

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Elerin Maisväli

**TARTUMAA REHABILITATSIOONIMEESKONDADE
SPETSIALISTIDE KOOSTÖÖ
KOGUKONNA ERINEVATE PARTNERITEGA
Magistritöö**

Juhendaja Dagmar Narusson, MA

Juhendaja allkiri: _____

TARTU 2015

Teaduseetika reeglite järgimine töö koostamisel

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

Elerin Maisväli

28. mai 2015

Abstract

This master`s thesis focuses on rehabilitation team specialists collaboration with community partners. So far rehabilitation in community context have slightly researched. The aim of this study is to analyse how rehabilitation team specialists in Tartu County collaborating daily with different agencies in the community and whit whom they are cooperating.

Rehabilitation service in Estonia is regulated by the state through the Social Welfare Act and service is provided by Social Insurance Board. Persons, who are entitled to receive rehabilitation service provided by state: disabled children and adults, individuals of working age with special intellectual needs and individuals referred pursuant to a decision by the juvenile committee.

It is important to point out what I don`t mean, if I referring and using term rehabilitation. In this thesis in using the term rehabilitation I don`t refere to interventions for substance misuse problems or criminal offending. In general I use the term rehabilitation only for referring to ways of working with people who have some type of disability. (Dean et al, 2012)

In the theoretical part of this thesis I describe the rehabilitation approach and model of disability. I give an overview about approaches what are affecting rehabilitation in today: disability rights; the citizenship approach and importance of community and environment. Also give an overview of collaboration. The empirical data was produced during qualitative semi-structured interviews with eight rehabilitation team specialist. The data was analysed by using the qualitative content analysis. In the final chapter I discuss the main issues.

The analysis shows that community work in rehabilitation teams in Tartu County is quite uncommon practice, but rehabilitation specialists cooperate with different agencies and important persons of client. If a person comes to the rehabilitation service by long distance, it demand higher resource from rehabilitation teams to do community work and in that case, it isn`t effective. Analysis shows also that rehabilitation goals achievement is affected by collaboration.

Sisukord

Sissejuhatus.....	6
I TEOREETILINE RAAMISTIK	8
1.1. Rehabilitatsiooni olemus.....	8
1.1.1. Rehabilitatsiooni ajalugu	10
1.2. Kaasaegsed peamised käsitlused, mis mõjutavad rehabilitatsiooni valdkonda	11
1.2.1. Puuetega inimeste õigused	11
1.2.1.1. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni rakendamine Eestis	13
1.2.1.2. Euroopa Komisjoni soovitused	13
1.2.2. Kodanikuks olemise põhimõtte	15
1.2.3. Keskkonna ja kogukonna olulisus rehabilitatsiooni käsitluses	16
1.2.3.1. Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide roll	19
1.2.3.2. Kogukonnapõhine rehabilitatsioon	21
1.2.3.3. Kogukondliku lähenemise areng.....	22
1.3. Koostöö olulisus	23
1.4. Olukord Eestis käesoleval ajal.....	25
1.4.1. Rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis	26
1.5. Probleemi püstitus.....	27
II METOODIKA	29
2.1. Meetod	29
2.2. Valim	29
2.3. Uurimuse käik.....	30
2.4. Eneserefleksioon ja eetiline aspekt.....	31
2.5. Analüüsimeetod	32
2.6. Analüüsi käik	33
III ANALÜÜS	34
3.1. Koostöö mõistmine	34
3.1.1. Koostöö defineerimine	34
3.1.2. Koostöö olulisus ja mõju rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele	35
3.1.3. Koostöö meeskonnas	37
3.1.3.1. Meeskonnatöö koordinaator.....	39
3.1.4. Kommunikatsioonivahendid.....	40
3.1.5. Koostöö vajadus	42

3.2.	Koostöö erinevate osapooltega	43
3.2.1.	Koostöö lähedastega ja nende kaasamine.....	45
3.2.2.	Koostöö teiste rehabilitatsiooniasutustega.....	47
3.2.3.	Koostöö tööandjatega	48
3.2.4.	Koostöö kliendi algatusel	50
3.2.5.	Keskkonnaga tegelemine	51
3.2.6.	Asutuse kurssi viimine kliendi kogukonna erinevate võimalustega.....	52
3.2.7.	Koostöö kaugemal asuvate kliendi kogukondadega.....	54
3.2.8.	Teenuse osutamine kogukonnas	55
3.2.9.	„Rehabilitatsiooniturism“	56
3.3.	Takistused koostöös	57
3.3.1.	Koostöö toimimine	59
IV	ARUTELU	61
	Kokkuvõte	66
	Kasutatud kirjandus	68
	Lisa 1. Intervjuu kava	73

Sissejuhatus

Käesolev magistritöö keskendub kogukonna ja keskkonna olulisusele rehabilitatsioonis ning käsitleb rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide koostöö korralduse erinevaid aspekte lähtuvalt rehabilitatsiooniteenuste osutajate vaatenurgast. Töös on uuritud, kuidas teevad rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid igapäevatööd tehes koostööd kliendi jaoks oluliste inimeste ja asutuste töötajatega.

Dean, Sieger ja Taylor (2012) toovad välja, et kuna rehabilitatsiooni mõistet kasutatakse väga erinevates eluvaldkondades ja erinevas tähenduses, siis on oluline välja tuua, mida uurimustöodes rehabilitatsiooni all ei mõelda. Rehabilitatsiooni mõistet kasutades ei käsitlema käesolevas magistritöös sõltlaste ega kuritöö toime pannud inimeste taastumisprotsessi, vaid see hõlmab tööd puuetega inimestega.

Mõeldes magistritöö teema peale teadsin, et see käsitleb rehabilitatsiooni valdkonda. Olen alates 2010. aastast tegelenud puuetega inimestega ning neile rehabilitatsiooniteenuse osutamisega. Tänu sellele oman kogemust ning ülevaadet teenuse korraldamise nüanssidest. Rehabilitatsiooni teemat on koostöö ja kogukonna kontekstis vähe uuritud ja puudub selge teadmine, kuidas seda tegelikkuses tehakse ning kuidas see toimib. Seetõttu on oluline rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koostöö tegemise teemat rehabilitatsioonis uurida ning käesolevas magistritöös on seda ka tehtud.

Magistritöö eesmärgiks on uurida, kuidas teevad Tartumaa rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd kogukonna erinevate partneritega. Lähemalt uurin, kellega teevad rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd ning kuidas toimub koostöö kliendi kogukonna erinevate partneritega.

Töö esimeses peatükis, teoreetilises osas, annan ülevaate rehabilitatsiooni olemusest tänapäeval. Toon välja rehabilitatsiooni eesmärgi ning puude käsitlemise selles. Annan ülevaate kaasaegsetest peamistest käsitlustest, mis mõjutavad rehabilitatsiooni valdkonda. Lähemalt kirjeldan puudega inimeste õigusi, kodanikuks olemise põhimõtet ning keskkonna ja kogukonna olulisust. Kogukonna käsitlemisel toon välja erinevad elemendid, mille kaudu

defineerida kogukonnatööd. Annan ka ülevaate koostöö olemusest ja selle olulisusest rehabilitatsioonis.

Töö empiirilises osas kirjeldan uurimuse metoodikat: uurimuse läbiviimise meetodit, valimi moodustamist, uurimuse käiku ning andmeanalüüsi meetodit. Lisaks on toodud uurija eneserefleksioon ning eetiline aspekt töös. Analüüsi peatükis toon välja peamised uurimistulemused, mis on süstematiseeritud ning esitatud kategooriate kaupa. Töö viimases osas arutlen uurimistulemuste ning teoreetilises osas toodud olulisemate teemade üle.

Täna enda magistritöö juhendajat Dagmar Narussoni, kelle head mõtted olid mulle suureks toeks magistritöö valmimisel ja kes oli valmis mind igakülgsest abistama. Samuti tänan uurimuses osalenud rehabilitatsioonimeeskondade spetsialiste, kes olid nõus uurimuses osalema ning enda perekonda kannatlikkuse eest.

I TEOREETILINE RAAMISTIK

Töö teoreetilises pooles annan ülevaate rehabilitatsiooni olemusest tänapäeval ja kaasaegsetest peamistest käsitlustest, mis mõjutavad rehabilitatsiooni valdkonda. Selles osas selgitan ka koostöö olemust ja selle olulisust rehabilitatsioonis. Käesolevas töös käsitletakse koostööd lähtudes spetsialisti vaatenurgast ja erinevatest osapooltest: lähivõrgustikud, kogukonnaliikmed, sotsiaalteenuste osutajad jne. Lähemalt kirjutan kogukonna erinevatest osapooltest peatükis 1.2.3. Samuti annan teoreetilises osas lühiülevaate olukorrast käesoleval ajal Eestis: kuidas on korraldatud rehabilitatsiooniteenus ja kuidas on käsitletud kogukonna kontekstis rehabilitatsiooni.

1.1. Rehabilitatsiooni olemus

Järgnevalt annan ülevaate, missugune on rehabilitatsiooni käsitlus tänapäeval ning kuidas on see olnud ajaloo.

Tänapäeval mõistetakse rehabilitatsiooni kui protsessi, kus inimese kahjustuse hindamise ja sellele vastava sekkumise käigus püütakse saavutada inimese osalemine ühiskonnaelus (International ..., 2015). Farcas ja Anthony (2010) toovad välja, et rehabilitatsioon toimub inimese, inimese võrgustiku ja laiema sotsiaalse keskkonna kokkupuutepunktis. Selle asemel, et keskenduda inimese puude patoloogiale ja sümptomitele, tehakse tööd inimese sotsiaalsete suhete, töökoha, vaba aja, pereelu ja hariduse jt inimese jaoks oluliste valdkondadega olles fokuseeritud inimese kompetentsi ja oskuste tõstmisele ja keskkonna toetamisele (Farcas ja Anthony, 2010).

Dean jt (2012) toovad välja, et efektiivses rehabilitatsiooniprotsessis on olulised 5 tähtsat komponenti: kogu rehabilitatsiooniprotsessi mõistmine, inimese arvestamine kogu tema kontekstiga, interdistsiplinaarne meeskonnatöö, RFK ja rehabilitatsiooni tulemuste hindamine. Ühtegi osa ei tohi alahinnata, kuna rehabilitatsioon on tervikprotsess. Inimene oma kontekstiga tähendab seda, et protsessis oleks arvestatud kõiki inimest mõjutavaid aspekte: tema elu, teadmised, silmapaistvad omadused, seltsid, kuhu ta kuulub, sisemine

rahulolu, sugulussidemed, vaimsus, õnn ja loovus (Dean jt, 2012, viidates Siegert jt, 2007). See tähendab, et kui inimene siseneb rehabilitatsiooni, siis on oluline tähelepanu pöörata kõigile neile eelpool loetletud aspektidele ning kogu ümbritsevale keskkonnale.

Hollander ja Wilken (2015) toovad välja, et psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on protsess, mille käigus püütakse vaimse ja sotsiaalse puude ja muude vaegustega inimesel aidata hoida tema elukvaliteeti ja tegutsemisvõimet võimalikult suurtena, et ta suudaks nii isiklikul kui ühiskondlikul tasandil, enda valitud elu-, töö- ja muudes keskkondades, rahuldavalt funktsioneerida. (*ibid*). Just sotsiaalse osaluse saavutamine ja taastamine on rehabilitatsiooni peamine eesmärk (International ..., 2015).

Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on soodustada taastumist, täielikku integreerumist kogukonda ja elukvaliteedi parandamist inimesel, kellel on diagnoositud ükskõik milline vaimse tervise olukord, mis tõsiselt piirab võimet elada tähendusrikast elu. (Anthony ja Furlong-Norman, 2011).

Sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on inimese tegevus- ja osalusvõime arendamine 4 eluvaldkonnas, milleks on elamine, õppimine, töötamine, sotsiaalne funktsioneerimine ning lisaks inimese tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine. (Hanga, Maas, Sömer-Kull ja Shultz, 2013). Ka Anthoni (2009) toob välja, et psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on suunatud inimese oskuste ja osalusvõime kasvatamisele, et tõsta inimese võimet edukalt ja rahulduspakkuvalt elada, töötada, õppida ja sotsiaalselt suhelda.

Puuetega inimeste rehabilitatsiooni mõjutab see, kuidas mõistetakse puuet. Praegusel ajal on levinud puude sotsiaalne mudel, mis ei keskendu inimese füüsilistele piirangutele, vaid keskkonnale, mis inimest ümbritseb. (Oliver, Sapey ja Thomas 2012). Inimese võimetuse igapäevaselt mitte toime tulla ei tulene tema puudest, vaid puudustest keskkonnas. (Oliver jt, 2012). Kuna keskkond on see, mis tekitab ebavõrdsust inimeste vahel, siis on oluline pöörata tähelepanu puude käsitlemise juures pigem sotsiaalsele õiglusele kui puude ravimisele (Jaeger ja Bowman, 2005). Keskendumine üksnes inimese võimetusele millegagi mitte toime tulla, muudab puudega inimese jõuetuks ja seab nad ebavõrdsesse olukorda. Puude sotsiaalne lähenemine pöörab seetõttu tähelepanu ka kodanike õigustele ning puuetega inimeste allasurumise vähendamisele. (Jaeger ja Bowman, 2005)

Rahvusvahelise kokkuleppe alusel kasutatakse puude ja teiste sellele kaasuvate mõistete käsitlemisel alusdokumendina Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) koostatud rahvusvahelist funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK). RFK on universaalne, kuna katab kõiki inimese funktsioneerimise aspekte, käsitleb puuet pigem kui kontinumit ega kategoriseeri inimesi puuderühma järgi. RFK kohaselt on puude puhul rõhuasetus aspektidel „rohkem“ või „vähem“, mitte „jah“ (on puue) või „ei“ (ei ole puuet). (Narusson ja Medar, 2014). Seda on oluline arvestada, sest ühe ja sama diagnoosiga inimestel võib olla erinev funktsioneerimise tase ja võimed ning ka vastupidi: sama funktsioneerimise tasemega ja võimetega puudega inimestel võivad olla tingitud need erinevatest põhjustest (Dean jt, 2012)

RFK põhineb tänapäevasel puudest arusaamisest ja selle mõõtmise viisidel. RFK on välja arendatud pikaajalise protsessi tulemina koostöös sotsiaal- ja terviseteadlaste ning puudega inimestega (Narusson ja Medar, 2014). RFK lähtub inimese organismi, indiviidi ja ühiskonnaliikme seisukohast ja käsitleb neid kahe põhilooeteluna: 1) organismi funktsioonid e. talitlused ja struktuurid ning 2) tegutsemine ja osalus (RFK, 2005). RFK raamistikku on hea aluseks võtta ka rehabilitatsiooniprotsessi hindamise etapis (Dean jt, 2012)

1.1.1. Rehabilitatsiooni ajalugu

Rehabilitatsioon on aja jooksul olnud muutumises. Ajalooliselt on rehabilitatsiooni seostatud tervishoiu valdkonna töötajatega, kes „rehabiliteerivad“ inimesi. (Dean jt, 2012) Meditsiinilise/individualistliku mudeli järgi on probleemid kinni indiviidis ja puue on inimese probleem (Oliver jt, 2012). Peamine ülesanne seejuures on teenuse pakkujatel läbi rehabilitatsiooni taastada inimese füüsiline seisund ja pakkuda psühholoogilist tuge, et inimene tuleks toime enda füüsiliste piirangutega. (Oliver jt, 2012). Selle lähenemise puhul ei pöörata tähelepanu inimest ümbritsevale keskkonnale ega kogukonnale, kus inimene igapäevaselt elab, õpib, töötab või oma vaba aega veedab. Individualistlik lähenemine on ajaloos olnud valdavaks käsitlemiseks.

Ajalooliselt on puuet käsitletud kui segregeerivat nähtust ja puudega inimesi peetud teistsugusteks. (Narusson ja Medar, 2014). Viimastel aastakümnetel on puudega inimeste liikumise esindajad koos sotsiaal- ja terviseteadlastega toonud välja sotsiaalsete ja füüsiliste

barjääride rolli puudes. Sel põhjusel on individuaalselt ja meditsiiniliselt perspektiivilt liigitatud struktuursele ja sotsiaalsele ehk meditsiiniliselt mudelilt sotsiaalsele mudelile, mille kohaselt põhjustab puuet pigem ühiskond, mitte inimese kehas toimuvad muutused. (WHO, 2011). Tänapäeval on jõutud arusaamiseni, et puude ja tegevuspiirangute põhjuseks on tervise ja keskkonnategurite koosmõju. Puudega inimesed on inimesed nagu kõik teisedki. (Narusson ja Medar, 2014)

1.2. Kaasaegsed peamised käsitlused, mis mõjutavad rehabilitatsiooni valdkonda

Järgnevalt annan ülevaate kaasaegsetest peamistest käsitlustest, mis tänapäeval rehabilitatsioonivaldkonda mõjutavad. Eelmises peatükis kirjeldasin rehabilitatsiooni olemust, kus tõin välja, et keskkond on see, mis tingib puuetega inimeste ebavõrdset kohtlemist. Sellest tulenevalt on suurt tähelepanu pööratud puuetega inimeste õiguste kaitsmisele, võrdsele kohtlemisele ning sellele, et iga inimene tunneks end kodanikuna. Kuna keskkonna ja kogukonna roll on muutunud puude käsitluses ja rehabilitatsioonis samuti üha olulisemaks, siis käsitlen käesolevas peatükis neid ka rehabilitatsioonivaldkonda mõjutavate teguritena.

1.2.1. Puuetega inimeste õigused

Puudega inimeste põhilisi inimõigusi, kodanikuõigusi ja võrdseid võimalusi eitavaid hoiakuid ja poliitilisi vaateid tuleb ette nii hariduses, tööelus, toetuste süsteemis, toetavate teenuste korralduses, linnaruumis ja elamuehituses, vaba aja teenustes kui ka meedias. (Jaeger ja Bowman, 2005)

Puuet käsitletakse inimõiguste teemana mitmel põhjusel. Puudega inimesed kogevad ebavõrdsust nt kui neil puudub piisav juurdepääs tervishoiuteenustele, tööturule, haridusele ja poliitilisele osalusele. Nad kogevad oma puude tõttu väärkohtlemist ja vägivalda: nt ärakasutamine, väärkohtlemine ja lugupidamise puudumine. Osadel puudega inimestel

puudub autonoomsus: nt sunniviisiline steriliseerimine, tahtevastane institutsiooni paigutamine, juriidiliste õiguste piiramine (WHO, 2011)

Puude vaatlemine inimõiguste vaatenurgast on riigi ja kõigi elualade seisukohast edasiminekuks, kuna puudega inimesi käsitletakse üha vähem heategevuse subjektidena või teiste inimeste poolt vastuvõetavate otsuste objektidena, vaid inimestena, kellel on kõik õigused. (Haukanõmm, 2013)

Puuetega inimeste õigusi on käsitletud ka ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonis. ÜRO puudega inimeste õiguste konventsioon on oluline dokument, mis väljendab tänapäeva ühiskonna arusaamist puudega inimeste kodanikuõigustest ja eesmärke, mida kogu maailmas püütakse saavutada, et suurendada keerulise terviseolukorraga inimeste ühiskonda kaasatust. Konventsioon on dokument, mis kujundab poliitikat käesoleval ja lähiajal ning mõjutab sotsiaalvaldkonna otsuseid. Samal ajal väljendab konventsioon ka puudest lähtuva teadusvaldkonna tänapäevaseid käsitusi, sh kodanike vajadustel põhinevat lähenemist. Konventsiooni eesmärk on tutvustada ja kaitsta puudega inimeste kodanikuõigusi, kultuurilisi, poliitilisi, sotsiaalseid ja majanduslikke õigusi. (Narusson ja Medar, 2014)

Konventsioonis on välja toodud, et puuetega inimestel on võrdne õigus elada kogukonnas ning omada teistega võrdseid valikuid ning konventsiooniga liitunud riigid võtavad tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, et võimaldada puuetega inimestel seda õigust täielikult teostada ning soodustada nende täielikku kogukonda kaasamist ja selles osalemist. Muuhulgas tuleb suurendada kogu ühiskonnas, kaasa arvatud perekonna tasandil, teadlikkust puuetega inimeste küsimustes ning soodustada austust puuetega inimeste õiguste ja väärkuse vastu. (Puuetega inimeste..., 2012)

Puudega inimesed on ühiskonna täieõiguslikud liikmed, kes ei peaks ühiskonnaelus tavapärasel viisil osalemiseks rõhutama erinevate õigusaktide olemasolule ja oma erivajadustele. Asjakohaste seaduste täitmine ja kõikide abivajavate inimeste abistamine on erinevate institutsioonide iseenesest mõistetav kohustus. (Haukanõmm, 2013)

Puuetega inimestel peab olema võimalus ja õigus olla täieõiguslik ühiskonna liige, kuid ta ei saa olla ühiskonna täieõiguslik liige ilma ühiskonna toetuseta (Ewijk, 2010). Tähelepanu tuleb pöörata, et puudega inimene on võrdne kodanik võrdsete õigustega ja kogu vastutust igapäevase toimetuleku juures ei saa panna inimese õlule.

1.2.1.1. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni rakendamine Eestis

Eesti Vabariigi riigikogu ratifitseeris ÜRO puudega inimeste õiguste konventsiooni 21. märtsil 2012.a ja konventsioon jõustus 14. aprillil 2012. Enne konventsiooni jõustumist tehti Eestis pikka aega tööd selle nimel, et konventsiooni rakendamine oleks võimalik. Konventsiooni väljatöötamist alustati ÜRO-s 2002. aastal, konventsioon võeti vastu 13. detsembril 2006. Eesti Vabariigi president Toomas Hendrik Ilves kirjutas Eesti nimel konventsioonile alla 25. septembril 2007. Konventsiooni ratifitseerimise seaduse eelnõus on märgitud, et ratifitseerimise ajal ei pidanud Eesti vastama kõigile konventsioonis sätestatud sisulistele nõuetele, kuid konventsioonist tuleneb kohustus pürgida sätestatud eesmärkide poole ja parandada järjepidevalt puudega inimeste olukorda ühiskonnas. (Narusson ja Medar, 2014)

30. märtsil 2012 allkirjastasid sotsiaalminister ja Eesti Puuetega Inimeste Koja juhatuse esimees valitsuse ja puudega inimeste esindusorganisatsioonide koostööpõhimõtete memorandumid. 20. novembril 2012 toimus puudega inimeste õiguste kaitse strateegia väljatöötamise avaseminar. Aastatel 2012–2013 analüüsis Eesti Puuetega Inimeste Koda konventsiooni rakendamist ning korraldas sihtrühma teavitamiseks mahuka koolitusprogrammi ja seminarid. (Narusson ja Medar, 2014)

1.2.1.2. Euroopa Komisjoni soovitused

ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni tõhusa rakendamise tagamiseks töötas Euroopa Komisjon välja puuetega inimeste strateegia aastateks 2010-2020. Strateegias keskendutakse takistuste kõrvaldamisele. Prioriteetsed eesmärgid on järgnevalt toodud punktidenä:

- 1) juurdepääsetavus – tagada puuetega inimestele juurdepääs toodetele, teenustele, sealhulgas avalikele teenustele ja abivahenditele;
- 2) osalemine – saavutada puuetega inimeste täielik osalemine ühiskonnas, aidates neil kasutada ELi kodakondsuse kõiki hüvesid ning kõrvaldades halduslikud ja suhtumisest tingitud takistused täielikult ja võrdetel alustel osalemiselt; osutades kvaliteetseid kogukonna teenuseid, muutes sealhulgas isikuabi kättesaadavaks;

- 3) võrdsus – kaotada diskrimineerimine puuete alusel ja edendada võrdseid võimalusi;
- 4) tööhõive – võimaldada puuetega inimestel teenida elatist avatud tööturul;
- 5) haridus ja koolitus – edendada puuetega õpilasi ja tudengeid kaasavat haridust ja elukestvat õpet;
- 6) sotsiaalkaitse – tagada puuetega inimestele inimväärsed elamistingimused, võidelda vaesuse ja sotsiaalse tõrjutusega;
- 7) tervishoid – edendada võrdset juurdepääsu tervishoiuteenustele ja –asutustele puuetega inimeste jaoks;
- 8) välistegevus – edendada puuetega inimeste õigusi ELi välistegevuses (Euroopa Komisjon, 2010)

Keskkonnateguritega tegelemine on antud eesmärges silmas pidades väga oluline. Juurdepääsetavuse küsimust on raske lahendada üksnes puudega inimest nõustades ja abistades, vaid erinevatele teenustele ja toodetele juurdepääsu tagamisel tuleb kaasata ka teenuse osutajaid.

Puudega inimesed on üks vaesuse riskirühmi ja nad peavad toime tulema oluliselt väiksema sissetulekuga kui ülejäänud. Puudega inimeste sissetulekuallikad on töötasu asemel pigem sotsiaalsed siirded (toetused ja pensionid), seega oleneb nende elukvaliteet väga palju riigi abist. Riik vastutab puudega inimeste toimetuleku eest (Laes, 2014). Töötamine suurendab puudega inimeste sissetulekut olulisel määral ja seeläbi ka nende majanduslikku toimetulekut (*ibid*). Puudega inimesed seisavad silmitsi raskustega tööturul (Germundson ja Danemark, 2012). Seetõttu on oluline tähelepanu pöörata ka tööalasele rehabilitatsioonile ning efektiivne tööalane rehabilitatsioon nõuab mitmete asutuste panust ja koostööd. (*ibid*).

Tänapäeva ühiskonna arusaamine puuetega inimeste õigustest mõjutab ka rehabilitatsiooni valdkonda. Rehabilitatsiooniteenuste osutajatel kui ka teistel puuetega inimestega tegelevatel organisatsioonidel tuleb enda igapäevatööd tehes panustada takistuste kõrvaldamisse, et puuetega inimesed saaksid tunda end võrdsete kodanikena, kellel on õigus ühiskonnaelus osaleda.

1.2.2. Kodanikuks olemise põhimõte

Kodanikuks olemine ja saamine on oluline osa rehabilitatsioonis. Dean jt (2012) toovad välja, et rehabilitatsioon ei keskendu üksnes sellele, et puudega inimene saaks end iseseisvalt toita ja riietada, vaid ka sellele, et ta oleks ühiskonda kaasatud kodanikuna, kes suudab samuti enda kogukonda panustada. Me vajame kõiki inimesi panustajateks.

Kodanikuks olemise põhimõtte järgi on puudega inimesed samade õiguste ja kohustustega, mis teised sama riigi kodanikud (Oliver jt, 2012). Samad autorid toovad välja, et kodanikuks olemise käsitlusel on kolm mõõdet: puudega inimesed kui ühiskonda panustajad ja tarbijad; puudega inimesed kui jõulised hääleõiguslikud indiviidid ja puudega inimesed kui kodanikud, kellel on teiste kodanikega võrdsed õigused ja kohustused. (Oliver jt, 2012). Kui need tingimused on täidetud, siis puudega inimesi nähakse majanduslikus tähenduses kui töotajaid, panustajaid ja ka kui kliente; poliitilises mõttes kui hääletajaid (häälekandjaid) ning jõudu omavaid kodanikke ning moraalses tähenduses inimesena koos inimõigustega. (*ibid*).

Majanduslik, poliitiline ja moraalne lähenemine nõuab, et puudega inimestesse suhtutaks kui ühiskonda panustajatesse, jõulisse huvigruppi ja neid nähakse kui aktiivseid kodanikke, millega kaasnevad nii õigused kui ka kohustused (Oliver jt, 2012). See toob selgelt välja, et kõiki inimesi on vaja kodanikeks ja panustajateks, sh inimesi, kellel on tegevusvõime mingil moel piiratud.

Kaasaja ühiskond kutsub inimesi üles olema aktiivsed kodanikud. (Ewijk, 2010). Kodanikkonnale ja kogukonnale suunatud tegevused nagu aktiveerimine, sotsiaalse vastutuse ja enesemääramisõiguse tõstmine on seotud sotsiaalsete õiguste ning kohustustega ja seda edendab ka Euroopa Liit. (Wilken, 2012). Samas me peame aktsepteerima, et mingi osa inimesi, kes kuuluvad haavatavasse gruppi, vajavad pidevat professionaalide või lähedaste abi, et olla aktiivsed kodanikud (Ewijk, 2010). Olenevalt inimese probleemist ning sellest kui tugev on tema võrgustik ning kogukond, tuleb hinnata, missugust kõrvalist sekkumist selleks inimene vajab (*ibid*).

Aktiivne kodanikkond baseerub kolmel printsiibil: 1) kodanik vastutab enda käitumise ja õiguste ja kohustuste täitmise eest; 2) inimõigused ja sotsiaalsed õigused, millele inimesed saavad tugineda (haridus, töö, varjupaik ja tervis, kättesaadavus ja mobiilsus) ja millega

kaasnevad kodanike kohustused, peavad olema tagatud ja jätkuma; 3) kodanike ühine vastutus kogukonna ja neid ümbritsevate inimeste ees (Ewijk, 2010). Sotsiaaltöö selle kohaselt peabki põhinema aktiivse kodanikkonna toetamisel, et inimesed võtaksid vastutuse nii enda kui ka enda lähedaste ees (Eijken, 2012). Seejuures on oluline toetada ka sotsiaalset sidusust, mis on seotud inimeste vaheliste suhetega, et luua ja tugevdada kogukondi (Ewijk, 2010).

Kogukond muutub sotsiaalseks, kui selles on teataval määral sotsiaalset sidusust ning selle tugevdamine on ühiskonna arengus oluline eesmärk, sest kui ühiskond on sidus, siis selle liikmete heaolu edeneb (Tambaum, Medar ja Narusson, 2014). Sotsiaalse sidususe üks esimesi olulisi tegureid on kaasatus. Sotsiaalne kaasatus on oma olemuses palju sügavama tähendusega sotsiaalset sidusust iseloomustav tegur, kuna see tähendab, et inimest arvestatakse kui võrdset ühiskonnaliiget, seadmata sealjuures piiravaks tingimuseks inimese terviseolukorda, teda kaasatakse otsustamisse ja tegevustesse kõigi teiste selle riigi kodanikega võrdsel alusel, samuti aktsepteerib ühiskond inimest sel viisil, nagu ta parasjagu on ja mida ta teha suudab (Tambaum jt, 2014 viidates Wilken 2013). Sotsiaalne kaasatus tähendab, et ühiskond või kogukond käsitleb iga isikut kogukonna võrdse liikmena, väärtustades tema olemasolu ja võimeid. (Tambaum jt, 2014).

1.2.3. Keskkonna ja kogukonna olulisus rehabilitatsiooni käsitluses

Tänapäeval on rehabilitatsiooniprotsessis oluline roll inimest ümbritseval keskkonnal ja kogukonnal (RFK, 2005), kuid keskkond ja kogukond ei ole uued nähtused ühiskonnas, vaid need on saanud taas oluliseks.

Kuna ühtset definitsiooni kogukonna tähenduse kohta ei ole, toob Ewijk (2010) välja elemendid, mis eksisteerivad, kui räägitakse sõnast „kogukond“. Nendeks elementideks on: sotsiaalsed sidemed, sotsiaalne interaktsioon, suhted, äratundmine, sidususe, ühine tegutsemine, ühised jagatud väärtused ja tunded ning kuuluvustunne. Kogukonna defineerimine peab põhinema sotsiaalsel õiglusel, võrdsusel ja vabadusel. (Ewijk, 2010) Kogukonnatöö juures ei ole oluline üksnes mingi kindel piirkond, vaid tegevused, mis on suunatud sotsiaalsele muutusele ja inimese kogukonnas osalemisele. Selle saavutamisel on

oluline, et protsess toimuks kollektiivselt ja keskenduks eelpooltoodud elementidele. (Ewijk, 2010).

Keskkonna all mõistame me eelkõige seda kus inimene elab, töötab, õpib ja oma vaba aega veedab (Hollander ja Wilken, 2015). Keskkonnateguritel on mõju kõigile funktsioneerimisvõime ja –vaeguste aspektidele ning need on süstematiseeritud alates indiviidi kõige vahetumast ümbrusest üldise keskkonnani. Keskkonnategurid moodustuvad füüsilise, sotsiaalse ja suhtumusliku keskkonna koosmõjul ning loovad tingimused, milles inimesed elavad. (RFK, 2005)

Keskkonnal, kus inimene elab, on suur mõju sellele, kuidas inimene kogeb puuet. Ligipääsmatu keskkond läbi osaluse ja kaasatuse vähendamise põhjustab inimestele piiranguid, võimetust toime tulla. Keskkonnafaktorid hõlmavad endas rohkem kui ainult juurdepääsu füüsilisele keskkonnale ja informatsioonile. Takistusteks võivad olla veel poliitika ja teenuste korraldamise süsteem ning teadmised ja hoiakud, mis mõjutavad kõiki teenuste osutamiseiga seotud valdkondi ja kogu sotsiaalset elu. (WHO, 2011)

Keskkonna alla kuulub ka inimese sotsiaalne võrgustik, mis on ühisnimetus kõigi oluliste isikute kohta kokku (perekond, sõbrad, tuttavad, kolleegid), kellel on inimese enda ja teiste võrgustikku kuuluvate inimeste heaolus toetav roll (Hollander ja Wilken, 2015).

Wilken jt (2014) on kirjutanud, et toetusvõrgustikul on oluline roll inimese taastumise protsessis. Väärtuslikku toetust saavad võrdset pakkuda pereliikmed, sõbrad ja professionaalid. Ka Dean jt (2012) toovad välja, et rehabilitatsiooniprotsessis on kliendi perekond, sugulased, hooldajad, sõbrad jne olulised osapooled.

Hollander ja Wilken (2015) on arvamusel, et samal ajal, kui usutakse, et kõige paremat abi taastumisprotsessis suudavad pakkuda professionaalid, siis me alahindame mitteformaalse kogukonna mõju sellele. Wilkeni jt (2014) tehtud uurimusest selgus, et tihti teenuse saajad eelistasid avalikke kohti professionaalsetele teenustele, kuna need on vähem kliinilised ja nad pakuvad suuremat võimalust luua uus identiteet. Kohalikud pubid ja restoranid, sõprade ring, religiooni või hobidega seotud ühendused, naabruskond, kolleegid ja koolikaaslased on loomulik ressursid meie kõigi jaoks ja uue identiteedi ja elu loomisel kasutatakse neid osaliselt. (Wilken jt, 2014)

Kogukondlik toetus on eelkõige suunatud osalemisele, kogukonnas kaasa löömisele. Kogukondlik toetus on kooskõlas kliendi taastumisprotsessiga taasintegreerumise faasis. Siin on tegemist „sotsiaalse taastumisega“: hakatakse taas elama, töötama, õppima ja vaba aega veetma tavalistes ühiskondlikes suhetes, ning uuesti täitma väärtustatud sotsiaalseid rolle. (Hollander ja Wilken, 2015)

Hollander ja Wilken (2015) toovad välja, et muuhulgas võib kogukondlik toetus olla suunatud:

- teenuste saamisele kogukonnas;
- klientide algatuste toetamisele;
- perekonnaliikmete toetamisele,
- naabrite toetamisele;
- professionaalide, näiteks sotsiaaltöötajate toetamisele linnaosas;
- piirkonna piisava turvalisuse eest hoolitsemisele;
- toetatud töötamisele;
- juhendamisele vaba aja veetmisel;
- hoolekande ja teenuste koordineerimisele. (Hollander ja Wilken, 2015)

Oluline tegevus juurdepääsu saamiseks soovitud keskkondadele on keskkonnatingimuste loomine. Keskkonnatingimuste loomine on suunatud haavatavate kodanike toetamisele, et nad looksid sotsiaalsed sidemed, mida nad ise väärtuslikuks peavad. Keskkonnatingimuste loomine on apelleerimine ühiskondlikule teadlikkusele ja vastutustundlikkusele, olles avatud inimestele, kelle osalemist ühiskonnas iseenesestmõistetavana ei võeta. Keskkonnatingimuste loomise juurde kuuluvad tegevused on muuhulgas ka vale ettekujutuse loomise mõjutamine (näiteks „kõik psühhiaatriapatsiendid on ohtlikud“, „kodutud on räpased“ või „psüühikahäirega inimesed ei või töötada“) (Hollander ja Wilken, 2015).

Keskkonnatingimused leiavad käsitlemist ka RFK klassifikatsioonis, kus on toodud erinevad inimese keskkonda puudutavad valdkonnad. Eraldi peatükina (e3) on välja toodud emotsionaalset toetust ja suhteid mõjutavad faktorid: suhted perekonnaga, sõpradega, kolleegidega, naabritega, kogukonnaliikmetega jt, kellega inimene kokku puutub, sh ka

võõrad inimesed. Oluline on tähelepanu pöörata ka suhetele erinevate valdkondade teenusepakkujate ja professionaalidega (sh tugiisikud ja hooldajad). Inimesed, kes omavad mingil moel otsustusõigust või võimu inimese sotsiaalsele, majanduslikule, kultuurilisele ja religioossele toimetulekule (nt õpetajad, tööandjad ja eestkostjad), on samuti olulised, kellega suhete hoidmine on tähtis. (WHO, 2015). Kui suhted erinevatel eelpooltoodud tasanditel toimivad, on inimene ühiskonda kaasatud.

1.2.3.1. Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide roll

Keskkonna ja kogukonna teema käsitlemine rehabilitatsioonis on oluline ning suur roll on selles rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistidel. Tähtis on ka see, et meeskond töötab koos ühtse meeskonnana (Dean jt, 2012). Rehabilitatsiooni töötajate roll on töötada inimese sotsiaalsete suhetega, tööga, vaba aja, perekonnaelu, kõrgema haridusetaseme saavutamise ja muude õpilaste püüdlustega kasutades sekkumist, mis keskendub kompetentsuse ja oskuste tõstmisele ja edendab keskkonna tuge. (Farcas, Anthony, 2010).

Kogukonna arendamisel on sotsiaalala spetsialistidel oluline roll. Nad saavad kaasa aidata inimeste ja gruppide omavahelistele kohtumistele ja aidata käima lükata kohalikke algatusi. (Wilken jt, 2014). Hoolekandeesutustel ja nende töötajatel tuleb arendada suhteid naabruskonna ja seal elavate kodanikega ka seetõttu, et sotsiaalala töötajad ise samuti puutuvad igapäevaselt kokku nende samade kogukonnas elavate inimestega (Ewijk, 2012). Sotsiaaltöötaja ülesanne rehabilitatsioonis on kaasa aidata kommunikatsioonile perekonnas, rehabilitatsioonimeeskonnas, kaaslaste seas ja asutuste vahel kogukonnas (International ..., 2015)

Ewijk (2010) toob välja, et sotsiaalala töötaja peab toetama ja edendama sotsiaalset vastutust ja sidusust. Oluline on muuta ja parandada suhteid sugulaste, naabrite ja erinevate elanikkonna gruppide vahel. Sotsiaalala töötaja peaks tegelema kõigi osapooltega, mitte keskenduma ühele osapooltele.

Rehabilitatsioonitöötaja või taastumise toetaja ülesanne on luua sidemeid kliendi ja keskkonna vahel. Seejuures võib ta kasutada kogukondlikku tugisüsteemi võimalusi kliendi isikliku tugisüsteemi jaoks. Kogukondlik toetusüsteem on inimestest, abiallikest ja

teenustest koosnev tervik, mis võimaldab inimestel elada kõrvalise abita ning ühiskonnas osaleda. Enamasti on kogukondlik tugisüsteem seotud teatud geograafilise piirkonnaga, nagu linnaosa, naabruskond, küla või maapiirkond. (Hollander ja Wilken, 2015)

Sotsiaalne tugisüsteem koosneb:

- sotsiaalsetest võrgustikest;
- üldiste ühiskondlike teenuste võrgustikust – teenused, mis on iga kodaniku jaoks kättesaadavad, nagu kauplused, transport, sportimisvõimalused, tervishoiuteenused, linnaosakeskus, vallavalitsus, korteriühistu, asutused hoolekande ja teenuste valdkonnas, ühingud, kohtumisvõimalused ja vabatahtlike organisatsioonid.
- professionaalsete tugi- ja muude teenuste võrgustikust (Hollander ja Wilken, 2015)

Dean jt (2012) toovad välja, et hea kommunikatsioon kliendi, teenusepakkujate ja pere vahel on ülioluline eduka rehabilitatsiooniprotsessi juures. Samas toovad nad välja, et seda võiks juhtida meeskonna juht, kuna kogu meeskonnaga kohtumine võib pereliikmeid ja lähedasi ebamugavasse olukorda panna. Meeskonna juhiks sobib inimene, kes on võimeline:

- nägema laiemat pilti, teadvustama erinevate tasandite (kliendi, meeskonna, organisatsiooni ja poliitilise tasandi) keerukust;
- mõtlema loovalt ning julgustama teisi tulema välja uuenduslike lahendustega;
- tegema õigeaegseid või ennetavaid otsuseid;
- suhtlema selgelt ja täpselt nii verbaalselt kui ka kirjalikult;
- aktiivselt kuulama ning olema reflektiivne;
- püsima rahulik pingelistes olukordades;
- olema objektiivne ning mitte hukkamõistev. (Dean jt, 2012)

Rehabilitatsiooniprotsessis on oluline, et meeskonnad teadvustaks keskkonna ja kogukonna tähtsust ja oluline on selles suunas ka tööd teha. Rehabilitatsioonispetsilistide panus ja kogukonna ning keskkonnaga töötamine mõjutavad laiemalt ka rehabilitatsiooni valdkonda.

1.2.3.2. Kogukonnapõhine rehabilitatsioon

Kogukonnapõhise rehabilitatsiooni käsitlus mõjutab rehabilitatsiooni valdkonda ning järgnevalt kirjutan lähemalt selle olemusest.

Albrech (2006) on kirjutanud, et kogukonnapõhine rehabilitatsioon on üldisemas mõttes rehabilitatsiooniteenuse osutamine väljaspool meditsiinilist ja institutsionaalset konteksti. Kogukonna kontekst sisaldab erinevaid partnereid: juriidilisi organisatsioone, mittetulunduslikke programme, kodutute varjupaiku, tervisekeskusi, religiooniga seotud asutusi, avalikke parke ja teisi kohtumispaiku, tööhõiveasutusi ja puudega inimeste kodusid, kuid see nimekiri ei ole lõplik. (Albrecht, 2006)

Esimesena käsitles kogukonnapõhise rehabilitatsiooni (KPRi) teemat Maailma Tervise Organisatsioon (WHO) 1978. aastal. KPR-i nähti kui strateegiat, mis parandaks puuetega inimeste rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavust arengumaades (WHO, 2011). Esialgne KPR lähenemine oli samaväärne puude meditsiinilise käsitlusega, kuid seda kogukonna kontekstis (Lang, 2011). Paarikümne aastase arengu juures on KPR olulisemateks lähenemisteks kujunenud:

- vaesuse leevendamine, tähelepanu juhtimine, et vaesus on üks võtmeteguriteks ja puude tagajärgi;
- kogukondade seotuse edendamine;
- sektorite vahelise koostöö arendamine ja tugevdamine;
- puuetega inimeste organisatsioonide ja programmidega tegelemine;
- laiendanud neid programme;
- tõenduspõhise praktika edendamine. (WHO, 2010)

KPR põhimõtted tuginevad käesoleval ajal ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni üldpõhimõtetele, mida on arvestatud ka KPR raamistiku ehk maatriksi loomisel. KPR maatriks töötati välja 2004. aastal, et paremini mõista, mis raamides rehabilitatsiooniprotsess toimub. Maatriks on oluline seetõttu, et seal on välja toodud erinevad valdkonnad, mis rehabilitatsiooni mõjutavad. KPR maatriksis on välja toodud 5 võtmekomponenti: tervishoid, haridus, toimetulek/ülalpidamine, ühiskond ja jõustamine. (WHO, 2011).

Esimese nelja puhul on tähtis valdkondade ja nende vahelise koostöö arendamine. Viimane komponent, jõustamine, hõlmab endas nii puudega inimese, tema lähedaste kui ka kogukonna jõustamist, et puudega inimene saaks võrdse juurdepääsu eelpooltoodud neljale valdkonnale (tervishoid, haridus, töötamine ja ühiskonnaelus osalemine). Oluline on seejuures, et puudega inimeste elu kvaliteet paraneks ja nende õigused oleks kaitstud. (WHO, 2011). Jõustamine käib muuhulgas läbi puuetega inimeste organisatsioonide, eneseabigruppide, poliitika, kogukondade kaasamise ja avaliku kuvandi muutmise kaudu. Maatriksis toodud erinevad valdkonnad on aluseks ka sellele, mis asutustega tuleb rehabilitatsiooni protsessis koostööd teha ja keda kaasata. KPR ei eelda aga seda, et alati oleks kaasatud kõik maatriksis nimetatud valdkonnad, vaid need, mis konkreetse inimese jaoks rehabilitatsiooniprotsessis antud hetkel olulised on. (WHO, 2011)

Ortali, Griffio ja Capobianco (2014) toovad välja, et KPR-il on kaks peamist eesmärki. Esiteks kindlustada, et puudega inimestel on oleks võimalus maksimaalselt enda füüsilisi ja vaimseid võimeid suurendada, et nad saavutaksid igapäevase juurdepääsu teenustele ja erinevatele võimalustele ning et nad oleksid kogukonnas ja ühiskonnas kaastegevad. Teiseks toovad autorid välja, et eesmärk on tugevdada kogukondi, et nad edendaksid ja kaitseksid puudega inimeste õigusi läbi sisemise muutumise, näiteks barjääride eemaldamine puudega inimeste osaluse suurendamiseks. (Ortali jt (2014).

Eelpooltoodut arvestades võib öelda, et kogukonna erinevateks partneriteks on tervishoiu-, haridus-, sotsiaal-, tööhõive valdkonna asutused jt organisatsioonid, mis inimese igapäevast toimetulekut mõjutavad ning kindlasti ka lähedased inimesed.

1.2.3.3. Kogukondliku lähenemise areng

Järgnevalt toon välja, missugune on olnud kogukondliku lähenemise areng ning mis on seda mõjutanud.

Viimase 50 aastaga on deinstitutionaliseerimine olnud üks läänemaailma iseloomulikumaid nähtusi vaimse tervise ja puudega inimeste hoolekandes. (Nelson, Lord ja Ochorcka, 2001). Deinstitutionaliseerimise algfaasis kujundati kogukondades pigem haiglale iseloomulikke keskkonda. Esimese põlvkonna kogukonnapõhistes teenustes eksisteeris ikka veel

segregatsiooni, paternalismi, sõltuvust ja lootusetust. Tugev järelevalve ja õpitud abitus ja vastutustunde nimel rakendatud kontroll olid väga tavapärased näiteks hooldekodudes, päevakeskustes, kaitstud töökohtadel. (*ibid*).

Hilisemas faasis kujundas kogukondliku hoolekande olemust spetsialistide juhitud psühhiaatiline ja psühhosotsiaalne rehabilitatsioon. Ometigi määratles seegi mudel vaimse tervise probleeme ja puuet meditsiinilise patoloogia tähenduses, ehkki suurem rõhuasetus oli nähtuse sotsiaalsele kontekstile ja tagajärgedele. Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon arvestas nii psühholoogilist haavatavust kui ka sotsiaal-keskkondlikke stressitegureid ning püüdis leida tasakaalu traditsioonilise meditsiinilise mudeli ja selle alternatiivide vahel (Bugarszki, 2014, viidates Anthony ja Lieberman 1986)

Uue põlvkonna teenused (näiteks juhtumikorralduse mudelid, hariduslikud ja koolituse lähenemised, multidistsiplinaarne töö ja teenusekasutajate kaasatus, mida toetas teadlik planeerimine ja arenduspoliitika) andsid tulemusi nii kliinilises kui ka sotsiaalses kontekstis ning vähendasid teenuste maksumust. Kogukonnapõhised teenused aitasid ühelt poolt vähendada teenuste maksumust ja teisalt parandada teenusekasutajate elukvaliteeti (Bugarszki, 2014, viidates Barton 1999). Võib öelda, et kogukondliku lähenemise areng on mõjutanud ka rehabilitatsiooni valdkonna arengut.

1.3. Koostöö olulisus

Koostöö tegemine on muutunud üha laiemalt levinud praktikaks erinevates valdkondades. (Chambers, jt, 2008). Samad autorid (2008) arutlevad, et sõnale „koostöö“ võib leida kirjandusest palju erinevaid definitsioone, kuid üks, milles erinevad autorid on üksmeelel, on, et koostöö seob vähemalt kahte osapoolt, kellel on ühine eesmärk. Chambers jt (2008) toovad välja võtmeelemendid, mida koostöö puhul silmas pidada: 1) esmalt peaks olema täidetud eeltingimused, et koostöö võiks toimida ning tuleks motiveerida erinevaid osapooli selles osalema; 2) on mingi situatsioon (protsess), kus koostöö võiks aset leida ning 3) soovitud koostöö tulemus. (*ibid*).

Eduka koostöö puhul on tähtis määratleda, kes võiksid olla antud olukorras huvitatud osapooliks ning seejuures on väga oluline, et neil oleks mingi ajend koostöös osalemiseks.

Probleemi määratlemise juures on vaja mõelda, mis on iga osapoole „suhe“ antud probleemi või missugune on vastastikune sõltuvus mingi probleemi lahendamisel. See, kuidas nähakse probleemi, aitab mõista paremini, missugust sekkumist on vaja selle lahendamiseks. Selline lähenemine loob aluse usaldusliku suhte tekkimiseks, mis on kõige olulisem eduka koostöö juures. Omavahelise suhtlemise juures on oluline, et kommunikatsioon toimiks ning üksteist aktsepteeritakse võrdse partnerina. (Chambers jt, 2008)

Chambers jt (2008) toovad välja, et eduka koostöö juures on olulised järgmised sammud: konsensus probleemi mõistmisel, ühise visiooni ja eesmärgi kehtestamine ning efektiivne juhtimine. Koostöö on kommunikatiivne protsess, mis sisaldab endast mitteverbaalset, kogemuslikku ja emotsionaalset suhtlust. Et edendada head koostööd, tuleb inimestel õppida olema vastutustundlikud ja vastu reageerivad suhtlejad. (*ibid*).

Suhtlus rehabilitatsioonimeeskonna ja kogukonna vahel on oluline. Rehabilitatsioonitöötaja, kes osaleb kogukonna partnerluses, on paremini võimeline endale selgeks tegema kogukonna vajadusi ja käituma vastavalt sellele ning rakendama seda teadlikult ka praktikas. See aitab rehabilitatsioonitöötajatel ja ka kogukonnaliikmetel paremini mõista puudega inimeste vajadusi. (Beziak jt, 2012)

Beziak jt (2012) toovad välja, et kuigi tihti võivad erinevad teenused kogukonnas olla puudega inimestele ligipääsetavad ja kättesaadavad, siis takistuseks võib osutuda rehabilitatsioonitöötajate erinevad ja vähesed teadmised kogukonna erinevatest võimalustest ja ressurssidest. Selle barjääri muutmiseks toovad autorid välja, et üheks võimaluseks on edendada erinevate asutuste suhtlemist. Suhtlemine ja üksteisele informatsiooni vahetamine võib käia kohtumiste ja e-maili teel. (*ibid*).

Ühe kogukonna asutused ei saa efektiivselt koos töötada, kui neil ei ole selget arusaama üksteise rollidest ja vastutusest. Kui asutused ei ole teadlikud kohalikest võimalustest ja teenuse osutajatest, siis on üsna keeruline ise toimivat teenust osutada (Beziak, 2012).

Kuigi koostöö tegemine kogukonnas nõuab suurt panust ja aega, siis sel on positiivne mõju puudega inimeste rehabilitatsioonile ning seetõttu võiks koostöö tegemine kuuluda professionaalide igapäevatöö juurde. (Beziak, 2012). Ka Chambers jt (2008) toovad välja erinevate autorite põhjal, et kui panustatakse aega ja energiat koostöö tegemisse, siis oluliselt kasvab võimalus, et saavutatakse soovitud eesmärgid.

Van Doorn (2012) on kirjutanud, et sageli puutuvad inimesed, kel on erinevad probleemid, kokku olukorraga, kus nad kohtuvad erinevate erialade spetsialistidega, kes on fokuseeritud sub-probleemi lahendamisele ja kelle koostöö teiste spetsialistidega on väike.

Sotsiaal-, haridus- ja tööturuteenuseid osutavate organisatsioonide kaasamine isiku funktsioneerimisvõime, suutlikkuse-soorituse ja lähikeskkonna ressursside hindamisse ning isikule sobivate meetmete osutamise üle otsustamisse loob eeldused, et peale rehabilitatsiooniplaani koostamist jätkub isiku komplekssete probleemide lahendamine eri organisatsioonide spetsialistide poolt, sest kõik probleemi lahendamiseks ressursse omavad osapooled on informeeritud ja osalenud meetmete üle otsustamisel. (Sotsiaalministeerium, 2011)

1.4. Olukord Eestis käesoleval ajal

Kuna Eesti on olnud aastaid allutatud nõukogude režiimile, siis kogukondlik lähenemine ei ole meil nii arenenud. Nõukogude režiim tekitas märkimisväärse usaldamatuse ühiskonna suhtes: inimesed ei teadnud, keda võib usaldada ja keda mitte, kuna naaber võis olla kommunistliku partei liige ning töötada salateenistuse heaks (Wilken jt, 2014). Sotsiaalne kontroll allus riigi kontrollile, piiratud oli ka inimeste sotsiaalelu väljaspool perekonda. Kogukond oli seetõttu alla surutud ja üksnes geograafiline üksus ning sel oli väike sotsiaalne väärtus. Käesoleval ajal on post-sovietlike maade jaoks väljakutse: taastada sotsiaalsed väärtused ja eluliselt olulised sotsiaalvõrgustikud. Usalduslikke sidemeid tuleb arendada. See on aeglane protsess ning sõltub enam uuest generatsioonist. (Wilken jt, 2014)

Narsson ja Medar (2014) nendivad, et Eestis pole puudega inimeste kaasatus kogukondades veel piisavalt suur. Nende võimalused teha võimetekohast tööd ja tarbida kultuuri on väiksemad kui ülejäänutel, nende terviseolukorra ja ressursipiiratuse tõttu on neil väiksem osatähtsus (ühiskondlik aktiivsus) nii teenuste tarbimises kui ka vabaühendustesse panustamises ja neil on teenuste kättesaamisel keskmisest rohkem probleeme.

Narsson ja Medar (2014) toovad välja, et ÜRO puudega inimeste konventsiooni rakendamisel Eestis on olulised dokumendid vastu võetud ja need on aluseks eri strateegiate väljatöötamisele, kuid puudega inimeste olukord pole veel palju paranenud. Neil on

probleeme vajalike toetavate teenuste kättesaamisel, pole jõukohast tööd ja ka vaba aja veetmise võimalused on piiratud.

1.4.1. Rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis

Rehabilitatsiooniteenuse riiklik süsteem on Eestis toiminud alates Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse jõustumisest 2000. aastal. Eesti seadusloojad võtsid omaks parima suuna luua igale puudega inimesele võimalus saavutada teiste ühiskonna liikmetega võrdsed võimalused. Rehabilitatsioon oma piiramatute võimalustega ja selgeks rääkimata piiridega näis olevat selleks paljulubav tee. Meie noores demokraatias kehtestati igale puudega inimesele ja peagi igale puude raskusastet taotlevale isikule õigus rehabilitatsiooniks. (PITRA, 2006). Rehabilitatsioonisüsteemi arenedes ilmnis õige pea, et selliselt tegutsedes ei jätku ressursse kõigi puuetega inimeste ootuste täitmiseks, ei ole nii palju raha ega inimesi, kes suudaksid kõik loodetu ellu viia. (PITRA, 2006)

2005. aastal alustas Tervise Arengu Instituudi algatusel projekt PITRA (Puuetega inimene tööturule juhtumipõhise rehabiliteerimise abil), mille üheks eesmärgiks oli olemasolevat rehabilitatsioonikorraldust muuta ja see tõi olulise erinevusena senisest sisse suuna juhtumikesksele lähenemisele (PITRA, 2008).

Rehabilitatsiooniteenus on Eestis käesoleval ajal sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist. Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks. Inimest nõustatakse erinevates valdkondades, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut. (Sotsiaalkindlustusameti..., 2015)

Sotsiaalhoolekande seaduse (SHK, 2005) järgi on rehabilitatsiooniteenust õigustatud saama puuetega isikud, puude raskusastet taotlevad isikud, alaealiste komisjoni otsusel suunatud isikud ning psüühikahäiretega isikud, kellel on määratud vähemalt 40% töövõime kaotus. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise eelpoolnimetatud isikutele tagab Sotsiaalkindlustusamet. (SHS, 2004). Rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused, kelle

põhimäärusjärgne ülesanne on osutada rehabilitatsiooniteenust ja kes on rehabilitatsiooniteenuse osutajana registreeritud majandustegevuse registris. (SHS, 2004). Teenuse osutamiseks peab asutus moodustama rehabilitatsioonimeeskonna (SHS, 2005).

1.5. Probleemi püstitus

Rehabilitatsiooni aluspõhimõtted on Eestis rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel olnud aastaid muutumatud ning keskkonna ja kogukonna tähtsust ei ole seejuures välja toodud.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamist kogukonna kontekstis on Eestis vähe uuritud. Eelpooltööd teoreetilisest ülevaatest leiab mitmeid näiteid selle kohta, kui oluline on kaasata rehabilitatsiooni protsessi erinevaid partnereid ja teha omavahel koostööd. Rehabilitatsiooniprotsessi on kaasatud lisaks inimesele ka tema lähedased ja kogukond.

Saadi (2013) toob välja, et Euroopa Komisjoni ekspertrühma poolt välja töötatud põhimõtete järgi on oluline töötada muuhulgas välja kvaliteetsed kogukonnapõhised teenused, millega saab asendada asutuses pakutavat hooldust. (*ibid*). Deinstitutionaliseerimise põhimõtte ja teenuste kogukonda suunamine on saanud oluliseks sotsiaalvaldkonnas. Rehabilitatsiooniteenust võib nimetada samuti üheks kogukonnapõhiseks teenuseks, mida tuleb arendada. Olemasolevad uuringud kinnitavad, et kvaliteetsete kogukonnapõhiste teenuste osutamisel eelistab enamik varem institutsionaliseeritud isikuid kogukonnas elamist, nende rahulolu ja sotsiaalse hõivatuse aste on suuremad ning ebakindluse ja üksindusega seotud probleeme on prognoositust vähem (Sotsiaalministeerium, 2014).

Eelkõige on aga rehabilitatsioon oluline, et puudega inimene oleks kaasatud ja tunneks end täisväärtusliku kodanikuna. Kõiki inimesi on vaja kodanikeks ja panustajateks. Eelpooltööd teoreetilisest ülevaatest on näha, et kogukonna kaasamine ja koostöö erinevate osapoolte vahel on väga olulised, kuid teadmata on, kuidas see tegelikult elus toimub. Sellest tulevalt on töö eesmärgiks välja selgitada, kuidas teevad Tartu maakonna rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd kogukonna erinevate partneritega.

Uurimisteema on osalt ajendatud ka isiklikust huvist ja kokkupuutest rehabilitatsioonivaldkonnaga, kus oman kogemust teenuse osutamisest väiksemas kogukonnas.

Lähtudes uurimuse eesmärgist püstitasin uurimisküsimused:

1. Kuidas mõistavad rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistid koostöö olemust?
2. Kellega teevad rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd ?
3. Kuidas toimub koostöö kliendi kogukonna erinevate partneritega?
4. Missuguseid takistusi esineb koostöö tegemisel kogukonna erinevate partneritega?

II METOODIKA

2.1. Meetod

Antud uurimustöö läbiviimiseks on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit. Meetodi valik lähtus uurimuse eesmärgist. Käesoleva magistritöö eesmärgiks on välja selgitada, kuidas teevad rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd kogukonna erinevate partneritega. Kvalitatiivne uurimisviis on sobiv, kui uuritakse mingisuguse protsessi toimimist (Flick, 2007)

Kaalusin andmekogumismeetodina erinevaid meetodeid, kuid uurimisküsimusi arvesse võttes osutus sobivaimaks meetodiks poolstruktureeritud intervjuu. Enamik erinevate uurimuste käigus läbi viidud intervjuudest on poolstruktureeritud, kuna see ühelt poolt võimaldab uurijal jääda teemade juurde, mis teda huvitavad ja samas jätab vastajale ruumi spontaanseteks kirjeldusteks (Brinkmann, 2008). Poolstruktureeritud intervjuu kasutamine võimaldas mul jääda mind huvitavate uurimistemade juurde, kuid samas võimaldas intervjuueeritavatel välja tuua olulisi teemasid, mida minu esitatud küsimused väga otseselt ei puudutanud.

2.2. Valim

Valimi koostamise hetkel (05.03.2015) oli Majandustegevuse registri (Majandustegevuse ..., 2015) järgi Tartumaal kokku 31 asutust, kellel oli tegevusluba rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks (Eestis on neid kokku 130). Kuna töö eesmärgist lähtuvalt soovisin teada rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide koostöö kogemuse kohta, siis pidasin oluliseks välistada valimist asutused, kellega oli Sotsiaalkindlustusamet halduslepingu sõlminud esimest korda alles käesoleval aastal.

Eestis pakutakse ja rahastatakse riiklikult rehabilitatsiooniteenuse osutamist 4-le sihtgrupile: puudega lapsed, puudega täisealised, psüühilise erivajadusega inimesed, kellele on määratud töövõime kaotus vähemalt 40 % ja alaealised õigusrikkujad (SHS, 2004). Selleks, et töö

kajastaks koostööd võimalikult laia sihtgrupi klientide osas, siis seadsin teiseks valimi kriteeriumiks, et asutus peab osutama teenust vähemalt 2-le sihtgrupile. Kuna töö puudutab puuetega inimeste rehabilitatsiooni, siis on oluline, et kaasatud oleks asutused, kes pakuvad puuetega inimestele rehabilitatsiooniteenust ja mitte arvestada ühe sihtgrupina alaealisi õigusrikkujaid.

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja aadress võib Majandustegevuseregistri järgi olla küll Tartumaal, kuid tegelik tegevuskoht võib olla teises maakonnas. Lähtuvalt töö eesmärgist seadsin kolmandaks kriteeriumiks, et asutus peab pakkuma rehabilitatsiooniteenust Tartumaal, mitte ei oleks üksnes registreeritud seal.

Lähtuvalt uurimuse eesmärgist, soovisin intervjuud läbi viia rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistidega, kes teevad koostööd kliendi kogukonna erinevate partneritega.

2.3. Uurimuse käik

Enne empiirilise uurimuse algust töötasin lähtudes magistritöö eesmärgist ning teoreetilistele teadmisele põhinedes välja uurimisküsimused ja intervjuu kava. Seejärel tegin ettevalmistusi valimi moodustamiseks. Selleks kasutasin Majandustegevuse registrit, kuna seal peavad kõik Eestis tegutsevad rehabilitatsiooniasutused registreeritud olema. Sain ülevaate Tartumaal tegutsevatest asutustest, kes omasid tegevusluba rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks.

Valimi kriteeriumitele (vt. p 3.2) vastavate asutustega võtsin ühendust telefoni teel. Telefoni teel sain ühendust 12 asutuse töötajaga. Selgitasin uurimuse eesmärki ning lähtuvalt sellest palusin vastajal suunata mind inimese juurde, kes antud meeskonnas on kõige sobivam vastama teemadel, mis puudutavad koostöö tegemist kliendi kogukonna erinevate partneritega. 5 neist vastasid, et on ise kõige sobivamad inimesed intervjuud andma. Ühe asutuse meeskonna koordinaator ütles, et meeskonnas oskaks kõige paremini rääkida antud teemal nii tema kui ka meeskonna sotsiaaltöötaja. Saigi kokku lepitud, et intervjuu toimub koos kahe sama meeskonna spetsialistiga. Seitsme asutuse töötajad suunasid mind teise sama meeskonna spetsialisti poole ja andsid mulle e-maili aadressi, mille kaudu mul on võimalik nendega ühendust saada. E-mailide vahetamisel sain nõusoleku 2 meeskonna spetsialistidelt.

Edasised kokkulepped intervjuude toimumisaegade selgitamiseks käisid telefoni ja e-maili teel.

Üks vastaja (kellega meeskonna koordinaator oli soovitanud ühendust võtta) ütles mulle esimese telefonivestluse käigus, et ei ole nõus intervjuud andma, kuna arwab, et ei oska mulle „õigeid vastuseid“ anda, kuna koostööd on vähe. Hiljem võttis ta minuga ise telefoni teel ühendust ning avaldas soovi intervjuuks, kuna mõistis, et ei ole olemas õigeid ja valesid vastuseid ja et mind kui uurijat huvitab tegelik elu.

Enne intervjuu algust selgitasin kõigile respondentidele veelkord enda uurimuse eesmärki ning palusin vastajate luba intervjuud salvestada. Kõik vastajad olid sellega nõus ning kõik intervjuud salvestasin diktofonile.

Uurimustöö raames viisin läbi 7 poolstruktureeritud intervjuud ajavahemikus 30.märts – 16.aprill 2015. Intervjueeritavaid oli kokku 8: üks intervjuu viidi läbi kahe sama meeskonna spetsialistiga. Intervjuu pikkused olid vahemikus 23. minutist kuni 44. minutini. Intervjuu aeg ja koht sai kokku lepitud lähtudes vastaja soovist. 4 intervjuud toimusid vastajate töökohtades rehabilitatsiooniasutuses, 1 intervjuu toimus vastaja põhitöökohas, mis ei olnud rehabilitatsiooniasutus, 1 intervjuu toimus TÜ raamatukogus. Ühel vastajal oli väga raske intervjuu jaoks oma tööajast aega leida, kuid samas oli ta huvitatud intervjuu andmisest ning tema soovil viidi intervjuu läbi telefoni teel, kui ta oli kodus.

Igasse uude intervjuusse sisenegin eelmise kogemusega ning nii täienes ka intervjuu kava. Näiteks kerkis ühe intervjuu käigus esile mõiste „rehabilitatsiooniturism“, mida ka järgmistes intervjuudes käsitlesin.

2.4. Eneserefleksioon ja eetiline aspekt

Puutun enda igapäevatöös kokku puuetega inimestega ning rehabilitatsiooniteenuse osutamiseiga. Antud tööalasel kogemusel selles valdkonnas võib olla antud tööle nii positiivne kui ka negatiivne mõju. Ühelt poolt on positiivne see, et uurimust tehes mõistsin paremini konteksti ning suutsin tänu sellele paremini aru saada intervjueeritavate vastustest ning mõistetest, mida nad kasutasid. Negatiivse poole pealt võis minu isiklik kogemus ning

kokkupuude mõjutada uurimuse läbiviimist ja andmete tõlgendamist. Samas olin enne uurimustöö tegemist endale seda teadvustanud ning uurimust läbi viies püüdsin olla võimalikult neutraalne. Intervjueeritavatele esitlesin end kui magistranti, kes viib antud teemal läbi uurimust ning ei toonud välja, et mul on isiklik tööalane kokkupuude antud valdkonnas. See aitas kaasa sellele, et vastajad kirjeldasid detailsemalt rehabilitatsioonivaldkonna igapäevatööd.

Uurimuses on tagatud intervjueeritavate anonüümsus – kasutatud ei ole ühegi asutuse ega vastaja nime. Anonüümsuse ja konfidentsiaalsusest räägiti intervjueeritavatele ka enne intervjuu algust.

2.5. Analüüsimeetod

Andmete analüüsimiseks on kasutatud kvalitatiivset sisuanalüüsi. Kvalitatiivne sisuanalüüs on klassikalisemaid viise intervjuude analüüsimisel. Erinevad sammud, mis on vajalikud kvalitatiivse sisuanalüüsi juures:

1. Uurimisküsimuste loomine
2. Materjali valimine
3. Kodeerimisraamistiku loomine
4. Andmete segmenteerimine
5. Kodeerimine
6. Hindamine ja kodeerimisraami sobitamine
7. Andmete analüüs
8. Tulemuste presenteerimine (Flick, 2014)

Kodeerimisraamistiku loomisel tuleb esmalt määratleda materjal, struktureerida ja luua kategooriad ning defineerida need, seejärel need läbi vaadata ja laiendada. Kodeerimisraamistik koosneb tavaliselt vähemalt ühest peakategooriast ja vähemalt kahest alamkategooriast. Peakategooriad puudutavad neid teemasid ja materjali, mille kohta uurija soovib kõige enam materjali ning alamkategooriad täpsustavad neid. Andmete struktureerimisel ja kategooriate loomisel on kaks viisi: kas kategooriad on tuletatud teooriatest ja varasematest teadmistest või need tuletatakse uurimuse käigus saadud

andmetest. Kuna kategooriate loomine tuginedes üksnes teooriale võib tähelepanuta jätta olulised andmed, mis on tulnud uurimuse käigus, siis on tavaliselt see kombineeritud andmetest tulenevate kategooriatega. Üks viis seda teha, on luua peakategooriad lähtuvalt teoriast ning alamteemad lähtuvalt saadud andmetest. (Flick, 2014)

2.6. Analüüsi käik

Andmete analüüsimiseks transkribeerisin salvestatud intervjuud täismahus. Esmalt töötasin välja kategooriad, tuginedes olemasolevatele teadmistele ja teooriale. Seejärel printisin välja kõik transkriptsioonid ning alustasin kodeerimisega. Andmete kodeerimise käigus kogusin kõik koodid kokku ning nendest tulenevalt lõin lisaks olemasolevatele kategooriatele andmetest tulnud kategooriad. Kodeerisin intervjuude transkriptsiooni vastavalt sisuanalüüsi meetodile ning lõin peakategooriad ning alamkategooriad.

Peakategooriateks olid:

- Koostöö mõistmine
- Koostöö erinevate osapooltega
- Takistused koostöös

Alamkategooriad on toodud analüüsi peatükis peakategooriate all. Analüüsi peatükis on toodud ka respondentide tsitaadid. Respondendid on tähistatud R tähe ning juhuslikus järjekorras valitud numbriga. Kuna ühes intervjuus osales kaks respondenti, siis vastajad on tähistatud lisanumbriga (*R:3-1 ja R:3-2*).

III ANALÜÜS

Järgnevalt annan ülevaate uurimistulemustest. Uurimuse käigus viisin läbi 7 intervjuud ning intervjuueeritavaid oli kokku 8. Palusin esmalt respondentidel öelda kaua nad on rehabilitatsioonis töötanud. Vastused varieerusid 1 aastast kuni 13 aastani. Palusin ka neil öelda, mis roll neil praegu meeskonnas on. Vastused selles osas olid erinevad. 5 intervjuueeritavat vastasid, et neil on meeskonnas täita meeskonna koordinaatori roll ning 3 vastasid, et nad on meeskonnas sotsiaaltöötajad.

3.1. Koostöö mõistmine

Käesolevas peatükis annan ülevaate respondentide arutlusest selgunud teemade kohta, mis puudutavad koostöö mõistmist. Kirjeldatud on neid aspekte, mida intervjuueeritavad pidasid oluliseks koostöö defineerimise juures. Välja on toodud ka intervjuueeritavate hinnangud koostöö olulisusele ja selle mõjule rehabilitatsioonis püstitatud eesmärkide saavutamisel. Intervjuudes kirjeldavad respondendid ka koostöö toimimist enda asutuse sees.

Erinevate juhtumite arutelude käigus toodi välja, missuguseid kommunikatsioonivahendeid kasutatakse koostöö tegemisel ja kui tihti on vajadust koostööd teha.

3.1.1. Koostöö defineerimine

Koostöö tähenduse üle arutledes tõid respondendid välja mitmeid aspekte, mida tähendab nende jaoks koostöö. Kirjeldati erinevaid juhtumeid, kus koostööd on tehtud ning kogu järgnev analüüs annab ka ülevaate sellest, mida respondendid koostööst rääkisid. Laiemalt vaadates, et mis see koostöö üldse on, toodi erinevaid kirjeldusi, kuid ühise joonena võib välja tuua, et see on töö tegemine mingi ühise eesmärgi nimel.

RI: „koostöö on mingisuguse eesmärgi nimel koos tegutsemine“

R5: „koostöö võrgustikuga ongi, no kuidas ma seda nüüd seletan, ongi jah selle ühise eesmärgi nimel töötamine“

Vastajad tõid välja ka, et koostööks võib nimetada ka informatsiooni vahetamist erinevate osapoolte vahel.

R4: „see koostöö, et tavaliselt on see infovahetus“

R3-2: „et tegelikult see koostöö mina leian ikkagi on see, et sa nendelt (KOV) saad nagu infot ja küsid, mis nüüd nagu on ja ja siis annad kliendile teada ja viid nagu kokku“

Toodi välja ka, et koostöö on kliendi heaolu jaoks ja probleemide lahendamiseks tehtav töö. Kui kliendil endal ei ole selleks ressursi, siis on rehabilitatsioonimeeskonna ülesanne suunata koostööd kogukonna erinevate liikmete vahel.

3.1.2. Koostöö olulisus ja mõju rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele

Järgnevalt toon välja teemad, mida respondendid pidasid oluliseks rääkides koostöö olulisusest ja mõjust rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele. Kui intervjuueeritavad rääkisid koostööst üldisemalt, siis pidasid nad seda tähtsaks.

R3-1: „Muidu rehabilitatsioon jääb hästi selliseks isoleerituks“

Üheks oluliseks koostöö väljundiks on info edastamine ja info saamine. Koostöö tegemist hinnatakse ka saadavate ressursside tõttu. Ressurssidena peetakse siin silmas formaalset ja mitteformaalset võrgustikku, kellega koostööd tehes saab kliente jõustada ja kaudselt motiveerida. Samas toodi välja, et koostöö vajadus sõltub konkreetsest kliendist ja vajadus seda teha võib olla väga erinev.

R1: „See on kindlasti oluline, ee info saamise koha pealt on see oluline, ressursside koha pealt on oluline /.../ tema lähedasi kaasatakse sellesse protsessi ja ja formaalse võrgustikuga me teeme koostööd siis kui see on vajalik ja me iga hinna eest alati ei hakka teavitama ja ja infot jagama ja nii edasi“

Toodi välja, et koostööd tehakse vähem iseseisvalt toimetulevamate inimeste võrgustikuga. Rehabilitatsioonikliendina kirjeldati mitmel juhul inimest, kes tuleb iseseisvalt väga hästi eluga toime.

R2: „see on iga inimese puhul individuaalne, et ütleme, et on selliseid, kelle puhul ei peagi võtma mingi võrgustikuga ühendust, kuna inimene on niivõrd toimekas, tubli, hakkaja, asjalik, adekvaatne /.../ ta tuleb ideaalselt toime /.../ pole siis mõtet hakata kuskilt poolt survestama või kedagi veel kaasama.“

Paaris intervjuus toodi välja, et kui inimesele osutatakse rehabilitatsiooni raames üksikteenust, nt füsioterapeudi teenust või koostatakse plaani, kus peamiseks vajaduseks on samuti füsioterapeudi teenus, siis ei ole vajalik koostööd teha.

R7: „kes on toimetulev, et umbes käsi ei liigu, et sellega ei ole nii palju juhendamist /.../see inimene, kes tuleb Väraska Sanatooriumisse sellepärast, et tal liigesed valutavad ja tal on puue, siis ei olegi vaja kogukonnaga suhelda, et ta saabki oma teenuse kätte ja ja tal on pooleks aastaks hea enesetunne ja on täisväärtuslik töötaja“

R4: „Kui on näha, et ta on enam-vähem toimetulev, vaja on plaani lihtsalt sellepärast, et ta tahab lihtsalt kuskil SPA-s füsioteraapiat saada, siis lihtsalt ei ole mõtet.“

Meeskondade spetsialistid tõid paaril juhul ka välja, et koostööd on vajalik teha ka siis, kui kliendil on olnud teise asutusega konfliktolukordi või arusaamatusi. Siis ollakse justkui sidusisikuks kliendi ja teise asutuse (tavaliselt on selleks kohalik omavalitsus) vahel. Koostöö on vajalik ka seetõttu, et luua inimese jaoks esmane kontakt asutusega, kuhu klient soovib pöörduda.

„R3-2: Ei saa öelda, et ei ole, ikka on vaja teatud põhjustel kellegiga kuhugi ühendust võtta, ka see kui inimene näiteks ei julge oma kohaliku omavalitsuse poole pöörduda /.../ et siis noh teed selle esimese sammu ära tema eest, et sellist nagu lobitööd, et siis tal on julgem uuesti pöörduda“

Palusin vastajatel hinnata, missugune mõju on erinevate kliendi jaoks oluliste inimeste või asutustega koostöö tegemisel rehabilitatsioonis püstitatud eesmärkide saavutamisele. Üldiselt leiti, et see avaldab positiivset mõju. Samas leiti ka, et see võib olla individuaalne

Üks respondent tõi välja, et seda mõju on väga raske hinnata, kuna tihti käivad kliendid teenusel 5-päevaste tsüklitena ning pärast seda ei pruugita teda enam nähagi. Siis on raske öelda, kas koostööl selle viie päeva jooksul oli mõju eesmärkide saavutamisele. Kui klient läheb aasta hiljem (kui tal on jälle õigus 5 päeva majutusega teenusel olla) samasse kohta teenusele, siis saab selle mõju hinnata. Siis selgub, mis toimis ja mis mitte ning kas on uusi takistusi, mille kõrvaldamiseks tuleb koostööd teha. Sama teema tõstatasid ka ühe teise meeskonna spetsialistid.

Koostöö olulisusest rääkides toodi ka välja, et see on vajalik, kuna erinevad asutused, kellega inimene kokku puutub, võivad tegutseda erinevatel eesmärkidel, sest neile kättesaadav info võib olla erinev. Koostöö tegemine aitab saada kliendi suhtes adekvaatsema ülevaate ja seada realistlikemaid rehabilitatsiooni eesmärke. „*Elukohaprobleemide puhul on väga raske seda lahendada ilma omavalitsuse mingisuguse abita*“ (R4).

Toodi välja ka, et mõju seisneb ka selles, et inimestel on raskusi rehabilitatsiooniplaaniga iseseisvalt teenuseid saada ja mõnel juhul võivad teenusel kättesaamatuks jääda.

R3-1: „oletame, et laps tuleb, me koostame talle plaani ära, puue talle määratakse, aga kõik need teenused, mida ta ju tegelikult vajab, et selle erivajadusega paremini toime tulla, kas selle psühholoogi perenõustamisel, või kas tal on vaja seal tallatugesid. Et see võibki ju tegelikult siin lõppeda, kui seda koostöö komponenti ei puuduta“

3.1.3. Koostöö meeskonnas

Koostöö valdkonna paremaks mõistmiseks palusin respondentidel rääkida, kuidas toimub ja on koostöö korraldatud meeskonna sees. Arutledes meeskonnasisesest koostööst selgus, et eristada võib ühelt poolt suhtlust meeskonnaliikmete vahel ning infovahetust meeskonnaliikmete töökorralduse teema ja teiselt poolt sisulisi meeskonna nõupidamisi ja arutelusid, kus tehakse tööd kliendi juhtumiga seotud situatsioonide lahendamisel.

Kõik vastajad tõi välja ning andsid hinnangu, et meeskonnatöö nende asutuses on toimiv. Toodi näiteid iganädalaste meeskonnakoosolekute ning kolleegide vaheliste heade suhete kohta. Üks respondent tõi välja, et meeskonnakohtumised on muutunud ajamahukateks ja tema hinnangul liiga sagedasteks.

R4: „meeskonnatööd on meil vahest isegi liiga palju. Meeskonnatööd algavad sellest, et meil on lihtsalt niisama mingid korralduslikud meeskonnatööd, siis kui on mingit uut infot meil osakonnajuhatajal, siis meil tegelikult iga hommik toimuvad sellised väiksed meeskonnatööd. Esialgu lubati, et need kestavad 5-10 minutit, aga lõppkokkuvõttes hakkasid need kestma pool tundi“

Intervjueeritavad tõid välja, et meeskondades toimuvad kliendijuhtumite arutlemiseks regulaarsed meeskonnakoosolekud, kus reeglina räägitakse erinevatest kliendi juhtumitest. Antakse ülevaade, mis seisus juhtum on: mida on tehtud, mis on praeguseks saavutatud ja mida tuleks veel teha. Arutatakse ka seda, kellega tuleks väljaspool enda asutust ühendust võtta.

Üldjuhul võtavad meeskonna koosolekutest ja meeskonnatöödest osa oma asutuse spetsialistid. Harvemal juhul on kaasatud meeskonnatöösse teisi partnereid, ainult üks asutus tõi välja, et nendesse koosviibimistesse on pidevalt kaasatud ka teised teenuse osutajad (üldjuhul erihoolekandeteenuste osutajad), aga see on ajendatud ka sellest, et tööd tehakse samas majas.

Paaril juhul öeldi, et meeskonna koosolekud ei toimu regulaarselt, vaid vastavalt vajadusele. Vajadus tuleneb konkreetsest kliendist. Nagu ka eelpool sai välja toodud, et koostööd tehakse vähem, kui tegemist on toimetulevama inimesega või kui osutatakse üksikteenust, siis samad põhimõtted kehtivad ka meeskonnatöös. Kõikide asutuste töötajad, ka need kus on meeskonnatöö rohkem reguleeritud ja need, kus ei ole see täpselt korraldatud, tõid välja, et iga spetsialist pöördub vajaduse ilmnemisel koheselt kas teise spetsialisti juurde või avaldab soovi meeskonna koosolekuks.

R7: „Põhimõtteliselt on kommunikatsioon ka see, et sa saad koridori peal teise spetsialistiga kokku ja korraks räägidki, et mis siis toimub“

Üks respondent tõi välja, et kindlat meeskonnatöö tegemise vormi ei ole, kuna meeskonnas tuntakse üksteist juba aastaid ja võidakse igal ajal teineteisega konsulteerida.

R2: „et ega me selles suhtes on väga hea läbisaamine, me võime õhtul üksteisele helistada, /.../ kui tööpäev või tööaeg on läbi või näiteks laupäeval päeval. Meil on nagu kokku

lepitud selline teema, et kui me saame ikka üksteisega nii hästi läbi - , nii kaua oleme koos olnud, et see meeskond sulandub nagu ühte“

Samas toodi ka välja, et kuna meeskond on kaua koos töötanud, siis ollakse piisavalt pädevad ja kui klient teenusele tuleb, siis osatakse juba täpselt hinnata klienti ja koheselt saadakse aru, kus kliendil mingi vajadus on.

3.1.3.1. Meeskonnatöö koordinaator

Intervjuudest tuli välja, et koordinaatori/juhtumikorraldaja ülesanne meeskondades on tegeleda kliendi juhtumi lahendamisega seotud suhtlusega väljaspool asutust. Ja nagu varasemaltki öeldud, tehakse seda vastavalt vajaduse ilmnemisele. Koordinaatorist rääkides peetakse siin silmas spetsialisti, kes juhib kliendi juhtumit.

R1: „, Meil on igal kliendijuhtumil oma koordinaator. Koordinaator on see, kes siis nõ meeskonnatööd või aruteldud teatud etapi lõpus algatab“

Mitmel korral öeldi, et neid nimetatakse meeskonnas juhtumikorraldajateks. Erinevates meeskondades on selleks erinevad inimesed. Mõnes meeskonnas on selleks kindlaks määratud isikud, reeglina sotsiaaltöötajad. Juhtumi koordinaatori valimisel lähtutakse ka sellest, missugused on kliendi peamised vajadused.

R4: „- kui on somaatilised probleemid, siis me määrame füsioterapeudi /.../ või kui ta on eestkostetav, siis tavaliselt antakse need sotsiaaltöötajatele. Kui on mingisuguse erivajadusega, vaimupuue näiteks, intellekti puue, siis eripedagoog tegeleb temaga. Igasuguste sotsiaalsete probleemidega nagu töö, elamine, millega tegevusi on palju, siis tavaliselt antakse sotsiaaltöötajatele.

Koordinaatori valimine sõltub ka sellest, missugused on kliendi eesmärk ja soovid. Toodi välja, et kui klient tuleb asutusse sooviga ainult rehabilitatsiooniplaan saada, et siis juba mõnda teise välja valitud asutusse teenusele minna, siis lähtutakse sellest, kes on võimeline rehabilitatsiooniplaani kokku kirjutama.

R1: Osad kliendid on sellised, kelle eesmärgiks ongi ainult plaani koostamine, seal me üldiselt jagame ära nende noh kliendid isegi võrdselt nende meeskonnaliikmete vahel, kes

tänasel päeval on võimelised seda plaani kokku tervikuna kirjutama /.../ see plaani kokku kirjutamine on läinud suhteliselt keeruliseks“

Kõikides meeskondades ei ole kindlat juhtumikorraldajat, kes muuhulgas ka suhtlust väljapoole asutust korraldaks ning koordineerimise kohustus on roteeruv. Pigem on see siis spetsialistipõhine. Kui mõni spetsialist näeb vajadust, siis ta suhtleb ise selle osapoolega, kellega vaja. Seejuures toodi välja, et kliendiga vahetult tegeleval spetsialistil on kõige objektiivsem info ja ta oskab kõige täpsemalt võrgustikuliikmelt soovitud infot küsida või mõnda teemat arutada. Üks vastajast tõi välja, et on olnud olukordi, kus sama meeskonna erinevad spetsialistid on sama kliendi mingi olulise teemaga pöördunud mõne võrgustikuliikme poole teadmata, et teine seda teeb. Aga see on pigem harv nähtus. Teine vastaja tõi välja, et selline olukord on välistatud, kuna igal meeskonnaliikmel on oma spetsialiteet ja töö on erinev ning kattuvusi ja teineteise töö dubleerimist ei saa olla.

3.1.4. Kommunikatsioonivahendid

Erinevate juhtumite kirjeldamisel ja arutelude käigus toodi välja ka, kuidas toimub kommunikatsioon ja mis vahendeid selleks kasutatakse. Koostöö tegemisel kasutatakse mitmeid erinevaid kommunikatsiooni võimalusi. Kõik vastajad tõid välja, et erinevate asutuste ja kliendi lähedastega suheldakse telefoni ja meilide vahetamise teel.

R1: „See koostöö on puhtalt korralduslik küsimus ju /.../ sa võid ju koostööd, meeskonnatööd, arutelusid, kokkuleppeid teha ka Skype'i teel kustahes maailma otsas,“

R2: „Meil on praegu üldse infoajastu, kõikvõimalike telefoni teel ja meilide teel. Ühesõnaga: kogu aeg käib meil infovahetus /.../ kui on mingi probleem, siis tuleb võtta ühendust, noh tavaliselt võetakse telefoni teel, helistatakse küsitakse“

Vahetuid kokkusaamisi on vähem ja kui seda tehakse, siis tavaliselt kliendi lähedastega, teiste asutuste töötajatega toimuvad need väga harva.

R3-2: „Et sellist nii-öelda meeskonnatööd siin minu toas ja ma kutsun kokku ja.. käib see suhtlemine ikka meilitsi ja telefonitsi /.../ kohapeale ei ole kokku kutsunud küll /.../ ütleme

niimoodi, et siamaani on need sellised kaudsed meeskonnatööd. Ta ei ole jah selline kohapeal kokku saamine. Noh ainult perekond ütleme: klient ja tema perekond.“

Mitmel juhul toodi välja, et kui inimesed teenusele tulevad, siis tavaliselt koos saatjaga. Eriti on see nii nende asutuste puhul, kes pakuvad majutusteenust ning kus kliendid viibivad 5-päevaste tsüklitena. Sellistel juhtudel saadakse saatjatega suhelda vahetult. Üks vastaja tõi välja, et kui 5 päeva jooksul, mil klient teenusel viibib selgub, et mingeid nüansse või soovitusi on vaja lähedasega arutada, siis tehakse seda päeval, mil saatja kliendile järgi tuleb reabilitatsiooniteenuse lõppedes.

Ühel juhul toodi välja, et spetsialistid suhtlevad väljaspool asutustkoostööpartneritega läbi oma asutuse sekretäri.

R6: „kui on psüühilise erivajadusega inimene ja kui psühhiaater leiab, et on vajadus kellegagi ühendust võtta, siis ta teeb seda kas ise või siis läbi sekretäri“

Palusin respondentidel vastata, kas koostööd tehakse info vahetamise eesmärgil või toimub ka sisulist kliendi juhtumite arutelu. Vastati, et seda tehakse nii info vahetamiseks kui ka konkreetse juhtumi lahendamiseks, kuid läbi intervjuude selgus, et pigem võetakse mõne kliendi jaoks olulise lähedase või asutusega ühendust just informatsiooni saamise eesmärgil. Seda eriti siis, kui koostatakse rehabilitatsiooniplaani

R3-1: „minu arvates on ühte ja teist. /.../ Aga ma arvan, et suures osas on see ikkagi kohaliku omavalituse võimalustega tutvumine ja kliendi ja kohaliku omavalitsuse vahel olla siis sidusisikuks“.

Mitmel korral tuli välja, et rehabilitatsioonimeeskonna töötaja on sidusisikuks või lepitajaks kliendi ja teise osapoole (reeglina kohalik omavalitsus) vahel. Selleks on mitmeid põhjuseid: klient kas ei ole varem pöördunud enda kohaliku omavalitsuse sotsiaalosakonda ja ta on kartlik; tal on varasemast kokkupuutest negatiivne kogemus või on olnud suhtlemisel arusaamatusi ja konflikte.

R3-2: „võib-olla vahest on selline lepitamine või kuidagi, et inimene ei oska, kuidagi on halvasti ennast väljendanud ja see spetsialist seal kohapeal ei ole temast päris õieti aru saanud või on mingi teineteisest möödarääkimine olnud.“

Üks vastaja tõi välja, et tal peavad olema ka läbirääkija oskused, eriti kui on kliendil elukohaprobleemid ning kohalikust omavalitsusest ei taheta kliendile sotsiaaleluruumi anda. Selleks on kohalikku omavalitsusse ka kohale sõidetud.

3.1.5. Koostöö vajadus

Kuna vastajad tõi välja, et koostööd erinevate osapooltega tehakse vastavalt vajadusele ja lähtuvalt kliendi iseseisvusest, siis palusin välja tuua ja hinnata, kui suur see vajadus on olnud. Respondentide vastustest selgub, et võimalik on eristada erinevaid dimensioone. Ühelt poolt see, kui sageli üldse tuleb ette koostööd ja teisalt see, kui sügavuti ja sisuliselt seda tehakse. Koostöö sagedusest rääkides olid vastused erinevad: osad intervjuueeritavad tõi välja, et seda tehakse pea iga juhtumi puhul.

R4: „no tegelikult on praktiliselt iga juhtumi puhul, kas siis lähedaste, omavalituse või siis teiste teenuste pakkujatega, sõltub sellest, mida sel inimesel vaja on“.

R1: „niikuinii teeme päevast päeva koostööd KOV sotsiaalosakonnaga, psühhiaatritega.“

Teisalt öeldi, et koostööd tehakse harvadel juhtudel ja seda eriti siis kui kliendiks on iseseisvalt toimetulevam inimene.

R5: „mõne kliendiga ei ole üldse /.../ kes on ise hästi aktiivne ja ja , kes ei vaja nagu selles suhtes seda võrgustiku abi ja tuge“.

Koostöö sügavus sõltub kliendijuhtumi raskusest. Sisulisemat koostööd nõudvaid juhtumeid tuleb ette harvem.

R1: „võib-olla kui on ütleme, et päris sellist laiapõhjalist võrgustikutööd, kus on kohaliku omavalitsuse erinevate tasandite sotsiaaltöötajatega töötame ja et noh seda on võib-olla kuskil 15-20%.“

R6: „ütleks, et pigem tavaolukorrad ei ole, aga siis kui on mingid eriolukorrad, aga palju seda on) ma ütlen praegu umbes, et 30 % on vaja.“

Palusin selgitada, mida eriolukordade all vastaja mõtleb ning ta tõi välja, et need on olukorrad, kus klientideks on lapsed või psüühilise erivajadusega inimesed. Need on kaks sihtgruppi neljast, kellel on õigus riigi poolt rahastavale rehabilitatsiooniteenusele.

3.2. Koostöö erinevate osapooltega

Käesolevas peatükis on toodud ülevaade partneritest, kellega rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid oma igapäevatööd tehes koostööd teevad. Lähemalt on käsitletud koostöö tegemist lähedastega, töandjatega ja teiste rehabilitatsiooniasutustega. Välja on toodud ka respondentide arvamused keskkonnatingimuste olulisuse ja kogukonna kaasamise teemade kohta. Eraldi leiab käsitlemist ühes intervjuus toodud mõiste „rehabilitatsiooniturism“, mis käsitleb rehabilitatsiooni kui ühte võimalikku puhkamise ja lõõgastumise viisi.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise käigus tehakse koostööd erinevate osapooltega. Intervjuude käigus erinevate juhtumite kirjeldamisel tuli välja, et kõige enam tehakse koostööd kliendi pere ja lähedastega ning asutustest mainiti kõige enam kohalikku omavalitsust.

R7: „meil on hästi palju kohalike omavalitsustega koostööd“

Kohaliku omavalitsusega tehakse koostööd mitmel põhjusel: vahetatakse informatsiooni ning vahendatakse kliendile kohalikke teenuseid. Mitmes intervjuus tuli välja, et kohaliku omavalitsusega võetakse ühendust, kui nähakse mingi teenuse vajadust: kui klient vajab hooldust, tugiisiku või sotsiaaleluruumi teenust. On pöördutud ka olemasoleva teenuse sisu täpsustamiseks.

R4: „kui tegemist on elukoha probleemidega, et kui ta tahab näiteks taotleda mingisugust eluaset /.../ siis pöördume omavalituse poole, arutame siis olukorda, et millised variandid on võimalikud ja kas näiteks on võimalik neil inimesele pakkuda sotsiaalmajutust või sotsiaalkorterit“

Koostöö tegemist erinevate tervishoiuasutuste töötajatega toodi samuti pea kõigis intervjuudes välja.

R3-2: „Tegelikult see klientuur on ikkagi selline, et neil on ju igasuguseid tervisehädasid“

Kuigi meeskonnas on reeglina ka arst, siis on olukordi, kus on vajalik informatsiooni täpsustamiseks ja kliendi edaspidise elu (nt hooldusvajaduse) arutlemiseks ühendust võtta kliendi perearsti või psühhiaatriga. Perearstiga võetakse ühendust ka taastusravi või abivahendi vajaduse ilmnemisel.

R1: „mingil määral on siis ka tervishoiutöötajate võrgustikku või psühhiaatrilise eriarsti abi esindajatega koostööd teha“

Kuna tihti tulevad kliendid rehabilitatsiooniteenusele mõnest hooldusasutusest, siis oluliseks peeti ka koostööd hoolekandeesutustega, eriti just erihoolekandeteenuste osutajatega. Kuna erihoolekandeteenusele suunamiseks on üldjuhul vajalik rehabilitatsioonimeeskonna hinnangut (rehabilitatsiooniplaani) teenuse vajaduse osas, siis see on ka üks suuremaid koostöö tegemise põhjusteks.

R5: „Meil on isegi väga suur protsent on isegi Ida-Virumaalt, just psüühilise erivajadusega kliente, et nad käivad nendest ee sotsiaalmajadest, sotsiaalkeskustest, et põhimõtteliselt saadetaksegi nad niimoodi siia, et see koordinaator või juht, kes seal on, otab neile põhimõtteliselt bussipileti ja paneb nad bussi peale. Et nendega käib küll hästi tihe telefoni teel käib koostöö. Kuna need kliendid tihtipeale ise ei oskagi nagu selgitadagi enda olukorda või midagi, siis me uurimegi sealt järgi.“

Haridusasutustega tehakse samuti koostööd. Koostöö vajadus tekib vastajate sõnul reeglina siis, kui laps/noor ei taha koolikohutust täita või kui kool on juba varasemalt pooleli jäänud ning nüüd otsitakse võimalust haridustee jätkamiseks.

R2: „ta ei tahtnud koolis käia, koolikohutust täita, oli depressiivne. Siis sai kooliga koostööd tehtud, vanematega koostööd tehtud“.

Enam tuli esile just kutsekoolidega koostöö tegemine. Asutustest toodi esile Tartu Kutsehariduskeskust ja Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskust.

R1: „sellised kliendid, kes on õppinud näiteks kutsehariduskoolis, siis sellisel juhul oleme võtnud nendega ühendust ja oleme nendega läbi rääkinud need probleemid“

R2: „Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, et talle sobib see väga hästi. Siis ma võtsin kontakti, andsin talle, siis võtsin Astanguga ühendust: uurisin, täpsustasin, kuidas talle sobib“

Teenuse osutamiseks on vajalik koostöö ka Sotsiaalkindlustusametiga, kes sõlmib rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks asutustega halduslepinguid ning väljastab klientidele suunamiskirju rehabilitatsiooniteenuse saamiseks.

R5: „Sotsiaalkindlustusametiga ka teeme tihedat koostööd, et kuna nemad rahastavad seda teenust, siis igasuguste probleemide ja asjade puhul nagu, alates suunamiskirjast ja lõpetades plaani mingite erinevate osade pealt, kuidas mida teha“

Kuigi reeglina toimub koostöö ja info vahetamine rehabilitatsiooniasutuse enda initsiatiivil, siis toodi välja, et on juhtumeid, kus kohalik omavalitsus või hoolekandetasutus võtavad ise rehabilitatsiooniasutusega ühendust, et arutada kliendi juhtumeid. Tihti võetakse asutuste poolt ühendust ka kliendi teenusele registreerimise eesmärgil ja aidatakse korraldada transport teenusele jõudmiseks. Üks vastaja tõi välja, et kliendi järjekorda saamise eesmärgil (kas siis plaani koostamiseks või teenuse saamiseks) on ühendust võtnud erinevad puuetega inimeste MTÜ-d, kes enda liikmetele teenuse kohta otsivad.

3.2.1. Koostöö lähedastega ja nende kaasamine

Lähedaste kaasamist rehabilitatsiooniprotsessi peeti väga oluliseks. Esmalt tuleb selgitada, kes on kliendi jaoks olulised isikud ehk oluliseks ressursiks. Kui kliendile on juba varem koostatud rehabilitatsiooniplaan, siis üldjuhul on inimese jaoks olulised isikud ka seal märgitud. Kui ei ole, siis selgitatakse see vestluse käigus välja. Kui peetakse vajalikuks lähedasi kaasata, siis küsitakse selleks ka kliendi nõusolekut ja tavaliselt on klient see, kes vajalikud kontaktid töötajale annab.

R4: „uurin mis lähedased on, olulised lähedased, küsin kliendilt, et kas tohib infot küsida selle inimese käest või hoopis ta ise pakub, et ma helistaks. Siis ma helistan tavaliselt, räägin, kes mina olen ja helistan sellise inimese suhtes /.../ siis ma räägin natuke tausta, et mispärast see inimene meie juures on ja siis küsin neid küsimus, mis meil tekkinud on. Siis kui me

tahame uurida, et missugune on selle inimese tegelik toimetulek, missugused probleemid temal on, mis temal endal ettepanekud on, mis võiks teha, selliseid asju uurime“

Intervjuudest tuli välja, et mõnel inimesel on nii suur kõrvalabi vajadus, et ta ei suuda üksi kodust väljagi tulla ja tal on saatja. Sel juhul ei oleks mõeldav, et seda saatjat ei kaasata. Kui inimesel on kohtu poolt määratud eestkostja, siis tuleb alati kindlasti ka tema protsessi kaasata. „Eestkostjaid me kaasame niikuinii“ (R1) See on vajalik ka dokumentide vormistamise ja allkirjastamise juures.

Uuris inimesi respondentidelt, kuidas meeskonnad kaasavad inimese lähedasi. Tavaliselt seda tehakse siis, kui inimene tuleb teenusele koos saatjaga. Siis arutatakse saatjaga samuti inimese toimetulekut. Teiseks sagedaseks variandiks on helistamine.

R3-2: „tihtilugu on see ikkagi nii, et nad tulevad kellegiga ja lähevad kellegiga. Et nad ju tuuakse ja viiakse. Et on see esmane, esimesel päeval ja viimasel päeval ja kui vajadus on, siis saab lihtsalt helistada.“

Oluliseks peeti pereliikmete kaasamist ka seetõttu, et arutada kliendi võimalikku toimetulekut pärast rehabilitatsiooniteenuselt koju jõudmist. See tuli teemana välja just siis, kui inimene on tsükliks teenusel viibinud.

R2: „kui on mingi probleem, siis tuleb võtta ühendust, noh tavaliselt võetakse telefoni teel, helistatakse küsitakse, et noh meil siis rehabilitatsiooniteenusel viibib see ja see isik, et noh võib-olla me abistaksime koos, mitte mingisugusel käskivas kõneviisil, aga ikkagi see, et meil oleks vaja teda abistada, et meie juures rehabilitatsioon lõppeb, aga ta tuleb näiteks koju, et äkki te jälgite, vaatate“

Lisaks toodi välja, et kuna tihti on rehabilitatsiooni klientidel madal motivatsioon, siis on lähedased oluline ressurss kliendi motiveerimise juures

R2: „Näiteks kui siin on tehtud füsioterapeudi poolt individuaalne võimlemiskava, noh tal on vaja teatud asju, et mida ta peab nagu igapäevaselt tegema ja võib-olla on see, et see klient ei ole nii palju motiveeritud, et ta teeks seda igapäevaselt, siis on füsioterapeut võtnud ühendust pereliikmega näiteks, et teete koos või jälgite või proovite teda kuidagi motiveerida“

Üks vastajatest tõi välja, et laste puhul on lähedaste kaasamine kergem, kui täiskasvanute puhul. Lähedasi kaasates on kokku puutunud olukorraga, kus pere ütleb, et see on inimese probleem, mitte pere oma. Ühe asutuse inimesed kirjeldasid olukordi, kus nad on kokku puutunud suhtumisega, et pere toob enda puudega lähedase teenusele, et ta „*lihtsalt kuhugi viieks päevaks ära panna.*“ Huvi ja motivatsioon olukorda parandada on madal. Siiski on püütud lähedasi motiveerida ka perenõustamistele tulema.

3.2.2. Koostöö teiste rehabilitatsiooniasutustega

Soovisin teada saada, kui palju teevad asutused koostööd teiste rehabilitatsiooniasutustega. Valdavalt toodi välja, et seda tehakse suhteliselt harva ja kui seda tehakse, siis üldiselt on see pigem formaalne ja vähem sisuline. Omavahel on asutused suhelnud siis, kui klient soovib kas tulla ühest asutusest teenuselt üle või vastupidi: klient soovib teise asutusse minna. Siis aidatakse vajalikud dokumendid vormistada ning teise asutusse järjekorda registreerida. Samas tuuakse välja, et ka nendel juhtudel ei võeta alati teise asutusega ühendust. Kui inimesel on rehabilitatsiooniplaan ja mõni muu dokument, siis saab sealt vajaliku info ja sisulise poole pealt ei ole vajadust ühendust võtta.

R1: „Üldiselt ei tee väga palju koostööd“

Teise rehabilitatsiooniasutuse poole on klient suunatud ka siis, kui selgub, et enda asutuses ei ole võimalik pakkuda seda teenust, mida klient vajab.

R6: „kui meil ei ole mingit teenust, et kui inimene näiteks soovib kolme teenust korraga ja meil hetkel tegevusterapeudi teenusega, et tal ei ole hetkel nagu vabu aegu, aga kui inimene vajab logopeedi, tegevusterapeuti ja psühholoogi, siis me aitame otsida kohta kus ta saaks seda. Seda koostööd on, aga ta on pigem selline kliendi vajadusest sõltuv ja ta ei ole selline nõ ametlik koostöö, et otsime siis sobivama koha talle.“

Kui rehabilitatsiooniteenus on ühes asutuses lõppenud ja klient on läinud teenusele teise asutusse, siis edasist suhtlust kliendi juhtumi arutlemiseks ei toimu. Ühe põhjusena toovad respondendid välja, et see ei ole tasustatud töö. Kui teenus on ametlikult lõpetatud (mis on eelduseks, kui inimene soovib teise asutusse minna), siis hiljem tehtava töö eest Sotsiaalkindlustusamet tasu ei maksa.

RI: „Meie jaoks lõpeb see töö sealt ära, kus ta meie juures teenuse ära lõpetab ja meie oma kokkuvõtva hinnangu anname. Selles mõttes oma kokkuvõtva hinnangu ja rehabilitatsiooniplaaniga saab minna teise asutusse ja ma usun, et meil need asjad on niimoodi vormistatud, et seal on ka piisavalt palju infot. Aga sellist suulist infovahetust enam ei toimu meie jaoks ka. Me oleme ka eraettevõtte, siis ma loen, et selline asi on töö, aga kui selle eest ma tasu ei saa, siis ma ei tee seda tööd enam rohkem /.../ igaüks teeb oma asja“

Üks vastajatest tõi välja, et temaga on teisest asutusest võetud ühendust seetõttu, et „hoiatada“ teda kliendi eest, kellega on eelmises asutuses probleeme olnud ja ei ole kokku lepitud ajal teenusele tulnud.

3.2.3. Koostöö tööandjatega

Palusin respondentidel rääkida tööandjate kaasamisest ja nendega koostöö tegemisest. Sel teemal räägiti pigem ettevaatusega ja tagasihoidlikult. Üks vastaja tõi samas välja, et rehabilitatsiooni kliendid kuuluvad tööturul pigem haavatavate riskirühma ja koostööst tööandjaga ei saa rääkida, et see võiks olla ressurss või kasulik inimesele ja tööandjale. Samas kui see on nõ õrn teema, siis võiks pigem arvata, et see valdkond on oluline, millega tegeleda. Kokkuvõtvalt võib öelda, et koostööd tööandjatega tehakse kas väga vähe või ei tehta üldse.

R2: „tööandjatega minul otseselt ei ole kogemust olnud“.

RI: „töökohaga ka mõndadel sellistel üksikutel juhtudel, aga mitte nagu me igal juhul ei tungi sinna“

Toodi välja erinevaid põhjuseid, miks ei ole koostööd tööandjatega tehtud. Peamiseks põhjuseks toodi asjaolu, et respondendid ei ole selleks lihtsalt vajadust näinud. Ühelt poolt seetõttu, et paljud teenusel käivad kliendid on töötud ning puudub töösuhe ja tööandja, kellega koostööd teha. Intervjuudest tuleb välja, et klient on töötu, siis puudub koostöö tegemise koht tööandjatega. Samas kui kliendil on töö ja kui sellega seoses on kliendil mingi vajadus, siis minnakse seda teed, et motiveeritakse ja nõustatakse klienti, et ta ise selle olukorra lahendaks ja enda vajadustest tööandjale räägiks. Sama põhimõtte kehtib ka siis, kui inimesel ei ole tööd. Siis pigem motiveeritakse teda tööd otsima ja leidma. Üks vastajatest

tõid välja, et tööealise kliendi puhul ta alati nõustab inimest töölepinguseadusest tulenevatest õigustest ja kohustustest.

Vastustest selgus, et tihti ei ole tööle saamise juures probleemiks üldse see, et tööandjad ei sooviks puudega inimest tööle võtta, vaid puudega inimesed ise ei ole valmis tööle minema, nad on alamotiveeritud.

Mitu intervjuueeritavat tõi välja, et tööhõive küsimuste korral suunatakse klient teisele teenusele. Kas siis töötamise toetamise teenusele (mis on erihoolekandeteenus ja osutatakse psüühilise erivajadusega inimestele) või Töötukassa teenustele.

R4: ütlen ausalt, et tööandjatega me tegeleme suhteliselt vähe, sest sellisel eesmärgil me saadame tavaliselt töötamise toetamise teenusele ja juba nemad tegelevad, sellepärast, et jah tavaliselt meie anname mingisuguseid soovitusi ja nemad siis nendest soovitustest lähtuvalt teevad oma tööd, osutavad oma teenust, selline rollide jaotus.“

Üks respondent tõi välja, et kui kliendil on soov tööd leida, siis soovitatakse tal pöörduda Töötukassasse. Lähtutakse põhimõttest: „See on tema enda vaba valik, kas ta läheb sinna või ei lähe“ (R6). Enne inimese eeldatavat pöördumist Töötukassasse asutus eelnevat kontakti Töötukassaga ei loo.

Ühe põhjusena, miks tööandjatega koostööd ei tehta toodi asjaolu, et kliendid ise ei soovi, et tööandjaid kaasataks, kuna neil on hirm tööandja reaktsiooni ees, kui saadakse teada, et tal mingisugune probleem või vajadus on.

R1: „kui ta tunneb, et ta töö juures mingisuguste olukordadega ei saa hakkama, siis ta pigem ei soovi, et me nüüd võtaksime ühendust tema tööandjaga, kuna ta tunneb, et ta tunneb, et see on üks risk, kuidas tööandja võiks temast pigem nagu nii-öelda noh loobuda“

Kuna vastajad tõi välja, et nende meeskonnas tehakse vähe koostööd tööandjatega, siis tundsin huvi, et kes siis vastajate arvates peaks tööandjatega tegelema. Mitmel juhul toodi välja, et selleks võiks olla Töötukassa ja mingil määral võiks sellega siiski ka rehabilitatsioon. Tööandjate kaasamise teemal oli ka suurt umbusku.

R1: „Ma ei tea, kes sellega võiks tegeleda. Igal juhul, ma arvan, et senikaua, kuni see Eesti majandustase on selline nagu ta on, ma ei usu, et ta leiab sellist ülilaiat kõlapinda.

Sellepärast, et /.../ see on tööandjate jaoks kulu, et see tulu, mis see tööandja saab, et see ajakulu, mis sellega seondub, ei pruugi olla tööandja jaoks, ütleme siis, et tulu majanduslikus vääringus. Tavapäraselt on tegemist suhteliselt madalapalgaliste inimestega, kes teevad sellist lihtsamat tööd, need inimesed, eks rehabilitatsioonile enamasti satuvad, nt psüühikahäirete valdkonnas /.../ et me ootaksime seda, et need tööandjad oleks valmis panustama sellesse rehabilitatsiooniprotsessi ja toetamise protsessi, siis noh see ei ole nagu majanduslikult otstarbekas neile ma usun, et väga aktiivselt ma ei usu, et nad tuleksid sellega kaasa. Võib-olla kui on mõni selline asutus, kes on spetsialiseerunud sellele, et aga noh ma kujutan ette seda, et üks eraettevõtja, kellel näiteks no töötab u 30 inimest kuskil ma ei tea, puidutsehhis näiteks, et on üks mees, kes näiteks teeb tal mingisugust asja no ma ei tea, lööb kaste kokku või löikab mingisuguseid asju, et ta tema pärast peaks osalema mingitel meeskonnatöödel või käima mingitel nõustamistel või teraapiates, see ei ole eraettevõtja jaoks majanduslikult kahjuks noh kasulik, ta peab nagu võitlema selle eest, et ta jääks elama.“

Tööhõiveteemadel rääkides olid intervjueeritavad seoses töövõimereformiga äraootaval seisukohal.

R3-2: „me nüüd ootamegi, et mis sellest uuest süsteemist saab, kui see läbi Töötukassa hakkab käima“

Pigem oodatakse, et suurem osakaal tööandjatega tegelemisel jääb Töötukassale ja rehabilitatsioonil jääb roll inimene rehabiliteerida, et ta soovitud töökohal saaks tööd teha. Rehabilitatsioonil nähakse ka rolli siis, kui vajadus oleks tegeleda töökoha kohandamisega.

3.2.4. Koostöö kliendi algatusel

Palusin intervjueeritavatel tuua näiteid, kus koostööd on tehtud kliendi algatusel. Enamasti öeldi, et selliseid olukordi on harva või neid ei olegi ette tulnud. Koostöö sel viisil on ajendatud erinevatest põhjustest. Paaril juhul toodi välja, et klient on soovinud, et rehabilitatsioonimeeskonna spetsialist läheks kaasa temaga mõnele teisele teenusele, nt võlanõustamisteenusele või abistama mõne teenuse taotlemise juurde. Kaasa on palutud

minna kohaliku omavalitsusse sotsiaaleluaseme saamise teemasid lahendama ning abivahendite soetamisega seonduvalt.

Toodi välja ka, et on olnud olukordi, kus klient palub abi mõne konflikti lahendamisel. Üks vastajatest kirjeldas olukorda, kus kliendil oli tekkinud tüli kohaliku omavalitsusega, kus ta elas ja palus siis minu intervjueeritava abi olukorra lahendamisel. Kuigi intervjueeritava sõnul ta nägi, et kliendil on antud olukorras õigus, siis ta ei soovinud võtta siiski ühendust selle kohaliku omavalitsusega, kellega kliendil konflikt oli tekkinud. „*Ma ei tahtnud olla siis see, kes läheb õpetama seda kohalikku omavalitsust*“ (R3-2). Ta rääkis, et püüdis nõustada klienti, kuidas viimane saaks oma vajadused, millele tal õigus oli, rahuldatud.

R3-2: „No igal juhul ma siis sellele naisterahvale püüdsin seda seletada, et tema omakorda püüaks leebel moel seda seal kohalikus omavalitsuses siis. Noh minna küsima ja küsida seda selle nurga alt, et kas niimoodi ei oleks võimalik“

Seda, kuidas antud olukord lõppes ja kas klient sai abi, ei osanud intervjueeritav öelda, kuna pärast seda ei ole ta kliendiga kohtunud.

3.2.5. Keskkonnaga tegelemine

Inimese funktsioneerimise seisukohast on oluline, et klient tuleks toime teda ümbritsevas keskkonnas. Sellest ajendatuna tundsin huvi, et kui kliendi vajaduste ja võimete hindamise käigus selgub, et inimese vajadus ja mingisuguse võime langus on tingitud keskkonnast, siis kuidas sellistel juhtudel tehakse koostööd kogukonnaga ja kas panustatakse kogukonna arendamisse. Ka siin tuuakse välja, et koostööd keskkonna parendamiseks tehakse vastavalt vajadusele ning tihti on olukordi, kus hinnatakse, et see vajadus puudub.

R2: „kust lõppeb mingi piir ja kust algab /.../ kui palju sa tohid sekkuda üleüldse /.../ ma ei tea kui palju on neid rehabilitatsioonimeeskondi ja nendel seda vajadust nii-öelda väga sinna kogukonda sisse minna. Ma ei leia, et selleks oleks nagu väga vajadust/.../ võib-olla et väga palju ei olegi vahepeal väga hea, selles suhtes, et teatud piirid, eetilisuus või mingi asi tuleb vahele, et see on see Hiina vanasõna, et sa annad selle õnge, aga kala peavad ikka ise püüdma, noh. Aga selle õnge me oleme alati andnud“

Siit võib järeldada, et pigem tehakse tööd kliendiga – „*antakse õng*“ ning keskkonnas, kus ta elab, töötab, õpib või oma vaba aega veedab, tuleb tal iseseisvalt toime tulla – „*kala püüda*“.

Kui on selgunud, et kliendi toimetulek on raskendatud keskkonnast tulenevate probleemide tõttu, siis on püütud teha selles osas ettepanekuid, just kohalikule omavalitsusele. Tavaliselt on need puudutanud mõne teenuse vajadust. Üks vastajatest tõi välja, et nende meeskond on teinud ettepaneku ühele väikelinnale töötamise toetamise teenuse pakkumise välja arendamiseks, kuna nende asutuses käib sellest piirkonnast palju kliente, kes seda teenust vajavad. Üldiselt tuuakse välja, et suuremates linnades, nagu Tartumaal on Tartu linn, on teenuste kättesaadavus üldiselt hea. Probleeme on pigem väiksemate omavalitsustega, kel ei ole ressursi teenuseid arendada ja pakkuda.

Kui keskkonnaprobleemide all nähakse ka probleeme eluasemega või selle puudumisega. Nagu ka varasemalt sai kirjeldatud, siis sel juhul tehakse eelkõige koostööd kohaliku omavalitsusega.

Kogukonna arendamise teemal oldi üldiselt skeptilised. Rehabilitatsioonimeeskonnad ei näe endal väga rolli kogukonna arendajatena ega sinna panustajatena.

R7: „ma ei tea, kas nüüd arendamisel. Rehabilitatsioon on konkreetselt sekkumine ühtepidi, et inimesed, et et siin pigem ongi see koostöö koht, et ma ei usu, et ta peaks nüüd võtma endale rolli arendada kogukonda ja öelda kellelegi, mida tegema peab. Et ee, no pigem ongi, et see oleks pigem nagu selline koostöö koht seal kohalikus kogukonnas, et üks osa.“

Kuna tööd kogukonnaga võib ka nimetada sekkumiseks, siis võib arvata, et vastaja on siin sekkumise all silmas pidanud otsust tööd kliendiga.

3.2.6. Asutuse kurssi viimine kliendi kogukonna erinevate võimalustega

Rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis võimaldab kliendil teenusele minna mistahes Eesti kohta, kus teenust osutatakse. Kuna teoreetilises osas antud ülevaates selgus, et koostöö kliendi kogukonna erinevate partneritega on oluline ja seejuures on oluline olla ka kursis erinevate võimalustega, mis kliendi kogukonnas on. Sellest tulenevalt tundsin huvi, kuidas

rehabilitatsioonimeeskonna töötajad viivad ennast kurssi kliendi kogukonna võimalustega, kui klient on teenusele tulnud mõnest kaugemast piirkonnast, mille võimalused ei ole nii tuttavad, kui näiteks Tartumaal.

Kõik intervjueeritavad tõid välja, et üheks viisiks võimalustega tutvumisel on eelkõige kohaliku omavalitsusega ühenduse võtmine. Vastajate hinnangul on kohalikud omavalitsused piisavalt väikesed, et teada sealseid võimalusi. Samuti otsitakse erinevat informatsiooni internetist. Ühe ressursina võimalustega tutvumisel nimetati klienti, kes selles kogukonnas elab.

R1: „ me saamegi uurida kliendi käest, me saame otsida kohalikust omavalitsusest selle kohta teavet, uurida kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajatelt, kasutada mingeid selliseid variante, mida tänapäeva internet meile õnneks pakub. Ega meil mingisuguseid muid nimekirju ega loetelusid ei ole tegelikult.“

Üks respondent tõi välja, et erinevates piirkondades pakutavatega püütakse end kurssi viia ka erinevatel rehabilitatsiooniasutustele mõeldud infopäevade käigus, kus asutuste töötajad üksteisega ja üksteise pakutavate teenustega saavad tutvuda. Kasutatakse ka isiklikke teadmisi ja kogemusi.

Vajadust end kohalike võimalustega kurssi viimiseks peetakse oluliseks, eriti rehabilitatsiooniplaani koostamisel. Oluliseks peetakse, et plaani ei saaks selliseid soovitusi, mida kliendil oma kodukohas ei ole võimalik realiseerida. Tavaliselt puudutavad need erinevaid kohalikke toetusi ja teenuseid. Seejuures tuuakse ka välja, et kui on välja selgitatud, et mis võimalused, toetused või teenused inimesel oma kodukohas on, siis nende saamiseks tuleb inimesel iseseisvalt pöörduda sinna asutusse, kes siis vastavat teenust osutab. Ühel juhul tõi intervjueeritav välja, et kohaliku omavalitsuse poolt pakutavate võimalustega tuleb ise kurssi viia.

R2: „Aga seda peaks ta nüüd küll ise tegema, ütleme kui ta tahab seal näiteks täiendavalt mingisugust ravimitoetust või erakorralist toetust, siis ta peaks seda ise minema ja tegema näiteks ütleme küsima, millised võimalused on, igas vallas, igas linnas on omad, ütleme oma kehtestatud korrad, et seda peab inimene ise tegema“

3.2.7. Koostöö kaugemal asuvate kliendi kogukondadega

Palusin intervjuueeritavatel kirjeldada, kuidas tehakse koostööd kliendi kogukonnaga, kui klient elab mõnes kaugemas piirkonnas ja kas see erineb sellest, kui koostööd tehakse selles piirkonnas elava kliendi võrgustikuga, kus teenustki osutatakse.

Enamasti toodi välja, et inimese elukoha kaugus mõjutab koostöö tegemist.

R4: „vahe ikka on sellepärast, et kui inimene on kohalik nii-öelda, siis temaga saab rohkem tööd teha, teda saab tihedamini vastuvõttudele kutsuda, ei ole nii rangeid piiranguid, ajalisi piiranguid. Kui inimene on kuskilt mujalt, kaugemalt: Tallinnast, Ida-Virumaalt või Pärnumaalt või Saaremaalt, jah selliseid juhtumeid oli ka päris tihti, siis seda koostööd on tavaliselt vähem“

Intervjuudest selgus, et koostööd teha enda piirkonna asutustega on lihtsam, kuna juba teatakse ja tuntakse üksteist. Tuttavad on nii kohaliku omavalitsuse, haridusasutuse ja tervishoiuasutuse töötajad. See lihtsustab ka esmase kontakti võtmist mõne teise asutusega. Kui üksteist asutused juba tunnevad ja teavad, siis ei pea nii pikka sissejuhatust tegema enda töö ja asutuse kohta

R2: „need, kes on siit /.../ meie oma piirkonna, loomulikult nendega on meil tihedam koostöö /.../, kuna meie meeskonnaliikmetena oleme ka tegelikult sellest samast keskkonnast, siis võib-olla on see suhtlemine meeskonnaliikmetel noh vabam ütleme siin perearstiga, erinevate asutustega, kuna me nagu üksteist enam vähem teame-tunneme, et see suhtlemine on võib-olla vabam, kui ütleme, et läheb inimene Ida-Virumaale ja siis ma pean võtma ühendust tema perearstiga, et siis ta on võib-olla selline /.../ mitte nii vaba või selline, võib-olla ei ole nii lihtne rääkida, kui siin näiteks meil siin oma koduses keskkonnas.“

Intervjuudest oli näha, et kaugematest piirkondadest kliendid peavad teiste teenuste saamiseks iseseisvamad olema. Üks vastajatest ütles, et sellistel puhkudel antakse kliendile nõustamise käigus nõ suund kätte, kuid edaspidine töö jääb kliendil endal teha.

Paaris intervjuus toodi välja, et kuna rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid töötavad lisaks mõnel muul ametikohal samas kogukonnas, siis sama piirkonna klientidega ollakse juba teise töö kaudu tuttav ja kontakt on loodud. Samuti ka teatakse juba, mis valdkonda

inimese probleemid jäävad. Varasem kokkupuude kliendiga lihtsustab ka rehabilitatsiooniprotsessi.

Teenuse saamine oma kogukonnas on ühe spetsialisti hinnangul ka mugavam kliendi jaoks, kes ei pea siis kodukohast kaugemale sõitma. Teenus ei ole seejuures ajaliselt nii piiratud ning ei sõltu majutusteenuste rahadest. Teenuse osutamise graafiks saab olla paindlikum ning olla hajutatum. Teisalt toodi välja ka, et inimesel peab olema võimalus saada rehabilitatsiooniteenust väljaspool enda kodukohta, kuna ta ei soovi, et tema piirkonna spetsialistid saaksid teada tema probleemidest.

Üks intervjuueritav tõi välja, et inimese elukoha kaugus ei mõjuta koostöö tegemist, kui teised pooled selle tegemisest huvitatud on, kuna koostöö tegemiseks saab kasutada erinevaid vahendeid: telefon, e-mail ja Skype.

R1: „ma arvan, et sellel ei ole vahet, see koostöö on puhtalt korralduslik küsimus ju.“

Intervjuudes toodi välja, et koostöö tegemine kaugemast piirkonnast tulnud inimeste võrgustikega nõuab asutuselt suuremaid ressursse. Näiteks juhtudel, kui on vaja kuhugi kohale sõita, tekivad ka suuremad transpordi- ja ajakulu. Ajaressurssi võtab ka kohalike olude ja võimalustega kurssi viimine.

3.2.8. Teenuse osutamine kogukonnas

Kui intervjuueritavad tõi välja, et koostöö tegemine on üldiselt lihtsam sama piirkonna asutustega, kus meeskond tööd teeb, siis palusin neil hinnata mõtet, et rehabilitatsiooniteenus oleks korraldatud selliselt, et iga inimene saab teenusel viibida ainult enda piirkonna asutuses.

Vastused selles osas oli erinevad. Ühelt poolt toodi välja, et see on mõistlik idee, kuna teatakse kohalikke võimalusi ning ka koostööd on oma piirkonna asutustega lihtsam teha.

R2: „jaa, mina küll arvan, et see on täiesti mõistlik.“

Samas toodi välja ka seda, et kui inimestel ei ole usaldust enda piirkonna töötajate suhtes, kuna väiksemas kogukonnas tuntakse üksteist ja on hirm, et info võib levida väljapoole

asutust. Kui inimene ei saaks enda kogukonnast või piirkonnast kaugemale teenusele sõita, siis pigem jätab inimene teenusele minemata.

R7: „see on küll nüüd selline koht, et kui klienti aitab see Saaremaalt Võrru tulek, siis noh, muidugi.“

3.2.9. „Rehabilitatsiooniturism“

Eelnevalt kirjeldasin, et praegusel ajal võimaldab rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis inimesel teenusele minna mistahes asutusse Eestis. Sellest tulenevalt ollakse nõus sõitma pikki vahemaid, et soovitud kohas teenusele minna. Üks respondent kasutas intervjuus mõistet „rehabilitatsiooniturism“.

R4: „kuna meil praegune süsteem toetab väga sellist turismi, rehabilitatsiooniturismi, siis on päris palju olnud ka inimesi, kes on tulnud näiteks Tallinnast või Ida-Virumaalt /.../ küsime, et mispärast tulete, siis ütlevad: no niisama, et mingisugust vaheldust saada“

Sarnaseid turismiga seostatavaid jooni nagu näiteks puhkamine ja puhkusele sõitmine nägin ka teistes intervjuudes. Üks vastaja tõi selgelt välja, et osad inimesed kasutavad rehabilitatsiooniteenust puhkuse eesmärgil. Kuna see asutus, kus tema töötab majutust ei paku, siis „puhkajaid“ nende juures teenusel ei ole, kuid ta on seda tajunud plaanide koostamise juures, kus inimestel on soov minna teenusele kuhugi SPA-asutusse.

R6: „Pigem see on nagu puhkuse eesmärgil, mulle tundub. Ja kui selline võimalus on ja kui neil sellist rehabilitatsiooni on tarvis, aga see füüsilise puudega inimeste summa ei ole ka väga suur ja, mis neil tegelikult vaja oleks, just selle füsioteraapia poole pealt ja siis nad kasutavad seda nii nagu seda kõige rohkem saab seda selle raha eest.“

Üks respondent tõi välja, et kliendid, kes tulevad teenusele Tallinnast, on ise öelnud, et teenusele tullakse nii kaugele, kuna seal on puhtam õhk ja head suplusvõimalused. Seetõttu soovitakse teenusele tulla eriti suveperioodil. Respondendi sõnul on kliendid öelnud: „Parim koht, kus rehabilitatsiooniteenust üldse saada“ (R4). Ta lisab veel, et neil on juba välja kujunenud oma klientuur, kes tahavadki pidevalt nende asutusse teenusele sõita.

R4: „noh muidugi meile tahavad päris palju tulla noh, et ee ju me teeme siis head tööd“

Siin tekib mul küsimus, et kui inimesed käivad pidevalt pikema aja jooksul teenusel asutuses, kus pakutaks väga head rehabilitatsiooniteenust, siis miks peavad inimesed sinna pidevalt aastast aastasse tagasi sõitma. Üheks võimalikuks seletuseks ongi see, et teenusele minnakse mõnel teisel eesmärgil: näiteks puhkama.

Rehabilitatsiooniturismi teema on käesoleva uurimuse juures oluline, kuid samas ka vastuoluline teema. Ühelt poolt selgus intervjuudest, et koostöö on oluline ja see on mõjutatud inimese elukoha kaugusest: lähemal asuvate partneritega tehakse sagedamini koostööd, kuid teiselt poolt on pikkade vahemaade tagant rehabilitatsiooniteenusel käimine praegu Eestis siiski veel üsna tavapärane ja reguleerimata, mis teeb ka koostöö tegemise keerulisemaks.

3.3. Takistused koostöös

Rääkides koostööst ja seda mõjutavatest takistustest, tõid intervjuueeritavad juhtumite arutlemiste juures välja erinevaid takistusi. Esiolgu oli respondentidel raskusi erinevate takistuste välja toomisel, kuid intervjuu käigus selgus erinevaid takistusi, mis koostöö tegemise juures on esile kerkinud. Takistuste teemadel arutledes vaadati nii kitsamat kui ka laiemat ühiskondlikku pilti.

Takistustena toodi kõige enam välja inimese lähedaste ja oluliste asutuste poolset madalat motivatsiooni koostöö tegemiseks. On olukordi, kus pereliikmed ütlevad, et „see ei ole nende probleem“.

R1: „kõik oleneb sellest, kuivõrd need võrgustiku liikmed tahavad koostööd teha, milline nende motivatsioon on selleks“

R2: „Et jaa, kui vanemad, ütleme tulevad vastu ja saavad aru, et noh, et see koostöö on hästi oluline, et sellisel juhul (.) noh kes laseb ennast aidata, seda saab aidata. Aga noh, kõik saab alguse kodust, olgem ausad, laste puhul kindlasti“

Ühe takistusena lähedaste puhul toodi nende halba majanduslikku olukorda. On olnud olukordi, kus pereliige või lähedane inimene ütleb, et ta ei saa teenusele kaasa tulla, kuna tal ei ole transpordiks raha.

Intervjueeritavad tõid takistustena välja ka asutuste, kellega koostööd soovitakse teha, ressursside vähesuse.

R7: „Tihti peale on see, et neil on oma hõivatus ja ajaline piirang, et seal on need käärid. Mõnikord lükataksegi see laps rehabilitatsiooniasutusse ja tegelege.“

Takistustena toodi ka välja ka seda, kui koostöö osapooltel on erinevad eesmärgid ja soovid. Üks intervjueeritav tõi välja, et kohalik omavalitsus ei taha anda inimesele seda (näiteks sotsiaalelamispind või mõni toetus), milleks rehabilitatsioonimeeskond näeb, et inimesel õigus on.

R4: „kui omavalitsus näeb asja teistmoodi või näiteks kui eesmärgid on erinevad ja näiteks kui eestkosteasutused või lähedased tahavad ühte, aga meeskond pakub teist. Kui tekib selline kokkusobitamatus, siis tavaliselt koostöö võibki natuke venida“

Ressursside poole pealt toodi takistusena välja, et asutusel endal ei ole piisavalt vahendeid, et koostööd teha. Toodi välja, et rahaliste vahendite piiratus on üks põhjustest, miks koostöö ei toimi ja seda vähe tehakse.

R7: „üks asi on see, et praegu on see, et rehabilitatsioonis on see, et tasustatakse ainult need tunnid, mis on kontakt kliendiga, et klient peaks justkui istuma juures. Aga see, et ma teen väljaspool, suhtlen sotsiaaltöötajaga või kooliga või, need on tasustamata, et see ongi see, et see ei motiveeri töötama“

Üks respondent tõi välja, et kui koostööd ka tehakse, siis ei tehta seda hea meelega, kuna see on tema hinnangul tasustamata. Materiaalsete ressursside vähesuse, kui ühe võimaliku koostöö takistuse teema juures tõi teine intervjueeritav välja, et üldiselt ei ole rahaliste vahendite piiratus koostöö tegemise juures probleem, kuid samas tõi välja, et väga keeruliste ja pikkade juhtumite puhul on jäänud see siiski mõnikord osaliselt tasustamata, kuna rahalised piirangud on olnud ees.

Otseselt küll mitte takistusena, kui teemana tõstatati ressursside piiratus siis, kui inimene soovib teenuse osutamise ajal ka majutust. Siis on üldjuhul õigust majutusteenust saada 5 päeva ning inimese jaoks kestabki kogu kompleksne teenus 5 päeva. Toodi välja, et see on liiga lühikene aeg, et soovitud eesmärke saavutada.

Intervjuudes käis mitmel korral läbi konfidentsiaalsuse teema. Öeldi, et asutus ei saa kedagi kaasata, kui inimene selleks nõusolekut ei anna ja kui seda ei ole, siis ei võeta ka kellegagi ühendust. Klientide soovimatus kedagi mitte kaasata tuleb respondentide sõnul hirmust. Kliendid kardavad, et tööandja võib neid töölt vallandada või siis kohalik omavalitsus võib jätta mõnest hüvest ilma. On isegi kardetud, et kui kohalik omavalitsus saab teada, et klient on järjekordse võla võtnud, et siis võidakse temalt lapsed ära võtta.

R7: „Kui ta ütleb, et ma ei taha, et kohalik omavalitsus saab teada näiteks, et ma käin mustalt tööl, siis ei ole mul õigust seda öelda“

Konfidentsiaalsuse teema tõstatab ka eetilise küsimuse: millal siiski peab rehabilitatsiooniasutuse spetsialist kaasama kedagi, kui ta näeb, et see on ilmingimata vajalik, lausa hädavajalik. Üks vastajaist tõi välja, et kui nõustamise käigus selgub, et peres esineb koduvägivalda ja klient selle all kannatab, siis ei teavitata sellest kohe politseid, kuna klient on spetsialisti usaldanud. Sel juhul kardetakse kliendi usaldust kuritarvitada ja tekkinud kontakti kaotada. Samas toob ta välja, et taolistes olukordades tuleb hinnata riske ning vajadusel siiski ka sekkuda.

3.3.1. Koostöö toimimine

Intervjuudes toodi mitmel juhul välja näiteid, miks koostöö erinevate partnerite vahel ei toimi. Üks vastajatest arutles, et tegelikkuses koostöö erinevate asustuste vahel ei toimi, kuna Eestis puudub selline praktika. Erinevad valdkonnad on killustunud ning ei teata, mida keegi teeb. Samuti on igal valdkonnal erinev rahastaja.

R1: „Kõik siin Eesti Vabariigis minu meelest tiksub nagu iga asi tiksub nagu oma rada (naerab) et kõiksugu, selline kõrvaline segamine on nagu häiriv. Ja kui rääkida, siis üldse selle igasuguse võrgustiku koostöö tegelt ei toimi mitte üldse, kohe mitte üldse ei toimi. /.../ see ei toimi nagu mitte ühelgi tasandil, ei toimu ei tervishoiu ega sotsiaalvaldkonna vahel,

ei toimi tegelikult kohaliku omavalitsuse ja selliste ee vahel. Eestis ei oldagi harjunud niimoodi töötama, pigem see on nagu koormav.“

Ta tõi ka välja, et see teema, miks koostöö ei toimi, vajab lähemalt uurimist. Ka teine respondent tõi välja, et koostöö erinevatel tasanditel võiks parem olla. Toodi välja, et koostöö ei toimi ka seetõttu, et Eestis puudub selline laiem süsteem, selle kohta, kuidas peaks inimene liikuma ühest asutusest teise, puudub nõ vahelüli. Nii kaua, kui igas valdkonnas tegeletakse kitsalt üksnes enda teenuse osutamisega, siis see koostöö ei saagi toimima.

Ühes intervjuus tuli välja, et asutuse töötajad on tundnud, et teenust võetakse formaalsusena. Ta kirjeldas, et on kokku puutunud olukorraga, kus rehabilitatsiooniplaani soovitakse kliendile üksnes hooldusteenuse saamiseks mõnes hoolekandeesutuses ja kui hindamise käigus tehakse ettepanekuid, kuidas võiks hooldusteenuse osutamine kliendi jaoks kõige paremini toimida ja mida peaks selleks tegema ja muutma, siis tegelikult selle sisulise poole pealt huvi hooldusasutuses ei tunta. Veel enam, seda on võetud hooldusasutuse poolt tülrika lisakohustusena.

Rehabilitatsiooniplaanidest rääkides tõstatas üks respondent ka enda jaoks küsimuse: kui palju on vajalik rehabilitatsiooniplaanis tehtud tööd kajastada. Ta tõi välja, et kui ta inimesega kohtumise käigus välja selgitab, kellega on vaja koostööd teha ja ta on selle juhtumi ja rehabilitatsiooniplaani koostamise käigus ühendust võtnud erinevate inimestega, siis ta ei näe vajadust, et see kajastuks pikemalt lahti seletatuna ka plaanis, pigem üldsõnaliselt. Ta tõi välja, et see on töö dubleerimine ja pigem sellel eesmärgil, et Sotsiaalkindlustusamet saaks kontrollida, kas asutused teevad tööd.

Seejuures olen arvamusel, et juhtumite põhjalikum kirjeldamine ja analüüsimine on oluline ja eriti ka siis, kui juhtumiga tegeleb edasi mõni teine spetsialist samast meeskonnast või mõnest teisest asutusest.

IV ARUTELU

Minu magistritöö eesmärgiks oli välja selgitada kuidas teevad Tartumaa rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd kogukonna erinevate partneritega. Lähtudes analüüsi peatükis toodud uurimistulemustest ning tuginedes teoreetilises osas toodud ülevaatele, arutlen antud peatükis saadud tulemuste üle.

Teoreetilises ülevaates tõin välja, et tänapäeval on levinud puude sotsiaalne mudel, mis ei keskendu üksnes inimese füüsilistele piirangutele, vaid keskkonnale, mis inimest ümbritseb (Oliver jt, 2012). Sellest käsitlusest lähtutakse ka rehabilitatsioonis. Uurimistulemustest on näha, et praegusel ajal on siiski rehabilitatsioonile suur mõju puude meditsiinilisel mudelil, mille kohaselt on rehabilitatsiooni peamiseks eesmärgiks taastada inimese füüsiline seisund ja pakkuda psühholoogilist tuge, et inimene tuleks toime enda füüsiliste piirangutega (Oliver jt, 2012). Intervjuude käigus selgus, et pigem keskendutakse just füüsiliste võimete arendamisele ning inimese nõustamisele ja toetamisele, et ta suudaks iseseisvalt igapäevaelus toime tulla. Iseenesest on need komponendid ka olulised, kuid vähene on keskkonna ja kogukonna kaasamine. Kogukonna ja keskkonna mõjutamine toimub läbi inimese. Kui selgub, et inimese võime langus on seotud keskkonnast tulenevate takistustega, siis ühelt poolt küll tehakse ettepanekuid teenuste arendamise poole pealt, kuid samas tuli väga mitmel juhul välja, et siis tegeletakse inimesega ja püütakse teda nõustada ja motiveerida, et ta ise kogukonnast tulenevaid takistusi vähendaks.

Rehabilitatsioonis on oluline meeskonnatöö ja kommunikatsiooni toimimine kliendi, teenusepakkujate ja pere vahel (Dean jt, 2012). Meeskonnatööd hindasid kõrgelt ka uurimuses osalenud respondendid. Kõik tõid välja, et meeskonnatöö nende asutuses toimib ja erinevate juhtumite puhul saadakse üksteiselt tuge. Van Doorn (2012) on toonud välja, et sageli puutuvad inimesed, kel on erinevad probleemid, kokku olukorraga, kus nad kohtuvad erinevate erialade spetsialistidega, kes on fokuseeritud mingi kitsa probleemi lahendamisele. Sel juhul ei nähta laiemat pilti ja tegelik inimese vajaduse võib jääda märkamata ja rehabilitatsioon ei täida enda eesmärki. Seetõttu on oluline, et spetsialistid erinevate asutuste vahel teeksid juhtumite lahendamisel omavahel koostööd, sh ka meeskonna siseselt. Uurimusest selgus, et juhtumite koordineerimine toimub erinevates

asutustes erinevalt, kuid kõik uuringus osalenud spetsialistid tõid välja, et see on toimiv ja tööd tehakse ühiselt. See on hea alus ka suhtlemisel väljapoole asutust.

Koostööst rääkides tõid intervjueritavad välja, et üldjuhul on see oluline ning aitab kaasa rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele. Respondendid arutlesid, et koostöö on ühise eesmärgi nimel töötamine. Ka Chambers jt, (2008) on kirjutanud, et koostöö seob vähemalt kahte osapoolt, kellel on ühine eesmärk. Intervjueritavad tõid välja, et esineb olukordi, kus erinevatel põhjustel ei soovita nendega koostööd teha: teine osapool ei ole motiveeritud ja koostöö mittetegemise põhjendusena tuuakse välja ka ressursside vähesust. Lisaks ei nähta ühist eesmärki koostöö tegemiseks, kuid see on üks võtmekoht ja alus. Chambers jt (2008) toovad välja, et eduka koostöö puhul on oluline, et osapooltel oleks mingi ajend selles osalemiseks ja oluline on määratleda, mis on iga osapoole „suhe“ antud probleemi või missugune on vastastikune sõltuvus selle lahendamiseks (Chambers jt, 2008). Koostöö mittetoimimise ja alamotiveerituse põhjuseks võibki olla asjaolu, et neid põhimõtteid ei ole arvestatud. Koostööst mittehuvitatud osapooled ei oska või ei soovi näha pikemaajalist eesmärki ja kasu, mida koostöö tegemine võib kliendi juhtumite lahendamisele kaasa tuua. See on üks võtmekoht, millesse tuleks valdkondade vahelise koostöö arendamise juures panustada.

Koostöö mittetoimimise põhjuste juures toodi intervjuudes välja, et Eestis on erinevad valdkonnad killustunud ning rahastajad on samuti erinevad. Iga valdkond töötab enda kitsa eriala raames ning omavaheline koostöö on vähene. Inimene liigub erinevate teenuste osutajate vahel iseseisvalt. Poliitikauuringute Keskuse Praxise läbi viidud uuringus on ka välja toodud, et Eestis on töövõime kaoga inimeste abistamise korraldus killustunud ja tegevused osaliselt ka dubleeritud (Veldre, Masso, Osila, Kruus, 2012). Erinevate sektorite vaheline koostöö on oluline ning seda tuleks arendada ja tugevdada. See aitab tagada selle, et inimese vajadused ja võimed saavad kõige adekvaatsemalt toetatud. Teenuseosutajate seisukohast aitab see vältida dubleerimist ning jagada ressursse kõige otstarbekamal viisil.

Ühes intervjuus tõi vastaja selgelt välja, et koostööd ei tehta seetõttu, et see ei kuulu Eesti töökultuuri juurde, kuid see ei saa olla põhjuseks, miks ei peaks koostööd siiski tegema. Ka Wilken jt (2014) toovad välja, et praegusel ajal on oluline taastada sotsiaalsed väärtused ja eluliselt olulised sotsiaalvõrgustikud, et murda välja nõukogudeaegsest mentaliteedist, kus

kogukond oli alla surutud ja sel oli väike sotsiaalne väärtus. Kogukondade tugevdamine on väga oluline kogukonnapõhises rehabilitatsioonis.

Käesoleval ajal on aktuaalne deinstitutionaliseerimise põhimõtte juurutamine. Euroopa Komisjoni ekspertrühma soovitude kohaselt on oluline välja töötada muuhulgas kvaliteetsed kogukonnapõhised teenused, millega saab asendada asutuses pakutavat hooldust (Saadi, 2013). Kogukonnapõhised teenused aitavad ühelt poolt vähendada teenuste maksumust ja teisalt parandada teenusekasutajate elukvaliteeti (Bugarszki, 2014, viidates Barton, 1999). Uurimistulemused näitasid, et käesoleval ajal on kogukonnapõhine rehabilitatsioon vähe levinud. Kogukonda panustamine ja selle arendamine ei kuulu praegusel ajal rehabilitatsiooni igapäevatöö juurde, pigem keskendutakse konkreetsete kliendi võimete tõstmisele ja toetamisele. Intervjuudes tuli välja, et rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid tunnetavad vajadust kogukonnatöö järele, kuid tegelikkuses tehakse seda vähe.

Keskonna komponent puudub ka tänases rehabilitatsiooniteenuse regulatsioonis ja puuduvad ka juhendid, kuidas seda peab tegema. Rehabilitatsioonimeeskonnad ei näe praegusel ajal, et neil oleks roll panustada kogukonda. Uurimustulemustes tuli välja, et kogukonda ei panustata ka seetõttu, et tuntakse, et see ei ole tasustatud ja väärtustatud. Keskonna kaasamine peab olema üks rehabilitatsiooni osa, kuna sel on oluline roll sellel, kuidas inimene tajub ja kogeb puuet (WHO, 2011). Meeskonnad peavad teadvustama keskkonna ja kogukonna olulisust ning oluline on selles suunas ka tööd teha. Kogukonna tugevdamine on üks olulisemaid märksõnu kogukonnapõhises rehabilitatsioonis ning koostöö erinevate valdkondade: tervishoiu, hariduse, töötamise ja ühiskonnaelus osalemise vahel on tähtsal kohal. Rehabilitatsiooniteenuse korraldajal (riigil) tuleks senisest enam tähelepanu pöörata sellele, et rehabilitatsioonimeeskonnad panustaksid kogukonnatöösse. Välja tuleb töötada juhised ja soovitused kogukonnatöö tegemiseks rehabilitatsioonis, kuna see on antud teenuse üks lahutamatu osa. Samas tuleb luua selleks ka tingimused ning vältida olukordi, kus Tartumaa rehabilitatsioonimeeskond peab hakkama panustama näiteks mõne Saaremaa piirkonna kogukonda.

Eelpool väljatoodud aspektidest tulenevalt on rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel Eesti oluline tähelepanu pöörata ka „rehabilitatsiooniturismi“ teemale, kuna see ei täida rehabilitatsiooni eesmärki. Käesoleva uurimuse käigus tuli selgelt välja, et rehabilitatsiooniteenust kasutatakse ühe võimalusena puhkuse veetmiseks. Ühelt poolt on

oluline, et pööratakse tähelepanu inimese heaolule ning taastumisele ja see on ka üks Anthony ja Farcase (2009) poolt kirjeldatud taastumisele orienteeritud teenustest: *wellness*, kuid seda ei tohiks segamini ajada rehabilitatsiooniga. Rehabilitatsioon on sekkumine, mille käigus püütakse saavutada inimese osalemine ühiskonnaelus ja täielikku integreerumist kogukonda (Anthony ja Furlong-Norman, 2011). Puudega inimese kogukonda integreerumine pika vahemaa tagant on suur väljakutse igale osapooltele.

Selgus ka, et koostööd erinevate asutustega ja kliendi lähedastega tehakse üldjuhul vähem, kui rehabilitatsiooni raames osutatakse ainult üksikteenuseid. Näiteid toodi füsioteraapia teenuse osutamise kohta, kus koostööd ei hinnatud vajalikuks, kui klient on teenusel mingi konkreetse liikumisfunktsiooni võime tõstmise tõttu. Samas liikumisfunktsiooni parandamise juures on oluline tähelepanu pöörata sellele, mis eesmärgil seda tehakse. Funktsiooni või võime tõstmine ei saa olla eesmärk omaette. Rehabilitatsiooni raames on mingi võime arendamise eesmärgiks see, et inimene suudaks nii isiklikul kui ühiskondlikul tasandil, enda valitud elu- töö-, ja muudes keskkondades rahuldavalt funktsioneerida (Hollander ja Wilken, 2015). See tähendab, et oluline on parandada inimese võimet mingi keskkonna ja kogukonna kontekstis. Farcas ja Anthony (2010) tõid välja, et selle asemel, et keskenduda inimese puude patoloogiale ja sümptomitele, tehakse tööd inimese sotsiaalsete suhete, töökoha, vaba aja, pereelu, hariduse jt inimese jaoks oluliste valdkondadega olles fookuseeritud inimese kompetentsi ja oskuste tõstmisele ja keskkonna toetamisele (Farcas ja Anthony, 2010). Seega ka siis, kui tähelepanu all on mingi konkreetse võime tõstmine, on olemas keskkond, keda kaasata ja kogukond, kellega koostööd teha. Mingi kindla üksikteenuse vajadusega kliendi puhul tuleks rehabilitatsiooniplaani koostamise käigus hinnata ja kaaluda, kas rehabilitatsioon on just see, mida inimene vajab või piisab üksnes üksikteenuse osutamisele suunamisest. Samas ei ole praegusel ajal puuetega inimeste jaoks alternatiivset teenuste saamise süsteemi. Kui puudega inimene vajabki mõnd üksikteenust, siis rehabilitatsiooniteenuste kaudu on tal võimalik riigipoolisel finantseerimisel seda saada, muul juhul tuleks tal endal selle eest tasuda.

Intervjueeritavad tõid välja, et koostöö tegemine kaugemalt teenusele tulnud klientide oluliste lähedaste ja asutustega on väiksem. Seda mitmel põhjusel: pikem vahemaa inimeste vahel, kohalikke võimalustega tutvumine nõuab lisaressurssi ja spetsialistid ning asutused on võõrad. Varasema koostöösuhte olemasolu kergendab suhtlust erinevate osapoolte vahel. Uue koostöösuhte sisseseadmine nõuab meeskondadelt lisaressurssi.

Rehabilitatsiooniasutused on siin keerulises situatsioonis. Ühelt poolt rehabilitatsioon nõuab keskkonna ja kogukonna kaasamist ja koostöö tegemist, teiselt poolt praegune rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis lubab inimesele rehabilitatsiooniteenusele sõita ühest Eesti servast teise, kuid koostöö tegemine ja kogukonna kaasamine sel juhul on raskendatud ja ei ole efektiivne. Ei ole mõeldav, et rehabilitatsiooniasutus, kes osutab teenust mitmele väljaspool enda kogukonda teenusele tulnud inimesele, tegeleks ja panustaks erinevatesse piirkondadesse ja nende kaasamisse samaaegselt. Samuti ei ole mõistlik, kui sama teeksid ka kõik teised rehabilitatsiooniasutused. See tekitaks üle-Eestilise virvarri ja ressursside kasutamine ei oleks efektiivne. Töö kogukonnaga peab olema korraldatud nii, et koostööd teeksid ühe piirkonna asutused ja inimesed.

Tänapäeval on rehabilitatsioonis oluline, et inimene saaks ühiskonnaelus osaleda ja panustada. Kodanikuks olemise põhimõtte järgi on puudega inimesed samade õiguste ja kohustustega, mis teised sama riigi kodanikud (Oliver jt, 2012). Sama põhimõtte kehtib ka tööturul. Puudega inimesed on üks vaesuse riskirühmi ja nad peavad toime tulema oluliselt väiksema sissetulekuga kui ülejäänud (Laes, 2014). Ka ühes intervjuus tõi respondent välja, et rehabilitatsiooniteenust saavad inimesed kuuluvad tööturul haavatavasse gruppi. Puudega inimestel on raske ilma kõrvalise abi ja toetuseta kas tööle saada või tööl püsida. Ewijk (2010) toob välja, et me peame aktsepteerima, et mingi osa inimesi, kes kuuluvad haavatavasse gruppi, vajavad pidevat professionaalide või lähedase abi, et olla aktiivsed kodanikud. Seega on oluline toetada inimesi, kel on raskusi tööturul. Samas pööratakse erinevates asutustes tööandjate kaasamisele ja nendega koostöö tegemisele vähe tähelepanu ning koostöö tegemise praktika tööandjatega on väike. Kliendi tööle saamisega tegelemisel loodetakse teiste teenuseosutajate peale (Töötukassa ja töötamise toetamise teenuse osutajad). Pigem toimub siin juhtumi delegeerimine kui sisuline koostöö.

Tööandjate ja koostöö teemade üle arutati intervjuudes tagasihoidlikult ja spetsialistidel puudus sel teemal rääkides enesekindlus. Intervjuudes selgus ka, et tööandjate kaasamise juures tunnevad hirmu ka puudega inimesed ise, kuna kardavad tööandajale lisakoormust tekitada ning seetõttu töökohta kaotada. Nii klientide kui ka rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide poolt tajutakse tööandjate vähest valmisolekut puudega inimese rehabilitatsiooniprotsessis kaasa löömisel. Tööandjatega koostöö tegemine on oluline teema ka töövõimereformiga seonduvalt. Küsimusi tekitab, kuivõrd on valmis tööandjad, puudega inimesed ja rehabilitatsiooniasutused töövõimereformiks.

Kokkuvõte

Minu magistritöö teemaks oli uurida, kuidas teevad Tartumaa rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd kogukonna erinevate partneritega. Lähemalt uurisin, kellega teevad rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid koostööd ja kuidas toimub koostöö kliendi kogukonna erinevate partneritega. Uurimuse käigus viisin läbi 7 intervjuud 8 rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistiga.

Andmete analüüsi käigus selgus, et kuigi kogukonna kaasamine on rehabilitatsioonis väga oluline, siis tegelikkuses ei ole see väga levinud. Kogukonnatööd ja keskkonna mõjutamist ei peeta praegusel ajal rehabilitatsiooni osaks, pigem leitakse, et see on lisakohustus, mis ei ole tasustatud. Kuigi kogukonna arendamist ei peeta rehabilitatsiooni osaks, siis koostööd kliendi lähedastega ja erinevate asutustega peetakse siiski oluliseks ja koostöö tegemist nähakse ressursina rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisel. Asutustest kaasatakse kõige enam selle piirkonna kohalikku omavalitsust, kust klient pärit on. Koostööd tehakse ka sagedamini haridus- ja meditsiinasutustega.

Kuigi puudega inimesed on tööturul nõrgemas positsioonis, tehakse tööandjatega väga vähesel määral koostööd. Levinud on praktika, kus klient suunatakse tööle saamist või tööl püsimist puudutavate teemadega teise teenuseosutaja juurde, kuid seejuures edaspidine koostöö teise teenuseosutajaga on puudulik. Antud teema vajab suuremat tähelepanu ning loodan, et ka pärast töövõimereformi käsitletakse puuetega inimeste tööle saamise ja tööl püsimise teemasid oluliselt enam.

Analüüsi käigus selgus mitmeid kitsaskohti rehabilitatsiooniteenuse korraldamises. Praegune teenuse korraldus, kus inimene võib rehabilitatsiooniteenusele sõita ühest Eesti servast teise, ei soodusta koostöö tegemist kogukonnaga, mis rehabilitatsioonis on üks võtmekohti. Kui klient tuleb teenusele kaugemalt, nõuab see rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistilt lisaressurssi, et end kliendi kohalike oludega kurssi viia. Teiselt poolt ei ole otstarbekas, et iga meeskond teeks kogukonnatööd väljaspool enda kogukonda. Rehabilitatsiooniteenuse arendamine kogukonnatöö valdkonnas on väga oluline ning see peab toimuma üle Eesti samadel põhimõtetel.

Pean oluliseks uurida ja arendada rehabilitatsioonivaldkonda ning arvan, et käesolev magistr töö saab olla üheks võimaluseks sellele kaasa aitamisel. Magistr töö käigus uurisin lähemalt Tartumaa rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koostööd kogukonna erinevate partneritega, kuid kuna rehabilitatsiooniteenus on üle Eesti korraldatud samadel kriteeriumitel ja põhimõtetel, siis võib uurimustulemusi kaudselt laiendada ka teistele maakondadele

Kasutatud kirjandus

1. **Albrecht, G.A. (2006).** *Encyclopedia of Disability*. 1: 286-287 Sage Publication
2. **Anthony, W.A., Furlong-Norman, K. (2011).** *Reading in Psychiatric Rehabilitation and Recovery*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
3. **Anthony, W. A., Farkas, M. D. (2009).** *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
4. **Bezyak, J. L., Walker, A., Gilbert, E., Trice, A. (2012).** Community Partnerships: Initial Steps for Rehabilitation Counseling Professionals *The Journal of Rehabilitation* , 78 (3):3-10
5. **Brinkmann, S. (2008).** *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. London: Sage Publications
6. **Bugarszki, Z. (2014).** Deinstitutionaliseerimine ja kogukondlik hoolekanne postsotsialistlikes riikides, Lääne-euroopas ja USAs. *Sotsiaaltöö* 3: 31-36.
7. **Chambers, R., Tullys, T., Mayer, K., Wigand, D. (2008).** Regional Collaborative Practice in Psychiatric Rehabilitation and Recovery: A Best Practice Model. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7:3-4,187-231.
8. **Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. (2012).** *Interprofessional rehabilitation. A person-centered approach* . Chichester: Wiley-Blackwell
9. **Doorn, L. van. (2012).** Returning to the basics. H. Van Ewijk, J.van Eijken, H. Staatsen (toim.) *A good society is more than just a private affair: Citizenship based social work in practice*. 58-71 Bremen: Europäisher Hochschulverlag GmbH & Co.KG
10. **Eijken, J. van. (2012).** Social workers and modern citizens. H. Van Ewijk, J.van Eijken, H. Staatsen (toim.) *A good society is more than just a private affair: Citizenship based social work in practice*. 3-24 Bremen: Europäisher Hochschulverlag GmbH & Co.KG
11. **Euroopa Komisjon (2010).** *Puuetega inimeste strateegia 2010-2020: Uued sammud tõketeta Euroopa suunas*. Brüssel: Euroopa Komisjon

12. **Ewijk, H. van. (2010).** *European social policy and social work: citizenship-based social work.* London: Routledge
13. **Ewijk, H. van. (2012).** Concertation in the social zone H. Van Ewijk, J.van Eijken, H. Staatsen (toim.) *A good society is more than just a private affair: Citizenship based social work in practice.* 42-57 Bremen: Europäisher Hochschulverlag GmbH & Co.KG
14. **Farkas, M.D., Anthony, W.A. (2010).** Psychiatric rehabilitation intervention: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114–129
15. **Flick, U. (2007).** *Designing Qualitative Research.* London: Sage Publications
16. **Flick, U. (2014).** *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis.* London: Sage Publications
17. **Germundsson, P., Danemark, B. (2012).** Vocational rehabilitation, interagency collaboration and social representations. *Work* 42, 507-517
18. **Haukanõmm, M. (2013).** Puuetega inimeste õiguste kaitse Eestis. K.Käsper, M. Meiorg (toim.). *Inimõigused Eestis 2012. Eesti inimõiguste Keskuse Aastaruanne.* Tallinn: SA Inimõiguste Keskus. Kasutatud 01.05.2015 http://humanrights.ee/wp-content/uploads/2013/03/aruanne_koik_ptk.pdf
19. **Hanga, K., Maas, H., Sõmer-Kull, S., Shultz, G. (2013).** Sotsiaalse rehabilitatsiooni, tehniliste abivahendite ja erihoolekandekorralduse analüüs. Kasutatud 20.03.2015. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/analuus_tv_k_seosed_sotsiaalteenustega_epik_juuni_2013_.pdf
20. **Hollander, Dirk den., Wilken, J.P. (2015)** Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil. Tallinn: DUO Kirjastus
21. ***International Encyclopedia of Rehabilitation.*** Kasutatud 25.04.2015 <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/>

22. **Jaeger, P. T., Bowmann, C. A. (2005).** *Understanding Disability. Inclusion, Access, Diversity and Civil Rights.* Westport, Conn: Praeger Publishers.
23. **Laes, T. (2014).** Puudega inimeste sissetulek ja vaesus. K. Pöder (toim.) *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine.* 139-151 Tallinn: Statistikaamet
24. **Lang, R. (2011).** Community-based rehabilitation and health professional practice: developmental opportunities and challenges in the global North and South. *Disability and Rehabilitation*, 33(2): 165–173
25. **Maailma Terviseorganisatsioon (2005).** Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK/ICF). Kasutatud 26.02.2015 <http://www.epikoda.ee/vana/include/blob.php?download=epikmain1&id=0667>
26. **Majandustegevuse register (2015).** Kasutatud 05.03.2015. <https://mtr.mkm.ee/>
27. **Narusson, D., Medar, M. (2014).** Puude kontseptuaalne käsitus. K. Pöder (toim.) *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine.* 6-15 Tallinn: Statistikaamet
28. **Nelson, G., Lord, J., Ochorcka, J. (2001).** *Shifting the paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community.* Toronto: Univerity of Toronto Press.
29. **Ortali, F., Criffo, G., Capobianco, S. (2014).** International cooperation and the inclusion of persons with disabilities: ihe Italian system. *Modern Italy* 19 (2): 213-223
30. **Oliver, M., Sapey, B., Thomas, P. (2012).** Social work with disabled people. Practical Social Work. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
31. **Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll (2012).** 29.06.2012 RT II, 04.04.2012, 6 <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>
32. **Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK) (2005).** http://vana.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/RFK_ICF_Sissejuhatus.pdf

33. **Saadi, R. (2013).** Eesti võimalused üleminekuks kogukonnapõhisele hooldusele.
Sotsiaaltöö 5: 29-31
34. **Sotsiaalhoolekande seadus** RT I, 2004,89,603; RT I 2005,38,299
35. **Sotsiaalkindlustusameti kodulehekül** Kasutatud 25.04.2015
<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>
36. **Sotsiaalministeerium (2011).** *Kliendikeskne esmatasandi juhtumitöö ning juhtumikorraldus sotsiaalkaitse tervikliku koostoime tagamisel.* Lõpparuanne. Tallinn: KPMG Baltics OÜ. Kasutatud 25.04.2015
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/kpmg_lopparuanne_5.pdf
37. **Sotsiaalministeerium (2014).** Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020. Kasutatud 25.04.2015. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf
38. **Tambaum, T., Medar, M., Narusson, D. (2014).** Tegevuspiiranguga inimeste sotsiaalne sidusus. K. Pöder (toim.) *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine.* 121-131 Tallinn: Statistikaamet
39. **Tervise Arengu Instituut (2005).** *PITRA tarkuseraamat.* Kasutatud 20.04.2015
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_tarkuseraamat.pdf
40. **Tervise Arengu Instituut (2008).** *PITRA II – Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega.* Lõppraport. Kasutatud 20.04.2015
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf
41. **Veldre, V., Masso, M., Osila, L., Kruus, P. (2012).** *Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eestis ja viies*

[http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium kontaktid/Uuringu ja analuusid/Sotsiaalvaldkond/praxis too voimetus eestis 5 el riigis v1.2 01.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/praxis_too_voimetus_eestis_5_el_riigis_v1.2_01.pdf)

42. **Wilken, J.P. (2012).** The new social professional. H. Van Ewijk, J.van Eijken, H. Staatsen (toim.) *A good society is more than just a private affair: Citizenship based social work in practice.* 169- 192 Bremen: Europäisher Hochschulverlag GmbH & Co.KG
43. **Wilken, J.P.; Admiraal, L.; Bugarski, Z.; Leenders, F.; Medar, M.; Narusson, D.; Saia, K.; Hanga, K. (2014).** *Improving community support of personas with disabilities. A study in three European countries.* RAAK International
44. **World Health Organization (WHO) (2011).** *Community-Based rehabilitation: CBR guidelines.* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Kasutatud 20.02.2015http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548052_introduutory_eng.pdf?ua=1
45. **World Health Organization (WHO) (2011).** *World report on disability.* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Kasutatud 22.04.2015 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1
46. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICF) Online. Kasutatud 24.04.2015. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

Lisa 1. Intervjuu kava

Koostöö mõistmine

- Mida te mõtlete koostöö tegemise all?
- Missugune on koostöö olemus?
- Mis Te arvate, kuidas näevad ja mõistavad teie meeskonna teised spetsialistid koostööd?
- Kuidas toimub kommunikatsioon teie meeskonna sees?
- Kuidas on korraldatud koostöö meeskonnast (asutusest) väljaspool?
- Meeskonna koordinaatorite endi funktsioon meeskonna suhtes?
- Kuidas avaldab mõju koostöö tegemine rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamisele?
- Kuidas toimub kommunikatsioon meeskonna sees ja meeskonnast väljas?

Koostöö keskkonna ja kogukonnaga

- Kuidas hindate koostöö vajalikkust inimest ümbritsevate asutuste ja lähedaste inimestega?
- Kuidas toimub töö kliendi kogukonna ja võrgustikuga?
- Kuivõrd teete koostööd kliendi igapäevaelu mõjutavate asutuste ja võrgustikuga: (lähedased, KOV, õppeasutus, tööandja, raviasutus, hooldusasutus, päevakeskus jne.) Milles see koostöö seisneb?
- Koostöö kellegagi kliendi algatusel?
- Kirjeldage ühte juhtumit, kus oli vaja koostööd teha kliendi kogukonnaga.
- Kuidas on kaasatud kliendi pere ja lähedased rehabilitatsiooniprotsessi ?
- Kuidas teete teiste rehabilitatsiooniasutustega koostööd ? (Kas ainult üle andmine või sisuline koostöö?)
- Kuidas te viite end kurssi sellega, missugused võimalused ja tingimused on kliendil tema kodukohas?
- Milline osa või roll on rehabilitatsioonil kogukonna arendamisel?

Takistused

- Missuguseid takistusi esineb koostöö tegemisel?
- Mis mõju need avaldavad koostöö toimimisele?

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Elerin Maisväli

12.01.1985

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

„Tartumaa rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistide koostöö kogukonna erinevate partneritega“,

mille juhendaja on Dagmar Narusson (MA),

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, 28. mail 2015.a.