivse toe valdkondades. Käesolevas uurimistöös osalenud füsioterapeutide vastuste erinevustes ilmnes tendents, et 10 küsimuse puhul langes füsioterapeutide soovitud praktika võrreldes tegeliku praktikaga rohkem skaala positiivse osa suunas, mis viitab ka teaduskirjanduse poolt soovitatud ideaalsele praktikale. Tulemuste järgi soovivad füsioterapeudid reaalse olukorraga võrreldes rohkemal määral võtta hindamisprotsessis arvesse lapsevanemate arvamusi ja tähelepanekuid; arutada hindamistulemusi enne eesmärkide ja sekkumismeetodite kavandamist meeskonna koosolekul või ühistel kohtumistel; teha teiste spetsialistidega koostööd lähtudes lapse individuaalsetest vajadustest; suhelda meeskonnaliikmetega pidevalt verbaalselt ja/või muid vahendeid kasutades; jagada meeskonnaliikmetega ühiseid teadmisi ja õpetamisstrateegiaid; õpetada õpetajatele, teistele spetsialistidele ja lapsevanematele terapeutilisi tehnikaid ja muid võtteid; saada võimalusi osalemaks täiendkoolitustel; muuta lastele osutatava teenuse intensiivsust ja sagedust lähtuvalt laste vajaduste muutumisest; saada võimalusi ja toetust konsulteerimaks personaliga füüsilise keskkonna kohandamise, transpordi või ohutusega seonduvast ning olla kaasatud laste

keskkonna kohandamisse. Vaid ühe küsimuse puhul jaotusid soovitud praktika vastused enamjaolt skaala keskele, kuid võrdselt ka skaala positiivse ja negatiivse osa suunas. Nimelt soovib suur osa füsioterapeutidest mõnikord viia läbi asutusesiseseid personalile suunatud koolitusi, seminare ja/või treeningprogramme. Neid, kes seda alati või enamasti soovivad teha, oli sama palju kui neid, kes seda harva või mitte kunagi ei soovi teha.

Füsioterapeutide, õpetajate ja lapsevanemate vastused, milles nad andsid oma hinnangu meeskonnatööga seotud aspektidele, kaldusid suures osas teaduskirjanduses soovitatud ideaalse praktikaga samasse suunda. Seoses sellega tuleb tähelepanu osutada aga asjaolule, et arvestatav hulk lapsevanematest ei osanud oma hinnangut teatud väidetele anda. See võib näidata, et lapsevanemad ei ole täielikult teadlikud lasteasutuse töökorraldusest ning meeskonnatööga seotud aspektidest. Positiivsemalt hindasid meeskonnatööga seotud väiteid õpetajad ja lapsevanemad, millega ühtib ka nende kõrge hinnang koostööle füsioterapeudiga. Teistes Eestis tehtud uurimistöodes (Karama, 2012; Laurits, 2013; Rääk, 2014) on aga vastupidiselt leitud, et meeskonnatöö lapsevanemate ja spetsialistide vahel vajab parandamist. Käesolevas töös ei olnud füsioterapeudiga koostööga rahul vaid 2,9% õpetajatest ning 4,8% lapsevanematest. Üksikud lapsevanemad avaldasid ka suletud küsimuse juures oma arvamust, tuues välja järgmised väited koostööga rahulolematuse kohta: „*uus füsioterapeut ei ole üles näidanud huvi minuga kohtuda ja lapse arendusvõimalusi arutada*“, „*ei ole füsioterapeudiga otse kohtunud*“, „*koolipoolne füsioterapeut tegutseb rohkem omaette*“. Statistiliselt olulised erinevused esinesid just füsioterapeutide perspektiivis õpetajate ja lapsevanemate nägemusest, mis oli enamasti seotud meeskonnaliikmete omavahelise suhtlemise ning ühiste teadmiste ja õpetamisstrateegiate jagamisega. Seevastu õpetajate ja lapsevanemate vahelises perspektiivis antud väidete osas olulisi erinevusi ei esinenud. Füsioterapeutide hinnangutest selgus, et tegelikku praktikat hindasid nad negatiivsemaks kui soovitud praktikat, mis annab alust arvata, et füsioterapeutide rahulolu meeskonnatööga on väiksem. Kuna füsioterapeutidelt ei küsitud aga sarnaselt õpetajate ja lapsevanematega nende rahulolu meeskonnatööga, siis ei saa vaid soovitud praktika erinevuse põhjal tegeliku praktikaga võrreldes midagi otsustavat väita enne, kui seda on põhjalikumalt uuritud.

Füsioteraapia teenuse kättesaadavuse, ametialaste andmete, teenuse osutamise mudeli ja rakendamise ning meeskonnatöö toimimisega seonduvate andmete kogumise, tulemuste interpreteerimise ning analüüsimisega täideti käesoleva uurimistöö eesmärk, milleks oli Eesti alushariduses rakendatava füsioteraapia teenuse korraldusest ülevaate andmine. Kuna varasemalt ei ole antud teemat Eestis põhjalikult uuritud ega käsitletud, siis on see uurimistöö autori arvates kindlasti käesoleva uurimistöö suurimaks väärtuseks. Siinkohal on tähtis esile

tuua ka uurimistöö puudused, milleks on käesolevas töös kasutatud ankeetküsimustiku „Füsioteraapia teenuse rakendamine haridusasutuses“ (*School-Based Physical Therapy Practices*) (Effgen jt, 1994; 2014) tõlgendamisega seonduv. Nimetatud küsimustikku ei ole varasemalt Eestis läbiviidud uurimistöodes rakendatud ning käesoleva uurimistöö raames ei tehtud ka pilootuuringut. Seega võis uuritavate vastuste andmist mõjutada küsimuste mõistmine. Teksti väärnimõistmist vähendati sellega, et küsimustiku tõlkimisel kasutati eesti keele filoloogi. Töös kasutatud ankeetküsimustik on autorite (Effgen jt, 1994; 2014) poolt koostatud kasutamaks nii alus- kui ka üldharidusasutustes, seega on võimalik sarnast uuringut tulevikus läbi viia ka erivajadustega lastele suunatud Eesti üldhariduskoolides.

Käesolevas uurimistöös leiti, et füsioteraapia teenuse kättesaadavus on Eesti maakondade alusharidust pakkuvates lasteasutustes võrreldes teiste tugiteenuste ja soovitud olukorraga oluliselt väiksem ning koondunud peamiselt kahte suuremasse maakonda. Füsioterapeutide kaasatust võivad enim mõjutada rahalised ressursid. Füsioteraapiat kui tugiteenust pakkuvad spetsialistid kannavad erinevaid ametinimetusi ning töötavad erinevate töökoormustega, kuid teenuse sisu vastab üldiselt teaduskirjanduses välja toodud ideaalsele praktikale. Suurim erinevus viimasega esineb administratiivses toes, meeskonnatöös ning teenuse osutamise mudelis, mis toimib peamiselt otsese mudeli põhimõttel, kuid sisaldab endas ka teiste mudelite komponente. Füsioterapeutide soovid erinevad tegelikust praktikast enim administratiivse toe osas, kuid suuresti ka meeskonnatöö valdkonnas, kus nende hinnang reaalsele olukorrale oli soovitud negatiivsem. Samuti erines füsioterapeutide perspektiiv meeskonnatööga seotud aspektides õpetajate ja lapsevanemate nägemusest. Õpetajad ja lapsevanemad hindasid koostööd füsioterapeutiga üldiselt kõrgeks.

Lähtudes uurimistöö olemusest ja eesmärgist antud valdkonda kaardistada, ei anna see teavet töö tulemustes selgunud probleemide põhjuslike seoste kohta, mida on antud töö arutelus analüüsitud tulenevalt uurimistöö autori kolmeaastasest töökogemusest. Töö tulemuste analüüsimisel tekkinud küsimused, mis on seotud füsioterapeutide alusharidusasutustesse kaasamisega, erivajadustega laste varajase märkamise ja sekkumisega, füsioteraapia teenuse osutamise sõltuvalt rühma liigist, füsioterapeutide töötingimuste ja administratiivsete kitsaskohtadega ning füsioterapeutide endi rahuloluga meeskonnatööga, vajaksid edaspidi kindlasti täiendavat uurimist, analüüsimist ning teadvustamist, et pakkuda erivajadustega lastele ja nende peredele võimalikult varajast ja efektiivset abi.

6. JÄRELDUSED

1. Füsioteraapia teenus on kättesaadav kuues Eesti maakonnas asuvas 13-s erinevas koolieelses lasteasutuses, kus erivajadustega lastega töötab 17 füsioterapeudi tööülesandeid täitvat tugispetsialisti. Füsioterapeutide kaasamist kõige enam mõjutavaks teguriks on vastavalt rahaliste ressursside olemasolu või nende puudumine.
2. Koolieelsetes lasteasutustes töötavad füsioterapeudid kannavad erinevaid ametinimetusi, osutavad enamasti tugiteenust ning töötavad nii täis- kui ka osalise töökoormusega. Füsioteraapia teenus sarnaneb kõige rohkem otsesele teenuse mudelile, kuid sisaldab endas ka mitmeid integreeritud, kaudse ja koostööle suunatud mudeli komponente, vastates üldiselt teaduskirjanduses soovitatud ideaalsele praktikale.
3. Füsioteraapia teenuse rakendamise tegeliku ja soovitud praktika vahel esinesid märkimisväärsed erinevused arengu hindamise, individuaalse arenduskava koostamise, meeskonnatöö ning administratiivse toe valdkondade vastustes. Administratiivse toe valdkonnas esinesid statistiliselt olulised erinevused kõikides vastustes.
4. Meeskonnatöö valdkonna küsimustes esinesid märkimisväärsed erinevused vaid füsioterapeutide ja õpetajate ning füsioterapeutide ja lapsevanemate vastuste vahel. Õpetajad ja lapsevanemad hindasid koostööga rahulolu üldiselt kõrgeks, samuti langesid nende hinnangud meeskonnatöö osas füsioterapeutidega võrreldes mõnevõrra rohkem küsimustiku positiivse skaala poole.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Bober P, Corbett S. Occupational therapy and physical therapy, a resource and planning guide, second edition. Wisconsin Department of Public Instruction; 2011.
2. Carlsson LH, Norrelgen F, Kiellmer L, Westerlund J, Gillberg C, Fernell E. Coexisting disorders and problems in preschool children with autism spectrum disorders. *Scientific World Journal* 2013; 2013: 213979.
3. Early Intervention Special-Interest Group. (2010). Team-based service delivery approaches in pediatric practice. Alexandria, VA: American Physical Therapy Association, Section on Pediatrics, Rainforth B and York-Barr, J. (1997). Collaborative teams for students with severe disabilities (2nd ed). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
4. Effgen SK, Chiarello L, Milbourne SA. Updated competencies for physical therapists working in schools. *Pediatr Phys Ther* 2007; 19(4): 266-274.
5. Effgen SK. Meeting the physical therapy needs of children, Second edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
6. Effgen SK, Kaminker MK. Nationwide survey of school-based physical therapy practice. *Physical Therapy* 2014; 26: 384-403.
7. Effgen SK, Klepper SE. Survey of physical therapy practice in educational settings. *Pediatric Physical Therapy* 1994; (6): 1.
8. Egilson ST. Parent perspectives of therapy services for their children with physical disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; 25: 277-284.
9. (EHIS) Eesti Hariduse Infosüsteem. 2015/16 õppeaasta andmed. <http://haridussilm.ee/> (19.04.2016)
10. Fragala-Pinkham MA, Haley SM, Rabin J, Kharasch VS. A fitness program for children with disabilities. *Physical Therapy* 2005; 85 (11): 1182-2000.
11. Fragala-Pinkham MA, O'Neil ME, Bjornson KF, Boyd RN. Fitness and physical activity in children and youth with disabilities. *International Journal of Pediatrics* 2012; 2012: 162648.
12. Hartman E, Houwen S, Scherder E, Visscher C. On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(5): 468-77.
13. Hillier SL, Civetta L, Pridham L. A systematic review of collaborative models for health and education professionals working in school settings and implications for training. *Education for Health* 2010; 23 (3).

14. Jansen LMC, Ketelaar M, Vermeer A. Parental experience of participation in physical therapy for children with physical disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2003; 45: 58-69.
15. Kaderavek JN. Perspectives from the field of early childhood special education. *Language Speech and Hearing Services in Schools* 2009; 40 (4): 403-5.
16. Kanep H. 2008. Analüüs haridusliku erivajadusega õpilastest ja tugiteenuste kättesaadavusest õpilastele, lõpparuanne. Uuringu „Haridusliku erivajadusega õpilane koolikaardil, tugiteenuste kättesaadavus haridusliku erivajadusega õpilasele“, II osa. Haridus- ja Teadusministeerium.
17. Karama A. 2012. Autismispektri häirega laste ja nende perekondade toetamine: vajadused ja võimalused Raplamaa juhtumite näitel. Bakalaureusetöö. Käsikiri Tartu Ülikooli Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse osakonnas.
18. Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseis. RT I, 2015, 1, 42. 12.02.2016
19. Koolieelse lasteasutuse riiklik õppekava. RT I, 2008, 23, 152. 02.12.2015.
20. Koolieelse lasteasutuse seadus. RT I, 1999, 27, 387. 02.12.2015.
21. Kõverik K. 2008. Eesti lasteaiaõpetajate valmidus õpetada erivajadusega lapsi tavalasteaias. Magistritöö. Käsikiri Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnas.
22. LaForme FA, Effgen SK. Use of groups in pediatric physical therapy: survey of current practices. *Pediatric Physical Therapy* 2007; 19 (2): 154-159.
23. Laurits I. 2013. Erivajadustega laste arenguvõimalused koolieelsetes lasteasutustes Rapla maakonna näitel. Bakalaureusetöö. Käsikiri Tartu Ülikooli Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse osakonnas.
24. Likert R. „A technique for the measurement of attitudes“. *Archives of Psychology* 1932; 140: 1-55.
25. Lobo MA, Harbourne RT, Dusing SC, McCoy SW. Grounding early intervention: physical therapy cannot just be about motor skills anymore. *Physical Therapy* 2013; 93 (1): 94-103.
26. Lollar DJ, Hartzell MS, Evans MA. Functional difficulties and health conditions among children with special health needs. *Pediatrics* 2012; 129 (3): e714-22. .
27. McEwen I, Shelden M'LL. Pediatric therapy in the 1990s: the demise of the educational versus medical dichotomy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 2009; 15 (2): 33-46.
28. McSpadden C, Therrien M, McEwen IR. Care coordination for children with special health care need and roles for physical therapists. *Pediatric Physical Therapy* 2012; 24: 70-77.

29. McWilliam RA, Bailey DB. Predictors of service delivery models in center-based early intervention. *Journal of Exceptional Children* 1994; 61: 56-71.
30. McWilliam RA, Young HJ, Harville K. Therapy services in early intervention: current status, barriers, and recommendations. *Topics in Early Childhood Special Education* 1996; 16: 348-374.
31. Möttus M. 2013. Erivajadustega laste varajane integratsioon koolieelses lasteasutuses – lapsevanemate arvamused Tartu Lasteaed Pääsupesa näitel. Magistritöö. Käsikiri Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnas.
32. Mürsepp I. Sensorymotor and social functioning in children with developmental speech and language disorders. Tartu: Tartu University Press; 2011.
33. Nolan KW, Mannato LMS, Wilding GE. Integrated models of pediatric physical and occupational therapy: regional practice and related outcomes. *Pediatric Physical Therapy* 2004; 16 (2): 121-128.
34. Oriel KN, Pemberton CLA, Urfer A. Barriers to school based physical therapy perceptions of physical therapists in a rural state. *J Allied Health* 2006; 35(2): 103-120.
35. Peterson T. Muudatused koolieelse lasteasutuse seaduse eelnõus. Haridus- ja Teadusministeerium. 2012.
http://f.ell.ee/failid/LVP/2012/06/08_HTM_KoLaSe_eelnou.pdf, 30.11.2015.
36. Püüa K. 2015. 5-6 aastaste alakõnega laste sensoorne töötlus ning motoorsed oskused. Magistritöö. Käsikiri Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnas.
37. Rapport MJK. Personnel issues school-based physical therapy: supply and demand, professional preparation, certification and licensure (COPSSE Document). Gainesville, FL: University of Florida, Center on Personnel Studies in Special Education; 2003.
38. Rapport MJK, Effgen SK. Personnel issues in school-based physical therapy: a look at supply and demand, professional preparation, licensure, and certification. *Journal of Special Education Leadership* 2004; 17 (1): 7-15.
39. Raudsepp-Alt U, Übius Ü, Meer M, Taim T, Klaar M. 2007. Tugiteenuste võimalused ja spetsialistide töörollid Tallinna üldhariduskoolides. Projekti „Põhikoolist väljalangemise ja probleemkäitumise efektiivsem ennetamine läbi tugisüsteemi arendamise üldhariduskoolides – KOOLITUGI“ raames. Tallinna Haridusamet, Tallinn.
40. Rowland JL, Fragala-Pinkham M, Miles C, O’Neil ME. The scope of pediatric physical therapy practice in health promotion and fitness for youth with disabilities. *Pediatric Physical Therapy* 2015; 27 (1): 2-15.

41. Runno M. 2004. Puudega lapse rehabilitatsiooni võimalused Raplamaa näitel. Bakalaureusetöö. Käsikiri Tallinna Pedagoogikaülikooli sotsiaalteaduskonnas.
42. Rääk R. 2014. Ettepanek: mõõduka, raske ja sügava intellektipuudega ning raske ja sügava psüühikahäirega arenguliste ja hariduslike erivajadustega lastele osutatavate haridus-, tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste sidustatud mudel. Tallinn, Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Sotsiaalministeeriumi tellimus.
43. Schlessman AM, Martin K, Ritzline PD, Petrosino CL. The role of physical therapists in pediatric health promotion and obesity prevention: comparison of attitudes. *Pediatric Physical Therapy* 2011; 23 (1): 79-86.
44. Schulte B. Guidelines for providing occupational and physical therapy in the Missouri public schools and other responsible public agencies. Missouri Department of Elementary and Secondary Education; 2009.
45. Sekerak DM, Kirkpatrick DB, Nelson KC, Propes JH. Physical therapy in preschool classrooms: successful integration of therapy into classroom routines. *Pediatric Physical Therapy* 2003; 15 (2): 93-104.
46. Siniscalco MT, Auriat N. Quantitative research methods in educational planning, module 8: questionnaire design. Unesco International Institute for Educational Planning; 2005.
47. Sotsiaalhoolekande seadus. RT I, 2015, 5. 11.05.2016.
48. Tamm R. 2010. Vaimupuudega lapse arendamise/õpetamise võimalused Viljandi maakonna koolieelsetes lasteasutustes. Magistritöö. Käsikiri Tallinna Ülikooli eelpedagoogika osakonnas.
49. Thomason HK, Wilmarth MA. Provision of school-based physical therapy services: a survey of current practice patterns. *Pediatric Physical Therapy* 2015; 27 (2): 161-9.
50. Van Der Linde J. Sensory profile of children with speech and language disorders in London and the South of England. Master of Science in Occupational Therapy. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2008.
51. Visscher C, Houwen S, Moolenaar B, Lyons J, Scherder EJ. Motor proficiency of 6- to 9- year-old children with speech and language problems. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52: 254-258.
52. Willis C. Working with children with special needs. SAGE Publications; 2008.

LISA 1.

Tabel 1. Füsioteraapia teenuse rakendamise mudelid (Effgen, 2013).

MUDEL		
Otsene	Füsioterapeudi kontakt	Lapsega
	Teenuse rakendamise Keskond	Haigla, ambulatoorne keskus, kodu Segavate faktoriteta keskkond Vajalikud spetsiaalsed Vahendid
	Sekkumismeetodid	Funktsionaalsed tegevused, suunatud tegevusi piiravatele funktsioonihäiretele Spetsiifilised terapeutilised meetodid Eesmärgiks uute mootorsete oskuste omandamine
	Teenuse rakendamise sagedus	Regulaarselt planeeritud sessioonid
Integreeritud	Füsioterapeudi kontakt	Lapse, kolleegide ja perega
	Teenuse rakendamise keskkond	Varajase sekkumise keskus, haridusasutus Loomulik keskkond Vajadusel „teraapia“-ala konkreetselt lapsele
	Sekkumismeetodid	Funktsionaalsed tegevused, keskkonna kohandamine Eesmärgiks uute mootorsete oskuste harjutamine igapäe- vategevustes Võtmepunktideks tegevus ja osalus
	Teenuse rakendamise sagedus	Rutiinselt planeeritud, Paindlik ajakasutus Vastavalt lapse ja meeskonna vajadustele

Konsulteeriv	Füsioterapeudi kontakt	Kolleeptide ja perega
	Teenuse rakendamise keskkond	Kõik seksumiskeskonnad Loomulik keskkond
	Seksumismeetodid	Funktsionaalsed tegevused, keskkonna kohandamine, vahendite kohandamine Eesmärgiks loomuliku keskkonnaga kohanemine ning omandatud mootorsete oskuste vilumuseks kujundamine Võtmepunktideks tegevus ja osalus
	Teenuse rakendamise sagedus	Vahelduvalt planeeritud Vastavalt lapse ja meeskonna vajadustele
Monitooriv	Füsioterapeudi kontakt	Lapsega
	Teenuse rakendamise keskkond	Haridusasutus, varajase seksumise keskus, ambulatoorne keskus Loomulik keskkond Vajadusel „teraapia“ ala konkreetsele lapsele
	Seksumismeetodid	Eesmärgiks konkreetse lapse funktsionaalse taseme säilitamine, osalemine igapäevategevustes
	Teenuse rakendamise sagedus	Vahelduvalt planeeritud (võib toimuda ka iga poole aasta tagant) Vastavalt lapse vajadusele
Koostööle suunatud	Füsioterapeudi kontakt	Lapse, kolleeptide ja perega
	Teenuse rakendamise keskkond	Kõik seksumiskeskonnad Loomulik keskkond
	Seksumismeetodid	Funktsionaalsed tegevused, keskkonna kohandamine, vahendite kohandamine

		<p>Eesmärgiks loomuliku keskkonnaga kohanemine ning omandatud mootorsete oskuste vilumuseks kujundamine</p> <p>Võtmepunktideks tegevus ja osalus</p>
	<p>Teenuse rakendamise sagedus</p>	<p>Järjepidevalt planeeritud, erialaste teadmiste jagamine ja õpetamine meeskonnaliikmetele</p> <p>Tegevused toimuvad kogu päeva vältel</p>

LISA 2.

Tabel 4. Küsimustiku "Füsioteraapia teenuse rakendamine haridusasutuses" vastused.

Küsimused	Alati		Enamasti		Mõnikord		Harva		Mitte kunagi	
	TP	SP	TP	SP	TP	SP	TP	SP	TP	SP
	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %	arv / rea %
AH1	7 / 58,3%	7 / 58,3%	5 / 41,7%	4 / 33,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%
AH2	4 / 33,3%	5 / 41,7%	6 / 50%	6 / 50%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
AH3	4 / 33,3%	4 / 33,3%	5 / 41,7%	5 / 41,7%	2 / 16,7%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 8,3%	1 / 8,3%
AH4	5 / 41,7%	6 / 41,7%	3 / 25%	3 / 25%	3 / 25%	2 / 16,7%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%
AH5	5 / 41,7%	7 / 58,3%	4 / 33,3%	4 / 33,3%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
IAK6	2 / 16,7%	5 / 41,7%	6 / 50%	4 / 33,3%	3 / 25%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
IAK7	6 / 50%	7 / 58,3%	3 / 25%	4 / 33,3%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
IAK8	10 / 83,3%	10 / 83,3%	2 / 16,7%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
IAK9	4 / 33,3%	7 / 58,3%	5 / 41,7%	4 / 33,3%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
TR10	5 / 41,7%	6 / 50%	4 / 33,3%	3 / 25%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	2 / 16,7%
TR11	8 / 66,7%	9 / 75%	4 / 33,3%	3 / 25%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
TR12	7 / 58,3%	7 / 58,3%	5 / 41,7%	5 / 41,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
TR13	0 / 0%	0 / 0%	2 / 16,7%	4 / 33,3%	4 / 33,3%	4 / 33,3%	5 / 41,7%	3 / 25%	1 / 8,3%	1 / 8,3%
TR14	3 / 25%	3 / 25%	8 / 66,7%	7 / 58,3%	1 / 8,3%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
TR15	1 / 8,3%	2 / 16,7%	6 / 50%	5 / 41,7%	4 / 33,3%	3 / 25%	1 / 8,3%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%
TR16	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	1 / 8,3%	10 / 83,3%	11 / 91,7%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
TR17	2 / 16,7%	2 / 16,7%	6 / 50%	7 / 58,3%	1 / 8,3%	2 / 16,7%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%
MT18	2 / 16,7%	5 / 41,7%	7 / 58,3%	6 / 50%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT19	4 / 33,3%	6 / 50%	6 / 50%	5 / 41,7%	2 / 16,7%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT20	4 / 33,3%	7 / 58,3%	7 / 58,3%	5 / 41,7%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT21	4 / 33,3%	7 / 58,3%	5 / 41,7%	4 / 33,3%	3 / 25%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT22	2 / 16,7%	5 / 41,7%	7 / 58,3%	7 / 58,3%	3 / 25%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT23	0 / 0%	4 / 33,3%	6 / 50%	7 / 58,3%	6 / 50%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT24	0 / 0%	4 / 33,3%	5 / 41,7%	6 / 50%	7 / 58,3%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
MT25	2 / 16,7%	3 / 25%	4 / 33,3%	3 / 25%	4 / 33,3%	6 / 50%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
AT26	1 / 8,3%	6 / 50%	5 / 41,7%	5 / 41,7%	5 / 41,7%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
AT27	3 / 25%	7 / 58,3%	3 / 25%	4 / 33,3%	5 / 41,7%	1 / 8,3%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
AT28	2 / 16,7%	8 / 66,7%	7 / 58,3%	2 / 16,7%	3 / 25%	2 / 16,7%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%
AT29	0 / 0%	1 / 8,3%	0 / 0%	1 / 8,3%	5 / 41,7%	8 / 66,7%	2 / 16,7%	1 / 8,3%	5 / 41,7%	1 / 8,3%
AT30	1 / 8,3%	5 / 41,7%	4 / 33,3%	6 / 50%	7 / 58,3%	1 / 8,3%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%

AH1-AH5 – arengu hindamise valdkonna küsimused; IAK6-IAK9 – individuaalse arenduskava valdkonna küsimused; TR10-TR17 – teenuse rakendamise valdkonna küsimused; MT18-MT25 – meeskonnatöö valdkonna küsimused; AT26-AT30 – administratiivse toe valdkonna küsimused; TP – tegelik praktika; SP – soovitud praktika; arv – vastanute arv, rea % - vastuse protsentuaalne jaotuvus konkreetses küsimuses;

AUTORI LIHTLITSENTS TÖÖ AVALDAMISEKS

Mina, Kristel Mürk (02.10.1990)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Füsioteraapia erivajadustega lastele Eesti koolieelsetes asutustes: teenuse kättesaadavus, rakendamine ning meeskonnatöö“,

mille juhendajad on Iti Mürsepp ja Kairit Püüa

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 16.05.2016