

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Maarja Laande

**TÖÖALASE REHABILITATSIOONI  
KORRALDUS EESTI TÖÖTUKASSA  
TALLINNA JA HARJUMAA NÄITEL  
AASTATEL 2020–2021**

Lõputöö

Juhendaja: Ewe Alliksoo, MA

Pärnu 2023

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Maarja Laande

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	4
1. Teoreetiline ülevaade tööalasest rehabilitatsioonist, korraldamisest ja osutamisest ....	7
1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus .....	7
1.2. Tööalane rehabilitatsioon välismaal ja Eestis .....	9
1.3. Töövõime hindamine.....	15
1.4. Vähenenud töövõimega inimesed tööhõives 55+ sihtrühmas .....	17
2. Uuring tööalase rehabilitatsiooni korraldusest Eesti Töötukassas Tallinnas ja Harjumaal.....	20
2.1. Tööalane rehabilitatsioon Tallinnas ja Harjumaal.....	20
2.2. Uurimistöö metoodika ja valim.....	23
2.3. Uuringu tulemused ja analüüs .....	25
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud .....	36
Kokkuvõte .....	39
Viidatud allikad.....	42
Lisad.....	47
Lisa 1. Andmestik .....	48
Lisa 2. Osalemise kestus teenuseosutajate juures keskmise järgi (n=636) .....	50
Summary .....	52

## SISSEJUHATUS

Töötamine on tööealise inimese üks oluline osa. Et töötada on vaja oskusi haridust ja töövõimet. Kõigil tööealistel inimestel ei ole tervisega alati 100% hästi, nende tervislik seisund ei sõltu ainult nende tahtest, nende töövõime võib olla vähenenud või puudulik. Rehabilitatsiooni teenuste abil on võimalik inimest tööle aidata saada/suunata, kui ka tööd hoida/ säilitada.

Sotsiaalkindlustusamet (2020, lk 5) viis aastail 2015–2016 läbi pilootprojekti, mille kaardistuse tulemusena selgusid rehabilitatsiooni teenuste peamised kitsaskohad:

- ebapiisav rahastamine ning spetsialistide tunnihindade erinevus meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis;
- terviknägemuse puudumine rehabilitatsiooni erinevate valdkondade vahel;
- teenusekeskne lähenemine ning kliendi eripärade ja reaalsete vajadustega mitteamvestamine;
- ühtsete standardite puudumine;
- selgelt sõnastatud eesmärkide puudumine või seatud eesmärkide mittesaavutamine rehabilitatsioonis;
- vastutuse ebaselgus, mistõttu abivajajaid ei seota süsteemselt järgmise vajaliku etapiga;
- ebapiisav andmevahetus meditsiinilise, sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni vahel (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 5).

Antud kitsaskohad põhjustavad ebaefektiivsust ja loovad takistusi, et vähenenud töövõimega inimene saaks võimetekohaselt ühiskonna elus osaleda ning vajaduspõhine liikumine erivaldkonna teenuste vahel on rakendatud või puudulik (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 5).

Eesti Haigekassa (2021, lk 17) aasta auditi tulemusel oli olukord viie aastaga mõnevõrra paranenud, küll aga oli dokumenteerimise tase erinevate valdkondade vahel ebahühtlane, mis raskendas vastuste saamist kõigile auditis eeldatud küsimustele. Kõige suurema positiivse muutusena toodi välja, et süsteemidele loodi eraldi rahastajate süsteem – sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni teenuste osutamiseks, miinuseks et auditeerimise aeg sattus ülemineku aega, mille tulemusena said osad kliendid mõlemat rehabilitatsiooni teenust paralleelselt, see omakorda raskendas andmete kirjeldamist. (Eesti Haigekassa 2021, lk 21). Veel selgus, et taastusravisse suunati arstide ja eriarstide poolt hulgaliselt patsiente, küll aga mitte sagedaselt sotsiaalsele ja tööalasele rehabilitatsiooni teenustele. Olukorra tingis, et sotsiaalsele rehabilitatsioonile suunamine toimus läbi Sotsiaalkindlustusameti ning tööalase rehabilitatsiooni korral tegi vastava otsuse Töötukassa, teadaolevalt ei kajastunud see informatsioon rehabilitatsiooniteenuste dokumentides (Eesti Haigekassa 2021, lk 21).

Auditi kokkuvõttes toodi veel välja, et tegevuspiirangutega seoses saadakse enamasti vajalikud teenused kätte ning süsteemipoolseid takistusi oli eesmärkide saavutamisel oluliselt rohkem, kui kliendipoolseid takistusi (Eesti Haigekassa 2021, lk 41). Sarnaste probleemideni jõuti Poola (2019, lk 14) uuringu järeldustes, kus inimese tervislik seisund ei ole alati takistuseks tööle naasmisel, probleem on teenuste kvaliteedis, ebapiisava toe puudumine inimesele ning süsteemide vahelistes puudustes. Teenused ei arene poliitikaga sarnases tempos, tööandjale ei poliitiliselt toetavad otsuseid, et võtta tööle puuetega inimesi. Süsteemid on liialt keerulised, ekspertide soovitus on, et toetussüsteemid on vaja lihtsamaks teha, samas ei tohi unustada teenuste arendamist (Pilat *et al.*, 2019)

Käesoleva lõputöö uurimisprobleemiks on, et tööalase rehabilitatsiooni teenuste korraldust sihtgrupile 55+ on vähe uuritud nii Eestis kui ka välismaal.

Töö autor on valinud oma lõputöö keskmeks teemaks tööalane rehabilitatsioon ja selle korraldus Eesti Töötukassas. Antud lõputöö eesmärk on välja selgitada tööalase rehabilitatsiooniteenuse osutamist ja korraldamist aastatel 2020–2021 Eesti Töötukassa Tallinna ja Harjumaa näitel 55+ vanuserühmas ja teha uurimistulemustest lähtuvalt

töölase rehabilitatsiooni teenuse parendamiseks parendusettepanekuid Eesti Töötukassale.

Uurimisküsimused:

- Milline on töölase rehabilitatsiooni teenuste kasutus ja korraldus 55+ vanuserühmas?
- Milline seos on ajalisel sekkumisel töötutel ja töötavatel töölasel rehabilitatsioonil osalemisega 55+ vanusegrupis?

Uurimisülesanded:

- anda teoreetiline ülevaade töölasest rehabilitatsioonist selle korraldamisest ja osutamisest, töövõime hindamisest ning tööle rakendumisest;
- analüüsida uurimistulemusi, teha järeldusi ja parendusettepanekuid tulenevalt uurimistulemustest Eesti Töötukassale.

Uurimisülesannete lahendamiseks kasutatakse kvantitatiivset uurimisviisi, millega soovitakse uurida teenuse kasutamist ja tulemuslikku teenuste lõpetamise ajalist faktorit. Baseerutakse töö autorile antud andmestikust Eesti Töötukassa poolt ja materjali otsitakse teaduslikest artiklitest, teaduskirjandusest, kehtivast valdkonna seadusandlusest, organisatsioonide dokumentidest ning andmebaasidest.

Töö koosneb kahest põhiosast. Esimeses osas annab töö autor ülevaate rehabilitatsiooni teoreetilisest poolest. Töö teine osa on kaetud uurimistöo empiirilise osaga. Kirjeldatud on ettevõtet Eesti Töötukassa, mille raames antud uuring läbi viidi. Lisaks tutvustatakse uuringu metoodikat, valimit, kuidas saadi antud uuringu andmed ning põhiliseks selles peatükis on uuringu analüüsi osa. Seejärel on antud ülevaade uurimistulemustest, millest tulenevalt tehakse järeldused ja parendusettepanekud Eesti Töötukassale

# 1. TEOREETILINE ÜLEVAADE TÖÖALASEST REHABILITATSIOONIST, KORRALDAMISEST JA OSUTAMISEST

## 1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus

Rehabilitatsiooni käsitlusi on erinevaid – rehabilitatsiooni abil aidatakse inimesel integreeruda ühiskonda, et ta saaks iseseisvalt ilma olulise kõrvalise abita hakkama. Teenuste ja toetustega hoiab ka riik kokku, kui inimene ei vaja lisaabi ühiskonnas hakkama saamisel, nii tervislikult, sotsiaalselt kui ka majanduslikult.

Rehabilitatsiooni definitsioon pärineb aastast 1982, mille esitas Ühinenud Rahvaste Organisatsioon puuetega inimeste koda ja selle sõnastus kõlas järgmiselt „Protsess, mille eesmärk on võimaldada puuetega inimestel saavutada ja säilitada oma optimaalne füüsiline, sensoorne, intellektuaalne, psühhiaatriline ja/või sotsiaalsed funktsionaalsed tasemed, pakkudes neile vahendeid, et muuta nende elu kõrgemale iseseisvuse tasemele“ (Blouin & Echeverri, 2010, lk 8). Tänapäeval tuleks aga rehabilitatsiooni defineerida kaasaegsemalt „puudega inimese hindamise protsessi ja sekkumist, mille üldeesmärk on inimese maksimaalne osalus ühiskonnas“. See määratlus on peaaegu klassikaline. Sellisena kirjeldab see üldist kategooriat ja valdkonda, kuhu rehabilitatsioon kuulub: „hindamise ja sekkumise protsess“ (ja kaasamise kaudu „ennetus“) ning rehabilitatsiooni subjekti spetsiifikat: puudega inimene. Sellest järeldub, et taastusravi kui kliiniline valdkond on teaduslik valdkond, kuna nendel hindamistel ja sekkumistel on teaduslik alus. Ja see on ka teleoloogiline määratlus, kuna see rõhutab rehabilitatsiooni lõppeesmärki ehk inimese “sotsiaalset osalust”, kuigi rehabilitatsiooni vaheeesmärgid on inimese jaoks sama olulised kui sotsiaalne osalemine. (Blouin & Echeverri, 2010, lk 8–9).

Maailma Terviseorganisatsiooni 2017 aasta nõukogu tegevuskavas „Rehabilitation 2030..“ on rehabilitatsiooni sõnastust defineeritud kaasaegsemaks - rehabilitatsioon kui taastusravi tegeleb inimese ägeda tervises seisundi parendamisega ning taastumisega tema igapäevaelu etappides, optimeerides selle võimet ja vähendades puude mõju, tervise punktist mõeldakse kaugemale ja tähtsal kohal on ka ennetamine, et tervisekahjustusega inimene saaks võimalikult hästi iseseisvalt hakkama. (World Health Organization, 2017, lk 9, 10)

Habicht jt. (2018, lk 136) Eesti tervishoiusüsteemide raporti kohaselt jaguneb Eesti rehabilitatsioonisüsteem kolmeks:

- taastusravi ehk meditsiiniline valdkond, mille eest vastutab tervishoiusüsteem;
- sotsiaalne rehabilitatsioon ehk taastada sotsiaalne osalus ühiskonnas, vastutus hoolekandesüsteemil;
- tööalane rehabilitatsioon ehk tööhõivesüsteemi valdkonna vastutus.

Teenustel puudub nii Eestis kui ka mujal maailmas ühtne standardkeel, sest kindlad piirid erinevate rehabilitatsioonisüsteemide vahel pole määratletud, mille tulemusel võib tekkida ka teenustel info dubleerimine. Samas tuuakse selles uuringus välja, et rehabilitatsioon ei saagi olla ainult ühe valdkonna pädevuses. (Tamm *et al.*, 2021, lk 15)

Eesti Haigekassa (2021, lk 27) auditist selgusid probleemsed valdkonnad millega ei olnud tegeletud, rehabilitatsioonis olid seisakus olnud vaimsete ja nägemisfunktsioonidega valdkonnad. Põhjuseks eeldati, et antud valdkonnad vajasis rehabilitatsiooni teenuse osutamise jaoks meditsiinilist sekkumist, mis on aga vastuoluline, sest rehabilitatsiooni teenuse raames ei osutata meditsiinilist teenust. Samalaadse erinevate valdkondade mittekoostöö muster tuli välja Soome Sotsiaalkindlustusameti (2022, lk 1) läbiviidud uuringust, kus toodi välja, et tööalase rehabilitatsiooni efektiivne kasutamine parendaks tervishoiuteenuste kasutamise sagedust või vähendaks koormust tervishoiuteenuste valdkonale. Sama uuringu kokkuvõttes (Sotsiaalkindlustusamet, 2022, lk 11) tuli välja, et teenuste osutamine on võimalik ainult korraliku dokumenteerimise korral registritepõhiselt ning vajalik on poliitiline sekkumine, et erinevates rehabilitatsiooni valdkondades toimuks hea koostöö (Rinne & Perhoniemi, 2022, lk 11)

Eesti Haigekassa auditis (2021, lk 28–29) erinevalt eeldustest toodi välja kindlad põhjused, miks rehabilitatsiooni saanud isikutega ei tegeletud piisavalt, põhiliseks argumendiks ebapiisav teenuste profiil ja ka dokumenteerimine oli vähene, see omakorda tekitas olukorra teenuste hindamiseks. Olulise kitsaskohana ka määramata jäänud teenuste nimekiri, mis rehabilitatsiooni kliendile on erilise tähtsusega, mõningatel juhtudel võis olla ühele isikule määramata lausa mitu teenust. Teenusteks, mis jäid antud auditi kohaselt määramata:

- psühholoogiline nõustamine;
- tegevusteraapia;
- füsioteraapia teenused.

Hanga (2022, lk 38) toob oma artiklis välja, et Maailma Terviseorganisatsiooni uusimas rehabilitatsiooni tegevuskavas võetakse keskmeks kohaks teenused ning need on vajalikud erineva taustaga inimestele, kellel on terviseprobleemid. Uue määratluse kohaselt toetab rehabilitatsioon ägeda terviseprobleemi korral, igas eluetapis, toetab taastumist, arengut ja toetab inimese kohanemist tema uue terviseprobleemiga. Põhirõhk on inimese teadlikkuse tõstmisel, uute oskuste omandamisel ja nende jõustamisel, et ta läbi nende saavutaks iseseisvuse ja oskaks oma terviseprobleemiga ühiskonnas toime tulla. Samas toob Hanga (2022, lk 38) oma uurimuses välja, et Maailma Terviseorganisatsiooni uusima rehabilitatsioonistrateegia eesmärk on keskenduda rehabilitatsioonivaldkonna edendamisele ja teenuse kättesaadavuse parendamisele asjaomastele, samas ei saa kõrvale jätta inimeste funktsioneerimisega seotud teavet ja andmeid, mille abil parendada teenuseid. Teenuste parenduse keskmes kasutatakse uut rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni.

Seega saab tõdeda, et rehabilitatsioonile on alus pandud aastakümneid tagasi. Rehabilitatsiooni käsitlus ja mõiste on ajas muutunud vaid käsikäes uuenduste ja parendustega kolmes valdkonnas (meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases).

## **1.2. Tööalane rehabilitatsioon välismaal ja Eestis**

Tööalase rehabilitatsiooni teenus on tööelisel terviseprobleemiga inimesel vajalik selleks, et saada abi vastavalt tema terviseseisundist töö leidmisel või töö

jätkamisel/säilitamisel. Töölase rehabilitatsiooni teenused on laialdaselt levinud nii Euroopas, kui ka mujal maailmas.

Euroopa Komisjoni (European Commission, 2012, lk 6, 7) aruandest selgub, et rahvastiku vananemine on suureks väljakutseks paljudes Euroopa riikides, pensionireformidega tõstetakse pensioniiga ja pikendatakse tööealisust. Kui aastal 2010 oli tööealistel inimestel eakate ülalpidamise kohustus 26%, siis prognoosi kohaselt aastaks 2050 on see juba 50%, ehk pea kahekordne. Samuti toob Rahvusvaheline Tööorganisatsioon välja, et maailma rahvastikust on 15% inimestest erivajadusega. Puue on kergemini vastuvõetavam naiste, vaeste ja vanemaaliste seas. (International Labour Organization, 2020, lk 8). Vaadates veel erinevate maade teaduslikke fakte on Maddineshat jt (2022, lk 120) oma uuringus toonud välja, et osa töötavaid inimesi, kes kannatavad vaimuhaiguste all on vastuvõtlikumad haigustele, neil on suurem oht töövõimetusele ja sotsiaalsele isoleeritusele. Lisaks on tööle naasmine konkurentsitihedas tööturul võimalik vaid 10–25%.

Samadele faktikinnitustele on jõudnud ka Van Campen ja van Santvoort (2013, lk 8, 9) Euroopa erivajadustega inimeste heaolu uuringus. Võrreldi erivajadustega ja tavainimeste erinevusi hea- ning rahuolu aspektidest tulenevalt. Võrdluse aluseks oli isiklikud ressursid, osalus töö- ja sotsiaalelus, majanduslik staatus ja toimetulek, tulenevalt siis, kas isikul on erivajadus või mitte. Uuring viidi läbi Euroopa kahekümnes riigis. Uuringu tulemusena selgus, et erivajadustega inimesed on ebasoodsamas olukorras, kui tavainimesed. Heaolu riikides ehk põhjapoolsemates riikides (Soome, Rootsi, Taani, Iirimaa) on erivajadustega inimeste rahulolu ja heaolu paremad. Oluliselt kehvem olukord erivajadustega inimestel on Ida-Euroopa riikides (Venemaa, Ukraina, Poola, Slovakkia) (Van Campen, C., & van Santvoort, M. 2013, lk 8, 9)

Healuriigis Hollandis, mis kuulub ka Euroopa Liitu on tööalane rehabilitatsioon kõrgelt väärtustatud. Näiteks on tööandjal kohustus maksta töötajale tema töövõimetusjuhtumi korral, kes ei ole vanaduspensioniealine sissetulekut kuni kahe aasta vältel, Samas peab tööandja tegema endast oleneva, et töötajat samal ajal tagasi tööle taasintegreerida. Tööandja hüvitatav töötasu peab olema vähemalt 70% senisest töötasust, kuid ei tohi olla väiksem kui miinimumpalk. (Masso *et al.*, 2015, lk 185)

Masso jt (2015, lk 33, 34) uuringus tuuakse välja, et töövõimetuse, sealhulgas tööga seotult kujunenud töövõimetuse hüvitamise süsteemid on erinevad, on lühiajalisi ja ajutist töövõimetust kui ka püsivat ja pikaajalist töövõimetust, nende hüvitamise skeem on riigiti erinev. Euroopas on üldjuhul levinumad 12.-kuulised hüvitamise skeemid. Nende uuringust saab välja lugeda, et nad tuginesid erinevatele analüüsidele, mille kohaselt tekib risk, kui inimene liigub erinevate töövõimetuse hüvitamiste (nt lühiajaline versus pikaajaline) vahel, ehk ta siseneb pikaajalisele hüvitamise süsteemi ja tal kaob motivatsioon töötada, mis omakorda tähendab, et on vaja ennetada töövõime kadu, et see ei süveneks, pigem on vaja toetada inimese integreerimist tööturule tagasi (Masso *et al.*, 2015, lk 33, 34).

Kahjuks ei ole ka välismaal tööalase rehabilitatsiooni korraldusega kõikides riikides seis hea. Hayward jt. (2019, lk 337) leiavad, et tööalase rehabilitatsiooni teenuse arendamiseks on vaja asjakohast rahastust, mille eest vastutuse peab võtma riik. Teenuse korraldajal on vaja selgeid rehabilitatsiooni määratlusi, peab koguma andmeid teenuse tulemuslikkusest ning hoidma tõhusat suhtlust teenuse osutajaga.

Tulles välismaalt Eesti tööalase rehabilitatsiooni korralduse juurde ning tuginedes esmalt seadustele, siis Eestis reguleerib tööalast rehabilitatsiooni Tööturuteenuste ja toetuste seadus. Tööturuteenuste ja toetuste seaduse (2005) § 23<sup>1</sup> järgi on tööalane rehabilitatsioon mõeldud tööealisele vähenenud töövõimega isikutele, kellel on erivajadus või püsiv/osaline töövõimetus. Tööalase rehabilitatsiooni teenus on isiku tööleluks ettevalmistamiseks, tööle asumiseks või töö jätkamiseks mõeldud tööturuteenus ja neid teenuseid vahendab Eesti Töötukassa. Tööalase rehabilitatsiooni teenust on võimalik saada tööealistel isikutel ja neid võimaldatakse vastavalt inimeste vajadustele. Tööalase rehabilitatsiooni teenust koordineerib Eestis Eesti Töötukassa. Tööturuteenuste ja toetuste seaduse (2005) § 20–21 osas on välja toodud seadusest tulenevad kohustused tööandjale ja teenuse korraldajale ning osutajale, kuidas toetud tööle rakendumist ellu viia ning nõudeid täita. Eesti Töötukassa aitab tööandjat tööruumide ja -vahendite kohandamisega, et abivajadusega inimene saaks selle tööandja juures tööle asuda, võimalus lepingu sõlmise korral abivahendit ka tasuta kasutada (Tööturuteenuste ja toetuste seaduse, 2005).

Töölasele rehabilitatsioonile saamiseks tuleb esmalt pöörduda lähimasse töötukassasse. Töölase rehabilitatsiooni teenuse vajadust hindab juhtumikorraldaja, kes omab vastavaid pädevusi. Teenuse vajaduse hindamiseks tuleb pöörduda oma kodukoha töötukassa esindusse. „Kui teenuse vajadus on hinnatud, aitab juhtumikorraldaja vähenenud töövõimega inimesel valida sobivaim teenuseosutaja.“ (Maas & Väljaots, 2015, lk 22).

Sotsiaalkindlustusameti (2020, lk 5–6) pilootprojekti arendustegevuste kohaselt sõlmiti kokkulepe, et pilootprojekti kitsaskohtade ületamiseks võetakse kasutusele piloteerimisena RFK. Eesmärk leida meditsiinilise, sotsiaalse ja töölase rehabilitatsiooni valdkonna vahel ühtne standardkeel, et vahetatav informatsioon oleks erinevate rehabilitatsiooni valdkondade vahel ühiselt mõistetav. Antud pilootprojekti seati ka ühtsed ülesanded valdkondadele;

- piloteerida RFK kasutamist standardkeelena kliendi funktsioneerimisvõime hindamise tulemuste kirjeldamiseks Eesti rehabilitatsioonisüsteemis;
- piloteerida RFK-le tugineva rehabilitatsioonitsükli rakendamist (Rehab-Cycle and ICF-based Documentation Tools), et töötada välja ühtlustatud tööprotsessid funktsioneerimisvõime ja teenuste osutamise järel saavutatud tulemuste hindamiseks;
- jälgida kliendi teekonda taastusravi- või rehabilitatsiooniteenusele suunamisest tulemuste hindamise ja protsessi lõpetamiseni. Selleks kasutatakse elektroonset hindamis- ja dokumenteerimiskeskonna prototüüpi kui töövahendit inimesega seotud rehabilitatsiooniteenuste info dokumenteerimiseks;
- vähendada rehabilitatsioonisüsteemi sattunud kliendi jaoks erinevaid hindamisi ning pakkuda välja lahendus kliendi vaates hindamistulemuste jälgimiseks;
- tõsta abivahendi vajaduse välja selgitamise kvaliteeti ja abivahendi määramise süsteemsust (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 5).

Antud ülesannete täitmiseks tehti vaheraporteid, toimusid vahekoosolekud, loodi ekspertmeeskonnad erinevate projektis osalenud osapoolte vahel sh Eesti Töötukassa ja Haigekassaga. Projekti juhtis 2019. aastast Sotsiaalkindlustusamet (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 6).

Eesti Haigekassa (2021, lk 4) auditi järeldustes tuuakse välja, et kui erinevaid süsteeme hoitakse lahus, siis ei tunta teise süsteemi spetsiifikat, kuigi kokkuvõttes tegeletakse ühise eesmärgi nimel. Teiseks aspektiks, et info ei liigu piisavalt, mille tulemusel ei saa klient talle vajalikke teenuseid, osade teenuste osas võib olla ka kattuvusi ja see tekitab institutsioonidele lisakulutusi. Vajaduse korral ei saa klienti suunata rehabilitatsioonisüsteemist tervishoiusüsteemi ja vastupidi ning sellepärast kannatab rehabilitatsiooniteenuse kvaliteet (Eesti Haigekassa, 2021, lk 4).

Hanga (2020, lk 65, 69) kirjutab oma artiklis Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, puude ja tervise klassifikatsiooni (ingl *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) kasutuselevõtust, mille töötas välja Maailma Terviseorganisatsioon pika arendustöö põhjal rahvusvahelisel tasandil. Antud klassifikatsioon „Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon“ (edaspidi RFK) võeti vastu 2001. aastal Maailma Terviseorganisatsiooni Peaassamblee poolt (Hanga, 2020, lk 65). Hanga (2022, lk 40, 41) selgitab antud klassifikatsiooni vajalikkusest ja kasutusele võtmisest Eesti Töötukassas ning mis tulemuse see annab tulevikus – parema kliendikeskse tööalase rehabilitatsiooni korraldamise, rehabilitatsiooni valdkondade sujuvama koostöö ja klientide efektiivseks hindamise tööriista. Lisaks on see Maailma Terviseorganisatsiooni poolne soovituslik ettepanek kõikidele riikidele, kes kuuluvad sellesse organisatsiooni. Hanga (2022, lk 38) toob välja, et antud klassifikatsiooni abil analüüsis Eesti Töötukassa 2020.–2021. aastal tööalase rehabilitatsiooni teenuseid. Töötukassa kasutab RFK-d töövõime hindamisel ja alates 01.maist 2023 hakkas töötukassa pidama andmevahetust tööalase rehabilitatsiooni teenuseosutajatega.

Sotsiaalkindlustusameti pilootprojektis (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 10) on välja toodud ka RFK kasutamise kasutegurid, mis eelnevalt on kinnitust leidnud rahvusvahelise kogemuse põhjal, need on alljärgnevad:

- RFK soodustab integreeritud teenuseosutamist, infovahetust ja valdkondade ülest koostööd, võimaldades seeläbi lammutada erinevaid arusaamu erinevate erialade ja valdkondade vahel;

- RFK võimaldab koostada erineva detailsusega ülevaateid inimese seisundist. Praktilist kasutamist hõlbustavad RFK-l põhinevad tööriistad nagu kontrollloendid, lühivormid ja hindamisinstrumendid;
- oluline RFK tugevus on kliendikeskse teenuseosutamise toetamine;
- RFK annab võimaluse hinnata tulemusi ühtse metoodika alusel erinevates süsteemides (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 10).

Lisaks oli välja toodud ka puudused ja arendusvajadused, millega antud pilootprojekti raames siis tegeleti, et neid ületada. Tulemustena toodi (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 34) välja, et klientide üleminekud pilootprojektiraames muudeti sujuvamaks, kui see on tavapäraselt, ilma RFK kasutamata, sest andmekeskonna prototüübi abil oli infovahetus ühtlasem. Küll aga ei näinud pilootprojektis osalenud klient ise keskkonnas teda puudutavat analüüsi osa, see väljastati kliendile soovi korral paberkandjal. Projektis osalenud teenuseosutajad, kel puudus varasemalt RFK kasutuskogemus jagunesid valdavalt kaheks, ühed, kes RFKst kasu ei näinud ja teised, kes uskusid, et võidavad nii ajaliselt kui ka võimalust näha tulevikus võrdlusandmeid ja muutusi kliendi teekonnal (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, lk 34).

Hanga (2022, lk 41–43) kirjeldab tööalase rehabilitatsiooni protsessi tulevikus, kui võetakse kasutusele RFK. Esmalt pöörduv klient Eesti Töötukassasse, kus ta kohtub nõustajaga, kui koostöös selgub tööalase rehabilitatsiooni vajadus, suunatakse ta edasi juhtumikorraldusse. Järgnevalt tutvuvad kliendi taustainfoga infosüsteemis rehabilitatsioonispetsialistid, samas süsteemis näeb kliendi taustainfot ka tulevane teenuseosutaja, seda siis kokkupandud ekspertiisi näol. Edasises etapis kohtumisel rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistidega luuakse kliendiga koostöösuhe, selgitatakse välja kliendi ootused ja vajadused, toimub hindamine ning esialgsete eesmärkide ja alaeesmärkide kirjapanek. Antud hinnang sisestakse teenuseosutaja süsteemi, kus siis juba on kasutatud RFK-koode ja määrajaid, kui on vajadus, lisatakse täiendav informatsioon tekstina. Klient on teenusel teenuseosutaja juures, kus tegutsetakse vastavalt saavutuseesmärgile, mis tugineb eelinfole süsteemis ja kliendi tegevuspiirangust sõltuvalt. Tulemuste lõpphindamine sisaldab nii kvalitatiivset (selgitav hinnang), kui ka kvantitatiivset (statistilist) informatsiooni, kvantitatiivne informatsioon

on kodeeritud vastavalt RFKle. Tulemuste hindamine sisaldab ka edasi juhised kliendile teenuste või abivahendite kohta. (Hanga, 2022, lk 41–43)

Antud allikate põhjal võib kinnitada, et välismaal on vähenenud või puuduva töövõimega inimeste olukord täna teatud riikides paremas olukorras kui Eestis. Välismaal tagatakse seadustega inimesele töö säilitamine. Eestis liigutakse ka juba selles suunas, et viia tööalase rehabilitatsiooni teenused ja korraldus paremale tasemele.

### **1.3. Töövõime hindamine**

Kui inimesel on pikemaajalisem (vähemalt kestnud 6 kuud) tervisekahjustus, siis on tal soovituslik osaleda töövõime hindamisel. Töövõime hindamise eesmärk on tuvastada, kas inimese tervisekahjustus lubab temal osaliselt tööd teha või on töövõime hoopiski puuduv. Antud töövõime hindamise tulemusest sõltuvalt saab inimene taotleda temale vajalikke toetuseid ja teenuseid.

Aastal 2016 toimus töövõimereform, millest tulenevalt loodi uus töövõime süsteem, antud töövõimereformi eesmärk on aidata vähenenud töövõimega inimesi tööle ning säilitada inimeste töökohti, kes osalevad tööalasel rehabilitatsioonil. Töövõimereformi peamiseks täitjaks ja tööalase rehabilitatsiooni korraldajaks on Eesti Töötukassa. (Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR & Turu-uuringute AS, 2017/2018, lk 5). Tulles töövõimega ja töövõimetute juurde ning tuginedes erinevatele asjaoludele, esmalt uurides Statistikaameti (2023) andmeid, siis kuvandub neilt, et Eesti on 2022 aastal Eesti rahvaarv 1 331795, ning tööhõive määr osalise töövõimega inimeste hulgas oli 2021 aastal 67,3 %. (Statistikaamet, 2021).

Sotsiaalministeeriumi uuringus (Pärg, 2021, lk 11–12) toodi välja Eesti töövõime hindamise kitsaskohad:

- ajutise töövõime korral ei tohi inimene haiguslehe ajal töötada;
- arstide pealiskaudsed küsimused inimese töö ja ameti kohta;
- terviseriskide ühekülgne hindamine.

Inimese haigestumise korral on hüvitise suurus talle eelnevalt teenitud töötasust 70% ja maksimaalne periood, kui ta võib saada haigushüvitist on üldjuhul 182 päeva ühe juhtumi

kohta. Seaduste regulatsiooni kohaselt võib inimene aga vahepeal töötuks jääda, sest tööandjal on õigus töösuhte lõpetada. Ühendkuningriigis on aga süsteem korraldatud teisiti, perearst hindab töötaja haigestumisel tema töövõimet ja annab aegsasti tööandjale soovitusi, kuidas kohandada inimesele töökoht tema töövõime languse korral. (Pärg, 2021, lk 11–12)

Töövõimetoetuse seaduse (2014) § 7 järgi hindab isiku töövõimet Eesti Töötukassa ning tal on kohustus kaasata töövõime hindamise metoodikasse ekspertarvamuse saamiseks tervishoiuteenuse osutajaid ja teisi eksperte. Seaduse kohaselt hindab isiku töövõimet vastava väljaõppe saanud ekspertarst. Töötukassa tellib vastava eksperdiarvamuse koostamise tervishoiuteenuse osutajatelt. Töövõime hindamiseks vajaliku terviseandmete informatsioon saadakse tervishoiuteenuse tsiviilõigusliku lepingu alusel, kui aga olemasolevate andmete põhjal ei ole võimalik isiku töövõimet hinnata, siis saadetakse isik tervishoiuteenuse vastuvõtule, vajaduse korral hüvitatakse isikule vastuvõtul käimise eest erivajadusest tingitud lisakulud (Töövõimetoetuse seadus, 2014, § 7). Eesti Töötukassa tegi 2019. aasta jooksul üle 44000 töövõimehindamise otsuse ja rahastas samal aastal rohkem kui 5500 inimese tööalase rehabilitatsiooni teenuseid. (Aavik-Märtmaa, 2020, lk 75). Töövõimetoetuse seaduse (2014) § 8 kohaselt määrab töötukassa isikule osalise või puuduva töövõime taotluse esitamise päevast kuni viieks aastaks, kuid mitte kauemaks kui vanaduspensionieani. Korduvhindamise korral, kui isik esitab avalduse 50 tööpäeva enne kehtiva otsuse lõppemist, siis lõppemise järgnevast päevast.

Masso jt (2019, lk 75) uuringust tuleneb, et kui enne tööhõivereformi hinnati püsivat töövõimetust, siis tööreformi käigus töövõime hindamisel hinnatakse säilinud töövõimet. Vana metoodika kohaselt oli lähte seisukohaks funktsioonihäire, siis uue metoodikaga keskendutakse tegevuspiirangu ja osalemispiirangu hindamisega. Uus metoodika annab rohkem informatsiooni, mis on vajalik töövahenduseks, juhtumikorralduseks, töövõimet ja töövõimehõivet toetavate meetmete osutamiseks (nt abivahendite ja tööalase rehabilitatsiooni pakkumisel). Metoodika rakendumisel on suurimaks väljakutseks on ühesugune metoodika kasutus (Masso *et al.*, 2019, lk 75).

Töövõimereformi lõpphindamise tulemusel Eesti Rakendusuringute Keskuse info kohaselt on selgunud, (välja on antud sellekohane teabefail PDF kujul), et tänu

töövõimereformile osutus vähenenud töövõimega inimeste arv 2020. aastal 20,6% väiksemaks, kui seda oli eelnevate aastate vältel. Teise kasuna toodi välja, et töövõimereformi mõjul kasvas osalise töövõimega inimeste arv hõivesse liikumisel 5% kiiremini. Osalise töövõimega inimesed olid 2020. aastal hõivatud tööga 61%, püstitatud eesmärgiks oli seatud, et aastaks 2021 töötab osalise töövõimega inimesi vähemalt vähemalt 50% (Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar, 2022, lk 1).

Märtsist 2021 kuni jaanuarini 2022 viisid Töötukassa ja kohalike omavalitsuste üksused läbi koostööprojekti „Ühiselt jõuab kaugemale“. Projektis kirjeldati Töötukassa juhtumikorraldaja kogemust, kus juhtumikorraldaja tõdeb kliendi tööle saamise ja töösuhte säilitamine kahaneb märgatavalt, kui kliendil on probleemid mitmes eluvaldkonnas korraga, näiteks tervise- ja sotsiaalsed probleemid korraga. (Madisson & Kiis, 2022, lk 24)

Töövõimehindamine on seadustega rangelt reguleeritud ja töövõimehindamise korraldamine on Eesti Töötukassa pädevuses.

#### **1.4. Vähenenud töövõimega inimesed tööhõives 55+ sihtrühmas**

Vähenenud töövõimega vanemaealised inimesed on tööandjale suur väljakutse. Tuleb arvestatada töötingimustega kohandamisega mis on osalise töövõimega isikule seaduse poolt ette kirjutatud.

Eesti Vabariigi põhiseadus (1992, § 12, § 29) toob välja, et kõik on seaduse ees võrdsed, igal inimesel on õigus valida töökoht, tegevusala ja elukutse. ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon rõhutab, et puudega inimesi ei tohi diskrimineerida, neid tuleb võrreldes teistega inimestega kohelda võrdsel alustel tulenevalt puudega inimeste õigus ja teovõimest. Mis tähendab, et vähenenud töövõimega inimesel on õigus kandideerida ühiskonnas samale töökohale, kuhu kandideerib täistöövõimega inimene, neil on samasugune õigus osaleda ühiskonna elus nagu tavainimesel (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2013, lk 13–14).

Abram (2018, lk 4) viis läbi uuringu, kus uurimisobjektiks olid vähenenud töövõimega inimesed, kes kandideerisid tööle või osalesid tööelus. Tulemusena selgus, et vähenenud

töövõimega inimesed soovivad töötada, kuid ebameeldivate kogemuste tõttu tööle kandideerimisel ja tööl püsimisel on olukord raskendatud. Põhilisteks argumentideks oli vähene teadlikus erivajaduste inimestega haigustest ja vajadustest, mille tõttu sattusid nad ebaõiglase käitumise ohvriks ning teiseks argumendiks olid logistilised mured, kuidas erivajadustega inimesed tööle said, see teenus sõltus kohalikust omavalitsusest. 2018. aasta töötukassa analüüsi kohaselt oli tööle rakendamine üle 70% neil töötutel, kes said töötuskindlustushüvitist ja kelle töövõime ei olnud vähenenud, samas vähenenud töövõimega inimesete riskirühma kuulunud töötutest rakendusid tööle vaid 50% (Eesti Töötukassa, 2018, lk 33).

Maailma Vaimse Tervise Föderatsiooni hinnangul halveneb vanemaealiste vaimne tervis vanuse kasvades enam kui 20 protsendil, ning seda just vanuses 55+. Vananemisega muutuvad bioloogilised faktorid ajutöös, lisanduvad somaatilised haigused. Vaimse tervise süvenemisel saavad jõudu juurde füüsilised haiguste sümptomid. (Yasamy *et al.*, 2013, lk 20).

Eelnevaid teaduslikke fakte arvesse võttes ning et vanem generatsioon vanuses 55+ on ka Eestis tööalaselt vähem väärtustatud saab kinnitada Kuusiku (2015, lk 63) uuringu tulemustega, kus siis selgus, et tööandjad pigem väärtustavad töötajatena nooremaid inimesi ning tööandjad ise nägid vanemaealiste osakaalu kasvu ettevõttes pigem halvana.

Suhteliselt sarnaste tulemusteni jõudis Pettai (2018, lk 4–6), kelle uuringu tulemustest selgus, et 70% vastanutest Eesti tööandjatest on kinnistunud arusaamaga – vanemaealistel 50+ vanuses tööealistest inimestel on tööturul just vanusest tingitud erinevad takistused. Vastuste kohaselt iga seitsmes vastaja eeldas, et nad loovutavad oma töökoha nooremaealistele. Vastanutest nooremad 15+ kui 39 vanusegrupis 61% pole nõus töötama vanemaealiste (50+) kõrval. Vanuses 50–59 on tööalaselt rohkem tõrjutud ning neil on madal konkurentsivõime (Pettai, 2018, lk 10).

Lisaks on läbi viidud uuringuid, mis otseselt kajastavad vähenenud töövõimega inimeste tööturuolukorda. Turu-uringute AS (2021, lk 28) uuringust selgus, milliseid püsiva tervisekahjustusega või puudega inimest tööandjad oma asutusse kindlasti tööle ei võtaks. Ülekaalukalt kinnitati 81 vastaja poolt 861st, et vaimupuudega ja psüühikahäiretega

inimesi nad ei palkaks. Kolmandaks suureks piiranguks sai nägemispuue. Liikumis-, kuulmise,- ja kõnelemispiirangu suhtes oldi natukene leebemad, vastanutest langes protsent alla 50%. Nähtavate piirangute (nt mõne kroonilise haiguse) puhul võtaksid vastanutest tööandjad kõhklusteta tööle vaid 13.

Oma rolli tööle saamisel vähenenud töövõimega inimesel mängib kindlasti tööandjate teadlikus teenustest ja võimalustest vähenenud töövõimega inimene palgata riigi toel. Lumi (2020, lk 22) toob oma uuringus välja, tööandjate teadlikuse tööturuteenuste meetmete kasutusvõimalustest riigi toel. Teadmised ja teenuste kasutamise võimalus oli ettevõtetel väga erinev, osadel tööandjatel puudusid teadmised ja kogemused töökoha kohandamise või tööks vajaliku abivahendi kasutamise osas. Mingi osa ettevõtteid olid teadlikumad ja oli kaalunud neile ettevõtetele sobilike teenuse kasutust, mis võimaldaksid palgata vähenenud töövõimega inimest. Samas aga oldi skeptilised paberimajanduse vormistuse osas ning teenus jäi siiski kasutamata „oleks bürokraatia väiksem, siis kasutataks teenuseid rohkem“ (Lumi, 2020, lk 22). Positiivse tulemusena selgus Lumi (2020, lk 22) läbiviidud uuringus, et puidusektori tööandjad kasutatavad boonuseks ära pigem sotsiaalmaksu soodustust. Veel selgus, et antud sektoris uurimuses osalenud tööandjad olid teadlikud peale sotsiaalmaksusoodustuse saamisest vähenenud töövõimega inimeste palkamisel ka palgatoetustest, tööpraktikast kui ka tugiiskuteenustest. Viimaseid kirjeldatud teenuseid kasutati vähesel määral.

Saab tõdeda, et vanemaealiste tööle võtmine ja nende töö säilitamine tuleneb selle vanusegrupi tervislikust seisundist, inimese enda teadustamisest oma tööandjale ning tööandja teadlikkus oskus ja võimalused kasutada seaduse poolt ette nähtud hüvesi. Muidugi mängib suurt rolli ka tahtlik ja teadlik suhtumine vähenenud töövõimega inimesse.

## **2. UURING TÖÖALASE REHABILITATSIOONI KORRALDUSEST EESTI TÖÖTUKASSAS TALLINNAS JA HARJUMAAL**

### **2.1. Tööalane rehabilitatsioon Tallinnas ja Harjumaal**

Käesolevas peatükis antakse lühiülevaade Eesti Töötukassast ning Tallinna ja Harjumaa osakonnast, kui ka tööalasest rehabilitatsiooni korraldusest ja põhilistest teenuseosutajatest, kes Eesti Töötukassa koostööpartneritena tööalase rehabilitatsiooniteenust pakuvad.

Eesti Töötukassa alustas tegevust peaaegu 22 aastat tagasi, esmakande kuupäev organisatsiooni asutamisel on 13. juuni 2001, olles seaduse alusel tegutsev avalik-õiguslik juriidiline isik. Töötukassa koosseisu kuulub 12. aprilli 2023. aasta seisuga 1009 struktuuri ehk ametikohta (Registrite ja Infosüsteemide Keskus, 2023). Eesti Töötukassa kõrgeim juhtimisorgan on nõukogu, millel on kuus liiget. Vastavalt töötuskindlustuse seadusele nimetab Vabariigi Valitsus kaks nõukogu liiget, Eesti Ametiühingute Keskliit ja Teenistujate Ametiliitude Organisatsioon kumbki ühe liikme ning Eesti Tööandjate Keskliit kaks liiget. Töötukassa tegevjuhtimise eest vastutab neljaliikmeline juhatus. Eestis on maakondlikke osakondi kokku 15, Tallinna ja Harjumaa osakond jaguneb omakorda kuueks üksuseks: neli bürood (Lilleküla, Tõnismäe, Tondi ja Tähesaju), teenuste üksus ning Karjäärikeskus (Eesti Töötukassa, *s. a*).

Väga tähtsal kohal organisatsiooni toimimiseks on eelarve ja selle juhtimine. Töötukassa eelarves määratakse kindlaks nii organisatsiooni tulud kui ka kulud. Tulud kujunevad töötuskindlustusmaksete pealt, intressituludelt, riigieelarvelisest eraldisest ja muudest tuludest. Eelarve osadeks on töötuskindlustushüvitise sihtfondi eelarve, koondamise ja tööandja maksejõuetuse puhul makstavate hüvitiste sihtfondi eelarve, tööturuteenuste ja

-toetuste sihtkapitali eelarve, töötukassa tegevuskulude eelarve, reservkapitali eralised ning eraldised riigieelarvest tööturuteenuste osutamiseks ning tööturutoetuste, töövõimetoetuse ja erijuhtude sotsiaalmaksu maksmiseks (Töötuskindlustuse seadus, 2001, § 23).

Eesti Töötukassa kui rehabilitatsiooni teenuste korraldaja suunab inimese, kellel on puue või haiguse tõttu on inimesel erinevaid takistusi tööle asumisel, töö jätkamisel, kliendi vastava koostööpartneri rehabilitatsioonimeeskonna teenusele (Eesti Töötukassa, *s. a.-b*). Kui rehabilitatsiooni teenust vajaval kliendil on puudu motivatsioonist, siis selles osas aitavad üldjuhul rehabilitatsioonispetsialistid, samuti on olemas inimese enda tahtvõimetest, kas ta soovib teenust või mitte. Lisaks saab meeskond aidata kliendil tööellu sisse elamisega, tööandja nõustamisega Eesti Töötukassa teenuste osas, kuidas kliendile sobivamalt tööd korraldada või töökeskkonda kohendada. Samuti saab rehabilitatsioonimeeskond klienti aidata igapäevaelus esinevate probleemide korral, nt kuidas õppida kasutama abivahendeid, pakkudes psühholoogilist tuge, aidata kliendil kohaneda liikumistakistustega või parandada kõnet. Kliendile makstakse tööalase rehabilitatsiooni teenusel osalemisel sõidu- ja majutustoetust. Tööalane rehabilitatsiooni teenus kestab üldjuhul kuni üks aasta, korduv vajadusel ka pikemalt (Eesti Töötukassa, *s. a.-c*). Tööalase rehabilitatsiooni teenuse pakkujaid üle Eesti on 2023 märtsi kuu seisuga 91, neist Tallinnas ja Harjumaal 37. Tööalase rehabilitatsiooniteenuste pakkujad on spetsialiseerunud kindlale sihtgrupile klientidele, keda enda juurde oodatakse (Eesti Töötukassa, *s. a.-d*).

Tööalase rehabilitatsiooni teenus on vähenenud töövõimega kliendile Tallinnas ja Harjumaal väga oluline teenus. Eesti Töötukassa koostööpartnereid teenusepakkujatena on suurel määral. Töö autor on välja toonud teenuseosutajad, kelle juures kliendil teenustel enim osalesid:

- ABC Teraapia OÜ on tööalase rehabilitatsiooni teenuse pakkuja Tallinnas, ettevõtte vanuseks on 6,5 aastat. Tööalase rehabilitatsiooni tutvustusena toovad nad välja, et nad aitavad valmistuda ette tööeluks, toetavad tööle asumist või töötamist, aitavad parandada liikumisoskust või kõnet, õpetavad kasutama abivahendeid ning aitavad lahendada psühholoogilisi probleeme. Üldiselt saab antud ettevõttes abi valdavalt läbi

teraapiate (füsioteraapia ja psühholoogi vastuvõtt), kui ka teenuseid eriala spetsialistide toel (loovterapeut, logopeed, eripedagoog ja kogemusnõustaja). Avalikult on nende kodulehel olemas vaid teenused individuaalteenustena (ABC Teraapia OÜ, 2023).

- Adeli Eesti OÜ on oma kodulehel tööalase rehabilitatsiooni tutvustuses pikemalt kirjeldanud lahti sihtrühma, keda nemad teenindavad ning teenuste loetelu on kirjas, osutatatakse nii individuaalselt kui grupiööna teenuseid. Tööalase rehabilitatsiooni raames nad õpetavad klienti toime tuleva tervisehäire või puudega, aitavad arendada töövoimet ja sobitada töötingimusi lähtuvalt kliendist ning kohaneda tööeluga. Teenuste nimekiri on enamjaolt sama nagu eelmisel kirjeldatud teenuseosutajal, erandina märgitud individuaalne arsti teenus, mida kodulehe info kohaselt Eesti Töötukassa ei maksa. Antud info on kooskõlas „Sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määruse nr 66 lisa 1 (Sotsiaalkaitseminister, 2018). Märkimisväärne on selle ettevõtte vanus 19. aastat ja 9 kuud ning tegutseb Tallinnas. (Adeli Eesti OÜ, 2023).
- Mittetulundusühing Rehabilitatsioonikeskus Terveline ettevõtte vanuseks 6 aastat ja 2 kuud ning nende koduleht on pigem tagasihoidlik ja palju informatsiooni tööalase rehabilitatsiooni kohta sealt esimese otsinguga ei leia. Informatsioon peidetud erinevate linkide ja otseviidete alla, tegevukohaks jällegi Tallinn (Mittetulundusühing Rehabilitatsioonikeskus Terveline, 2023).
- Emyra Consult OÜ ettevõtte vanuseks 14.aastat, tegevusaadressiks Harjumaa, pakub nii sotsiaalset kui ka tööalast rehabilitatsiooni. Tööalase rehabilitatsiooni teenustena pakutakse kõiki seadusest tulenevaid teenuseid, mida vähenenud töövoimega klient vajada võib, nii individuaalteenustena kui grupiteenusena. Koduleht on hästi informatsiooni andev, kui klikkida vastavalt otsingueesmärgile (Emyra Consult OÜ, 2023).
- Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Tegemist riigiettevõttega ja vanuseks ettevõttel 21. aastat. Otsingu tulemusena leidis töö autor, et ettevõtte pakub nii sotsiaalset-, kui ka tööalast rehabilitatsiooni teenuseid neile suunatud klientidele. Selgelt on välja toodud, kui palju Eesti Töötukassa maksab aastas tööalase rehabilitatsiooni eest, see summa on 2500 eurot. Tööalane rehabilitatsioon antud ettevõttes valmistab ette klienti tööeluks ja toetab kliendi tööleasumist või töötamist.

Eraldi on välja toodud tööalase rehabilitatsiooni meeskonda kuuluvad spetsialistid (füsioterapeut, tegevusterapeut, taastusraviarst, psühholoog, vajadusel psühhiaater, logopeed/eripedagoog, loovterapeut, sotsiaaltöötaja ja õde). On failidena kuvatud teenuste hinnakiri, märgitud asukoht kuskohas rehabilitatsiooni teenuseid pakutakse ning kuidas käib registreerimine erinevatele teenustele (Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, 2023).

Vastavalt teenuseosutajate kodeerimisele lõputöö autori poolt tutvustatakse teenuseosutajana ettevõtteid, kes rehabilitatsiooni teenusepakkujana sai osutatud teenuste maksimumiks 7%. Sellest lähtuvalt kirjeldas töö autor viite ettevõtet, teised ettevõtted tuuakse vaid nimeliselt välja analüüsi peatükis. Et rehabilitatsiooni teenusele pääseda peab klient vastama Tööturuteenuste ja toetuste seadusesest (2005) tulenevatele kriteeriumitele ning kliendil endal olema ka motivatsiooni osaleda. Teenustest ja teenuseosutajatest teadlikkus kasvab iga aastaga, kuna Eesti Töötukassa teeb süvendatud meediakajastusi erinevatel teemal, nende missioon on toetada töö ja töötaja leidmist.

## **2.2. Uurimistöö metoodika ja valim**

Lõputöö eesmärgist lähtuvalt kasutati uuringu läbiviimiseks kvantitatiivset uurimisviisi. Kvantitatiivse uurimistöö eesmärgiks on seaduspõhiste teadmiste saamine, mis on kontrollitavad ja usaldusväärset tekitavad, uurides pigem suuremat populatsiooni, mitte üksikjuhtumeid, kogutakse arvandmeid (Õunapuu, 2014, lk 54–57). Kvantitatiivse uurimistöö puhul esitatakse saadud tulemused arvudena ja statistikana (Õunapuu, 2014, lk 61). Antud lõputöös koostati teisene andmeanalüüs, kus andmed saadi klienditoimikutest ning andmekogumismeetodiks on nende vaatlus. Selline andmeanalüüs sai valituks, kuna Eesti Töötukassa andis töö autorile päringu alusel analüüsimiseks vajaliku alusinformatsiooni vaid agregeeritud kujul (koondatud kokku ühte excel tabelisse). Andmete edastamisel peeti silmas andmekaitse põhimõtteid, kus kolmandatele osapooltele eriliigilisi andmeid ei edastatud.

Käesolevas töös eraldi andmekogumismeetodit ei kasutatud, sest saadud andmestik on kokku koondatud töötukassa andmespetsialisti poolt klientide toimikutest ja dokumentidest MS Excel tabeli kujul. Andmestikuks on antud lõputöös tööalasel

rehabilitatsiooniteenusel osalenud 55+vanuserühmas klienditoimikutest sisalduvad arvulised andmed. Sihtrühma kitsendamisel sai aluseks Kuusiku (2015, lk 4, 8) uuringu tulemus, mille kohaselt veerand tööandjad peavad värbamisel riskirühma kuuluvateks töötajateks 55–64 aastaseid, üle poolte tööandjatest eelistas värbamisel nooremaid inimesi vanemaealistele ning ka Euroopa Liidu mõistes on vanemaealised töötajad vanuses 55+. Lõputööd tehes arvestatakse teema konfidentsiaalsusega ja uurimistulemusi kajastatakse selliselt, et ükski uurimises osalev klient ei oleks äratuntav. Andmed, mida hakatakse analüüsima ja mis on töö autorile antud, on järgnevad:

- osalemised teenustel;
- teenuse periood;
- millise tegevuspiiranguga kliendid rehabilitatsiooni teenusel osalesid (füüsilised, vaimsed);
- tundide arvu vahemikud, kui palju teenusel osaleti;
- tundide jaotus tegevuspiirangu tüüpide alusel;
- alamteenusel osaletud tunde;
- sooline ja vanuseline jaotus,
- seisundi põhiline jaotus, kas teenusel osaleja oli töötu, töötav;
- teenuse lõpetamise jaotus;
- osalemise kordade põhine jaotus;
- mis tulemusel tööalane rehabilitatsioon lõpetati (lõpetas, katkestas, lõpetamata).

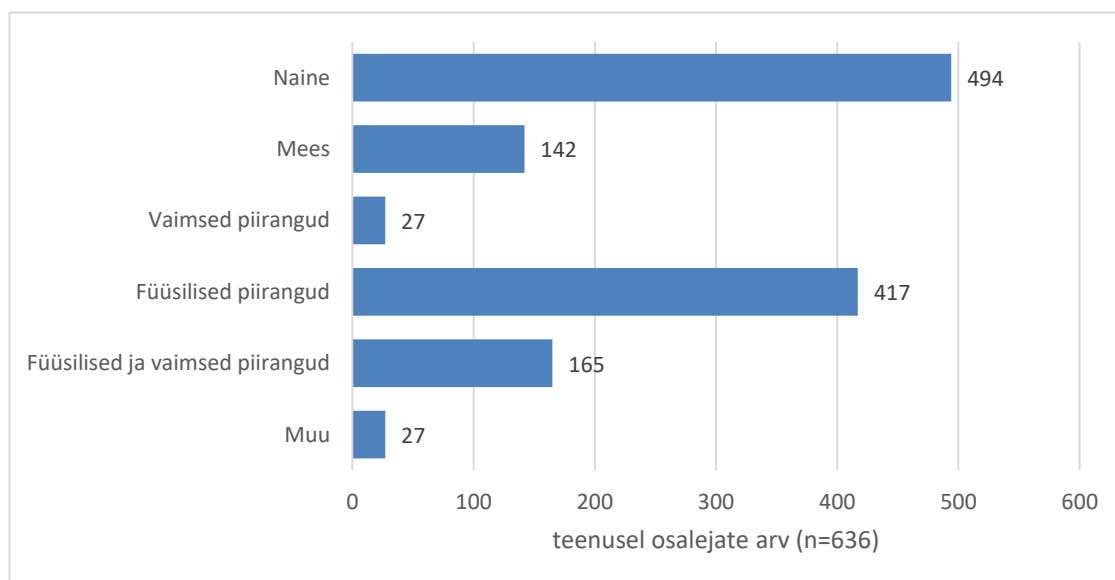
Uuringus kasutatakse kõikset valimit, mida kasutatakse siis, kui uuritakse ja analüüsitakse kogu populatsiooni. (Õunapuu, 2014, lk 143). Antud lõputöö raames kasutatakse Eesti Töötukassa registritest tulenevaid statistilisi andmeid, mis on koondatud nende andmesüsteemi. Uuringu sihtrühma kliente, kes on osalenud tööalase rehabilitatsiooni teenusel aastatel 2020–2021 on 636. See number näitab üldkogumit.

Andmete analüüsiks kasutatakse JASP 0.17.0.0 (ingl *Jeffreys Amasing Statistics Program*). Antud programm on statistikapakett (Goss-Sampson, 2022, lk 1). Andmeanalüüsimeetodina kasutati kirjeldavat statistikat ja hinnangute andmiseks järeldavat statistikat, see võimaldab valimiga kogutud andmete põhjal teha järeldusi ning prognoose kogu valitud populatsiooni põhjal. Tulemuste eesmärk kvantitatiivses

uurimistöös on visualiseerida arvandmed selgel kujul, kus tähtis osa on informatsioonist arusaadavusel maksimaalsest, kompaktselt ja ülevaatlilikul viisil. Teiseks esitada arvandmed viisil, mis võimaldavad teha järeldusi ja edasist analüüsi (Õunapuu, 2014, lk 185). Andmete analüüsimiseks kasutas töö autor võrdlevat andmeanalüüsi.

### 2.3. Uuringu tulemused ja analüüs

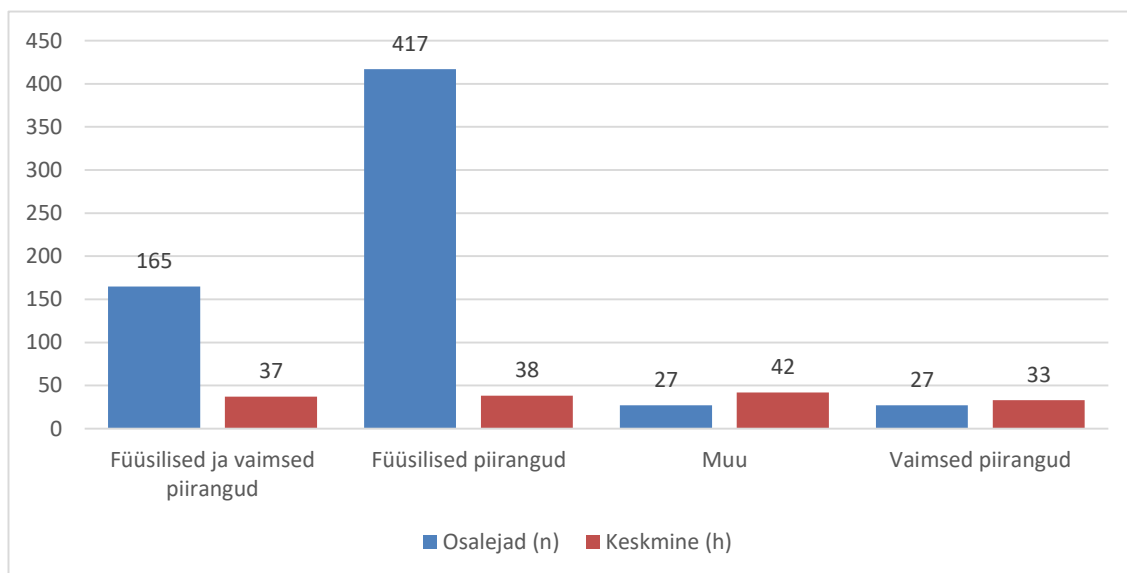
Selles peatükis keskendutakse andmete analüüsile ja analüüsi tulemustele. Uuringus osalevate klientide arv oli 636, kellest valdav osa 494 olid naised, uuringu mõttes olid nad enamuses ehk 78%, mehi osales tööalasel rehabilitatsiooni teenusel uuringu perioodi vältel vaid 142 ehk üldosalusarvust 22%. Lisaks jagunevad antud kliendid tegevuspiirangute kaupa erinevatesse gruppidesse, selgema ülevaate saamiseks on informatsioon koondatud joonisele 1. Antud joonise järgi saab täheldada, et suurem osa kliente, kes on teenusele tulnud, on füüsilise tegevuspiiranguga, osakaal teistega võrreldes on 66%. 26% kliente on kombineeritud tegevuspiirangutega (kellel on nii vaimsed kui füüsilised piirangud). „Muu“ piirangu gruppi kuulub inimene, kes ei ole läbinud töötukassa töövõime hindamist (tal on töövõime kaotus või puue) või tal ei ole tuvastatud ei füüsilisi ega ka vaimseid piiranguid, vaid tegemist on erijuhuga).



**Joonis 1.** Uuringus osalejate arv vastavalt soole ja tegevuspiirangutele (n=636).

Eesti Töötukassa andmete edastaja A.P (e-kiri, 06.12.2022) on töö autorile kommenteerinud „Muu“ tegevuspiirangut järgmiselt: „Antud andmete puhul on tegemist Sotsiaalkindlustusameti poolt edastatud andmete ehk hinnaguga klientide kohta Eesti Töötukassale, kes on mingil põhjusel ületuleku faasis märgitud piiranguga „muu“, sest neil klientidel ei ole tegevuspiiranguid tuvastatud, aga neil klientidel on õigus rehabilitatsiooni teenust saada.“ Nii selle „muu“ piirangu kui ka vaimse tegevuspiirangu jaotuvus teenusel osalenud klientide üldtulemiks osalusel on võrdselt 4%. Tegevuspiirangu andmed seisundi määratlusel tulevad töövõime hindamisest.

Järgneva joonise 2 järgi saab vaadelda kõikide teenuste keskmise osalusega osaletud tundide jaotust, kus siis eraldi võrdlusena tuleb välja, kui palju oli ühes või teises tegevuspiirangu grupis keskmine osalus. Kombineeritud tegevuspiiranguga klientide grupis ja füüsilise tegevuspiiranguga grupis on tundide keskmine vaid ühe tunni võrra erinev. Vaimse piirangu grupis on teenuse keskmine osalus juba madalam, vaid 33 tundi, kuid võrreldes teenuse kasutajate arvu keskmise tundidega, siis on teenuste kasutavus väga kõrge. Ning muu grupiga, kus ei saa piirangute iseloomu määratleda on täpselt sama lugu.



**Joonis 2.** Kokku osaletud tundide keskmise järgi (n=636).

Lisaks analüüsis töö autor tegevuspiirangute jaotust, kuidas erinevate tegevuspiirangute gruppide klientide osalus jaguneb teenustel osaletud tundide lõikes. Teenustel osalemisi

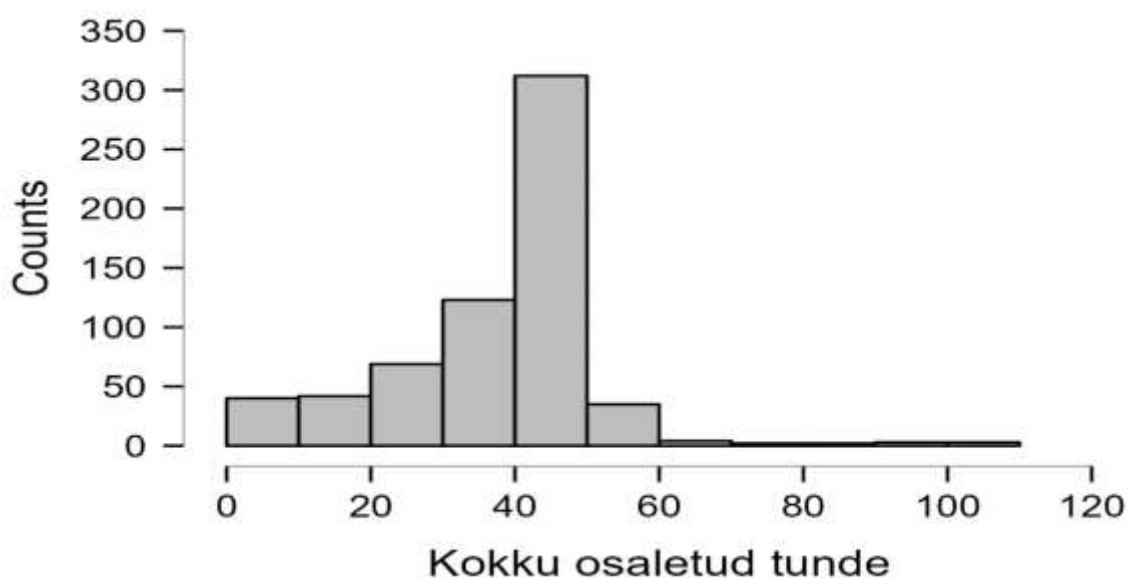
oli erinevaid, tulenevalt kliendi vajadustest ning teenusele suunamise positiivsest otsusest rehabilitatsiooni meeskonna poolt on võimalik kliendil osaleda grupi- või individuaaltundides järgnevatel teenustel: eripedagoogi-, füsioteraapia-, kogemusnõustamise-, logopeedia-, loovteraapia-, õe-, psühholoogi, sotsiaaltöötaja- või tegevusteraapia teenustel. Lisaks suunatakse kliente vajadusel arsti juurde ja individuaalselt ning teenus on nõustava iseloomuga. Kõige suuremal määral osutati teenuseid individuaaltundidena, meeste osalus keskmiselt 31 tundi ja naistel 32 tundi, standardhälve ehk kõrvalekalle vastavavalt 13,6% ja 13,2%. Suur standardhälve näitab vastajate üldisest keskmisest suurt erimeelsust ja väike standardhälve, et vastajate vastused on olnud üldise keskmise lähedal, antud juhul saab tõdeda, et vastused on üldise keskmise lähedal. Grupitundide jaotuvus meestel 5,5 tundi ning naistel 5 tundi ja standardhälve 11,4%, naiste puhul 9,3%. Sellest tulenevalt võib järeldada, et klientide poolt eelistatakse ja osutatakse rohkem teenuseid individuaaltundidena, kui grupitundidena. Detailsem ülevaade tabelis 1, kolmest kõige rohkem kasutatud tööalase rehabilitatsiooniteenuse vajadustest, mida kasutati, ning ka grupi- ja individuaaltundide osaluse keskmise:

**Tabel 1.** Klientide tundide keskmine osalemine tööalase rehabilitatsiooniteenuse vältel.

<b>Teenuse nimetus</b>	<b>Keskmine</b>
Kokku osaletud tunde	38,1
Grupitunnid	5,2
Individuaaltunnid	31,6
Füsioteraapia (tunnid)	18,8
Psühholoogi (tunnid)	7,5
Tegevusteraapia (tunnid)	4,4

Teenustest kasutati kõige suuremal määral füsioteraapia teenust, meeste osalemine antud teenusel keskmiselt 17 tundi ja naiste osalemine teenusel 19 tundi, mis kinnitab, et suur osa klientidest on füüsilise piiranguga. Tähelepanuväärne on, et psühholoogi teenuste kasutavus suhteliselt kõrge, meestel keskmiselt 7 tundi naistel keskmiselt 7,8 tundi, mis omakorda näitab, et teenust kasutavad julgelt ka mehed, samas suhteliselt võrdselt naistega. Hea on tõdeda, et psühholoogi teenuse kasutamine pole enam tabu ja inimesed otsivad aina enam oma muredele abi. Ühe vastuvõtu aeg kliendile on tavapäraselt 45-minutit ehk akadeemiline tund. Analüüsist tuleb välja, et sotsiaaltöötaja teenuste

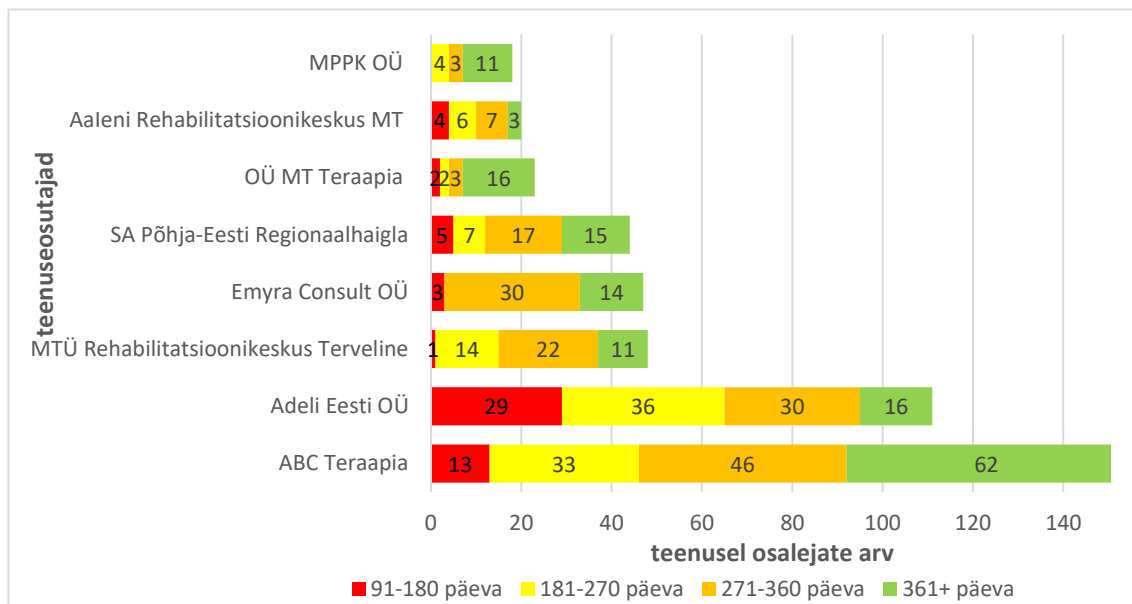
kasutatakse aktiivselt periooditi ja antud teenust vajavad või küsivad rohkem mehed, erinevus on lausa kahekordne võrreldes naistega, vastavalt siis 4 ja 2 tundi, samas on see teenus täiendav ehk lisateenus. Meeste ja naiste poolt kasutatakse võrdselt tegevusteraapia teenust. Uuringu sihtrühma lõikes kasutatakse kõige vähem eripedagoogi-, loovteraapia- ja logopeedi teenust. Keskmised näitajad jäävad sihtrühmas klientide lõikes alla ühe tunni kliendi kohta. Andmete ülevaate ja õigsuse kinnitamiseks on lisatud visualiseering JASP programmist (vt joonis 3), kus on näidatud tööalasel rehabilitatsiooniteenusel osaletud tunde kokku 636 kliendi poolt. Antud visualiseering on omavahel seotud üleval toodud tabel 1, milles on tundide keskmine osalus, visualiseeringus aga kokku osaletud tunnid.



**Joonis 3. Visualiseering JASP programmist.**

Kokku osaletud tunnid ja teenustel osalemise tunnid on omavahel seotud teenuseosutajatega, kes tööalase rehabilitatsiooniteenuseid osutavad, vastavalt kliendi vajadustele. Milliseid teenuseosutajaid uuringus osalevad kliendid enim kasutasid annab visuaalse ülevaate joonis 4. Antud analüüs oli väga mahukas andmete poolest ning andmete parimaks kirjeldamiseks tuli andmeid rohkem kokku koondada, seda teatud kriteeriumite alusel, mis uuringu läbiviimisel lubatud on. Täpsema teenuseosutajate jaotuse vaatamiseks on mahukam joonis lisas 2, kus on näha, mis perioodil, kui palju kui kliendid teenustel osalesid. Üheks põhjuseks sai teenuseosutajate külastavus võrreldes

klientide arvuga. Teiseks kriteeriumiks sai esinemissagedus tulenevalt keskmisest teenuse tarbimisest teenuseosutaja juures, lisa joonisel 2 on teenuse periood ja klientide arv tulpade tipus selgitusena juures.



**Joonis 4.** Osalemise kestus teenuseosutajate juures keskmise järgi (n=636).

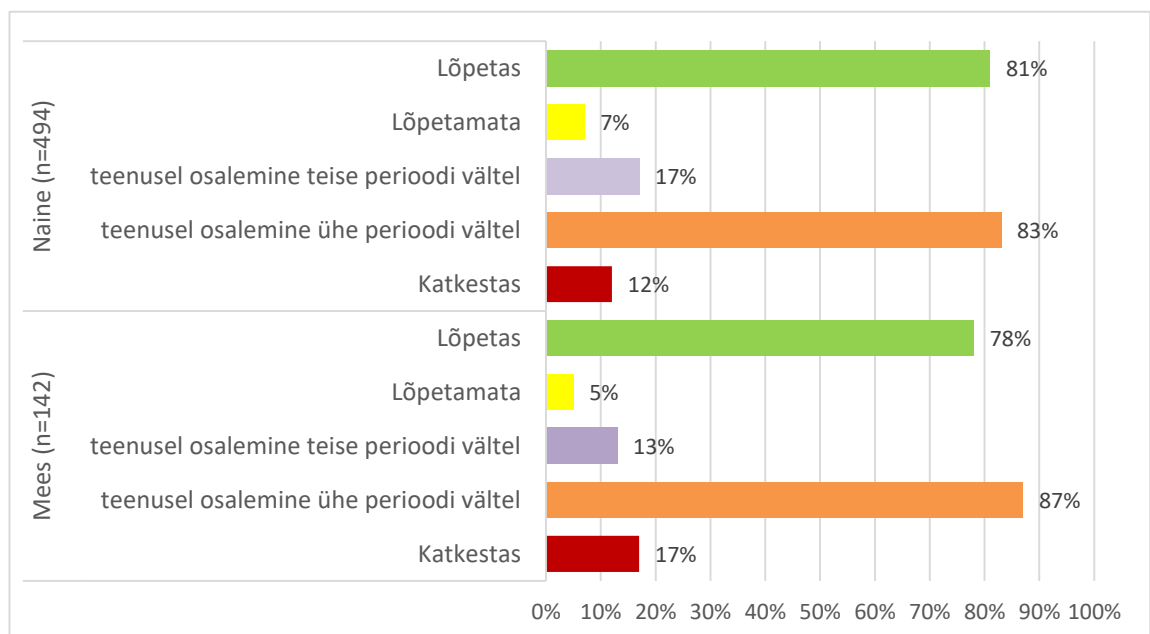
Perioodi 2021–2021 vältel oli erinevaid teenuseosutajaid sihtrühma 55+ klientide jaoks väga suurel hulgal kasutada, et koostada hea ülevaade tööalase rehabilitatsiooni tulemuslikkusest ja teenuste kättesaadavuse kohta. Joonisel 4 on kirjeldatud, milliste teenuseosutajate juures osaleti kõige enam, kliente uuringu perioodi vältel ikka 636. Suur osa kliente osales teenusel ettevõttes ABC Teraapia OÜ, 636-st kliendist 155, ehk 24% üldkogumist. Tööalase rehabilitatsiooni teenuseosutajatest külastati kõrgel määral ka ettevõtet Adeli Eesti OÜ. Uuringu sihtrühma klientidest külastas uuringu perioodi vältel seda ettevõtet 113 klienti ehk 18% üldarvust. Mittetulundusühing Rehabilitatsioonikeskus Terveline oli klientide teenustel osaluse kohapealt kolmas suurim teenuse pakkuja. Kliente osales selles asutuses tööalasel rehabilitatsiooni teenustel 636-st 49 klienti ehk 8%. Emyra Consult OÜ oli teenuseosutajate pingereas neljas enim tööalase rehabilitatsiooniteenuste külastavust esindanud ettevõtte. Analüüsi tulemusel 7% klientidest osales teenustel 636-st. Ka Sihtasutuses Põhja-Eesti Regionaalhaiglas osaleti tööalase rehabilitatsiooniteenustel 7% tulemusena klientide poolt kokku.

Teiste tööalase rehabilitatsiooni teenuseosutajate juures oli teenustel osalemise protsent alla seitsme ja nende puhul töö autor tõi välja vaid protsendilise jaotuse:

- OÜ MT Teraapia – 4%;
- Aaleni Rehabilitatsioonikeskus MT – 3%;
- MPPK OÜ – 3%;
- Tallinna Vaimse Tervise Keskus – 2%.
- Aktsiaselts Värskas Sanatoorium – 1%;

Teenuseosutajaid, kelle juures teenustel osaleti oli tegelikult oluliselt rohkem, kõiki neid siin lõputöös kirjeldades ületaks töö autor lubatud töömahtu, millest tulenevalt tegi töö autor valiku, millise ettevõtte nimetamisega lõpeb järjestus, aluseks sai lähen 1%.

Kindlasti ei aita teenusel osalemiseks ainult motivatsioonist, mõjutavateks teguriteks võivad olla ajaressurss, klientidest mitte olenevad põhjused või ka lihtsalt tagasilöögid teenuse ajal. Kliendi poolt loodetakse teenuse raames saavutada maksimum, kuid kliendi ootused on veel kõrgemad, kui teenuseosutaja suudab pakkuda. Järgneva joonise 5 abil toob töö autor välja katkestamise protsendi, vastavalt siis meeste ja naiste osalusele teenuste kasutamisel.



**Joonis 5.** Tööalase rehabilitatsiooni tulemuslikkus ja teenustel osalemise kordus.

Märkimisväärselt saab analüüsitud andmete alusel kinnitada, et meeste ja naiste lõpetamiste protsent vastavalt teenustel osalemisele on väga kõrge. Naisi lõpetas alustatud teenustel 81% ning katkestas vaid 12% ja pooleli uuringu perioodi ajal oli teenustel osalemine vaid 7 protsendil. Mehed lõpetasid teenusel 78%, kuigi on meeste katkestamise osa suurem – 17%, eriti kui arvesse võtta, et teenusel osalevad ülekaalukalt naised.

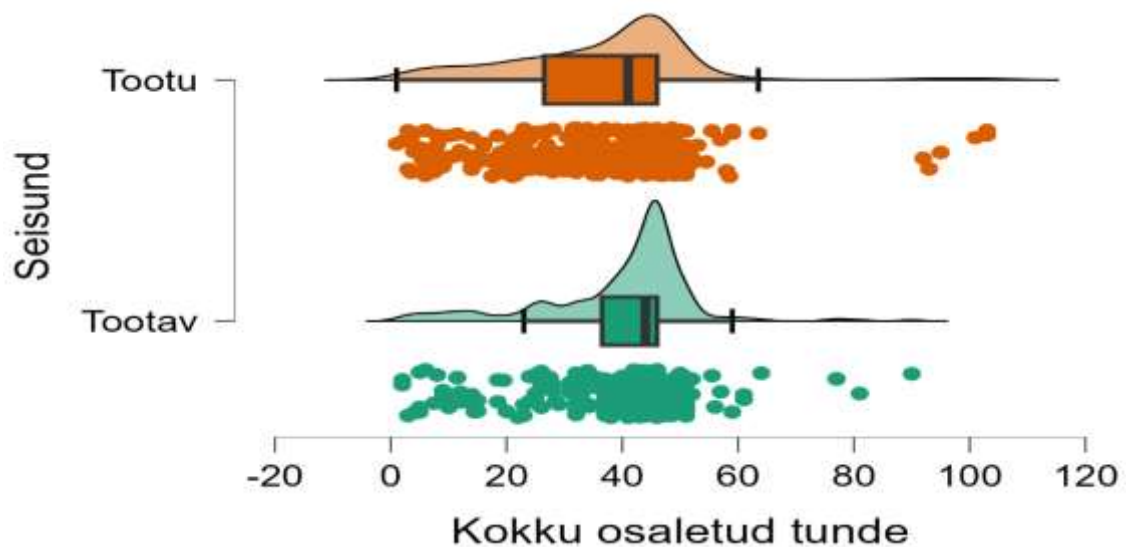
Veel vaatles töö autor teenustel osalemise kordusi, mis on kirjeldatud joonisel 5. Valdavalt osaletakse kahe aasta vältel tööalase rehabilitatsiooni teenusel vaid üks kord. Tavapärastel on tööalases rehabilitatsioonis ühele kliendile nähtud osalemine ühel teenusel ühe perioodi vältel. Perioodid on jagatud päevade arvu järgi:

- 0–90 päeva osalemine teenuse osutaja juures;
- 91–180 päeva osalemine teenuse osutaja juures;
- 181–270 päeva osalemine teenuse osutaja juures;
- 271–360 päeva osalemine teenuse osutaja juures;
- 361+ päeva osalemine teenuse osutaja juures.

Korduv teenusel osalemine on kliendi vajadustest tulenev ja osalemiseks antud suunis võis tulla ka teenuseosutaja poolt, kes hindas kliendil teenusel osalemise tulemuslikkust. Teinekord avaldavad kliendid ka ise teenusel osalemise soovi, siis korraldatakse uuesti vastav hindamine, kas osalemine on vajalik või mitte. Hinnates veel antud analüüsi joonist 5, siis selle tulemusena saab kinnitada fakti, et mehed osalevad teenustel rohkem kui naised, mehed vastavalt 87% ja naised 83%. Naised on uuringus suuremal protsendil esindatud ning jooniselt 5 näeme, et selle suure arvu juures osaleb 17% naisi teenusel ka teist korda ehk teise perioodi vältel.

Kirjeldatud katkestamiste ja teenustel osalemist mõjutab kindlasti kliendi staatus, kas klient on teenusel osalemise ajal töötav või töötu. Siia juurde toob töö autor JASP programmi visualiseeringu joonisel 6 (vt allpool). Antud visualiseering näitab, et töötavad inimesed on rohkem pühendunud teenustel osalemisele. Joonis 6 näitab, et esimeses kvartiilis (roheline ala) osalevad töötavad inimesed rohkem tunde ja lõpetavad teenusel osalemise kiiremini, kui töötud inimesed (oranži märgistusega ala). Samuti saab antud joonise abil tõdeda, et töötul inimesel on teenusel osalemise periood pikem. Antud väidet

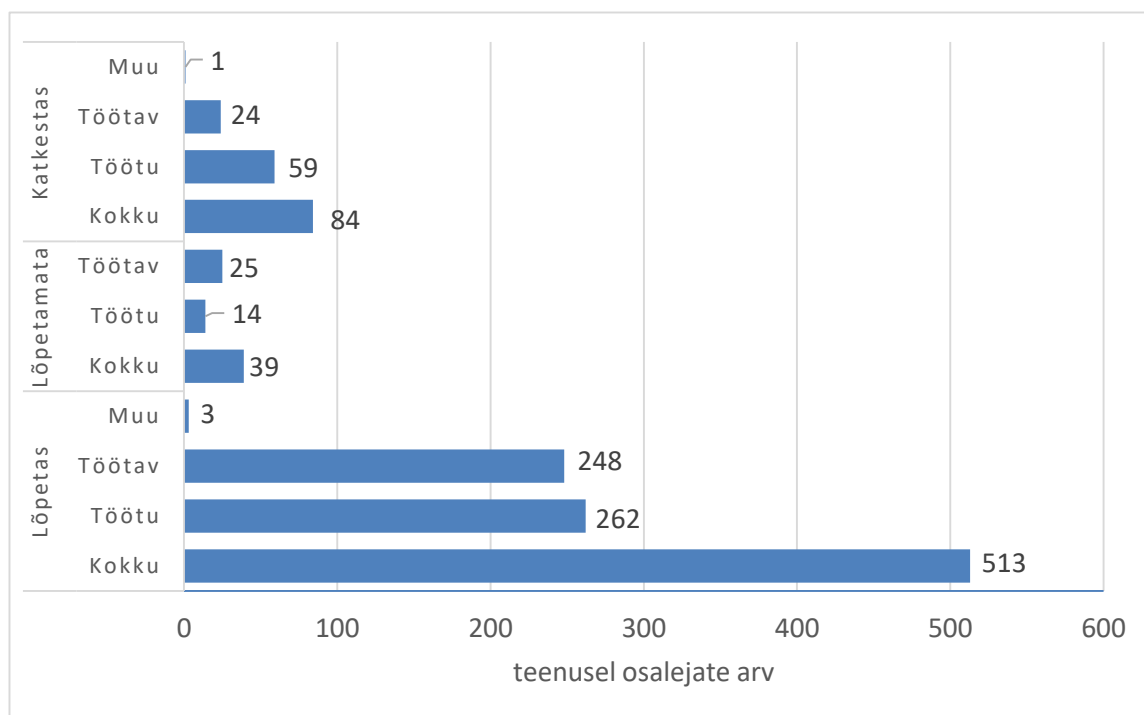
kinnitab ka T-Testi võrdlus tegevuspiirang *versus* psühholoogi teenus JASP programmis, mille tulemusena selgus Pearsoni (p- value) meetodi järgi, et klientidel on suur psühholoogiline probleem tulenevalt tegevuspiirangust, et näiteks osaleda tegevusteraapia teenusel. Kokkuvõtvalt annab antud joonis 6 töö autorile tulemuse, et ehk oleks töötü kliendiga vaja enne teenusele suunamist rohkem süüvida probleemi, pakkuda ühte kindlat tugiteenust, enne kui klient saata tööalasele rehabilitatsiooniteenusele.



**Joonis 6.** Visualiseering JASP programmist – töötü versus töötav kokku osaletud tundidel.

Järgnevalt jooniselt 7 näeme, mis tulemusega lõppes teenustel osalemine, variante on kolm – teenuse katkestamine, lõpetamata teenus uuringu perioodi ajal ja teenusel lõpetamine uuringu perioodi vältel, jaotus vastavalt kliendi staatusele. Teenusel osalemise lõpetas 636-st kliendist 513 ehk 81% kliente, kes omakorda jagunesid töötavateks 48% ja töötuteks 52% klientideks. Lõpetamata teenuste osakaal oli suhteliselt väike, vaid 6,1% üldosalejate arvust. Uuringu käigus tuli välja, et kahjuks nõrgestab teenustel osalemise poolt sellel joonise järgi pigem katkestamiste pool, 636 kliendi kohta 84 katkestamist, mis protsendiliselt annab tulemuseks 13,2%. Samuti kuvandub, et töötud katkestavad pigem rohkem teenustel osalemisi, kui töötavad. Mõeldes uuesti võrdlusele - töötavad *versus* töötud, siis vaadates uuesti lõpetanute osakaalu, näeme, et lõpetamisi on just

rohkem töötute poole pealt. Antud joonise 7 kokkuvõtteks saab tõdeda, töötute roll tööalases rehabilitatsioonis osalemisel on suure tähtsusega.

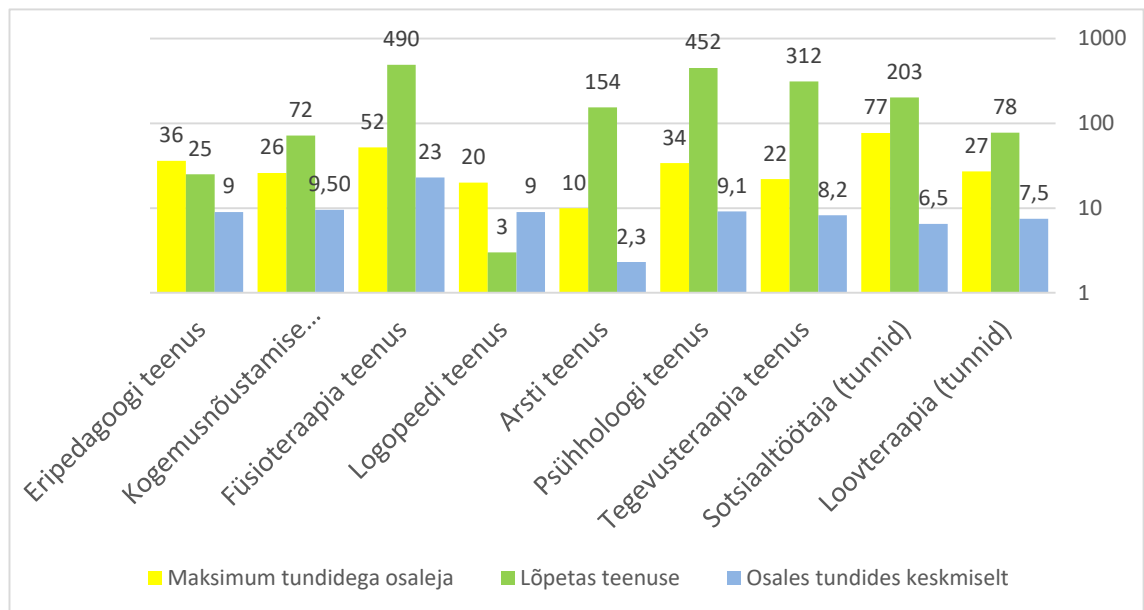


**Joonis 7.** Seisundi põhine jaotus (n=636).

Kindlasti vajaks antud katkestamiste osa veel suuremat uuringut, mis sai teenuste katkestamistel määravaks, et saada teada täielik teenuste kasutavuse tulemuslikkus. Kahjuks ei tule töö autoril saadud andmete põhjal välja katkestamiste põhjus.

Edasi analüüsis töö autor tööalase rehabilitatsiooni teenuseid, millel kliendid osalemise lõpetasid, jättes kõrvale katkestamised ja lõpetamata teenused. Antud analüüsile saab anda vastuse alljärgneva joonise 8 abil. Millised teenuseid kliendid tööalase rehabilitatsiooni lõpetamise jaoks enim kasutasid. Paremaste tulemuste nägemiseks arvutas töö autor välja veel tundide keskmise, kui palju osaleti teenusel keskmiselt ühe kliendi kohta kokku (kesmine on arvutatud järgnevalt: kokku kulunud tunnid teenustele, kus osalesid vaid lõpetanud klientid ja jagatud teenuse lõpetanud klientide arvuga). Lisaks on programm JASP'i abil välja toodud tundide maksimum, millel on üks klient osalenud

ühel töölasel rehabilitatsiooni teenusel maksimaalselt. Lisaks peitub antud joonise taga veel teisigi huvitavaid fakte.

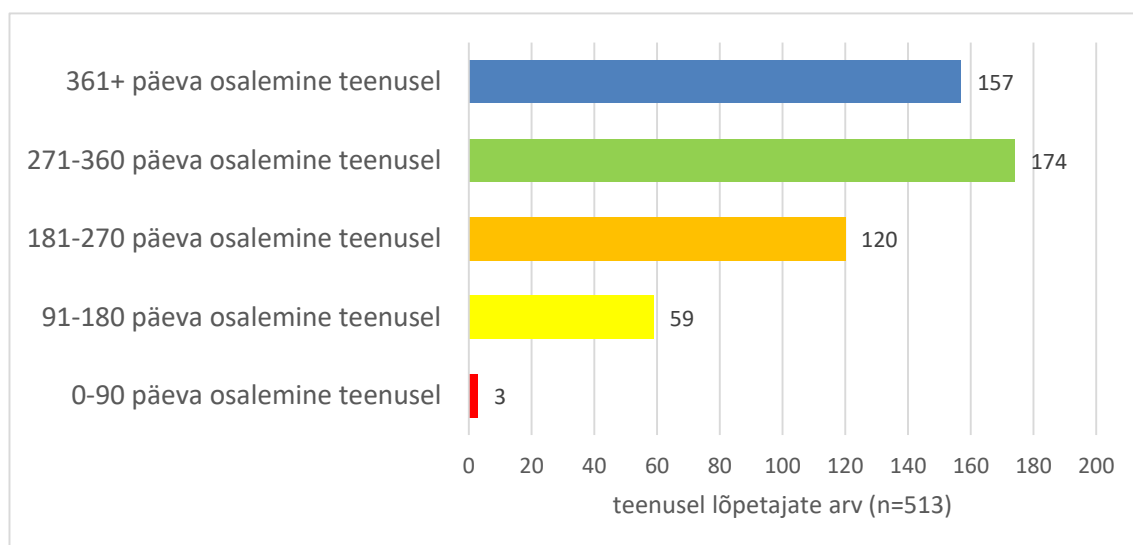


**Joonis 8.** Töölasel rehabilitatsioonil osalemised lõpetajate jaotuvuse järgi (n=513).

Jooniselt 8 näeme, et tulemusliku töölasel rehabilitatsiooniteenuse lõpetamiseks on kliendid vajanud enam abi füsioteraapia, psühholoogi ja tegevusteraapia teenustelt. Tulemuslikuks loetakse teenust ja teenuse osutamist, kui sellel osaleja on teenusel osalemise lõpetanud, mitte katkestanud. Kusjuures füsioteraapia teenuste keskmine tundide kasutavus ühe kliendi kohta on ka suhteliselt kõrge võrreldes psühholoogi ja tegevusteraapia tunde vaadates. Lisaks saab järeldada antud jooniselt, et üks klient osales ühe töölasel rehabilitatsiooni tsükli vältel erinevatel teenusel, mis näitab ja kinnitab fakti, et rehabilitatsioon on kompleksteenuse ja antud teenus peabki sisaldama mitut erinevat teenust korraga. Uuringu käigus, et üldjuhul kasutati 3 teenust korraga ja vähemuses kasutati viite teenust korraga. 1/3 klientidel on teenusel osalemiseks eelnevalt vaja läinud arsti konsultatsiooni teenust ning vähem kui pooltel lõpetajatel sotsiaaltöötaja teenust.

Teenustel osalemisel on ka oluline ajaline faktor, millal ning kui palju kliente teenuseid millises ajavahemikus kõige rohkem kasutasid? Parema ülevaate saab joonise 9 abil. Antud analüüsis keskendutakse jällegi vaid neile klientidele, kes töölasel

rehabilitatsiooni teenustel rehabilitatsiooni tsükli vältel teenused edukalt lõpetasid, neid oli kliente oli 513.



**Joonis 9.** Töölase rehabilitatsiooniteenuse jaotuvus teenusel osalemise perioodi järgi.

Näeme jooniselt, et 513-st töölasel rehabilitatsiooniteenusel osalenud kliendist vaid 3 klienti lõpetasid teenusel osalemise. ¼ klientidest lõpetas teenuse perioodil osalemisega 181–270 päeva vältel. 1/3 vajab teenuse lõpetamiseks rohkemat kui 9 kuud. Klientidest 157 osales töölasel rehabilitatsiooni teenustel kauem kui aasta. Tulemuste seisukohalt on mõistlik ära märkida samuti katkestamised, katkestajad oli uuringu perioodi vältel 84, vaata allolevat tabelit 2.

**Tabel 2.** Klientide katkestamise periood töölase rehabilitatsiooniteenuse vältel.

Teenusel osalemise periood	Katkestamised klientide poolt
0–90 päeva osalemise teenuse osutaja juures	10
91–180 päeva osalemise teenuse osutaja juures	17
181–270 päeva osalemise teenuse osutaja juures	29
271–360 päeva osalemise teenuse osutaja juures	18
361+ päeva osalemise teenuse osutaja juures	10

Katkestamiste tulemusi vaadates selgub, et katkestajatest suurem osa kliente, kes töölasel rehabilitatsiooni teenusel osalesid, katkestasid teenused perioodil 181–270

päeva. Kahjuks selgub, et 10 klienti on teenusel osalemise lõpetanud uues rehabilitatsiooni tsükli ehk teenus on kestnud rohkem kui 361 päeva.

Võttes kokku analüüsivat osa, siis lõpetamiste osakaal tööalasel rehabilitatsiooni teenusel oli väga kõrge, küll aga oli suur ka katkestamiste osapool ning lõpetamata teenuste oma klientide poolt. Lõpetamata teenuste osaline protsent võis tuleneda ka sellest, et töö autorile valitud uuringu perioodil oli teenus kliendil alles lõpetamata.

## **2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud**

Käesolev uuring näitas, et koostöö erinevate rehabilitatsiooni valdkondade – sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni vahel on kohati puudulik, sama näitas ka Sotsiaalministeerium (2020, lk 5) audit, kus toodi välja rehabilitatsiooni valdkondade kitsaskohad. Tuginedes eelolevale infole ja saadud andmestikule Eesti Töötukassa poolt, saab töö autor antud fakti kahjuks kinnitada, saadud andmete põhjal. Töö autorile antud andmetes pole 100% tuvastatud, kes on „muu“ grupp. See grupp on mingil määral nõrgestanud ka andmete korralikku analüüsi. Siit saab järeldada, et Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti Töötukassa vaheline varasem infovahetus üleantavate klientide andmestikutele on olnud puudulik või kehva informatsiooni sisaldav. Vältimaks tulevikus andmete analüüsimisel mitmeti valesti mõistmist, leiab töö autor, et RFK klassifikatsiooni kasutuselevõtt nii Eesti Töötukassas kui ka meditsiinilises ja sotsiaalses rehabilitatsiooni valdkonnas on õige otsus. Sotsiaalkindlustusameti (Sotsiaalkindlustusamet 2020) pilootprojektiga tutvumine antud lõputöö raames töö autorile oli kasulik ja andmete analüüsimise mõttes tulemuslik. Töö autor vaatles sellest tulenevalt kitsaskohti (andmete edastamine ja dokumenteerimine) kriitilisema pilguga.

Analüüsi käigus võis täheldada ka teenuste ja info dubleerimist, millele viitas ohumärgina Tamm jt (Tamm et., al 2021, lk 15) oma uuringus. Antud järeldusele jõudis töö autor vaadeldes korrelatsiooni tabeli tulemusi (vt lisa 3), kus võis näha teenuste vahelist ajalist kattuvust teiste teenustega. Tugev seos teenuste vahel esineb siis, kui korrelatsioonikordaja (Pearson'i) absoluutväärtus ei ole väiksem kui 0,7 ja keskmine seos vahemikus 0,3 kuni 0,7 (Parring et al., 1997, lk 190). Teenuste tugev korrelatsioon võib teisalt näidata ka teenuste valet kirjeldamist ehk teenus klassifitseeriti klienditoimikus

vale teenuse alla. Samas vaadetes seost psühholoogi teenuse ja füsioteraapia teenuse vahel saab antud tulemus kinnitada, et töö autorile usaldatud andmestik on tõepärane.

Hanga (2022, lk 38) tõi oma uurimuses välja, et Maailma Terviseorganisatsiooni uusimas rehabilitatsiooni tegevuskavas on põhialuseks teenused ning need on vajalikud erineva tausta terviseprobleemidega inimestele. Ka käesolev uuring kinnitas klientide kõrget osalemist teenustel ning teenustel osalemine kinnitab samas teenuste vajalikkust. Lisaks näitas töö autorile antud andmestik, et klientideks olid erineva tegevuspiiranguga kliendid.

Antud uuringu sihtgrupp 55+ oli töö autori poolt valitud sihipäraselt, et kinnitada asjaolu, et vanemaealised tööelised inimesed on tööturul vähem soositud olukorras, seda enam, kui neil on erinevad tervislikud piirangud, vähenenud töövõime. Tehes antud uuringut, otsides teoreetilisi fakte, uuringu andmetele tuginedes, selgus, et valitud sihtgruppi tervise ja tööalase rehabilitatsiooni seisukohalt on väga minimaalselt eelnevalt uuritud, seda siis nii Eestis kui ka välismaal. Küll sai aga leitud väheste välismaiste uuringute põhjal järeldada, et välismaal, põhiliselt heaolu ja Euroopa liidu liikmesriikides on vähenenud töövõimega vanemaealisem inimene rahaliselt ning tööalaselt rohkem kindlustatud, kui Eestis.

Eesti Haigekassa auditis (2021, lk 28–29) toodi välja, et kliendid olid jäetud rehabilitatsiooniteenustel teenindamata tulenevalt valdkondade vahelisest koostöö puudumisest ja teenuseosutajate ebaprofessionaalsusest või teadmatuses, kliendipoolseid takistusi esines vähem. Dokumenteerimistes esines puudujääke, mis oli ka üks väljatoodud asjaolu. Antud uuringuga leidis kinnitust fakt, et informatsioon võib teatud tööalase rehabilitatsiooni teenuseosutajate poole pealt olla tõesti puudulik, kuna ka kodulehtedel leidis iganenud informatsiooni. Küll aga mitte kõigi analüüsitud teenuseosutajate poolt. Töö autor leidis teenuseosutajate kodulehti uurides, et oli väga informatiivseid kodulehti, kus teenuseosutaja oli väga teadlikult ja täpselt pakutavad teenused lahti kirjeldanud. Töö autor leiab, et suure puudusena ei olnud mitmel kodulehel informatsiooni, et nad on Eesti Töötukassa koostööpartner. Samas puudub töö autoril ülevaade, milline sisuline informatsioon anti teenuseosutaja poolt üle tööalase rehahabilitatsiooni korraldajale ehk Eesti Töötukassale tema kliendi teenusel

lõppemisega. Antud sisulise poole puudus võib järeldustes tuua teenuseosutajate kohta pealiskaudsema põhjenduse.

Tuginedes arvulistele tulemustele, tuli uuringus välja, et katkestamiste protsent oli suhteliselt kõrge – 13% ning kahjuks ei saa järeldada, kelle poolt teenuse katkestamine tingitud oli, või mis asjaoludel. Küll aga tuli uuringu tulemusena välja, et naised katkestasid teenustel osalemise osaliselt väiksemal juhul, kui mehed, siit saame järeldada, et naised on oluliselt järjekindlamad ja eesmärkidele rohkem pühendunud, kui mehed. Teise aspektina tuli välja, et töötud katkestasid teenustel osalemise oluliselt suuremal määral, kui töötavad kliendid, kes osalesid tööalasel rehabilitatsiooni teenustel, siit saame järeldada, et tuleb uurida rohkem katkestamise põhjuseid, et tulevikus tegeleda rohkem ennetusega. Positiivse järeldusena saab tuua välja, et uuringu tulemus näitas kõrget osalemise protsenti tööalasel rehabilitatsiooni teenustel. Uurimisküsimustele vastuseid otsides, et tööalase rehabilitatsiooni teenust kasutas 55+ vanuserühma klient suuremalt jaolt kolme põhilise teenuse vahel - füsioteraapia, psühholoogi ja tegevusteraapia teenust kasutades. Vähemal määral kasutati eripedagoogi, kogemustnõustamise, loovteraapia ja logopeedi teenust. Teenuseosutajate poolt on teenuste korraldus aktiivne ja klientidele olemas. Teisele uurimisküsimusele oli vastuse leidmine saadud andmestikust oluliselt kergemini kättesaadavam. Ajalisel sekkumisel 55+ vanusegrupis tööalasel rehabilitatsiooni teenustel osalemisega töötutel ja töötavatel on oluline ajalise resurssi võimaldamine teenuste jaoks. Kõige parema tulemuse andis tööalase rehabilitatsiooni teenuse lõpetamiseks nii töötutel kui töötavatel teenusel osalemise perioodil 271-360 päeva.

Uurimistulemustest lähtuvalt saab töö autor teha parendusettepanekud Eesti Töötukassale tööalase rehabilitatsiooniteenuste korraldamiseks:

- uurida rohkem kliente katkestamiste põhjuseid tööalasel rehabilitatsiooniteenusel;
- tegeleda ennetustegevusega, et katkestamiste hulk oleks madalam;
- paluda koostööpartneritelt, kes Eesti Töötukassa klientidele teenuseid osutavad, et kodulehel olev informatsioon oleks vastavuses tööalase rehabilitatsiooni korraldusega.

Ettepanekud edastatakse Eesti Töötukassa kvaliteedijuhile kirjalikult elektroonse kirjaga.

## KOKKUVÕTE

Antud lõputöö teema leidis käsitlemist ajal, kui töövõimereformist on möödunud üle viie aasta ja alates töövõimereformist 2016. aastast kasutab Eesti Töötukassa töövõime hindamises tööalases rehabilitatsioonis rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni ehk RFK'd. Antud klassifikatsiooni on juba eelnevatel aastatel pilootprojektina katsetatud erinevate rehabilitatsiooni valdkondade vaheliselt ja organisatsioonide siseselt. Eesti Töötukassa analüüsis tööalase rehabilitatsiooni teenust põhjalikumalt aastatel 2020–2021. Alates 01.05.2023 hakati RFK klassifikatsioonist lähtuvalt teenuseosutajatega andmeid digitaalselt andmeid vahetama, seda senini ei tehtud ja Eesti Töötukassa jaoks on see suur samm edasi. Varasemalt on välja toodud erinevates auditites ja uuringutes rehabilitatsiooni valdkondade (sotsiaalse, meditsiinilise ja tööalase) vahelistest koostöö puudulikkust. Need asjaolud ja RFK kasutamine tööalases rehabilitatsioonis tingisid lõputöö autorit käesolevat teemat uurima. Kuna uuringu maht oleks olnud ülemäära suur otsustati koostöös lõputöö juhendajaga kitsendada sihtrühma, keda uurima hakatakse, rolli mängis ka rahavastiku vananemise tendents ja tööjõu puuduse marginaalne tõus.

Käesoleva lõputöö teoreetilises osas anti ülevaade rehabilitatsiooni käsitlemisest ning mida rehabilitatsiooni mõiste, olemus ja eesmärk endast kujutab. Milline on rehabilitatsiooni, põhjalikumalt siis tööalase rehabilitatsiooni olukord välismaal ja Eestis. Uurides tööalast rehabilitatsiooni ei saanud mööda minna ka sotsiaalsest rehabilitatsioonist, sest rehabilitatsiooni korraldus oli kuni aastani 2016 Sotsiaalkindlustusameti pädevuses. Alles aastal 2016 toimus töövõimereform ja rehabilitatsioon jagunes Eestis kolmeks. Töövõimereformi eesmärk oli vähenenud töövõimega inimesed tuua tagasi tööellu, et nad oleksid ka aktiivne tööturu osa. Suuremas osas keskendutakse teoreetilises osas tööalasele rehabilitatsioonile Eestis, RFK kasutusele võtmisele, töövõime hindamisele ning vähenenud töövõimega inimestele tööhõives sihtrühmas 55+.

Lõputöö empiirilises osas anti ülevaade Eesti Töötukassast, põhiliselt Tallinna ja Harjumaa osakonnast, seda siis uuringugrupi valimist ja saadud andmestikust tulenevalt. Kirjeldati uurimistöö metoodikat ning kuidas uuring läbi viidi ja tulemusi analüüsiti. Teenuseosutajate lõikes vaadati laiemalt neid töölase rehabilitatsiooniteenuse osutajaid, kelle juurde kliendid enam suunatud olid või teenusel omal otsusel osalesid. Tuli välja, et mingi grupp teenuseosutajaid on väga eeskujulikult oma kodulehel jaganud informatsiooni töölase rehabilitatsiooni ja teenuste kohta, mingi osa aga mitte. Näiteks oli väga keeruline leida töölase rehabilitatsiooni kohta riigiettevõttest Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, tuli kasutada nende kodulehel otsingumootorit, mille tulemusel tuli välja otsitav asjakohane ja vajalik informatsioon.

Uuringu tulemustest selgus, milliseid kitsaskohti esineb siiani, kinnitades ka eelnevaid selles valdkonnas läbiviidud uuringutulemusi. Olenemata asjaolust, et töövõimereform rakendus juba aastal 2016, ei ole tänaseni saadud töölase rehabilitatsiooni valdkonna vahelist infovahetust teiste seotud valdkondadega korralikult toimima. Uuringu tulemusena ei olnud võimalik kõiki asjaolusi välja selgitada, näiteks klientide töölase rehabilitatsiooni teenuste katkestamiste põhjuseid, või selle, mis tingib kõrge katkestamiste protsendi. Üllatava tulemusena selgus, et töölase rehabilitatsiooni alustanud klientide osakaal oli väga kõrge 636-st kliendist lõpetas teenuse 513 klienti ehk 81% klientidest.

Uuriti Eesti Töötukassa töölase rehabilitatsiooni teenuste korraldamist ja osutamist Tallinna ja Harjumaa näitel, klientide kaheaastase perioodi osalemise alusel. Andmeteks olid vaid saadud arvandmed. Selgus, et meeste osakaal teenustel osalemisega ja teenustele suunamisel on oluliselt väiksem, kui naiste osakaal. Töötavad inimesed lõpetavad suhteliselt samaväärselt teenustel osalemisi kui töötud inimesed, erinevus on vaid 14 inimest töötute kasuks. Valdav osa klientidest, kes osalesid töölase rehabilitatsiooniteenusel, neil oli füüsiline tegevuspiirang ning väiksemal osal klientidest kombineeritud tegevuspiiranguga (kliendid, kel esinevad nii vaimsed kui füüsilised tegevuspiirangud). Vähemuses uuringus osalenud klientidest oli vaimse tegevuspiiranguga. Töölase rehabilitatsiooni teenustena kasutati kõige suurema osalusena kolme töölase rehabilitatsiooni teenust – füsioteraapia, psühholoogi ja

tegevusteraapia teenust. Suurema tulemuslikkuse teenustel lõpetamise osas andis andmete põhjal individuaaltundides osalemine, antud asjaolu kinnitas kõrge tundide kasutatavus. Ajaline seos tööalases rehabilitatsiooni teenustel osalemisel näitas, et kuni aastane tööalase rehabilitatsiooni tsükkel on üldjuhul kõige rohkem tulemust andev. Sellise perioodiga lõpetas tööalase rehabilitatsiooni teenuse 356 klienti. Tuli tõdeda, et antud teenust vajasis pikemalt kui 361 päeva 157 klienti. Lühikese perioodi vältel kuni 180 päeva, oli klientide osakaal suhteliselt madal, kes lõpetasid tööalase rehabilitatsiooni teenusel osalemise edukalt (vaid 62 klienti), ehk siis teenus lõpetati ilma katkestamisteta.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et lõputöö eesmärk sai täidetud. Kuna antud teema rehabilitatsiooni käitluses oluline, siis antud teemat võiks edasi uurida.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Aavik- Märtnmaa, G. (2020). Kuidas liigume edasi RFK metoodikaga? *Sotsiaaltöö*, 3, 74 – 76
- ABC Teraapia OÜ. (s. a.). *Tööalane rehabilitatsioon*. <https://abcteraapia.ee/tooalane-rehabilitatsioon/>
- Abram, S. (2018). *Tööandjate ja vähenenud töövõimega inimeste tööelu ootuste kooskõlastamine psühholoogilise lepingu abil*. [Magistritöö, Tallinna Tehnika ülikool, Majandusteaduskond, Ärikorralduse Instituut]. Digikogu. <https://digikogu.taltech.ee/et/Item/44fa1d65-e50a-4dda-92be-cbe739f13144>
- Adeli Eesti OÜ. (s. a.). *Tööalane rehabilitatsioon*. <http://www.adeli.ee/tooalane-rehabilitatsioon/>
- Blouin, M., & Echeverri, L.E.V (2010). Rehabilitation. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. <https://silo.tips/download/international-encyclopedia-of-rehabilitation-14>
- Eesti Haigekassa. (2021). *Taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi korraldus*. [https://haigekassa.ee/sites/default/files/TaastusRehabilitatsioon\\_veeb.pdf](https://haigekassa.ee/sites/default/files/TaastusRehabilitatsioon_veeb.pdf)
- Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2013) *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. [https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat\\_veeb](https://www.epikoda.ee/wp-content/uploads/2012/03/raamat_veeb).
- Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar (2022). *Töövõimereformi peamised tulemused*. <https://sm/media/2136/download>
- Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR & Turu-uuringute AS. (2017/2018). *Teadlikkus ja hoiakud vähenenud töövõimega inimeste ning töövõimereformi teemal. Töövõimetuspensionäride ja vähenenud töövõimega inimeste, elanikkonna ja tööandjate küsitluse koondraport*. Sotsiaalministeerium. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/2017\\_tvr\\_koondraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/2017_tvr_koondraport.pdf)

- Eesti Töötukassa. (s. a). *Töötukassast*. <https://www.tootukassa.ee/et/jalus/tootukassast>
- Eesti Töötukassa. (2022). *Eesti Töötukassa arengukava*. [https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-12/T%C3%B6%C3%B6tukassa\\_arengukava\\_2023-2026.pdf](https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-12/T%C3%B6%C3%B6tukassa_arengukava_2023-2026.pdf)
- Eesti Töötukassa. (2023). *Töötukassa esindused*. <https://www.tootukassa.ee/et/kontaktid/esindused>
- Eesti Töötukassa. (2018). *Registreeritud töötute teenustel osalemine, tööle rakendumine ja palk põhilise suhtluskeele järgi*. [https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-01/mitte-eestlaste\\_analuus\\_loppraport.pdf](https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-01/mitte-eestlaste_analuus_loppraport.pdf)
- Eesti Töötukassa. (s. a). *Teenused ja hüved: Tööalane rehabilitatsioon*. <https://www.tootukassa.ee/et/teenused/vahenenud-toovoimega-inimestele/tooalane-rehabilitatsioon>
- Eesti Töötukassa. (s. a). *Tööalane rehabilitatsiooni osutajad*. <https://www.tootukassa.ee/et/rehabilitatsioon>
- Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). *Riigi Teataja*, 26, 349; *Riigi Teataja I*, 15.05.2015, 2. <https://www.riigiteataja.ee/akt/PS>
- Emyra Consult OÜ. (s. a.) *Rehabilitatsioon*. <http://emyra.ee/rehabilitatsioon>
- European Commission. (2012). *White Paper An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/32eda60f-d102-4292-bd01-ea7ac726b731/language-en>
- Goss-Sampson, A. M. (2022) *Statistical analysis in JASP a guide for students* (5th ed.). Centre for Exercise Activity and Rehabilitation University of Greenwich <https://jasp-stats.org/wp-content/uploads/2022/04/Statistical-Analysis-in-JASP-A-Students-Guide-v16.pdf>
- Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Aaben, L., ja van Ginneken, E. (2018). Estonia Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(1), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330201>
- Hanga, K. (2020). Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime. *Sotsiaaltöö*, 3, 65–69
- Hanga, K. (2022). Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine tööalases rehabilitatsioonis. *Sotsiaaltöö*, 1, 38–44

- Hayward, K., Mateen, B.A., Playford, E.D., & Eva, G. (2019). Developing vocational rehabilitation services for people with long-term neurological conditions: Identifying facilitators and barriers to service provision. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(6), 337–347. <https://doi.org/10.1177/0308022619830294>
- International Labour Organization. (2020). *Questions on disability and work: Key issues on promoting employment of persons with disabilities*. [https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS\\_741706/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/disability-and-work/WCMS_741706/lang-en/index.htm)
- Kuusik, K. (2015). *Eesti tööandjate vaade tööealise elanikkonna vananemisele ning hoiakud vanemaealiste töötajate suhtes* [Magistritöö, Tallinna Tehnika ülikool, Majandusteaduskond]. Digikogu. <https://digikogu.taltech.ee/en/Item/731b52bc-8b49-43bd-a75f-31fc99ade17a>
- Laherand, M.–L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. OÜ Sulesepp. Dspace. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/68249>
- Lumi, F. (2020). *Puidusektori tööandjate kogemused vähenenud töövõimega inimeste palkamisel ja nendega töötamisel, teadlikkus vähenenud töövõimega inimestele suunatud tööturuteenustest*. [Bakalaureusetöö, Tartu Ülikool, Haridusteaduste instituut. DSpace <https://dspace.ut.ee/handle/10062/68814>
- Madisson, K., & Kiis, K. (2022). Töötukassa ja omavalitsuste koostööprojekt – ühiselt jõuab kaugemale. *Sotsiaaltöö*, 3, 24–27.
- Maddineshat, M., Cheraghi, F., Ghaleiha, A., Khalafbeigi, M., & Sadeghian, E (2022). Facilitators and Barriers of Return to Work in Working People with Serious Mental Illness: A Qualitative Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(2), 120–128. <https://doi.org/10.1177/02537176221074730>
- Maas, H., & Väljaots, M. (2015). Tööalane rehabilitatsioon – uus tööturuteenus *Sotsiaaltöö*, 4, 22.
- Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammik, M., & Partei, M. (2015). *Töövõimekaotuse hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Toovaldkond/toovoime\\_uuringu\\_loppraport\\_21\\_03\\_2016.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/toovoime_uuringu_loppraport_21_03_2016.pdf)

- Masso, M., Nuiamäe, M., Michelson, A., Murasov, M., Melesk, K., Laurimäe, M & Kadarik I. (2019). *Töövõime toetamise skeemi loomise ja juurutamise vahehindamise lõpparuanne*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <https://www.sm.ee/media/2270/download>
- Mittetulundusühing Rehabilitatsioonikeskus Terveline. (s. ). *Rehabilitatsioon*. <https://terveline.ee/>
- Parring, A-M., Vähi, M., Käärrik, E. (1997). *Statistilise andmetöötluse algõpetus*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus. 405 lk
- Pettai, I. (2018). *Ealine diskrimineerimine tööturul*. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. <https://humanrights.ee/app/uploads/2019/03/Ealine-diskrimineerimine-uuringu-tulemused.pdf>
- Piłat, A., Woźniak, B., Tobiasz–Adamczyk, B., Brzyska, M., Leonardi, M., Ferraina, S., & Kadyrbaeva, A. (2019). Difficult entry and return to the labor market: on the professional (re)integration of people with disabilities and chronic health conditions in Poland (The PATHWAYS research project). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(4), 475–488. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01352>
- Pärg, L. (2021). „Püsiva töövõimekaio väljakujunemise ennetamiseks pikaajalise ja ajutise töövõimetusega inimeste tööhõives püsimise toetamine“ *meetme väljatöötamise analüüs*. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/media/2457/download>
- Registrite ja Infosüsteemide Keskus. (2023) *e-äriregister Eesti Töötukassa* [https://ariregister.rik.ee/est/company/74000085/Eesti-T%C3%B6%C3%B6tukassa?active\\_tab=register](https://ariregister.rik.ee/est/company/74000085/Eesti-T%C3%B6%C3%B6tukassa?active_tab=register)
- Rinne, H., & Perhoniemi, R. (2022) Effects of Vocational Rehabilitation on the Use of Health Care Services in Finland: A Propensity Score Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), Article 15809. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/23/15809>
- Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla. (2023). *Sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon*. <https://www.regionaalhaigla.ee/et/sotsiaalne-ja-tooalane-rehabilitatsioon>
- Sotsiaalkaitseminister. (2018). *Riigi Teataja I*, 01.01.2018, 2 *Sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määruse nr 66 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames osutatavate teenuste loetelu ja hinna ning ülevõetava tasu maksimaalse suuruse ühes*

*aastas ja arvestamise korra, sõidu- ja majutuskulude maksimaalse maksumuse õigustatud isiku ja õigustatud isiku saatja kohta ühes kalendriaastas ning hüvitamise tingimused ja korra ning rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumide kehtestamine”* *muutmine.*

[https://www.riigiteataja.ee/aktiisa/1170/4201/8002/SOM\\_11042018\\_m15\\_lisa1.pdf](https://www.riigiteataja.ee/aktiisa/1170/4201/8002/SOM_11042018_m15_lisa1.pdf)  
#

Sotsiaalkindlustusamet. (2020) „*RFK-kasutamine meditsiinilises, sotsiaalses ja tööalases rehabilitatsioonis ning abivahendi vajaduse hindamisel*“ *Kokkuvõtte pilootprojektist ja ettepanekud järgmisteks tegevusteks.*  
[https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Projektid/rfk\\_loppraport\\_aprill2020.pdf](https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Projektid/rfk_loppraport_aprill2020.pdf)

Sotsiaalministeerium, Turu-uuringute AS, & Eesti Rakendusuuringu Keskus CentAR. (2017/2018). *Teadlikkus ja hoiakud vähenenud töövõimega inimeste ning töövõimereformi teemal. Töövõimetus pensionäride ja vähenenud töövõimega inimeste, elanikkonna ja tööandjate küsitluste koondraport.*

[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/2017\\_tvr\\_koondraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/2017_tvr_koondraport.pdf)

Sotsiaalministeerium. (2022), uuringud ja analüüsid: *Töövõime hindamise peamised tulemused* *lõpparuanne.*  
[Töövõimereformi%20hindamise%20peamised%20tulemused%20\(2\).pdf](#)

Statistikaamet. (2023, 1.jaanuar). *RV021: Rahvastik soo ja vanuserühma järgi, .*  
[https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik\\_\\_rahvastikunaitajad-ja-koosseis\\_\\_rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV021](https://andmed.stat.ee/et/stat/rahvastik__rahvastikunaitajad-ja-koosseis__rahvaarv-ja-rahvastiku-koosseis/RV021)

Statistikaamet. (2022, 13.mai). *THV601: Tööealiste hõiveseisund puudelisuse ja töövõime ning vanuserühma järgi 1 jaanuar* [andmebaas].  
[https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu\\_\\_tervishoid\\_\\_puudega-inimesed\\_\\_puuetooheive/THV601/table/tableViewLayout2](https://andmed.stat.ee/et/stat/sotsiaalelu__tervishoid__puudega-inimesed__puuetooheive/THV601/table/tableViewLayout2)

Tamm, G., Kostabi, E., Trankmann, S., Remmik, M., Puur, S.M., Urmann, H., Espenberg, S. (2021). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise meetodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile.* Tartu Ülikool.RAKE. [https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Uuringud/srt\\_final\\_19112021.pdf](https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Uuringud/srt_final_19112021.pdf)

- Turu-uuringute AS. (2021). *Tööandjate hoiakud vähenenud töövõimega inimeste värbamise suhtes*. Sotsiaalministeerium  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised\\_pressiinfo/2021\\_tvrtooandjateuuringuloppraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/2021_tvrtooandjateuuringuloppraport.pdf)
- Tööturuteenuste ja -toetuste seadus. (2005). *Riigi Teataja I*, 54, 430; *Riigi Teataja I*, 18.02.2022, 5. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TTTS>
- Töötuskindlustuse seadus. (2001). *Riigi Teataja I*, 59, 359; *Riigi Teataja I*, 02.12.2022, 9. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TKindlS>
- Töövõimetoetuse seadus. (2014). *Riigi Teataja I*, 13.12.2014, 14; *Riigi Teataja I*, 02.12.2022, 14. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TVTS>
- Van Campen, C., & van Santvoort, M. (2013). *Explaining Low Subjective Well-Being of Persons with Disabilities in Europe: The Impact of Disability, Personal Resources, Participation and Socio-Economic Status*. Social Indicators Research  
[https://www.researchgate.net/publication/257664076\\_Explaining\\_Low\\_Subjective\\_Well-Being\\_of\\_Persons\\_with\\_Disabilities\\_in\\_Europe\\_The\\_Impact\\_of\\_Disability\\_Personal\\_Resources\\_Participation\\_and\\_Socio-Economic\\_Status](https://www.researchgate.net/publication/257664076_Explaining_Low_Subjective_Well-Being_of_Persons_with_Disabilities_in_Europe_The_Impact_of_Disability_Personal_Resources_Participation_and_Socio-Economic_Status)
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteaduses*. Tartu Ülikool. DSpace. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/36419>
- World Health Organization. (2017) *Rehabilitation 2030: a call for action - meeting report*  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240007208>
- Yasamy, M.T., Dua, T., Harper, M., & Saxena, S. (2013). *Vanemaealiste vaimne tervis*  
[https://intra.tai.ee/images/prints/documents/13806150458\\_Vanemaealiste\\_vaimne\\_tervis\\_2013.pdf](https://intra.tai.ee/images/prints/documents/13806150458_Vanemaealiste_vaimne_tervis_2013.pdf)

### Lisa 1. Andmestik

1.	Sugu	N	M
2.	Vanus teenuse alguse seisuga		
3.	Seisund - teenusele suunamise seisuga	Töötu	Töötav
4.	Teenuse algus kuupäev		
5.	Teenuse tegelik lõpuaeg või planeeritud lõpp (kui osalemine veel kestab)		
6.	Teenusel osalemise tulemus: lõpetasite, katkestasite või lõpetamata.		
7.	Teenust osutanud asutus		
8.	Füüsilised piirangud Vaimsed piirangud Füüsilised ja vaimsed piirangud Muu * (selgitus tabeli all)		
9.	Grupitunnid		
10.	Individaaltunnid		
11.	Individaaltunnid		
12.	Arst (tunnid)		
13.	Eripedagoogika (tunnid)		
14.	Füsioteraapia (tunnid)		

15.	Kogemusnõustamine (tunnid)	
16.	Logopeedia (tunnid)	
17.	Loovteraapia (tunnid)	
18.	Õde (tunnid)	
19.	Planeerimine (tunnid)	
20.	Psühholoog (tunnid)	
21.	Sotsiaaltöötaja (tunnid)	
22.	Tegevuskava koostamine (tunnid)	
23.	Tegevusteraapia (tunnid)	
24.	Tulemuste hindamine (tunnid)	
25.	Võrgustikutöö (tunnid)	

#### \*Tegevuspiirangud

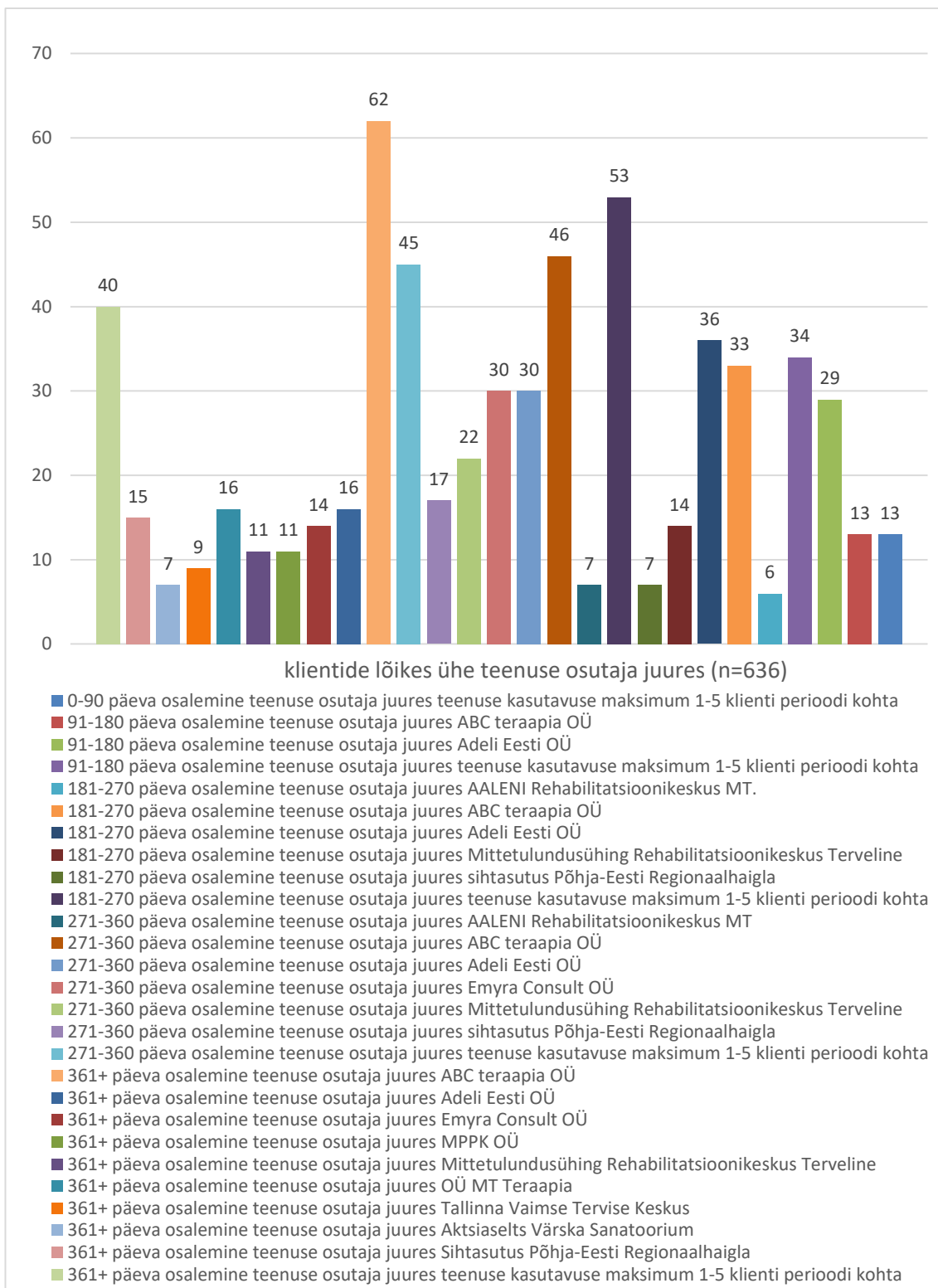
Füüsilised piirangud — inimesel on tuvastatud piirang vähemalt ühes järgmises valdkonnas: liikumine; käeline tegevus; teabe edasiandmine ja vastuvõtmine; teadvusel püsimine ja enesehooldus.

Vaimsed piirangud — inimesel on tuvastatud piirang vähemalt ühes järgmises valdkonnas: õppimine ja tegevuste sooritamine; muutustega kohanemine ja ohu tajumine; suhtlemine.

Füüsilised ja vaimsed piirangud — inimesel on tuvastatud piirangud nii füüsilises kui ka vaimses valdkonnas.

Muu — inimene ei ole läbinud töötukassa töövõime hindamist (tal on töövõime kaotus või puue) või tal ei ole tuvastatud ei füüsilisi ega ka vaimseid piiranguid, vaid tegemist on erijuhuga).

## Lisa 2. Osalemise kestus teenuseosutajate juures keskmise järgi (n=636)



**Lisa 3. Korrelatsioon, tööalane rehabilitatsioon, teenuste vaheline ajaline seos**

Kokku osaletud tunde		0.456***	0.758***	-0.025	0.59***	0.162***	0.023	0.367***	0.45***	0.239***	0.003	0.167***
Grupitunnid	0.456***		-0.234***	-0.081*	0.432***	0.179***	-0.144***	-0.013	0.24***	-0.141***	-0.017	0.277***
Individaaltunnid	0.758***	-0.234***		-0.014	0.341***	0.034	0.124**	0.404***	0.312***	0.367***	0.017	-0.027
Muud tunnid	-0.025	-0.081*	-0.014		-0.321***	0.243***	0.152***	0.141***	0.06	-0.036	-0.021	0.1*
Fysioteraapia (tunnid)	0.59***	0.432***	0.341***	-0.321***		-0.267***	-0.188***	-0.167***	-0.103**	0.124**	-0.06	-0.082*
Kogemusnustamine (tunnid)	0.162***	0.179***	0.034	0.243***	-0.267***		-0.051	0.244***	0.082*	-0.204***	-0.017	0.284***
Loovteraapia (tunnid)	0.023	-0.144***	0.124**	0.152***	-0.188***	-0.051		0.014	-0.011	-0.1*	0.032	-0.035
Psühholoog (tunnid)	0.367***	-0.013	0.404***	0.141***	-0.187***	0.244***	0.014		0.202***	-0.199***	0.001	0.035
Sotsiaaltootaja (tunnid)	0.45***	0.24***	0.312***	0.06	-0.103**	0.082*	-0.011	0.202***		-0.042	-0.018	0.004
Tegevusteraapia (tunnid)	0.239***	-0.141***	0.367***	-0.036	0.124**	-0.204***	-0.1*	-0.199***	-0.042		-0.001	-0.048
Logopeedia (tunnid)	0.003	-0.017	0.017	-0.021	-0.06	-0.017	0.032	0.001	-0.018	-0.001		-0.008
Eripedagoogika (tunnid)	0.167***	0.277***	-0.027	0.1*	-0.082*	0.284***	-0.035	0.035	0.004	-0.048	-0.008	
	Kokku osaletud tunde	Grupitunnid	Individaaltunnid	Muud tunnid	Fysioteraapia (tunnid)	Kogemusnustamine (tunnid)	Loovteraapia (tunnid)	Psühholoog (tunnid)	Sotsiaaltootaja (tunnid)	Tegevusteraapia (tunnid)	Logopeedia (tunnid)	Eripedagoogika (tunnid)

## SUMMARY

### THE ARRANGEMENT OCCUPATIONAL REHABILITATION AT ESTONIAN UNEMPLOYMENT INSURANCE FUND ON THE EXAMPLE IN THE TALLINN AND HARJU COUNTRY AT 2020–2021

Maarja laande

Work rehabilitation is a one type of rehabilitation (other rehabilitation types – social and medical rehabilitation) which is targeted for working age, and have decreased working ability. The focus of this service is to improve speech, mobility skills, to learn to use assistive equipment and to resolve other life problems that prevent work (Work rehabilitation, 2016).

The author in the study focuses on people who is up to 55+. The problem in the study of this thesis is that the organization of working rehabilitation services for people who is up to 55+ has been little studied both in Estonia and abroad.

The Social Insurance Board (2020, p. 5) conducted a pilot project in 2015–2016, the mapping of which revealed the main problems in rehabilitation services:

- insufficient funding and the difference in the hourly prices of specialists in medical, social and occupational rehabilitation;
- absence of an overall vision between different areas of the rehabilitation zone;
- service-oriented approach and disregarding the customer's specificities and needs;
- absence of uniform standards;
- in the absence of a clearly formulated goal or non-achievement of the set goals in rehabilitation;

- ambiguity of responsibility, the competitor in need of help does not systematically connect the following with the stage;
- insufficient data exchange between medical, social and occupational rehabilitation (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, p. 5).

These problems affect inefficiency and create obstacles so that a person with reduced working capacity can participate in the life of society in accordance with his abilities, and need-based movement between services in special fields has been implemented (Sotsiaalkindlustusamet, 2020, p. 5).

The aim of this study to find out the provision and organization of occupational rehabilitation services in the years 2020–2021 by the Estonian Unemployment Insurance Fund (Eesti Töötukassa) in Tallinn and Harju County as an example in the 55+ age group, and to make improvement proposals to the Estonian Unemployment Insurance Fund based on the study results to improve the working rehabilitation service.

In the theoretical part (part 1), the author of study provides an overview of the approach to rehabilitation. For example – what is the World Health Organisation's 2030 latest rehabilitation agenda, which focuses on the services needed by people from different backgrounds with health problems. In addition what is the situation of occupational rehabilitation at the abroad and in Estonia. Relying on various scientific resources. Next giving an overview of the use of RFK (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) in the fields of rehabilitation. A little part, how is the assessment of working capacity carried out in the Estonian Unemployment Insurance Fund, also there is relying a laws and official sources. One important part to focus on people who have decreased working ability at age up to 55+. According to the World Federation of Mental Health, the mental health of the elderly deteriorates with age by more than 20 percent, especially at the age of 55+. As we age, biological factors in brain work change, somatic diseases are added. As the mental health deteriorates, the physical symptoms of the disease intensify.

In the empirical part (part 2) of the work, first provides an overview of the Estonian Unemployment Insurance Fund and its cooperation partners who provide vocational rehabilitation services.

At the study is used quantitative research method, and data analysis method is used as a secondary data analysis. At data analysis is used JASP 0.17.0.0 statistics program. In the study participated 636 customers, at the participated are 494 women and 142 men. Below is a small overview, how the customers are divided, into different groups according to activity restrictions. 27 clients with mental limitations participated in the study, 417 with physical limitations, 165 clients with mental and physical limitations and others whose activity limitation was not determined by the Estonian Unemployment Insurance Fund.

Next, an overview of the analysis of which vocational rehabilitation services were used the most is given. What was the average and maximum duration of participation for the services. Which service providers did customers visit the most and during which period. A percentage result was calculated for participation in services, interruptions and terminations. Comparing unemployed and employed clients, who participated in the vocational rehabilitation service.

The results revealed that 81% of the clients who participated in occupational rehabilitation services completed the service, 13% discontinued the service, and 6% of the clients had unfinished the services.

In terms of conclusions, the author of the work made conclusions based on theoretical aspects. Conclusions were confirmed based on facts and figures. Answers to research questions were given and suggestions for improvement were made to the Estonian Unemployment Insurance Fund.

As for the summary part, the author of the paper highlighted the most important aspects of the research. Described the work's sub-chapters and confirmed that the purpose of the study was partially fulfilled, because the author of the work lacked substantive information for the study. The author of the work had only the data set to use.

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

Mina, Maarja Laande,

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

„Töölase rehabilitatsiooni korraldus eesti töötukassa tallinna ja harjumaa näitel aastatel 2020–2021“,

mille juhendaja on Ewe Alliksoo

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

*Maarja Laande*

**19.05.2023**