

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Ülle Talmeister

**REHABILITATSIOONIMEESKONDADE  
VAJADUS KVALIFITSEERITUD  
SPETSIALISTIDE JÄRELE AASTAL 2015**

Lõputöö

Juhendaja: Dagmar Narusson

Pärnu 2015

Soovitan suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

Kaitsma lubatud „.....” ..... 2015.a.

TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse osakonna juhataja

Tiiu Kamdron .....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(lõputöö autori allkiri)

## SISUKORD

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sissejuhatus .....                                                                                      | 4  |
| 1. Ülevaade rehabilitatsioonist ja rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide tegevusest...              | 7  |
| 1.1. Rehabilitatsiooni olemus ja eesmärk.....                                                           | 7  |
| 1.2. Rehabilitatsiooni areng Eestis aastatel 2000-2015.....                                             | 9  |
| 1.3. Meeskonnatöö rehabilitatsioonis.....                                                               | 12 |
| 1.4. Spetsialistide ülesanded rehabilitatsioonimeeskonnas.....                                          | 17 |
| 2. Uurimus Rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele aastal 2015..... | 24 |
| 2.1. Uurimuse eesmärk ja uurimusküsimused.....                                                          | 24 |
| 2.2. Andmekogumis- ja analüüsimeetod.....                                                               | 25 |
| 2.3. Valimi kirjeldus.....                                                                              | 26 |
| 2.4. Uurimistulemused .....                                                                             | 28 |
| 3. Arutelu, järeldused, ettepanekud.....                                                                | 37 |
| Kokkuvõte .....                                                                                         | 40 |
| Viidatud allikad.....                                                                                   | 42 |
| Lisad.....                                                                                              | 44 |
| Lisa 1. Rehabilitatsiooniasutuste personali hetkeseis .....                                             | 45 |
| Summary .....                                                                                           | 50 |

## SISSEJUHATUS

Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liidu 2014-aasta suvel toimunud ümarlinal oli ühe aktuaalse teemana arutlusel meeskondades piisava kompetentsiga spetsialistide nappus. Olukord, kus spetsialistid töötavad mitmetes erinevates rehabilitatsiooniasutustes üle Eesti, on saamas takistuseks komplekse, kliendi vajadustest lähtuva, rehabilitatsiooniteenuse osutamisel. Probleeme, miks teatud eriala spetsialiste napib, on mitmeid. Käesolev töö kirjeldab läbi uurimuse antud probleemide olemust.

Autorit on hetkeolukorda kaardistama ajendanud isiklik soov saada teada kui suureks probleemiks on teenuseosutajatele pädeva spetsialisti värbamine. Kas rehabilitatsiooniteenuse kiire ümberkujunemine on viimastel aastatel mõjutanud spetsialistide valmidust kasvanud nõudmistega sammu pidada, ning kuidas tunnetavad teenuse osutajad spetsialistide nappust. Sotsiaalkindlustusamet on infopäevade ettekannetes tõdenud, et teenuse osutamise kvaliteet ei ole üle vabariigi ühtlane. Rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste kiire juurdekasv ei ole proportsioonis rehabilitatsioonivaldkonna koolituse läbinud spetsialistide arvuga.

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks on välja selgitada rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele 2015-aastal.

Uurimustöö autor otsib asutuste nägemust/hinnangut hetkeolukorraks. Läbi uurimusküsimuste soovib autor saada täiendavalt vastust ka küsimusele, millised on rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste arvamused olulised takistused spetsialistide värbamisel.

Lõputöö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgnevad uurimisülesanded:

- tutvuda erialase kirjandusega ja koostada teoreetiline ülevaade rehabilitatsioonist;
- anda ülevaade rehabilitatsiooniteenuse arengust ja rehabilitatsioonimeeskonnast;

- anda ülevaade rehabilitatsioonispetsialistide ülesannetest meeskonnas;
- planeerida uurimustöö, koostada küsimustik ja valim;
- viia läbi uurimus rehabilitatsiooniteenuse osutajate hulgas kellel on 2015-aastal sõlmitud leping Sotsiaalkindlustusametiga;
- analüüsida andmeid, teha järeldusi, koondada ettepanekud.

Lõputöö teoreetilise osa kajastamisel on kasutatud kehtivat seadusandlust, Sotsiaalkindlustusameti uuringuid ja analüüse, erialaseid artikleid, teadusartikleid, infopäevade ettekandeid.

Lõputöö empiiriline osa on läbi viidud kvantitatiivsel uurimismeetodil, kusitledes rehabilitatsiooniteenuse osutajaid kellega Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA) on 2015-aastal sõlminud halduslepingu. Asutuste kontaktandmed on saadud SKA poolt koostatud rehabilitatsiooniteenuse osutajate nimekirjast. Andmekogumismeetodina kasutas töö autor poolstruktureeritud ankeete, mis olid respondentidele veebipõhiselt kättesaadavad *LimeSurvey* keskkonnas.

Töö koosneb kahest suuremast peatükist, mis omakorda on jaotatud alapeatükkideks. Esimeses peatükis annab autor teoreetilise ülevaate rehabilitatsioonist ja selle olemusest. Tuues välja erinevused ja sarnasused rehabilitatsiooni kaasaja mõiste rahvusvahelise käsitluse ja rehabilitatsiooni defineerimise vahel Eestis. Ülevaate koostamiseks on autor kasutanud perioodil 2000-2015 kehtivat seadusandlust. Autor toob välja ka rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide kompetentsinõuded ja eesmärgid seda hetkel kehtiva Sotsiaalhoolekande seaduse, aga ka 2016-aastal jõustuva redaktsiooni valguses.

Teises peatükis tutvustab autor uurimuse eesmärgi ning uurimisküsimusi. Samuti antakse ülevaade uurimuse läbiviimisest ning valimist, iseloomustatakse respondente, analüüsitakse uurimisandmeid, tuuakse välja tulemused ning tehakse järeldusi ja ettepanekuid.

Avaldan suurt tänu oma juhendaja Dagmar Narussonile, kelle oskuslik juhendamine ning asjakohased märkused olid suureks abiks lõputöö kirjutamisel ning kõigile

uuringus osalejatele. Eriline tänu minu südames kuulub minu lastele ja emale, nende toetus ja mõistev suhtumine on andnud mulle võimaluse õppida ja õpingud edukalt lõpetada.

Töös kasutatavad põhimõisted ja lühendid:

- Rehabilitatsioon – (laiemas käsitluses) on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese võimalikult suure iseseisvuse saavutamine, sotsiaalse osaluse, kaasatuse ja rahulolu suurendamine. (Sotsiaalse rehabilitatsiooni ... 2013: 8)
- Rehabilitatsiooniteenus – Sotsiaalhoolekande seaduse alusel reguleeritud riiklik sotsiaalteenus, mis on aktiivne, kindla alguse ja lõpuga protsess, mille käigus hinnatakse inimese ressursse ja vajadusi, seatakse eesmärk muutusteks inimese elus, planeeritakse tegevused/teenused (terviklikult), viiakse läbi sekkumine, hinnatakse eesmärgi saavutamist, vajadusel korrigeeritakse. (Sotsiaalse rehabilitatsiooni ... 2013: 8)
- Rehabilitatsioonispetsialist – on inimene, kes töötab kliendi toimetulekuvõime ja elukvaliteedi parandamise eesmärgil rehabilitatsiooniteenuste või rehabilitatsiooniprogrammide osutajana rehabilitatsioonimeeskonnas (Medar 2013).
- Rehabilitatsiooniprogramm – on isiku rehabilitatsiooniks vajalikke kompleksseid tegevusi sisaldav sekkumine, millel on konkreetselt sõnastatud eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood, mille vältel pakutakse aktiivselt arendavaid ja rehabiliteerivaid tegevusi. (Töölesaamist... 2009: 5)
- PITRA – puudega inimene tööturule juhtumipõhise rehabilitatsiooniteenuse arendamisega (Puuetega inimene ... 2006: 6)

# 1.ÜLEVAADE REHABILITATSIOONIST JA REHABILITATSIOONIMEESKONNA SPETSIALISTIDE TEGEVUSEST

## 1.1.Rehabilitatsiooni olemus ja eesmärk

Rehabilitatsioonil on pikk ajalugu, mille jooksul on rehabilitatsiooni olemust defineeritud mitmeti. Dean jt. (2012) on vahendanud Jeffersoni, kelle poolt on ajalooliselt kõige varajasemalt defineeritud tervishoiu valdkonna rehabilitatsiooni, mille alusel rehabilitatsioon peaks olema planeeritud tegevus kvalifitseeritud (inimeste) juhistega, kasutades kõiki olemasolevaid meetmeid, et taastada või parandada tervises seisund, toimetulek ja rahulolu neil, kes on saanud mingil põhjusel kannatada või taastuvad haigusest. Edaspidine eesmärk on nende naasmine võimalikult vähesel ajaga oma harjumuspärasesse keskkonda.

Võib öelda, et hoolimata ajast, on Jefferson juba toona sõnastanud võtmeid, mis peaksid kindlasti olema rehabilitatsioonis esindatud. Jeffersoni sõnul on rehabilitatsioon kompleksne protsess, mis nõuab kõrgel tasemel professionaalseid oskuseid ja terviklikku ülevaadet indiviidist. Rehabilitatsioon ei seisne ainult inimese füüsilise tervise taastamises, sama oluline on ka indiviidi subjektiivne õnn ja rahulolu. Veelgi kaasaegsemalt öeldes, ei võimalda rehabilitatsioon indiviidil ennast mitte ainult riietada ja toita, vaid võimaldab osaleda ka kodanikuna, kes annab olulise panuse oma kogukonda. (Dean jt 2012: 3)

Rehabilitatsiooni ülim eesmärk on inimese sotsiaalse osaluse (*socialparticipation*) saavutamine või taastamine sotsiaalses elus. Samas, rehabilitatsiooni sekkumiste kompleksuse mõistmiseks on oluline rõhutada, et rehabilitatsiooni vaheeesmärgid on

inimese keha struktuuride ja funktsioonide ning psüühiliste funktsioonide arendamine ja restruktureerimine, võimete arendamine, tegevuse ja osaluse kohandamine ning inimese tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine. Seega võib öelda, et rehabilitatsioon on inimese tegevusvõime ja osalusvõime arendamise kompleksne protsess, mille erinevate sekkumiste peamine eesmärk on inimese sotsiaalse osaluse suurendamine ühiskonnas. (Rehabilitation ... 2015)

Rehabilitatsiooniteenusega mõjutatakse inimese sotsiaalset toimetulekut neljas põhilises eluvaldkonnas. Olenevalt abivajaja vanusest ja toimetulekupiirangust võivad mõjutamist vajavad eluvaldkonnad jaotuda tähtsuse järgi, kuid kokkuvõttes tuleb inimest vaadata ikkagi ühtse tervikuna. Eluvaldkonnad jaotatuna prioriteetide järgi (Anthony, Farkas 2009: 25):

- töö valdkonnas aidata inimest tööellu taastõimimisel, töövalmiduse hindamisel, sobiva töö valimisel, saamisel ja säilitamisel;
- elamise valdkonnas toetada inimest kogukonda lõimimisel, õpetada võimalikult iseseisvalt elama ja igapäevaeluga toime tulema;
- õppimise valdkonnas toetada üldharidussüsteemi lülitumisel, erialases ja huvialases õppes osalemisel (kutseõpe, ümberõpe, huviõpe);
- suhtlemise ja vabaaja valdkonnas toetada inimest sotsiaalsuse taastamisel või aktiivse suhtlemise oskuste arendamisel, sobiva huvi- või spordiala valimisel, motiveerida inimest tegelema mõne harrastustegevusega jne.

Rehabilitatsiooni kujunemisest Eestis aastatel 1995 – 1999 on ülevaate ajakirjas Sinuga andnud Karin Hanga (2012: 25), milles ta viitab, et üks esimesi dokumente mis Eestis toob sisse rehabilitatsiooni mõiste, on puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid, mis on heaks kiidetud Eesti Vabariigi Valitsuse 16. mai 1995 istungil. Nimetatud dokument annab rehabilitatsioonile järgmise definitsiooni: „Termin „rehabilitatsioon“ tähistab protsessi, mille eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget, füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja/või sotsiaalse funktsioneerimise taset, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust. Rehabilitatsioon sisaldab funktsioonide arendamise ja/või taastamise, funktsiooni puudumise või funktsiooni piiratuse kompenseerimise meetmeid. Rehabilitatsioon ei



hõlma esialgset meditsiinilist abi. See sisaldab suure hulga abinõusid ja tegevusi põhi- ja üldrehabilitatsioonist kitsamalt eesmärgistatud tegevusteni. Rehabilitatsiooni üldmõiste sisaldab taastusravi, sotsiaalset, pedagoogilist ja ametialast rehabilitatsiooni.“ (Puuetega inimestele ... 1995)

1999. aastal koostatud rehabiliteerimiskontseptsioon toob välja, et rehabilitatsioon on erinevatest meetmetest koosnev protsess, mille eesmärgiks on piiratuse või puude kompenseerimine, võimalikult kõrge kehalise, vaimse, intellektuaalse, psüühilise või sotsiaalse funktsioneerimise taseme saavutamine ning hoidmine selleks, et rakendada tulemuslikult puudega inimeste õigust elada iseseisvalt, sotsiaalselt integreeruda ja võtta osa ühiskonnaelust, sõltumata vanusest ning puude põhjustest või laadist (Hanga 2012: 25).

Hoolimata rehabilitatsiooni pikast ajaloost ja definitsioonide erinevatest sõnastustest on eesmärgid läbi aja kandnud ühtseid väärtusi. Rehabilitatsiooni üldine eesmärk on suunatud haavatavate inimeste eluolu parandamisele ja nende ühiskonnas osalemise suurendamisele. Üldise eesmärgi täitmiseks on mitmeid meetodeid ja programme, mis on suunatud erinevatele sihtgruppidele: füüsilise ja/või vaimse puudega inimestele, traumajärgses seisundis inimestele, kroonilise terviseprobleemiga inimestele, sõltuvusprobleemiga inimestele, vanglast vabanenutele, kuriteo või õnnetuse ohvritele, käitumishälbega lastele, tööealistele, eakatele jne. (Puuetega inimene ... 2008: 10) Järgnevas alapeatükis annab autor lühida ülevaate rehabilitatsiooni arengust Eestis viimase 15 aasta kestel.

## **1.2. Rehabilitatsiooni areng Eestis aastatel 2000-2015**

Riiklikult koordineeritud rehabilitatsiooniteenuse alguseks Eestis võib lugeda 2000. aastat, mil jõustus puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (Narusson 2012). Riiklikult koordineeritud rehabilitatsiooni arengu Eestis võib jagada viieks etapiks:

- esimene etapp 2000 – 2002,
- teine etapp perioodil 2002 – 2004,
- kolmas etapp 2004 – 2005,
- neljas etapp 2005 – 2008,

- viies etapp 2008 – 2015.

Kuuenda etapi alguseks võib lugeda 2016. -aastat, mil rehabilitatsiooniteenuse korraldus kujundatakse ümber nii tööturu- kui ka sotsiaalvaldkonda hõlmavaks terviklikuks süsteemiks.

Esimene etapp – Sotsiaalministri käskkirjaga oli kinnitatud 10 asutust, kes koostasid rehabilitatsiooniplaane puudega lastele (Hanga 2012: 27). Teenust rahastas Sotsiaalministeerium, kes eraldas raha maavalitsustele. Maavalitsus omakorda kaardistas piirkonna puudega laste ja täiskasvanute vajadused ning sõlmis lepingud piirkonna teenuseosutajatega. Peagi alustati rehabilitatsiooniplaanide koostamist ka hoolekandeesutuses viibivatele raske psüühikahäirega isikutele.

Teine etapp – aastad 2002 – 2004, mil alustati rehabilitatsiooniplaanide koostamist ka puudega täisealiste isikutele. Teenuseid oli siiski võimalus saada vaid rehabilitatsioonitoetuse ulatuses, mille piirmäärad olid kehtestatud Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses (Puuetega inimeste ... 2000). Alates 2004 aastast alustati rehabilitatsioonisüsteemi muutustega ja kaotati rehabilitatsiooniteenuste rahastamine maavalitsuste kaudu, täiskasvanute ja laste rehabilitatsiooniteenuseid hakati rahastama ja koordineerima läbi Sotsiaalkindlustusameti (Narusson 2012). Eest Puuetega Inimeste Koja (edaspidi EPIK) juures tegutsenud rehabilitatsioonikomisjon on 2003-aastal murekohtadena välja toonud vajaduse töötada välja sotsiaalteenuste kirjeldused, kvaliteedi ühtsed miinimumnõuded ning rehabilitatsiooniasutuste spetsialistide pädevuse kriteeriumid. (Hanga 2012: 27)

Kolmas etapp – aastad 2004 – 2005, mil võeti vastu Sotsiaalhoolekande seaduse ja sellega seonduvate seaduste muutmise seadus (Sotsiaalhoolekande ... 2004), milles oli sätestatud nõuded rehabilitatsiooniteenust osutavale asutusele ja rehabilitatsioonimeeskonnale. Nimetatud seaduse paragrahv 11 kohaselt pidi meeskond koosnema vähemalt viiest erineva eriala spetsialistist.

Neljas etapp – mille alguseks võib lugeda 2005-aasta märtsi, mil hakkasid kehtima mitmed rehabilitatsiooniteenust reguleerivad seaduse muudatused. Vabariigi Valitsuse määrus 52, milles oli sätestatud rehabilitatsiooniteenuste loetelu ja maksimaalne

maksumus ühes kalendriaastas. Teenuse arenedes kasvas ka rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste arv. Rehabilitatsiooniteenust osutavaid asutusi oli 2005-aastal 49, aastaks 2008 oli aga kasvanud juba 73. teenuse osutajani (Runno 2012: 21). Kuna rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste arv suurenes kiiresti, tekkis otsene vajadus täiendava juhendmaterjali koostamiseks. Aastal 2006 anti Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi koostöös välja raamat „Puuetega inimene tööturule juhtumipõhise rehabilitatsiooni abil” ehk „PITRA tarkuseraamat”, mis sisaldas endas nii rehabilitatsiooniteenuste kui ka tugiteenuste protsesside kirjeldusi.

Viies etapp – mille alguseks võib lugeda 2008-aastat. Rehabilitatsiooniteenuse osutajate arv on aasta – aastalt suurenenud, 2011-aastal sõlmis Sotsiaalkindlustusamet halduslepingu 99 rehabilitatsiooniteenuse osutajaga (Runno 2012: 20). Sotsiaalteenuste üksuse peaspetsialist Riina Järve–Tammistelt käesoleva töö autorile edastatud e-kirjas toodud andmete põhjal oli teenuseosutajaid aastal 2012 juba 106, 2013-aastal 111, 2014-aastal 110. Sotsiaalkindlustusamet sõlmis halduslepingud 2015-aastal rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks juba 114 teenuse osutajaga.

Teenust osutavate asutuste juurdekasv on ühest küljest positiivne, teenuseosutajate suurem valik on võimaldanud osutada rehabilitatsiooniteenust kõigis Eesti maakondades. Teisest küljest on asutuste pideval juurde tekkimisel olnud ka omad probleemid – küsitav on asutuste rehabilitatsioonialane ettevalmistus ning ka rahaline maht teenuse osutamiseks on piiratud. (Hanga 2010: 12) Väikeste lepingumahtudega ei ole asutustel võimalus tagada jätkusuutlikku teenuse osutamist, ega tagada ka spetsialistide rehabilitatsioonialaseid täiendkoolitusi.

Ilmnenud probleemid on seotud nii rehabilitatsiooniteenuse korraldusliku poole ja administreerimisega, kui ka teenuse sisu, kvaliteedi ja tulemuslikkusega (teenuse jäik korraldus, mille tõttu ei saa seda kohandada inimese vajadusele, piiratud mahus teenus ei taga tulemuse saavutamist, teenuseosutajate paljusus, nende pädevus ja omahuvid jm). (Hanga 2010: 8) Suureks probleemiks oli ka asjaolu, et rehabilitatsiooniteenuse eesmärk oli eri osapooltele ebaselge, ootused teenuse suhtes ja arusaam sotsiaalset rehabilitatsioonist on väga erinevad (Runno 2012: 20).

Hetkel kehtiva Sotsiaalhoolekande seaduse alusel on Eestis rehabilitatsiooniteenuse saamiseks õigustatud isikud jagatud nelja sihtgruppi (Sotsiaalhoolekande ... 2015):

- puuetega inimeste Sotsiaaltoetuste seaduse paragrahv 2 lõige 2 punkt 1 tähenduses lapsed kuni 18-eluaastani (puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad lapsed), edaspidi sihtgrupp 1;
- puuetega inimeste Sotsiaaltoetuste seaduse paragrahv 2 lõige 2 punkt 2 tähenduses 16-aastased ja vanemad isikud (puuet taotlevad ja puude raskusastet omavad isikud), edaspidi sihtgrupp 2;
- 16-aastased kuni riikliku Pensionikindlustuse seaduse paragrahvis 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud psüühilise erivajadusega isikud, kellele on määratud töövõimekaotus 40% või enam, edaspidi sihtgrupp 3;
- alaealiste komisjoni otsusel Alaealiste mõjutusvahendite seaduse paragrahv 1 lõigetes 2 ja 3 nimetatud isikud, edaspidi sihtgrupp 4.

### **1.3. Meeskonnatöö rehabilitatsioonis**

Meeskonnatöö on rehabilitatsiooni nurgakivi (Eldar jt 2008: 352). Kuna puue võib mõjutada mitmeid eluaspekte on oluline, et rehabilitatsioon tagaks kõik kliendi vajadused. Pole võimalik, et seda kõike suudaks tagada ühe eriala spetsialist. On oluline kaasata ka teiste erialade spetsialiste rehabilitatsioonimeeskonnas. (*Ibid.*: 353) Just erinevate erialaspetsialistide hinnangute põhjal kujuneb kliendi probleemidest terviklik ja ülevaatlik hinnang. Tänu meeskonnatööle on võimalik teostada erinevaid mõõtmisi ning seada realistlikke eesmärke, et saavutada parim võimalik tulemus kliendi jaoks. (Norrefalk 2003: 100)

Meeskonna suurus, kes kliendiga tegeleb sõltub suuresti patsiendi vajadustest. Sõltumata meeskonna suurusest tuleb neil toimida ühtse eesmärgi nimel, näha klienti ja tema vajadusi tervikuna. Meeskonna liikmed peavad olema koostööaltid, toetavad ja teadlikud üksteise rollidest, mitte lähtuma oma eriala staatusest. (Eldar jt 2008: 353) Nagu eelpool öeldud, ei ole olemas ühte professiooni, millel oleks olemas maksimaalne vajalik teadmine, et osutada täies ulatuses ja adekvaatselt rehabiliteerivaid tegevusi mis

on kliendile rehabilitatsiooniprotsessis vajalikud. Seetõttu ongi oluline meeskond kus igal erialaspetsialistil oma roll ning ülesanded, mida täita.

Rehabilitatsioonimeeskondade töös on kasutusel kaks mudelit (Eldar jt 2008: 353):

- multidistsiplinaarne lähenemine,
- interdistsiplinaarne lähenemine.

Mõlema mudeli kohaselt töötavad meeskonna liikmed sama eesmärgi suunas. Multidistsiplinaarse lähenemise korral täidab iga meeskonna liige oma ülesande iseseisvalt ja suhtleb ühe inimese, tiimi juhiga. Tulemused sõltuvad iga erialaspetsialisti poolt panustatu summast (*Ibid.*: 353). Info jagamiseks ja otsuste tegemiseks ei pruugi kõik meeskonnaliikmed üksteisega otseselt suhelda, ega ka tegevuskava planeerimisel koostööd teha (Behm, Gray: 53).

Interdistsiplinaarne mudel rõhutab ühist probleemi püstitust ja lahenduse leidmist. Spetsialistide vahel toimub tihe vastastikune konsulteerimine, mis loob kliendist ja tema perekonnast ühtse vaatepunkti. Selline lähenemine loob sünergilise ja ühtse eesmärgi täitmise mille tulemusel saavutatakse rohkem kui ühe eriala spetsialist oleks võimeline olnud. (Eldar jt 2008: 353)

Peamine omadus, mis teeb interdistsiplinaarse mudeli multidistsiplinaarsest meeskonnast erinevaks on see, et kõik meeskonnaliikmed töötavad eesmärkide püstitamisel, kliendiga tegelemisel, otsuste langetamisel ja jooksvate probleemide lahendamisel koos, et tagada klienti toetavate tegevuste ja arengute järjepidevus ja terviklikkus (Albrecht *et al*, 2001 viidatud Behm, Gray: 54 vahendusel). Kliendid ja nende perekonnad on osa tiimist. Suhtlus kõigi osapoolte vahel on vajalik tagamaks, et kõik meeskonna liikmed, kaasaarvatud klient, oleksid osaks otsuste langetamisel ja rehabiliteerivate tegevuste planeerimisel (Behm, Gray: 54).

Suhtlemisoskus on toimiva meeskonna alus. Probleem on erinevate liikmete erinev suhtlemisoskus ja viis, kuidas neid on õpetatud. Efektive meeskond vajab rohkemat kui tehnilised ja kliinilised oskused (Goleman 1995 viidatud Behm, Gray: 54 vahendusel).

Võrreldes neid kahte mudelit, tuleb ilmsiks, et rehabilitatsiooni seisukohast on interdistsiplinaarne lähenemine efektiivsem, kuna see võimaldab palju terviklikumat koostööd ja kliendile orienteeritud lähenemist (Behm, Gray: 54).

Meeskonnatöös on kasutusel ka transdistsiplinaarne mudel, mille kohaselt on üks tiimi liige peamine teenusepakkuja, keda juhendavad ülejäänud tiimi liikmed. Spetsialistid on saanud täiendkoolitust mitmetes valdkondades lisaks nende peamisele spetsialiseeritusele. Transdistsiplinaarne mudel nõuab meeskonnaliikmetelt mitte ainult paindlikkust vaid ka valmidust selles raamistikus töötamiseks. (Behm, Gray: 54) Transdistsiplinaarse mudeli kasutus on ajamahukas ja nõuab sageli meeskonnaliikmetelt uute oskuste õppimist, mis ei ole olnud algselt seotud nende poolt omandatud eriala väljaõppe kavas. (*Ibid.*: 55)

Eduka meeskonnatöö põhijoonteks on (Neumann jt 2010: 3-7):

- kokkulepitud eesmärgid,
- ühine mõistmine eesmärkide saavutamise osas,
- asjakohased teadmised ja oskused,
- vastastikune usaldus ja austus,
- valmisolek oma teadmisi ja kogemusi jagada ning avalikult esineda.

Erinevate meeskonnatöö mudelite puhul on meeskonnaliikmetel erinev rõhuasetus ja roll meeskonnas.

Interdistsiplinaarne mudeli puhul koosneb statsionaarse rehabilitatsiooni meeskond reeglina: klientidest, õdedest, arstist, terapeutidest, psühholoogist, sotsiaaltöötajatest, dietoloogidest ja koordinaatorist (Behm, Gray: 55). Peamised meeskonnaliikmed kes nõustavad gruppi muutuste korral on psühholoogid, kliinilised õed ja koordinaator/sotsiaaltöötajad (*Ibid.*: 58).

Multidistsiplinaarsetes meeskondades töötavad professionaalid tavaliselt iseseisvalt, et saavutada erialaspetsiifilisi eesmärke. Info jagamiseks ja otsuste tegemiseks ei pruugi kõik meeskonnaliikmed üksteisega otseselt suhelda, olenemata rehabiliteerivate tegevuste planeerimisest. (*Ibid.*: 53)

Eestis 2015-aastal kehtiva Sotsiaalhoolekande seaduse paragrahvi 11 kohaselt moodustab rehabilitatsiooniteenuse osutaja rehabilitatsioonimeeskonna, mis koosneb vähemalt viiest erinevast erialaspetsialistist, kelleks võivad olla (Sotsiaalhoolekande ... 2015):

- psühholoog, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus psühholoogias;
- arst, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus arstiteaduses;
- sotsiaaltöötaja, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös;
- tegevusterapeut, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus tegevusteraapias või muu riiklikult tunnustatud kõrgharidus tingimusel, et on läbitud Sotsiaalministeeriumi osalusel korraldatud tegevusterapeudi assistendi täienduskoolituskursus;
- õde, kellel on riiklikult tunnustatud keskeriharidus õenduses;
- füsioterapeut, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus füsioteraapias;
- eripedagoog, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus eripedagoogikas;
- logopeed, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus logopeedias või pedagoogikas.

Millise mudeli järgi Eestis teenust osutavad rehabilitatsioonimeeskonnad valdavalt töötavad, ei ole käesoleva hetkeni autorile teadaolevalt uuritud. Tuginedes Sotsiaalhoolekande seaduses kehtestatud nõuetele ja Vabariigi Valitsuse määrusele 256, võib eeldada, et rehabilitatsioonimeeskonnad kasutavad valdavalt multidistsiplinaarset lähenemist.

Sotsiaalhoolekande seaduse muudatus toob 2016-aastal endaga kaasa uuenenud nõudmised rehabilitatsioonimeeskondadele ja spetsialistidele, Kohustuslik meeskonnaliikmete arv, väheneb küll viielt kolmele. Samas aga on rehabilitatsiooniteenuse osutajal kohustus teenuse osutamine selliselt, et isikul on võimalik kõiki talle vajalikke sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavaid tegevusi saada ühe teenuseosutaja juures (Sotsiaalhoolekande ... 2016).

Jõustuva muudatuse tulemusena on nõudmised rehabilitatsioonimeeskonnale järgnevad (Sotsiaalhoolekande ... 2015):

- rehabilitatsioonimeeskond koosneb vähemalt kolmest erinevast spetsialistist, kellest ühel on kõrgharidus sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus psühholoogias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus füsioteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus logopeedias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus arstiteaduses või sellele vastav kvalifikatsioon ja ta on tervishoiutöötajana registreeritud Terviseametis;
- keskeri- või kõrgharidus õenduses või sellele vastav kvalifikatsioon ja ta on tervishoiutöötajana registreeritud Terviseametis;
- kõrgharidus tegevusteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus kunstiteraapias (loovteraapias) või sellele vastav kvalifikatsioon;
- kõrgharidus eripedagoogikas või sellele vastav kvalifikatsioon;
- koosseisu võib kaasata kogemusnõustaja, kellel on õigustatud isiku puudega või tervisekahjustusega sarnase puude või tervisekahjustuse kogemus ning kes on läbinud valdkonna eest vastutava ministri määrusega kehtestatud 117-tunnise kogemusnõustaja esmase koolituse.

Vähemalt üks rehabilitatsioonimeeskonna spetsialist peab olema läbinud 160-tunnise rehabilitatsioonivaldkonna koolituse. Jõustuv seadusemuudatus loob eeldused, et meeskonnad hakkaksid oma töös kasutama rohkem interdistsiplinaarset lähenemist. Lisandub uusi teenuseid, muutunud on rehabilitatsiooniplaani vorm - plaanist saab tervik. Spetsialistid ei tee enam ainult oma baaserialast lähtuvat tööloiku, juurde tuleb rohkem koostööd klienditöö erinevates etappides.

Uurimuse osas toob autor välja rehabilitatsioonivaldkonna 160-tunnise koolituse läbinud spetsialistide arvu meeskondades 2015-aasta aprilli seisuga, käesoleva uurimuse tulemuste andmetel.

Järgnevas alapeatükis annab töö autor ülevaate rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide tegevustest rehabilitatsioonimeeskonnas.



## 1.4. Spetsialistide ülesanded rehabilitatsioonimeeskonnas

Rehabilitatsioonis ei ole erinevate erialade spetsialistid omavahel võistluslikus situatsioonis, st ei ole mõistlik teha statistikat ja öelda, millise spetsialisti tegevused on vajalikumad või mida osutatakse suuremas mahus, vaid oluline on komplementaarsus ja sünergia, mis tekib erinevate erialade spetsialistide koostöös. (Rehabilitatsiooniteenused ... 2014:19)

Järgnevalt on antud töö autor toonud Behm ja Gray Interdisciplinary Rehabilitation Team artiklist ülevaate rehabilitatsioonispetsialistide ülesannete kirjeldustest.

Arstil on kogu rehabilitatsiooni protsessis üks tähtsamaid ja juhtivamaid rolle, just tulenevalt laiapõhisest väljaõppest ja teadmistest. Arsti ülesannete hulka kuuluvad terviseolukorra hindamine rehabilitatsiooniprotsessi vältel ning teiste meeskonna spetsialistide nõustamine valitud meetmete osas. Arst on lüliks perekonna ja kogu meeskonna vahel, konsulteerides ja toetades isikut ja tema perekonda rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel. Tihtipeale on arst meeskonnajuhiks.

Õe tegevuste hulka kuulub kliendi enesega toimetuleku alane nõustamine- tervise ja enese eest hoolitsemine, haigusteadlikkuse hindamine, haiguse ja haigussümptomitega toimetuleku õpetamine, riskikäitumise juhtimine, perekonna nõustamine isiku või tema esindaja juuresolekul. Isiku ja tema perekonna motiveerimine rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel.

Füsioterapeut hindab isiku motoorse sooritusvõime ja tegevuskeskkonna sobivust ja soovitab vajadusel kohanduste tegemist. Hindab ja soovitab abivahendite vajalikkust ning õpetab võimalusel kasutama isiku tegevuskeskkonnas.

Psühholoog hindab isiku psühholoogilisi probleeme ja vaimset seisundit, tegevusvõimet, potentsiaali ning valmisolekut töötamiseks, õppimiseks, iseseisvaks elamiseks ja eakohasteks tegevusteks.

Tegevusterapeudi ülesandeks on igapäevaelus vajalike oskuste õpetamine, parendamine ja säilitamine eelistatult isiku tegevuskeskkonnas.

Eripedagoogi tegevusvaldkonda kuulub kognitiivsete, kommunikatsiooni-, sotsiaalsete-, õpi- ja muude oskuste arendamine eripedagoogiliste võtetega. Orienteerumis- ja liikumisõpetus, punktikirja õpetamine, igapäevatoimingute ja kommunikatsioonioskuste õpetamine ja arendamine.

Logopeedi ülesandeks on kõne-eelse kommunikatsiooni arendamine. Verbaalse ja/või alternatiivse kommunikatsiooni arendamine või taastamine. Neelamishäiretega kaasnevate probleemide alane nõustamine.

Kogemusnõustaja tegevus on nõustamine sarnase puude, terviseolukorra kogemuse või erivajadustega inimeste poolt, kes on läbinud vastava ettevalmistuse. Teadmiste ja kogemuste vahetus ning nõustamine, emotsionaalse, sotsiaalse ja/või praktilise toe pakkumine.

Sotsiaaltöötaja ülesanneteks on nõustamine ja teenuse koordineerimine sotsiaalsete probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks, eesmärgiga toetada ja soodustada isiku edaspidist funktsioneerimist, tegelus- ja osalusvõime.

Lisaks võivad meeskonda kuuluda ka juhtumikorraldaja, kelle ülesanneteks on raviplaani koordineerimine, annab perekonnale ja kliendile informatsiooni hüvitiste kohta. On lüliks kliendi, rehabilitatsiooniasutuse ja maksja vahel. Koordineerib hüvede optimaalset kasutust. Eraldi liikmena võib tiimis olla veel neurofüsioloog, hingamisterapeut, dietoloog, kaplan ja kutseterapeut, kelle ülesanne on koostöös terapeutidega arendada või taastada isiku oskused, mis on vajalikud tööle naasmiseks.

Võrreldes Eestis rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide tegevusi meeskonnas, 2015-a kehtiva Rehabilitatsiooniteenuste raames osutatavate teenuste loetelu, teenuse hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine Vabariigi Valitsuse määrus nr 265 lisa 2 spetsialistide teenuste kirjeldusi ja Vabariigi Valitsuse määruse nr 256 2016-aastal kehtima hakkava määruse 256 eelnõu „Rehabilitatsiooniteenuste kirjeldused” on spetsialistide tegevustes näha olulist kompetentsinõuete ja vastustuse tõusu spetsialistidele. Nimetatud eelnõu, on Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskuse arendusspetsialist Margery Roosimaa poolt edastatud töögrupi liikmetele 19. märts 2013- aastal. Alljärgnevalt on autor võrrelnud 2015 aastal kehtivat Vabariigi Valitsuse

määruse 256 lisa 2., rehabilitatsiooniteenuse kirjelduste eelnõuga 256 (edaspidi tekstis kasutusel määruse eelnõu nime all).

Arst - kehtiv määrus 256 lisa 2 (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) ei kirjelda otseselt arsti tegevusi, küll aga on need kirjeldatud PITRA tarkuseraamatus (Puuetega inimene ... 2006: 76) mille järgi rehabilitatsioonimeeskonna arst hindab nõustamise käigus kliendi võimalusi, võimalikke riske ja takistusi lähtudes tervisest, samuti võrgustikuga seotud olukordi ja keskkonnategureid kliendi tervisepotentsiaali efektiivsema kasutamise seisukohalt kliendi argielus. Erinevalt tänasest on määruse eelnõus arsti teenus kirjeldatud individuaalteenusena, mille sisuks on isiku terviseolukorra hindamine rehabilitatsiooniprotsessi vältel, terviseolukorrast lähtuv nõustamine rehabilitatsiooniprotsessis. Rehabilitatsioonispetsialistide nõustamine valitud meetmete osa (rehabilitatsiooni sekkumiste, näidustuste ja vastunäidustuse määramine lähtudes isiku terviseolukorrast). Pere ja võrgustikuliikmete konsulteerimine toetamaks isikut rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel (arst konsulteerib isikut ja tema võrgustikuliikmeid isiku terviseolukorrast lähtuvalt kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel, sh rehabilitatsiooni tulemustest ja mõjudest terviseolukorrale). Arsti tegevuste hulka kuulub ka abivahendite vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamine ning kasutama õpetamine. Vajadusel soovitamine pöörduda sobivama spetsialisti juurde. Arsti teenus ei sisalda arstliku raviplaani koostamist ja diagnoosi määramist, raviprotseduuride tegemist, retsepti väljastamist, eriarsti vastuvõtule ega täiendavatele uuringutele suunamist.

Õde - ka õe teenus ei ole kehtiva määrus 256 lisa 2 (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) otseselt kirjeldatud, küll aga on need kirjeldatud PITRA tarkuseraamatus (Puuetega inimene ... 2006: 80) mille järgi rehabilitatsioonimeeskonna õe teenuse eesmärgiks on teenusele suunatud inimese toimetulekuvõime ja eneseabi säilitamine, parandamine, suurendamine. Õde nõustab klienti oma tervisepotentsiaali efektiivsemalt kasutama, et säilitada igapäevaelu rolle. Nõustab perekonda, kokkuvõtvalt on PITRAs kirjeldatud õe teenustena kliendi ja lähivõrgustiku haigusteadlikkuse tõstmist ja nõustamist. Erinevalt tänasest on määruse eelnõus õe teenus kirjeldatud individuaalteenusena mille sisuks on tervise- ja enese eest hoolitsemise alane teavitus, nõustamine, haigusteadlikkuse

hindamine, haiguse ja sümptomitega toimetuleku õpetamine, riskikäitumise juhtimine, kliendi lähivõrgustiku nõustamine kliendi või tema esindaja juuresolekul/loal terviseprobleemidega toimetulekuks ja toetamiseks. Rehabilitatsioonispetsialiste nõustamine valitud meetmete osas. (rehabilitatsiooni sekkumiste, näidustuste ja vastunäidustuse määratlemine lähtudes isiku terviseolukorrast). Võrgustikuliikmete nõustamine, konsulteerimine (motiveerimine) toetamaks isikut rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel. Abivahendite vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamise ning kasutamise õpetamine. Tegevus ei sisalda täiendavatele uuringutele saatmist ning retsepti väljastamist.

Füsioterapeut – kehtiva määruse 256 lisa 2 (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) kohaselt on füsioterapeudi teenus motoorse sooritusvõime ja tegevuskeskkonna (sh lasteaia-, kooli-, kodu- ja töökeskkonna) hindamine, nõustamine ja kohandamise soovitusel. Individuaalsete liigutuslikku arengut soodustavate/säilitavate programmide koostamine, terapeutiliste meetodite rakendamine ja tegevuse tulemuslikkuse hindamine koostöös kliendiga. Abivahendi vajaduse hindamine ja kasutusõpetus. Eraldi on välja toodud ka grupiteenus mille sisuks on tegevused tugiliikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalse võime taastamiseks grupis. Grupis minimaalselt 4 ja maksimaalselt 7 inimest. Erinevalt tänasest laieneb määruse eelnõus kõikide järgnevalt võrreldavate spetsialistide teenuste kirjeldus nii individuaal-, pere-, kui ka grupiteenusena. Füsioterapeudi teenuse kirjeldusse on täpsustusena lisandunud märge, et teenus ei sisalda passiivseid tegevusi. Lisandunud on isiku ja tema võrgustikuliikmete nõustamine, s.h. isiku ergonoomilise abistamise võtete õpetamine lähivõrgustiku liikmetele isiku abistamiseks tema tegevuskeskkonnas, samuti abivahendite ja tegevuskeskkonna osas. Vajadusel teiste spetsialistide soovitamise ja kaasamine (Määruse eelnõu).

Psühholoogi teenus on kehtiva määruse (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) kohaselt nõustamine ja psühhoteraapia. isiksusest suhetest tingitud toimetulekuprobleemide ennetamiseks ja lahendamiseks, sh tegevusvõime täpsustamine. Ka psühholoogi teenus on kirjeldatud nii pere- kui grupiteenusena. Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine/psühhoteraapia grupis, sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu

nõustamine/psühhoteraapia grupis. Grupis suuruseks 2 kuni 7 inimest. Erinevalt tänasest on määruse eelnõus psühholoogi teenus saanud oluliselt mahukama kirjelduse, Psühholoog konsulteerib ja nõustab isikut terviseolukorrast, isiksusest ja suhetest tingitud probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks. Psühholoogi tegevuste hulka kuulub ka isiku psühholoogiliste probleemide, seisundi, ja tegevusvõime hindamine. Isiku potentsiaali ja valmisoleku arendamine eakohasteks tegevusteks, töötamiseks, õppimiseks ning iseseisvaks elamiseks. Võrgustikuliikmete nõustamine, konsulteerimine/motiveerimine toetamaks isikut rehabilitatsioonieesmärkide saavutamist. (Määruse eelnõu)

Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenuse sisuks on kehtiva määruse (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) kohaselt, tegevused funktsionaalsete võimete arendamiseks ja tegevusvõime kujundamiseks, sh tegevusvõime täpsustamine; igapäevaelus toimetuleku õpetamine. Grupiteenusena on tegevused funktsionaalsete võimete arendamiseks ja tegevusvõime kujundamiseks grupis, lisaks igapäevaelus toimetuleku õpetamine. Grupi suuruseks 2 kuni 7 inimest.

Erinevalt tänasest on määruse eelnõus tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenused eraldi kirjeldatud just teenuse erinevate eesmärkide tõttu, tegevusterapeudi teenuse sisu on eelnõu kohaselt igapäevaelus vajalike oskuste õpetamine, parendamine ja säilitamine s.h. kliendi tegevuskeskkonnas (s.h. lasteaed, kool, kodu, töö, vaba aeg ning avalik ruum). Abivahendite vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamine ning kasutama õpetamine s.h. võimalusel isiku tegevuskeskkonnas. Isiku ja nõustamine isiku keskkonna kohandamise osas. (Määruse eelnõu)

Loovterapeudi - ülesandeks on määruse eelnõu kohaselt loovus- ja kunstipõhiste meetodite ja tehnikate rakendamine, tegevusvõime arendamiseks isiku tervislikust seisundist lähtuvalt psühhoteraapilisel, funktsionaalsel ja rekreatiivsel tasandil. Isiku ja võrgustikuliikmete konsulteerimine loovtegevuste rakendamiseks keskkonnas.

Eripedagoogi – teenus sisaldab kehtiva määruse (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) kohaselt, pedagoogilisi korrigeerivate tegevusi, kognitiivsete oskuste, kommunikatsiooni, sotsiaalsete oskuste jm arendamiseks (sh tegevusvõime täpsustamist) ning pedagoogilist

nõustamist. Orienteerumis- ja liikumisõpetust (valge kepi kasutamist, marsruutide õpetamist jm), punktkirja õpetamist, igapäevatoimingute õpetamist, kommunikatsioonioskuste õpetamist ja arendamist ning infotehnoloogia kommunikatsioonivahendite kasutamise õpetamiste nägemis- ja/või kuulmispuudega isikutele. Ka eripedagoogi teenuste loetelus on grupi- ja pereteenus. Määruse eelnõu kohaselt on teenuse loetelusse lisandunud võrgustikuliikmete eripedagoogiline nõustamine s.h. ka kliendi tegevuskeskkonnas (lasteaed, kool, kodu, töö ning avalik ruum) ja abivahendite vajaduse tuvastamisel, kus puudub õigus abivahendit määrata, suunamine sobiva spetsialisti juurde. (Määruse eelnõu)

Logopeedi teenusena on kirjeldatud (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) kehtivas määruses järgmised tegevused, nii individuaal-, pere-, kui ka grupiteenustena. Kõnepuude korrigeerimine ning kõne ja suhtlemisoskuse kujundamine, s.h. tegevusvõime täpsustamine. Määruse eelnõus on logopeedi tegevused oluliselt põhjalikumalt kirjeldatud. Logopeedi teenuseks on kõne-eelse kommunikatsiooni arendamine. Verbaalse (suulise, kirjaliku) ja/või alternatiivse kommunikatsiooni arendamine või taastamine. Abivahendite vajaduse hindamine, sobiva abivahendi soovitamise, kasutama õpetamine. Isiku ja/või tema võrgustikuliikmete nõustamine kommunikatsioonioskuste arengut või taastamist toetava keskkonna kujundamise osas. Neelamishäiretega kaasnevate probleemide alane nõustamine. (Määruse eelnõu)

Määruse eelnõu loob alates 2016-aastast võimaluse kaasata spetsialistina meeskonda kogemusnõustaja - kelle teenus rehabilitatsiooniprotsessis on teadmiste ja kogemuste vahetus ning nõustamine, emotsionaalse-, sotsiaalse ja/või praktilise toe pakkumine, sarnase puude, terviseolukorra kogemuse või erivajadusega inimese poolt, kogemusnõustaja on läbinud vastava ettevalmistuse.

Sotsiaaltöötaja ülesandeks (Rehabilitatsiooniteenuste ... 2007) meeskonnas on nõustamine, juhendamine ja teraapiate läbiviimine sotsiaalsete probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks eesmärgiga toetada/soodustada edaspidist toimetulekut. Kliendi lähivõrgustiku aktiveerimine, avalike teenuste osutajate juhendamine ja koordineerimine. Ka sotsiaaltöötaja ülesanded meeskonnas muutuvad määruse eelnõu kohaselt oluliselt laiapõhjalisemaks. Määruse eelnõu kirjeldab sotsiaaltöötaja

ülesannetena meeskonnas nõustamise (informeerimise, juhendamise, jõustamise, motiveerimise) ja teenuse koordineerimise sotsiaalsete probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks, eesmärgiga toetada/soodustada isiku edaspidist funktsioneerimist, tegevus- ja osalusvõimet. Isiku lähivõrgustiku aktiveerimist, kogukonna ressursside vahendamist, avalike teenuste osutajate ning teiste võrgustikuliikmete (s.h. tööandjate, haridustöötajate, Eesti Töötukassa juhtumikorraldajate) konsulteerimist toetamaks isikut rehabilitatsioonieesmärkide saavutamisel. (Määruse eelnõu)

Uued, oluliselt mahukamad nõuded spetsialistidele on väljakutse rehabilitatsiooniteenuse osutajatele ja meeskonnas töötavatele spetsialistidele.

## **2. UURIMUS REHABILITATSIOONIMEESKONDADE VAJADUS KVALIFITSEERITUD SPETSIALISTIDE JÄRELE AASTAL 2015**

### **2.1. Uurimuse eesmärk ja uurimusküsimused**

Käesoleva uurimustöö teema valik on tingitud rehabilitatsiooniteenuse sisu kui ka meeskonnale esitavate nõudmiste kiirest muutumisest aastatel 2000 kuni 2015. Oluline mõju teema valikule oli ka töö autori isiklik huvi antud teema vastu, kuna autor on oma töökohas seotud probleemidega meeskonda sobiva spetsialisti leidmisel. Lõputöö uurimuse osa annab ülevaate rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste meeskonna komplekteerimisega seotud probleemidest rehabilitatsiooniteenust osutavate asutuste pilgu läbi. Uurimuse metoodika alapeatükk annab ülevaate uurimiseesmärgist, püstitatud uurimisküsimustest, uurimuse läbiviimisest ja valimist. Analüüsitud uurimisandmed tuuakse välja eraldi alapeatükkides. Peatükk lõpeb aruteluga, kus võetakse kokku uurimistulemused ja sellest lähtuvalt tehakse järeldused ja ettepanekud.

Käesoleva lõputöö uurimuse eesmärk on välja selgitada rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele 2015-aastal.

Uurimuse läbiviimise aluseks on järgmised uurimisküsimused:

- kui palju ja millise koormusega (täis- ja/või osakoormusega) töötab rehabilitatsioonimeeskondades spetsialiste;
- kui suur on meeskondades rehabilitatsioonivaldkonna koolituse läbinud spetsialistide arv;
- kes osalevad meeskonnast rehabilitatsioonivaldkonna infopäevadel;
- millise eriala spetsialistide puudust tunnetavad meeskonnad enim;



- mis on peamiseks takistuseks spetsialisti värbamisel rehabilitatsioonimeeskonda;
- kas takistused spetsialistide värbamisel on maakonniti erinevad;
- millise eriala spetsialistid vahetuvad meeskondades enim;
- kas ja millistel põhjustel on teenuse osutajad kaalunud asutuste/meeskondade liitumist;
- kas ja millistel põhjustel on teenuse osutajad kaalunud rehabilitatsiooniteenuse osutamise lõpetamist?

Järgnevas alapeatükis annab autor ülevaate andmekogumis ja analüüsimeetoditest.

## 2.2. Andmekogumis- ja analüüsimeetod

Autor on käesoleva lõputöö uurimuse osa läbiviimisel kasutanud kvantitatiivset uurimismeetodit, mille eesmärgiks oli saada statistiliselt usaldusväärsed andmed järelduste tegemiseks. Uurimuse tüübilt oli tegemist *survey* uurimusega, andmekogumise meetodina kasutati küsitlust, mis tähendab, et inimeste rühmalt koguti andmeid standardisel viisil (Hirsijärvi jt 2005. 180). Rehabilitatsiooniasutuste küsitlemiseks koostati veebipõhiselt ankeet (vt lisa 1) *LimeSurvey* keskkonnas, mis edastati uuritavatele Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse osutajate e-maili aadresside nimekirja vahendusel.

Küsitluse vormilt on tegemist võrguküsitlusega, mis tähendab, et ankeet saadetakse uuritavatele, kes selle täidavad ja uurijale tagasi saadavad (Hirsijärvi jt 2005: 183). Küsitluses kasutati avatud ja valikvastustega küsimusi. Andmeid koguti perioodil 20. märtsist kuni 6. aprillini 2015. aastal. Statistilise andmeanalüüsi meetodina kasutati kirjeldavat statistikat (Roostalu 2014).

Uurimisandmete kogumiseks teostati järgmised toimingud:

- uurimusküsimuste püstitamine, küsitluse struktuuri kavandamine;
- ankeedi koostamine, küsitluskeskkonda sisestamine ja testimine;
- uuringu läbiviimine.

Rehabilitatsiooniteenust osutavatele asutustele edastatud ankeedis oli kokku 16 küsimust. Esimesed viis küsimust olid asutuse juriidilise tegutsemise vormi, ettevõtte

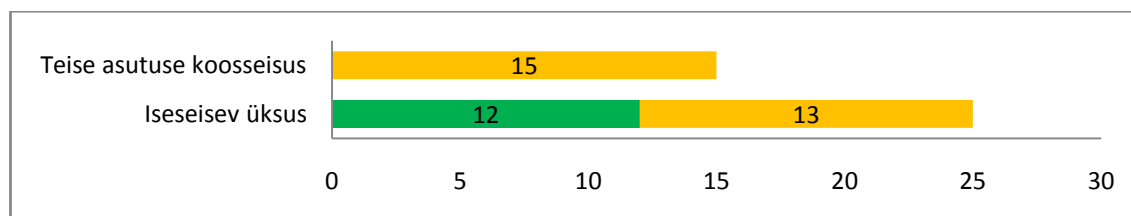
tegutsemise asukoha ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise staaži kohta. Järgnevalt küsiti asutustelt meeskonnas töötavate spetsialistide arvu ja töökoormuse kohta. Asutustel paluti ära märkida spetsialistide arv, nii kokku kui ka eraldi, osa ja põhikohaga töötavate spetsialistide osas. Seejärel paluti vastata küsimustele milles küsiti asutuste arvamus võimaliku meeskondade liitmise või teenuse osutamisest loobumise kohta. Asutustel kes vastasid nimetatud küsimustele jaatavalt paluti vastuseid ka kommenteerida. Ankeedi teises pooles küsiti asutustelt milliseid spetsialiste vajavad nad meeskonda edukaks teenuse osutamiseks ja millised on taksitused spetsialistide värbamisel. Ankeedi viimased küsimused puudutasid spetsialistide rehabilitatsioonialast täiendkoolitust ja infopäevadel osalemist.

Uurimuse raames kogutud andmete analüüsiks ja tulemuste kirjeldamiseks on:

- andmed süstematiseeritud ja sisestatud andmetöötlusprogrammi *Microsoft Excel*;
- andmeid analüüsitud kirjeldava statistika meetodil;
- koostatud selgitavad tabelid ja joonised.

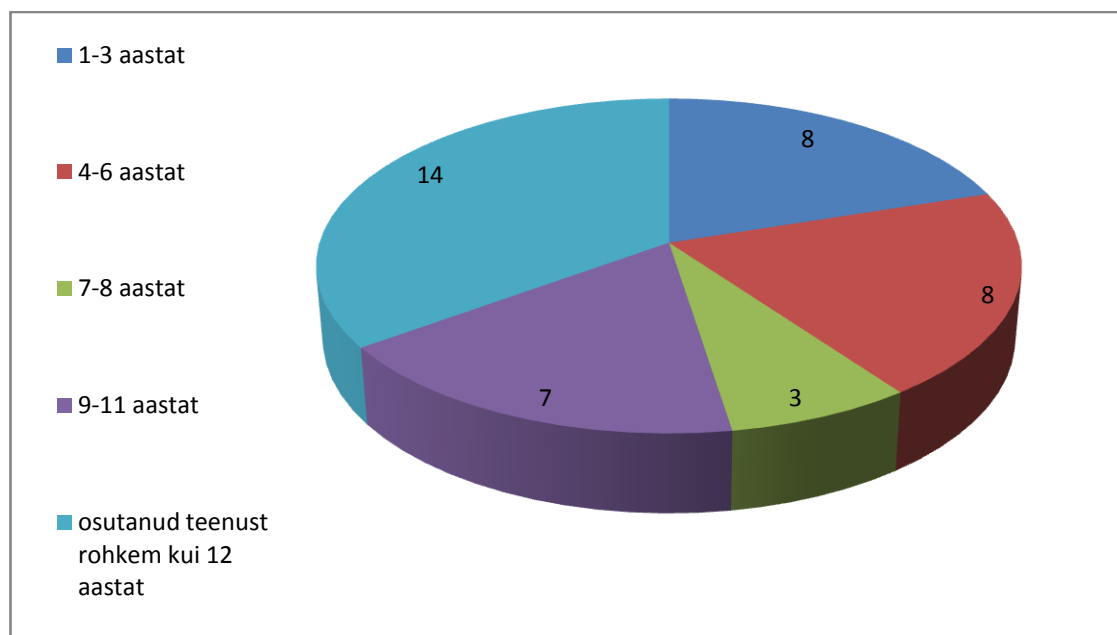
## 2.3. Valimi kirjeldus

Uurimuse valimisse kuulusid algselt kõik 114 rehabilitatsiooniteenust osutavat asutust kellega Sotsiaalkindlustusamet on 2015-aastal sõlminud halduslepingu. Rehabilitatsiooniteenuse osutajatele saadeti e-posti teel 145 (e-maili aadresside nimekirjas on asutusi, kellel on rohkem kui üks kontaktaadress) e-kirja, milles paluti neil küsitluses osaleda. Kuigi SKA uuendas rehabilitatsiooniteenuse osutajate listi 13. märtsil 2015-aastal (Järve-Tammiste ... 2015), tuli 6 elektronkirja tagasi märkega, „aadress vale”. Lõplik valim moodustus 40 rehabilitatsiooniteenuse osutajast. Alljärgneval joonisel 1 on toodud välja respondentide juriidilise tegevuse vorm ja nende poolne määratlus spetsialiseerumise kohta rehabilitatsiooniteenuse osutajana.



**Joonis 1.** Respondentide juriidiline tegevuse vorm, spetsialiseerumine rehabilitatsiooniteenuse osutajana (autori koostatud).

Jooniselt 2 on näha, et uuringus osalenud asutustest 59% on rehabilitatsiooniteenust osutanud enam kui üheksa aastat, 20% on neid asutusi kes on rehabilitatsiooniteenuste osutajana Sotsiaalkindlustusameti lepingupartnerid olnud vastavalt 4 kuni 6 ja 1-3 aastat. Kõige vähem vastanutest ehk 7% lepingupartnereid on teenust osutanud 7-8 aastat.

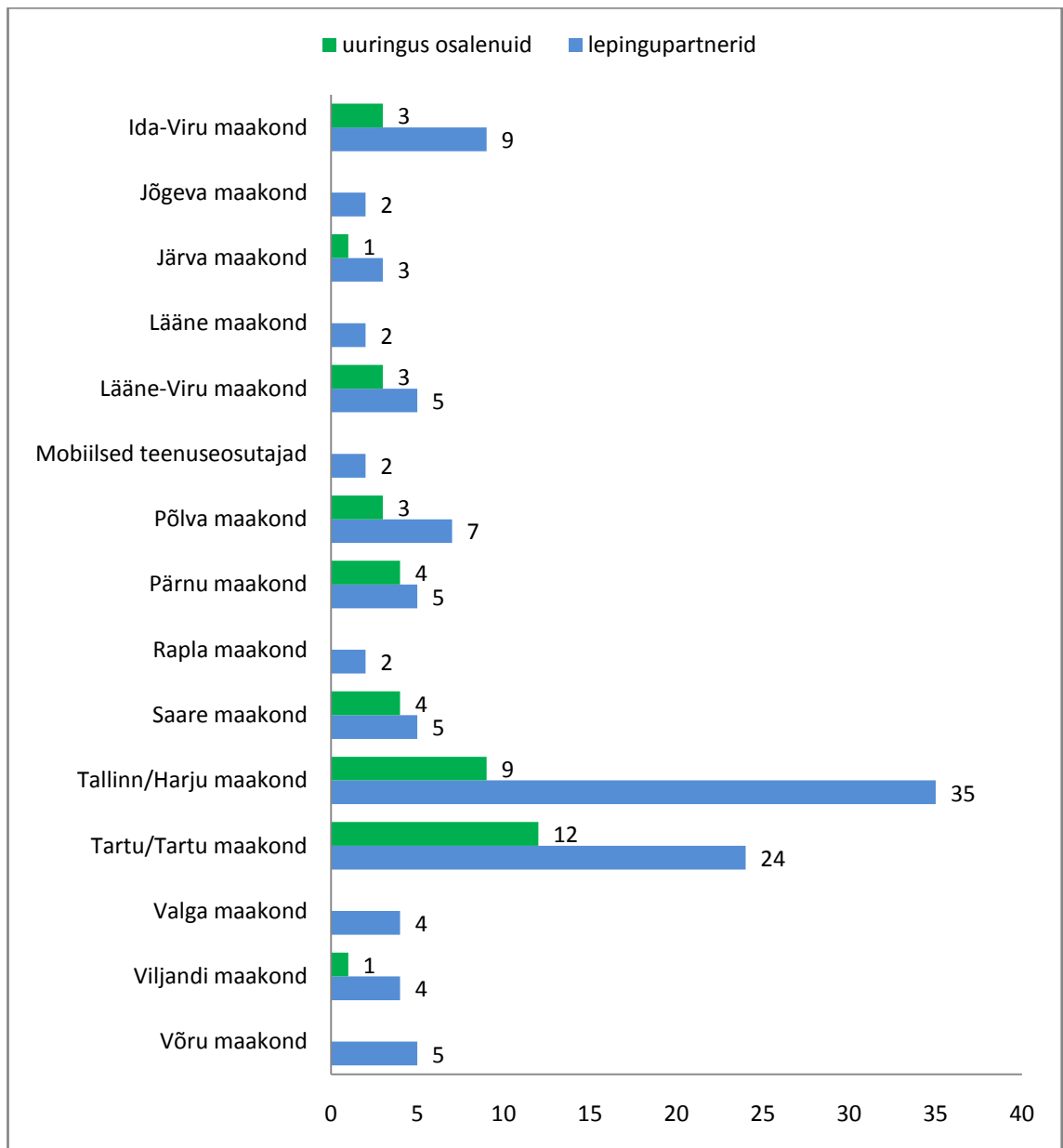


**Joonis 2.** Meeskondade kogemus rehabilitatsiooniteenuse osutajana (autori koostatud).

Ankeet kutsega uuringus osaleda postitati rehabilitatsiooniteenuse osutajatele kolmel korral. Esmalt 20. märtsil, kordusena 30. märtsil, kolmas pöördumine edastati 2.aprillil. Lisaks autorile, vahendas ka Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit oma e-maili aadresside nimekirjas kutset uuringus osaleda. Kahjuks peab autor tõdema, et hoolimata korduvatest pöördumistest on asutustel vähene huvi avaldada arvamust kvalifitseeritud spetsialistide värbamisega seotud teemal.

Hindamaks planeeritud valimit ja lõplikku valimit on autor koostanud joonise 3, mis annab ülevaate rehabilitatsiooniteenuse osutajate arvu ja lõpliku valimi suhtest. Kuna Sotsiaalkindlustusametilt saadud lepingupartnerite andmed olid maakonna täpsusega, on autor joonisel 3 liitnud Tallinnas teenust osutavad ettevõtted Harju maakonna andmetega ja Tartus teenust osutavad ettevõtted Tartu maakonna andmetega. Maakonnaks kus aastal 2015 ei ole ühtegi rehabilitatsiooniteenust osutavat meeskonda on Hiiu maakond. Täpsustuseks soovib autor lisada, et Tallinnast osales uurimuses

kuus, Harju maakonnast kolm, Tartust kümme ja Tartu maakonnast kaks rehabilitatsiooniteenuse osutajat.



**Joonis 3.** Rehabilitatsiooniteenuse osutajate ja ankeedis osalenute suhe (autori koostatud).

Kokku osales uuringus 40 rehabilitatsiooniteenuse osutajat 11 maakonnast.

## 2.4. Uurimistulemused

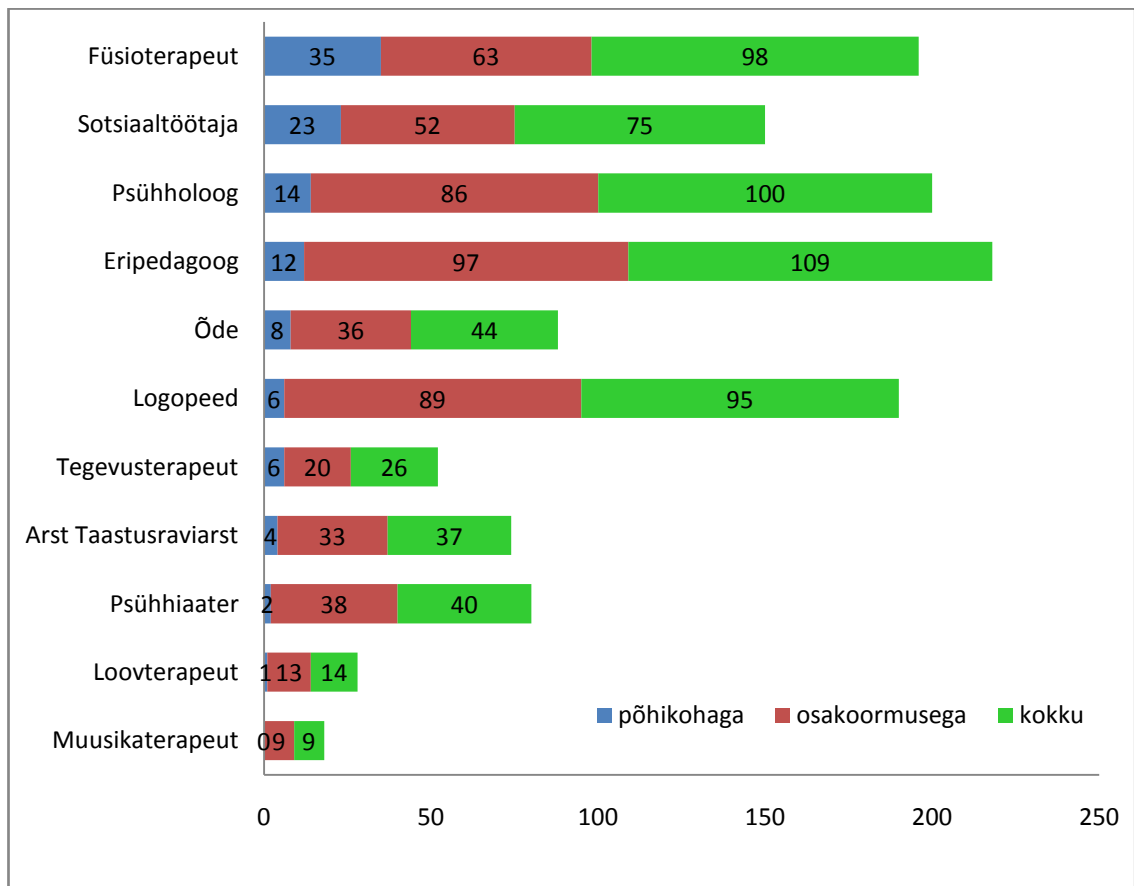
Käesolevas peatükis on uurimistulemused toodud järgmiste teemade kaupa:

- spetsialistide koormused meeskondades;

- rehabilitatsioonialane koolitus, osalemine infopäevadel;
- spetsialistide vajadus, takistavad asjaolud, spetsialistide liikuvus;
- meeskondade liitumine, teenuse osutamise katkestamine/lõpetamine.

Andmete korrastamisel ilmnis, et kõige rohkem vigaseid vastuseid andis viies küsimus, milles paluti asutustel märkida kui palju töötab neil erinevaid spetsialiste kokku, osa- ja täisajaga. Korrastamise käigus võeti telefoni teel ühendust ankeeti täitnud spetsialistiga.

Joonis 4 annab ülevaate kui suur osa erialaspetsialistidest töötab meeskonnas osakoormusega.

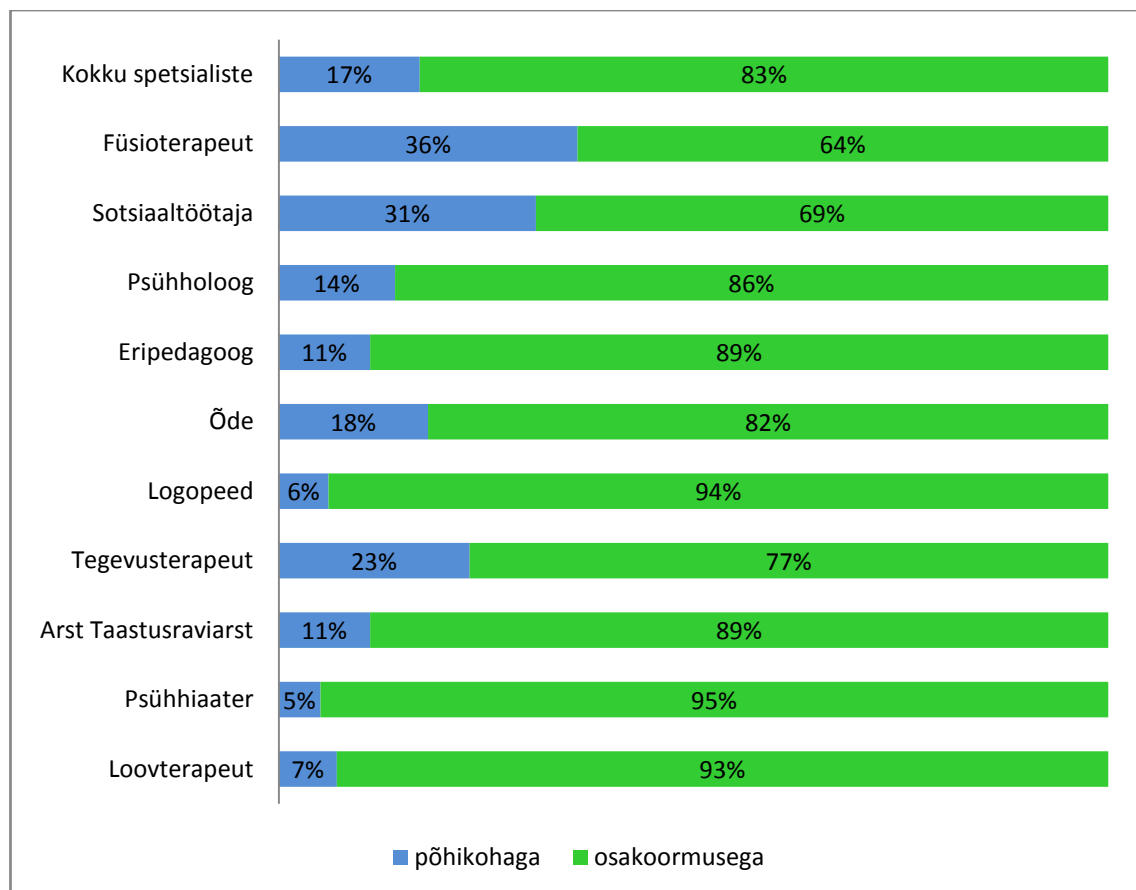


**Joonis 4.** Spetsialiste meeskonnas, sealhulgas põhi- ja osakoormusega (autori koostatud).

Põhikohaga spetsialiste töötab vastanud neljakümnes rehabilitatsiooniteenust osutavas asutuses kokku 111, samas kui osakoormusega spetsialiste töötab rehabilitatsioonimeeskondades 536. Kokku on spetsialiste 40 meeskonnas 647. Enim töötab põhikohaga füsioterapeute ja sotsiaaltöötajaid. Kuna vastanud asutuste hulgas oli mitmeid haridusasutuste juures töötavaid meeskondi on mõistetav joonisel 5 kajastuv

suur eripedagoogide ja logopeedide arv. Paraku on siiski ka nendel erialadel suur osakaal osakoormusega töötavatel spetsialistidel. Nimetatud erialade numbriliselt suure arvu taga on mitmetel juhtudel ka asjaolu, et eripedagoogid ja logopeedid on sageli ühes isikus.

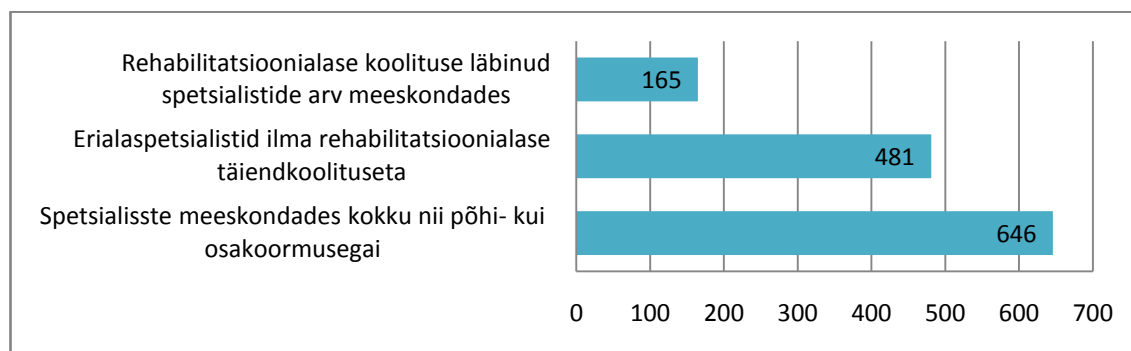
Kui joonis 4 andis hea arvulise ülevaate põhi- ja osakoormusega spetsialistide osakaalust rehabilitatsioonimeeskondades, siis joonisel 5 on autor toonud välja protsentuaalse ülevaate spetsialistide töötamisest põhi- ja osakoormusega. Paraku ei otsitud käesolevas uurimuses süvitsi vastust küsimusele kui suur on spetsialistide osakoormus. Seetõttu saab autor uurimusest välja tuua vaid fakti, et uurimuses osalenud asutustes töötab 17% spetsialiste põhikohaga ja 83% spetsialiste osakoormusega.



**Joonis 5.** Põhi- ja osakoormusega töötavate spetsialistide osakaal meeskondades (autori koostatud).

Järgnevalt küsiti rehabilitatsioonialase täiendkoolituse (160 tundi) läbinud spetsialistide arvu meeskonnas. Vastajate seas on neli meeskonda, kus ei ole vastuste põhjal meeskonnas ühtegi rehabilitatsioonivaldkonna koolitust läbinud spetsialisti. Meeskondi

kus nimetatud spetsialiste on üks kuni kolm on vastajate seas kaheksateist. Neli kuni seitse rehabilitatsioonivaldkonna koolituse läbinud spetsialisti on kaheistkümmes meeskonnas. Meeskondi, kus on kaheksa kuni neliteist nimetatud koolituse läbinud spetsialisti, oli vastajate seas kuus. Kuna paljud spetsialistid töötavad mitmetes meeskondades paralleelselt, on nii meeskonnaliikmete üldarv kui ka rehabilitatsioonivaldkonna koolituse läbinud spetsialistide arv meeskondades näiliselt piisav. Joonisel 6 on toodud ülevaade rehabilitatsioonivaldkonna alase koolituse läbinud spetsialistide suhtest uurimuses osalenud meeskondade spetsialistide üldarvuga.



**Joonis 6.** Rehabilitatsioonialase täiendkoolituse läbinud spetsialistide arv võrdluses spetsialistide koguarvuga vastanud meeskondades ( autori koostatud).

Küsitud oli ka spetsialistide infopäevadel osalemise kohta, millise eriala spetsialistid meeskonnast infopäevadel osalevad. Sooviti sada vastust ka küsimusele kas infopäevadel osaleb meeskonnast rohkem kui üks spetsialist. Antud küsimuse vastusest selgub, et sagedamini osalevad infopäevadel meeskonna koordinaatorid ja sotsiaaltöötajad. Vähemalt üks spetsialist vastanud meeskondadest, osaleb valdkonna koolitustel regulaarselt. Asutusi kus infopäevadel osaleb reeglina kaks spetsialisti oli vastajate hulgas 47%, ehk 19. Asutusi kus infopäevadel osaleb võimalusel kolm spetsialisti oli 32,5%, ehk 13 asutust.

Kuna uurimuse eesmärgiks oli rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele, siis palutigi asutustel märkida, millise eriala spetsialiste vajaksid nad meeskonda juurde edukaks rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Tabelis 1 on autor välja toonud, mitmel korral vastanud meeskonnad märkisid nimetatud spetsialisti vajaduse. Ankeetküsitluses ei olnud täpsustatud spetsialistide arvu, mitut spetsialisti meeskond vajaks, seetõttu annab alljärgnev tabel ühekülse ülevaate mitmel korral märgiti täiendavalt spetsialisti vajadust meeskonda.

**Tabel 1.** Meeskondade vajadus spetsialistide järele erialade lõikes 2015-aastal (autori koostatud).

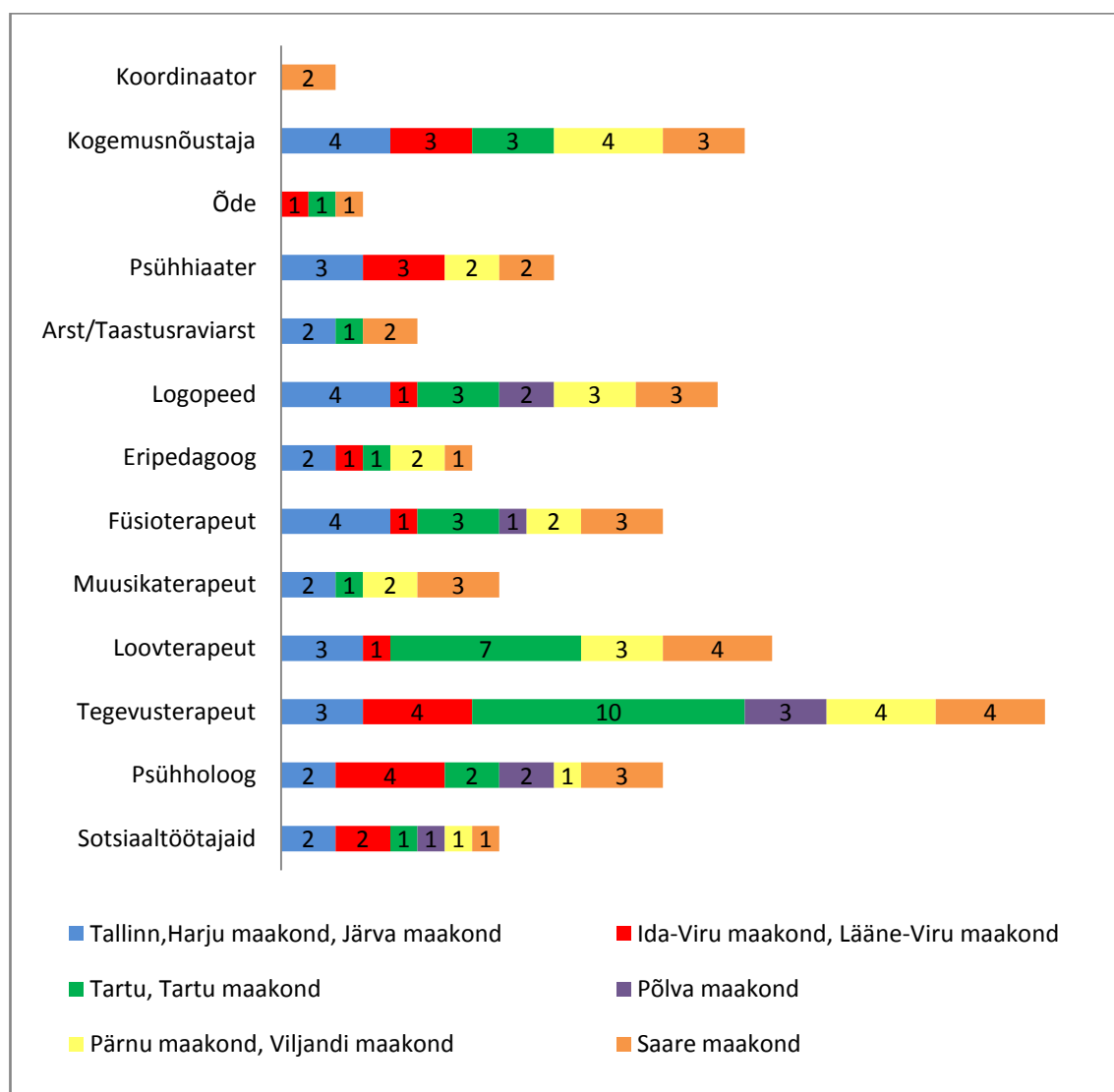
| Eriala               | Spetsialisti vajadus meeskonnas |
|----------------------|---------------------------------|
| Tegevusterapeut      | 28                              |
| Loovterapeut         | 18                              |
| Kogemusnõustaja      | 17                              |
| Logopeed             | 16                              |
| Füsioterapeut        | 14                              |
| Psühholoog           | 14                              |
| Psühhiaater          | 10                              |
| Muusikaterapeut      | 8                               |
| Sotsiaaltöötajaid    | 8                               |
| Eripedagoog          | 7                               |
| Arst/Taastusraviarst | 5                               |
| Õde                  | 3                               |
| Koordinaator         | 2                               |
| Kokku                | 150                             |

Tabel 1 põhjal võib järeldada, et kõige rohkem tunnevad meeskonnad puudust tegevusterapeutidest. Kolmandik vastanutest rehabilitatsiooniteenuse osutajatest on tõdenud, et vajavad meeskonda psühholoogi, psühhiaatrit ja/või füsioterapeuti. Kuna antud uuringu näol ei ole tegemist asutuste sisese rahulolu uuringuga spetsialistide töö kvaliteedi kohta, ei saa autor teha vastuste põhjal järeldusi kas meeskonnad vajavad eelnimetatud spetsialiste meeskonda täiendavalt, või on eesmärk spetsialisti vahetus meeskonnas.

Uurimuse käigus püüdis autor täiendavalt leida vastust ka küsimusele, kas maakonniti on spetsialistide vajadus erinev. Küsimusele ülevaatlíkuma vastuse andmiseks on koostatud leheküljel 33. olev joonis 7, mis kajastab maakondade lõikes spetsialistide vajadust rehabilitatsioonimeeskondades eduka teenuse osutamiseks (maakonnad on joonisel liidetud kuueks suuremaks piirkonnaks). Joonisel on ülevaatlíkult näha, et suurim spetsialistide vajadus on Harju ja Tartu maakonnas. Mis on ka ootuspärane, nimetatud maakondadesse on hetkel koondunud 59% Sotsiaalkindlustusameti lepingupartneritest. Käesolevas uuringus vastajatest on eelnimetatud maakondadest 21% teenuseosutajaid. Võttes aga arvesse asjaolu, et Saare maakonnast osalenud neli asutust märkisid kokku 32 spetsialisti vajaduse võib järeldada, et Saare maakonnas on spetsialistide puudus suurim. Tegevusterapeudi ja loovterapeudi vajadust tõdesid kõik



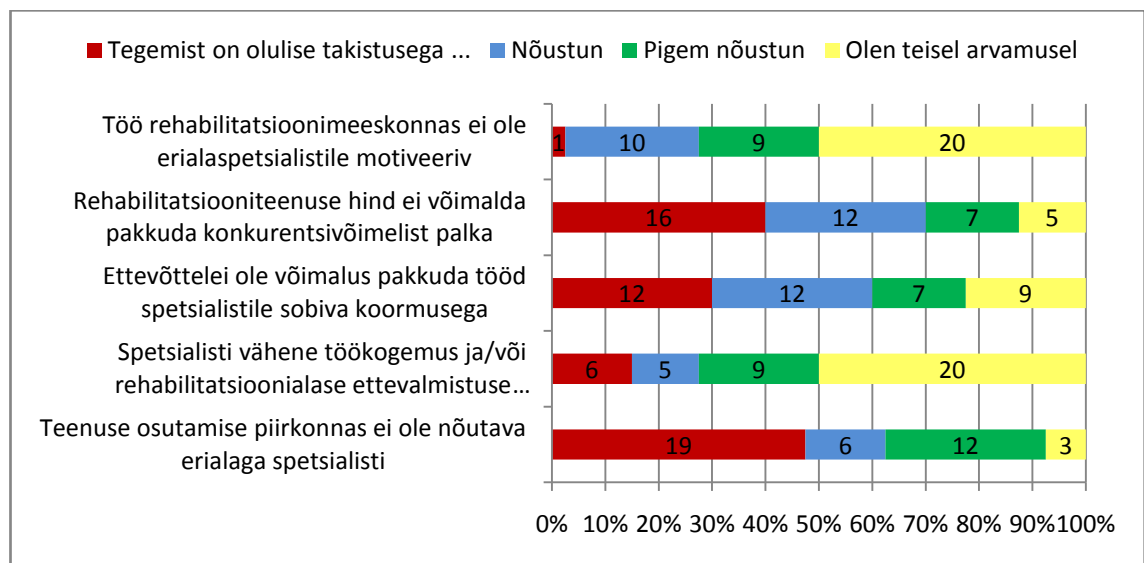
neli Saare maakonna teenuseosutajat. Kolm meeskonda neljast vajasis meeskonda psühholoogi, füsioterapeuti ja muusikaterapeuti.



**Joonis 7.** Meeskondade vajadus spetsialistide järele maakondade lõikes (autori koostatud).

Leheküljel 34. asuval joonisel 8 on toodud rehabilitatsiooniteenuse osutajate arvamus küsitluses valikvastustena pakutud spetsialistide värbamisel esinevate takistuse kohta. Nagu jooniselt näha, hindavad uurimuses osalenud asutused suurimaks takistuseks sobiva erialaga spetsialisti puudumist nende teenuse osutamise piirkonnas. Vastanutest 3 asutust ehk 7,5% leiavad, et nende piirkonnas spetsialistide puudust ei ole. Teisele kohale takistavatest asjaoludest hindavad asutused konkurentsivõimelise palga maksmise võimetust. Töötasu on kas oluliseks või väga oluliseks takistuseks hinnanud

vastavalt 30- ja 40% vastajatest, samas kui 5 asutust ehk 12,5% vastanutest leiavad, et töötasu suurus ei ole spetsialisti värbamisel oluline.



**Joonis 8.** Respondentide hinnang takistustele sobiva spetsialisti leidmisel (autori koostatud).

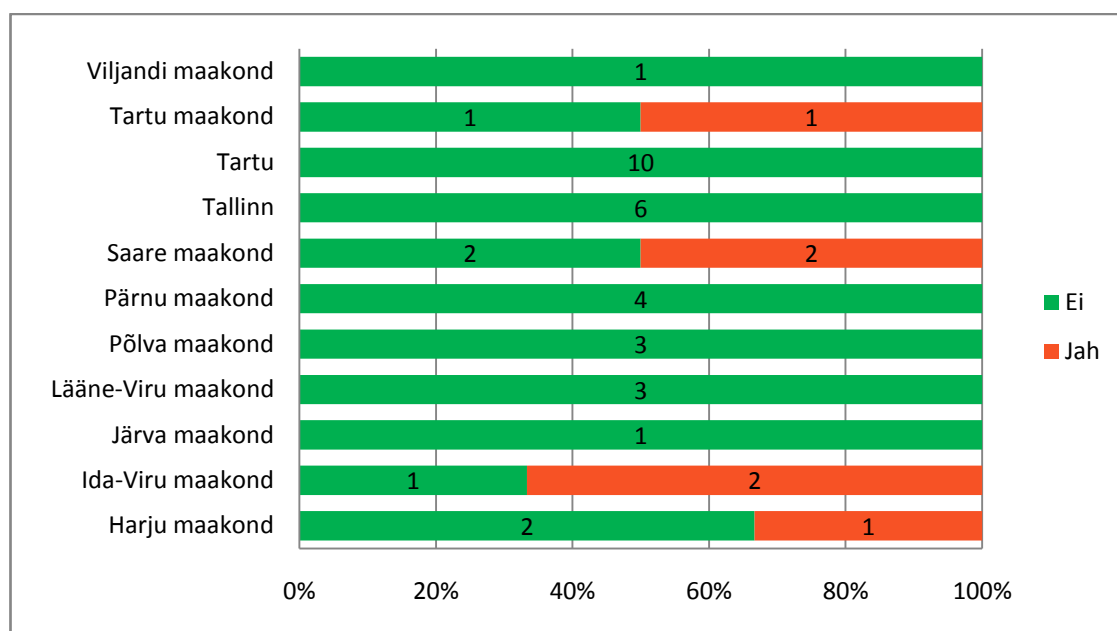
Teenuse hindade korrigeerimise vajadusele viitava pöördumise on Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit teinud 2013 aasta mais (Eesti Rehabilitatsiooniasutuste ... 2013). Pöördumises on juhitud tähelepanu asjaolule, et rehabilitatsiooniteenuse hinnad on püsinud muutumatuna aastast 2008, lisatud on ka võrdlus Eesti Haigekassa teenuste (füsioteraapia, psühholoog, logopeed) hindadega.

Kuna valim on kogu teenuse osutajate arvust 35% ei saa vastuste põhjal väga sügavaid üldistusi teha.

Järgnevas alalõigus on toodud välja uurimuse tulemused asutuste liitumise ja teenuseosutamise katkestamise/lõpetamise osas.

Järgneval leheküljel toodud joonisel 9 on kajastatud respondentide vastused küsimusele, kas nende asutused on kaalunud rehabilitatsioonimeeskondade liitumist. Küsitluses osalenud 40 asutustest 15% on kaalunud meeskondade liitumist, 85% ei ole liitumist kaalunud. Kuna käesolevas uurimuses osalesid ainult asutused, kellel on Sotsiaalkindlustusametiga sõlmitud 2015 aastal kehtiv haldusleping, ei olnud võimalus antud uurimuse käigus saada ülevaadet juba liitunud või teenuse osutamise lõpetanud asutuste seisukohtade ja valikute põhjenduse osas. Parema ülevaate saamiseks on autor

Sotsiaalkindlustusameti sotsiaalteenuste üksuse peaspetsialistilt Riina Järve-Tammistelt palunud e-kirja teel täiendavaid andmeid rehabilitatsiooniteenust osutavate lepingupartnerite kohta. Sotsiaalkindlustusametist saadud e-kirjas toodud andmete põhjal oli 2013-aastal 5 teenuse osutajat liitunud või lõpetanud rehabilitatsiooniteenuse osutamise. Aastal 2014 oli asutusi 7 ja 2015-aastal 4 asutust kes on kas liitunud või loobunud rehabilitatsiooniteenuse osutamisest.



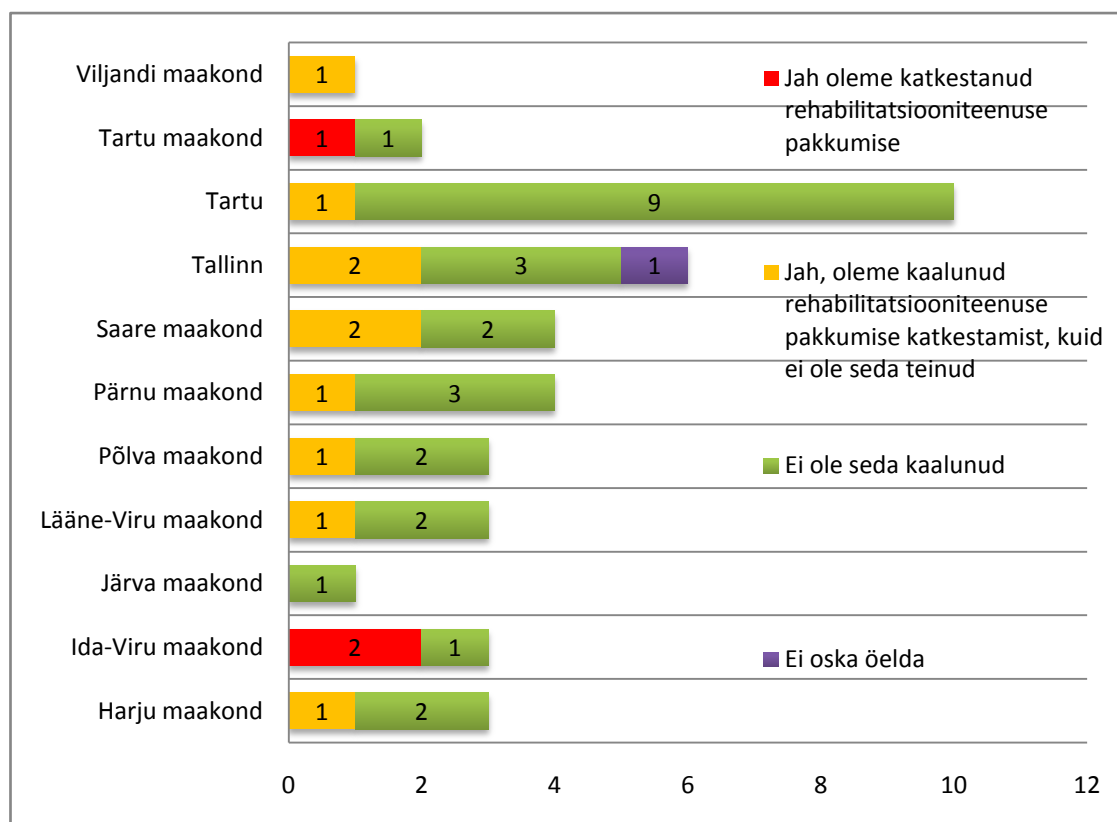
**Joonis 9.** Respondentide arvamus rehabilitatsioonimeeskondade liitumise osas (autori koostatud).

Käesolevas uurimuses paluti asutustel samuti vastata küsimusele, kas nende meeskonnad on kaalunud teenuse osutamise lõpetamist mõnele sihtgrupile, samuti paluti neil lisada võimalikud põhjused. Kuus liitunud ja/või liitumist kaalunud asutust tõi vastustes järgnevad liitumise eesmärgid/põhjused:

- liitumine kvaliteetsema teenuse osutamiseks;
- spetsialiste rohkem kvaliteetsem teenus;
- spetsialistide puudumine maakonnas;
- sarnased meeskonnad, väiksed lepingumahud.

Kui meeskondade liitumist oli kaalunud 15% teenust osutavatest asutustest, siis rehabilitatsiooniteenuse osutamise katkestamist/lõpetamist mõnele sihtgrupile on kaalunud vastajatest 25%, teenuse osutamise katkestanud/lõpetanud mõnele sihtgrupile

on 7,5% vastanud asutustest. Joonis 10 annab ülevaate asutuste seisukohast teenuse osutamise ja/või teenuse osutamise lõpetamise osas mõnele sihtgrupile.



**Joonis 10.** Respondentide seisukoht rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja või lõpetamise osas mõnele sihtgrupile (autori koostatud).

Põhjused miks asutused on katkestanud/lõpetanud rehabilitatsiooniteenuse osutamises sihtgrupile 3 on asutused välja toonud järgmised asjaolud:

- meeskonnas ei ole sihtgrupi tulemuslikuks teenindamiseks vajalikul hulgal ja vastava valmisolekuga spetsialiste;
- puudub vajalik tugipersonal suure juhendamisevajadusega klientide teenindamiseks;
- sihtgrupiga kaasnev paberitöö on liigselt mahukas, samas ei rahastata eraldi paberitöö tegijat;
- pidevad muutused valdkonnas nõuavad spetsialistidelt palju, kuid teenuse rahastus ei muutu.

Põhjused miks üks vastanud asutus oli katkestanud sihtgrupile 4 teenuse osutamise oli märgitud klientide puudumine. Üks klient aastas, keeruka sihtgrupi puhul ei ole ka asutusele majanduslikult mõistlik investering.

### **3. ARUTELU, JÄRELDUSED, ETTEPANEKUD**

Uurimusest selgus, et osakoormusega spetsialistide osakaal meeskondades on üle ootuste suur, ulatudes 83%-ni spetsialistide koguarvust, uurimuses osalenud meeskondade põhjal. Meeskondade suur arv ja erineva suurusega lepingumahud ei taga kõigis meeskondades spetsialistidele täiskoormusega tööd. Uuringust selgus, et sageli töötavad spetsialistid meeskonnas vähem kui aasta. Kõige sagedamini vahetus meeskonnas füsioterapeut, asutuste poolt oli sageli meeskonnas vahetuvate spetsialistidena välja toodud ka sotsiaaltöötaja, psühholoog ja meeskonna koordinaator. Autori arvates kuuluvad antud erialade spetsialistid meeskonna tuumikusse ning nende pideval vahetumisel muutub küsitavaks kompetentse rehabilitatsiooniteenuse taseme tagamine. Mis omakorda teeb keerukaks tugevate, ühtsetele väärtustele ja eesmärkidele pühendunud meeskondade kasvamise/püsimise. Spetsialistide meeskonnast lahkumise põhjusena tõid vastanud asutused sageli välja spetsialisti töökoormuse kasvu põhitöökohas, teise olulise põhjusena joonistus välja spetsialisti elu- ja töökoha vaheline kaugus. Olukord kus spetsialistid töötavad mitmetes erinevates omavahel konkureerivates asutustes teeb ka spetsialistide rehabilitatsioonivaldkonna alase täiendkoolituse tagamise keerukaks. Autori arvates vajaks täiendavat uurimist just asjaolu, mitmes meeskonnas defitsiidis olev spetsialist töötab, saamaks ülevaadet spetsialisti osakoormuse suurusest ja spetsialistide ülekoormatusest teatud erialadel.

Uurimuse eesmärgist tulenevale küsimusele, millise eriala spetsialiste vajavad meeskonnad juurde edukaks rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks selgus, et suurimat puudust tunnevad asutused tegevusterapeutidest. Tegevusterapeutide vajadust tõid välja 70% vastanutest. Järgnesid loovterapeutid, logopeedid, füsioterapeutid, psühholoogid.

Üllatuslikult suur oli meeskondade arv, kes tunnistasid kogemusnõustaja kaasamise vajadust meeskonda, neid oli 42% vastanutest.

Antud uurimus annab küll ülevaate millise eriala spetsialiste meeskonnad vajavad, kuid paraku ei ole uurimuse põhjal võimalik teha järeldusi defitsiidis olevate erialade spetsialistide arvu osas, planeerimaks teatud erialadel riiklikku koolitustellimust.

Uurimusele tuginedes võib tõdeda, et asutused on spetsialistide nappuse tõttu kas liitunud ja/või kaalunud liitumist, kuid halvema valikuna katkestanud mõne sihtgrupi teenindamise. Näitena võib siin välja tuua Hiiu maakonna, kus aastaks 2015 ei ole enam maakonnas tegutsevat rehabilitatsiooniteenuse osutajat. Antud olukorrale annab loodetavasti leevendust kahe mobiilse teenuseosutaja olemasolu rehabilitatsiooniteenuse osutajate hulgas. Peamiseks põhjuseks, mis takistas teenusepakkujal meeskonda värbamast uut vajaliku eriala spetsialisti, oli spetsialisti puudus teenuse osutamise piirkonnas. Lisaks võimetus maksta spetsialistile konkurentsivõimelist palka. Olukord kus sama eriala spetsialisti (psühholoog jt) riiklikult rahastatav teenuse hind on kordades erinev ei soosi heade kogemustega spetsialistide kaasamist rehabilitatsioonivaldkonda.

Üllatavalt ei peetud tööle värbamisel takistavaks asjaoluks spetsialisti vähest töökogemust, mis autori arvates viitab otseselt spetsialistide defitsiidile. Kaudselt on vähese töökogemusega spetsialisti värbamisel oma mõju ka spetsialisti madalamal palgasoovil võrreldes rehabilitatsioonialast töökogemust omava spetsialistiga.

Uurimuse põhjal võib järeldada, et 160-tunnise rehabilitatsioonialase täiendkoolitusega spetsialiste töötab 40 meeskonnas 165. Nelja asutuse andmetel ei ole neil meeskonnas ühtegi spetsialisti kes on läbinud rehabilitatsioonivaldkonnakoolituse. Aastast 2016 on vähemalt ühe rehabilitatsioonialase täiendkoolituse läbinud spetsialisti töötamine meeskonnas kohustuseks rehabilitatsiooniteenust pakkuvale asutusele.

Käesolev uurimus on koostatud 40 küsitluses osalenud meeskonna vastuste põhjal, mis paraku ei anna võimalust statistiliselt usaldusväärsete järelduste tegemiseks, küll aga annab ülevaate 35% rehabilitatsiooniteenust osutava asutuse arvamusest uurimuses käsitletud teema kohta. Täpsema ja ülevaatlikuma tulemuse saamiseks oleks kasuks

tulnud teenusepakkujate suurem osalemisaktiivsus. Vastajad olid enamasti koondunud Taru- ja Harjumaa piirkonda, kus vastavalt on ka kõige rohkem teenusepakkujaid. Ülevaade puudub täielikult 5 maakonna teenusepakkujate arvamuse osas, kus kokku on 17 rehabilitatsiooniteenuse osutajat.

Lähtuvalt uurimistulemustest on töö autoril võimalike lahenduste osas spetsialistide nappusele järgnevad ettepanekud:

- motiveerida teenuse osutajaid liituma paremate kompetentside koondamiseks meeskonda;
- asutusel peaks olema miinimum teenuse osutamise maht, mis tagaks meeskonnas spetsialistidele optimaalse teenusemahu, ehk et, ka rehabilitatsiooniteenuse lepingumahtudel peaks olema miinimum mahu taotlus, nii nagu seda on raviteenuse lepingumahtude taotlemisel;
- rehabilitatsiooniteenuse hindade korrigeerimine, rehabilitatsioonivaldkonnas erialaspetsialisti poolt teenuse osutamine ei tohiks olla madalamalt tasustatud kui raviteenuse osutamine sama erialaspetsialisti poolt;
- rehabilitatsiooni alusmooduli läbimine meeskonda kuuluvate erialade õppekavas;
- riiklik koolitustellimus suures defitsiidis olevatele erialadele.

Kuna rehabilitatsiooniteenuse osutamise korraldus muutub alates 2016-aastast, mil rehabilitatsiooniteenuse korraldus kujundatakse ümber nii tööturu- kui ka sotsiaalvaldkonda hõlmavaks terviklikuks süsteemiks, tuues endaga kaasa ka muudatused valdkonna rahastamises on väga raske hinnata milliseks kujuneb teenuse osutajate arv ja kuidas jaotuvad spetsialistid meeskondades. Eeltoodust tulenevalt leiab autor, et teemat tuleks põhjalikumalt käsitleda mõne aasta möödudes peale muudatuste jõustumist.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kõik püstitatud uurimisküsimused said antud töö raames vastused. Töö eesmärgina püstitatud ülesanne saada ülevaade asutuste vajadusest kvalifitseeritud spetsialistide järele on täidetud. Lisaks uuriti ka asutuste poolset arvamust spetsialistide värbamisega seotud probleemidele.

## KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele aastal 2015” Antud teema on oluline, kuna rehabilitatsioonivaldkonna ümberkorraldused seavad järjest uusi nõudmisi nii meeskonnale kui ka meeskonnas töötavatele spetsialistidele.

Töö eesmärgiks oli saada ülevaade, millise eriala spetsialistidest tunnevad teenuse osutajad suurimat puudust. Samuti oli autoril soov saada vastust küsimusele, millised on takistused spetsialistide värbamisel meeskonda.

Lõputöö koosneb teoreetilisest ja uurimuse osast. Teoreetilises osas antakse ülevaade rehabilitatsiooni olemusest ja eesmärgist, rehabilitatsiooni arengust maailmas ja arengust Eestis aastatel 2000 – 2015. Teoreetilises osas käsitletakse erinevaid meeskonnatöö mudeleid, meeskonna koosseisu rehabilitatsiooniteenuseid osutavates organisatsioonides teistes riikides ja Eestis, lisaks tuuakse välja ka spetsialistide tegevused meeskonnas. Autor viis töö eesmärgi saavutamiseks läbi uurimuse, kasutades selleks kvantitatiivset uurimismeetodit. Analüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat.

Uurimuse läbiviimiseks valiti ankeetküsitlus, mis edastati respondentidele Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuse osutajate listi vahendusel. Uurimusküsimustele vastamiseks oli esialgne valim 114 rehabilitatsiooniteenuse osutajat kellel on kehtiv haldusleping 2015 aastal. Uurimusküsimustele vastas 40 rehabilitatsiooniteenuse osutajat.

Uurimusele toetudes võib tulemustest välja tuua järgneva:

- rehabilitatsiooniteenuse osutajad tunnetavad suurimat puudust tegevus- ja loovterapeutidest, aga ka kogemusnõustajatest ja logopeedidest;



- olulisemateks takistusteks hindavad rehabilitatsiooniteenuse osutajad spetsialistide värbamisel sobiva spetsialisti puudumist teenuse osutaja tegevuspiirkonnas;
- meeskondades töötab kokku 647 spetsialisti nendest 17% töötab täistööajaga ja 83% spetsialistidest osatööajaga;
- rehabilitatsioonialase täiendkoolituse läbinud spetsialistide arv neljakümnes meeskonnas kokku on 165 inimest;
- rehabilitatsioonialastel infopäevadel osalevad meeskondadest sagedamini sotsiaaltöötajad ja koordinaatorid;
- rehabilitatsiooniteenuse osutajad on katkestanud või kaaluvad teenuse osutamise katkestamist erinevatele sihtgruppidele, tuues olulise põhjustena välja spetsialistide lahkumise meeskonnast suure töökoormuse tõttu põhitöökohas;
- teenuse osutamise katkestamise põhjusena viitasid asutused ka pidevatele muudatustele valdkonnas, mis nõuavad spetsialistidelt palju, kuid teenuse rahastus hindade lõikes ei ole muutunud;
- meeskondade liitmise olulisema põhjusena tõid asutused välja spetsialistide puudumise maakonnas;
- meeskondade liitumise eesmärgiks oli ka kvaliteetsema teenuse osutamine.

Käesoleva lõputöö autor leiab, et rehabilitatsioonivaldkond on oma kiire arengu ja muudatustega nii teenust osutavatele asutustele kui ka spetsialistidele esitamas suuri väljakutseid. Meeskonnad tunnetavad spetsialistide puudust, mis kajastub suures osakoormusega töötavates spetsialistide arvus. Lõputööst selgub, et asutused tunnetavad vajadust liitumiseks kvaliteetsema teenuse osutamiseks, kuna kvalifitseeritud spetsialiste ei jätku.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. **Albrecht, G., Higginbotham, N., Freeman, S.** 2001. Transdisciplinary thinking in health social research: Definitions, rationale, and procedure. *Health Social Science: A Transdisciplinary and Complexity perspective*, 4, 78-89.
2. **Anthony, W. A., Farkas, M. D.** 2009. *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
3. **Behm, J., Gray, N.** Interdisciplinary Rehabilitation Team. [[http://samples.jbpub.com/9781449634476/80593\\_ch05\\_5806.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449634476/80593_ch05_5806.pdf)] 09.03.2015.
4. **Dean, S., Siegert, R.J., Taylor, W.J.** 2012. *Interprofessional Rehabilitation A Person – Centred Approach*. Kindle Edition
5. Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liidu pöördumine seoses rehabilitatsiooniteenuste hindadega. Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit. [<http://www.erliit.eu/erl-poordumine-seoses-rehabilitatsiooniteenuste-hindadega/>] 20.04.2015.
6. **Eldar, R., Marincek, C., Kullmann, L.** 2008. Need for rehabilitation teamwork training in Europe.- *Croat Medical Journal* Jun;49(3):352-357. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443619/>]20.04.2015.
7. Erivajadustega inimeste riigieelarvest finantseeritava rehabilitatsiooniteenuse kulu hüvitamise kord 2004. aastal. Sotsiaalministri määrus.5 –RTL,2004, 21, 329.
8. **Goleman, D.** 1995. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
9. **Hanga, K.** 2010. Arengutest rehabilitatsiooniteenuse maastikul – Sinuga, lk 8-13. [[http://www.epikoda.ee/failid/sinuga\\_12-2010-web.pdf](http://www.epikoda.ee/failid/sinuga_12-2010-web.pdf)] 20.02.2015.
10. **Hanga, K.** 2012. Rehabilitatsioon läbi aastate. – Sinuga, lk 25-27. [[http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/08/ajakiri-sinuga\\_talv.pdf%20%20%20](http://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/08/ajakiri-sinuga_talv.pdf%20%20%20)] 20.02.2015
11. **Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P.** 2005. *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina.

12. **Medar, M.** 2013. Rehabilitatsiooni erinevad käsitlused.  
[[http://www.google.ee/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.tlu.ee%2FUserFiles%2FSotsiaalt%25C3%25B6%25C3%25B6%2520Instituut%2F%25C3%2595ppematerjalid%2FMarju%2520Medar%2FSissejuhatus%2520erialasse%2FSissejuhatus%2520erialasse-%2520Rehabilitatsioon.ppt&ei=r7LpVPr4BsvtO\\_OegaAH&usg=AFQjCNE1qjNkiNwIwIW73KEL258A0vxzsA&sig2=Im4e727r7or8uYtqxDOHPA&bvm=bv.86475890,d.ZWU](http://www.google.ee/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.tlu.ee%2FUserFiles%2FSotsiaalt%25C3%25B6%25C3%25B6%2520Instituut%2F%25C3%2595ppematerjalid%2FMarju%2520Medar%2FSissejuhatus%2520erialasse%2FSissejuhatus%2520erialasse-%2520Rehabilitatsioon.ppt&ei=r7LpVPr4BsvtO_OegaAH&usg=AFQjCNE1qjNkiNwIwIW73KEL258A0vxzsA&sig2=Im4e727r7or8uYtqxDOHPA&bvm=bv.86475890,d.ZWU)] 20.02.2015.
13. **Narusson, D.** 2012. Eesti rehabilitatsiooni arengulugu. Loengumaterjal.
14. **Neumann, V., Gutenbrunner, C., Moser, V., Christodoulou, N., Varela, E., Giustini, A., Delarque, A.** 2010. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. – Journal of Rehabilitation Medicine. Vol 42. pp.3-7.
15. **Norrefalk, J-R.** 2003. How do we define multidisciplinary rehabilitation? – Journal of Rehabilitation Medicine. Vol. 35. Pp. 100-101.
16. PITRA II – Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega. Lõppraport 2008. Tallinn [<http://www.sm.ee/et/rehabilitatsioon>] 03.03.2015,
17. PITRA tarkuseraamat – Puuetega inimene tööturule juhtumipõhiserehabiliteerimise abil. 2006. Tallinn [[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra\\_tarkuseraamat.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_tarkuseraamat.pdf)] 03.03.2015.
18. Puudega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse muutmise seadus 2000. – RT I 2001,3. 10.
19. Puuetega inimestele võrdsete võimaluste loomise standardreeglid. 1995.  
[[https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/puuetega\\_inimete\\_vordsete\\_voimaluste\\_loomise\\_standardreeglid.pdf](https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/puuetega_inimete_vordsete_voimaluste_loomise_standardreeglid.pdf)] 05.04.2015.
20. Rehabilitatsiooniteenuse eelarve eraldamine 2015. aastaks. Komisjoni koosoleku protokoll. Sotsiaalkindlustusamet. 10.02.2015. ja 16.02.2015. nr 17-12/ID 218248.
21. Rehabilitation. International encyclopedia of rehabilitation.  
[<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304>] 02.03.2015.
22. Rehabilitatsiooniteenuse pakkumise ja korraldamise uuring. 1. ja 2. etapi lõppraport. Sotsiaalministeerium sotsiaalpoliitika info ja analüüsi osakond,

- 2008.[[http://vana.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/REHAraport\\_pikk.pdf](http://vana.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/REHAraport_pikk.pdf)] 28.02.2015.
23. Rehabilitatsiooniteenuste raames osutatavate teenuste loetelu, teenuse hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine. Vabariigi Valitsuse määrus nr 265, 20.12.2007. – RT I, 29.04.2014,7  
[<https://www.riigiteataja.ee/akt/117122010035?leiaKehtiv>] 15.05.2015.
  24. **Roostalu, K.** 2014. Kirjeldav statistika. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. [<http://samm.ut.ee/kirjeldav-statistika>] 03.05.2015.
  25. Rehabilitatsiooniteenused sõltlastele Tartu linnas. Uurimuse aruanne 2014.  
[[http://www.yti.ut.ee/sites/default/files/www\\_ut/rehabilitatsiooniteenused\\_soltlastel\\_e.pdf](http://www.yti.ut.ee/sites/default/files/www_ut/rehabilitatsiooniteenused_soltlastel_e.pdf)] 22.02.2015.
  26. **Runno, M.** 2012. Rehabilitatsiooniteenuse arendussuunad hoolekandes. – Sotsiaaltöö, nr 1, lk 20 - 21 [[http://www.tai.ee/valjaanded/trukised-ja-infomaterjalid?limit=10&filter\\_catid=22&filter\\_year=2012&filter\\_typeid=0&filter\\_languageid=0&filter=&filter\\_order=p.publish\\_year&filter\\_order\\_Dir=DESC](http://www.tai.ee/valjaanded/trukised-ja-infomaterjalid?limit=10&filter_catid=22&filter_year=2012&filter_typeid=0&filter_languageid=0&filter=&filter_order=p.publish_year&filter_order_Dir=DESC)] 12.01.2015.
  27. Sotsiaalhoolekande seadus 2015 – RT I, 13.12.2014, 44  
[<https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014044?leiaKehtiv>] 22.02.2014.
  28. Sotsiaalhoolekandeseadus 2016 – RT I, 23.03.2015,135  
[<https://www.riigiteataja.ee/akt/123032015135>] 14.05.2015.
  29. Sotsiaalkindlustusamet. Rehabilitatsiooniteenus, 2015.  
[<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>] 02.03.2015.
  30. Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekande korralduse analüüs 2013.[ <http://vana.sm.ee/meie/uuringud-ja-analuusid/sotsiaalvaldkond.html>] 14.05.1015.
  31. **Tomberg, T.** 2014. Kogemusnõustamine töös psüühilise erivajadusega klientidega. Ülevaateuuring erialase kirjanduse põhjal. TÜ Ühiskonnateaduste instituut (Bakalaurusetöö) .
  32. Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2007 – 2009 Rehabilitatsiooniteenuse programmipõhise lähenemise piloteerimine ja reaalse süsteemi kujundamine. Lõppraport 2009. [<http://www.sm.ee/et/rehabilitatsioon>] 05.03.2015.

## Lisa 1. Rehabilitatsiooniasutuste personali hetkeseis

Uuring on anonüümne ja saadud tulemusi kasutatakse üldistatud kujul. Uuringu tulemused avalikustatakse 2015 aasta kevadel ja on kättesaadavad Tartu Ülikooli Pärnu kolledži raamatukogus. Kui Teil on uuringu kohta küsimusi või kui soovite tulemustest tagasisidet oma meilile, andke palun teda e-posti aadressile [ylletalmeisterster@gmail.com](mailto:ylletalmeisterster@gmail.com).

*Tere!*

*Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korralduse lõpukursuse üliõpilane. Palun Teid oma lõputöö uuringu osalejaks. Lõputöö teemaks on "Rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele aastal 2014/2015". Teie poolt antav hinnang on väga oluline, et selgitada välja millise eriala spetsialiste napib meeskondades enim ja millised on võimalikud põhjused kvalifitseeritud spetsialisti värbamisel. Küsimustikule vastamine võtab aega ca 10-15 minutit. Iga arvamus on oluline ja olen Teile väga tänulik, kui leiate aega küsimustiku täitmiseks.*

Ankeedis on 16 küsimust

### 1 Rehabilitatsiooniteenuse osutaja nimetus \*

Kirjutage vastus siia: \_\_\_\_\_

*Teenuse osutaja nimetus jääb teda ainult uuringu läbiviijale, ega ole kajastatud uuringus.*

### 2 Kas Teie meeskond tegutseb iseseisva üksusena, või mõne teise asutuse, ettevõtte või organisatsiooni allüksusena? \*

Palun valige **ainult üks** järgnevatest:

- Iseseisev üksus (s.h. AS, OÜ, FIE, MTÜ jt)
- Teise asutuse /ettevõtte/ organisatsiooni üksus

### 3 Kas rehabilitatsiooniteenuse osutamine on Teie ettevõtte põhitegevus? \*

Palun valige **ainult üks** järgnevatest:

- Jah
- Ei *alige sobiv vastus*

**4 Kui kaua Teie meeskond on osutanud rehabilitatsiooniteenuseid? \***

Sisestage kuupäev: \_\_\_\_\_

*Nimetage meeskonna kõige esimese halduslepingu aasta ja kuu*

**5 Millises piirkonnas Teie meeskond asub? \***

Palun valige **ainult üks** järgnevatest:

- Harju maakond
- Tallinn
- Hiiu maakond
- Ida-Viru maakond
- Jõgeva maakond
- Järva maakond
- Lääne maakond
- Lääne-Viru maakond
- Põlva maakond
- Pärnu maakond
- Rapla maakond
- Saare maakond
- Tartu maakond
- Tartu
- Valga maakond
- Viljandi maakond
- Võru maakond

*Ainult üks vastus*

**6 Kui palju järgnevaid spetsialiste töötab Teie meeskonnas ja millise koormusega?**

|                              | Spetsialiste kokku | Neist täistööajaga | Neist osatööajaga |
|------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| <b>Arst/ taastusraviarst</b> |                    |                    |                   |
| <b>Psühhiaater</b>           |                    |                    |                   |
| <b>Õde</b>                   |                    |                    |                   |
| <b>Sotsiaaltöötaja</b>       |                    |                    |                   |
| <b>Tegevusterapeut</b>       |                    |                    |                   |
| <b>Loovterapeut</b>          |                    |                    |                   |
| <b>Muusikaterapeut</b>       |                    |                    |                   |
| <b>Eripedagoog</b>           |                    |                    |                   |
| <b>Füsioterapeut</b>         |                    |                    |                   |

|                   | Spetsialiste kokku | Neist täistööajaga | Neist osatööajaga |
|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| <b>Psühholoog</b> |                    |                    |                   |
| <b>Logopeed</b>   |                    |                    |                   |

*Juhul kui Teie meeskonnas ei ole loetelus nimetatud spetsialist, jääb lahter tühjaks*

**7 Kas teie asutus või meeskond on kaalunud või kaalub vajadust lõpetada mõnele sihtgrupile teenuse osutamise pakkumine? \***

- Jah, oleme katkestanud rehabilitatsiooniteenuse pakkumise  
 Jah, oleme kaalunud rehabilitatsiooniteenuse pakkumise katkestamist, kuid ei ole seda teinud  
 Ei ole seda kaalunud  
 Ei oska öelda

*Märkige valiku lõppu millisele sihtrühmale olete peatanud/lõpetanud teenuse osutamise*

**8 Kui vastasite eelmisele küsimusele JAH, nimetage peamine põhjus(ed)**

Kirjutage vastus siia: \_\_\_\_\_

**9 Milliseid spetsialiste vajaks teie meeskond juurde edukaks teenuse osutamiseks?**

\*Palun valige **kõik** mis sobib:

- Sotsiaaltöötaja  
 Psühholoog  
 Tegevusterapeut  
 Loovterapeut  
 Muusikaterapeut  
 Füsioterapeut  
 Eripedagoog  
 Logopeed  
 Arst/Taastusraviarst  
 Psühhiaater  
 Õde  
 Kogemusnõustaja  
 Teised:

**10 Mis on peamisteks takistusteks sobiva spetsialisti värbamisel? \***

Palun valige kõige sobivaim vastus:

|                                                                                                | Olen teisel<br>arvamusel | Pigem<br>nõustun      | Nõustun               | Tegemist on<br>olulise<br>takistusega<br>spetsialisti<br>värbamisel |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Teenuse osutamise<br>piirkonnas ei ole nõutava<br>erialaga spetsialist                         | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                               |
| Spetsialisti vähene<br>töökogemus ja/või<br>rehabilitatsioonialase<br>ettevalmistuse puudumine | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                               |
| Ettevõttel ei ole võimalus<br>pakkuda tööd spetsialistile<br>sobiva koormusega                 | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                               |
| Rehabilitatsiooniteenuse<br>hind ei võimalda pakkuda<br>konkurentsivõimelist palka             | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                               |
| Töö<br>rehabilitatsioonimeeskonnas<br>ei ole erialaspetsialistile<br>motiveeriv                | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                                               |

11 Nimetage millise eriala spetsialistid vahetuvad meeskonnas kõige sagedamini? \*

- Sotsiaaltöötaja
- Psühholoog
- Tegevusterapeut
- Loovterapeut/muusikaterapeut
- Füsioterapeut
- Eripedagoog
- Logopeed
- Arst/taastusraviarst
- Psühhiaater
- Õde
- Meeskonna koordinaator

Palun nimetage ka põhjus. (spetsialist meeskonnas vähem kui aasta)

12 Kas teie asutus või meeskond on kaalunud liitumist mõne teise rehabilitatsiooniteenust osutava asutuse või meeskonnaga? \*



Palun valige **ainult üks** järgnevatest:

- Jah  
 Ei

**13 Kui vastasite eelmisele küsimusele JAH nimetage peamine põhjus(ed)**

Kirjutage vastus siia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 Mitu spetsialisti teie meeskonnas on läbinud rehabilitatsioonialase koolituse? \***

Kirjutage vastus siia: \_\_\_\_\_

*Rehabilitatsioonivaldkonna 160 tunnine koolitus*

**15 Nimetage spetsialistid, kes reeglina Teie meeskonnast osalevad rehabilitatsioonivaldkonna infopäevadel**

Kirjutage oma vastus(ed) siia:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*SKA, jt*

**16 Küsitlusele vastajana olete asutuses/meeskonnas? \***

Kirjutage vastus siia: \_\_\_\_\_

*Teie amet ja eriala (näiteks juhataja/ sotsiaaltöötaja)*

Tänud, et leidsite aega vastamiseks

Saada ankeet.

Täname teid, et vastasite ankeedile.

## SUMMARY

### REHABILITATION TEAM NEEDS FOR QUALIFIED SPECIALIST IN 2015

Ülle Talmeister

Current work is written on subject „ Rehabilitation team needs for qualified specialist in 2015“. Given topic is important because restructuring of rehabilitation field sets new demands on teams and specialist working in rehabilitation teams.

The aim of this work was to get overview of what profession is in most shortage among service providers. Also, author of this work sought for answer to question, what are these obstacles in recruiting specialists into the squad.

The thesis consists of the theoretical and empirical parts. The theoretical part provides an overview of the nature and purpose of rehabilitation, rehabilitation evolution in the world and development in Estonia from 2000 to 2015. The theoretical part deals with the various models of teamwork, team composition in the world and in Estonia, in addition it is brought out what are activities of a specialist in the team. To achieve the purpose of the work, author used quantitative research method. The method of analysis used was descriptive statistics.

The survey questionnaire was chosen to carry out the survey, which was sent to respondents through the *Sotsiaalkindlustusameti* rehabilitation service providers mail list. The initial sample was 114 rehabilitation service providers holding a valid administrative agreement in 2015. Survey questionnaire was answered by 40 rehabilitation service providers. Based on the results of the study it can be pointed out of the following:

- Rehabilitation providers feel the greatest shortage of operational and creative therapists, but also the experience advisers and speech therapists;
- The most important obstacle what providers of rehabilitation brought out in recruiting a specialist is the lack of specialists in the region of the service provider;
- In teams running with 647 professionals, 17% of them work full-time and 83% are part-time specialists;
- The number of rehabilitation specialist undergone advanced training in rehabilitation is 165 individuals in 40 teams:
- In rehabilitation themed information days, mostly participating professions from teams are often social workers and coordinators:
- Rehabilitation providers who have retired or are considering discontinuing service to different target groups are bringing a major cause of specialist leaving the team due to the heavy workload at main job:
- Reasons for discontinuing the service, authorities also pointed to the constant changes that require a lot from specialists in the field, but the prices of the service funding have not hanged;
- The main goal of summation of the teams was because of the lack of specialists in the county;
- The aim was also to join teams to offer more quality services.

Author of this thesis considers that the rehabilitation area in its fast development and changes is filing the big challenges on the service-providing bodies as well as professionals in the process. The teams feel the shortage of skilled employees and it is reflected in the large number of part-time specialist hired. This work reveals that the authorities feel the need for joining to offer a higher quality service because of the lack of skilled professionals.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Ülle Talmeister

- annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

„Rehabilitatsioonimeeskondade vajadus kvalifitseeritud spetsialistide järele aastal 2015”, mille juhendaja on Dagmar Narusson

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digiarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguste kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu sealhulgas digiarhiivi DSpace-i kaudu kuni autoriõiguste kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

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

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

Pärnus, \_\_. \_\_. 2015