

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Enel Müür

**TÖÖALASE REHABILITATSIOONI
MEESKONDADE KOOSTÖÖKOGEMUSED
JA RAHVUSVAHELISE
FUNKTSIONEERIMISVÕIME
KLASSIFIKATSIOONI KASUTAMISE
VÄLJAKUTSED TALLINNA JA HARJUMAA
ASUTUSTE NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Ewe Alliksoo, MA

Pärnu 2025

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)

Enel Müür

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Ülevaade rehabilitatsiooni käsitlustest, erinevatest meeskondadest, koostööst sidusrühmadega.....	7
1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus	7
1.2. Töölane rehabilitatsioon maailmas ja Eestis	9
1.3. Rehabilitatsioonimeeskonnad ja koostöö	11
2. Uuring Tallinna ja Harjumaa töölase rehabilitatsiooni asutuste rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamise väljakutsetest ja koostöö toimimisest sidusrühmadega.....	15
2.1. Ülevaade Tallinna ja Harjumaa rehabilitatsiooni asutustest	15
2.2. Uurimistöö metoodika ja valim.....	16
2.3. Uuringu tulemused	20
2.3.1. Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine ja peamised kitsakohad	20
2.3.2. Rehabilitatsiooni asutuste koostöö toimimine ja väljakutsed sidusrühmadega.....	23
2.4. Arutelu, järeldused, ettepanekud	28
Kokkuvõte	34
Viidatud allikad.....	37
Lisad.....	43
Lisa 1. Töölase rehabilitatsiooni asutused.....	43
Lisa 2. Ankeetküsimustik.....	44
Lisa 3. Ekspertintervjuu küsimused	49
Summary	50

SISSEJUHATUS

Mitmete sotsiaalsete gruppide osalus tööturul on erinev, puuetega inimeste tööhõive on üks madalamaid (International Labour Organization & Organization for Economic Co-operation and Development, 2018, lk 3). Heaolu arengukavas 2023–2030 on rõhutatud, vajadust ennetada ajutise töövõimetuse kujunemist püsivaks töövõime kaoks, et inimene saaks püsida hõives (Sotsiaalministeerium, 2023, lk 14). Üheks toetusmeetmeks on tööalane rehabilitatsioon, mis on suunatud inimesele, kellel on vähenenud töövõime või on pikaajalised terviseprobleemid, mis takistavad töötamist või tööle minemist (Tööhõiveprogramm 2024–2029, 2023, § 9).

Olulist rolli mängib inimese toetamisel rehabilitatsiooni meeskond, kes teeb ühiste eesmärkide nimel tööd ja lähtub biopsühhosotsiaalse mudeli käsitlusest. Tegevused ning erinevad sekkumisstrateegiad peavad olema inimese vajaduste, eesmärkide ja soovidega kooskõlastatud. (Wade, 2020, lk 571) Oluliseks väljakutseks on rehabilitatsiooni meeskondades omavaheline suhtlus ja vastutuse jagamine. Keerulisemaks ülesandeks on puudega inimese suunamine tervishoiuteenustele, ning tervishoiuteenuste kättesaadavus, lisaks on toodud välja protsesside aeglust toetava teenuseni, kontakti saamist vajaliku spetsialistiga väljaspool organisatsiooni. Väljakutsena on tuvastatud piirkondlikke erinevusi, mille tõttu oli koostöö keerukas suurlinna piirkondades, sest puudusid isiklikud kontaktid asutustes. Koostöö sujumise takistava asjaoluna oli tuvastatud tervishoiutöötajate ebapiisavat teadlikkust rehabilitatsiooniplaanide koostamisest. (Liukko & Kuuva, 2017, lk 1466–1467, 1470–1471) Noorte puudega inimeste tööhõivesse siirdumise oluline eeldus on koostöö erinevate noort toetavate asutuste, spetsialistide ja tööandjate vahel. On toodud esile koostöös esinevaid raskusi, näiteks ebapiisavat suhtlust organisatsioonide vahel, mis võib takistada ühise arusaama kujunemist partnerite vastutusest. Samuti mõjutavad tööandjate ja teenuseosutajate hoiakud inimese toetamise võimalusi, mistõttu on vaja teadlikkuse tõstmist ja süsteemsemat koostööd. (Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10)

Maailma Terviseorganisatsioon toob välja, et tuleks tegeleda rehabilitatsioonis inimese toimimisega seotud info kogumisega, kasutades rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (edaspidi RFK) (Word Health Organization, 2017, lk 2). RFK pakub raamistikku ja terviklikku arusaama tervisega seotud seisunditest, toetub biopsühhosotsiaalsele vaatenurgale, võimaldades keskenduda mitte ainult puudele, vaid ka individuaalsetele võimalustele (Barradell & Scholten, 2024, lk 797, 800–801). Pernambuco jt (2018, lk 138) on välja selgitanud, et enam kui veerand rehabilitatsiooni spetsialistidest ei omanud kokkupuudet RFK-ga ning 74%, ei kasuta seda oma töös, kuigi usuvad, et klassifikatsiooni kasutamine on töös võimalik. Optometristid ja rehabilitatsiooni spetsialistid väitsid, et nad teavad RFK, kuid korrektse lühendi tähenduse tuvastas neist ainult 48%, neist tundis ära klassifikatsiooni kõik komponendid, vaid kolm spetsialisti (Kimiafar *et al.*, 2024, lk 3).

Tuginedes eelolevale on uurimisprobleemiks koostöö toimimine tööalases rehabilitatsioonis ning vähene teadlikkus RFK kasutamisest seoses klassifikatsiooni rakendamisega tööalase rehabilitatsioonis.

Eesmärk on välja selgitada Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni meeskondade koostöö toimimine erinevate sidusrühmadega ning RFK kasutusega seotud kitsaskohad teenuse osutamisel ning teha ettepanekuid Eesti Töötukassa töötajate teenuste osakonnale koostööpartnerite toetamiseks.

Uurimisküsimused:

- Milline on koostöö toimimine sidusrühmadega Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutuste spetsialistidel?
- Millised on peamised kitsaskohad tööalase rehabilitatsioonis RFK kasutamises Tallinna ja Harjumaa rehabilitatsioonispetsialistidel?

Töö koosneb kahest osast. Esimeses osas on kajastatud rehabilitatsiooni käsitus, uuritakse, kuidas mujal maailmas on tööalane rehabilitatsioon üles ehitatud, missugused on meeskonnad, kes rehabilitatsiooniga tegelevad. Lisaks antakse töös ülevaade koostööst sidusrühmadega ja esinevatest väljakutsetest. Teaduskirjanduse leidmiseks kasutati andmebaase ScienceDirect, Researchgate, Pubmed, Google Scholar jms. Töö teises osas antakse ülevaade Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutustest,

spetsialistidest. Uurimismeetodina kasutatakse kvantitatiivset kui ka kvalitatiivset uurimisviisi ning uuringu käigus saadud andmed kõrvutatakse teoreetiliste lähtekohtadega. Uuringu tulemuses tuuakse välja peamised väljakutsed RFK kasutamisel, koostöö toimimine tööalases rehabilitatsioonis ning tehakse järeldused. Kogutud andmete alusel koostatakse ettepanekud Eesti Töötukassa tööotsijate teenuste osakonnale koostööpartnerite toetamiseks.

1. ÜLEVAADE REHABILITATSIOONI KÄSITLUSTEST, ERINEVATEST MEESKONDADEST, KOOSTÖÖST SIDUSRÜHMADEGA

1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus

Vähenenud töövõimega inimeste toimetulek koduses keskkonnas ja ka töökeskkonnas võib olla erinevate takistuste tõttu keeruline. Seetõttu on riiklikul tasandil erinevad teenused, mis toetavad inimese kohanemist ning integreerimist ühiskonnaellu. Üheks toetavaks teenuseks, millega saab käsitleda inimese kompleksseid probleeme on rehabilitatsioon.

Wade (2020, lk 579) selgitab rehabilitatsiooni kui parimate tegevuste kogumit, millega on võimalik tõsta inimese enesehinnangut, elukvaliteeti ja sotsiaalse lõimumise taset, suurendades iseseisvust tegevustes, vähendades valu ja stressi ning parandades kohanemisvõimet tervise olukorra halvenemisel. Rehabilitatsioon on tervises seisundi optimeerimise protsess, mis lähtub terviklikust biopsühhosotsiaalsest mudelist ja keskendub inimesele. Isikukesksest lähenemisest tulenevalt on inimesel võimalus seisundiga kohaneda, sest inimesed näevad ise oma olukorda ainulaadsest vaatenurgast ning püüavad end realiseerida parimal viisil (Rogers, 1959, viidatud Hazler, 2016, lk 169 vahendusel). Biopsühhosotsiaalse mudeli rakendamine eeldab vastastikust usaldust ja info jagamist, kokkulepitud olukorra mõistmist ning töötamist üle olemasolevate piiride (Wade & Halligan, 2017, lk 1001). Driveri jt (2019, lk 9) sõnul sõltuvad psühhosotsiaalse käsitluse kasutamine teenusesaaja vastupanust, ajapuudusest, spetsialisti pädevusest, koolitusest ning haridusest. Üleminek biomeditsiiniliselt käsitluselt biopsühhosotsiaalsele käsitlusele peaks toimuma järk-järgult ja arenguks võib kuluda aastaid (Wade & Halligan, 2017, lk 1001). Rogersi (2003, lk 247) uuenduste leviku

teooria alusel on uuendustega kohe kaasaminejaid 2,5%, varaseid omaksvõtjaid 13,5%, varane enamust 34% ja hiljem omaksvõtjad 34%, mahajääjaid 16%.

Biopsühhosotsiaalse mudeli rakendamiseks kasutatakse rehabilitatsioonis RFK, mis võimaldab inimese toimimisega seotud infot struktuurselt koguda. Funktsioneerimisvõime hindamisel võetakse arvesse inimese tervise seisundit, keha funktsioone, struktuure, tegevus- ja osalusvõimet ning isiklike ja keskkonna tegureid. RFK abil on võimalik määratleda inimesele mõjuvaid keskkonnategureid, mis toetavad inimese osalust ühiskonnas. (Momsen *et al.*, 2019, lk 242, 269) RFK-d nähakse kui spetsialistide ühist keelt ning peaks olema integreeritud teenustes kasutusel olevatesse tööviisidesse (Viidalepp, 2023, lk 33). RFK kasutamine on toonud muudatused, kuidas mõõdetakse, kogutakse, analüüsitakse andmeid inimese funktsioneerimise ja puude kohta (Madden & Bundy, 2018, lk 1456). Klassifikatsiooniga suudetakse kaardistada keerulisi probleeme, samas võib lihtsustada spetsialistide ja üksikisikute vahelist suhtlust rehabilitatsiooni ajal. RFK hõlbustab suhtlemist, aga ainult siis, kui tähelepanu keskmes on klassifikatsiooni komponentide vastasmõju ja nende seos inimese reaalse eluga. Selline lähenemine toetab isikukeskset rehabilitatsiooni. (Noe *et al.*, 2022, lk 47, 49) RFK on kasulik suhtlemisel rehabilitatsiooni meeskonna ja inimese vahel. Kaardistatud takistused ja hõlbustajad võimaldavad näha inimese terviklikku olukorda ning toetavad erinevaid sekkumisi taastumiseks, et tööle naasta. (Johansen *et al.*, 2022, lk 7) Klassifikatsiooni toel on võimalik jälgida inimese seisundi paranemist ning arengut, sekkumiste tulemusi, võrrelda teenuste tõhusust (Pernambuco *et al.*, 2018, lk 141). RFK kasutamine võimaldab analüüsida infot, mis on teenuste ülesehituse ja tõhususe hindamise eelduseks ning seeläbi oluliseks aluseks poliitikakujundamisel (Viidalepp, 2023, lk 33). Seevastu RFK kasutamise takistusena on nimetatud suurt töökoormust, lisadokumenteerimist, ajapuudust (Barradell & Scholten, 2024, lk 789). Tuvastatud on, et üle poole füsio- ja tegevusterapeutidest polnud teadlikud kõikidest valdkondadest, mida RFK hõlmab (Pernambuco *et al.*, 2018, lk 134). RFK põhist hindamist peetakse aeganõudvaks (Johansen *et al.*, 2022, lk 7; Momsen *et al.*, 2019, lk 269), lisaks on ebaselgeks on jäänud, kas klassifikatsioon sobib eesmärkide püstitamiseks ning hiljem tulemuste hindamiseks (Momsen *et al.*, 2019, lk 269).

Rehabilitatsioon on terviklik protsess, mis toetab vähenenud töövõimega inimeste kohanemist ja iseseisvat toimetulekut, rakendades biopsühhosotsiaalseid mudelid. RFK kasutamine võimaldab süstemaatiliselt hinnata inimese funktsioneerimist, pakkudes terviklikku lähenemist, mis soodustab tööellu naasmist. Edukas rehabilitatsioon eeldab vastastikust usaldust, spetsialistide pädevust ning isikukeskset käsitlust. Seeläbi muutub rehabilitatsioon mitte ainult toetavaks teenuseks, vaid ka oluliseks vahendiks inimeste elukvaliteedi ja enesehinnangu tõstmisel.

1.2. Töölane rehabilitatsioon maailmas ja Eestis

Üle maailma on rehabilitatsiooniteenuse saamise ja kasutamise võimalused erinevalt üles ehitatud. Nende korraldus ja sidusrühmad, kes inimest toetavad võivad olla erinevate rollidega ja täita erinevaid ülesandeid.

Hollandis määravad rehabilitatsioonispetsialistid teenuse sisu vastavalt kliendi töövalmidusele, jaotades inimesed kahte gruppi – need, kes on valmis kohe tööle asuma, ja need, kes vajavad esmalt töövalmiduse tõstmist ning on vajalik tegeleda intensiivsemalt (de Geus *et al.*, 2024, lk 6377, 6379). Ameerika Ühendriikides hinnati inimese toimimist terviseandmete, varasema kogemuse ja vajadusel ka intelligentsuse ja töövõime põhjal, et pakkuda sobivaid teenuseid (Ditchman *et al.*, 2020, lk 280).

Hollandis loetakse töölase rehabilitatsiooni teenus edukaks, kui inimene asub tööle, õpingutele või alustab töövalmiduse arendamist, mille eesmärk on kolmekuuline tööol püsimine (de Geus *et al.*, 2024, lk 6380). Austraalias toetatakse tööotsingut läbi karjäärinõustamise, tööpraktikate ja vabatahtliku töö (Watter *et al.*, 2023, lk 386), Ameerikas nõustatakse karjäärivalikul kui ka tööotsinguplaani koostamisel, kasutatakse proovitöid, karjäärinõustamist ning tööpraktikat, et aidata inimestel jõuda sobiva töökohani (Ditchman *et al.*, 2020, lk 280–282). Oluline on koostöö erinevate spetsialistide vahel. Norra rehabilitatsiooniprotsessis kaasati koostöösse töölased spetsialistid, arstid, vaimse tervise eksperdid, tööandjad ja sotsiaalvaldkonna esindajad, kes võimaldasid pakkuda mitmetasandilist tuge (Gjerdalen *et al.*, 2022, lk 24). Sama lähenemine on esindatud Ameerika Ühendriikides, kus lisaks toetatakse tööle asumise järgsete tööturuteenustega (Ditchman *et al.*, 2020, lk 286).

Üheks olulisemaks tööalase rehabilitatsiooniprotsessi osaks on tööandjatega suhtlemine ja töötingimuste kohandamine. Austraalias Queenslandis viiakse läbi töökoha hindamist ja planeerimist, tööandjate ja klientide vahelise kontakti toetamist ning tööle naasmise strateegiate loomist (Watter *et al.*, 2023, lk 373). Norras loodi tugev koostöö tööandjate ja spetsialistide vahel, et toetada skisofreeniaga inimese tööhõivet, pakkudes kohandatud töötingimusi ja regulaarset tuge töökohal (Gjerdalen *et al.*, 2022, lk 24, 29). Samalaadne tööandjate nõustamine on esindatud ka Ameerikas, kus pakutakse ka keskkonna kohandamist ja tööandjate teadlikkuse tõstmist (Ditchman *et al.*, 2020, lk 280, 285). Norras said nii inimene kui ka tööandjad teavet haiguse kulgemise, taastumise ja prognoosi kohta (Gjerdalen *et al.*, 2022, lk 29).

Aastast 2016 on Eestis rehabilitatsiooni teenused jagunenud kolme valdkonna vahel – taastusravi, sotsiaalne rehabilitatsioon, tööalane rehabilitatsioon:

- Taastusravi on meditsiiniline rehabilitatsioon, kus keskendutakse kahjustunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele, toetatakse puudega harjumisel, ravi toetab üldist toimetulekut ja töövõimet. Taastusravi rahastatakse Tervisekassa eelarvest.
- Sotsiaalne rehabilitatsioon on puudega inimesele, mis keskendub igapäevaelu oskuste arengule, et suurendada inimese osalemist ühiskonnas ja toetab puudest tulenevate takistustega toimetulekut. Teenust on võimalik taotleda läbi Sotsiaalkindlustusameti. (Vaht & Pääbo, 2022, lk 10)
- Tööalase rehabilitatsiooni on eesmärk on toetada inimese töötamist või tööturule naasmist, mis vajab rehabilitatsioonispetsialistide sekkumisi. Teenusele saamiseks saab inimene pöörduda Eesti Töötukassasse. (Vaht & Pääbo, 2022, lk 10) Teenust on võimalik taotleda vähenenud töövõimega inimesel, kes on 16-aastane kuni vanaduspensioniealine ja inimesel, kellel on tekkinud pikaajalised terviseprobleemid ning ka töötaval puuduva töövõimega inimesel. (Tööhõiveprogramm 2024–2029, 2023, § 38)

Hanga (2022, lk 41–43) kirjeldab tööalase rehabilitatsiooni protsessi, kus inimene pöördub Eesti Töötukassasse, kus arutatakse juhtumikorraldajaga tööalase rehabilitatsiooni vajadust ning teenuse vajaduse korral saab valida inimene sobiva teenuse osutaja. Tööalase rehabilitatsiooni asutus saab töötukassa poolt andmed teenuse vajaduse ja inimese töövõime kohta. Esimesel kohtumisel rehabilitatsiooni asutuses tutvutakse

inimese ootuste, vajadustega, hinnatakse koostöös inimesega funktsioneerimisvõimet RFK ja Maailma Terviseorganisatsiooni tööalase rehabilitatsiooni lühihindamise vormi alusel (ingl *Vocational Rehabilitation Brief*) (ICF Research Branch, n.d.), kasutades vajadusel ka muid toetavaid küsimustikke. Koostöös teenuse saajaga lepatakse kokku eesmärgid, dokumenteeritakse piirangud RFK koodide abil ning valitakse sekkumised, millega hakatakse piiranguid leevendama või kõrvaldama. Teenuse osutaja koostab tegevusplaani, mille Eesti Töötukassa süsteemi kaudu üle vaadatakse. Tegevuskavast saab infot rehabilitatsiooni tulemuste kohta nii kvantitatiivse kui ka kvalitatiivsel kujul. Tulemuste edastamisel saab lisada infot eesmärkide saavutamise takistuste kohta, lisaks soovitusi edasiste vajalike tegevuste abivahendi või teenuse kohta. (Hanga, 2022, lk 41–43)

Eestis kehtestati RFK 2023. aasta alguses riikliku klassifikatsioonina, et tagada kogutud, sisuline ja terviklik andmevahetus eri valdkondade ning süsteemide vahel (Viidalepp, 2023, lk 33). Eesti Töötukassa korraldavas tööalases rehabilitatsioonis võeti RFK kasutusele 01.05.2023 (Hanga, 2023).

Kokkuvõtvalt on rehabilitatsioonisüsteemid erinevates riikides kohandatud vastavalt kohalikele vajadustele, kus on eesmärgiks tagada abivajajate tugi tööturule naasmiseks ja iseseisvaks eluks. Erinevad toetavad tegevused teenuses sisaldavad töövalmiduse tõstmist, tööandjatega kontaktide loomist ja tööturule mineku toetust.

1.3. Rehabilitatsioonimeeskonnad ja koostöö

Rehabilitatsiooni osutamiseks on vajalik erinevaid spetsialiste ja oskuseid, et läbi viia erinevaid sekkumisi inimese toetamiseks tööturule liikumisel või sinna naasmisel. Teaduskirjanduses on rehabilitatsiooni meeskondi liigitatud mitmeti. Ükski spetsialist ei saavuta inimesega koostöös eesmärke üksi, vaid on vajalik teha koostööd nii meeskonna siseselt kui ka vajadusel väljas pool asutust.

Multiprofessionaalne meeskonnatöö on mitme erialade vaheline koostöö, mis on vajalik tööalase rehabilitatsiooni edukaks rakendamiseks. Saksamaal läbi viidud uuring tõi esile, et iga teenuseosutaja peab oma meeskonnatööd arendama ja hindama, et tagada teenuse kvaliteet. (Schwarz *et al.*, 2015, lk 59, 64) Põhiliselt on iseloomustatud meeskondi

multidistsiplinaarsete, interdistsiplinaarsete ja transdistsiplinaarsete mudelite alusel, kellel on erinevad ülesanded ja erinevad rollid (Singh *et al.*, 2018, lk 674).

- Multidistsiplinaarset meeskonnatööd korraldab arst, igal meeskonna liikmel on oma kindel roll ja kohustused, meeskonnaliikmed töötavad üksteisest sõltumatult, paralleelselt või üksteise järgi, vähene suhtlus, koordineerimine erialade vahel, koosolekutel arutatakse probleemseid juhtumeid (Schwarz *et al.*, 2015, lk 59)
- Interdistsiplinaarses meeskonnatöös on tugev võrdsus meeskonnaliikmete vahel, tihedam suhtlus ja koostöö erinevate erialade vahel, regulaarsed ühised koosolekud, et seada eesmärgid ja plaane, ühised sekkumised (Schwarz *et al.*, 2015, lk 59).
- Transdistsiplinaarses meeskonnatöös on jagatud kohustused, tihe suhtlemine ja koostöö tase erialade vahel. Ravi eesmärkide ja plaanide ühine seadmine, teadmiste oskuste edasiandmine, hajusad rollid meeskonnas. (Schwarz *et al.*, 2015, lk 59) Erinevad meeskonnaliikmed võivad teha oma tööd tihedas koostöös, mis viib sageli selleni, et nad jagavad teadmisi, oskusi ja vastutust (Martin *et al.*, 2022, lk 768).

Tõhusamaks on nimetatud interdistsiplinaarsel mudelil põhinevat meeskonna tööd, mis toetab tulemuslikumat taastumist (Singh *et al.*, 2018, lk 677). Positiivsed hoiakud, uskumused võivad koostööd parandada, samas negatiivne suhtumine ja usalduse puudumine võivad seda takistada (Noteboom *et al.*, 2024, lk 25).

Wharakura jt (2022, lk 283) on analüüsinud koostööd Bronfenbrenneri (1993, lk 39–40) ökoloogilise mudeli alusel ning tuvastanud, et mikrotasandil on tulemusliku koostöö eelduseks praktikute ühtsed väärtushinnangud ning järjepidevad suhted nii koostööpartnerite kui ka teenusesaajaga. Suhtlemise järjepidevuse toel tekib usaldus. Mesotasandil nähakse erinevate asutuste infovahetuse tähtsust, et olla kursis rehabilitatsiooni protsessi edusammude ja tulemustega. Erinevate tervise olukorraga kohanemise eesmärkide saavutamiseks on oluline koostöö erinevate valdkondade kui ka organisatsioonide vahel (Wharakura *et al.* 2022, lk 283). Oluliseks on peetud tõhusat suhtlust sidusrühmadega, mis loob lahenduskeskset arutelu inimese toetamisel, koostöö tiheduse osas ollakse eriarvamustel (Svanholm *et al.*, 2022, lk 8393). Castruita Rios jt (2023, lk 9–10) käsitlevad noore puudega inimese tööhõivesse siirdumise olulisemaiks komponendiks koostööd erinevate noort toetavate asutuste, spetsialistide ja tööandjate vahel. Koostöös on esinenud erinevaid raskuseid nagu tööülesannete kattuvust toe

pakkumisel, mis viitab vajadust paremale omavahelisele suhtlusele organisatsioonide vahel, et aru saada üksteise rollidest. Eesmärgi saavutamise raskusena on välja toodud tööandjate ja teenuse osutajate hoiakuid inimese toetamiseks. Rootsi kroonilise valuga pikaajalise haiguslehel olijate rehabilitatsiooniga seotud sidusrühmade koostöös osalejad tajusid koostöö tegemist keerulisena erinevate organisatsiooniliste piirangute ning spetsialistide erinevate vaadete tõttu, mis on osutunud takistuseks sobivate lahenduste leidmisel (Svanholm *et al.*, 2022, lk 8396–8397). Castruita Rios jt (2023, lk 9–10) on öelnud, et organisatsioonide tasandil võib olla koostööl ainult kaks partnerit, siis tööalaseks sekkumiseks on oluline kaasata ka teisi liikmeid. Jørgensen jt (2024, lk 4209) on tuvastanud seost tugevates sotsiaalsetes suhetes, mis on aidanud inimestel näha oma võimalusi uuest vaatenurgast, mis mõjutanud taastumisprotsessi ja tööle tagasi minekut. Paljud taastujad said tuge perelt ja sõpradelt, et uue olukorraga kohaneda, sageli on toodud esile abikaasasid, kes osalesid rehabilitatsiooni meeskonna koosolekutel. Seega tuleks koostöösse kaasata inimese peret ja lähedasi (Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10).

Töölases rehabilitatsioonis peaks olema tööandjaga suhtluse toetamine üks kindel osa, millele on lisatud individuaalsetest kliendi toe vajadustest ja eelistustest sekkumisi, näiteks psühholoogiline tugi (Moore *et al.*, 2024, lk 2774). Wilkie jt (2020, lk 13) annavad oma uuringus liigese- ja lihaskonna haigustega inimeste toetamiseks soovitusi, et rehabilitatsiooni protsessi alguses tasub tegeleda biopsühhosotsiaalse mudeli põhjal soodustavate ja takistavate teguritega, et panna paika eesmärgid ja spetsialistid, kes on parimad tulemuste saavutamiseks. Spetsialistid peaksid töötama multidistsiplinaarses meeskonnas, kus kaasatakse ka tööandja, et parandada töölaseid tulemusi. Mida varem suunata rehabilitatsiooniprotsess töökohta, seda paremaid töölaseid tulemusi saavutatakse. Rehabilitatsioonispetsialistide ja tööandjate koostöö töölase rehabilitatsiooni kestel osutub järjest olulisemaks töö tulemuste parandamiseks. Rehabilitatsioonimeeskonnal on võimalus juhtida töölaste tulemuste paranemist, arendades oma koostöö rolli, sellest tulenevalt on teenusel osalejatel paremad võimalused osalemiseks tööelus kui ka igapäevaelus, mis omakorda aitab kaasa tööea pikenemisele. Tähtis on aru saada tööandjate toe vajadusest, mis aitaks edendada koostööd näiteks tegevusterapeutide ja tööandjate vahel, et kohendada töökoht inimesele sobivaks. (Wilkie *et al.*, 2020, lk 13) Üheks teguriks on tööandjate usaldamatus puudega inimeste kui ka ametiasutuse isiku vastu, kes toetab inimese naasmist tööturule. Kui tööandja keskendub

inimese tugevustele, siis puue pole osutunud takistuseks tööhõivele. Siin kohal on vajalik pöörata tähelepanu puudega inimese ja tööandja toetusele. Toetust nähti nii rahalise, keskkonnavalase, isikliku, haridusliku kui ka toetuse korraldamise kontekstis. Kuid toetus polnud eeltingimus, vaid aitas toetada inimese konkurentsivõimet. Toetuse ülesehitus peaks olema paindub ning kooskõlas kõikide osapoolte vajadustega. Õige toetus tugevdas tööandjate arusaama ja usaldust puuetega inimeste kui ka inimest toetava organisatsiooni osas. (Strindlund *et al.*, 2019, lk 2914–2916)

Aunger jt (2021, lk 19) on kindlaks teinud, et usaldus ja konfliktid on koostöö toimimiseks vajalikud. Teadlik konfliktide juhtimine aitab ära hoida olukorda, kus partnerid jäävad passiivseks, otsuseid lükatakse edasi ja koostöö kaotab efektiivsuse või suunataju. Koostöö mõjutajaks võivad olla juhtimise ja vastutuse korraldus, erinevad kultuurilised erinevused, varasemad koostöö kogemused, samuti ka vahemaa pikkus organisatsioonide vahel. Koostöö tulemlikkuse aluseks oli üksteise usaldus, usk tegudesse ja inimeste omavahelisel suhtlus, mida saavutati koostöö kõrgepunktis, lisaks kas koostööd alustati vabatahtlikult või kohustuslikuna.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et mitmetasandilise rehabilitatsiooniprotsessi edukus sõltub spetsialistide efektiivsest ja usalduslikust koostööst, kliendikesksest lähenemisest ja erinevate asutuste vahelisest sujuvast infovahetusest. Tihe usalduslik suhtlus sidusrühmade vahel toetab inimese jõudmist tööturule. Tööandjate kaasamine ja neile suunatud toetusmeetmed aitavad kohandada töökeskkonda töötajate vajadustele.

2. UURING TALLINNA JA HARJUMAA TÖÖALASE REHABILITATSIOONI ASUTUSTE RAHVUSVAHELISE FUNKTSIONEERIMISVÕIME KLASSIFIKATSIOONI KASUTAMISE VÄLJAKUTSETEST JA KOOSTÖÖ TOIMIMISEST SIDUSRÜHMADEGA

2.1. Ülevaade Tallinna ja Harjumaal rehabilitatsiooni asutustest

Käesolevas peatükis antakse ülevaade Tallinna ja Harjumaal töölase rehabilitatsiooni asutustest ning meeskondade võimalikest koosseisudest. Autor on jaganud asutused vastavalt töötukassa kodulehel olevale kirjeldusele erinevate sihtgruppide rehabiliteerimise alusel.

Eesti Töötukassa kodulehe järgi oli töölase rehabilitatsiooni asutusi Eestis 109 ning Tallinnas ja Harjumaal 04.03.2025 seisuga 40. Asutused on keskendunud erinevate sihtgruppide toetamiseks, psüühilise erivajadusega, neuroloogilise-, nägemispuudega inimeste, kuulmispuudega, onkoloogiliste haigusest taastujate jt. Kõikidel asutustel pole kirjelduses välja toodud diagnoosist tulenevat sihtgruppi, aga on kirjeldatud valmisolekut tööle asumise ja tööl püsimise toetamiseks, nimekiri asutustest on leitav lisas 1. (Eesti Töötukassa, s. a.-a) Toetavad meeskonnad võivad koosneda psühholoogist, tegevusterapeutist, loovterapeutist, füsioterapeutist, kogemusnõustajast, eripedagoogist, logopeedist, kogemusnõustajast, õest, sotsiaaltöötajast. Asutustel on võimalik pakkuda eelnimetatud spetsialistide individuaalteenused kui ka gruppide teenuseid, lisaks võib kuuluda meeskonda arst, kes saab individuaalselt nõustada. (Tööhõiveprogramm 2024–2029, 2023 § 38; Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 57; Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude

hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid, 2015, lisa 1) Eesti Töötukassa maksab teenuse saaja eest ühes kalendriaastas 2500 euro ulatuses tööalase rehabilitatsiooni kulu (Tööhõiveprogramm 2024–2029, 2023, § 38). Eesti Töötukassa kodulehe statistika alusel asus tööalase rehabilitatsiooni teenusele jaanuarist veebruari lõpuni 2025 aastal, 221 inimest, neist 69% olid naised ja 30,3% mehed. Vanuse lõikes 23,1% oli 16–24 aastased, 58,4% vanuses 25–54 ning 18,5% olid üle 55 aastased. (Eesti Töötukassa, s. a.-b)

Kokkuvõtvalt saab öelda, et tööalase rehabilitatsiooni asutuste valik on Tallinnas ja Harjumaal mitmekesine ning vähenenud töövõimega inimesel on võimalik valida enda vajadusest tulenev asutus ning spetsialistid, et tuge saada tööle naasmisel või tööl püsimisel.

2.2. Uurimistöö metoodika ja valim

Lõputöö eesmärgist tulenevalt kasutati kombineeritud uurimisviisi. Viidi läbi kvantitatiivne kui ka kvalitatiivne uuring. Kombineeritud uurimisviisi kasutamine võimaldab uurida nähtust erinevatest vaatenurkadest, mis annab võimaluse laiapõhjaliseks andmete kogumiseks kui kasutada ainult ühte meetodit. Kvantitatiivsete ja kvalitatiivsete andmete kogumine annab põhjalikuma ülevaate nähtusest ning laiendab uuringu ulatust, andes võimaluse andmeid koguda mitmetelt osalejatelt nähtuse erinevate aspektide kohta. (Dawadi *et al.*, 2021, lk 27–28) Meetodite triangulatsioon võimaldab sama küsimuse lahendamiseks kasutada mitut meetodit. Kombineeritud meetodi võimalus on üht viisi kogutud andmeid täiustada ja laiendada teisel meetodil selgunud tulemustega ning uurimistöö tulemusi rikastada (Õunapuu, 2014, lk 70).

Kvantitatiivse meetodina kasutas autor ankeetküsimustikku. Kvantitatiivne uurimine põhineb objektiivsusele, kus uuritav nähtus ei sõltu uurija mõtetest ning tugineb statistilisele analüüsile, lisaks on võimalik andmeid koguda kiirelt (Askarzai & Unhelkar, 2017, lk 27). Kvalitatiivse meetodina kasutas autor fenomenoloogilist uuringut ning andmete kogumiseks poolstruktureeritud intervjuud (Õunapuu, 2014, lk 58). Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab uurijal kohandada või välja jätta eelnevalt planeeritud küsimusi. Intervjuude paindlikkus annab võimaluse osalejal end rohkem avada, mis rikastab kogutud andmeid, intervjuujuhil on võimalus jälgida vastaja mõtteid,

tundeid, arvamusi, lisaks annab võimaluse küsimuste kui ka vastuste selgitamiseks, täpsustamiseks mida teise meetodid ei võimalda (Alamri, 2019, lk 65–66)

Kombineeritud uurimisviis sobis kuna töölase rehabilitatsiooni asutuste spetsialiste on palju, tihti töötavad mitmes asutuses korraga, erinevate koormustega ning nendeni jõuda kvalitatiivse uuringuga on keeruline, lisaks soovis autor saada kvalitatiivsete andmetega teenuse korraldaja ja rahastaja vaadet ning hinnangut, mis toetas kvantitatiivsel meetodil kogutud andmeid.

Uuringu sihtrühmaks on töölase rehabilitatsiooni asutused Tallinnas ja Harjumaal. Uuringus kasutatakse mittetöenäosuslikku ettekavatsetud valimi meetodit, millel on kindlad tunnused ja mida on võimalik uurijal valida lähtuvalt olemasolevatest teadmistest, kogemusest (Õunapuu, 2014, lk 143, 172). Valimisse sattumise kriteeriumiks oli töölase rehabilitatsiooni asutuses töötamine Tallinnas ja Harjumaal psühholoogina, tegevusterapeudina, loovterapeudina, füsioterapeudina, kogemusnõustajana, eripedagoogina, logopeedina, kogemusnõustajana, arstina, õena, sotsiaaltöötajana, teenuste koordinaatorina, töölase rehabilitatsiooni asutuse juhina.

Majandustegevuse registri järgi, ettevõtja otsingu päringut kasutades, mis võimaldab vaadata töölase rehabilitatsiooni teenuse meeskondade koosseisu oli registreeritud meeskonnaliikmeid seisuga 3. märts 2025 kokku 40 asutuses 701, mis on üldkogum (Tarbijakaitse ja Tehnilise Järevalve Amet, s. a.). Üldkogumi koostamisel on eraldatud dublikaadid – spetsialistid, kes töötavad mitmes asutuses ning ühe rehabilitatsiooni asutuse 20 spetsialisti kuna töölase rehabilitatsiooni eest vastutav juht teavitas, et küsimustikku edasi ei saada. Usaldusnivoo 95% ja lubatud veapiir 5%, esinduslikuks valimiks oli 248 rehabilitatsioonispetsialisti või enam, et tulemuse väärtus jääks uuritud väärtusest $\pm 5\%$ piiresse (MaCorr Research, n.d.)

Kvantitatiivsete andmete kogumiseks kasutati struktureeritud küsimustega ankeetküsimustikku (Õunapuu, 2014, lk 55), mis tugineb töö teoorias toodud teadusartiklitele, mis käsitlesid RFK kasutamist ja koostööd töölases rehabilitatsioonis. Andmete saamiseks kasutati Tartu Ülikooli *LimeSurvey* keskkonnas koostatud ankeetküsimustikku, mis saadeti Tallinna ja Harjumaal töölase rehabilitatsiooniteenuse pakkujatele e-kirja teel 04.03.2025 ja 05.03.2025 ja paluti küsimustikku jagada oma

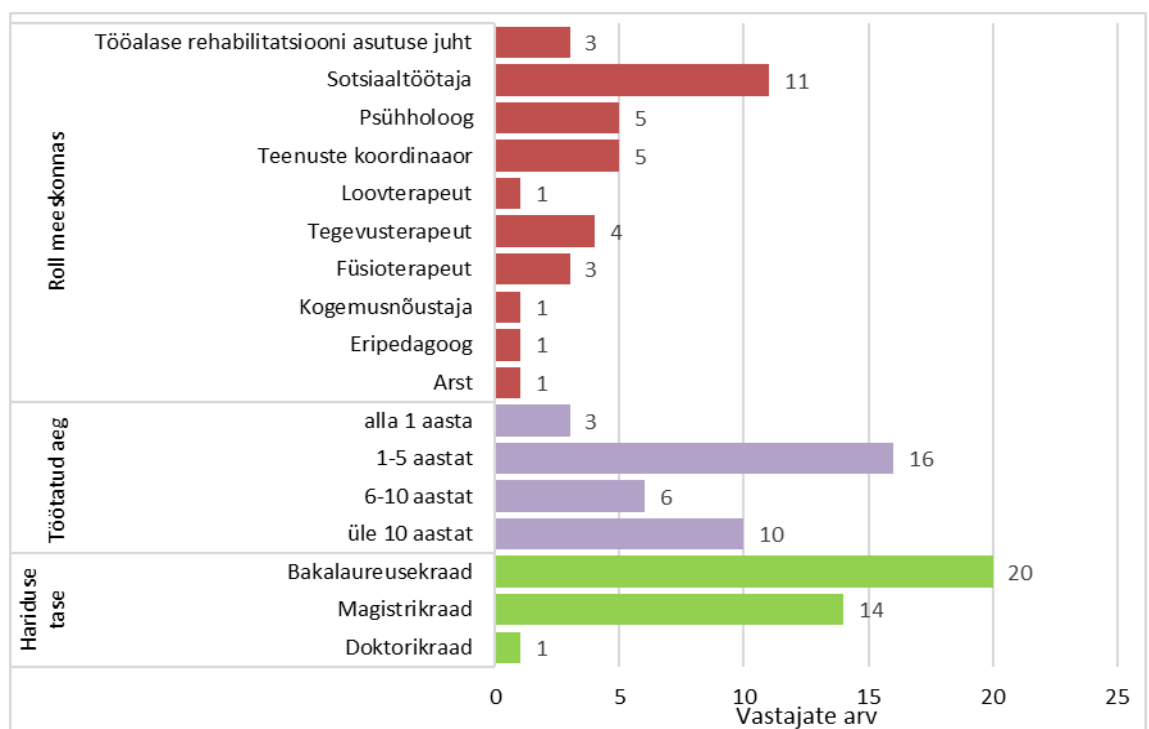
meeskonna liikmete vahel. Korduv e-kiri meeldetuletusega saadeti 17.03.2025. Lisaks otsis töö autor 17.03.2025 kodulehtedelt tööalase rehabilitatsiooni meeskondade juhtide e-posti aadresse ja kirjutas nimelised e-kirjad, kus uuris, kas küsimustik on edastatud meeskonnale. Üks meeskonnajuht vastas, et küsimustikku edasi ei saatnud, kuna meeskond ei tegele RFK koodidega. Lisaks helistas kümnesse tööalase rehabilitatsiooni asutusse, kust uuris kas e-kiri on kätte saadud ning asutuse juhile edastatud, kust sai vastuseks uue e-posti aadressi või kinnituse, et küsimustik edasi saadetud. Ühes asutuses käis autor kohal uuris, kas e-kiri koos ankeetküsimustikuga on edastatud ja palus uuesti meelde tuletada tööalase rehabilitatsiooniga tegelevatele spetsialistidele, et autor ootab vastuseid. Ankeetküsimustiku koostamisel tugines autor töös kajastatud teaduskirjandusele ja oma loodud kolmele küsimusele. Ankeetküsimustikus (vt lisa 2) on 13 küsimust, mis on jagatud kolme teemaplokki sotsiaaldemograafilised andmed, RFK kasutamine, koostöö sidusrühmadega. Sotsiaaldemograafilistest andmetest uuriti rolli tööalase rehabilitatsiooni asutuses, töötatud aega rehabilitatsiooni valdkonnas ja spetsialistide haridustaset. Skaalaga küsimuste puhul kasutati *Likerti* tüüpi viie punktilist skaalat. Ankeetküsimustikule vastamine oli anonüümne. Ankeet oli avatud vastamiseks alates 04.03.2025 kuni 26.03.2025.

Kvalitatiivsete andmete saamiseks tegi autor ekspertintervjuu 28.03.2025 Eesti Töötukassa ühe spetsialistiga, kes tegeleb tööalase rehabilitatsiooniga, eesmärgiga saada ülevaadet ootustest rehabilitatsiooni asutustele koostöö tegemisel ning uurida teenusekorraldaja hinnangut RFK kasutamise ja sidusrühmade koostööga seotult. Poolstruktureeritud intervjuu küsimused on leitavad lisa 3. Ekspertintervjuu kestis 36 minutit, osalejat teavitati, et intervjuu on konfidentsiaalne, ning pärast lõputöö kaitsmist transkriptsioon hävitakse. Intervjuu salvestati ja transkribeeriti Microsoft Teamsi vahendusel MS Word dokumenti, analüüsimisel kasutati tekstisisu analüüsi. Transkribeeritud tekstiga dokument säilitati Tartu Ülikooli OneDrive keskkonnas ning lõputöö kaitsmise järgselt hävitatakse.

Ankeetküsimustikule vastas 35 tööalase rehabilitatsiooni pakkuva asutuse spetsialisti, poolikuid vastuseid oli kaks, neid uuringus ei kasutatud. Soovitud piir 248 vastust jäi saavutamata, usaldusnivoo oli 16,2% (MaCorr Research, n.d.). Tulemustest sai teha teatud järeldusi, kuid mitte üldistusi kõikidele Tallinna ja Harjumaa tööalase

rehabilitatsiooni asutuste kohta. Autoril esines kahtlusi valimi andmetes kuna Majandusregistri andmete põhjal oli ühes rehabilitatsiooni asutuses kirjas pea 15 kogemusnõustajat, mis on ebareaalne, et kõik asutuses korraga töötavad, mitme asutuse kohta polnud muudatusi tehtud Majandustegevuse registris alates 2016. aastast.

Ankeetküsimustikule vastajatest olid rohkem kui veerand sotsiaaltöötajad (vt joonis 1). Üks seitsmendik vastajatest oli psühholoogid ja teine seitsmendik teenuste koordinaatorid (vt joonis 1). Töölase rehabilitatsiooni asutuse juhte vastas kolm, tegevusterapeute neli, füsioterapeute kolm. Kõige madalama arvuga vastajaid oli kolmel ametikohal: loovterapeut, kogemusnõustaja, eripedagoog ning arst. Ühtegi vastust ei saanud öe ja logopeedi rollitäitjalt. Enamus spetsialistidel oli bakalaureusekraad, rohkem kui kolmandikul oli magistrikraad, ühel vastajal doktorikraad. Üle poolte vastanutest olid töötanud üks kuni viis aastat, rohkem kui veerand vastanutest üle kümne aasta, rohkem kui kümnendik vastanutest kuus kuni kümme aastat. (vt joonis 1)



Joonis 1. Uuringus osalejate roll rehabilitatsiooni meeskonnas, töötatud aeg, haridustase (n = 35)

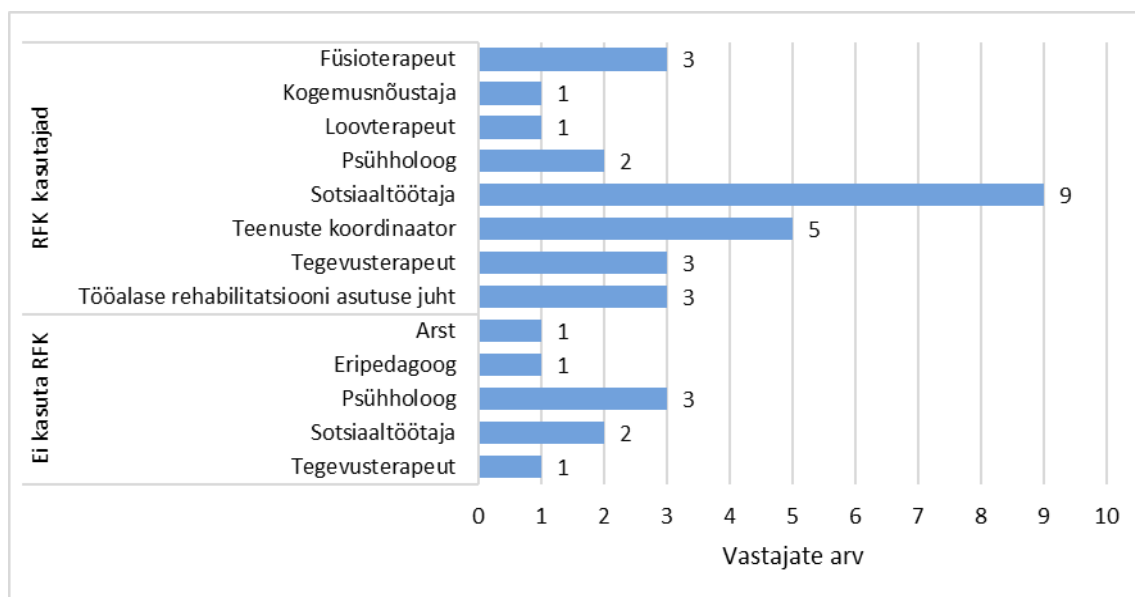
Vastatud ankeetide andmed laeti Microsoft Excelisse ning analüüsiti programmiga JASP 0.19.3 (JASP Team, n.d.), statistilise analüüsimeetodiga, kasutati kirjeldavat statistika

meetodit. Andmeid säilitati Tartu Ülikooli OneDrive keskkonnas ja lõputöö kaitsmise järgselt hävitati.

2.3. Uuringu tulemused

2.3.1. Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine ja peamised kitsakohad

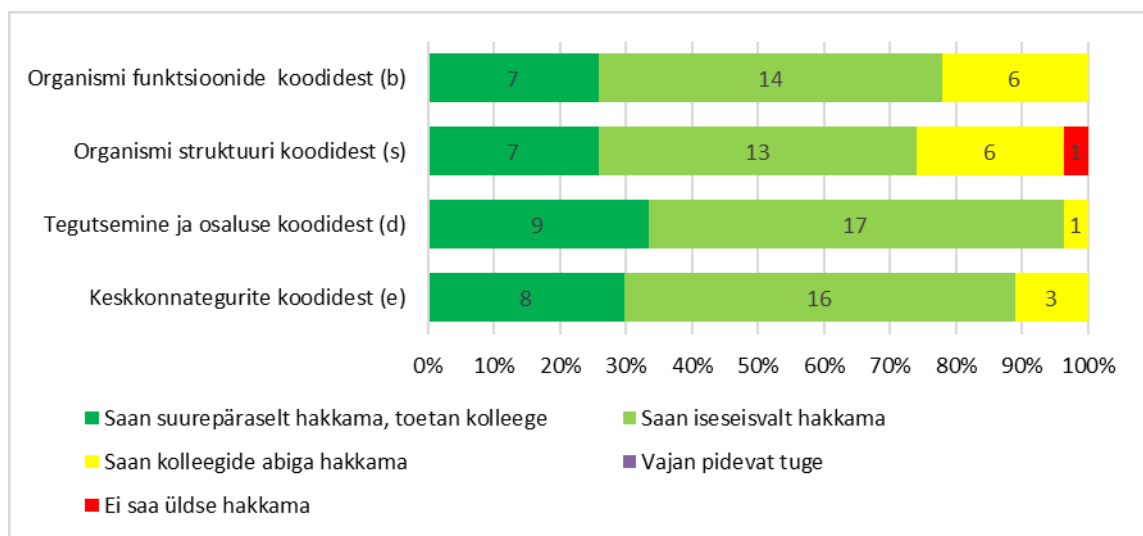
Esmalt selgitati välja ankeetküsimustikuga RFK kasutajad, RFK kasutamine ja sellega seonduv hakkama saamine ning kitsaskohad. Respondentide vastustest selgus, et rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutab oma töös üle kolmandiku vastanutest (27 spetsialisti). Üks kolmandik RFK kasutajatest olid sotsiaaltöötajad, üle viiendiku teenuste koordinaatorid, kolm tööalase rehabilitatsiooni asutuse juhti, tegevusterapeuti, füsioterapeuti, kaks psühholoogi, üks kogemusnõustaja ja loovterapeut. Kolm psühholoogi, kaks sotsiaaltöötajat, üks tegevusterapeut, eripedagoog ja arst ei kasuta oma töös RFK. (vt joonis 2)



Joonis 2. RFK kasutamine töös meeskonna rollide lõikes (n = 27)

Uurides RFK koodide kasutamisega hakkama saamist infokogumisel inimese seisundi kohta, hindas üle poolte spetsialistidest oma hakkama saamist iseseisvaks, enamuses saab enda hinnangul iseseivalt või suurepäraselt hakkama (vt joonis 3). Üks spetsialist märkis, et ei saa hakkama organismi struktuuri koodidega – üldjuhul tööalases rehabilitatsioonis

ei ole vajadust organismistruktuuri koodi kaardistada. Vähem kui veerand spetsialistidest saavad kolleegide abiga hakkama, ükski küsimustele vastaja pole märkinud üheski küsitud kategoorias, et vajab pidevat tuge või ei saa üldse hakkama (vt joonis 3). Avatud vastustes on üks respondent märkinud, et määraja skaala vahemik on nii väike ning tihti on keeruline määraja lisada, sest muutus, mida sekkumisega on saavutatud on väike, kuid muutus on toimunud ja olukord pole jäänud samale tasemele. Teiseks märkis, et 15 RFK koodi, mis on tööalase rehabilitatsiooni hindamise valikusse lisatud, võiks pooled asendada teiste koodidega ning respondent arvab, et RFK pole kõige parem lahendus inimese seisundi määramiseks tööalases rehabilitatsioonis.

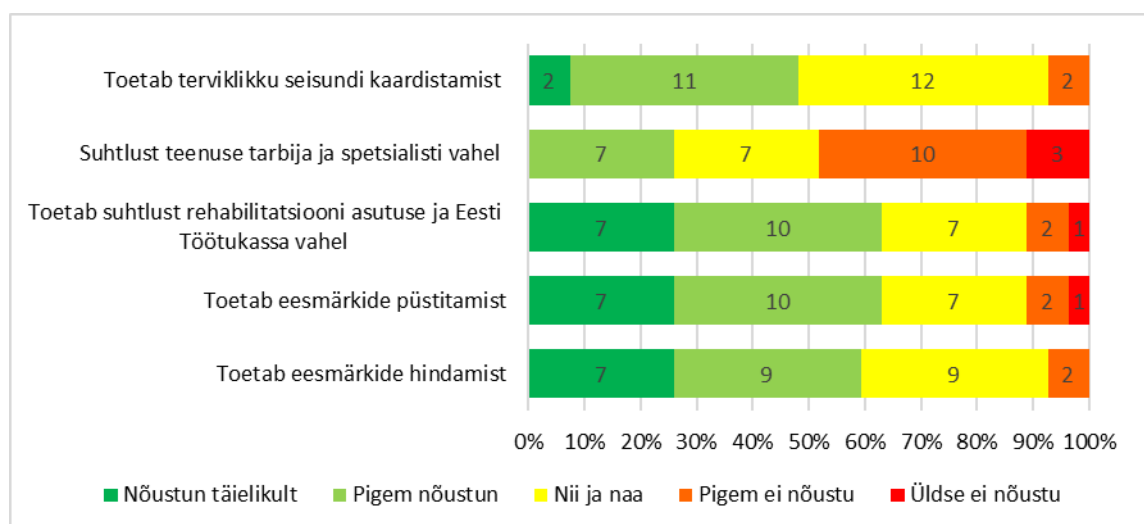


Joonis 3. Spetsialistide hinnang RFK põhise info kogumine teenuse saaja kohta (n = 27)

Seevastu respondentide hinnangule selgus ekspertintervjuust, et RFK kasutamise raskuskohad esinevad keskkonnategurite koodide lisamisel, tõlgendatakse koodi sisu valesti ja keskkonnategurite kasutusega kaasnevatest tegevustest ei saada täpselt aru. On olnud olukordi, kus lisatakse koodile piirangu määraja liiga suure raskusastmega või valesti. Ekspert tõi näiteks tervishoiuteenuste kood e580 lisamise ning selgitas, et koodi kasutamisel tuleks inimene seostada tervishoiuteenustega ning toetada inimest arsti juurde minemisel, mitte nõustada teda, kuidas tervise eest tuleks hoolt kanda. Esineb olukordi, kus tehakse koostööd sidusrühmadega, kuid vastavat koodi ei lisata tegevuskavasse. Avatud kommentaarina oli kaks respondenti välja toonud, et käsitlevad RFK põhist hindamist meeskonnas ühiselt, üks vastaja oli lisanud, et oluline on kaasata keskkonnategurite hindamisse tegevusterapeut ja füsioterapeut. Ekspertintervjuu info

kinnitab, et tööalane rehabilitatsioon on multidistsiplinaarne teenus ja inimese seisundi hindamist peaks tegema meeskondlikult, kuid teenuserahastaja ei saa sekkuda asutuse töökorraldusse, saab anda ainult toetavaid soovitusi.

Uurides RFK toetavat rolli selgus, et alla poole vastajatest on seisukohal, et RFK toetab inimese tervikliku seisundi kaardistamist, üksikud vastajad pigem ei nõustunud, peaaegu pooled olid ebakindlad (vt joonis 4). Avatud vastuse väljal oli toodud märkus, et tuleb jälgida inimese diagnoosi kui on tegu kaasasündinud või pikaajalise seisundiga, mis pole muutuv, siis RFK põhine hindamine ei ole mõistlik. Pooled spetsialistidest ei nõustunud, et RFK toetab suhtlust teenuse ja tarbija vahel. Üle poolte spetsialistide on seisukohal, et klassifikatsioon toetab suhtlust rehabilitatsiooni pakkuva asutuse ja Eesti Töötukassa vahel, üle jäänud on kahtleval seisukohal. Üle poolte spetsialistidest on seisukohal, et RFK toetab eesmärkide püstitamist ja hindamist.



Joonis 4. RFK toetav roll (n = 27)

Lisaks uuriti RFK põhise dokumenteerimise aeganõudvust, kus vastajad olid erinevatel seisukohtadel, üle poolte vastajatest nõustus, et dokumenteerimine on aeganõudev. Eksperdi sõnul on RFK-ga seotud tegevused algul aega nõudvad, kuid kui see selgeks saada, siis muutub dokumenteerimine latusaks ja efektiivseks. Tööalase rehabilitatsiooni asutuste RFK koodi kasutust on hinnatud teenuse korraldaja eksperdi sõnul ebakorrektselt 25% kuni 35% 2023–2024 aasta tegevuskavades, see on rahuldav tulemus. Eesmärgi püstitamise ja eesmärgi hindamise toetamise osas (vt joonis 4) olid sarnased hinnangud, üksikud vastajad ei nõustunud väidetega. Avatud vastustena oli

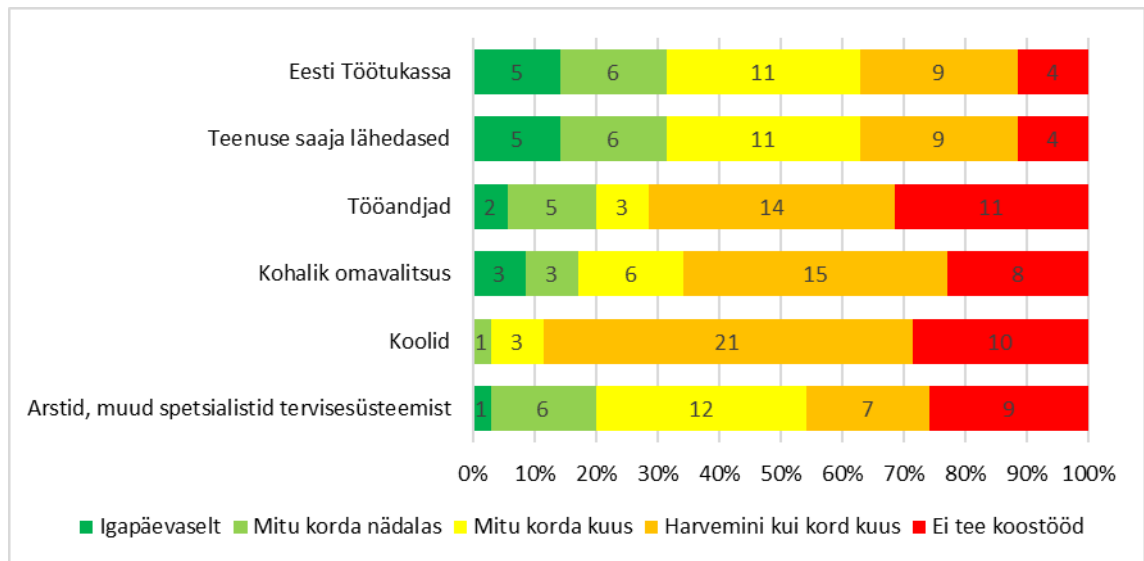
toodud kommentaar, et RFK kasutamine tööalases rehabilitatsioonis on toonud tegevuskavadesse selgust ning konkreetsust, mis toetab püstitatud eesmärkide hindamist. Üks spetsialist tõi välja muutuse seoses RFK kasutuselevõtuga. „Varem kui RFK-d ei kasutatud, siis olid tegevuskavad pigem subjektiivsed ja vähem konkreetsed“.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et enamus spetsialiste kasutab RFK-d oma töös. RFK kasutamisega hakkama saamine on Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistidel hea, kui esineb kitsaskohti nagu raskused sobiva määra lisamisel ja keskkonnategurite koodide kasutamine. Kuigi RFK kasutamine inimese seisundi hindamises aeganõudev ja RFK-d ei peeta tõhusaks suhtlusvahendiks teenuse saajaga, nähakse sellel siiski tugevat rolli suhtluses Eesti Töötukassaga ning tuge tööalase rehabilitatsiooni eesmärkide seadmisel ning hindamisel. RFK kasutuselevõtt tööalases rehabilitatsioonis on aidanud muuta tegevuskavad selgemaks ja eesmärgipärasemaks.

2.3.2. Rehabilitatsiooni asutuste koostöö toimimine ja väljakutsed sidusrühmadega

Teise ankeetküsimustiku osa keskendus koostööga seotud küsimustele. Uurides spetsialistide arvamust koostöötegemise olulisust asutuse edukuseks, selgus, et 35 vastajast 28 spetsialisti pidas koostööd väga oluliseks, viis respondenti luges koostööd pigem oluliseks ning ebakindlalt „nii ja naa“ väljendas end koostöö edukuse osas kaks respondenti.

Tööalase rehabilitatsiooni asutuste koostöö tiheduse ülevaate erinevate sidusrühmade lõikes annab joonis 5. Kõige tihedam koostöö on ankeetküsimustikule vastanud rehabilitatsiooni asutuste spetsialistidel teenuse lähedastega ja Eesti Töötukassaga. Tööandjatega koostöös oli peaaegu kolmveerand spetsialistidest, kaks neist tegi koostööd igapäevaselt, viis spetsialisti mitu korda nädalas, kolm mitmeid kordi kuus. Alla poole spetsialistidest tegid koostööd harvem kui kord kuus, koostööd ei teinud üle kolmandiku vastajatest. Enim tegid koostööd tööandjatega sotsiaaltöötajad, psühholoogid, teenuse koordinaatorid ja füsioterapeudid. Kõige vähem tehakse koostööd koolidega, tervisesüsteemi spetsialistide ja kohaliku omavalitsusega. (vt joonis 5)



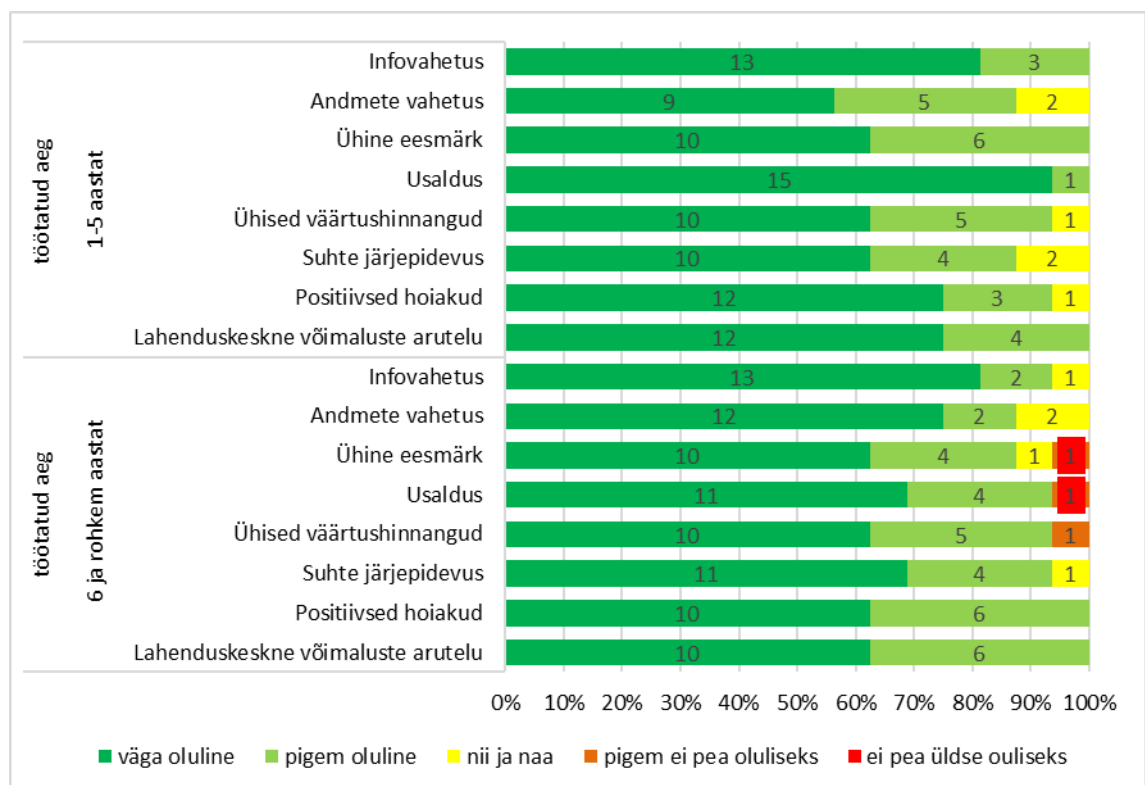
Joonis 5. Koostöö tihedus erinevate sidusrühmadega (n = 35)

Eksperti sõnul on koostöö tegemine rehabilitatsiooni asutustes vajaduse põhine, tihedust on raske määratleda kuna sõltub teenusetarbija toe vajadusest ning tema nõusolekust. Kui teenusepakkuja näeb vajadust koostööks, siis tuleb inimesega läbi rääkida ja koostööd teha inimese toetamiseks. Lisaks on oluline teha koostööd teenusesaaja juhtumikorraldajaga Eesti Töötukassast, kes saab toetada inimest rehabilitatsiooni kestel ning peale rehabilitatsiooni vajalike tööturuteenustega. Selgus, et tihti pole koostööd dokumenteeritud, spetsialistid võtavad seda kui loomuliku protsessi osana. Ankeetküsimustiku avatud küsimuse kommentaaride sisuanalüüsist selgus, et pidevat kontakti esineb teenuse saaja lähedastega. Üks vastaja märkis kommentaarina, et töötukassaga kontakt on pigem formaalne ning tuge tuntakse vähe, pigem rõhutakse toe asemel koostöölepingule.

Uurides mitme asutusega tööalase rehabilitatsioonis koostööd tehakse, selgus, et vastamise hetkel tegi enim koostööd kuus sotsiaaltöötajat kuue kuni kümne sidusrühmaga, kaks rehabilitatsiooni asutuse juhti ja teenuste koordinaatorit on märkinud, et teevad koostööd sama tihedalt. Enamus psühholooge, neli sotsiaaltöötajat, kolm teenuse koordinaatorit, kaks tegevusterapeuti ja üks rehabilitatsiooni asutuse juht tegi koostööd kahe kuni viie sidusrühmaga. Ühe partneriga oli koostöös enamus füsioterapeute ja pooled tegevusterapeutidest, lisaks kogemusnõustaja, sotsiaaltöötaja, üks psühholoog ei teinud koostööd.

Uurides spetsialistide koostööks vajalike tegurite olulisust, selgus, et enamus küsitud kategooriatest olid spetsialistidele väga olulised. Selgus, et kõige olulisemaks peeti infovahetust ning usaldust, seejärel positiivseid hoiakuid ja lahenduskesksete lahenduste arutelu, ühist eesmärki, suhte järjepidevust, ühiseid väärtushinnanguid ning andmevahetust.

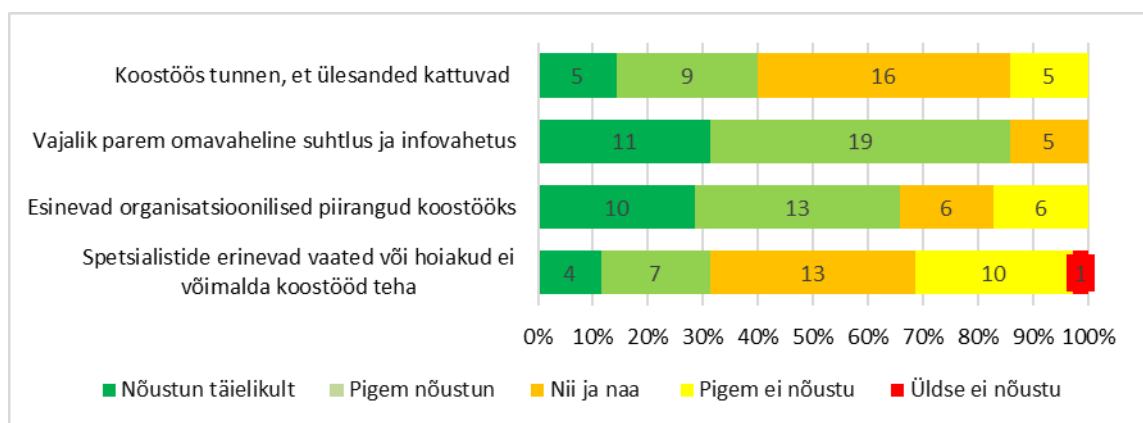
Joonis 6 annab ülevaate erinevate staažiga töötajate koostöö tegurite olulisusest. Võrreldes erineva staažiga spetsialistide koostöö tegurite olulisust, siis mõlema grupi jaoks on oluline infovahetus. Üks kuni viis aastat töötanud spetsialistide jaoks on kõige olulisem usaldus, kuus ja rohkem aastat töötanutele andmete vahetus. Lühema staažiga grupp spetsialiste hindasid kõik ühist eesmärki väga oluliseks või pigem oluliseks, kuid kuus ja rohkem aastat töötanute seas oli üks kahtlev vastaja ja üks märkis, et ühist eesmärki ei pea pigem oluliseks. Mõlemate gruppide jaoks olid ühised väärtushinnangud väga olulised, kuus ja rohkem aastat töötanute seas oli üks vastaja, kes ei pea ühiseid väärtushinnanguid oluliseks.



Joonis 6. Erineva staažiga spetsialistide koostöö tegurite olulisus (n = 32)

Koostöö suhte järjepidevust hindasid kogenumad töötajad olulisemaks, väiksema kogemusega töötajate seas oli mõned kahtlejad. Positiivseid hoiakuid väärtustavad mõlemad grupid, lühemalt töötanud gruppis on üksik neutraalne vastaja. Lahenduskesksete võimaluste arutelu on samuti väga oluliseks hinnatud, suurema staažiga töötajate hulgas on rohkem vastuseid „pigem oluline“. (vt joonis 6)

Koostöö takistuste uurimisel selgus, et ülesannete kattuvust sidusrühmadega enamus spetsialiste ei tunne (vt joonis 7). Paremat omavahelist suhtluse ja infovahetuse vajadust tunnevad kolmveerand vastajatest, märkides „nõustun täielikult“ või „pigem nõustun“. Üle poolte spetsialistidest märkis, et esinevad organisatsioonilised piirangud nagu töökorraldus ei võimalda koostööd teha, veerand vastajatest vastas „nii ja naa“ või „pigem ei nõustu“.



Joonis 7. Koostöö takistused sidusrühmadega (n = 35)

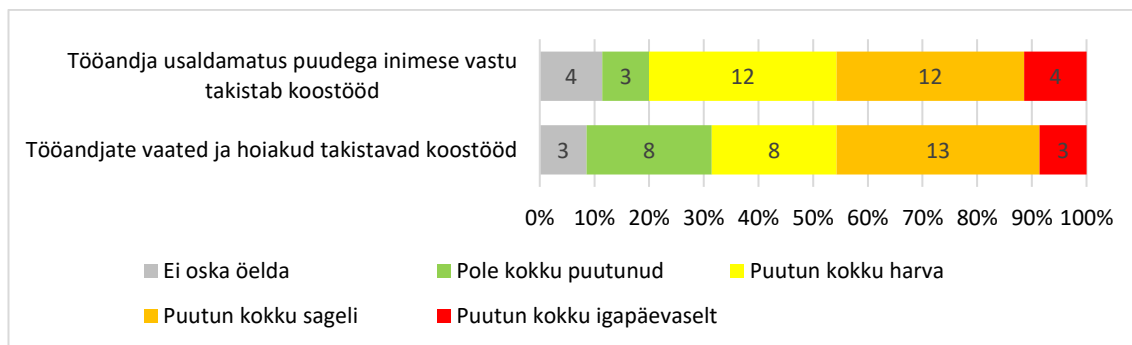
Jooniselt 7 on näha, et väite „spetsialistide erinevad vaated või hoiakud ei võimalda koostööd“ teha olid vastused jagunenud võrdselt skaalal – üks kolmandik respondentidest nõustusid, teine kolmandik vastasid „nii ja naa“, kolmas kolmandik polnud nõus.

Ankeetküsimustiku vastajate avatud kommentaaridest selgus, et koostöö tegemine sidusrühmadega on erinev. Esile on toodud kohaliku omavalitsusega koostööd, mis on pigem tagasihoidlik, esineb ametnike pealiskaudsust, ei süveneta inimese loosse, ei läheneta isikukeskselt, vaid viidatakse reeglitele, mis on inimese abistamise takistuseks. On märgitud, et ametlik asjaajamine keeruline ja aeganõudev kuna avalduste menetlemine võtab palju aega, erinevad teenused, toetused on erinevate ametnike hallata, mis tekitab olukorra, kus tervikut ei nähta. Kui inimesel on asjaajamisel kaasas

sotsiaaltöötaja, siis koostöö on meeldivam, tulemuslikum. Esineb omavalitsusi, kelle jaoks on inimene kesksel kohal ning koostöö sujuv, leitakse võimalusi teenusel osaleja abistamiseks.

Tööandjatega koostöö takistuste uurimisel on spetsialistid toonud avatud küsimuse vastuste alla selgelt, et koostöö tööandjatega on oluline ja vajab arendamist. Rõhutatud on erinevate sidusrühmadega koostöö tegemisel vajadusepõhisust ja inimese enda nõusolekut. Töölase rehabilitatsiooni spetsialistidel on koostöö tegemiseks tööandjatega vajalik teenusel osaleja nõusolek, mida inimene ei soovi tihti anda kuna ei taha, et tööandja teaks esinevatest terviseprobleemidest ja ning avalikult neile tähelepanu osutatakse kuna kardab kaotada töö või teda ei võeta tööle. Avatud küsimuse vastustest kajastus põhjus, miks tihedalt koostööd ei tehta tööandjatega kuna tööandjad pole valmis oma töötajat toetama tööd kergendavate töövahenditega, mida töötaja vajaks, et muuta töökeskkond ja tööga toimetulek kergemaks. Kui inimene ise on pöördunud tööandja poole vastava murega, siis pigem soovitatakse otsida uus töökoht ja põhjendatakse, et pole rahalist ressursi muudatuste tegemiseks. Eksperdi sõnul on esinenud ka töökeskkonna külastamisel takistusi kuna toiduohutuse nõuetest tulenevalt polnud võõral isikul võimalik töökeskkonda külastada, sellel juhul võib inimene end jätkuvalt kahjustada töökeskkonnas. Sellises olukorras on proovitud simuleerida töökeskkonda, töökeskkonna tegevusi videolõikude või piltide abil, et saada vastavat infot ning töölase rehabilitatsioonispetsialist saaks olla toeks töökeskkonnas esinevate raskuskohtade leevendamisega. Eksperdi sõnul esineb ka spetsialistide mugavustsooni ja vajalik on mõttemalli muutus, et pakkuda töökesksemat teenust, väljuda niinimetatud kabinetis töötamisest ja külastada vajadusel töökeskkonda. Inimesega koostööd tehes antakse küll inimesele soovitusi, kuid sellesse ise ei panustata.

Ankeetküsimustikus uuritud tööandjatega koostöö takistuste kohta selgus, et töölase rehabilitatsiooni asutuste spetsialistidest peaaegu pooled puutusid kokku tööandja usaldamatusega, üks kümnendik puutub kokku igapäevaselt ja veerand sageli (vt joonis 8).



Joonis 8. Koostöö takistused tööandjatega (n = 35)

Teine veerand spetsialistidest puutub kokku tööandja usaldamatusega harva, tööandja usaldamatusega „pole kokku puutunud“ ning „ei oska öelda“ on vastanutest mõlemas kategoorias üle kümnendiku vastajatest (vt joonis 8). Tööandjate takistavate vaadete ja hoiakutega on kokku puutunud peaaegu pooled respondentidest. Vähem kui veerand on puutunud kokku harva ning veerand pole tööandjate takistavate vaadete ja hoiakutega kokku puutunud. Üks vastaja on toonud avatud vastusega kommentaari, et tööandjate usaldamatus ja vaated ning hoiakud ei saa olla takistavaks asjaoluks koostöö tegemisel, see ongi tööalase rehabilitatsiooni spetsialistide töö, kus spetsialistid saavad informeerida olukorrast ning koostöös leida lahendusi. (vt joonis 8)

Kokkuvõtvalt saab öelda, et koostöö on oluline tööalase rehabilitatsiooni spetsialistidele ning koostööd tehakse kõige rohkem teenusesaaja lähedastega ja Eesti Töötukassaga, koostöö esinevate teguritest on olulisem usaldus ja infovahetus. Koostöö takistustena on nimetatud enim omavahelist suhtlust, infovahetust ja organisatsioonilisi piiranguid. Uuringust selgus, et enim on vajalik arendada koostööd tööandjatega.

2.4. Arutelu, järeldused, ettepanekud

Järgnevalt annab autor uuringutulemustel põhineva võrdluse töö teoreetilise osaga ning toob välja järeldused koostöö toimimise ja RFK kasutamisega seotud väljakutsete kohta. Lisaks esitab Eesti Töötukassa töötajate teenuste osakonnale ettepanekud.

Enamik tööalase rehabilitatsiooni spetsialiste peab koostööd edukuse oluliseks teguriks. Castruita Rios jt (2023, lk 9–10) on öelnud, et organisatsioonide tasandil võib olla koostööl ainult kaks partnerit, siis tööalase rehabilitatsiooni sekkumiseks on oluline

kaasata ka teisi liikmeid. Uuring kinnitab, et tööalases rehabilitatsioonis tehakse koostööd erinevate sidusrühmadega.

Jørgensen jt (2024, lk 4209) on tuvastanud seost tugevates sotsiaalsetes suhetes ja toovad esile, et paljud taastujad said olulist tuge perelt ja sõpradelt ning Castruita Rios jt (2023, lk 9–10) rõhutavad, et koostöösse tuleks kaasata inimese perekond ja lähedased. Erinevate tervise olukorraga kohanemise eesmärkide saavutamiseks on oluline koostöö erinevate valdkondade kui ka organisatsioonine vahel (Wharakura *et al.* 2022, lk 283). Uuring kinnitab, et kõige rohkem ja kõige tihedamalt tehakse koostööd Tallinna ja Harjumaa rehabilitatsiooni asututuste spetsialistide seas teenuse saaja lähedastega. Lisaks selgus uuringust, et aktiivne koostöö on Eesti Töötukassaga, et toetada inimest rehabilitatsiooni protsessi vältel ja saavutada häid tulemusi tööle asumiseks.

Uuringust selgus, et kohaliku omavalitsusega koostöö on veidi harvem ning esineb keerukuskohti, nimetatud on pealiskaudsust, teenused ja toetuste taotlemine on killustatud mitme ametniku vahel, seetõttu puudub koostöös inimesekesksus. Selgus, et koolidega ja tervisevaldkonna spetsialistidega tehakse kõige vähem koostööd. Koolidega koostöö vajadus võibki olla madalam, sest on seotud teenusel osalejate vanusega, sest teenusel saab osaleda alates 16-aastaselt (Tööhõiveprogramm 2024–2029, 2023, § 38). Tervisevaldkonna spetsialistidega madalam koostöö võib sõltuda teenusel olevatest inimeste vajadusest, mida kinnitab ka ekspert intervjuu. Uuringust selgus ka kitsaskoht, et koostööd tehakse asutustes, kuid millegi pärast ei seda dokumenteerita, koostööd võetakse töö loomuliku osana. Uuring selgitas välja, et meeskonnaliikmetest tegid enim koostööd sotsiaaltöötajad, tööalase rehabilitatsiooni asutuste juhid ning teenuste koordinaatorid.

Aunger jt (2021, lk 19) on kinnitanud, et usaldus on koostöö toimimiseks hädavajalik, mis seostub otseselt uuringutulemustega, kus usaldust hinnati lühema staažiga spetsialistide seas olulisemaks koostöö teguriks. Noteboom jt (2024, lk 25) tõid esile, et positiivsed hoiakud ja uskumused parandavad koostööd, samas kui negatiivne suhtumine ja usalduse puudumine võivad seda takistada. See leiab kinnitust uuringutulemustes, kus hinnati positiivseid hoiakuid väga oluliseks. Wade ja Halligan (2017, lk 1001) on toonud välja info jagamist ning üle piiride töötamist. Oluliseks on peetud tõhusat suhtlust sidusrühmadega, mis loob lahenduskeskset arutelu inimese toetamisel (Svanholm *et al.*,

2022, lk 8393). Eesmärkide saavutamiseks on oluline koostöö erinevate valdkondade kui ka organisatsioonide vahel, ühtsed väärtushinnangud, suhte järjepidevus nii koostöö partneritega (Wharakura *et al.* 2022, lk 283) Uuringu tulemused kinnitasid, et enamus spetsialistidele on oluline ühine eesmärk ja ühiseid väärtushinnanguid, toodi välja lahenduskesksete arutelude olulisust. Koostöö suhte järjepidevust ja lahenduskeskse arutelu hindasid kogenenumad töötajad olulisemaks.

Moore jt (2024, lk 2774) sõnul peaks olema tööalases rehabilitatsioonis tööandjaga suhtluse toetamine üks kindel osa. Castruita Rios jt (2023, lk 9–10) käsitlevad noore puudega inimese tööhõivesse siirdumise olulisemaiks komponendiks koostööd tööandjatega. Uuringu alusel saab öelda, et Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistidest teeb koostööd tööandjatega peaaegu kolmveerand vastanud spetsialistidest. Üheks koostöö takistavaks teguriks on tööandjate usaldamatus puudega inimeste kui ka ametiasutuse isiku vastu (Svanholm *et al.*, 2022, lk 8396–8397). Uuring kinnitas, et tööandjatega koostöö tegemisel on ka Tallinna ja Harjumaa rehabilitatsiooni spetsialistidel takistuseks tööandjate usaldamatus puudega inimeste vastu ning kogetakse tööandjate vaadete ja hoiakutega seotud takistusi. Lisaks tundsid Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistid vajadust arendada koostööd tööandjatega, Ekspertintervjuu põhjal saab tuua järelduse, et koostöö tööandjatega on tööalase rehabilitatsiooni teenuses oluline ning tööalaste spetsialistidel tuleks motiveerituna tegeleda töökesksema teenuse pakkumisega.

Tööalases rehabilitatsiooni algfaasis soovitatakse hinnata inimese seisundit (Wilkie *et al.*, 2020, lk 13). Eesti tööalase rehabilitatsioonis kasutatakse RFK põhinevat hindamist Maailma Terviseorganisatsiooni tööalase rehabilitatsiooni lühihindamise vormi alusel (ICF Research Branch, n.d.) ning inimesega kohtudes tutvutakse inimese ootuste, vajadustega, hinnatakse koostöös inimesega funktsioneerimisvõimet RFK alusel ja seatakse koostöös eesmärgid (Hanga, 2022, lk 41–43). Tehtud uuringust selgus, et klassifikatsiooni kasutab oma töös üle kolmandiku vastanutest. Kolm psühholoogi, kaks sotsiaaltöötajat, üks tegevusterapeut, eripedagoog ja arst ei kasutanud oma töös RFK. Klassifikatsiooni mittekasutamine tekitab kahtluse, kas hindamine toimub meeskonna põhiselt või hindab ainult üks meeskonna liige inimese seisundit. Inimese seisundi hindamise olulisust meeskonnas tõi välja ka ekspertintervjuus osalenud spetsialist ning

avatud vastuste kommentaar, et hindamisse tuleks kaasata tegevusterapeut kui ka füsioterapeut.

Üle poole füsio- ja tegevusterapeutidest ei olnud teadlikud kõikidest valdkondadest, mida RFK käsitleb (Pernambuco *et al.*, 2018, lk 134). Käesoleva uuringu tulemused kinnitavad, et Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistid hindavad oma RFK kasutamise oskust, keha funktsioonide ja struktuuride, tegevuse ja osaluse ning keskkonnategurite kirjeldamisel – üldjoontes iseseisvaks või väga heaks. Tulemus annab kinnituse, et RFK koodide rakendamine on nende spetsialistide enda hinnangul hästi mõistetud ja omandatud. Siiski üle viiendiku vastajatest vajab RFK kasutamisel kolleegide tuge ning eksperthinnang toob esile kitsaskohad, eelkõige keskkonnategurite koodide kasutamise ja sekkumiste sisu mõistmise osas. Lisaks valmistab raskusi määraja lisamine väikeste muutuste kirjeldamisel. Siin kohal tuleb arvestada, et eksperdi tagasiside RFK kasutamisest põhineb 2023–2024. aasta tegevuskavade andmetel, samas kui käesolev uuring käsitleb olukorda 2025. aastal, sellest tulenevalt võivad ilmned erinevused, mis on seotud kasutusvilumuse kasvuga ajas.

Eelnevates uuringutes on RFK kitsaskohaks nimetatud suurt ajakulu (Momsen *et al.*, 2019, lk 269), mida tehtud uuring kinnitab, sest üle poolte vastanutest leidis, et dokumenteerimine on ajamahukas. Väidet, et RFK toetab suhtlust teenuse tarbija ja spetsialisti vahel (Johansen *et al.*, 2022, lk 7) tehtud uuring aga ei kinnitanud, sest pooled spetsialistidest ei nõustunud, et RFK toetab suhtlust teenuse ja tarbija vahel. Eestis on RFK kasutamine kehtestatud eesmärgiga tagada spetsialistide ühine keel ja kogutud terviklik andmevahetus erinevate süsteemide vahel (Viidalepp, 2023, lk 33) ning Wharakura jt (2022, lk 283) rõhutab mesotasandil erinevate asutuste infovahetuse tähtsust, et olla ühises inforuumis rehabilitatsiooni protsessi edusammude ja tulemustega, siis üle poolte spetsialistidest vastustest kinnitab, et RFK klassifikatsioon toetab suhtlust rehabilitatsiooniteenuse osutajate ja Eesti Töötukassa vahel.

Momsen jt (2019, lk 269) olid kahtlevad, kuivõrd hästi sobib RFK eesmärgipõhise hindamise raamistikuks. Tehtud uuringu tulemused viitavad, et RFK on Tallinna ja Harjumaa rehabilitatsiooni spetsialistidele tööalases rehabilitatsioonis tõhus tööriist eesmärkide püstitamiseks ja nende saavutamise jälgimiseks. Enam kui pooled vastanutest hindasid RFK rolli eesmärgistamise protsessis positiivselt, samuti toodi esile avatud

vastustes, et klassifikatsiooni kasutamine aitab tegevuskavades luua struktuuri ja suunatust. See kinnitab, et RFK-l on praktiline väärtus tööalases rehabilitatsioonis, eriti kontekstis, kus on vaja siduda kliendi funktsionaalne seisund selgete, saavutatavate eesmärkidega. Sellest tulenevalt võib järeldada, et kogetakse RFK kasutamist toetavana nii eesmärkide püstitamises kui hilisemas hindamises.

Schwarz jt (2015, lk 58, 64) sõnul, et tagada teenuse kvaliteeti on igal teenusepakkujal on vajalik hinnata ja arendada oma meeskonda. Seega tuleks RFK kasutamise oskusi tööalase rehabilitatsiooni asutuste spetsialistidel analüüsida ning jätkuvalt arendada.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et uuring kinnitab, et koostöö on tööalase rehabilitatsiooni keskne roll Tallinna ja Harjumaa asutuste näitel, mida enamik spetsialiste peab asutuse edukuse aluseks. Koostööd tehakse mitmete sidusrühmadega, enim teenuse saajate lähedaste ja Eesti Töötukassaga. Harvem toimub koostöö tööandjate, kohalike omavalitsuste, koolide ja tervishoiuvaldkonnaga, kusjuures kohalike omavalitsustega tehtava koostöö killustatus võib vähendada inimesekesksust. Samuti tõi uuring esile, et koostööd ei dokumenteerita RFK põhiselt. Koostöö tõhususe võtmeteguritena märgiti usaldust, positiivseid hoiakuid ja ühiseid eesmärke, lahenduskeskseid arutelusid. Üheks oluliseks väljakutseks osutus koostöö tööandjatega, kuigi enamik spetsialiste teeb nendega koostööd, takistavad seda tööandjate usaldamatus ja eelarvamused puudega inimeste suhtes. Selgus ka vajadus arendada koostööd tööandjatega ning suunata teenust töökesksemaks.

RFK kasutamise osas ilmnas, et rohkem kui kolmandik spetsialiste kasutab klassifikatsiooni, kuid üle jäänud spetsialistid seda siiski ei rakenda. See tõstatab küsimuse meeskonnapõhise hindamise kohta. Uuringust selgus vajadust kaasata hindamisse meeskonna liikmeid, sealhulgas tegevus- ja füsioterapeuti. Kuigi paljud spetsialistid hindavad oma RFK kasutamise oskust heaks, vajab osa neist tuge, eriti keskkonnategurite mõistmisel ja väikeste muutuste kirjeldamisel, kinnitust sai RFK dokumenteerimise ajamahukus. Klassifikatsiooni kasutamine toetab küll teenuseosutajate ja Töötukassa vahelist suhtlust, kuid selle kasulikkust teenusesaajaga suhtlemisel hinnatakse madalalt. Sellegipoolest nähakse Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistide seas RFK-d tõhusana eesmärgistamises ja hilisemas saavutuste hindamises.

Käesoleva töö tulemustest juhindudes teeb töö autor Eesti Töötukassa töötajate teenuste osakonnale ettepanekud:

- Korraldada arengupäevi Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistidele, kaasates Eesti Töötukassa tööandjate konsultante ja tööandjate nõustajad, kes saavad jagada praktilisi kogemusi ning konkreetset juhised ja soovõtted.
- Soovitada Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutuste spetsialistidel osaleda RFK põhistel täienduskoolitustel. Viia läbi tööalase rehabilitatsiooniga seotud RFK teemalisi töötubasid, mis toetavad koostöö dokumenteerimist ja annavad vastused tekkinud küsimustele.
- Selgitada tööalase rehabilitatsiooni meeskondadele RFK meeskonnapõhise inimese seisundi hindamise kasutamise kasulikkust.

Eelnevalt töös püstitatud uurimisküsimusele sai autor vastused. Esiteks enamik Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutuste spetsialiste peavad koostööd oma asutuse edukuseks. Koostööd tehakse mitmete erinevate sidusrühmadega, enim teenuse saajate lähedaste ja Eesti Töötukassaga. Harvem toimub koostöö kohalike omavalitsuste, koolide ja tervishoiuvaldkonnaga. Kohalike omavalitsustega tehtava koostöös leidsid spetsialistid killustatust, mis vähendab inimesekesksust. Üheks oluliseks väljakutseks osutus koostöö tööandjatega, mille takistuseks on tööandjate usaldamatus ja eelarvamused puudega inimeste osas. Selgus vajadus arendada tööandjate kaasamist ning suunata teenuseid töökesksemaks. Teiseks selgus, et Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsialistidel suuri väljakutseid RFK kasutamisega ei esine, kuid jätkuvalt vajavad spetsialistid RFK kasutamises tuge koodide määrajate lisamises ja koostöö dokumenteerimises ning vajavad vastuseid tekkinud küsimustele. Lõputöö eesmärk sai täidetud, kuigi ankeetküsimustikule vastajate põhjal ei saa teha üldistusi kõikide Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutajate kohta, siis kooskõlas ekspertintervjuuga saab teha üldisemaid ettepanekuid, et toetada asutuste koostööd tööandjatega ja RFK kasutamisel.

KOKKUVÕTE

Käesoleva lõputöö teema valik tuleneb vajadusest toetada vähenenud töövõimega inimesi tööle saamisel ja tööl püsimisel. Töölane rehabilitatsioon on terviklik ja inimese vajadustest lähtuv protsess, mille eesmärk on toetada vähenenud töövõimega inimeste osalemist ühiskonnas ja tööturul. Vähenenud töövõimega inimese probleemid on tihti kompleksed ning vajavad mitmete valdkondade koostööd edukaks ja tulemuslikuks tööalaseks rehabilitatsiooniks. Lisaks tekitas autoris huvi muudatus ja sellega kohanemine, mis võeti vastu riiklikul tasandil kui ka tööalases rehabilitatsiooni protsessis mai 2023, kus hakati kasutama rahvusvahelist funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni, et vahetada efektiivselt andmeid ja mõõta täpsemalt tööalase rehabilitatsiooni tulemusi.

Lõputöös uuriti koostöö toimimist ning RFK kasutamist ja väljakutseid Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutustes. Teoreetilises osas kajastati rehabilitatsiooni käsitlust, kus terviklikkuse tagab biopsühhosotsiaalse mudeli rakendamine. RFK toetab seda lähenemist, pakkudes struktuurset raamistikku inimese olukorra kaardistamiseks ja eesmärkide seadmiseks, kuigi selle kasutamisel on praktikas ilmnunud ka mitmeid väljakutseid, nagu ajakulu ja spetsialistide ebapiisavad teadmised. Töösse on toodud lühike ülevaade tööalasest rehabilitatsioonist mujal maailmas. Rahvusvaheline kogemus näitab, et töölane rehabilitatsioon on eri riikides üles ehitatud erinevalt, kuid ühine on mitmetasandiline ja meeskonnapõhine lähenemine, kus rõhk on inimese vajaduste mõistmisel, tööle naasmise toetamisel ning koostööl tööandjate ja tugivõrgustikega. Töösse on lisatud ülevaade tööalase rehabilitatsiooni ülesehitusest Eestis ning viimase aja muudatused tööalase rehabilitatsiooni teenuses. Töös on kajastatud tööalase rehabilitatsiooni erinevate meeskondade mudelid ja on toodud välja koostöö tähtsust ning väljakutsed erinevate sidusrühmadega.

Eduka meeskonnatöö aluseks on usaldus, selge rollijaotus, ühised eesmärgid ja tõhus infovahetus. Tõhus koostöö ei piirdu ainult spetsialistide vahel, vaid vajalik on kaasata

inimest, tema perekonda, tööandjat ja teisi sidusrühmi. Töölase rehabilitatsiooni tulemuslikkus võib sõltuda sidusrühmade koostöö kvaliteedist, tööandjate aktiivsest kaasamisest ning toe individuaalsest sobivusest ja paindlikkusest.

Autor kasutas uuringu läbi viimiseks kvantitatiivset ja kvalitatiivset uurimismeetodit. Andmeid koguti ankeetküsimustiku kui ka ekspertintervjuuga poolstruktureeritud intervjuu meetodil. Kasutati eesmärgipärast valimit, tunnusteks sai Tallinna ja Harjumaa töölase rehabilitatsiooni asutuses töötamine psühholoogina, tegevusterapeudina, loovterapeudina, füsioterapeudina, kogemusnõustajana, eripedagoogina, logopeedina, kogemusnõustajana, arstina, õena, sotsiaaltöötajana, teenuste koordinaatorina või töölase rehabilitatsiooni asutuse juhina.

Uuringust selgus, et Tallinna ja Harjumaa töölase rehabilitatsiooni asutustes üle kolmandiku spetsialiste rakendab RFK, kuid mitmed spetsialistid ei kasuta RFK oma töös, mis tõstatab inimese seisundi meeskonnapõhise hindamise küsimuse. Kuigi enamus spetsialiste hindab oma RFK kasutamise pädevust heaks, kuid vajatakse tuge keskkonnategurite tõlgendamisel ning väikeste muutuste dokumenteerimisel. RFK dokumenteerimise ajamahukus on väljakutse, kuid selle kasutamine aitab kaasa teenuseosutajate ja Eesti Töötukassa vahelisele suhtlusele ning toetab eesmärgistamist ja tegevuskavades struktuuri loomist.

Uuringu tulemused näitasid, et koostööl on keskne roll töölase rehabilitatsioonis Tallinna ja Harjumaa asutustes. Enamik spetsialiste peab koostööd asutuse edukuse eelduseks, enim tehakse koostööd Eesti Töötukassa ja teenuse saajate lähedastega. Harvem toimub koostöö tööandjate, koolide, tervishoiuvaldkonnaga ning kohalike omavalitsustega. Kohalike omavalitsustega koostööst selgus toe saamise killustatus, mis võib vähendada inimesekesksust. Tööandjatega tehtav koostöö osutus üheks väljakutseks – seda takistavad eelarvamused ja usaldamatus puudega inimeste suhtes. Töölase rehabilitatsiooni asutuste spetsialistid näevad vajadust tööandjatega koostööd arendada, mille läbi muutuks teenus töökesksemaks. Edasi võiks uurida töölase rehabilitatsiooni spetsialistide koostöö oskuseid, et leida arengukohad, mis vajavad arendamist ja toetaks spetsialistide edukat koostööd nii tööandjatega kui teiste sidusrühmadega.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et käesolevas lõputöös seatud eesmärk sai täidetud, sest uuringu tulemustena selgus, et tööalase rehabilitatsioonis on koostöö oluline tegur, kuid tööandjatega on see usalduse ja eelarvamuste tõttu keeruline. RFK kasutuselevõtu järgselt on spetsialistid klassifikatsiooni põhised teadmised omandanud ning spetsialistid peavad klassifikatsioon on tööalases rehabilitatsioonis toetavaks raamistikuks. Kitsaskohana saab välja tuua keskkonnategurite kasutamise rehabilitatsiooni tegevuskavas ning sekkumiste sisust aru saamist kui ka osades kollektiivides meeskonnapõhist inimese seisundi hindamise teostamise puudumist.

Järeldustena soovitati korraldada Eesti Töötukassa töötsijate teenuste osakonnal Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni spetsilistidele arengupäevi koostöö arendamiseks tööandjatega ning töötada välja konkreetsed juhised ja töövõtted kaasates Eesti Töötukassa oma spetsialiste tööandjate konsultante ja tööandjate nõustajaid. Soovitati leida võimalusi RFK kasutamise oskuste järjepidavaks toetamiseks, läbi koolituste ja töötubade, lisaks selgitada spetsialistidele inimese seisundi RFK meeskonnapõhise hindamise kasutamise kasulikkust.

VIIDATUD ALLIKAD

- Alamri, W. A. (2019). Effectiveness of Qualitative Research Methods: Interviews and Diaries. *International Journal of English and Cultural Studies*, 2(1), 65–70. <https://doi.org/10.11114/ijecs.v2i1.4302>
- Askarzai, W., & Unhelkar, B. (2017). Research Methodologies: An Extensive Overview. *International Journal of Science and Research Methodology*, 6(4), 21–42. <https://ijsrm.humanjournals.com/research-methodologies-an-extensive-overview/>
- Aunger, J. A., Millar, R., Greenhalgh, J., Mannion, R., Rafferty, A.-M., & McLeod, H. (2021). Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review. *Systematic Reviews*, 10, Article 82. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>
- Barradell, S., & Scholten, I. (2024). How, and to what end, is the WHO-ICF framework represented in physiotherapy? Insights from a qualitative research synthesis. *Physiotherapy Theory and Practice*, 41(4), 792–809. <https://doi.org/10.1080/09593985.2024.2370345>
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological models of human development. In M. Gauvan & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of children* (2nd ed., pp. 37–43). Freeman.
- Castruita Rios, Y., Park, S., Chen, X., & Tansey, T. N. (2023). Collaborations to Support Employment Outcomes of Youth With Disabilities. *Rehabilitation Counselors and Educators Journal*, 12(1), 1–16. <https://doi.org/10.52017/001c.72655>
- Dawadi, S., Shrestha, S., & Giri, R. A. (2021). Mixed-Methods Research: A Discussion on its Types, Challenges, and Criticisms. *Journal of Practical Studies in Education*, 2(2), 25–36. <https://doi.org/10.46809/jpse.v2i2.20>
- de Geus, C. J. C., van Rijssen, H. J., de Graaf-Zijl, M., Anema, J. R., & Huysmans, M. A. (2024). Tailored vocational rehabilitation for people with a work disability pension in The Netherlands: An in-depth data analysis of the content and outcomes of

- vocational rehabilitation trajectories of the Social Security Institute. *Disability and Rehabilitation*, 46(26), 6376–6383. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2328335>
- Ditchman, N., Wu, M.-Y., Chan, F., Fitzgerald, S., Ping Lin, C., & Wei-Mo, T. (2020). Public vocational rehabilitation. In D. R. Strauser (Ed.), *Career development, employment, and disability in rehabilitation: From theory to practice* (2nd ed., pp. 275–290). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826158161.0019>
- Driver, C., Oprea, F., & Lovell, G. P. (2019). Exploring physiotherapists' considerations regarding the use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Research International*, 24(4), Article e1783. <https://doi.org/10.1002/pri.1783>
- Eesti Töötukassa. (s. a.-a). *Töölase rehabilitatsiooni osutajad*. Loetud 3. märtsil 2025 aadressil <https://www.tootukassa.ee/et/rehabilitatsioon>
- Eesti Töötukassa. (s. a.-b). *Statistika ja uuringud*. Loetud 17. märtsil 2025 aadressil <https://www.tootukassa.ee/et/statistika-ja-uuringud/peamised-statistilised-naitajad/tooturuteenused>
- Gjerdalen, O. S., Lystad, J. U., Bull, H., Ringen, P. A., Røssberg, J. I., Martinsen, E. W., Ueland, T., Falkum, E., & Evensen, S. (2022). Vocational rehabilitation augmented with cognitive behavioral therapy or cognitive remediation for individuals with schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(1), 23–30. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2042598>
- Hanga, K. (2022). Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamine töölases rehabilitatsioonis. *Sotsiaaltöö*, (1), 38–44. <https://tai.ee/et/sotsiaaltoe/rahvusvahelise-funktsioneerimisvoime-klassifikatsiooni-kasutamine-toolases>
- Hanga, K. (2023, 23. november). Töölase rehabilitatsiooni teenuse olulised muudatused. *Sotsiaaltöö*, (4). <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoe/toolase-rehabilitatsiooni-teenuse-olulised-muudatused>
- Hazler, R. J. (2016). Person-centered theory. In D. Capuzzi & M. D. Stauffer (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions* (6th ed., pp. 169–193). John Wiley and Sons.
- ICF Research Branch. (n.d.). *Comprehensive ICF core set for vocational rehabilitation*. Retrieved April 29, 2025 from <https://www.icf-research->

- branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_ICF_Core_Set_for_Vocational_Rehabilitation.pdf
- International Labour Organization & Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). *Labour market inclusion of people with disabilities*. <https://www.ilo.org/media/411796/download>
- JASP Team. (n.d.). JASP (Version 0.19.3) [Computer software]. Retrieved April 5, 2025 from <https://jasp-stats.org/>
- Johansen, T., Kvaal, A. M., & Konráðsdóttir, Á. D. (2022). Developing and implementing ICF-based tools for occupational rehabilitation: Supporting the communication and return-to-work process between sickness absentees, clinical team and jobcentre contacts. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, Article 830067. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.830067>
- Jørgensen, B. S. M., Johnsen, N. F., Maribo, T., Brøndum, S., Gislason, G., & Kristiansen, M. (2024). Factors shaping return to work: A qualitative study among heart failure patients in Denmark. *Disability and Rehabilitation*, 46(18), 4205–4215. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2266998>
- Kimiafar, K., Mousavi Baigi, S. F., Sobhani-Rad, D., Ranjbar, E., Sarbaz, M., & Esmaeili, M. (2024). Knowledge and use of international classification of function, disability and health among rehabilitation specialists of Mashhad university of medical sciences: A cross-sectional study. *Frontiers in Health Informatics*, 13, Article 175. <https://healthinformaticsjournal.com/downloads/files/513.pdf>
- Liukko, J., & Kuuva, N. (2017). Cooperation of return-to-work professionals: the challenges of multi-actor work disability management. *Disability and Rehabilitation*, 39(15), 1466–1473. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1198428>
- MaCorr Research. (n.d.) *Sample Size Calculator*. <https://www.macorr.com/sample-sizecalculator.htm>
- Madden, R. H., & Bundy, A. (2018). The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation*, 41(12), 1450–1462. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1431812>
- Martin, A. K., Green, T. L., McCarthy, A. L., Sowa, P. M., & Laakso, E.-L. (2022). Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 765–772. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S342197>

- Momsen, A. H., Stapelfeldt, C. M., Rosbjerg, R., Escorpizo, R., Labriola, M., & Bjerrum, M. (2019). International Classification of Functioning, Disability and Health in Vocational Rehabilitation: A Scoping Review of the State of the Field. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 241–273. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9788-4>
- Moore, N., Reeder, S., O’Keefe, S., Alves-Stein, S., Schneider, E., Moloney, K., & Lannin, N. A. (2024). “I’ve still got a job to go back to”: The importance of early vocational rehabilitation after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 46(13), 2769–2776. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2230125>
- Noe, B. B., Angel, S., & Bjerrum, M. (2022). The ICF model as a practical tool to facilitate holistic communication with individuals during their rehabilitation: A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(1), 42–50. <https://doi.org/10.1177/20571585211015792>
- Noteboom, Y., Montanus, A. W. A., van Nassau, F., Burchell, G., Anema, J. R., & Huysmans, M. A. (2024). Barriers and facilitators of collaboration during the implementation of vocational rehabilitation interventions: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 24, Article 759. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06223-y>
- Pernambuco, A. P., de Carvalho Lana, R., & Polese, J. C. (2018). Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioterapia e Pesquisa*, 25(2), 134–142. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16765225022018>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Schwarz, B., Neuderth, S., Gutenbrunner, C., & Bethge, M. (2015). Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(1), 58–65. <https://doi.org/10.2340/16501977-1893>
- Singh, R., Küçükdeveci, A. A., Grabljevec, K., & Gray, A. (2018). The role of interdisciplinary teams in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(8), 673–678. <https://doi.org/10.2340/16501977-2364>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.205, 5; *Riigi Teataja I*, 31.12.2024, 29. <https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>

- Sotsiaalministeerium. (2023). *Heaolu arengukava 2023–2030*.
<https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-04/Heaolu%20arengukava%202023-2030.pdf>
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid. (2015). *Riigi Teataja I*, 29.12.2015, 33; *Riigi Teataja I*, 19.01.2024, 10.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/119012024010>
- Strindlund, L., Abrandt-Dahlgren, M., & Ståhl, C. (2019). Employers' views on disability, employability, and labor market inclusion: a phenomenographic study. *Disability and Rehabilitation*, 41(24), 2910–2917.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1481150>
- Svanholm, F., Liedberg, G. M., Löfgren, M., & Björk, M. (2022). Stakeholders' experience of collaboration in the context of interdisciplinary rehabilitation for patients with chronic pain aiming at return to work. *Disability and Rehabilitation*, 44(26), 8388–8399. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2018051>
- Tarbijakaitse ja Tehnilise Järevalve Amet. (s. a.). *Ettevõtja*. Loetud 2. märts 2025 aadressil https://mtr.ttja.ee/juriidiline_isik?m=96
- Tööhõiveprogramm 2024–2029. (2023). *Riigi Teataja I*, 03.10.2023, 21; *Riigi Teataja I*, 22.06.2024, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/122062024003>
- Vaht, M., & Pääbo, L. (2022). Taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi korraldus. *Eesti Arst*, 101(1), 7–16. <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/18711>
- Viidalepp, K. (2023). Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni valdkonnaülene rakendamine. *Sotsiaaltöö*, (4), 30–34.
<https://www.tai.ee/et/sotsiaalto/rahvusvahelise-funktsioneerimisvoime-klassifikatsiooni-valdkonnaulene-rakendamine>
- Wade, D. T. (2020). What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*, 34(5), 571–583.
<https://doi.org/10.1177/0269215520905112>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*.
<https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>
- Watter, K., Murray, A., McLennan, V., Vogler, J., Ehlers, S., Jeffery, S., Nielsen, M., & Kennedy, A. (2023). Clinician perspectives of ABI vocational rehabilitation in Queensland. *Brain Impairment*, 24, 371–394. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2023.6>
- Wharakura, M.-K., Lockett, H., Carswell, P., Henderson, G., Kongs-Taylor, H., & Gasparini, J. (2022). Collaboration in the context of supporting people with mental health and addiction issues into employment: A scoping review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 56(3), 271–287. <https://doi.org/10.3233/JVR-221191>
- Wilkie, R., Bjork, M., Costa-Black, K. M., Parker, M., & Pransky, G. (2020). Managing work participation for people with rheumatic and musculoskeletal diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 34(2), Article 101517. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101517>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/36419>

Lisa 1. Töölase rehabilitatsiooni asutused

Psüühilise erivajadusega inimese toetamine	Argument MTÜ, BRA OÜ, Convictus Rehabilitatsioon OÜ, Head Taastumise Teenused OÜ, Taastumise Kool MTÜ, Kesk-Eesti nõustamis- ja rehabilitatsioonikeskus OÜ, Mittetulundusühing KEILA RK, MPPK OÜ, MTÜ Libertas Kliinik, Osaühing VIKINGDIGI, OÜ Lullabed Center, Papaver Teenused OÜ, Pool&loop OÜ, REHABILITI OÜ, ST.PeReKe OÜ, MTÜ SÖÖMISHÄIRETE LIIT, Tallinna Erihoolekande- ja Rehabilitatsiooniteenuste Keskus, Taastumistreener OÜ, OÜ MT Teraapia, Tallinna Lastekodu.
Neuroloogiliste, onkoloogiliste probleemidega inimeste toetamine	Tarbatu Terviseпарк OÜ, Osaühing PROMELAUKS, Mittetulundusühing Rehabilitatsioonikeskus Tervelise, Emyra Consult OÜ, Benita Kodu AS, Adeli Eesti OÜ, Medicum Taastustavi OÜ, Teraapiakeskus OÜ, Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla.
Erinevad sihtgrupid	Eesti Seljaajusonga ja Vesipeahaigete Selts- kesknärvisüsteemi väärarenguga inimesi, Eesti Laste ja Noorte Diabeedi Ühing, Eesti Vaegkuuljate Liit, MTÜ Nägemispuudega Inimeste Rehabilitatsioonikeskus
Valmidus toetama kõiki vähenenud töövõimega inimesi tööle asumisel, töö säilitamisel	AALANA Rehabilitatsioonikeskus MTÜ, ABC teraapia OÜ, Asalvare OÜ, Astangu Kutsererehabilitatsiooni Keskus, LAPSSI OÜ, Lahe Tervis OÜ, Aegamööda OÜ.

Allikas: Eesti Töötukassa, s. a.-a

Lisa 2. Ankeetküsimustik

Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži üliõpilane Enel Müür. Antud uuringu eesmärk on selgitada välja, milline on koostöö toimimine sidusrühmadega ning seotud väljakutsed rehabilitatsioonispetsialistidel. Millised on peamised kitsaskohad rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK) kasutamisel Tallinna ja Harjumaa tööalase rehabilitatsiooni asutustes ning teha ettepanekuid Eesti Töötukassa töotsijate teenuste osakonnale koostööpartnerite toetamiseks. Küsimustik on anonüümne ja selle täitmiseks kulub 5–7 minutit.

Olen väga tänulik, et olete nõus andma oma panuse, aja ning oma kogemustega panustama minu töösse. Lisaküsimuste korral saate kirjutada enel.muur@ut.ee

Sotsiaaldemograafilised andmed (Pernambuco *et al.*, 2018, lk 134)

1. Milist rolli rehabilitatsioonimeeskonnas täidate?

- Tööalase rehabilitatsiooni asutuse juht
- Teenuste koordinaator
- Sotsiaaltöötaja
- Loovterapeut
- Tegevusterapeut
- Füsioterapeut
- Psühholoog
- Õde
- Arst
- Eripedagoog
- Logopeed
- Kogemusnõustaja

2. Kui kaua olete töötanud rehabilitatsiooni valdkonnas?

- Alla aasta
- 1–5 aastat
- 6–10 aastat
- Üle 10 aasta

Lisa 1. järg

3. Palun märkige oma haridustase

- Keskharidus (kutseharidus, keskeriharidus)
- Bakalaureusekraad
- Magistrikraad
- Doktorikraad

Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni (RFK) kasutamine

4. Kas kasutate RFK oma töös? (kui vastaja märgib „Ei“, siis RFK-ga seotud all olevad küsimused ei avane)

- Jah
- Ei

5. Kuidas hindate RFK põhist info kogumist teenuse saaja kohta? (Momsen *et al.*, 2019, lk 242, 269; Pernambuco *et al.*, 2018, lk 134)

	Saan suurepäraselt hakkama, vajadusel toetan teisi kolleege	Saan hakkama iseseisvalt	Saan kolleegide abiga hakkama	Vajan pidevat tuge kolleegidelt	Ei saa üldse hakkama
Organismi funktsioonide koodidest (b)					
Organismi struktuuri koodidest (s)					
Tegutsemine ja osaluse koodidest (d)					
Keskkonnategurite koodidest (e)					

Lisa 1. järg

6. Millisel määral nõustute järgmiste väidetega? (Johansen *et al.*, 2022, lk 7; Momsen *et al.*, 2019, lk 269; Viidalepp, 2023, lk 33)

	Nõustun täielikult	Pigem nõustun	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
RFK toetab inimese tervikliku olukorra kaardistamist					
RFK põhine dokumenteerimine on aeganõudev					
RFK toetab suhtlust teenuse tarbija ja spetsialisti vahel					
RFK toetab suhtlust rehabilitatsiooni asutuse ja Eesti Töötukassa vahel					
RFK toetab eesmärkide püstitamist					
RFK toetab eesmärkide hindamist					

Koostöö sidusrühmadega

7. Kui oluliseks peate koostööd oma asutuse edukuseks?

- Väga oluliseks
- Pigem oluliseks
- Nii ja naa
- Ei pea pigem oluliseks
- Ei pea üldse oluliseks

Palun lisage oma kommentaar siia:

Lisa 1. järg

8. Kui tihedalt teete koostööd erinevate sidusrühmadega? (Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10; Gjerdalen *et al.*, 2022, lk 24; Jørgensen *et al.*, 2024, lk 4209; Moore *et al.*, 2024, lk 2774; Wharakura *et al.* 2022, lk 283)

	Igapäevaselt	Mitu korda nädalas	Mitu korda kuus	Harvemini kui kord kuus	Ei tee koostööd
Eesti Töötukassa					
Teenuse saaja lähedased					
Tööandjad					
Kohalik omavalitsus					
Koolid					
Arstid, spetsialistid tervisesüsteemist					

9. Mitme asutusega hetkel koostööd teete?

- 0
- 1
- 2–5
- 6–10

10. Kui oluliseks peate koostöös sidusrühmadega järgnevaid väiteid? (Aunger *et al.*, 2021, lk 19; Noteboom *et al.*, 2024, lk 25; Svanholm *et al.*, 2022; Wade & Halligan, 2017, lk 1001; Wharakura *et al.*, 2022, lk 283)

	Väga oluliseks	Pigem Oluliseks	Nii ja naa	Pigem ei pea oluliseks	Ei pea üldse oluliseks
Infovahetus					
Ühine eesmärk					
Usaldus					
Ühtsed väärtushinnangud					
Suhte järjepidevus					
Positiivsed hoiakud					
Lahenduskesksete võimaluste arutelu					

Lisa 1. järg

11. Millisel määral nõustute väidetega koostööd tehes erinevate asutustega ? (Aunger *et al.*, 2021, lk 19; Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10; Svanholm *et al.*, 2022, lk 8396–8397).

	Nõustun täielikult	Pigem nõustun	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Koostööd tehes tunnen, et ülesanded kattuvad					
Vajalik parem omavaheline suhtlus					
Esinevad organisatsioonilised piirangud koostööks (nt töökorraldus, juhtimisest tulenevad takistused)					
Spetsialistide erinevad vaated või hoiakud ei võimalda koostööd teha					

12. Kui tihti puutute kokku allolevate olukordadega? (Svanholm *et al.*, 2022, lk 8396–8397; Strindlund *et al.*, 2019, lk 2915–2916)

	Puutun kokku igapäevaselt	Puutun kokku sageli	Puutun kokku harva	Pole kokku puutunud	Ei oska öelda
Tööandjate vaated ja hoiakud takistavad koostööd					
Tööandja usaldamatus puudega inimese osas takistab koostööd					

13. Kui Teil on lisakommentaare koostöö takistuste kohta sidusrühmadega, siis saate need lisada siia.

Tänan, et võtsite aja ja andsite panuse minu lõputöösse!

Lisa 3. Ekspertintervjuu küsimused

1. Kuidas hindate töölase rehabilitatsiooni asutuste RFK põhist info kogumist teenuse saaja kohta? (Momsen *et al.*, 2019, lk 242, 269)
2. Missuguste küsimustega pöörduakse RFK-ga seotud toe saamiseks?
3. Missuguste vigadega puutute kokku RFK põhise andmete kogumisel?
4. Kui tihedalt ja kuidas teevad koostööd töölase rehabilitatsiooni asutused erinevate sidusrühmadega teenusekorraldaja vaatest? (Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10)
5. Missugused on ootused Eesti Töötukassal koostööks erinevate sidusrühmadega töölase rehabilitatsiooni asutustele? (Wharakura *et al.*, 2022, lk 282–283)
6. Millised on Teile teada olevad põhjused koostöö mittetegemiseks sidusrühmadega töölase rehabilitatsiooni asutustel? (Castruita Rios *et al.*, 2023, lk 9–10). (Töötukassa juhtumikorraldajad, tööandjad, kohalik omavalitsus, koolid, teenuse saaja lähedased, tervisesüsteemi spetsialistid)

SUMMARY

COOPERATION EXPERIENCES OF VOCATIONAL REHABILITATION TEAMS AND CHALLENGES IN APPLYING THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING IN INSTITUTIONS IN TALLINN AND HARJU COUNTY

Enel Müür

People with disabilities face limited Labour market opportunities and high unemployment. Vocational rehabilitation supports those with reduced work capacity by enhancing coping skills and employability, not just health recovery. A person-centered approach addressing health, environment, and work readiness is essential. Success relies on trust, professional competence, and stakeholder collaboration.

Collaboration with employers is vital, enhancing independence, confidence, and participation in working life. Since May 2023, the Estonian Unemployment Insurance Fund (Eesti Töötukassa) has introduced the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in service provision. ICF facilitates the identification of individual limitations and facilitators, allowing for more targeted interventions. It fosters a shared understanding of the client's condition and enhances interprofessional communication, though its successful implementation requires sufficient awareness, time, and professional support. Despite general familiarity with the ICF, many professionals lack a deeper understanding of its practical use.

Effective vocational rehabilitation relies on collaboration between various stakeholders, including specialists, employers, family members, local governments, schools, and healthcare providers. Cooperation with local governments, schools, healthcare providers, and employers is less frequent, and fragmented collaboration with municipalities and employers undermines person-centered service provision. Good cooperation is

characterised by mutual trust, clear role division, consistent communication, shared goals, and solution-oriented discussions. Across countries, vocational rehabilitation is structured differently, yet a common feature remains multilayered support centred on the individual and their opportunities. Engaging employers, adapting work conditions, and raising awareness create a supportive environment that reduces barriers and promotes employment.

Nevertheless, challenges persist. Internal team communication, clarity of roles, and cooperation between service providers remain problematic. Access to healthcare services for individuals with disabilities is often limited, particularly in urban areas, where fragmented contacts between institutions hinder collaboration. The awareness of healthcare professionals regarding rehabilitation planning is also insufficient. Cooperation among stakeholders is especially crucial when integrating young people with disabilities into the labour market, yet difficulties remain in information exchange and understanding each partner's role. Employer attitudes toward people with disabilities continue to be a significant barrier.

This study aimed to examine the functioning of vocational rehabilitation cooperation in Tallinn and Harju County, particularly between rehabilitation specialists and key stakeholders, and to identify challenges in applying the ICF. The study also aimed to make suggestions to the Estonian Unemployment Insurance Fund's Jobseekers Services Department to enhance support for cooperation partners.

The research focused on how collaboration is carried out and what obstacles exist in using the ICF among vocational rehabilitation specialists. The thesis consists of two parts. The first presents theoretical perspectives on vocational rehabilitation, international approaches, team structures, and collaboration challenges. Scientific literature was gathered using ScienceDirect, PubMed, ResearchGate, and Google Scholar databases. The second part provides an empirical overview of rehabilitation institutions and specialists in Tallinn and Harju County. A mixed-method approach was used, including a questionnaire (n=35 respondents from a target population of 701 specialists) and one expert interview to gain insights from a service coordinator.

The results highlighted several challenges in applying the ICF and in stakeholder cooperation. While many professionals reported using ICF, a quarter of the respondents did not apply it in practice. This raises concerns about the consistency of team-based assessments. Although most specialists rated their ICF use as competent, support is still needed, particularly in interpreting environmental factors and documenting minor changes. The documentation process itself was considered time-consuming. The classification is perceived as helpful in communication with the Unemployment Insurance Fund, but less so with clients. Nevertheless, professionals recognised its usefulness in setting goals and evaluating outcomes.

The findings confirmed that cooperation plays a central role in vocational rehabilitation in Tallinn and Harju County, with most professionals considering it essential to institutional success. Collaboration is common with clients' family members and the Unemployment Insurance Fund. Cooperation with local governments, schools, and healthcare providers is less frequent, and fragmented cooperation with municipalities undermines person-centred service provision. Notably, cooperation is not documented based on the ICF framework. Key enablers of effective cooperation include trust, positive attitudes, shared goals, and solution-focused communication. Cooperation with employers remains a challenge, hindered by persistent mistrust and prejudices, despite active efforts from specialists. This underscores the need to improve employer engagement and shift services toward more work-oriented support.

Based on the conclusions, it was recommended that the Estonian Unemployment Insurance Fund's Department of Jobseeker Services organize development days for vocational rehabilitation specialists in Tallinn and Harju County to strengthen cooperation with employers. It was also proposed that specific guidelines and practical tools for employer engagement, involving the Fund's specialists, employer consultants and advisor be developed. It is also recommended that specialists' ICF-related competencies be strengthened through further training and workshops, and team-based assessments be promoted as a best practice in rehabilitation planning.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Enel Müür,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Töölase rehabilitatsiooni meeskondade koostöökogemused ja rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsiooni kasutamise väljakutsed Tallinna ja Harjumaa asutuste näitel“

1. , 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.

Enel Müür

18.05.2025