

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Kaidi Saarkoppel

**SOTSIAALSE REHABILITATSIOONITEENUSE ROLL
ELUKVALITEEDI PARANDAMISEL SAAREMAA
PUUETEGA INIMESTE KOJA 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)

Kaidi Saarkoppel

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Ülevaade rehabilitatsioonist ja selle mõjust elukvaliteedile.....	7
1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus maailmas	7
1.2. Rehabilitatsioon Eestis	11
1.3. Elukvaliteedi parandamine läbi sotsiaalse rehabilitatsiooni.....	13
2. Uuring sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kasutamisega kaasnevatest elukvaliteedi muutustest Saaremaa Puuetega Inimeste Koja näitel.....	16
2.1. Ülevaade Saaremaa Puuetega Inimeste Kojast	16
2.2. Uurimismetoodika, uurimisprotsessi ja valimi kirjeldus.....	17
2.3. Uuringu tulemused	21
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	29
Kokkuvõte	33
Viidatud allikad.....	35
Lisad.....	41
Lisa 1. Intervjuu küsimused sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutajatele.....	41
Lisa 2. Ekspertintervjuu Sotsiaalkindlustusameti tiimijuhiga.....	43
Summary	44

SISSEJUHATUS

Rehabilitatsiooniks peetakse protsessi, mille eesmärgiks on aidata inimesel pärast haigust, vigastust või operatsiooni taastuda; parandades tema füüsilist, vaimset ja sotsiaalset võimekust kohanemaks igapäevaeluga. Maailmas vajab rehabilitatsiooni mitu miljardit inimest ja on oluline, et teenus parandaks inimeste toimetulekut ja igapäevaelus hakkamasaamist. Rehabilitatsioon võib toimuda erinevates vormides ja asutustes, seda sõltuvalt inimese puudest või vajadustest.

Rehabilitatsioon on oluline inimestele, kellel on vananemise, vigastuse või muude tervisliku seisundiga seotud funktsioneerimispiirangud (Krug & Cieza, 2017, lk 72). Peamine rehabilitatsiooni eesmärk on suurendada inimeste osalust ja kaasatust ühiskonda. Rehabilitatsiooni mõiste on väga lai, ning seda teenust vajav sihtrühm on mitmekesine. Seetõttu võivad teenust vajada erinevas vanuses inimesed ja/või nende pereliikmed, lahendamaks tervise, hariduse, töö ja kutse alaseid küsimusi, või sotsiaalseid ja erivajadustega seotud muresid. (Harjo, 2018, lk 52)

Rehabilitatsioon on oma olemuselt sekkumiste kogum, mis leevendab haigusseisundi mõju ja toetab puudega inimese sotsiaalset kaasamist. See aitab igas vanuses inimestel olla igapäevaelus iseseisvam ning osaleda hariduse saamises, tööelus, vaba aja tegevustes ja pereelus (Paat-Ahi *et al.*, 2022, lk 19). Oluline on, et inimene saaks vajaliku teenuse esimesel võimalusel, kui abivajadus tekib või seda märgatakse ning teenuse osutamist hinnatakse eelnevalt kokkulepitud kriteeriumide alusel, et tagada tegevuse eesmärgipärasus ja tõhusus. Õigus sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele (edaspidi SRT) ei sõltu vaid inimese soovist ja tahtest, vaid eelkõige vajadusest (Tammiste, 2023, lk 20). SRT puhul on veel oluline märkida, et tegemist ei ole ravi-, vaid sotsiaalteenusega, kus sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust pakkuv asutus peab tagama teenuse saajale tegevuskavas määratud tegevuste elluviimiseks vajalikud spetsialistid (Vaht & Pääbo, 2022, lk 13).

Tervishoiusüsteemi probleemide lahendamiseks tuleb vähendada katmata ravivajadust ja ühendada tervishoiu- ja sotsiaalteenused (Vabariigi Valitsus, 2024, lk 16). Peamine on, et rehabilitatsiooniteenuste osutajad teeksid tihedat koostööd teiste sotsiaal- ja tervishoiuasutustega, et tagada teenuse kasutajale terviklik ja järjepidev abi. See aitab vältida olukordi, kus inimene jääb vajaliku toetuseta (Tammiste, 2023, lk 20). Vaht & Pääbo (2022, lk 15) sõnul ei toeta praegune taastusravi- ja rehabilitatsioonisüsteem kliendi sujuvat koostööd esmatasandi ja eriarstiabi vahel ega arvesta inimese terviklikku teekonda teenuseid osutades, põhjustades teenuste kattuvusi, ressursikulu ja kvaliteediprobleeme. Lisaks on sotsiaal ja meditsiini valdkondade vaheline info liikumine sageli puudulik, mistõttu patsient ei pruugi saada kõiki vajalikke teenuseid. Lisaks kirjutab Tammiste (2023, lk 20), et praeguses süsteemis ei ole rehabilitatsiooni teenused Eestis tihti kooskõlas inimeste tegelike vajadustega.

Riigi tasandil on oluline lahendada, kuidas tagada tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondades piisav hulk pädevaid töötajaid, pöörates tähelepanu ka piirkondlike probleemide lahenduste leidmisel (Vabariigi Valitsus, 2024, lk 23), sest rehabilitatsiooni põhieesmärgiks on siiski inimeste toimetuleku arendamine (Kalberg, 2022, lk 34). Eesti pikaajaline arengustrateegia üks eesmärke on inimesekesksete heaoluteenuste pakkumine mille üks võtmetegur on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimine. Selleks luuakse riigi ja kohaliku omavalitsuste partnerlusel põhinev süsteem, mis tagab, et inimese vajadustele lähenetakse terviklikult. (Vabariigi Valitsus, 2024, lk 23)

Hetkel võib SRT kasutamata jätmise peamiste tegurite hulka kuuluda teenuskohale halb ligipääsetavus, mis tähendab, et teenuse asukoht võib olla raskesti füüsiliselt ligipääsetav, seda eriti maapiirkondades või liikumiskustega inimestele. Samuti võivad transporditõkked, nagu isikliku transpordivahendi puudumine või ühistranspordi kättesaamatus, takistada teenuse kasutamist. (Krug & Cieza, 2017, lk 72) Patsiendil võib olla raskusi oma tervisliku olukorra objektiivsel analüüsimisel või ei pruugi omada piisavalt teavet ravi võimaluste ja eesmärkide kohta. Seetõttu on oluline tagada, et patsient saaks vajalikke teadmisi ja toetust, mis aitaks tal paremini kaasa rääkida oma raviplaanis ja eesmärkide seadmisel (Crawford *et al.*, 2022, lk 1701–1703). Lisaks võivad kaasneda rahaliselt liiga suured väljaminekud, näiteks transpordikulud ja töölt puudumise tõttu saamata jäänud tulu, mis võib muuta teenuse kasutamise paljudele inimestele

raskeks. Pikad ooteajad teenusele saamiseks võivad samuti vähendada inimeste motivatsiooni teenust kasutada. Täiendav tegur teenuse kasutamisel on vähene teadlikkus rehabilitatsiooni teenusest – mis see on, mida see teeb ja kellele see võib kasu tuua. Paljud inimesed ei pruugi olla teadlikud teenuse olemasolust või selle kasulikkusest tema tervisele, mis takistab neil teenust kasutamast. (Krug & Cieza, 2017, lk 72)

Tuginedes eelnevale, on lõputöö uurimisprobleemiks, et SRT pakkumine ei aita olulisel määral kaasa teenusesaaja elukvaliteedi parandamisele, kuna teenuseid ei osutata lähtudes teenusekasutaja individuaalsetest vajadustest ja seatud eesmärkidest. Lõputöö eesmärk on välja selgitada, mis määral Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas pakutav sotsiaalne rehabilitatsiooniteenus parandab inimeste elukvaliteeti ning teha uuringu tulemuste põhjal ettepanekuid teenuse parendamiseks Saaremaa Puuetega Inimeste Koja juhtkonnale.

Töö eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

- Millise subjektiivse hinnangu annavad teenuse kasutajad peale sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutamist Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas oma elukvaliteedi paranemisele?
- Millised on peamised tegurid, mis mõjutavad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemust teenuse kasutajate elukvaliteedile?

Lõputöö koosneb kahest peatükist, millest esimene peatükk annab lugejale ülevaate rehabilitatsiooni teoreetilisest poolest, kus on välja toodud rehabilitatsiooni mõiste ja teenuse osutamise põhimõtted ning eesmärk nii Eesti kui ka maailma erinevate riikide praktikas. Teises peatükis ehk empiirilises osas on välja toodud uurimisprotsessi kirjeldus, uuringu läbiviimise meetodika ja kirjeldatakse valimi koostamist ning saadud tulemusi, mille põhjal teeb autor soovitusel uuringus osalenud rehabilitatsiooniasutusele. Töö koostamiseks kasutati erialaseid raamatuid, ajakirju ja teadusartikleid.

1. ÜLEVAADE REHABILITATSIOONIST JA SELLE MÕJUST ELUKVALITEEDILE

1.1. Rehabilitatsiooni käsitlus maailmas

Rehabilitatsioon kuulub tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkonda, mis hõlmab erinevaid meditsiinilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid ja hariduslikke teenuseid ning on suunatud inimese funktsionaalse võimekuse taastamisele, parandamisele või säilitamisele. Rehabilitatsioon keskendub inimeste elukvaliteedi parandamisele pärast haigusi, vigastusi või operatsioone. Rehabilitatsioon hõlmab laia valikut teenuseid, mida pakutakse nii esmatasandi tervishoius kui ka spetsialiseeritud rehabilitatsiooniasutustes.

Maailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization, 2017, lk 35) määratleb rehabilitatsiooni kui sekkumiste kogumit, mille eesmärk on optimeerida funktsioneerimist, vähendada terviseseisunditest tulenevaid puudeid ning parandada tervisehäiretega inimeste toimetulekut nende keskkonnas ja suhtlemisel ümbritseva maailmaga. Rehabilitatsioon keskendub inimese igapäevase füüsilise, vaimse ja sotsiaalse funktsioneerimise parandamisele (Mishra *et al.*, 2023, lk 1), hõlmates ka krooniliste haiguste, häirete, vigastuste ja traumadega seotud tervisemuresid (Cieza *et al.*, 2020, lk 2006), keskendudes inimese funktsioneerimise parandamisele, mitte aga haigusele endale (Mishra *et al.*, 2023, lk 1).

Rehabilitatsioon – sageli nimetatud ka taastusraviks – on teenus, mis toetab inimese funktsioneerimisvõime säilitamist, taastamist või parandamist vastavalt tema vajadustele. Teenus on keerukas, hõlmates mitmeid omavahel seotud komponente ja olukordi ning vajab erinevate oma ala spetsialistide koostööd (Berget, 2025, lk 26). Tervishoius on liigutud tasuliste rehabilitatsiooniteenuste mudeli poole, kus prioriteetideks on seatud teenuse kvaliteet, ohutus ja tulemused. Teenuste tulemuste hindamine, mõõtmine ja aruandlus on muutunud oluliseks iga tervishoiuasutuse ja teenuseosutaja jaoks (Yang *et*

al., 2021, lk 104). Taastusravi ei ole erinevates riikides siiski prioriteediks seatud olles alarahastatud ning paljude inimeste juurdepääs sellele teenusele Euroopa piirkonnas on piiratud (Mishra *et al.*, 2023, lk 1), sest taastusravi on sageli tõlgendatud, kui väga spetsialiseeritud ja kulukat teenust, mis on mõeldud vähestele. Kuid uuringu tulemused seavad selle seisukoha kahtluse alla, kuna tõestati, et maailmas vajab taastusravi 2,41 miljardit inimest. (Cieza *et al.*, 2020, lk 2014)

Rehabilitatsiooni teenusele võib suunduda järgnevatel põhjustel:

- Kui teenusele suunatud inimese eesmärgiks on parandada tema soorituse tulemusi, võib rehabilitatsioon aidata taastada ja tugevdada füüsilisi võimeid, mis omakorda parandab igapäevaseid tegevusi ja töövõimet.
- Tervise optimeerimine on oluline aspekt, kus rehabilitatsioon aitab kaasa üldise tervise ja heaolu parandamisele läbi spetsiaalsete harjutuste ja teraapiate.
- Klientide rahulolu suurendamine on oluline, kuna parem tervis ja sooritusvõime tõstavad elukvaliteeti ja rahulolu enda eluga. (Yang *et al.*, 2021, lk 100–101)

Kaheksas riigis üle maailma viisid teadlased läbi 1691 artikli põhjal süstemaatilise uuringu ja analüüsi tulemusena saadi, et teenuse kasutajate seas on patsiendikeskse eesmärkide seadmise protsessis esinevad erinevad takistused ja soodustavad tegurid. Tulemusena saadi, et need paiknevad kolme tasandil: patsiendi, teenuseosutaja ja organisatsiooni vahel. Patsiendi tasandil võivad tekkida mitmesugused tõkked, mis takistavad indiviidil oma seisundi täpsemast mõistmist ning aktiivset osalemist eesmärkide seadmisel. Uuringust selgus, et organisatsiooni tasandil võivad väljakutsed hõlmata kliiniliste juhiste puudumist või ebapiisavat aega eesmärkide seadmiseks. Samuti selgus uuringu tulemusena, et teenuseosutajate hoiakud ja uskumused eesmärkide seadmisel on peamised kitsaskohad, mis vajavad tähelepanu ja parandamist. (Crawford *et al.*, 2022, lk 1695–1697) Lisaks eelnevale on oluline mõista, et rehabilitatsioon ei ole ainult järelhooldus, mida osutatakse spetsiaalsetes üksustes või keskustes vaid osutatav teenuse peab olema kättesaadav kõigis hoolduse etappides (Gutenbrunner *et al.*, 2022, lk 14).

Arenenud tehnoloogilised ja digitaalsed lahendused on muutunud tavaliseks ning neid rakendatakse üha enam ka taastusravis (Cieza *et al.*, 2020, lk 2006). Maailma praktikas on katsetatud kaugrehabilitatsiooni teenust, mis on rehabilitatsiooniteenus, mida

osutatakse distantsilt kas audio- ja/või video-digitaalse meedia kaudu. Seda kasutatakse ühiselt patsientide vajaduste rahuldamiseks diagnostika-terapeutiliste, ennetus-, nõustamis- ja konsultatsiooniteenuste kaudu. Uuringud on näidanud, et kaugrehabilitatsioonil on mitmeid eeliseid, nagu näiteks väiksemad ravikulud, aja kokkuhoid, parem juurdepääs teenusele ja nakkushaigustega klientide jätkuv hooldus. (Algarni *et al.*, 2022, lk 1)

Praegune rehabilitatsioon keskendub isikukeskse eesmärkide seadmise soodustamisele, mis hõlmab inimese aktiivset kaasamist teenuse osutamise protsessi. Paljudel teenuse osutajatel puuduvad sekkumise paremaks planeerimiseks vajalikud oskused, mida peetakse oluliseks eesmärgi saavutamise ja optimaalsete tulemuste toetamiseks (Kang *et al.*, 2022, lk 122). Isikukeskse rehabilitatsiooniteenuse osutamine võib osutada keeruliseks, sest seatud eesmärkide täitmine ei pruugi alati õnnestuda. Teenus eeldab, et teenuseosutaja suudab pidevalt kohaneda iga kliendi individuaalsete vajadustega. See nõuab teenuseosutajalt tähelepanelikku küsimist, eetilist mõtlemist ning kriitilist eneseanalüüsi teenuse osutamise käigus. (Jesus *et al.*, 2022, lk 111)

Norras on taastusravi on üks viiest väljakujunenud tervishoiustrateegiast koos ennetava, raviva, hooldus- ja palliatiivse raviga ning osutatakse nii esmatasandi tervishoius, kui ka eriarstiabis. Tervishoiustrateegia on olemuselt pikaajaline tegevuskava, mille eesmärk on parandada või säilitada inimeste tervist. Tegevuskava tõhus rakendamine eeldab head koostööd ja koordineerimist nii tervishoiutasandite sees kui ka nende vahel, et tagada patsiendile parim võimalik raviteekond. (Berget, 2025, lk 25–26) Norras on tervishoiuteenused üldiselt kõrge kvaliteediga aga rehabilitatsiooni teenuse osutamisel esineb ka seal puudujääke. Pakutavad teenused on kohati killustatud ja uuringu tulemused näitavad, et 80% traumadega patsientidest kogevad probleeme veel kuus kuud pärast vigastust ning kaks aastat pärast traumad on nende tervis halvem kui tervetel inimestel. (Soberg *et al.*, 2021, lk 2) Norra ametivõimude ja taastusravikeskuste vaheline tegevusleping märgib, et sekkumiste sisu peaks olema tõendus põhine, eesmärgipärane ja kohandatud individuaalsetele vajadustele, sõltumata patsiendi diagnoosist. Seetõttu liikus taastusravi Norras suurema vastutuse poole esmatasandi tervishoius ning lühemate statsionaarsete viibimiste või päevaprogrammide poole eriarstiabis. Omavalitsustele

eraldati edasiseks arenduseks rahastust, et pakkuda õiget ravi õiges kohas ja õigel ajal. (Berget, 2025, lk 26–27)

Soomes rahastatakse rehabilitatsiooni mitme kanali kaudu, peamiselt avalike vahenditega ning kindlustusseltside ja erasektori rahastamise kaudu. Rehabilitatsioonisüsteem on hajutatud paljudesse valdkondadesse, nagu tervishoid, sotsiaalhoolekanne, kool ja tööhaldus. (Sipari *et al.*, 2022, lk 2) Teenuse osutamine algab teenuse vajadusest, mille tuvastab spetsialist. Protsessi üheks oluliseks osaks on eesmärkide seadmine ja sobivate taastusravi meetmete valimine. Eesmärkide paremaks saavutamiseks planeerivad taastusravi teekonda teenuse saaja ja eksperdid koos. Oluliseks peetakse, et kogu rehabilitatsiooni protsess toimuks inimese jaoks õigeaegselt ja sujuvalt. Taastusravikeskustes jätkab taastusravi teenuseosutajate grupp, kuhu kuuluvad arst, õde, füsioterapeut, tegevusterapeut, taastusravi nõustaja ja sotsiaaltöötaja ning sõltuvalt olukorrast ka neuropsühholoog, psühholoog, logopeed, uroterapeut, seksterapeut või nõustaja ja toitumisspetsialist. (Tallqvist, 2024, lk 22–23)

Üha enam tunnistatud, et patsientide ravi on meeskonnatöö, mille käigus inimene võib saada kas ühekordseid teenuseid, erinevat tüüpi teenuseid või korduvalt samu teenuseid. Teenuse alustamise aeg, arv, kestus, iseloom ja erinevate teenuste kombinatsioon annavad tulemuseks ainulaadse teenusejada. (Sternberg *et al.*, 2024, lk 2) Seevastu Ameerikas on igal taastusravi pakkuja tüübil ainulaadne maksestruktuur ja teenuse osutamisel erinevad mudelid. Statsionaarne taastusravi on suunatud kompleksse taastusravi patsientidele, kes peavad igapäevaselt läbima kolm tundi taastusravi, mis hõlmab endas füsioteraapia, tegevusteraapia ja logopeediateenuste kombinatsiooni. (Reistetter *et al.*, 2023, lk 2)

Rehabilitatsioon mängib olulist rolli inimeste elukvaliteedi parandamisel, aidates neil taastada kaotatud funktsioone ja saavutada suuremat iseseisvust. Tõhusad rehabilitatsiooniprogrammid nõuavad koostööd erinevate tervishoiuspetsialistide vahel. Oluline on keskenduda varajasele sekkumisele, et vähendada pikaajaliste terviseprobleemide esinemist ja parandada üldist tervishoiusüsteemi tõhusust.

1.2. Rehabilitatsioon Eestis

Käesolevas alapeatükis keskendub autor rehabilitatsiooniteenuse kasutamise, läbiviimise ja teenuse kirjeldamisele Eestis. Rehabilitatsiooniteenus hõlmab mitmesuguseid tegevusi ja teenuseid.

Rehabilitatsioonil on ühiskonnas mitmeid erinevaid tähendusi ja lähenemisi, mis võivad konteksti järgi varieeruda. Rehabilitatsiooni eesmärk aidata piiratud toimetuleku võimega inimesel ühiskonda sulanduda, et nad saavutaksid võimalikult suure iseseisvuse ja sõltumatuse, mis hõlmab endas füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset toimetulekut. Eestis jagatakse rehabilitatsioon kolmeks:

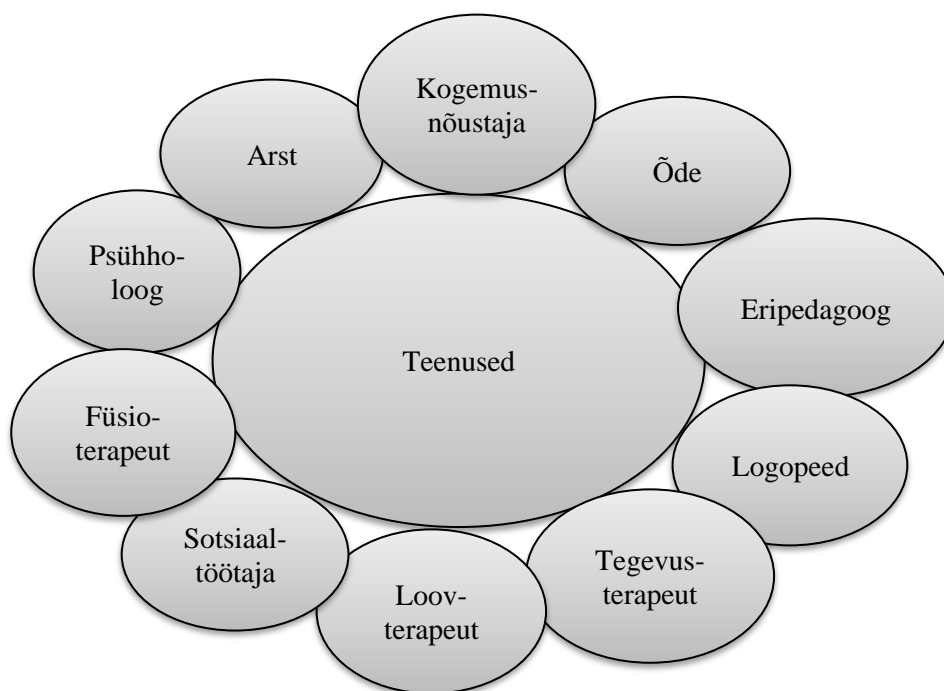
- tööalane rehabilitatsioon,
- sotsiaalne rehabilitatsioon,
- meditsiiniline rehabilitatsioon ehk taastusravi. (Harjo, 2018, lk 52)

Eestis lähtutakse sotsiaalhoolekandeline abi andmisel eelkõige isiku vajadustest. Eelistatakse meetmeid, mis aitavad leida võimalusi ja suurendada isiku suutlikkust oma elu ise võimalikult iseseisvalt korraldada. Isikule antakse nõu võimaluste valikul ja kohandamisel ning võimaldatakse vastava erialase ettevalmistusega spetsialist teenust (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 3). Eestis korraldab ja rahastab sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust Sotsiaalkindlustusamet. Teenust osutavad erinevad lepingupartnerid üle terve Eesti. (Kalberg, 2022, lk 34) Rehabilitatsiooni teenuseid pakub enam kui 100 asutust (Paat-Ahi *et al.*, 2022, lk 46).

Rehabilitatsiooniteenuseid pakkudes tuleb lähtuda inimesekeskse sotsiaalteenuse alustest. Teenusel on parem tulemus, kui ootused on vastavuses võimekusega ja kasutatakse inimese enda tugevusi, tõstes tema motivatsiooni ise parema tervise poole püüelda. (Tamm *et al.*, 2021, lk 14) Rehabilitatsiooni teenuse osutamise kõikides etappides kaasatakse abi vajav isik ning vajadusel ka tema perekonnaliikmed. Seda juhul, kui isik on selleks nõusoleku andnud, ning tagatakse isikule abi võimalikult kättesaadaval viisil. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 3) Senine rehabilitatsiooni osutamise kogemus näitab, et kliendile koostatud tegevuskavas või rehabilitatsiooniplaanis on seatud sageli ebaselged eesmärgid, mille tõttu jäävad seatud eesmärgid saavutamata. Seetõttu kasutab

teenust uuesti 70% inimestest, et täita eelmisi või juba uusi eesmärke. (Sotsiaalkindlustusamet, 2024, lk 14)

SRT eesmärk on elukvaliteeti parandada läbi mitme valdkonna. Need valdkonnad on liikumine ja enese eest hoolitsemine, kognitiivsed võimed, igapäevased toimingud ja suhtlemine ja osalemine ühiskonnaelus (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 5). Rehabilitatsiooni meeskonda kuulub kümme erinevat oma ala spetsialisti (Sotsiaalkindlustusamet, 2025, lk 15) (vt joonis 1). Teenust on õigustatud saada lapsed, kellel on tuvastatud puue, või kes on kohaliku omavalitsuse poolt abivajavaks tunnustatud, tööealised ja esmasesse psühhooosi haigestunud isikud ning vanaduspensioniealised (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 59)



Joonis 1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse spetsialistid. Allikas: Sotsiaalkindlustusamet, 2025, lk 15

Teenuse vajadus ja teenusele õigustatus hinnatakse Sotsiaalkindlustusameti spetsialisti poolt (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 62). Samuti määrab Sotsiaalhoolekande seadus (2015, § 68), et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust peab osutama vähemalt kolm oma ala spetsialisti, kellest üks peab olema sotsiaaltöötaja. Sama ütleb Alliksoo (2020, lk 6), et SRT on kompleksteenuse, mis tähendab, et inimese tervise probleemide lahendamine

nõuab mitme eriala spetsialisti koostööd. Sotsiaalhoolekande seadus (2015, § 66) märgib, et teenuse osutamisel tuleb rakendada sertifitseeritavat kvaliteedijuhtimise süsteemi ja järgitud peavad olema järgmised põhimõtted: isikukesksus, koostöö, vajaduspõhine lähenemine teenuste jõustav iseloom, juurdepääsetavus informatsioonile, tulemusele orienteeritus, isiku kaasamine, organisatsiooni töökorralduse.

Passiivsed protseduurid, nagu massaaž ja soolakamber, ei kuulu rehabilitatsiooniteenuste hulka (Alliksoo, 2020, lk 6). SRT suunates peetakse eelkõige silmas, et toimuks kliendi toimetuleku parandamine, arvestades inimese terviseseisundit ja selle eripärasid (Kalberg, 2022, lk 34). SRT kvaliteedijuhises tuuakse välja, et teenuste osutamisel tuleb lähtuda terviklikust lähenemisest, tagades sujuva korralduse, mis arvestab inimese füüsilisi, intellektuaalseid ja sotsiaalseid vajadusi, ootusi ning võimalusi. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 7)

Rehabilitatsioon ja sealhulgas ka sotsiaalne rehabilitatsioon peab olema kohandatud iga inimese vajadustele, kus teenust osutavad mitmed spetsialistid. Teenuse kvaliteedi tagamiseks rakendatakse kvaliteedijuhtimise süsteemi, järgides põhimõtteid nagu isikukesksus ja koostöö.

1.3. Elukvaliteedi parandamine läbi sotsiaalse rehabilitatsiooni

Sotsiaalne rehabilitatsioon võimaldab parandada elukvaliteeti, pakkudes individuaalset tuge ja teenuseid, mis aitavad inimestel taastada ja arendada oma sotsiaalseid, füüsilisi ja kognitiivseid võimeid. See hõlmab mitmesuguseid tegevusi, mis aitavad inimestel paremini toime tulla igapäevaelus, parandada suhtlemisoskusi ja osaleda aktiivselt ühiskonnaelus.

Inimese elukvaliteeti on keeruline hinnata, kuna puudub ühtne hindamise süsteem, mis seda täpselt määraks. Objektivist elukvaliteedi hinnangut on lihtsam anda kui subjektiivset, kuna subjektiivne hinnang sõltub iga inimese isiklikust kogemusest. Subjektiivset hindamist mõjutavad mitmed tegurid, nagu sugu, haridustase, vigastuse liik ja raskusaste ning sellega kaasnev valu. (Cardile *et al.*, 2024, lk 2) Eestis määratletakse inimese elukvaliteeti üldise füüsilise ja vaimse heaolu (tervis, iseseisvus), eneseteadlikkuse ja enesemääratluse ning õiguste, sotsiaalse kaasatuse, emotsionaalse ja

materiaalse heaolu kaudu (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 17). Elukvaliteeti saab määrata ka terviseiga seotud aspektides nagu füüsiline võimekus, võime osaleda sotsiaalsetes rollides ja tegevustes, ärevus, depressioon, unehäired, valuhäired, kognitiivsed funktsioonid ja väsimus (Edelen *et al.*, 2025, lk 4).

Just viimastel aastatel on hindamismeetodit EQ-5D-5L kasutatud erinevate haigustega patsientide elukvaliteedi mõõtmiseks (Zhou *et al.*, 2021, lk 2). Kvaliteet on alati olnud rehabilitatsiooniteenuste keskne osa, kuna teenuse tulemused patsientidele võivad olla erinevad. Seetõttu sobib EQ-5D-5L küsimustik hästi teenuse tulemuste hindamiseks. (Garratt *et al.*, 2024, lk 41). Erinevatest külgedest hõlmab kvaliteedi omadusi teenuse vastuvõetavust, juurdepääsetavust ja teenuse tõhusust. Teenuse saajate tulemusnäitajatel on oluline roll patsiendikeskse ravi tõhustamisel, tervishoiuteenuste toetamisel, tulemuslikkuse otsesel mõõtmisel ja kvaliteedi parandamise algatustele kaasaaitamisel. (Churchill *et al.*, 2021, lk 1)

EQ-5D-5L kui standardiseeritud mõõtmisvahendi kasutamine on pakkunud ka ühtset keelt mõõtmise edendamiseks kogu tervishoiusüsteemis (Churchill *et al.*, 2021, lk 1). EQ-5D-5L töötati algselt välja lihtsa mõõdikuna, mida saab kasutada koos üksikasjalikumate terviseiga seotud elukvaliteedi näitajatega ning on teaduslike uuringute ja tulemuste hindamisel hinnatud tänu selle laialdasele kasutamisele ja lihtsusele (Shaw *et al.*, 2024, lk 245–247). Selle tulemuste mõõtmisüsteemi kasutamine on andnud teavet kogukonna taastusravile pääsevate patsientide omaduste ja terviseiga seotud elukvaliteedi kohta ning aitab suunata tulevasi jõupingutusi sinna, kus neid kõige rohkem vajatakse (Churchill *et al.*, 2021, lk 2).

Kasutades aga teoreetiliselt parimat võimalikku, et teenusest kasu saada on vaja inimest võimestada (Kokko *et al.*, 2020, lk 200–201). Võimestamist määratletakse kui mitmetasandilist ja mitmekülgselt mõistet, mis omab olulist kohta sotsiaaltöös ja rehabilitatsioonis. Võimestamisel on oluline roll sotsiaalse parema toimimise ja taastamise protsessis ning peamine eesmärk on otseselt seotud sellega, et parandada inimese elukvaliteeti. (Stoykova, 2021, lk 44)

Võimestamisteooria peamised näitajad hõlmavad samuti individuaalse või grupi soorituse paranemist, suurenenud töö- või eluga rahulolu ning suurenenud osalust ja

kaasatust otsustusprotsessides (Rachmad, 2022, lk 4). Uuringud on toonud välja, et madala võimestatuse tasemega patsiendid on vähem aktiivsed, neil on rohkem valu ja madalam füüsiline võimekus, vajades täiendavat tuge ja rehabilitatsiooniteenuseid (Larsson *et al.*, 2021, lk 848). Võimestamise teooria kohaselt võimestatakse inimesele lisaks ka tema pere ja ümbritsevat keskkonda (Krais-Leosk, 2023, lk 87).

Elukvaliteedi hindamine on keeruline, kuna puudub ühtne süsteem ja hinnanguid mõjutavad isiklikud tegurid nagu tervis, haridus ja valu. Eestis mõistetakse elukvaliteeti füüsilise ja vaimse heaolu ning sotsiaalse kaasatuse kaudu. Selle hindamiseks sobib hästi lihtne ja laialdaselt kasutatav mõõdik EQ-5D-5L. Võimestamine on oluline lähenemine sotsiaaltöös ja rehabilitatsioonis, mille eesmärk on parandada inimese elukvaliteeti, suurendada osalust ja toetada iseseisvust. See hõlmab nii indiviidi, tema pere kui ka ümbritseva keskkonna toetamist, aidates kaasa paremale toimetulekule ja suuremale rahulolule elus.

2. UURING SOTSIAALSE REHABILITATSIOONITEENUSE KASUTAMISEGA KAASNEVATEST ELUKVALITEEDI MUUTUSTEST SAAREMAA PUUETEGA INIMESTE KOJA NÄITEL

2.1. Ülevaade Saaremaa Puuetega Inimeste Kojast

Käesolev lõputöö alapeatükk annab ülevaate Saaremaa Puuetega Inimeste Kojast (edaspidi: Saaremaa PIK). Saaremaa PIK, kui organisatsioon mängib olulist rolli puuetega inimeste õiguste ja huvide kaitsmisel kogu Saaremaal. Antud asutus tegutseb mitmes erinevas valdkonnas ning pakub laia valikut sotsiaalteenuseid. See annab võimaluse uurida Saaremaa PIK-is osutatavat sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, mis on seotud puuetega inimeste elukvaliteedi parandamisega.

Saaremaa Puuetega Inimeste Koda on mittetulundusühing, mis asub Saaremaa maakonnas Kuressaare linnas (E-Äreregister, s. a.) ja tegutseb haridus-, sotsiaal- ja kultuurivaldkonnas, mis koondab vabatahtlikkuse alusel erinevaid Saaremaa puuetega inimeste kohalikke organisatsioone (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-a) milleks on: Eesti Allergialiidu Saaremaa Ühendus, Saaremaa Diabeediselts, Saaremaa Reumaühing, Saaremaa Liikumispuudega Inimeste Selts, Saaremaa Vaegkuuljate Ühing, Saaremaa Vähiühing MTÜ, Saaremaa Kutsehaigete Ühing, Saarte Kurtide Ühing, Saaremaa Psoriaasiühing, Saare Maakonna Arengupuuetega Inimeste Tugiühing, Saaremaa Puuetega Inimeste Kultuuriühing „Möte“ ja Saaremaa Parkinsoni Haiguste Selts ning Saaremaa Pimedate Ühing. (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-b)

Saaremaa PIK osutab ka riiklike erihoolekande teenuseid, milleks on toetatud elamise teenus, igapäevaelu toetamise teenus ja töötamise toetamise teenus. Osutatakse ka kohalikule omavalitsusele kohustuslikku sotsiaaltranspordi teenust. Lisaks pakutaks veel

viipekeele tõlketeenust ja kuulmisnõustamise teenust ning kogemusnõustamist. (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-f)

Alates 2006 aastast osutab Saaremaa PIK rehabilitatsiooni teenust puuetega inimestele, kes võivad teenusele tulla üle kogu Eesti Vabariigi. (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-c). Asutus osutab rehabilitatsiooniteenuseid järgmistele sihtgruppidele:

- puudega isikutele alates 18. eluaastast;
- psüühiliste erivajadustega inimestele (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-d).

Saaremaa PIK-i missioon on esindada ja kaitsta puuetega inimeste õigusi, huve ja vajadusi, sealjuures tehes koostööd riigiasutustega ja tuginedes avalikkuse toetusele. Nad osalevad ka aktiivselt kohaliku poliitika kujundamises. Asutuse põhikirjas on muuhulgas nimetatud nende eesmärgiks ja ülesandeks osutada rehabilitatsiooni teenust. (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-e) Asutuse visiooniks on aga olla tugev liitlane puudepoliitika kujundamisel ning puuetega inimeste heaolu edendamisel Saaremaal. Saaremaa PIK-i koostööpartneriteks olevad paljud liikmesorganisatsioonid on tugevad ja asjatundlikud ning üheskoos paraneb terves kogukonnas puuetega inimeste üldine elukvaliteet, tagades teenuse saajatele kõik vajalikud toetused. (Saaremaa Puuetega Inimeste Koda, s. a.-a)

Saaremaa PIK on Kuressaares asuv asutus, mis ühendab erinevaid puuetega inimeste organisatsioone ja pakub mitmesuguseid teenuseid, sealhulgas rehabilitatsiooni teenust. Nende visioon on esindada ja kaitsta puuetega inimeste õigusi ning edendada nende heaolu koostöös riigiasutuste ja kogukonnaga. Saaremaa PIK-i on oma südameasjaks võtnud puuetega inimeste heaolu tagamise.

2.2. Uurimismetoodika, uurimisprotsessi ja valimi kirjeldus

Lõputöö eesmärk on saada teada sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutajate subjektiivne hinnang oma teenuse kogemusele Saaremaa PIK-is. Uurimistöös püstitatud eesmärgist tulenevalt lähtutakse uurimismeetodi valimisel ja küsimustiku koostamisel vaid inimese isiklikust seisukohast. Tulemuse saamiseks arvestatakse vaid teenuse kasutaja enda tunnetuslikku arvamust peale teenuse kasutamist oma elukvaliteedi hindamiseks.

Subjekttiivne hinnang on inimese vaatepunktist lähtuv meetod, mis tugineb tema arvamusele ja isiklikule kogemusele (Õunapuu, 2014, lk 21). Sellest tulenevalt kasutati antud lõputöös kvalitatiivset uurimisviisi, mis jättis võimaluse uurida inimeste kogetud varjatud nähtusi ja vajadusel esitatud küsimusi ümber sõnastada (Õunapuu, 2014, lk 172) ning selgitada uuritava teenuse iseloomu ja kasutamise vajadust teenuse kasutajate arvates, sest kvalitatiivne uurimisviis annab võimaluse mõista ühiskonna sotsiaalseid vaatepunkte. (Askarzai & Unhelkar, 2017, lk 24)

Käesoleva uurimismeetodi kasutamine võimaldas paremini mõista ühiskonnas esinevaid sotsiaalseid tegureid, kuna just kvalitatiivne uurimismeetod keskendub nähtuste olemuse sügavamale mõistmisele ning sobib hästi sotsioloogiliste protsesside ja sotsiaalsete nähtuste analüüsimiseks ja uurimiseks (Õunapuu, 2014, lk 57–58). Kvalitatiivne uurimisviis uurib, kuidas inimesed oma kogemusi tajuvad ja mõistavad (Denzin & Lincoln, 2000, lk 10).

Lõputööks koguti andmeid poolstruktureeritud intervjuude kaudu, kuna see meetod võimaldas luua usaldusliku vestluse intervjueritava ja intervjueri vahel (Sheppard, 2020, lk 263–264). Selline intervjuu ehk vestluse vormis andmete kogumine võimaldab vajadusel esitatavate küsimuste järjekorda ja sõnastust muuta või vajaduse ilmnemisel esitada lisaks täpsustavaid küsimusi. Lisaks koguti andmeid ka struktureeritud intervjuu meetodi abil, kus esitati küsimused e-intervjuuna. Küsimuste järjekorda ei muudetud ja lisaküsimusi ei esitatud (Õunapuu, 2014, lk 170–171).

Üks võimalus elukvaliteedi hindamiseks on kasutada standardiseeritud EQ-5D-5L küsimustikku, mida saab kasutada teenuse saajaga intervjuu käigus, et hinnata tema kogemust elukvaliteedi muutuse osas. (Rowen *et al.*, 2023, lk 1631). Soovides teada saada teenuse kasutajate subjektiivset hinnangut oma teenuse kasutamise kogemusele ja terviseolukorrale annab kasutatav hindamismõõdik võimaluse tervisehinnangu analüüsimiseks (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 28). Hindamisvahend EQ-5D-5L on lühike, üldine patsiendi tervisenäitaja mõõdik, mis koosneb viiest tervisliku seisundi dimensioonist (liikuvus, enesehooldus, tavapärased tegevused, valu/ebamugavustunne ja ärevus/depressioon) ja visuaalsest analoogskaalast (Shaw *et al.*, 2024, lk 240). Käesolevas uurimistöös kasutati kohandatud EQ-5D-5L hindamiskaala varianti.

Lõputöö valimiks oli ettekavatsetud valim, kuna intervjueeritavateks olid kindlate kriteeriumitele vastavad teenuse kasutajad ja uuritavad olid valimisse kaasatud ettekavatsetult (Õunapuu, 2014, lk 143). Valimi moodustamisel olid järgnevad kriteeriumid:

- teenuse kasutajad (edaspidi respondendid), kellel oli teenus lõpetatud, mitte rohkem, kui aasta tagasi;
- kasutanud teenust Saaremaa PIK;
- soovis osaleda uuringus vabatahtlikult;
- sooritas intervjuu iseseisvalt;
- teenuseosutaja juures registreeritud kontakttelefoni number ja/või e-posti aadress.

Saaremaa PIK-i juhataja võttis sobivate kandidaatidega isiklikult ühendust, andis neile edasi lõputöö autori telefoninumbri ning tutvustas neile võimalust osaleda lõputöö raames läbiviidavas uuringus. Pärast esmast kontakti edastamist võtsid potentsiaalsed respondendid ise ühendust lõputöö autoriga ehk intervjueerijaga, et leppida kokku neile sobiv aeg ja koht intervjuu läbiviimiseks. Kokku viidi läbi intervjuud seitsme teenuse kasutajaga, kellelt koguti põhjalik tagasiside ja isiklikud kogemused teenuse mõju kohta. Lisaks sellele viis lõputöö autor läbi ühe ekspertintervjuu Sotsiaalkindlustusameti tiimijuhiga (edaspidi ekspert), et saada professionaalset ja süsteemset vaadet sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korraldusele ning sisule riiklikul tasandil, samuti täiendada uurimistöo tulemusi eksperdi hinnangutega.

Respondentide anonüümsuse tagamiseks on vastajate andmed kodeeritud tähega R, mis tähistab respondenti ja numbriga, vastavalt intervjuu läbiviimise järjekorra alusel R1–R7. Ekspertintervjuu vastused on kodeeritud tähisega E1. Intervjuud viidi läbi Saaremaa PIK-is kohapeal selleks kohandatud privaatses ruumis, silmast-silma vestlusena neljal korral ja telefonivestluse teel kolmel korral. Ekspert soovis vastata intervjuu küsimustele e-kirja kaudu. Kõikidele intervjuudele eelnes autori enesetutvustus ja lõputöö eesmärgi selgitamine. Räägiti üle salvestamise vajalikkus ning konfidentsiaalsuse tagamise põhimõtted. Selgitati intervjuu käiku ja küsiti veelkord intervjuu läbiviimiseks ja salvestamiseks respondendi nõusolekut. Peale vestluse salvestamist järgnes kogu intervjuu suusõnaline kokkuvõtmine ja intervjueeritavatel tekkinud küsimuste vastamine, juhul kui neid oli.

Intervjuud viidi läbi ajavahemikul 18. märts – 09. aprill 2025. Pikim intervjuu kestis 52 minutit ja kõige lühem intervjuu kestis 28 minutit. Keskmine salvestatud intervjuu kestis 38 minutit. Tabelis 1 on märgitud kodeeritud tähistega uuringus osalenud respondentide ja eksperdiga sooritatud intervjuude järjekord, kestvus ja kuupäev.

Tabel 1. Uuringu läbiviimise kestvus ja kuupäev

Respondent	Kestvus	Kuupäev
R1	42 minutit	18.03.2025
R2	37 minutit	19.03.2025
R3	28 minutit	19.03.2025
R4	52 minutit	20.03.2025
R5	31 minutit	21.03.2025
R6	39 minutit	21.03.2025
R7	36 minutit	31.03.2025
E1	E-intervjuu	09.04.2025

Lõputöö autor on koostanud intervjueeritavatele mõeldud intervjuukava (vt Lisa 1), tuginedes töö teoreetilisele osale, lähtudes püstitatud uurimistöö eesmärgist ja uurimisküsimustest. Ekspertintervjuu küsimuste (vt lisa 2) koostamisel toetus autor respondentide intervjuudest saadud teabele ning lõputöö eesmärgile. Intervjuusid läbi viies esitati teenusel viibinud inimestele kokku 13 küsimust, eksperdile esitati 10 küsimust. Intervjuud salvestati intervjueeritavate nõusolekul ning laaditi parooliga kaitstud ja kaheastmelise autentimissüsteemiga turvatud isiklikku arvutisse ning seejärel transkribeeriti. Saadud helifailist teksti saamiseks kasutati programmi Tekstiks, mis koostab helifailist teksti dokumendi, mida kasutatakse andmeanalüüsiks (Olev & Alumäe, 2022, lk 417) ning seejärel helifailid kustutati peale lõputöö kaitsmist.

Analüüsimeetodiks kasutas autor kvalitatiivset sisuanalüüsi (Õunapuu, 2014, lk 183), kus intervjueriija kogub intervjuudest saadud vastused, mis omavad sarnast teemat või mõtet. Need vastused koondatakse ja seejärel jaotatakse erinevatesse kategooriatesse. Pärast vastuste jaotamist alarühmadesse, teeb intervjueriija saadud tulemuste alusel võrdlusi (Sheppard, 2020, lk 266–267).

Lõputöö järelduste tegemisel analüüsis autor intervjuudest saadud tulemusi ja hinnanguid ning seejärel koostas lõputöö tulemuse saamiseks kokkuvõtte. Autor analüüsis, kuidas erinevad vastused ja kategooriad omavahel suhestusid ning milline oli eksperdi hinnang. Lõplike tulemuste saamiseks vastandas intervjueriija saadud tulemused teooriaga, mis on

kirjeldatud uurimistöo esimeses peatükis. See tähendab, et autor võrdles praktilisi tulemusi teoreetiliste seisukohtadega, et näha, kas ja kuidas need omavahel erinevad või kokku sobivad.

2.3. Uuringu tulemused

Teenuse saajatele esitatud küsimuste põhjal sai lõputöö autor subjektiivse ülevaate sellest, kuidas muutus nende elukvaliteet pärast teenuse lõppemist Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas. Samuti tuli välja, millised olid peamised tegurid ja kitsaskohad, mis mõjutasid teenuse tulemuslikkust ning kasutajakogemust. Lisaks saadi e-posti kaudu Sotsiaalkindlustusametilt ekspertarvamus, mis täiendas teenuse tavakasutajate hinnanguid, pakkudes professionaalset ja objektiivset vastust teenuse rahastaja vaatenurgast. See võimaldas koostada tasakaalustatud ja põhjaliku ülevaate teenuse kvaliteedist, toimimisest ja võimalikest arengukohtadest.

Kõige noorim respondent oli 33 aastane ja vanim 72 aastane. Keskmine vanus intervjueeritavate seas oli 57 eluaastat. Kõige vähem oli teenust kasutanud intervjueeritav R5 olles rehabilitatsiooni teenust kasutanud kaheksal korral, samas kui vastaja R3 oli teenust kasutanud 22 korda ning keskmine SRT kasutamise kordade arv jäi 15 korra juurde.

Enamik intervjueeritavatest mõtiskles teenuse kasutamise algusaja üle ning selgitas, milliste eluetappidega see nende jaoks seostus. Teenusele suundumist seoti sageli kas puude määramise ajaga (R1, R3, R5, R6) või eluolulise muutusega, nagu kooli lõpetamine või täiskasvanuea saabumine (R2, R4, R7), mis tõi kaasa vajaduse täiendava toe ja juhendamise järele.

Oh appi, ma ei teagi kohe, ikka päris palju tuleb neid kordasid kokku küll, kui meile seda pakutud on, need oleme kõik kenasti vastu võtnud ja ära kasutanud. /.../ Kui nüüd koroonaga välja arvata siis ju ei tohtinud kuskil käia ega midagi saada aga jah kõik need aastad, olen muidu kasutanud jah /.../ spaades oleme nüüd käinud ja kõik need vesivõimlemised ja massaažid ja muud mis sealt võib võtta oleme alati hea meelega ära kasutanud küll /.../. (R4)

Kõik respondendid märkisid, et peamiselt on kasutatud rehabilitatsiooni teenust just Saaremaa PIK-is. Paaril korral oldi teenust kasutatud ka Värskas Sanatooriumis ja Pärnu Tervises (R2, R3). Kuna osad intervjueeritavad elasid mandri Eestis siis mainiti, et just Saaremaale teenusele tuleku üheks peamiseks põhjuseks oli see, et siin on lihtsalt kõik kuidagi teistmoodi ja peale teenusel viibimist tekib tunne, nagu oleks puhkusel käidud (R1, R4, R6). Ka kohalikud Saaremaa teenuse kasutajad kirjeldasid kui hea vaheldus on korra aastas vähemalt viis päeva spaas viibida ja jätkavad ka edaspidi teenuse kasutamist. (R2, R4, R7)

/.../ Ma pole üldse mujalt toda teenust võtnud, mulle see Saaremaal käik ikka jube hästi sobib ja ma tunnen, et seal käimine annab kohe palju-palju parema tuju ja enesetunde lausa kohe pikaks ajaks ja seepärast ma olen ikka sinna kogu aeg tagasi tulla tahtnud /.../. (R6)

Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse (SRT) olemuse oma sõnadega kirjeldamisega jäid aga enamik intervjueeritavaid häтта. Teenuse kasutajad ei osanud täpselt selgitada, mis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus endast kujutab või milleks see tegelikult ette nähtud on. Küll aga kinnitasid kõik teenuse kasutajad, et teenus on nende jaoks vajalik ja kasulik. Vastaja R2 pidas oluliseks rõhutada, et teenuse peamine eesmärk on olemasolevate sotsiaalsete oskuste säilitamine, sest tema sõnul ei kao puue ära ega vähene ka pärast teenuse kasutamist. Antud vastaja tõdes, et tema puude diagnoos jääb talle alles ka edaspidi, kuigi füüsiline toimetulek paraneb mõneks ajaks.

Mitmel korral teenuse saajatega intervjuude käigus rõhutati, et teenusel olles õpitakse uusi praktilisi oskusi, mida mujalt ei ole võimalik saada ja mida kodus iseseisvalt sooritada ei osata (R4, R6, R7). Samuti peeti oluliseks välja tuua, et rehabilitatsiooni eesmärk on ka olemasolevate ja uute abivahendite kasutamise õpetamine ja juhendamine (R1, R3, R6). Lisaks toodi mitmel korral välja, et spetsialistid, kes teenust osutavad, mõistavad teenuse kasutajate puudest tulenevaid eripärasid, kuulavad neid ära ning loovad võimaluse oma muredest avatult ja turvaliselt rääkida, sest nende probleemidest ja piirangutest saadakse päriselt aru (R1, R4, R6).

/.../ See on vist ajas palju muutnud ka /.../ seda, et ma saan seal uusi võimlemise harjutusi teha ja vesivõimlemine on ka seal hulgas /.../ see aitab väga hästi mul

tervist parandada /.../ kui ma seal vahepeal sellest psühholoogi teenusest loobusin, siis järgmine kord mõtlesin, et võtan ikka selle ka, et siis vähemalt soiu oma muresid talle ja ta kuulab ja siis oli pärast omal ka parem olla /.../.

(R6)

Eksperti sõnul SRT eesmärk ei ole eluaegne inimese toetamine, vaid teadmiste ja oskuste vahendamine, kuidas on võimalik edaspidi iseseisvalt hakkama saada. „Samuti ei ole eesmärgiks otsene sekkumine isiku tervisesse, suhtlemise ja keskkonnavahetuse võimaluste pakkumine või igapäevaelu toimingutest puhkuse/vahelduse andmine. Väga oluline on, et inimene peab olema motiveeritud eesmärgi täitmisele“.

SRT tegevuskava koostamise kohta vastati mitmel korral, et seda, kuidas see tegevuskava neile koostati nad täpselt öelda ei oska (R1, R2, R5). Ekspert aga kinnitab, et teenuse eesmärgi peab siiski inimene ise endale seadma teenuse konsultandiga läbiviidud vestluse käigus. Teenusele suunab Sotsiaalkindlustusameti (SKA) teenuste konsultant, kes viib teenusele soovijaga läbi ligi 1,5 tunnise vestluse, mille käigus hinnatakse põhjalikult kõiki peamisi eluvaldkondi milleks on:

- sotsiaalsed suhted;
- vaimne tervis;
- füüsiline tervis;
- hõivatus;
- vaba aeg ja huvitegevus;
- elukeskkond;
- igapäevatoimingud. (E1)

Ekspert kirjeldas vastustes, kuidas hindamise käigus selgub, et kui inimesel esineb probleeme mitmes terviseiga seonduvas eluvaldkonnas, siis on oluline suunata ta kompleksteenusele ehk SRT teenusele. Vestluse lõpuks peab inimene ise mõistma oma vajadusi ja suutma sõnastada teenusele suundumise eesmärgid, mis lisatakse suunamisotsusele. „Sotsiaalkindlustusameti teenuste konsultant ei lisa ise eesmärki ega koosta tegevuskava, vaid koostab suunamisotsuse, kus on lisatud kliendi sõnastatud SRT suundumise eesmärk“.

Kahe respondendi vastuse analüüsi tulemusena selgus, et neile tegi sobivate teenuste ettepaneku, teenuse osutaja (R4, R3). Ühel juhul koostati tegevuskava telefonivestluse teel, vahetult enne teenusele naasmist (R6). Intervjuude käigus ilmnis, et teenust korduvalt kasutanud teenusesaajatel oli teenuste osutamise tegevuskava igal korral sisuliselt ühesugune (R1, R2, R4, R6, R7). Selle tingis asjaolu, et inimeste põhilised vajadused teenusele suundumisel ei olnud eelneva rehabilitatsiooniteenuse kasutamise käigus oluliselt muutunud.

Lisaks tõid kaks respondenti välja, et nad ei mõista miks on vaja kasutada vähemalt kolme erineva spetsialisti külastust, kui neile ühte vajaminevat teenust saaks kasutada selle võrra suuremas mahus (R6, R7). Ekspert vastas selle küsimuse peale, et inimesel peab olema hinnatud vajadus mitme spetsialisti pakutava teenuse järele. „Üksikteenuse pärast suunamisotsust ei väljastata, üks spetsialist peab olema sotsiaaltöötaja, kes koordineerib inimese ja teenuseosutaja tööd“. Siinkohal juhtis ekspert tähelepanu sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse olemusele. Tegemist on kompleksteenusega, mida on vaja just siis, kui inimesel esineb mitu tervisega seotud probleemi, mille lahendamine ei ole võimalik üksikteenuse abil ning mis nõuab erinevate erialade spetsialistide koostööd.

Ekspert kinnitas, et teenuse üheks eesmärgiks on, et teenusel osaledes omandab teenuse saaja vajalikud oskused ja teadmised, kuidas iseseisvalt igapäeva elu toimetustega toime tulla, arvestades oma võimete, piirangute ja tervisliku seisundiga. Teenuse kasutajale õpetatakse, lähtudes tema tervislikust seisundist ja vajadustest, võimalike abivahendite kasutamist, antakse praktilisi suuniseid, kuidas toime tulla keerulistes tervise olukordades ning kust ja kuidas vajadusel sobivat abi otsida.

/.../ Ilmselt on neil seal mingi kindel stamp-plaan ka ees, mida võtma peab, sest on koguaeg kõik ühesugused ja näiteks seda psühholoogilist kõnet ma ju tegelikult üldse ei vaja aga see on vist mingi riigi nõue või midagi, mida seal võtma peab aga ega ma ka ei tea seda asja nii täpselt /.../ (R6).

Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas osutati peamiselt vaid kolme spetsialisti teenust: füsioterapeudi, psühholoogi ja sotsiaaltöötaja (vt tabel 2). Respondent R1 tõi intervjuu käigus esile, et kasutas spaas viibimise ajal füsioterapeudi juhendamisel vesivõimlemist ning sai telefoni teel lisaks ka kogemusnõustamise teenust. Respondent R4 vastas

küsimusele osutatud teenuste kohta, märkides, et iga kord, kui ta teenusel viibis, kasutas ta erinevaid vanne ja massaaže. Ta lisas, et need teenused olid küll tema jaoks meeldivad, kuid nende eest tuli maksta lisatasu. See asjaolu tekitas temas pettumust ja ebameeldiva tunde, kuna ta eeldas, et need teenused kuuluvad rehabilitatsiooni teenuse hinna sisse. Seetõttu jäi talle mulje, et teenuse sisu ja maksumuse osas ei olnud piisavalt selgust, mis omakorda mõjutas tema rahulolu kogu teenusekogemusega. Ekspert kinnitas, et sellised protseduurid nagu massaažid ja vannid tuleb inimestel endil kinni maksta, sest need ei kuulu sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste (SRT) komponentide hulka.

Tabel 2. Osutatud teenused

Teenused	Respondendid
Füsioterapeut	R1, R3, R4, R5, R6, R7
Psühholoog	R1, R3, R4, R5, R6
Sotsiaaltöötaja	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7
Logopeed	R2, R4
Kogemusnõustaja	R1, R3,
Eripedagoog	R2, R7,

Kohustuslike teenuseid nagu tegevusterapeudi, loovterapeudi, õe ja arsti teenust ei maininud respondentidest oma vastustes keegi. Ekspert tõi välja, et teenuste konsultant väljastab vaid teenusele suunamisotsuse, mille järel inimene ise valib endale sobivaima teenuseosutaja. „Teenuseosutaja ja kliendi koostöös valitakse sobivad spetsialistid, et seatud eesmärgid täita. SKA ei saa sekkuda sobivate spetsialistide valiku tegemisse“. Samuti selgus intervjuudest et ühtegi teenust ei osutatud vastanutele grupiteenusena, vaid kõik olid individuaalsed.

R1 ja R5 vastajate üheks positiivsemaks rehabilitatsiooni kogemuseks oli füsioterapeudi käe all läbi viidud vesivõimlemine. Lisaks sellele kirjeldas R5, kuidas sai kogeda elus esmakordselt rattaga tandemsoitu. R7 märkis, et kõige positiivsema kogemuse jättis muusikateraapia teenus, mida ootas alati suure huviga ning R3 tõi välja, et kogemusnõustajaga oli väga hea vestelda ja kuulata tema juttu ning mõista, et ta ei ole oma olukorras üksi. Vastajad R2, R4, R5 ja R6 tõid välja negatiivse poolena teenuste osutamise väikese rahalise ressursi. Lisaks leidsid nad, et teenust oleks vaja osutada suuremas mahus ja pikema ajaperioodi jooksul.

/.../ Algselt sai neid teenuseid muidugi rohkem seal, noh siis kui see asi toimus seal Meri hotellis, seal oli hästi palju võimalusi ja noh, rahastus oli lihtsalt suurem. Nüüd on see riigi poolne rahastamine väike ja tähendab, et ma saan ainult füsioteraapiat ja sotsiaaltöötajat ja ega siis peale seda enam muuks nagu raha üle jäägi /.../. (R6)

Küsimusele, mil moel teenusesaajatele teenuste osutamine täitis teenusele suundudes oma eesmärgi, vastasid respondendid R3, R5 ja R6, et teenusel tuleks igal aasta käia, sest siis on sellest rohkem kasu. Näiteks tuletatakse neile uuesti meelde, kuidas mingeid füüsilisi harjutusi õigesti tegema peab. Küll aga märkis intervjuueeritav R2, et teenusest piisab vaid ainult mõneks nädalaks ja siis on endine olukord sarnane nagu teenusele eelnenud perioodil. Vastaja R7 arvates täidavad teenused oma eesmärgi pikaajalisemalt, aga tema arvates on teenusele saamine tehtud liiga keeruliseks ning protsessi käigus peab mitmes erinevas kohas tihti rääkima sama juttu.

Teenuse eesmärkide parema täitmise kohta tehti ettepanek, et teenuse osutamise perioodi viis päeva võiksid olla ära jaotatud terve aasta peale. Selle alase näite tõi vastaja R5, et võiks olla kolm päeva ühes poolaastas ja teised kolm päeva teises poolaastas. Ekspert kinnitas, et rehabilitatsiooniteenuse tulevikus on teenuse sisend muutuses aga kindlasti võiks teenus muutuda inimesele paremini kättesaadavaks.

/.../ Need eesmärgid saavad ju täidetud vaid ainult korra, ütleme nii umbes paariks nädalaks siis on igapäevaelu tagasi ja kõik jätkub endistviisi /.../ Täiesti mõttetu on seda ainult ühe korra aastas saada, see aastane asi on natuke sihuke mõttetu, vähemalt minu puude puhul /.../ ikkagi see järjepidevus on sellele oluline /.../. (R2)

Küsimusele, kuidas mõjutas teenuse kasutamine vastajate elukvaliteeti peale teenuse lõppemist, vastasid valdavalt kõik respondendid, et nende elu on muutunud pigem positiivselt. Ent seda muutust märgatakse kahjuks lühikest aega – ainult mõne nädala või kuu. Negatiivset muutust oma elukvaliteedile ei maininud vastajatest keegi. Vaid vastaja R1 arvas, et ise tuleb olla hästi aktiivne ja iga päev neid antud harjutusi teha, ainult sel juhul on tervis parem. Respondendi R4 arvates muudab rehabilitatsioon elukvaliteeti paremaks ainult natuke, ja kasutab seda võimalust ainult selleks, et igapäevaelu

vaheldust tuua. Vastaja R7 märkis, et sooviks saada vaid ühte osutatavat teenust ning siis oleksid tulemused veelgi paremad, kuna sel juhul oleks võimalus kasutada vaid ühte, temale vajalikku teenust, suuremas mahus.

Vastajad leidsid, et emotsionaalne, vaimne ja füüsiline pool on tänu teenustele veidi paranenud ning toimetulek igapäevaste toimetustega on suurenenud aga see mõju kaob umbes paari kuu jooksul (R3, R5, R6). Sotsiaalkindlustusameti eksperdi arvamuse kohaselt on oluline parandada lisaks füüsilisele tervisele ka inimese vaimset tervist, mida vähemalt ühel korral pikema perioodi jooksul, kodust välja käimine endaga kindlasti kaasa toob.

/.../ Kui abivajajad ei kasuta aga neile teenuselt kaasa antud materjale, oskusi ja teadmisi enda füüsilise olukorra parandamiseks, siis võib tagasilangus kergesti tekkida ja inimene võib järjepidevalt sama teenust vajada. Uuesti teenusele minemiseks on vaja motivatsiooni tegemaks uues taotlus ja uuesti suunduda teenusele. Suheldes spetsialistidega, kes mõistavad teenuse saaja tervislikku olukorda, paraneb klientide vaimne tervis ja suureneb heaolu /.../. (E1)

/.../ Koju tagasi tulles on kohe palju kergem ja parem tunne küll, sest terves kehas ju terve vaim, see minu puhul töötab küll pärast seda /.../ need igasugused kogemused on ikka toredad küll koguaeg /.../ enesekindlus, julgus, vot just julgus jah ise hakkama saada, julgus abi küsida mingi aeg on küll suurem olemas /.../. (R5)

Rehabilitatsiooni teenuse lõppemisel koostatakse teenuse saanutele rehabilitatsiooniplaani osa, mida nimetatakse D-osaks. Antud dokument annab ülevaate sellest, kuidas teenus on aidanud teenusesaajal seatud eesmäärke täita, ja milline on olnud osutatavate teenuste mõju kasutajale. Lõppdokumendi D-osa peab teenuse osutaja koostama individuaalselt igale teenuse saanule ning andma selle temale tulemustega tutvumiseks. Vastajad R1, R2 ja R4 vastasid, et saavad iga kord selle ning on valdavalt ühel meelel selle dokumendi sisuga. Respondendid R3, R5 ja R6 ei olnud päris kindlad, kas nad on seda aruannet näinud. Vastaja R6 märkis: „Ma nüüd päris täpselt ei mäleta aga vist on midagi sellest räägitud küll jah“ ning vastaja R5: „Midagi vist alguses oli jah saadetud tütre arvuti peale“. Respondent R7 kinnitas, et on saanud D-osaga tutvuda, iga

kord peale teenuse lõppemist. Ta on nõustunud eelnevatel kordadel täielikult selle sisuga, kuna usaldab oma ala spetsialiste ja näeb ka ise, et tema tervis on paranenud mingiks ajaks. Ekspert kommenteeris teemat nii: „Teenuse kasutaja peab allkirjastama lõpu dokumendi D-osa, kus on kirjas eesmärgi täitmine lahti kirjutatult erineva spetsialisti teenuste osutamisel. Võibolla on jäänud teenuseosutaja ja inimese vahele mingi arusaamatus.“

Elukvaliteedi indeksi EQ-5D-5L küsimustikule (vaata lisa 1, osa II) vastasid respondendid valdavalt üksmeelselt, vaid mõningate erinevustega (vaata tabel 3).

Tabel 3. EG-5D-5L küsimustiku tulemused

Valdkond	Ei esine raskusi	Veidi raskusi	Keskmiised raskused	Suured raskused	Ei ole võimeline
Liikumine	R4	R1, R2, R6, R7	–	R3, R5	–
Enda eest hoolitsemine	–	R2, R4	R1, R3, R5, R6, R7	–	–
Tavapärased toimingud	–	R4	R5, R6, R7	R1, R2, R3	–
Rahutus/masendus	R1, R2, R3, R4, R6, R7	R5	–	–	–

Elukvaliteedi lühikese hindamisküsimustiku EQ-5D-5L põhjal selgus, et enamik vastajatest koges igapäevatoimingutes erineval määral raskusi, eriti liikumisel ja enda eest hoolitsemisel. Liikumisvõime ei paranenud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemusel, mis viitab sellele, et füüsilises toimetulekus olulisi muutusi ei täheldatud. Samas ilmnes, et vaimse enesetunde osas toimusid positiivsed arengud: peaaegu kõik vastajad märkisid, et pärast teenusel osalemist esines neil vähem rahutust ja masendust ning nad tundsid end positiivsemalt ja rahulikumalt. Kuigi teenuse kasutajate raskused varieerusid, suutsid kõik vastajad iseseisvalt liikuda, hoolitseda enda eest, teha igapäevatoiminguid ning nende seas ei esinenud rahutust või masendust. Seega võib järeldada, et kuigi füüsilise ja igapäevase toimetuleku osas ulatuslikku paranemist ei toimunud, avaldas sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus selget positiivset mõju vaimsele heaolule. See rõhutab vajadust pöörata sotsiaalse rehabilitatsiooni teenustes suuremat tähelepanu vaimse tervise toetamisele, isegi juhul, kui füüsiline toimetulek ei parane märkimisväärselt.

Uuringus osalenud respondendid vastasid meelsasti esitatud küsimustele, ning mõne küsimuse puhul küsida täpsustavaid lisaküsimusi. Kuna tegemist oli valdavalt eakate inimestega, siis kalduti teemast sageli kõrvale ning püüti rääkida ka kõikidest teistest muret tekitavatest probleemidest. Intervjueerija juhtis sageli tähelepanu esitatud küsimuse juurde tagasi. Uuringusse kaasati SKA tiimijuht, kes selgitas, kuidas või miks, mingid olukorrad võivad tekkida. Kõik vastajad nõustusid sellega, et teenuse osutamine kindlasti peaks jätkuma aga kättesaadavus võiks olla sujuvam. Ekspert kinnitas, et teenuseid osutatakse lähtudes inimesest ja seda kõike tema heaolu tagamiseks.

Uuringu tulemused ei pruugi kajastada kogu tegelikkust ning neid ei saa arvesse võtta üldistavalt sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisele mujal asutustes ega võimalda teha üldistusi kogu sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise kohta. Uuring viidi läbi väikese valimi põhjal, mis võib piirata selle tulemuste rakendatavust laiemas kontekstis.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Käesolev peatükk keskendub lõputöö uuringu tulemuste ja teoorias käsitletud seisukohtade vastandamisele. Uurimistöo eesmärgist tulenevalt teavet saada mil määral on muutunud teenuse kasutajate elukvaliteet. Analüüsi tulemusena teeb autor järeldused ja sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust parandavad ettepanekud Saaremaa PIK-ile. Järgnev analüüs ja järeldused ei kajasta kogu SRT saajate arvamust, vaid annab ülevaate väikese osa teenuse kasutajate hinnangust kogetud teenusest.

Rehabilitatsiooni teenuse on kompleksteenuse mille eesmärk on parandada inimese hakkamasaamise efektiivsust ja parandada inimeste toimetulekut tema igapäevaelus (Mishra *et al.*, 2023, lk 1). Käesolevast uuringust selgus, et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse mõju inimese igapäevaeluga toimetulekule oli lühiajaline. Teenuse kasutajad on mõistnud, et nende puue ei muutu väiksemaks ega olematuks, vaid toimetulek paraneb ainult lühikeseks perioodiks. Cieza jt (2020, lk 2014) toovad välja, et pakutavate teenuste arendamine parandab inimeste elukvaliteeti, mis omakorda toetab ühiskonna paremat toimimist. Paraku antud uuringus osalenud inimesed ei tundnud, et nende elukvaliteet oleks pikema ajaperioodi jooksul oluliselt muutunud, vaid tõdesid, et saadav kasu oli lühiajaline. Küll aga märkisid teenuse kasutajad, et paranenud või säilinud on nende

vaimne tervis. Kuna vastajad tõid välja, et pärast teenusel viibimist on nad positiivsemad ning neil ei esine masendust ega rahutust.

Yang jt (2021, lk 100–101) on kirjeldanud, et teenusele suundumise üheks põhjuseks võib olla ka eluga rahulolu suurendamine, mis tõstab elukvaliteeti, siis intervjuudest selgus, et peale teenuse lõppemist on teenuse saajad rahulolevamad ning sooviksid teenust kasutada sagedamini. Toodi välja, et nad ei jäta teenust kasutamata, kui neile seda võimaldatakse ning tõdesid mitmel korral, et just Saaremaal rehabilitatsiooni teenusel käimine mõjub neile hästi ja tänu sellele paraneb nende vaimne tervis märgatavalt.

Krug ja Cieza (2017, lk 72) on oma uurimuses väitnud, et inimesed ei ole teadlikud, mis SRT endast kujutab ja mis kasu teenuse kasutamine nende tervisele kaasa võib tuua. Käesolevas uuringus ilmnis, et uuringus osalenud teenuse kasutajad ei osanud kirjeldada, mida sotsiaalne rehabilitatsioon nende jaoks tähendab, või mis võiks olla rehabilitatsiooni teenuse tegelik eesmärk ning mida sellega saavutada soovitakse.

Ülemaailmsest rehabilitatsiooni teemalisest uuringust selgus, et teenuse soovijatel on raskusi oma teenusele suundumise põhjuseid kirjeldada ja eesmärkide seadmisel võib esineda takistusi (Crawford *et al.*, 2022, lk 1696–1697). Samuti ei osanud käesoleva uuringu intervjuueeritavad oma teenusele suundumise eesmärke seada ega olnud päris täpselt kursis, kuidas või mismoodi isiklikke eesmärke seada, et teenusest oleks neile maksimaalselt abi.

Kuigi massaaž ja erinevad spaa teenused ei kuulu sotsiaalse rehabilitatsiooni osutatavate teenuste alla ja teenust tuleb osutada vastavalt inimese individuaalsetele vajadustele (Alliksoo, 2020, lk 6). Nii selgus läbiviidud intervjuude tulemusena, et teenuse saajad pidasid siiski neile osutatud massaaži ja erinevaid vanne sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste juurde kuuluvaks üheks osaks, kuigi tõdeti, et nad pidid nende teenuste eest eraldi maksma. Eestis on Sotsiaalhoolekande seaduses (2015, § 3) sätestatud, et teenuse osutamisel tuleb lähtuda inimese vajadusest ja rehabilitatsiooni teenust selliselt, et suurendatakse isiku suutlikkust ise oma elu võimalikult hästi korraldada. Selgus veel see, et teenuseid mida osutati ei olnud alati vajaduspõhised. Mõningatel juhtudel osutati teenust mitte eesmärgipäraselt, kuna oli vaja ära kasutada kolme erineva spetsialisti

külastus, olenemata sellest, kas teenuse saaja soovis ja pidas vajalikuks antud spetsialisti teenuse järele.

Kang jt (2022, lk 22) tõstavad esile olulise teema rehabilitatsioonis – isikukesksed eesmärgid ja nende saavutamiseks vajalikud oskused. Paljudel teenusepakkujatel puuduvad sageli vahendid ja meetodid, mis aitaksid tõhusalt sekkumisi planeerida, et toetada rehabilitatsiooniprotsessi optimaalsete tulemuste saavutamiseks. Lähtudes intervjuudest saadud teabest, saab öelda, et teenuse osutajatel tuleks suuremal määral pakkuda nõustamise osutamise võimalusi, et nemad saaksid ja oskaksid paremini toetada teenusesaaja rehabilitatsiooni protsessi.

Kui rehabilitatsiooni teenusel ei võimestata teenuse saajat piisavalt, siis võib inimestel olla madalam füüsiline võimekus ja nad võivad vajada täiendavaid teenuseid ja uut rehabilitatsiooni protsessi (Larsson *et al.*, 2021, lk 848). Lisaks sellele peaks paranema soorituse võimekus ja eluga rahulolu (Rachmad, 2022, lk 4). Teenuse kasutajad olid pikaajalised Saaremaa PIK teenusesaajad, kes olid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust kasutanud mitmeid aastaid. Siiski tunnistasid nad, et vajavad enda hinnangul teenust ka edaspidi ning suuremas mahus.

Lõputöö analüüsi osas jõudis autor järeldusele, et Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas osutatav sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus parandas lühiajaliselt teenuse saajate elukvaliteeti. Uuringu tulemuste analüüsimisel selgus, et teenuse saajad hindasid positiivselt oma vaimse tervise paranemist. Füüsilise paranemise aspektist vaadates teenuse kasutajate tervis pigem säilis kui paranes. Kuna vaimse tervise paranemine on oluline elukvaliteedi säilitamisel ja toetab üldise heaolu saavutamist, võib väita, et Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas sotsiaalse rehabilitatsiooniteenust kasutanud inimeste elukvaliteet paranes. Analüüsimisel leidis autor kinnitust, et sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust ei osutatud alati vajaduspõhisuse eesmärkidest lähtudes, vaid tuginedi inimeste soovidele. Teenuse osutamisel lähtus Saaremaa PIK riiklike nõuete täitmisest, tagada inimesele kolme spetsialisti teenus, mis aga alati ei vastanud kasutaja individuaalsele vajadusele. Lisaks selgus, et teenuse saajate teadlikkus teenuse sisust ning võimalikust mõjust tervisele ja elukvaliteedile on vähene. Kuna teenuse osutamisel ei keskendutud otseselt teenuse saajate võimestamisele ega teadlikkuse tõstmisele, jäi teenuse kasutegur mõnel juhul piiratuks.

Uurimistulemuste kokkuvõttena ja järeldustele tuginedes, teeb lõputöö autor Saaremaa Puuetega Inimeste Kojale järgmised ettepanekud:

- Enne teenuse austamist selgitada teenuse kasutajale sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse sisu.
- Osutada teenuseid lähtudes teenuse kasutaja suunamisotsusel märgitud eesmärkidest ja tegelikest vajadustest.
- Kaasata teenuse saaja aktiivselt tegevuskava koostamisse.

Kokkuvõtteks võib väita, et lõputöö eesmärk sai täidetud ja püstitatud uurimisküsimused leidsid vastused. Küsimus millise subjektiivse hinnangu annavad teenuse kasutajad peale sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutamist Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas oma elukvaliteedi paranemisele, leidis vastuse, et teenuse kasutajad hindasid oma vaimse tervise paranemist peale teenusel viibimist lühiajaliseks. Teine püstitatud uurimisküsimus, et millised on peamised tegurid, mis mõjutavad sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemust teenuse kasutajate elukvaliteedile, sai vastuseks, et need peamised tegurid, olid ebapiisav teenuse kasutaja võimestamine ja teenuse teadlikkuse tõstmisele ei pööratud piisavalt tähelepanu.

KOKKUVÕTE

Eestis toimub rehabilitatsiooniteenuse osutamine, lähtudes teenuse kasutaja individuaalsetest vajadustest, ning teenus jaguneb tööalaseks, sotsiaalseks ja meditsiiniliseks rehabilitatsiooniks. Teenuse edukas toimimine põhineb võimestamisel, mida toetab teenuse saaja tugevuste ärakasutamine, motiveeriv tagasiside. Teenuse osutaja peab kvaliteetse teenuse pakkumisel lähtuma sotsiaalhoolekande seadusest ja kvaliteedijuhisest. Teenuse osutaja ülesandeks on tõsta teadlikkust teenuse olemusest, et pakkuda osutatavat teenust lähtudes iga inimese individuaalsetest vajadustest.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni raames käsitletakse elukvaliteeti kui inimese üldist heaolutunnet ja rahulolu igapäevaeluga, hõlmates füüsilist, vaimset, sotsiaalset ning emotsionaalset toimetulekut. Elukvaliteet väljendub selles, mil määral suudetakse toime tulla olemasolevate tervise seisundite ja piirangutega. Sotsiaalset rehabilitatsiooni peetakse oluliseks teguriks elukvaliteedi parandamisel, kuna teenuse kaudu pakutakse tuge igapäevaoskuste arendamiseks, emotsionaalse heaolu säilitamiseks ning sotsiaalsete suhete ja üldise rahulolu suurendamiseks. Elukvaliteeti käsitletakse tihedas seoses inimese subjektiivse kogemuse, enesetõhususe ja sotsiaalse toimimisvõimega.

Lõputöö keskendub Saaremaa Puuetega Inimeste Koja sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kasutajate elukvaliteedi hindamise tulemustele, analüüsides subjektiivseid hinnanguid ning teenuse tulemuslikkust mõjutavaid tegureid. Saaremaa Puuetega Inimeste Koda on Kuressaare asuv ühing, mis kaitseb puuetega inimeste õigusi Kuressaares.

Uuringus kasutati kvalitatiivset uurimisviisi, kus andmed koguti poolstruktureeritud ja struktureeritud intervjuude kaudu – intervjuusid viidi läbi ettekindlalt valimi alusel, millesse kuulus seitse teenuse kasutajat ja üks ekspert Sotsiaalkindlustusameti tiimijuhina. Kogutud andmed transkribeeriti ning analüüsiti kvalitatiivse sisuanalüüsi meetodil, et tuvastada teemakohased kategooriad, ning võrrelda neid teoreetiliste seisukohtadega rehabilitatsiooniteenuse kasutajate elukvaliteedi hindamisel.

Kvalitatiivse andmeanalüüsi tulemusena selgus, et Saaremaa Puuetega Inimeste Kojas pakutav sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus avaldas teenusesaajate elukvaliteedile positiivset mõju peamiselt lühiajaliselt. Kuigi teenuse kasutajad mõistsid, et nende puue ei ole kõrvaldatav, paranes vaimne tervis ajutiselt – meeleolu muutus positiivsemaks ja masendus vähenes. Teenuse lõppedes tunti suuremat rahulolu ning avaldati soovi sarnast teenust tulevikuski kasutada.

Intervjuud näitasid, et paljud teenusesaajad ei olnud teadlikud, mida sotsiaalne rehabilitatsioon endast kujutab, ega osanud selgelt sõnastada oma ootusi või eesmärke teenusele suundudes. Samuti ilmnis arusaamatusi teenuse sisu osas – osa teenusekasutajaid pidas teenuse osaks ka tegevusi, mis tegelikult ei kuulunud rehabilitatsiooni teenuste alla, näiteks massaaži ja erinevaid vanne, mille eest tuli tasuda lisaks. Ka teenuste pakkumisel ei lähtunud alati individuaalsetest vajadustest – esines olukordi, kus teenust osutati vaid formaalsete kriteeriumite täitmiseks, mitte teenuse saaja tegelikust olukorrast lähtuvalt. Puudujääke ilmnis isikukeskses eesmärgistamises ning toetavas nõustamises, mis on vajalikud, et teenuse saajad tunneksid end rehabilitatsiooniprotsessis kaasatuna.

Mitmed respondendid tõid esile, et tegevuskava koostamine ja erinevate spetsialistide kaasamine jäi neile osaliselt arusaamatuks, sest teenusele suundudes sooviti kasutada ühte kindlat teenust. Samuti piiras vajalike teenuste saamist ajaline ressurss – kuigi vajadus pikemaajalise rehabilitatsiooni järele püsis, ei olnud võimalust kasutada teenuseid sagedamini ja vajalikus mahus.

Teenuse tulemuslikkuse parendamiseks on soovitatav rakendada teenuse osutajal võimestamise teooriat. Teenuse kvaliteeti saab tõsta teadlikuma eesmärgistamise, vajaduspõhise osutamise ning teenusekasutajale paremate toetamisvõimaluste loomise kaudu.

Teema edasiarendamiseks võiks viia sarnaseid uuringuid läbi ka teistes sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust pakkuvates asutustes, et saada terviklikum ülevaade sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkusest ning elukvaliteedi muutustest eri piirkondade kontekstis. Selline üleriigiline ja laiahaardelisem vaade võimaldaks paremini mõista piirkondlikke ja antud teenust pakkuvate asutuste eripärasid ja vajadusi.

VIIDATUD ALLIKAD

- Algarni, S. F., Alshammari, M. O., Sidimohammad, U., Khayat, S. A., Aljabbary, A., & Altowaijri, M. A., (2022). Tele-Rehabilitation Service from the Patient's Perspective: A Cross-Sectional Study. *Journal of Patient Experience*, 9, 1–9. <https://doi.org/10.1177/23743735221130820>
- Alliksoo, E. (2020). Sotsiaalse rehabilitatsiooni peamised põhimõtted. *Eripedagoogika*, (63), 5–7.
- 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/>
- Berget, A. M. G. (2025). *Health, Functioning and Sense of Coherence: A longitudinal study among individuals in rehabilitation trajectories* [Doctoral dissertation, University of Bergen]. Bergen Open Research Archive. <https://hdl.handle.net/11250/3177237>
- Cardile, D., Calderone, A., De Luca, R., Corallo, F., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2024). The Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: Assessment and Rehabilitation. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), Article 1820. <https://doi.org/10.3390/jcm13061820>
- Churchill, K., Warner, L., Keogh, E., & Al Sayah, F. (2021). Implementation of EQ-5D-5L as a routine outcome measure in Community Outpatient and Specialized Rehabilitation Services. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5, Article 103. <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00369-z>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32340-0)
- Crawford, L., Maxwell, J., Colquhoun, H., Kingsnorth, S., Fehlings, D., Zarshenas, S., McFarland, S., & Fayed, N. (2022). Facilitators and barriers to patient-centred goal-

- setting in rehabilitation: A scoping review. *Clinical Rehabilitation*, 36(12), 1694–1704. <https://doi.org/10.1177/02692155221121006>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 1–28). Sage Publications.
- Edelen, M. O., Zeng, C., Hays, R. D., Rodriguez, A., Hanmer, J., Baumhauer, J., Cella, D., Reeve, B. B., & Herman, P. M. (2025). Development of an ultra-short measure of eight domains of health-related quality of life for research and clinical care: the patient-reported outcomes measurement information system® PROMIS®-16 profile. *Quality of Life Research*, 34, 3–15. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03597-6>
- E-äriregister. (s. a.). *Mittetulundusühing Saaremaa Puuetega Inimeste Koda*. Loetud 18. märts 2025 aadressil https://ariregister.rik.ee/est/company/80009535/Mittetulundus%C3%BChing-Saaremaa-Puuetega-Inimeste-Koda?search_id=f1c55a8&pos=1
- Garratt, A. M., Engen, K., Kjeldberg, I. R., Nordvik, J. E., Ringheim, I., Westskogen, L., & Becker, F. (2024). Use of EQ-5D-5L for Assessing Patient-Reported Outcomes in a National Register for Specialized Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 105(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.04.026>
- Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2022). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, 69(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/inr.12661>
- Harjo, A. (2018). Tööalane rehabilitatsioon. *Eesti Arst*, 97(1), 52–53. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.14038>
- Jesus, S. T., Papadimitriou, C., Bright, A. F., Kayes, N. M., Pinho, S. C., & Cott, A. C. (2022). Person-Centered Rehabilitation Model: Framing the Concept and Practice of Person-Centered Adult Physical Rehabilitation Based on a Scoping Review and Thematic Analysis of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 103(1), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.05.005>
- Kalberg, L. (2022). Erihoolekanne ja sotsiaalne rehabilitatsioon. *Sotsiaaltöö*, (1), 32–37. <https://tai.ee/et/sotsiaalto/erihooletamine-ja-sotsiaalne-rehabilitatsioon>
- Kaljaste, D., & Kuslapuu, M. (2023). „Oma Tervise Teekond“ projekti mõju-uuring. Tallinna Tehnikaülikool. <https://tervisekassa.ee/media/585/download?inline>

- Kang, E., Kim, M. Y., Lipsey, K. L., & Foster, E. R. (2022). Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *103*(1), 121–130.e3. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.025>
- Kokko, R.–L., Hänninen, K., & Törrönen, M. (2021). Social Rehabilitation Through a Community-Based Rehabilitation Lens: Empowerment, Participation and Inclusion of the Elderly Long-Term Unemployed in the Re-employment Process. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *8*, 199–210. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00189-2>
- Krais-Leosk, M. (2023). Millist tuge vajavad harvikaigusega last kasvatavad pered? *Sotsiaaltöö*, (2), 85–93. <https://tai.ee/et/sotsiaaltoo/millist-tuge-vajavad-harvikaigusega-last-kasvatavad-pered>
- Krug, E., & Cieza, A. (2017). Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *84*(2), 72–75. <https://doi.org/10.1177/0008417417705853>
- Larsson, I., Bremander, A., & Andersson, M. (2021). Patient Empowerment and Associations with Disease Activity and Pain-Related and Lifestyle Factors in Patients With Rheumatoid Arthritis. *ACR Open Rheumatology*, *3*(12), 842–849. <https://doi.org/10.1002/acr2.11341>
- Mishra, S., Gosling, J., Laplante-Lévesque, A., Zapata, T., & Muscat, A. N. (2023). The need for rehabilitation services in the WHO European Region is substantial and growing. *The Lancet Regional Health – Europe*, *24*, Article 100550. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100550>
- Olev, A., & Alumäe, T. (2022). Estonian Speech Recognition and Transcription Editing Service. *Baltic Journal of Modern Computing*, *10*(3), 409–421. <https://doi.org/10.22364/bjmc.2022.10.3.14>
- Paat–Ahi, G., Laido, Z., Kurmiste, A., & Öeren, M. (2022) *Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile*. Mõttekoda Praxis. https://www.praxis.ee/uploads/2022/07/SKA-loppraport_FINAL-1.pdf

- Rachmad, Y. E. (2022). *Empowerment Theory*. Cáceres Conquistadores Publicaciones Internacionales, Edición Especial. <https://doi.org/10.17605/osf.io/wymnz>
- Reistetter, T. A., Dean, J. M., Haas, M. A., Prochaska, D. J., Jupiter, C. D., Eschbach, K., & Kuo, Y-F. (2023). Development and Evaluation of Rehabilitation Service Areas for the United States. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 204. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09184-2>
- Rowen, D., Mukuria, C., Bray, N., Carlton, J., Cooper, S., Longworth, L., Meads, D., O'Neill, C., & Yang, Y. (2023). UK valuation of EQ-5D-5L, A Generic Measure of Health-Related Quality of Life: A Study Protocol. *Value in Health*, 26(11), 1625–1635. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.08.005>
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-a). *Tutvustus*. Loetud 18. märts 2025 aadressil <http://www.saarekoda.ee/?Tutvustus>
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-b). *Saaremaa PIK liikmesorganisatsioonid*. Loetud 21. märts 2025 aadressil http://www.saarekoda.ee/?Saaremaa_PIK_liikmesorganisatsioonid
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-c). *Ajalugu*. Loetud 18. märts 2025 aadressil http://www.saarekoda.ee/?Tutvustus___Ajalugu
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-d). *Rehabilitatsioon*. Loetud 18. märts 2025 aadressil http://www.saarekoda.ee/?Teenused___Rehabilitatsioon
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-e). *Põhikiri*. Loetud 18. märts 2025 aadressil http://www.saarekoda.ee/?Tutvustus___P%C3%B5hikiri
- Saaremaa Puuetega Inimeste Koda. (s. a.-f). *Teenused*. Loetud 21. märts 2025 aadressil <http://www.saarekoda.ee/?Teenused>
- Shaw, C., Longworth, L., Bennett, B., McEntee-Richardson, L., & Shaw, W. J. (2024). A Review of the Use of EQ-5D for Clinical Outcome Assessment in Health Technology Assessment, Regulatory Claims, and Published Literature. *The Patient*, 17(3), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00662-7>
- Sheppard, V. (2020). *Research Methods for the Social Sciences: An Introduction*. Pressbooks. <https://pressbooks.bccampus.ca/jibcresearchmethods/>
- Sipari, S., Tammelin, M., Helenius, S., Janhunen, E., Rantakokko, M., Vänskä, N., & Harra, T. (2022). Knowledge Needs in Rehabilitation: Perspectives of Service Users

- and Professionals. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, Article 858081. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.858081>
- Soberg, H. L., Moksnes, H. Ø., Anke, A., Røise, O., Røe, C., Aas, E., Sveen, U., Gaarder, C., Næss, P. A., Helseth, E., Dahl, H. M., Becker, F., Løvstad, M., Bartnes, K., Schäfer, C., Rasmussen, M. S., Perrin, P., Lu, J., Hellstrøm, T., & Andelic, N. (2021). Rehabilitation Needs, Service Provision, and Costs in the First Year Following Traumatic Injuries: Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR Research Protocols*, 10(4), Article e25980. <https://doi.org/10.2196/25980>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 31.12.2024, 29. <https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2018). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteedijuhis*. <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/media/3579/download>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2024). *Aastaraamat 2023*. https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2024-04/SKA_aastaraamat_2023.pdf
- Sotsiaalkindlustusamet. (2025). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni osutamise juhend*. https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2025-03/Sotsiaalse%20rehabilitatsiooni%20teenuse%20osutamise%20juhend_20.03.2025.pdf
- Sternberg, A., Fauser, D., Banaschak, H., & Bethge, M. (2024). Sequences of vocational rehabilitation services in Germany: a cohort study. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 74. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10499-3>
- Stoykova, M. (2021). Empowerment and Social Functioning of People with Mental Disabilities. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 4(1), 39–49. <https://jrtd.com/index.php/journal/article/view/44>
- Zhou, T., Guan, H., Wang, L., Zhang, Y., Rui, M., & Ma, A. (2021). Health-Related Quality of life in patients with different diseases measured with the EQ-5D-5L: A Systematic review. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 675523. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.675523>
- Tallqvist, S. (2024). *Health, functioning and rehabilitation among persons with spinal cord injury in Finland* [Doctoral dissertation, University of Helsinki]. Helda. <http://hdl.handle.net/10138/575372>

- Tamm, G., Kostabi, E., Trankmann, S., Remmik, M., Puur, S. M., Urmann, H., & Espenberg, S. (2021). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile*. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE. https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2024-02/srt_final_19112021.pdf
- Tammiste, B. (2023) Rehabilitatsiooniteenused peaksid olema vajaduse järgi kättesaadavad ja rohkem seotud tervishoiuvaldkonnaga *Sotsiaaltöö*, (4), 19–23. <https://www.tai.ee/et/sotsiaalto/rehabilitatsiooniteenused-peaksid-olema-vajaduse-jargi-kattesaadavad-ja-rohkem-seotud>
- Yang, W., Houtrow, A., Cull, D. S., & Annaswamy, T. M. (2021). Quality and Outcome Measures for Medical Rehabilitation. In D. X. Sifu (Ed.), *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation* (6th ed., pp. 100–114.e2). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-62539-5.00007-2>
- Vabariigi Valitsus. (2024). *Eesti 2035 Vabariigi Valitsuse tegevuskava*. https://www.valitsus.ee/sites/default/files/documents/2024-04/Eesti%202035%20tegevuskava_25.04.2024.pdf
- 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>
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems*. <https://iris.who.int/handle/10665/254506>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. ADA. <http://hdl.handle.net/10062/36419>

Lisa 1. Intervjuu küsimused sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutajatele

I Osa

1. Kui vana Te olete?
2. Mitu korda olete kasutanud sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust?
3. Kui pika aja jooksul on Teile osutatud rehabilitatsiooni teenust Saaremaa PIK-is?
4. Mida tähendab Teile jaoks sotsiaalne rehabilitatsioon? (Krug & Cieza, 2017, lk 72)
5. Kuidas toimus rehabilitatsiooni tegevuskava koostamine? (Kang *et al.*, 2022, lk 122, Tallqvist, 2024, lk 22).
6. Milliseid teenuseid Teile osutati Saaremaa PIK-is rehabilitatsiooni teenusel olles? (Sotsiaalkindlustusamet, 2025, lk 10–11; Mishra *et al.*, 2023, lk 1).
7. Mil moel osutatud teenused toetasid Teile seatud rehabilitatsiooni eesmärkide täitumist? (Kang *et al.*, 2022, lk 122).
8. Kuidas või mil määral on Teile elukvaliteet muutunud peale rehabilitatsiooni teenuse lõppemist? (Yang *et al.*, 2021, lk 100–101; Cieza *et al.*, 2020, lk 2006)
9. Kas saite tutvuda rehabilitatsiooni teenuse lõppemisel koostatud D-osaga?

II Osa

EQ-5D-5L (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 28; Churchill *et al.*, 2021, lk 1; Shaw *et al.*, 2024, lk 245)

Milline vastuse variant iseloomustab Teie tervist täna?

10. Liikumine (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 65)
 - Mul ei ole ringi liikumisega mingeid raskusi
 - Mul on ringi liikumisega veidi raskusi
 - Mul on ringi liikumisega keskmiselt raskusi
 - Mul on ringi liikumisega suuri raskusi
 - Ma ei ole võimeline ringi liikuma

Lisa 1 järg

11. Enda eest hoolitsemine (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 65)
- Mul ei ole enda pesemise või riietamisega mingeid raskusi
 - Mul on enda pesemise või riietamisega veidi raskusi
 - Mul on enda pesemine või riietumisega keskmiselt raskusi
 - Mul on enda pesemise või riietamisega suuri raskusi
 - Ma ei ole võimeline end pesema ega riietama
12. Tavapärased toimingud (nt töötamine, õppimine, majapidamistööd, perekondlikud või vaba aja ettevõtmised) (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 65)
- Mul ei ole tavapäraste toimingute tegemisega mingeid raskusi
 - Mul on tavapäraste toimingute tegemisega veidi raskusi
 - Mul on tavapäraste toimingute tegemisega keskmiselt raskusi
 - Mul on tavapäraste toimingute tegemisega suuri raskusi
 - Ma ei ole võimeline oma tavapäraseid toiminguid tegema
13. Rahutus/masendus (Kaljuste & Kuslapuu, 2023, lk 65)
- Ma ei ole rahutu ega masendunud
 - Ma olen vähesel määral rahutu või masendunud
 - Ma olen keskmiselt rahutu või masendunud
 - Ma olen üsna rahutu või üsna suures masenduses
 - Ma olen väga rahutu või väga suures masenduses

Lisa 2. Ekspertintervjuu Sotsiaalkindlustusameti tiimijuhiga

1. Kuidas toimub sotsiaalse rehabilitatsioonivajaduse hindamine ning milliseid tegureid võetakse arvesse teenusele määramisel? (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, §62)
2. Kuidas saaks Sotsiaalkindlustusamet teavitada teenusetaotlejatele SRT õiget olemust ja eesmärki? (Krug & Cieza, 2017, lk 72)
3. Kuidas toimub rehabilitatsiooni tegevuskava koostamine ja eesmärgi seadmine ning millise panuse annab SKA teenusevajaduse hindaja? (Kang *et al.*, 2022, lk 122, Tallqvist, 2024, lk 22)
4. Läbiviidud intervjuude tulemusena saame öelda, et kasutati peamiselt kolme spetsialisti teenuseid (füsioterapeut, psühholoog ja sotsiaaltöötaja). Kuidas tagada kõikidele teenusesaajatele just neile vajalikud spetsialistid? (Sotsiaalkindlustusamet, 2025, lk 10–11; Mishra *et al.*, 2023, lk 1)
5. Millisena näeb SKA rehabilitatsiooniteenuse tulevikku?
6. Intervjuudest selgus, et Saaremaa PIK-is tegevuskavasid ei ole koostatud lähtudes inimese puudest ega reaalistest vajadustest. Kuidas Sotsiaalkindlustusamet saaks asja parandada?
7. Mis põhjusel peab osutama rehabilitatsiooni teenust just kompleksteenusena, st osutatakse vähemalt kolme spetsialisti teenuseid? Intervjuudest jäi kõlama, et pigem suundutakse teenusele ühe kindla teenuse pärast? (Alliksoo, 2020, lk 6; Sotsiaalkindlustusamet, 2025)
8. Kui inimesele on määratud puue, siis kas see peaks andma kohe automaatselt võimaluse kasutada sotsiaalset rehabilitatsiooni teenust, terveks ülejäänud eluperioodiks?
9. Sotsiaalteenuste kvaliteedijuhistes on peetud oluliseks teenuste võimestavat iseloomu siis kuidas saaks teenuseosutaja suuremal määral võimestada teenuse kasutajat? Küsimus on ajendatud, kuna praegusest intervjuudes ei tulnud välja, et tagasiside oleks olnud inimestele meeldejääv või kohti isegi ei suudetud meenutada, et nendele oleks teenuste tagasisidest/tulemustest räägitud. (Sotsiaalkindlustusamet, 2018, lk 9)
10. Kuidas SKA saaks tagada, et teenused oleksid osutatud eesmärgipäraselt ja lähtudes inimese tegelikest vajadustest, kuna teenuse kasutajad vastasid, et neile meeldib käija Saaremaal puhkusel, sest siin saab spaas puhata ja kasutada massaaži ja aroomivanne?

SUMMARY

THE ROLE OF SOCIAL REHABILITATION SERVICES IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE BASED ON THE EXAMPLE OF THE SAAREMAA CHAMBER OF DISABLED PEOPLE

Kaidi Saarkoppel

Social rehabilitation is a service that aims to help people regain their ability to cope in everyday life after an illness, injury or other health problem. The service improves person's physical, mental and social coping and supports the independence and participation of a disabled person in a society. Although the need for social rehabilitation services is great, several problems prevent its use. Often, the service does not meet the person's actual needs, and there is a lack of awareness of the service's possibilities to improve their quality of life. There is a shortage of specialists in the social rehabilitation team, which is why many people in need may not receive the necessary help at the right time or in the right amount. There may also be situations where a person does not have sufficient knowledge about the possibilities of rehabilitation services and the need to set goals, therefore they are unable to consciously use the service or assess its best possible benefits for their health.

The aim of the thesis is to find out to what extent the social rehabilitation service provided by the Saaremaa Chamber of Disabled People improves people's quality of life and, based on the results of the study, make proposals for improving the service to the management of the Saaremaa Chamber of Disabled People. To achieve the aim of the work, the following research questions have been set:

- What subjective assessment do service users give of the improvement in their quality of life after using the social rehabilitation service at the Saaremaa House of Disabled People?

- What are the main factors that influence the outcome of social rehabilitation services on the quality of life of service users?

Quality of life is a subjective experience that encompasses many areas of life, including health, independence, social relationships, security, and satisfaction with one's life. Social rehabilitation helps support these areas by enabling the individual to find solutions to their health problems and strengthening their ability to cope better with life.

Research shows that well-organized social rehabilitation can lead to positive changes in a person's quality of life. The rehabilitation process involves setting specific goals with the client, based on their personal needs. To achieve the best results, the person is empowered to increase the motivation of the service user, as they are treated not just as a needy person, but as a partner throughout the recovery process.

Social rehabilitation services are aimed at improving a person's coping skills in a way that supports their independence and social inclusion. Through comprehensive support and professional teamwork, a person can learn new skills, strengthen existing abilities, and adapt to a changed life situation. All of these factors have a positive impact on the quality of life and contribute to satisfaction with themselves and their lives.

A qualitative method was used to collect data – structured and semi-structured interviews with Saaremaa PIK service users. The author of the thesis used qualitative content analysis as the analysis method. The interviews were conducted in March-April 2025, with seven service users and one expert from the Social Insurance Board. The results show that the rehabilitation service has a positive impact on the service user's social coping, self-confidence and general satisfaction, but the need for more individualized services and more consistent support also emerged. As a conclusion of the study results, recommendations can be made to increase the flexibility of services and better take into account each client's personal situation and development needs.

The analysis of the study revealed that, in response to the first research question, the social rehabilitation service provided by the Saaremaa House of Disabled People improved the mental health of clients in the short term, which in turn supported an improvement in the quality of life. No significant changes were observed in physical health. The answer to

the second question posed was that the services were not provided based on needs-based objectives and the recipient of the service had little awareness of the nature of the service, but rather were based on people's wishes.

In addition, it became clear that the service was not provided based on the empowerment of the service recipient or all the possibilities of providing the service to ensure the best possible result. As a summary of the research results and based on the conclusions, the author of the thesis makes the following proposals to the Saaremaa Chamber of Disabled People:

- Before providing the service, explain the content of the social rehabilitation service to the service users.
- Provide service based on the goals and actual needs stated in the service user's referral decision.
- Actively involve the service recipient in the preparation of the action plan.

To achieve better results in the future, it is recommended that the theory of empowerment be used to a greater extent. It also became clear that there is a need to conduct large-scale research in Estonia based on the feedback of social rehabilitation service users. Based on the results, specific proposals could be made to service providers to improve the service results.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kaidi Saarkoppel,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse roll elukvaliteedi parandamisel Saaremaa Puuetega Inimeste Koja näitel, 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.

Kaidi Saarkoppel

18.05.2025