

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu kolledž

Sotsiaaltöö korralduse osakond

Tiiu Sepp

**REHABILITATSIOONITEENUSE SAAJA
HINNANG TEMA KAASATUSELE JA
ENESEMÄÄRAMISÕIGUSELE JÕHVI
HAIGLA NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun, MSc

Kaasjuhendaja: Triin Vana, MSc

Pärnu 2017

Soovitan suunata kaitsmisele

Kandela Õun

(juhendaja allkiri)

Triin Vana

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud " " a.

TÜ Pärnu kolledži osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

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

Tiiu Sepp

.....

(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Sotsiaalne rehabilitatsioon ja sotsiaalteenuste kvaliteedi hindamine	7
1.1. Rehabilitatsiooniteenuse kujunemine sotsiaalhoolekandesüsteemis.....	7
1.1.1. Puude käsitus.....	7
1.1.2. Rehabilitatsiooni areng.....	9
1.1.3. Sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon	11
1.2. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteet Eestis	14
1.2.1. Sotsiaalteenuste kvaliteedijuhtimissüsteem	14
1.2.2. Sotsiaalteenustele suunatud kvaliteedisüsteem <i>EQUASS Assurance</i>	16
1.2.3. Sotsiaalne kaasatus ja teenuse saaja kaasamine rehabilitatsiooniprotsessis ..	18
1.2.4. Teenuse kasutaja enesemääramisõigusest ja enesemääramisteooriast.....	21
2. Uurimus rehabilitatsiooniteenuse saaja hinnangust enesemääramisele ja kaasatusele	26
2.1. Ülevaade Jõhvi haigla rehabilitatsiooniprotsessist.....	26
2.2. Uurimismeetod, küsitluse läbiviimine ja ülevaade valimist	28
2.3. Uurimistulemused ja analüüs	32
2.3.1. Teenuse kasutaja tajutud valmisolek rehabilitatsiooniteenuse saamiseks	32
2.3.2. Teenuse saaja kaasamine ja enesemääramise õiguse rakendumine	35
2.3.3. Teenuse saajate üldine rahulolu	37
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	38
Kokkuvõte	42
Viidatud allikad.....	44
Lisa 1. <i>EQUASS</i> põhimõtted, dimensioonid ja kriteeriumid.....	50
Lisa 2. Küsimustik eesti keeles	52
Lisa 3. Küsimustik vene keeles.....	57
Summary	62

SISSEJUHATUS

Veel mõni aasta tagasi kõlas väljaütlemisi, et riigi poolt pakutavat rehabilitatsiooniteenust ei osutata sihipäraselt ega ootustele vastavalt. Sotsiaaliministeeriumi tellitud projekti PITRA abil kaardistati aastatel 2005–2006 rehabilitatsiooniteenuse osutajate arusaamad rehabilitatsioonist ning analüüsi käigus saadud tulemused ei vastanud teenuse saajate ega rahastajate eesmärkidele (Tervise Arengu Instituut, 2008).

2006. aastal viidi riigikontrolli poolt läbi rehabilitatsiooniteenuse auditeerimine. Raportis oli välja toodud hulgaliselt rehabilitatsioonisüsteemi puudusi, sh mittevastavad ja ebakohased teenused (Mattson, 2006). Riigikontrolli järelauditist selgus, et valdav osa teenuse saajaid soovis rehabilitatsiooni raames saada taastusravi, mistõttu oli peamiseks rehabilitatsiooni sisuks füsioterapeudi teenus. Järelaudit tõi välja, et inimestel puudub arusaam rehabilitatsiooni sisust, eesmärkidest ning osutatavatest teenustest (Riigikontroll, 2008). Ka riigikontrolli poolt 2006. a teostatud Jõhvi haigla auditeerimine näitas, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on esinenud puudujääke eesmärgi- ja sihipärasuse osas.

PITRA projektist on möödunud kümme aastat. Riigi poolt on üle vaadatud nõuded teenuse osutamisele ning tingimuseks on seatud sertifitseeritav kvaliteedijuhtimise süsteemi rakendamine. Eestis on sotsiaalteenuste kvaliteedi hindamiseks võetud kasutusele rahvusvaheline kvaliteedistandard EQUASS (*European Quality in Social Services Assurance*), mille olulisteks kriteeriumiteks on teenuse kasutaja enesemääramisõiguse, kaasamise ja osalemise tagamine teenuste protsessis. EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtteid rakendab ka Jõhvi haigla ning rehabilitatsiooniteenusele on omistatud EQUASS *Assurance* kvaliteedimärk 2011., 2013. ja 2015. aastal.

Sellest tulenevalt on käesoleva lõputöö eesmärgiks selgitada välja, milline on Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenuse saaja arusaam rehabilitatsiooniteenuse olemusest ning kuidas tema või tema seaduslik esindaja tajuvad rehabilitatsiooniprotsessis enesemääramisõiguse ning kaasatuse põhimõtte rakendamist, lähtudes kvaliteedistandardist EQUASS *Assurance*. Järgnevalt tuuakse välja uurimisküsimused:

1. Kuidas mõistab teenuse saaja sotsiaalse rehabilitatsiooni olemust?
2. Kuidas teenuse saaja hindab enesemääramisõigust rehabilitatsioonitegevuste eesmärkide seadmisel, tegevuskava koostamisel?
3. Kuidas hindab teenuse saaja enda osalemist rehabilitatsiooniteenusel, lähtudes kvaliteedistandardist EQUASS *Assurance*?

Lõputööks vajalikud uurimisülesanded on järgnevad:

1. Anda teoreetiline ülevaade rehabilitatsiooni ja puude käsitlest, EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtetest ning nende rakendamisest Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenustel.
2. Viia läbi kvantitatiivne ankeetküsitlus rehabilitatsiooniteenusel osalenute seas ning seejärel teha andmete analüüs.
3. Selgitada välja, milline on teenuse saajate arusaam rehabilitatsiooniteenusest ja kuidas nad tajuvad enda osalemist rehabilitatsiooniprotsessis, kusjuures fookuseks on enesemääramisõigus ja nende kaasatus.

Lõputöö koosneb kahest peatükist. Esimeses, töö teoreetilises osas, annab autor ülevaate puude, sotsiaalse rehabilitatsiooni olemusest ning EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtetest, peatudes põhjalikumalt teenuse saajate õiguste, kaasatuse ja osalemise põhimõtete selgitamisel.

Töö teises osas antakse ülevaade kvaliteedisüsteemi rakendamisest Jõhvi haiglas ning kirjeldatakse kvantitatiivsel uurimismeetodil saadud tulemusi, et kontrollida teoreetilises osas käsitletud seisukohti praktikas. Töö annab arusaama EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtete rakendamisest rehabilitatsiooniteenuse osutamisel. Lõputöö uuringu analüüsist saadav tulemus annab võimaluse teha ettepanekuid eelkõige uuritava asutuse enda meeskonnale, et algatada ja viia sisse edasisi parendusi asutuse rehabilitatsiooniteenuse protsessides.

Autor tänab abi ja toetuse eest töö valmimisel eelkõige juhendajaid Kandela Õun ja Triin Vana ning kõiki küsimustikule vastanud inimesi. Siirad tänud ka Jõhvi haigla meeskonnaliikmetele, kes olid abiks teenuse saajatega ühenduse leidmisel.

1. SOTSIAALNE REHABILITATSIOON JA SOTSIAALTEENUSTE KVALITEEDI HINDAMINE

1.1. Rehabilitatsiooniteenuse kujunemine sotsiaalhoolekandesüsteemis

1.1.1. Puude käsitlus

Ühiskond saab eksisteerida edukalt ainult siis, kui selle kõik liikmed annavad oma panuse. Ka tegevusvõime või funktsiooni kaotusega inimesed suudavad elada ennast teostatavana, mis võimaldab neil tunda end ühiskonnas täisväärtuslike liikmetena. Ühe eduka puudega inimese näiteks on maailmakuulus astrofüüsik professor Stephen W Hawking, kes on kogu oma täiskasvanuelu olnud ratastoolis, aga siiski saavutanud väärtusliku rolli ühiskonnas. Professor Stephen W. Hawking on 2012. aasta paraolümpiamängude avatseremoonial ise öelnud, et kõik inimesed on erinevad. Pole olemas tüüpilist inimest, aga me kõik jagame sama inimvaimu.

Koos ühiskonna arenguga on muutunud ka puudega inimese käsitlus. Ühiskonna protsesside arenguga hakati mõistma, et tervis on seotud elukvaliteediga ja ei ole ainult organismi sisemine seisund, vaid hõlmab ka organismi väliseid süsteeme (Bernard & Krupat, 1994, lk 112). Lyons & Chamberlain on kirjutanud, et meditsiiniline mudel peab arvestama sotsiaalset konteksti ning süsteeme, milles inimene elab, kuna need mõjutavad haiguse esinemist ja kulgu (Lyons & Chamberlain, 2006, lk 56). Üks tähtsamaid tingimusi ühiskonnas on olla selle täisväärtuslik liige, mistõttu kõiki inimesi, k.a puudega inimesi, tuleks ühiskonda kaasata, tagades nende ootustele ja vajadustele vastava füüsilise ja suhtumusliku keskkonna, s.h inimeste hoiakud, poliitikad jne (Eesti Puuetega Inimeste Koda, 2013, lk 17).

WHO Ottawa Harta tervise kontseptsioon ütleb, et “tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte ainult haiguse või nõtruse puudumine” (World Health...*n.d.*). Harta andis tervisele sotsiaalse keskkonna dimensiooni, kuna tervishoid üksi ei suuda sotsiaalse toetuseta inimestele tervist tagada. H. Ennet, kes on analüüsinud L. Nordenfelti ja C. Boorse'i tervise teooriaid toob välja, et tervise mõistel on loogiline seos mõistetega “hea elu”, “heaolu”, “õnn”, “elu kvaliteet” ning teooriat edasi arendades leidis ta, et inimene on terve, kui tal on suutlikkus teostada standardtingimustes vähemalt need eesmärgid, mis ta on endale ise seadnud (Ennet, 2013).

Nüüdseks on jõutud arusaamiseni, et inimese puude seisundi ja tegevuspiirangute põhjuseks on tervise ja keskkonnategurite koosmõju, mistõttu meditsiinilisest käsitlusest on loobutud ning liigutud funktsionaalse ehk sotsiaalse käsitluse poole. Puude sotsiaalne mudel näeb olukorda peamiselt keskkonnast tuleneva probleemina, mida ühiskonnast tingitud takistused puudega inimese elule avaldavad.

Tabel 1. Puude käsitlemise mudelid

	Individuaalne		Sotsiaalne	
	Meditsiiniline individuaalne mudel	Funktsionalistlik individuaalne mudel	Sotsiaalne keskkonnast lähtuv mudel	Kodanikuõigustest lähtuv sotsiaalne mudel
Peamine põhjustaja	Terviseolukord	Terviseolukord	Sotsiaalse ja füüsilise keskkonna piirangud	Inimõiguste mitteametamine
Sekkumine	Ärahoidmine ja ravi	Rahaline kompensatsioon	Kohandatud keskkond	Ühiskonna reformimine

Allikas: Pöder, 2014, lk 8

Tabelis 1 toodud kodanikuõigustel põhinev mudel lähtub eeldusest, et puudega inimesi tuleb kohelda kui võrdväärseid kaaskodanikke, kellel on vastavad õigused, kohustused ja vastutus. See tagab, et puudega inimene on teistega võrdsetel alustel sotsiaalselt kaasatud - täisväärtuslik ühiskonna liige ning aktiivne kodanik. (Oliver *et al.*, 2012, lk 15).

Puudega inimese jõustamiseks tuleb toetada tema enesemääramisõigust ja aktiivset osalemist. Muutes inimese ümbritsevat sotsiaalset keskkonda, võimaldaks see puudega inimese täielikku osavõttu kõigist ühiskonnaelu valdkondadest. Kogu ühiskonnal lasub vastutus (Pöder, 2014, lk 7–8), et puudega inimese ühiskonnaelust osavõtmiseks oleksid tagatud kõik vajalikud keskkonnakohandused (Pölluste, 2005, lk 11).

Puudega inimese sitgmatiseerimise vältimiseks on püütud leida erinevaid termineid ja definitsioone. Kuna kõikidel inimestel võivad mingil ajaperioodil esineda teistest erinevad vajadused, siis on kasutusse võetud termin “inimesed, kellel on erivajadus” (Bakk & Grunewald, 1999). Erivajadused on individuaalsed ja pole olemas üht keskmist erivajadust, seetõttu pole olemas universaalset vahendit erivajaduse vajaduse rahuldamiseks. *WHO* ei ole andnud universaalset lahendust missugust terminit eelistada, vaid rõhutab, et inimesel on õigus end nimetada nii, nagu ta seda ise õigeks peab (Pölluste, 2005, lk 65).

Kokkuvõtlikult öeldes on puudega ehk erivajadusega inimesed nagu kõik teised ühiskonnaliikmed, vajades eluga rahuloluks mitmeid kohandusi ning ühiskonnaliikmed ühiselt vastutavad nende vajadustele ja soovidele vastava keskkonna loomise eest.

1.1.2. Rehabilitatsiooni areng

Eesti on alates 2004. aastast liitunud Euroopa Liiduga ning see on andnud positiivse tõuke ka sotsiaalpoliitika valdkonna arengule. Rehabilitatsioonisüsteem hakkas jõulisemalt arenema üheksakümnendate keskel. 1994. aastal räägiti Tartus toimunud esimesel vaimse tervise poliitika konverentsil arstide ja sotsiaaltöötajate koostöövajadusest, et tagada periooditi haigushooge kannatavatele inimestele väarikas ja iseseisev elu. Doktor H. Rimm kirjeldas oma töös traumahaigetel kasutatavat psühholoogilist rehabilitatsiooni, mis aitab toetada haigete edukat paranemist (Rimm, 1994). Puuetega inimeste võrdsete võimaluste loomise standardreeglid dokumenteeriti Eestis 1995. aastal, kus muuhulgas toodi välja ka rehabilitatsiooni kontseptsioon. Dokumendi kohaselt oli rehabilitatsiooni eesmärgiks saavutada puudega inimese võimalikult parim funktsioneerimise tase, võimaldades neile nii suuremat iseseisvust. PITRA lõppraportis defineeriti rehabilitatsiooni üldine eesmärk – parandada inimese toimimist ehk tegevusvõimekust tema igapäevases keskkonnas ja tema osalemist

ühiskondlikus elus. Rehabilitatsiooniteenusena nähti eesmärgipõhist planeeritud aktiivsete ja ajaliselt piiritletud meetmete kogumit, mille tulemusel toimub teatud muutus inimese elukvaliteedis (Tervise Arengu Instituut, 2008). Võrreldes varasema definitsiooniga on hilisemas definitsioonis lisandunud puuetega inimeste sotsiaalset integreerumist ja kaasamist rõhutav eesmärk (Hanga, 2012, lk 25).

Rehabilitatsioon on aktiivne ja dünaamiline protsess, mille käigus toetatakse piiratud toimetulekuvõimega isikut teadmiste ja oskuste omandamisel, et parendada tema füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset toimetulekut. Kuna kaasaegses ühiskonnas ei ole puuetega inimesed enam eraldiseisev stigmatiseeritud rühm, siis käivad rehabilitatsioonis kasutatavad mõisted kõikide inimeste kohta, olles nn neutraalsed. (Hanga, 2013). Rehabilitatsioon suurendab funktsioneerimisvõimet ja vähendab toimetulekupiiraja mõju. Rehabilitatsioonis on kolm põhilist lähenemisviisi (Barnes & Ward, 2005, lk 45):

1. toimetulekupiiraja (trauma) mõju vähendamine;
2. uute oskuste ja strateegiate kujundamine, mis toetavad toimetuleku taastamist;
3. füüsilise ja sotsiaalse keskkonna muutuse toetamine, et toimetulekupiiraja mõju oleks võimalikult vähesel määral tuntav.

Chan *et al.* on 1997. a defineerinud rehabilitatsiooni mõistet kui dünaamilist protsessi, mis hõlmab järjestikulisi meetmeid ja tegevusi, et tagada puuetega inimese vajadustel põhinev teenuste kogum. Protsess algab esialgse juhtumi tuvastamisest või suunamisest ning lõpeb inimese jaoks edukalt tööle saamisel. (Chan *et al.*, 1997, lk 311)

Blouini ja teema kaasautori poolt kirjeldatud määratluse kohaselt kuulub rehabilitatsioon teaduse valdkonda, mis tähendab, et hindamisel ja sekkumisel on teaduslik alus. Blouin rõhutab, et ülioluline on läbi vahe-eesmärkide saavutada isiku sotsiaalne osalemine. Rehabilitatsiooniprotsessi tuleks tänapäeval määratleda kui isiku hindamist ja sekkumist, mille pikem eesmärk on isiku osalemine ühiskonnaelus. (Blouin & Echeverri, 2010, lk 9). Anthony väitel on rehabilitatsioon võimalik paljude erinevate sihtrühmade puhul ning rehabilitatsioon on suunatud tulevikku ning oleviku tegevustega on võimalik liikuda uuenenud tulevikulootuse poole (Anthony & Farkas, 2009, lk 17)

Rehabilitatsiooni iseloomustab spetsiifilisus, kus keskne koht on inimesel endal, tema valikutel ja vastutusel. Rehabilitateerimisprotsess peaks toimuma inimese jaoks tavapärasel keskkonnas koostöös pere, kolleegide ja kogukonna liikmetega kasutades ära nende toetust, kuid seda nii vähe kui võimalik. (Anthony & Farkas, 2009, lk 18) Tervise olukorrast lähtuvalt toetavad rehabilitatsiooniprotsessis inimest nii rehabilitatsiooni- kui ka tervishoiuspetsialistid, kusjuures rehabilitatsioon peaks algama võimalikult varakult – paralleelselt arstiabiga, mis eeldab multidistsiplinaarse meeskonna liikmete vahelist tihedat koostööd (Wade, 2016).

Kokkuvõttes võib öelda, et inimese somaatiline tervise olukord (k.a psüühika) ja keskkonnast tulenev on omavahel seotud ning uuemad lähenemised rehabilitatsioonis rõhutavad biopsühhosotsiaalset (holistlikku) lähenemist. Kuigi meditsiinilise komponendi osatähtsus rehabilitatsiooniprotsessis on tunduvalt vähenenud, on rehabilitatsioon integreeritud protsess, s.t oluline osa on nii tervishoiul kui ka sotsiaalteenustel.

1.1.3. Sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon

Inimese võimekuse taastamisega on tegeletud maailmas juba aastaid, kuid inimesekeskse puudumise rehabilitatsiooni protsessis hakati täheldama kümnekond aastat tagasi (Gzil, 2007). Kaasaegne lähenemine rõhutab inimesekeskust ja eesmärgile suunatust, mida toetab omavahel infot vahetav erinevaid distsipline esindav meeskond selleks, et julgustada inimest õppima ja harjutama (Wade, 2016). Inimese füüsilised, sotsiaalsed, spirituaalsed vajadused püütakse rahuldada integreeritud sekkumiste teel, arvestades inimese enda ootusi ning keskendudes tema oskustele ja ressurssidele (Albrecht, 2006).

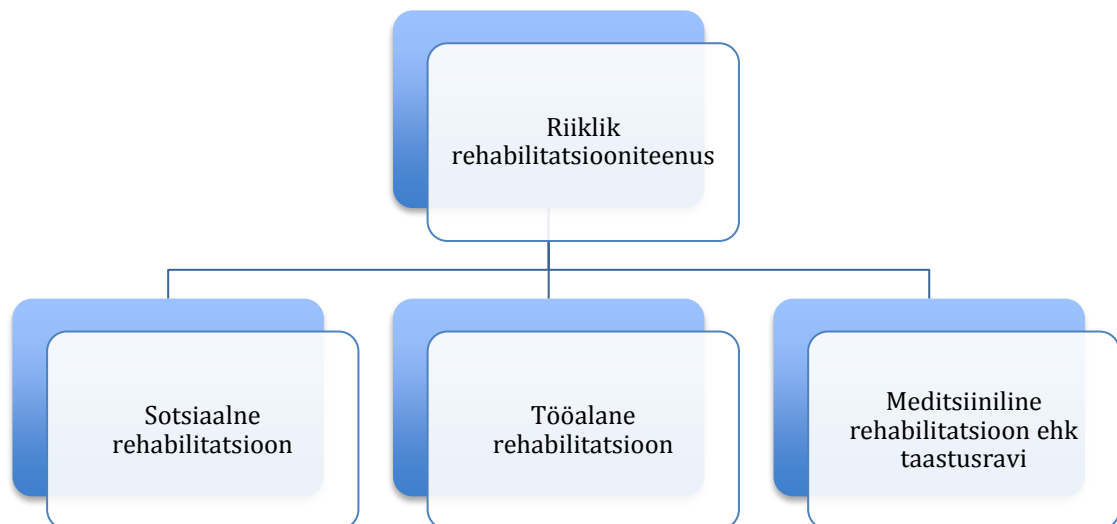
Eestis kehtiva rehabilitatsiooni käsitluseks on inimese integreerimine ühiskonda, saavutamaks tema võimalikult suur iseseisvus ja sõltumatus. Sotsiaalselt väärtustatud rollid aitavad parandada tema funktsioneerimist ja rahulolu tema oma keskkonnas ning perspektiivis tähendab see, et väheneb teenuste vajadus ja riigi rahalised kulutused (Haukanõmm, 2012).

2016. aastal kehtima hakanud sotsiaalhoolekandeseadus muutis senist sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse sisu ja korraldust. Varem kehtinud õigusloome kohaselt oli rehabilitatsiooniteenus orienteeritud enamasti neile inimestele, kel on puue. Inimesele maksti sotsiaalkindlustustoetusi eesmärgiga hüvitada puudest tingitud lisakulutusi. See süsteem toetas inimese esmavajaduste rahuldamist, kuid ei soosinud inimese ühiskonda kaasamiseks vajalike tugiteenuste pakkumist (Haukanõmm, 2012). Seni kehtinud rehabilitatsioonisüsteem oli üpris meditsiinikeskne, st keskenduti inimese tervise mitte tema igapäevase toimetuleku parandamisele antud terviseolukorra juures.

Euroopa Nõukogu (EN) puuetega inimeste tegevuskava tunnustab põhimõtet, et ühiskonnal lasub kohustus kõigi kodanike ees vähendada puude mõju, toetades aktiivselt terveid eluviise, turvalisemat elukeskkonda ja tugirühmi. Selleks, et tagada puuetega inimestele võrdsed võimalused, soovib EN edendada sektorite vahelist koostööd, kuhu oleksid kaasatud tervishoiu-, haridus-, sotsiaal- ja tööhõivesektor, ning tagada integreeritud rehabilitatsioonikorraldus. (Euroopa Nõukogu ministrite komitee, 2006)

Puudega inimeste töötamise soodustamiseks on vaja suurendada ühiskonna teadlikkust. Puudega inimeste vähesed töövõimalused tulenevad suuresti arvamusest, et puudega inimesed on vähem produktiivsed, kuid küsimus on sobivates, kohandatud töövõimalustes, mitte niivõrd inimeste töövõimes. (Jaeger & Bowman, 2005)

Alates 01.01.2016 jaotatakse rehabilitatsiooniteenused sotsiaalhoolekandesüsteemis kolmeks. Rehabilitatsiooniteenuse jaotumist kajastab joonis 1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on hoolekandeteenus, mida pakutakse puude või töövõimetusega inimestele tema iseseisva toimetuleku parandamiseks tavapärasel elukeskkonnas. Sotsiaalset rehabilitatsiooni võivad saada alla 16-aastased lapsed, vanaduspensioniealised isikud ja need tööealised isikud, kes ei tööta, ei õpi ega ole töötuna arvele võetud. Lisaks võivad teenust saada lapsed, keda on rehabilitatsiooniteenusele suunanud alaealiste komisjon. (Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülg)



Joonis 1. Rehabilitatsiooniteenuste jaotus alates 2016. a jaanuarist. Allikas: Sotsiaalkindlustusameti kodulehekül

Alates 2016. aastast on uue tööturuteenusena lisandunud töölane rehabilitatsioon, mida osutatakse töötukassa kaudu ja mille sihtrühmaks on vähenenud töövõimega tööealised inimesed (st vanuses 16 kuni vanaduspensioniiiga), kes on tööturul aktiivsed – töötavad, õpivad või on töötuna arvele võetud. Töölase rehabilitatsiooni teenuse sisuks on valmistada inimene ette tööeluks ning toetada tema tööle asumist või töökoha säilitamist. (Töötukassa, 2015)

Sotsiaalne rehabilitatsioon erineb töölasest rehabilitatsioonist eesmärgi poolest. Kui sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on saavutada võimalikult iseseisev elamine, omandada võimetekohane haridus ja tööks vajalikud kompetentsid, võimalikult aktiivne osalemine ühiskonnaelus ja luua eeldused võimetekohasele tööle asumiseks, siis töölase rehabilitatsiooni eesmärgiks on tõsta inimese töövõimet ja pakkuda talle paremat võimalust tööturul hakkama saamiseks.

1.2. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteet Eestis

1.2.1. Sotsiaalteenuste kvaliteedijuhtimissüsteem

Kvaliteedisüsteemide arendamisel lähtutakse tarbija nõudmistest, mille oluliseks osaks on kliendi rahulolu mõõtmine. Juran ja Godfrey on andnud kliendi rahulolematus määratluse, väites et rahulolematus puudumine ei taga veel rahulolu, kuna konkureeriva toote omadused võivad pakkuda suuremat rahulolu (Juran & Godfrey, 2000).

Standardikeskuse veebilehel (www.evs.ee) defineeritakse kvaliteeti kui määramatust, mida saab tajuda ja tunda, kuid mida ei saa mõõta. Räägitakse harmoneeritud standardist, mis on seotud Euroopa Liidu direktiividega ja mille eesmärgiks on kirjeldada tehnilisi lahendusi direktiivides toodud oluliste nõuete täitmiseks. Eesti Standardikeskuse väljaande “Auditi kontrollnimekiri ISO 9001:2015 jaoks” on uuendusena ära toodud, et sõna “kvaliteet” asemel kasutatakse sõnastust “juhtimissüsteem”. Juhtimine on kui “edu võti” ning kvaliteedijuhtimise rakendamine tagab ettevõttele pikaajalise edu. Isikukeskse kvaliteedijuhtimise käsitlus lähtub kliendi huvidest, luues kliendi jaoks väärtusi ning püüeldes pidevalt tema ootuste ületamise poole. (Levald, 2010)

Pikka aega puudusid nõuded sotsiaalteenuste osas tegevuse sisule ning teenuse kvaliteet oli tagatud sotsiaalhoolekande seadusega, mille kohaselt tuli igal sotsiaalteenust osutaval asutusel välja töötada enda asutuse kvaliteedisüsteem. Alles viimasel aastakümnel on hakatud rohkem rääkima sotsiaalteenuste osutamise kvaliteedist, tagamaks teenuse kasutajate ja rahastajate paremat rahulolu läbi otstarbeka ressursi kasutamise.

Euroopa Liidu Nõukogu poolt on välja antud Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik *Common Quality Framework for Social Services of General Interest*, mis on koostatud Euroopa Standardikomitee (CEN) töörühma kokkuleppena 21. 06 2010. Sotsiaalteenuste kvaliteediraamistiku põhimõtted on suunatud nii teenuse osutajatele, sotsiaalsektori töötajatele kui ka tööandjatele. Juhis on oluliseks infoallikaks ka teenuse kasutajatele, teadvustamaks, milline võiks olla oodatav sotsiaalteenuste

kvaliteet. Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik toob välja kõige olulisemad kvaliteedipõhimõtted, mis on seotud teenuse osutajate ja kasutajate vaheliste suhetega, teenuse kasutaja õiguste austamise ja aktiivse osalemisega protsessis ning nende mõjuvõimu suurendamisega. (The Social..., 2010)

Sotsiaalteenuste kvaliteedinõuded põhinevad üldistel teenuste standardit tagaval raamistikul, kuid eristub selle poolest, et sotsiaalteenuste kvaliteedi juhtimist iseloomustavad järgmised aspektid: (Vana, 2013)

1. terviklik lähenemine – sotsiaalpoliitiliste otsuste tegijad, rahastajad, teenuste osutajad ja teenuse saajad tegutsevad ühise eesmärgi nimel;
2. sisemise motivatsiooni olemasolu, et osutatav teenus oleks pidevas arengus;
3. isiku- ja perekesksus, et tagada isiku ja tema lähivõrgustiku heaolu;
4. kontseptuaalne lähenemine uute teenuste arendamisel, võttes arvesse teenuse kasutaja ja tema lähedaste soove ning vajadusi.

2013. aasta sotsiaalvaldkonna analüüsis on välja toodud vajadus luua ühtne arusaam sotsiaalteenuste kvaliteedile, mis aitaks poliitika kujundajatel, rahastajatel ja teenuse pakkujalatel ühiselt selge eesmärgi nimel tegutseda. Kvaliteedipõhimõtted väljendavad ühiseid väärtusi ja nende eesmärk on saavutada ühtne arusaam sotsiaalteenuste kvaliteedist. Eri tasanditel on iga osapoole roll ja vastutus selgelt määratletud ning kõik annavad endast parima. Sotsiaalteenuste väljatöötamisel peavad aktiivselt osalema ja koostööd tegema kõik sidusrühmad: kohalikud omavalitsused, teenuse kasutajad, teenuse osutajad, sotsiaalpartnerid ja kogukonnas tegutsevad esindusorganisatsioonid, mis on oluline kohalikele vajadustele vastavate sotsiaalteenuste loomiseks ning ressursside kasutamiseks. (Vana, 2013)

2016. aastal alustatud Eesti sotsiaalteenuste kvaliteedijuhise väljatöötamisega ning juhiste arendamise aluseks on võetud Euroopa Sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik, mis peaks tagama ühtse arusaama kvaliteedi olemusest kõikidele sotsiaalteenuste osutajatele. Sotsiaalteenuste kvaliteedijuhis on ka võrdlusraamistikuks, mille abil saab hinnata, parandada ja arendada sotsiaalteenuste kvaliteeti.

Kõikide teenuste osutamisel on oluline kvaliteedi jälgimine ja järgimine, kuid sotsiaalteenuste puhul kehtivad teatud erisused – ühise eesmärgi nimel tegutsevad

erinevad tasandid – alates inimesest endast kuni poliitika kujundajateni välja.

1.2.2. Sotsiaalteenustele suunatud kvaliteedisüsteem EQUASS Assurance

Euroopa Kvaliteedimärki Sotsiaalteenustes (EQUASS Assurance) hakati Eestis piloteerima alates 2010. aastast. Piloteerimise kvaliteedi mõju uuringus on öeldud, et nimetatud kvaliteedistandard on atraktiivne, kuna pöörab tähelepanu teenuse saaja elukvaliteedi parandamisele, samuti väärtustab standard isiku informeeritust ja ise otsustamise võimalust. (Sotsiaalteenuste kvaliteedi keskus, 2015)

EQUASS Assurance kirjeldab kõiki sotsiaalteenuste kvaliteedi põhilisi aspekte ning sisaldab seetõttu nii reguleerivate organite kui ka sotsiaalteenuste pakkujate vastutusalasid. EQUASS töötati välja Euroopa Rehabilitatsiooni Platvormi poolt ja võimaldab sertifitseerida kõiki sotsiaalteenuseid (Arus, 2013, lk 45). Asutusele, kes vastab EQUASS Assurance kriteeriumitele, väljastab EQUASS Autasu Komitee (*Awarding Committee*) sertifikaadi, mille kehtivusajaks on kaks aastat. Kvaliteedisüsteemi motoks on “teha õigeid asju õigesti”, mis tähendab seda, et olemasolevaid ressursse tuleb kasutada läbimõeldult, kaasates teenuse saajaid, rahastajaid ja koostööpartnereid tööprotsessi, saavutamaks soovitud tulemusi. (EQUASSi kodulehekülg)

Kvaliteediraamistiku mudel kirjeldab eeltingimusi sotsiaalteenuste pakkumiseks, organisatsioonilisi ja protsessi rakendamise aspekte ning sotsiaalteenuste kvaliteediga seonduvaid tulemusaspekte. Kvaliteedijuhise eesmärk on välja tuua sotsiaalteenuste kvaliteedi põhimõtted ja kriteeriumid, et oleks tagatud (Sotsiaalteenuste kvaliteedi keskus, 2015):

1. eri huvipooltel ühtne arusaam sotsiaalteenuste kvaliteedi mõistmisel sotsiaalteenustes;
2. sotsiaalteenuste kvaliteedinõuetele vastavus ning turvalised teenused;
3. teenused, mis seavad esiplaanile inimesed/ teenuse saajad ja nende vajadused;
4. teenuse saajate õiguste kaitse ja aktiivne osalemine teenuste planeerimisel, pakkumisel ning hindamisel;
5. sotsiaalteenuste pidev areng ja täiustamine, heade ning tõendus põhiste praktikate kasutamine;

6. koostöö eri huvipoolte ning valdkondade vahel;
7. keskendumine teenustest saadavale kasule, tulemustele ning teenuse saajate elukvaliteedi säilitamisele või tõstmisele.

EQUASS *Assurance* kvaliteedi sertifitseerimissüsteem põhineb 10 põhimõttel, 50 kriteeriumil ning 100 tegevuse indikaatoril (vt lisa 1). Kvaliteedi põhimõteteks on juhtimine, personal, õigused, eetika jne. Juhtimise põhimõtte omakorda jaguneb dimensioonideks: missioon, visioon ning nende olemasolu ja järgimine, aastaplaani olemasolu, kommunikatsioon jne. Kvaliteedi kriteeriumiks on näiteks põhimõtete ja dimensioonide rakendumine, neile pühendumine, planeerimine, ühiskonna ootustele vastamine. Indikaatorid on tunnused, millega saab nimetatud kriteeriumeid koguda, hinnata ning kajastada. (Sotsiaalteenuste kvaliteedi keskus, 2015)

EQUASS kvaliteedi põhimõtte „õigused“ täitmise aluseks on võetud EL Põhiõiguste Harta, Euroopa Nõukogu Euroopa Inimõiguste ja Põhivabaduste Kaitse Konventsioon. Õiguse põhimõtte dimensiooniks on „enesemääratlemine“, mis on inimese põhiõigus, kuid sotsiaalteenuste mõistes tähendab see, et igaüks võib ilma välise surveta otsustada rehabilitatsiooniprotsessis oma tegevuse üle. Lisaks, lähtuvalt Euroopa vabatahtlikust sotsiaalteenuste kvaliteediraamistikust, peab sotsiaalteenuse osutaja edendama ja rakendama teenuse kasutajate õigusi seoses võrdsete võimaluste, valikuvabaduse, enesemääramise, oma elu kontrollimise ja eraelu puutumatusena. (The Social..., 2010)

EQUASS juhendmaterjali kohaselt näeb õiguste põhimõtte ette, et teenuste osutaja peab tagama teenuse saajate teadliku nõusoleku ning selle tõestuseks peavad olema dokumenteeritud olukorrad, mis tõendavad teenuse saajale tema õiguste tutvustamist. Teenuse osutaja peab koos teenuse saajaga hindama ja tõendama oma tegevust enesemääramisõiguse osas. Teenuse osutajal tuleb informeerida teenuse saajat võimalustest kasutada esindajat ja/või tugisikut ja iga-aastaselt nimetatud toimingut ka hindama. (Euroopa Sotsiaalteenuste Kvaliteet, 2012)

Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik ütleb, et teenuse osutajad peavad julgustama teenuse kasutajaid, nende perekondi või usaldusisikuid osalema teenuste kavandamise, osutamise ja hindamisega seotud otsuste tegemisel, et tagada isikule suurem mõjuvõim oma isiklike vajaduste määratlemisel ja suutlikkuse

arendamisel. See jätab teenuse saajale suurema kontrolli oma elu üle. Rehabilitatsioonis eeldabki eesmärgi seadmine omavahelist suhtlemist teenuse saaja ja spetsialisti vahel, milles väljendatakse osapoolte huve, ootusi ja kavatsusi rehabilitatsiooni suhtes. (Siegert *et al.*, 2010)

EQUASSi „kaasamise“ kriteeriumi kohaselt peab teenuse osutaja kaasama aktiivselt teenuse saajaid uute teenuste arendamisel ning osutatud teenuste kvaliteedi hindamisel. Indikaatoriteks on teenuse saajatele suunatud rahulolu küsitlused. Siinkohal peavad teenuse osutajatel olema tõendusdokumendid selle kohta, et teenuse saajad osalevad individuaalsete vajaduste väljaselgitamisel, individuaalsete teenuste planeerimisel ja saadud teenuste hindamisel (Euroopa Sotsiaalteenuste Kvaliteet, 2012).

EQUASS kvaliteedijuhtimissüsteem loob ühtse arusaama sotsiaalteenuste kvaliteedist, arvestades kõige hulgas inimese õigusi, individuaalseid eelistusi ja heaoluvajadusi ning haarates kvaliteedi parandamise protsessi kõik osapooled, alates teenuse saajast sotsiaalpoliitiliste otsuste tegijate ja sotsiaalteenuste kujundajateni.

1.2.3. Sotsiaalne kaasatus ja teenuse saaja kaasamine rehabilitatsiooniprotsessis

Eesti riik tunnustab inimväärikuse, võrdsuse ja inimõiguste austamist. Põhimõtteks on puuetega inimeste tunnustamine inimkonna osana, et austada inimeste loomupärast väärikust, arendada austust tema erinevuste ja individuaalse autonoomia suhtes, austada inimese vabadust ise valikuid langetada ning tagada võrdsed võimalused ühiskonnaelus osalemisel. (Tervise Arengu Instituut, 2008) Need väärtused suunavad ka sotsiaalpoliitika põhimõtteid ja on tänasel päeval sotsiaalpoliitika keskseks kontseptsiooniks nii Euroopas kui mujal maailmas (Krais-Leosk, 2012).

Kaasatuse kontseptuaalseks lähtekohaks on sotsiaalne sidusus, mis väljendub inimeste võrdsetes võimalustes osaleda ühiskondlikus elus, võimaluses töötada ja olla majanduslikult aktiivne. Euroopa Nõukogu defineerib sotsiaalset sidusust kui ühiskonna võimekust tagada oma kõigi liikmete heaolu, vähendada erinevusi ja vältida polariseerumist. Üheks sotsiaalse kaasatuse põhieesmärgiks on tööhõive suurendamine ja võitlus tööpuudusega. (Luuk, 2005)

Sotsiaalse turvalisuse arengukava viitab, et Eesti ühiskonnas valitseb erinevate vähemusgruppide suhtes negatiivne hoiak, mis kokkuvõttes ei toeta Eesti majanduslikku arengut. Arvestades Eesti sotsiaalmajanduslikku olukorda ning üha vananevat ühiskonda on ilmselgelt vaja tööturule kaasata enam tööjõudu haavatavamatest ühiskonna gruppidest, tagades neile turvalise ja mittediskrimineeriva keskkonna ning vajalike teenuste kättesaadavuse. Eestis puudub hetkel terviklik arengukava, mis määraks ühtse lähenemisviisi aitamaks saavutada inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut ning võrdseid võimalusi ühiskonnaelus osalemiseks. Lähtutakse erinevatest kehtivatest dokumentidest, mis sisaldavad tõrjutuse ja diskrimineerimise vähenemist. Aktiivne kaasamispoliitika peab hõlbustama töövõimeliste inimeste püsivat ja kvaliteetset tööhõivet ning tagama inimväärses eluks vajalikud vahendid ja abi sotsiaalseks osalemiseks neile, kes ei ole võimelised töötama. (Sotsiaalministeerium, 2014)

Rehabilitatsiooni protsess integreerib endas dialoogi arendamist ja sekkumiste rakendamist, kus põhirõhk on erinevate tasandite koostööl (partnerlusel) ning inimese autonoomial. Autonoomia on inimese üks põhilisi psühholoogilisi vajadusi kui rahulolu eeltingimusi (Ryan & Deci, 2013). A. Soosaar on viidanud, et Fadeni ja Beauchampi järgi toimib inimene autonoomselt vaid siis, kui ta tegutseb enda eesmärgi ja kavatsuse kohaselt, toimib mõistmise ja arusaamisega ning kontrollivate mõjudeta. Isiku autonoomia eeldab kõigi kolme tingimuse täitmist. (Faden & Beauchamp, viidatud Soosaar, 2004, lk 39 vahendusel)

Rehabilitatsiooni protsess koosneb inimese tegevusvõimete hindamisest ja tegevuskava koostamisest. Rehabilitatsioonimeeskond hindab koos inimesega, milline on tema toimetulek ja missugune on kõrvalise abi vajadus. Rehabilitatsiooni tegevuskava koostamisel planeeritakse neid tegevusi, mis toetavad inimese iseseisvat toimetulekut – abivahendite kohandamist, täiendavate teenuste korraldamist. Samuti tehakse ettepanekuid kodu, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks ja abivahendite kasutamiseks ning nõustatakse puudega inimest tema edasise sotsiaalse toimetuleku parandamise huvides kõikides vajalikes valdkondades. (Sotsiaalkindlustusamet, kodulehekülg)

Inimese võimete väljaselgitamise ehk hindamise olulisemaks aspektiks on tema enda teadlik osalemine rehabilitatsiooni protsessis. Spetsialisti ja teenuse saaja omavaheline koostöö on siinkohal väga oluline. Rehabilitatsiooni eesmärgid seatakse küll spetsialistipoolse juhendamisega, kuid inimese enda aktiivsel osavõtul. Teenuse saaja võib ise seada väga laia ja üldise eesmärgi, kuid koostöös spetsialistiga on võimalik määrata vajaduspõhised, realistlikud ja mõõdetavad eesmärgid. (Mansfield *et al.*, 2013)

Spetsialist on teenuse saaja jaoks ressurss ehk üks osa teda ümbritsevast keskkonnast. See tagab isiku enesemääramisõiguse, st isik saab kaasa rääkida teda puudutavates otsustes. Sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) § 62 lõige 1 alusel on teenuse osutajal kohustus tutvustada õigustatud isikule tema õigusi ja kohustusi, kaebuste esitamise korda, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise protseduuri ja selle käigus koostatavaid dokumente, mis on esmaseks teenuse saaja kaasamise aluseks. (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015)

Kaasamine rehabilitatsiooniprotsessis väljendub teenuse saaja ja spetsialisti vahelises dialoogis, mida iseloomustab mõlemapoolne pingutamine lahenduse leidmise nimel. Kogu suhtlus baseerub üksteise täiendamisel. (Anthony & Farkas, 2009, lk 11) Puuetega inimesed peavad kogema, et neil on oma tahe, võimalus end väljendada ning tajuda, et ümbruskond respektierib neid (European Foundation Centre, 2010). Seega, teenuse osutaja peab tagama, et isik on kaasatud otsuste tegemise protsessi. Uuringute põhjal viib isiku kaasamine tema eesmärkide püstitamisel parema rehabilitatsiooni tulemuseni (Holm *et al.*, 2015). Rehabilitatsiooniteenuse osutamisel peab teenuse saajal olemas võimalus tagasiside andmiseks.

Teenuse saaja kaasamine temaga seotud otsuste ja valikute tegemisel annab lisaväärtust nii teenuse kasutajale kui rahastajale, kuna seeläbi langeb teenuse osutamine kokku teenuse kasutaja vajadustega ja aitab ära hoida mittevajalikke teenuste pakkumist ning on seeläbi kuluefektiivsem. Soomes läbiviidud uuringu põhjal leiti korrelatsioon, et need patsiendid, kelle arvamuse ja huvidega oli raviplaani koostamisel arvestatud, hindasid oma arsti tegevust ja teenuse kvaliteeti ka kõrgema hindegaga. (Salokekkilä, 2011, lk 11)

Kokkuvõtlikult võib öelda, et vastavalt kehtivale sotsiaalhoolekande põhimõttele on Eestis tagatud puuetega inimestele samasugused õigused kui teistel – õigus ja vabadus teha valikuid ise. Sotsiaalteenuse osutamisel lähtutakse esmajärjekorras isiku vajadusest, kaasates teda kõikides etappides. Teenuse saaja kaasamine endaga seotud otsuste tegemisse (enesemääramisõigus) ning rehabilitatsiooniasutuse teenuste arendamisse on sotsiaalse rehabilitatsiooni osutamise protsessis olulisteks põhimõteteks ning neid saab pidada tunnusteks, mille abil (sotsiaal)teenuse kvaliteeti mõõta.

1.2.4. Teenuse kasutaja enesemääramisõigusest ja enesemääramisteooriast

Varem peeti ühiskondlike hoiakute ja sotsiaalpoliitika poolt õigeks otsustada erivajadusega inimese elu üle (eriti vaimse erivajadusega inimeste puhul). Vastavalt puude sotsiaalse mudeli filosoofiale on erivajadustega isikutele tagatud õigus enesemääramisele, mille kaudu on neil õigus tegutseda neile sobival viisil, et elada omaette, mitte institutsioonis ja tehes võimetekohaset tööd (nt läbi kaitstud töö). (Kelly *et al.*, 2007)

Paljud erivajadustega isikute vanemad soovivad otsustada ise oma laste sõprussuhete, seksuaalse käitumise ja elukoha üle arvates, et nad tagavad sellega oma lapse ümber turvalisema keskkonna. Cacioppo poolt läbiviidud uuringus küsiti erivajadusega inimeste käest, mis aitavad saavutada kõige rohkem rahulolutunnet. Enamuse arvates oli selleks armastus, intiimsus ja sotsiaalse kuuluvuse tunne, edestades sellised väärtused nagu materiaalne rikkus, kuulsus ja isegi füüsiline tervis. (Cacioppo, 2008)

Vanemad soovivad küll julgustada oma erivajadusega täiskasvanud lapsi iseseisvuse poole, kuid sageli ise piirates nende otsustusvabadust ja lähedasi suhteid. Kartuses lapse kuritarvitamist ja ärakasutamist teiste isikute poolt, võtavad nad oma puudega lapselt võimaluse vabalt sotsialiseeruda. (Evans *et al.*, 2009)

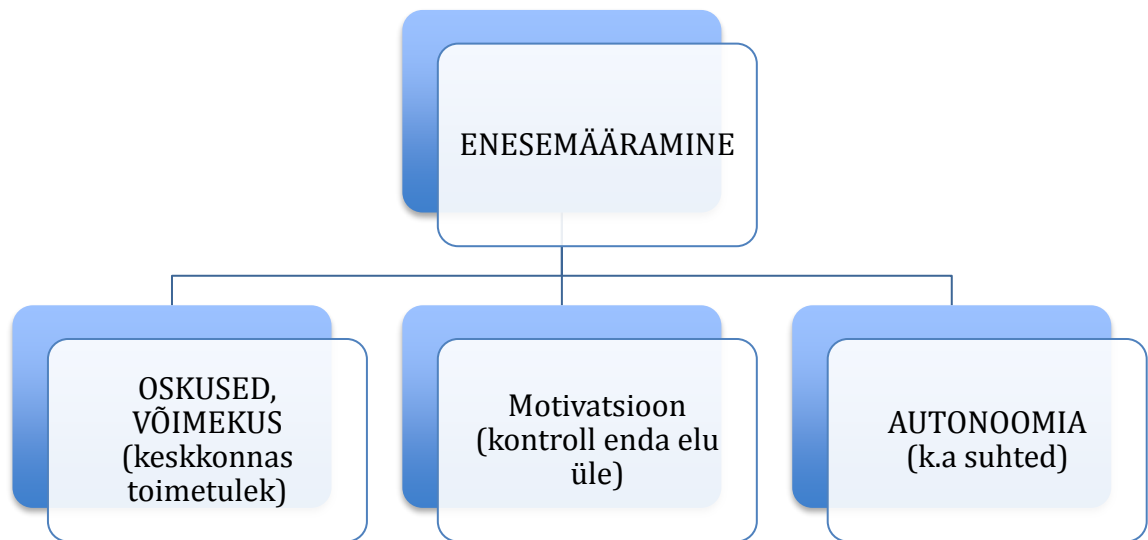
Termin „enesemääramise õigus“ lähtub õiguse põhimõttest, mille kohaselt kõigil on õigus ise, ilma välise sekkumiseta, juhtida oma elu. Inimese enesemääramise küsimust käsitleb Eesti Vabariigi Põhiseadus (PS) § 19 lg 1, mis nimetab inimese üldiste põhiõiguste kõrval ka enesemääramisõigust ja vaba eneseteostust. Põhiseadusega on

kaitstud ka isiku otsustamise vabadus. (Põhiseadus, 1992) Inimese otsustamise vabadus seisneb selles, et ta võib teha või tegemata jätta seda, mida ta soovib, olenemata sellest, milline on moraalne hinnang valitud tegevusalternatiivile. Eneseteostus saab olla vaba ainult siis, kui igaüks võib selle sisu ise enda jaoks defineerida, s.t valida, mida ta teeb. Näitena võib tuua sõltuvusaineid tarvitavad inimesed või suitsetajad, kes on sageli teadlikud, mida selline tervisekäitumine kaasa toob, kuid põhiseadusega on neil otsustamise õigus – teevad nad seda või mitte.

Enesemääramine aitab tagada inimese vabadust, valikuvõimalusi. Inimese õigus enesemääramisele sisaldab inimese autonoomiat, tema füüsilist ja vaimset puutumatumust, õigust teha enda kohta käivaid otsuseid ning saada piisavat informatsiooni antud otsuste tegemiseks. Samuti on isiku õiguseks informatsiooniline enesemääramisõigus, mis tähendab igaühe õigust ise otsustada, kas ja kui palju tema kohta andmeid kogutakse ja salvestatakse. Vaimne vabadus ehk vabadus kujundada oma elu vastavalt oma soovile, on inimväärikuse aluseks. (Madise *et al.*, 2012)

Tänapäeva üks tunnustatumaks inimese käitumist ja motivatsiooni mõjutavaks teooriaks on enesemääratlusteooria, mille loojateks on Ameerika psühholoogia professor Richard M. Ryan ja psühholoogiateadlane Edward L. Deci. Teooria võimaldab selgitada inimeste käitumist erinevates situatsioonides ja valdkondades, kaasaarvatud töötamise, õppimise ja endaga seotud sündmustes. Nende enesemääratlusteooria kohaselt otsivad inimesed endale aktiivselt mõtestatud rakendust, et tunda end kompetentsena, autonoomsena ning kaaslastega seoses olevana. Deci ja Ryan'i uuringud näitasid sisemise motivatsiooni tugevat seost inimese soovi autonoomia ja pädevuse arendamise vahel – mida rohkem iseseisvam tahab inimene olla, seda tugevam on ka tegutsemise motivatsioon. (Deci & Ryan, 2008)

Inimese enesemääramise kolm psühholoogilist põhivajadust on ära toodud alljärgneval joonisel 2.



Joonis 2. Enesemääramise psühholoogilised põhivajadused. Allikas: Deci & Ryan, 2008

Enesemääramise teooria üritab ühendada nii inimese sisemisi kui väliseid põhjuseid motivatsiooni tingijatena. Teooria kohaselt määravad motivatsiooni kolm olulist kaasasündinud psühholoogilist tegurit: autonoomia (sisemine motivatsioon), kompetents (välimine motivatsioon) ja suhted (roll ja suhted ühiskonnas, sotsialiseerumine). Sisemine motivatsioon tuleneb inimesest enesest, mille tõttu on tegutsemine inimese jaoks loomupärane ja tavaliselt ka nauditav. Deci ja Ryan on oma uuringutes leidnud, et sisemine motivatsioon ei ole kõigil sama vajaduse suhtes ühesugune, mistõttu sama ülesannet võivad inimesed täita erineva innuga. Sageli näeme, et kõik töötud ei ole huvitatud tööle saamisest, kuigi nad oleksid võimelised pakutud tööd tegema. (Deci & Ryan, 2000, lk 229)

Väline motivatsioon sõltub välistest mõjutustest ja on seotud pigem vajaliku käitumisega, mis toimub välise kontrolli või iseregulatsioonina ning on mõjutatud seadustest, normidest või kohustustest. Välimise kontrolli alla kuulub ka positiivne või negatiivne tagasiside, mis mõjutab inimese käitumist. Deci ja Ryan uuringud näitasid, et andes inimestele positiivset tagasisidet, kasvas ka nende sisemine motivatsioon ülesannet täita, sest kiidusõnu kuuldes kipub tegutsemisvalmidus suurenema. Seepärast

suurendab positiivne tagasiside inimese sisemist motivatsiooni, mida saab rakendada ka puudega inimese töölemineku toetamisel. (Deci & Ryan, 2000, lk 183).

Ilma sotsialiseerumiseta on võimatu inimühiskonnas edukalt hakkama saada ning enesemääramisel on siinkohal täita oluline roll. Sotsialiseerumisvajadusest tingituna tahetakse kuuluda ühiskonda ja suhelda teiste inimestega ja omandatakse ühiskonna tavad ning samaaegselt arendab inimene ise oma identiteedi. Kui eneseteostusel ilmnevad takistused, püüavad inimesed muuta oma käitumist ning keskkonda.

Haridusteadlane Urve Läänemets kirjutab Õpetajate Lehes ilmunud artiklis, et enesemääramise ja identiteedi kujunemisel on oluline roll haridusel, sest teadmine aitab suurendada inimese vabadust ja õpetab tegema valikuid ja kasutama enesemääramisõigust. Sotsialiseerumise ja identiteedi kujunemisega kaasneb uus positsioon: olla tunnustatud ning omaks võetud. Samas võib mingi teise, vähem väärtustatud identiteedi omaksvõtuga toimuda lausa tõrjumine. Iseseisev otsustamine, mida omaks võtta ja mida tõrjuda, eeldab teadmisi ja informatsiooni ning suutlikkust kriitiliselt mõelda, et seejärel langetada otsuseid. (Läänemets, 2010, lk 25)

Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia Keskuse veebilehelt (www.mppk.ee) võib lugeda, et enesemääratlemise teooriast on välja kasvanud motiveeriva intervjuerimise meetod, mis põhineb keskkonna mõjuritel - tasu, kiitus ja sisemine motivatsioon. Enesemääramise teooria kohaselt püsib käitumuslik muutus kauem, kuna see tuleneb inimese enda soovidest (autonoomselt) ja vähem siis, kui muutus on motiveeritud väliselt.

Enesemääratlemise teooria alusel on inimesed arengule suunatud – just neile, kellel on valmidus areneda ja õppida, võtta vastu väljakutseid. Teooria võimaldab kasutada nõustamismeetodeid, mis aitab inimesel otsustada ja teha valikuid enese elu muutusteks, sest just muutustele on kogu rehabilitatsioon orienteeritud.

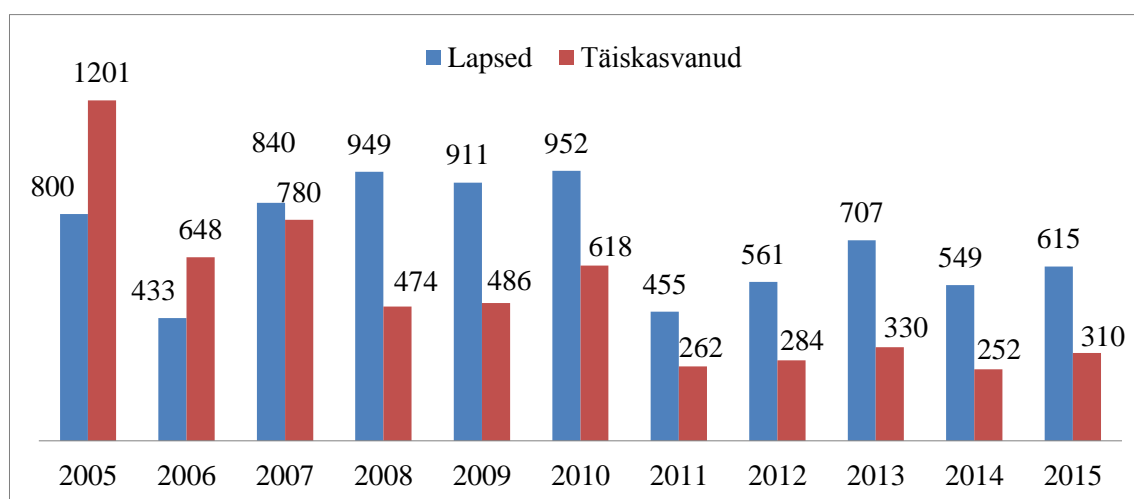
Kvaliteedijuhtimissüsteemi EQUASS *Assurance* rakendamine eeldab, et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisel on teenuse saaja kaasatud kogu rehabilitatsiooni protsessi vältel nii otsuste tegemises kui ka tegevustes (k.a arendustegevus), olles võrdväärne liige spetsialistidest koosnevas rehabilitatsioonimeeskonnas. Kui tegevuste

ja sekkumiste tulemusena on saavutatud inimese enda poolt tajutud positiivne muutus tema elus, võib öelda, et osutatud teenus on olnud eesmärgipärane, tulemuslik ja kvaliteetne.

2. UURIMUS REHABILITATSIOONITEENUSE SAAJA HINNANGUST ENESEMÄÄRAMISELE JA KAASATUSELE

2.1. Ülevaade Jõhvi haigla rehabilitatsiooniprotsessist

SA Jõhvi Haigla on erakapitalil põhinev ettevõtte, mis tegutseb rehabilitatsiooniteenuse osutajana alates 2002. aastast. Lõputöö autor osaleb rehabilitatsioonimeeskonna töös selle loomise algusest peale, mistõttu võib kinnitada, et rehabilitatsiooniteenuse osutamine pole alati olnud ühesugune. Esialgu oli teenuse osutamine orienteeritud palju enam teenuse saajate hulgale ja rehabilitatsiooniplaanide koostamisele. Teenuse juhtude arv ulatus mõnel aastal ligikaudu 2000 juhuni, mida illustreerib alltoodud joonis 3. Teenuse saajateks on alates 2008. aastast ülekaalukalt lapsed, sest rehabilitatsiooniteenuste mahtu sihtrühmade osas reguleeris Sotsiaalkindlustusametiga sõlmitud haldusleping.



Joonis 3. Jõhvi haiglas aastatel 2005–2015 osutatud rehabilitatsiooniteenuse juhtude arv (autori koostatud)a

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise algaastatel osutati Jõhvi haiglas teenust peamiselt spetsialistipõhiselt – iga spetsialist töötas inimesega oma eriala pädevuse piires, arvestamata sealjuures kõiki inimese soove, ootusi ja vajadusi. Teenuste osutamisel prevaleerus meditsiiniline lähenemine, keskenduti pigem haiguse või enesetunde parandamisele. Aastatega on rehabilitatsiooniplaanide koostamise arv Jõhvi haiglas vähenenud poole võrra, kasvanud on sekkumiste osakaal. Autori hinnangul oli stiihilise tegutsemise põhjuseks kogemuste ning ka teenusele kehtestatud kvaliteedinõuete puudumine.

Teenuse arendamise eesmärgil hakkas Jõhvi haigla otsima võimalusi teenuse kvaliteedi parandamiseks ning esialgu võeti aluseks EVS-EN ISO 9001:2001 sertifitseerimismõuded (Eesti Standardikeskus. *n.d.*). Kui 2010. aastal kuulutati välja EQUASS Assurance piloteerimine, osales selles projektis teiste asutuste seas ka Jõhvi haigla. Hetkeseisuga on Jõhvi haigla ainus kolmel korral (2011., 2013. ja 2015. a) sertifitseeritud asutus Eestis. Vaatamata ISO kvaliteedistandardi rakendamisele, tõi EQUASS Assurance rakendamine endaga kaasa uusi avastusi, lähenemiskohti ja õppimist kogu personalile. Igal järgneval resertifitseerimisel on märgatud detaile, millele edaspidi veel enam tähelepanu pöörata.

Rehabilitatsiooniteenust ja selle kvaliteeti reguleerivad mitmed õigusloomeaktid ning neist lähtuvalt on asutuses kasutusel erinevad juhendid ja rehabilitatsiooniprotsesside kirjeldused. Avaliku teabe seaduse § 35 kohaselt peab inimese kohta käivate andmete töötlemine olema avalikkuse eest kaitstud (Avaliku teabe seadus, 2000). Tööjuhendi kohaselt on meeskonnaspetsialist kohustatud isikut teavitama rehabilitatsiooniteenuse käigus tema kohta koostatavatest dokumentidest ja kaebuste esitamise korrast ning saama isikult eelneva põhjal kinnituse teadliku nõusoleku kohta.

Asutusel on välja töötatud kaebuste menetlemise süsteem, mis võimaldab koguda informatsiooni teenuse saajatelt asutuse tegevuse ja teenuste kvaliteedi kohta, et saadud informatsiooni kasutada nii asutuse tegevuste kui ka teenuste täiustamisel. Tagasiside on oluline nii teenuste edukuse hindamisel kui ka arendamisel. Plaanipärased rahulolu-uuringud viiakse läbi regulaarselt kolm korda aastas – veebruari-, juuni- ja novembrikuus. Vastavalt EQUASS Assurance juhendmaterjalile küsitakse tagasisidet

nii teenuse saajatelt, töötajatelt kui ka rahastajatelt (Sotsiaalteenuste kvaliteedi keskus, 2015). Lahtiste uste ja teenuse infopäevi viiakse teenuse saajatele läbi vähemalt kaks korda aastas.

Rehabilitatsiooni edu seisneb teenuse saaja enda osalusest ja seega on oluline, et ta oleks kaasatud kogu protsessi vältel (Anthony & Farkas, 2009, lk 24). Teenuse saajate kaasatust iseloomustab inimese hea teadlikkus, mil ta tunneb end võrdsena ja on väga heas interaktsioonis professionaalidega. Inimese kaasamine eeldab võrdset suhet või sellele lähedast situatsiooni professionaalide poolt (Männik-Sepp, 2014). Teenuse saaja kaasamine toimub rehabilitatsiooniprotsessis järjepidevalt, nii vajaduste hindamise kui ka teenuse planeerimise etapis.

Autori arvates ei tagatud enne EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtete kasutusele võtmist Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenuste osutamisel piisaval tasemel enesemääramisõigust ega kaasatud teenuse saajat temaga seotud otsustesse ja tegevustesse. Tänapäevaks on spetsialistid koolitatud ning eelduste kohaselt toimuvad kõik rehabiliteerivad tegevused teenuse saaja aktiivsel osalusel. Lõputöö autor väidab kogemuste põhjal, et viimaste aastate järjepideva teavitamise tulemusena on teenuse saajate kaasatus ja teadlikkus rehabilitatsiooniprotsessis paranenud.

Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenuste rahuloluküsitlusi viiakse läbi regulaarselt. Kuna seni pole teenuse saajate hinnangut rehabilitatsiooniprotsessis osalemisele ja kaasatusele hinnatud, on käesoleva lõputöö uuring sellele suunatud.

2.2. Uurimismeetod, küsitluse läbiviimine ja ülevaade valimist

Lõputöö keskendub sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse mõõtmisele, lähtudes teenuse saaja hinnangust. Antud lõputöö puhul on tegemist järelhindamisega, st teenuse saajad on lõpetanud aktiivse osalemise rehabilitatsiooniprotsessis ja küsitluse läbiviimise ajal teenusel enam ei viibi. Tulenevalt töö eesmärgist kasutati uuringu läbi viimiseks kvantitatiivset meetodit, mis võimaldab võrrelda teenuse saajate poolt antud hinnanguid rehabilitatsioonile eeldusel, et teenust on osutatud EQUASS *Assurance* kvaliteedipõhimõtteid järgides. Saadud tulemuste põhjal saab analüüsida teenuse tegelikku mõju ning arutleda teenuse parendusvõimaluste üle.

Uuring viidi läbi e-küsitlusena sihtrühmale edastatud ankeeti kasutades. Tegemist oli mugavusvalimiga, sest selle moodustasid Jõhvi haiglas 2015. aastal rehabilitatsiooniteenusel osalenud isikud (või teenuse saaja esindajad – vanem, sotsiaaltöötaja jne), kes olid lõpetanud teenusel käimise ning kes omas e-posti. Isikuandmed saadi Jõhvi haigla elektroonses andmekogust registreeritud rehabilitatsiooniplaani andmestiku osast. Andmete süstematiseerimiseks ja ülevaate saamiseks koostati andmetöötlusprogrammis *Microsoft Excel* esmalt andmematriks, mille põhjal kirjeldati, interpreteeriti ja analüüsiti kogutud andmeid ning koostati erinevaid tabeleid ja jooniseid.

2015. aasta jooksul oli teenuse saajaid kokku 463. Valimisse valiti esmalt kõik isikud, kel oli olemas e-posti aadress (kokku 171). Vastavalt teenuse saajate kontaktandmetes märgitud suhtluskeelele edastati 121 venekeelset ja 50 eestikeelset ankeeti, mille koostamiseks kasutati *Google Drive forms* keskkonda. Kuna nädala jooksul saabus vaatamata meeldetuletamisele kokku ainult 12 vastust, siis otsustati küsimustikud täita telefoniküsitluse teel. Andmete kogumine toimus ajavahemikul 4.–15. aprill 2016.

Poolstruktureeritud ankeedis kasutati nii valikvastustega kui ka avatud küsimusi. Struktureeritud ankeedis (vt lisa 2 ja lisa 3) esitati 13 küsimust, mis olid omakorda jaotatud tinglikult kolme ossa.

Esimeses ehk üldosas küsiti teenuse saajat iseloomustavaid andmeid: vanuse, sotsiaalse staatuse, soo ning teenusel osalemise sageduse kohta. Uuriti, kuidas mõistab teenuse saaja rehabilitatsiooniteenuse olemust, millised olid tema teenusel osalemise eesmärgid ning teenusele sattumise põhjus. Vastusevariantide hulgast võis valida ühe kõige sobivama.

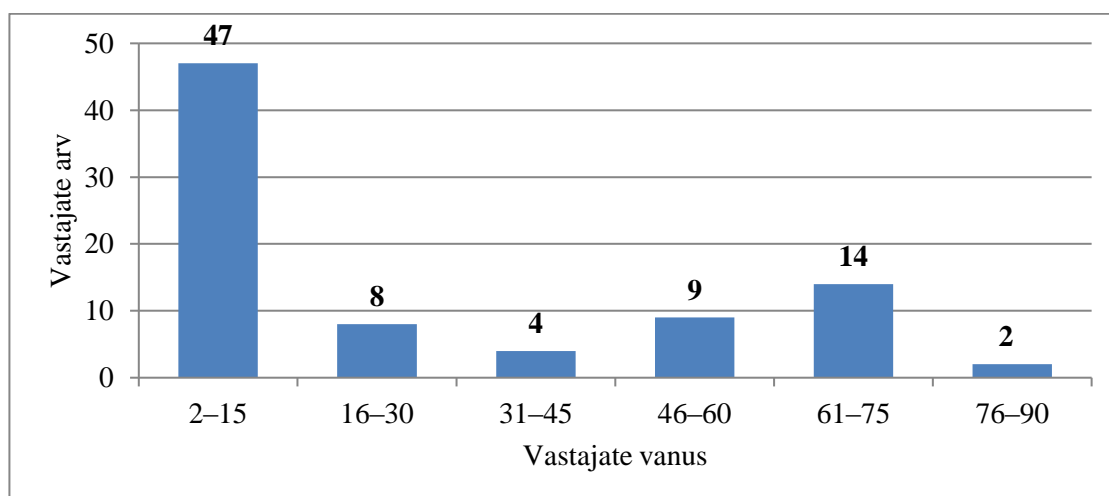
Teise ja kolmanda osa küsimuste koostamisel võeti aluseks EQUASS *Assurance* juhendi põhimõtted, mis olid fokuseeritud teenuse saajate enesemääramisele ja kaasamisele:

- kriteerium 16 – teenuse osutaja informeerib teenuse saajat tema õigustest ja kohustustest (sh andmekaitse korraldusest);
- kriteerium 17 – teenuse osutaja kogub teenuse saajatelt saadud tagasiside enda tegevuse kohta;

- kriteerium 18 – toetab isiku enesemääratlust, s.t teenuse kasutajal on õigus otsustada ja valida;
- kriteerium 28 – teenuse saajate kaasamine, kus teenuse osutaja kaasab teenuse saajaid aktiivselt teenuse planeerimise etappides, üksikute teenuste välja selgitamiseks ning kvaliteedi hindamiseks.

Kolmanda bloki moodustanud küsimuste abil uuriti, kuidas täideti teenuse saaja kaasamise ja enesemääramisega seotud kriteeriumeid. Uuriti, kas talle selgitati rehabilitatsiooniprotsessi, küsiti teadlikku nõusolekut isikuandmete töötlemiseks, kas teenuse saajat kaasati tema rehabilitatsiooni eesmärkide seadmisel ning asutuse rehabilitatsiooniteenuste arendamise protsessis.

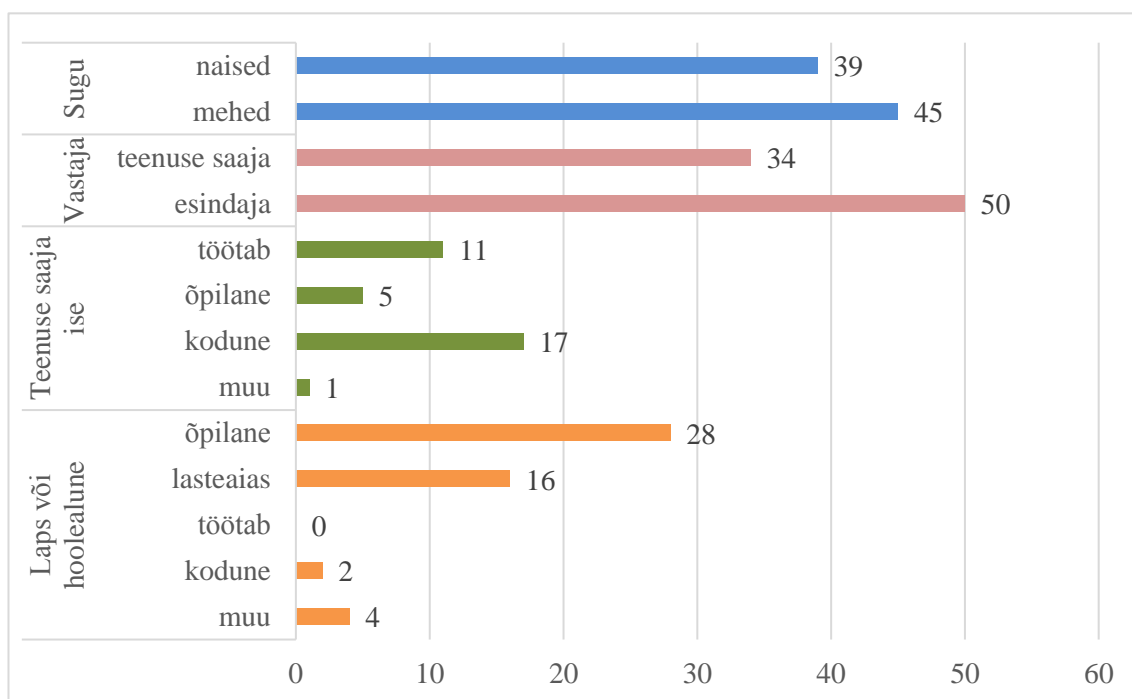
Antud uurimistöö valimi moodustas 84 vastajat, kelle vanuselist jaotust kirjeldab joonis 4. Veidi üle poolte respondentidest ehk teenuse saajatest olid lapsed, 2–15 aastaste laste osakaal oli 56% küsitletud teenuse saajate hulgast. Vanuseline koosseis on piisavalt heterogeenne analüüsi tegemiseks. Autori hinnangul on valimi suurus piisav, et viia läbi respondentide hinnangute analüüs.



Joonis 4. Uuringus osalejate arv vanuse lõikes (autori koostatud)

Küsitlusele vastasid teenuse saajad ise või nende seaduslikud esindajad, näiteks lapsevanem, eestkostja või KOV sotsiaaltöötaja. Kuna osa ankeete täideti telefoniküsitluse teel (täideti eestikeelne ankeet), siis keeleline vastajate jaotus ei selgunud. Vastajatest 40% olid ise teenuse kasutajad ja 60% teenuse saaja esindajad. Soolise

jaotuvuse järgi sattus valimisse veidi üle poole (54%) meessoost ja alla poole (46%) naissoost esindaja.



Joonis 5. Vastajate jaotus sotsiaalse staatuse järgi (autori koostatud)

Eraldi uuriti teenusel osalenute sotsiaalset staatust (vt joonis 5). Teenuse kasutajate seast (kokku 34 84st), kes olid ise teenusel osalejad (reeglina täiskasvanud), oli 50% märkinud end koduseks, 32% töötas, 15% õppis ja 3% (1 inimene) märkis muu (asenduskodu laps).

Teenuse saajate esindajateks olid lapsevanemad (42), eestkostja (5), kohaliku omavalitsuse (1) või erihoolekande asutuse sotsiaaltöötaja (2). Küsitluse valimisse sattunud lastest 56% käis koolis ja 32% lasteaia, ülejäänud märkisid oma sotsiaalseks seisundiks muu või kodune (12%) See, et respondentide hulgast olid üle poolte lapsed (50 84st ehk 60%) kinnitab osaliselt, et rehabilitatsiooniteenusel osalebki rohkem lapsi kui täiskasvanuid.

Üle poolte vastajatest (60%) olid teenusel esmakordselt, mis viitab ühelt poolt sellele, et rehabilitatsiooniprotsessi on sisenenud palju uusi inimesi ning teisalt ehk ka sellele, et teenuse kasutajad ei ringle enam rehabilitatsioonitsükli, olles läbi

rehabilitatsiooniteenuse saanud piisaval määral vajaduspõhist ja eesmärgipärast abi. Teistkordselt oli teenusel 18% ja enam kui kaks korda 22% vastajatest.

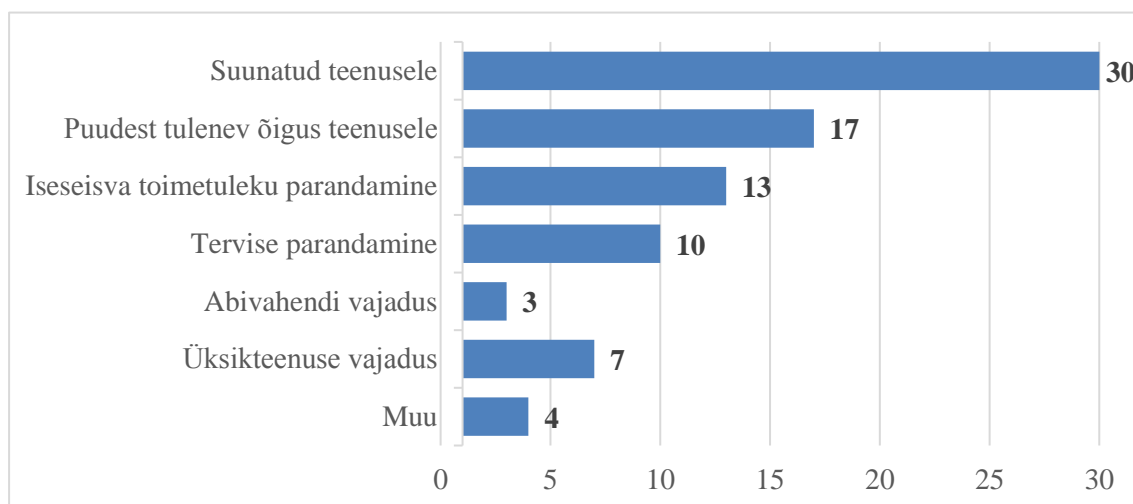
2.3. Uurimistulemused ja analüüs

2.3.1. Teenuse kasutaja tajutud valmisolek rehabilitatsiooniteenuse saamiseks

Teenuse saaja valmisoleku välja selgitamiseks uuriti, kas inimesed on teadlikud rehabilitatsiooniteenuse olemusest. Selleks küsiti isiku rehabilitatsioonile pöördumise põhjuseid ning arvamust enda rehabilitatsiooniteenusel osalemise eesmärgist.

Uuringu tulemusel (vt joonis 6) selgus, et rehabilitatsioonile pöördumise põhjuste järgi jaotusid vastajad järgnevalt: 30 isikut olid teenusele suunatud (uuring ei täpsustanud suunajat), 7 vajab üksikteenust (ainult psühholoogi, logopeedi, füsioterapeudi või tegevusterapeudi teenust). Abivahendite vajaduse tõi välja üksnes 3 teenusele pöördujat.

Rehabilitatsiooniteenusele pöörduti kõige enam seetõttu, et inimest suunati rehabilitatsioonisüsteemi mõne spetsialisti poolt (perearst, eriarst, KOV sotsiaaltöötaja) Siinkohal ei selgitatud, kas suunajaks võis olla ka mõni sõber või tuttav, soovitades taotleda rehabilitatsiooni teenust.



Joonis 6. Rehabilitatsioonile pöördumise põhjused (autori koostatud)

Suunamise kohta esitati küsimus seetõttu, et varasema rehabilitatsiooni töö käigus on ilmnunud juhtumeid, kus spetsialistide poolt soovitatakse pöörduda inimesel

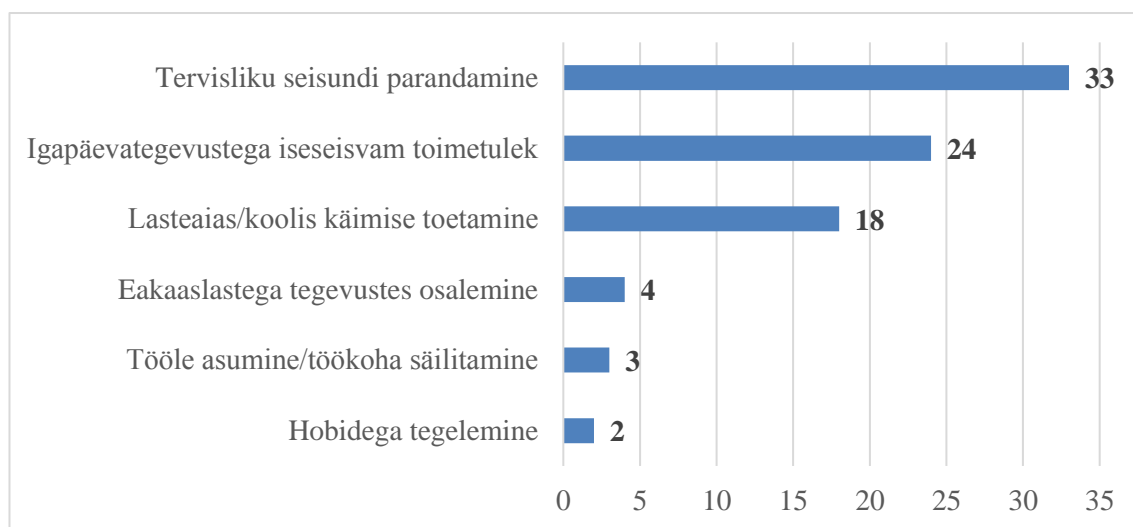
rehabilitatsioonile pere majandusliku seisuga parandamise või taastusravi saamise eesmärgil. Tervise parandamist või üksikteenuse saamist pidasid oluliseks 17 ehk 20% vastajatest. Võib öelda, et nende puhul polnud teenuse osutamine sihipärane, sest rehabilitatsiooniteenus on erinevatest erialaspetsialistidest koosneva meeskonna poolt osutatav kompleksne tegevuste kogum. Ravi- ja üksikteenuste saamiseks on olemas teised võimalused.

Üksnes 15% (13 84st) respondentidest pöördus teenusele selleks, et saavutada igapäevases elus iseseisvam toimetulek. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on mõeldud kõigile puudega inimestele, mis justkui tähendab, et neil kõigil on õigus seda ka saada. Rehabilitatsiooni eesmärgiks on suurendada puudega inimese võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja arendada igapäevaelu oskusi ning vähendada tegevuspiiranguid. Rehabilitatsiooniteenusel osaleja on aga tihtilugu enam keskendunud terviseolukorra parandamisele ja ravimisele. Seetõttu, kui rehabilitatsioonile pöördumise põhjusena tuuakse välja puudest tulenev õigus, siis võib öelda, et teenuse saajal puudus arusaam rehabilitatsiooni olemusest.

Autori kogemusele tuginedes võib öelda, et üksikteenusele (nt logopeedi teenus) pääsemiseks võetakse ette pikaajaline asjaajamine, kuna reeglina on teenus tasuline ning puudub teadmine, kuidas vajalikku teenust saada. Lasteaegades on logopeedi teenuse osutamisel pikk järjekord ja nii pääseb näiteks alakõnega kolme aastane laps teenusele alates viiendast eluaastast. Kõnehäirega lapse puhul on see ilmselgelt hiline sekkumine, kuid lahenduseni pole jõutud. Võimalik, et selline probleem on ainult Ida-Virumaal, kuna regioonis napib logopeedilise väljaõppega spetsialiste.

Kui uuriti, mis on vastajate arvates rehabilitatsiooni üldine eesmärk (vt joonis 7), siis 39% vastanutest väitsid, et nende teenusel osalemise eesmärgiks on läbi raviprotseduuride tervisliku seisundi parandamine. Autori hinnangul tuleks ainult füsioteraapia teenust vajavatele inimestele osutada pigem meditsiinilise rehabilitatsiooni teenust ehk taastusravi. Samas on siiani perearste, kes suunavad teadlikult inimesi üksikteenuse vajadusega sotsiaalsüsteemi rehabilitatsiooniteenusse ja on arvamusel, et Haigekassa poolt rahastatavat taastusravi inimene ei vaja. Nii on inimese sõnul

öeldudki: “Rehabilitatsiooni taotluse vorm sai täidetud, saate vajalikke teenuseid sealtkaudu.”



Joonis 7. Vastajate jaotumine rehabilitatsiooniteenuse eesmärkide järgi (autori koostatud)

Laste (vanuses 2–15) rehabilitatsioonile pöördumise eesmärk oli suures osas tervise parandamine (32 last 50st). Teise olulise rühma moodustasid isikud, kes olid vastanud, et “see aitab igapäevaste tegevustega paremini ja iseseisvamalt hakkama saada” (17 last 50st). Ühel korral oli toodud eesmärgina ära, et “rehabilitatsioon aitab eakaaslastega tegevustes osaleda”.

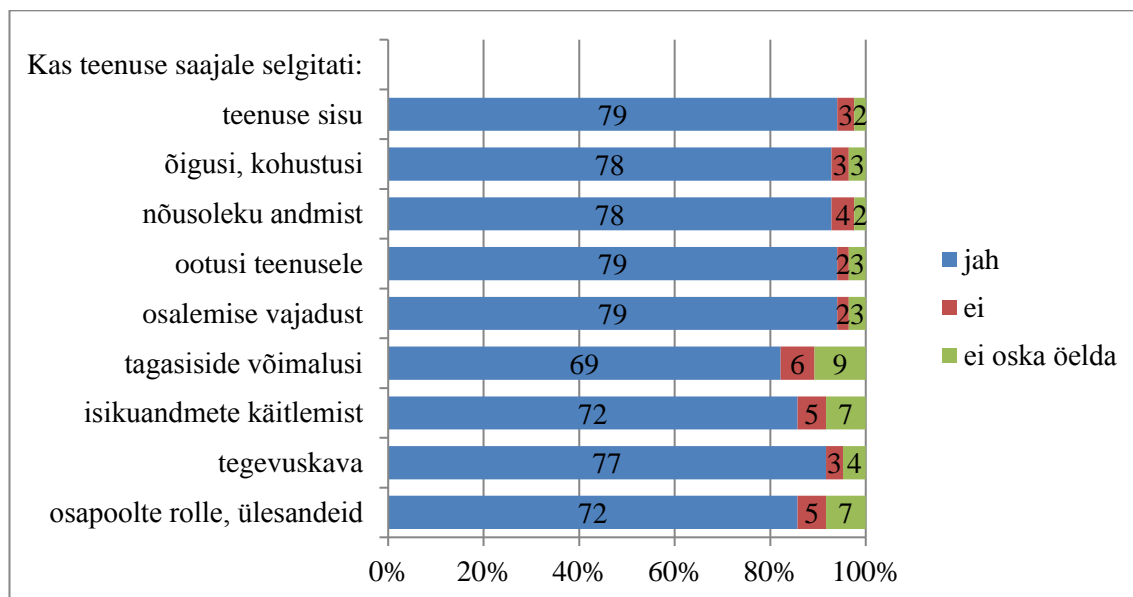
Täiskasvanute puhul (vanus 16–63) oli peamise rehabilitatsiooni eesmärgina ära toodud, et “rehabilitatsioon aitab igapäevaste tegevustega paremini ja iseseisvamalt hakkama saada” (19 vastajat 34st), järgnes “erinevad raviprotseduurid parandavad tervislikku seisundit” (9 vastajat) ning töö ja koolis käimist toetavana teenuse saamist nimetas 5 vastajat.

Uuringust selgus üllatuslikult, et just laste hulgas oli peamiseks rehabilitatsiooni eesmärgiks tervise parandamine. Võimalik, et selle põhjuseks on tervishoiutöötajate poolt laste suunamine rehabilitatsioonisüsteemi, et asendada taastusravi protseduuride osutamist tervishoiuteenusena. See selgitus tuleneb rehabilitatsioonimeeskonnas töötamise kogemusest, vesteldes teenusel osalenud laste vanematega. Täiskasvanute

puhul on hea tõdeda, et oluliseks peetakse iseseisva toimetuleku parandamist igapäevategevustes, mitte raviprotseduuride saamist ega tervise parandamist.

2.3.2. Teenuse saaja kaasamine ja enesemääramise õiguse rakendumine

Eeldatavasti informeerib Jõhvi haigla rehabilitatsioonispetsialist teenuse saajat ja saab teenuse kasutajalt teavitatud nõusoleku ning kaasab teda rehabilitatsiooni protsessis.



Joonis 8. Teenuse saaja hinnang teenuse osutaja informatsiooni jagamisele (autori koostatud)

Küsimusele, kas rehabilitatsiooniteenuse osutamisel selgitati teenuse saajale rehabilitatsiooni teenuse protsessi olemust (vt joonis 8), vastas 95% jaatavalt, üks isik vastas eitavalt ning kolm vastajat ei osanud oma arvamust öelda. 92% vastanutest olid informeeritud teenuse saaja õiguste ja kohustuste osas, üks isik vastas, et teda ei ole teavitatud ning viis ei osanud arvamust avaldada. Oma teadliku nõusoleku rehabilitatsiooniprotsessis osalemise kohta oli andnud 91% vastanutest ning kaks inimest viitasid, et neilt ei ole nõusolekut küsitud, viis inimest ei osanud vastust anda.

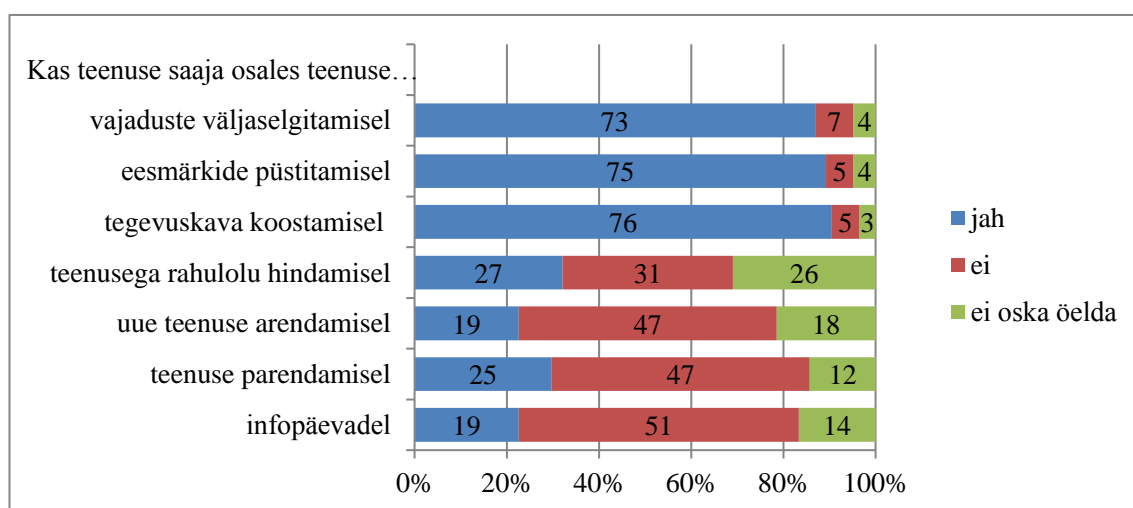
Uuriti ka seda, kas teenuse saajalt on küsitud tema soove ja ootusi rehabilitatsioonile, millele vastasid jaatavalt 95% teenuse saajatest. Üks teenusel osalenud uuritav vastas, et

temalt ei ole küsitud tema isiklikke ootusi rehabilitatsioonile ning kolm ei teadnud arvamust avaldada.

Joonisel 8 nähtub veel, et rehabilitatsiooniteenusel osalejatele on meeskonnaliikmete poolt enamikul juhtudel selgitatud võimalust väljendada enda ootusi ja soove rehabilitatsioonis enda eesmärkide püstitamisel, küsitud nõusolekut andmete käitlemiseks, räägitud isikuandmete kaitstuse kohta, selgitatud teenuse saaja õigusi ja kohustusi rehabilitatsioonis osalemise protsessis, ning uuritud saadud informatsioonist arusaamist.

Mõnevõrra üllatuseks osutus see, et vastajad hindasid informeeritust tagasiside andmise kohta võrreldes muu informatsiooniga kõige madalamalt, kuigi klientide tagasiside kogumine teenuste osutamisel on tavapärane.

Eraldi küsimuste seeria esitati teenuse saajatele kaasatuse välja selgitamiseks. Selleks küsiti isikutelt nende rehabilitatsiooniprotsessis osalemise kohta. Enamus teenuse saajaid vastasid, et nad osalesid ise enda rehabilitatsiooni eesmärkide püstitamisel, teenuste vajaduste väljaselgitamisel, tegevuskava koostamisel (85%). Rahulolu mõõtmine on aga teenuse ja asutuse töö kvaliteedi üheks mõõdetavaks hindamise aluseks (Juran and Godfrey, 2000).



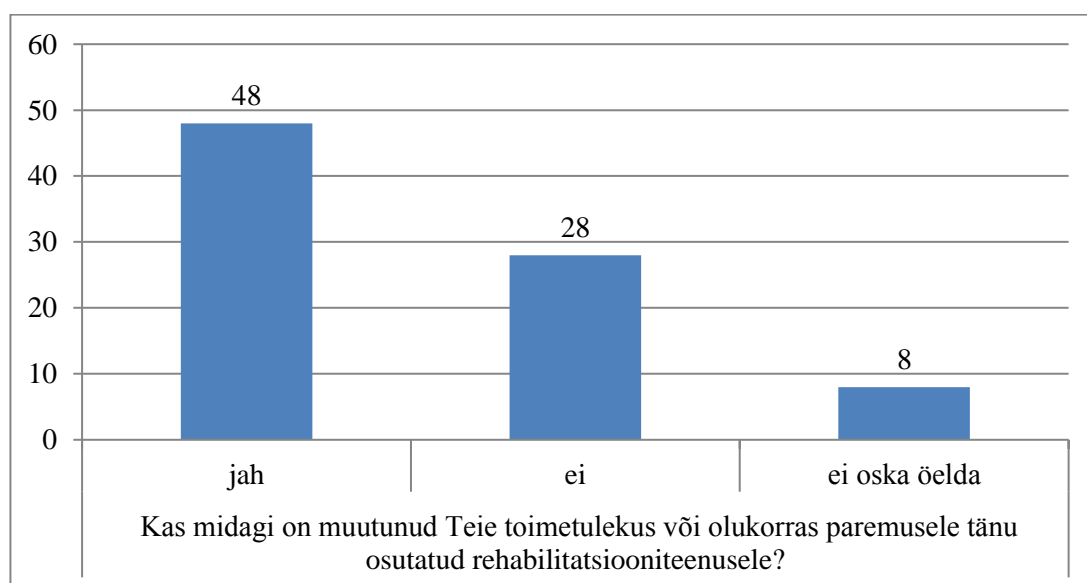
Joonis 9. Teenuse saaja kaasatus rehabilitatsiooni protsessis (autori koostatud)

Selgus, et kõige vähem kaasati teenuse saajaid uute teenuste arendamisse. Valimisse sattunud inimeste käest oli sellega kokku puutunud vaid ca 23% vastanutest. Pooled

vastasid, et nad ei olnud arendamisküsimusega kokku puutunud (nende käest ei olnud küsitud). Ühelt poolt on see mõistetav, kuna arendusteemade käsitlemine ei ole asutuse igapäevane tegevus. Arendusteemaga pöördumisi tehakse isikute poole periooditi. Samas antakse alati võimalus inimesele läbi ettepanekute tegemise kaasa rääkida. Sama proportsioon teenuse saajaid oli kokku puutunud infopäeval osalemisega (sh saadi kutse infopäeval osalemiseks). Infopäevi viiakse Jõhvi haiglas läbi kaks korda aastas.

2.3.3. Teenuse saajate üldine rahulolu

Lõputöö raames küsiti vastajatelt teenusega üldise rahulolu kohta skaalal 1–10, kus 1 – ei ole üldse rahul ja 10 – väga rahul. Vastanutest 45% olid hinnanud enda rahulolu teenusega maksimaalse hindegga 10. Hindega 7–9 palli hindas teenusega rahul olemist 48% vastajatest. Mitte rahulolevaid (pallides 1–3) oli 3,6%. Lisaks sooviti teada saada, kas teenust kasutanud inimese olukord on seoses teenuse saamisega paremaks muutunud. (vt joonis 10)



Joonis 10. Teenuse saaja hinnang (autori koostatud)

Kõige suurem hulk vastanutest arvas, et seoses rehabilitatsiooniteenusega on paranenud nende tervis. Positiivseks üllatuseks oli see, et üsna suur hulk vastajaid (17%) pidas rehabilitatsiooni tulemuseks uusi oskusi ja teadmisi, et igapäevaelus paremini hakkama saada ning on enam teadlikumad rehabilitatsiooniteenuse osutamisest (6%). Suur hulk,

st kolmandik vastas aga, et seoses rehabilitatsiooniteenuse osutamisega ei ole midagi muutunud.

Vastajatel oli avatud küsimustele vastamisega võimalus teha ettepanekuid teenuste parendamiseks. Järgnevalt tuuakse mõned näited vastustest: “Tahaks teada kuhu võib pöörduda; informeerimine peab olema konkreetne, mitte nimekirjana; informatsiooni on palju, rohkem täpsemat, lihtsamat infot; soovin saada rehabilitatsiooniteenuseid, mitte teooriat”.

Oli mitmeid ettepanekuid, kus soovitati arendada vesiravi ja muid protseduure, neist pooled vastajad vanuses üle 60 aasta ja pooled alla 10 aastaste laste esindajatest. Tehti ettepanek lastelaagri korraldamiseks (tulevikus võimalik rehabilitatsiooniprogrammi raames). Tunti puudust ka vähese või selgemini arusaadava informatsiooni osas, kusjuures viimase ettepaneku tegijad olid rohkem nooremad inimesed vanuses 16–31 ja keskealised. Muretseti, et „enam sanatooriumi tuusikuid ei anta ning protseduure saab vähe“ (vastajad olid üle 65 aasta vanused). Probleemina toodi välja dokumentide aeganõudev liikumine (kahe lapse vanemad ja pensionieas isik). Üks teenuse kasutaja (ühiksa-aastase lapse vanem) oli märkinud, et ta ei olnud saanud teenusega rahul ega saanud abi, infot ning tal puudusid ka ettepanekud teenuse parandamiseks.

Kuigi avalikkuses on palju kättesaadavat infot, puudub osadel perearstidel ülevaade ning teadmine sotsiaalsest rehabilitatsioonist. Vaatamata toimunud infopäevadele tuleks teenuse osutajal teha lisaks muudele organisatsioonidele ka senisest enam koostööd perearstidega.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Sotsiaalse rehabilitatsiooni peamiseks eesmärgiks on inimese võimalik iseseisev toimetulek ja tema osalemine ühiskonnaelus. Uuringust selgus, et 15% teenuse saajatest pöördus rehabilitatsioonile iseseisva toimetuleku parandamise eesmärgil, mis vastab sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärkidele. Kuid 20% oli teenuse saajaid, kes pöördusid teenusele ainuüksi selle tõttu, et neil on puudest tulenev õigus saada rehabilitatsiooniteenuseid, teadvustamata endale tegelikku vajadust. Autori hinnangul

on ainult õiguspärasuse tõttu pöördunud isikute arv liialt suur, mis näitab, et inimesed ei ole teadlikud, milleks teenust taotleda ja kuidas see neid aidata võib.

Oli isikuid, kes taotlesid rehabilitatsiooni selleks, et saada üksikteenusena logopeedi, füsioterapeudi, tegevusterapeudi või psühholoogi teenust. Autorile teadaolevalt jätkub sama tendents, sest tihti ei leidu muud võimalust, kui saada abi läbi rehabilitatsiooniteenuse. Tegelikult vajaks sihtrühm pigem haridus-, tervishoiu- või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid teenuseid ning ei peaks neid saama läbi rehabilitatsioonisüsteemi (liigne bürokraatia, ressursikulu, sihi-ja eesmärgipärasuse puudumine).

Kuigi uuringu tulemustest selgub, et on neid teenuse saajaid, kes on teadlikud sotsiaalse rehabilitatsiooni olemusest ja eesmärkidest, on suur osakaal neid, kes ootavad rehabilitatsioonilt raviteenuseid, mis aitavad parandada tervist. On hea tõdeda, et rohkem on neid (enam täiskasvanute hulgas), kes on teadlikumad teenuse kasutajad ja teenuse sisust õigesti aru saanud, sest uuringu tulemused näitavad, et kahel kolmandikul Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenuste kasutajatel on olemas informeeritus ja arusaam teenuse osutamise eesmärkidest, mis kattub riigi poolt seatud eesmärkidega.

EQUASS kvaliteedisüsteemist valitud kliendi õiguse tagamise põhimõtte kriteeriumiks on enesemääramine läbi selle, et teenuse osutaja informeerib ja teavitab teenuse saajat. Küsimustele vastanutest ca 90% hindasid, et neid on informeeritud teenuse sisu, õiguste ja kohustuste osas, oli küsitud ootusi rehabilitatsioonile. Veidi madalam protsent teenuse saajad tunnetasid, et neid informeeriti isikuandmete käitlemise osas ja selgitati osapoole rolle rehabilitatsioonis. Kõige vähem tunnetasid teenuse saajad infost arusaamise peegeldamist (82%). Uuringu andmetel saab autor väita, et Jõhvi haigla rehabilitatsiooniteenuste osutamisel on teenuse kasutajate enesemääramine tagatud 90% ulatuses.

EQUASS kaasamise kriteeriumi kohaselt peab iga teenuse saaja hindama koos spetsialistiga oma vajadusi, seadma enda isiklikud muutuste saavutamise eesmärgid ja hindama edusamme. Teenuse saaja hinnanguid analüüsid selgus, et mitte kõik ei tunnetanud enda osalemist rehabilitatsiooni tegevuskava koostamisel, eesmärkide seadmisel ja/või vajaduste väljaselgitamisel. Üllatavalt madalaks osutus isikute arv,

kellelt oli küsitud tagasisidet teenusega rahulolu kohta. EQUASS kvaliteedisüsteemi eelduste kohaselt peaks isiku kaasatus tegevuskava koostamisel ja teenuse kohta tagasiside andmisel olema sajaprotsendiline. Autorile on teada, et teenuse lõppedes küsitakse isikult tema enda tulemustega rahulolu, hinnates tulemuste saavutamise taset skaalal 1–10. Oodati tunduvalt kõrgemat teenuse tulemuslikkusele tagasisidet andnute hulka. Võimalik, et küsimuse esitamiskiis oli mitmeti mõistetav ja vastajad ei saanud õiget hinnangut seetõttu anda. Seega saab hinnangu tulemusena öelda, et teenuse kasutajad ei ole kaasatud piisavalt enda teenuse tulemuslikkusega rahulolu hindamises.

Teenuse arendamisse ja infopäevadel osalemise hõlmatus oli ootuspäraselt madala haaratusega, sest suuremad arendusprotsessid toimuvad tavaliselt tsüklitena. Hinnangutes selgus, et ainult neljandik teenuse saajatest on kutsutud osalema infopäevadele või neilt küsitud arvamust teenuse arendamise kohta, seega teenuse kasutajad on siiski olnud kaasatud asutuse poolt teenuse arendustegevusse.

Enamus teenuse saajad pidasid teenust tulemuslikuks, kõige suurem hulk vastanutest viitas, et seoses rehabilitatsiooniteenusega on nende tervis paranenud. Kolmandik vastajatest väitis, et seoses rehabilitatsiooniga ei ole nende elus muutusi paremuse poole aset leidnud.

Küsimustiku edastamisel ilmnis, et ainult ühel kolmandikul teenusel osalejatel on esitatud võimaliku suhtlemiskanalina e-posti aadress (võimalik, et spetsialistide poolt on jäänud märkimata). Infotehnoloogia arenedes võiks suurt kasu ja kokkuhoidu saada elektroonsel teel suhtlemisel (digiallkirjastamine, info ja teavitusematerjali edastamine jne). Uuringust lähtunud analüüsi tulemusena esitab lõputöö autor SA Jõhvi Haigla rehabilitatsioonimeeskonnale järgmised ettepanekud:

1. Teenuse kasutaja teenuse tulemuslikkus hindamine - vaadata üle teenuse saajate rahulolu hindamine nii asutuse teenuse osutamise kui ka teenuse saaja isiklike eesmärkide tulemuslikkuse hindamise osas.
2. Informeerimine - vaadata üle teenuse saajate teavitamise ja informeerimise vahendid ja võimalused, et tagada info edastamine inimesele veelgi arusaadavamas ja lihtsamal keeles, nt anda infolehti koju kaasa, kasutada kontaktvestlusel tagasipeegeldus meetodit, veendumaks, et inimene sai aru räägitust õigesti aru jne.

3. Pöörata tähelepanu teenuse saaja osalemisele tema enda otsuste tegemisel (tegevuskava koostamisel), kaasates teda tegevuskava sõnastamisele.
4. Informeerimine – selleks, et adekvaatne info jõuaks perearstideni, tuleks läbi viia perearstidele teavitustöö koostöös Sotsiaalkindlustusametiga (üritus peaks olema korraldatud nii, et perearstid üritusel ka aktiivselt osaleksid).
5. Teenuse saajate kontaktandmete käitlemine – rehabilitatsiooniteenusega seotud andmetesse või plaani andmestikku märkida inimese elektronposti aadress, et inimesega lihtsamini kontakti saada, infot omavahel jagada.

Meeskonnal ja koostööpartneritel tuleks ülaltoodud ettepanekuid võtta soovitusena, mitte kriitikana. Rehabilitatsiooniteenus areneb koos teenuse saajate ja selle osutajatega.

Kokkuvõtvalt selgus SA Jõhvi Haigla 2015. aasta rehabilitatsiooniteenuse saajate hinnangu analüüsist, et vähemalt kaks kolmandikku teenuse saajaid on teadlikud tänase sotsiaalse rehabilitatsiooni olemusest ja eesmärkidest ning kolmandik on neid, kes ootavad rehabilitatsioonilt raviteenuseid, mis aitavad parandada tervist.

Teenuse saajad tunnetasid enda enesemääramisõigust keskmiselt 84% ulatuses. Väiksem hulk teenuse kasutajaid tundsid, et neid on kaasatud uute teenuste arendamise ja olemasolevate parandamise protsessis (keskmiselt 25%). Autorile üllatuseks oli asjaolu, et ainult kolmandik vastajatest olid andnud tagasisidet teenusega rahulolu kohta, kuigi EQUASS kriteeriumid peaksid olema kõik saajaprotsendiliselt täidetud.

KOKKUVÕTE

Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli välja selgitada, kuidas tajuvad SA Jõhvi Haigla rehabilitatsiooniteenuse saajad kvaliteedisüsteemi rakendamisel teenuse olemust ja tunnetavad enda osalemist ning kaasatust rehabilitatsiooni protsessis, lähtudes kvaliteedistandardist EQUASS *Assurance*.

Lõputöö esimeses osas antakse ülevaade teoreetilisest alustest. Teises osas tutvustatakse läbiviidud kvantitatiivset uuringut ja selle tulemusi ning tehakse ettepanekud SA Jõhvi Haigla rehabilitatsioonimeeskonnale.

EQUASS „õiguse“ põhimõtte dimensiooniks on enesemääramisõigus, mis on inimese põhiõigus, kuid sotsiaalteenuste mõistes tähendab, et igäüks võib ilma välise surveta otsustada rehabilitatsiooniprotsessis oma tegevuse üle – olema ise endasse puutuvate küsimuste otsustaja. Selleks peab teenuse saajat igati informeerima, et tagada teadlik osalemine ja tema valiku õigused. Isik peab teadma rehabilitatsiooniprotsessi toimumise korrast, saama aru selle üldisest põhimõttest ja vajadusest ning kohustustest osaleda ise aktiivselt protsessis, mida kinnitab oma teadliku nõusolekuga.

Rehabilitatsiooniteenuse eduka tulemuse saavutamiseks on oluline teenuse saaja kaasamine. Kvaliteediraamistik ütleb, et teenuse osutajad peavad julgustama teenuse kasutajaid osalema teenuste kavandamise, osutamise ja hindamisega seotud otsuste tegemisel, et tagada isikule suurem kontroll oma elu üle. EQUASSi kaasamise kriteeriumi kohaselt peab teenuse osutaja aktiivselt kaasama teenuse saajaid ka uute teenuste arendamisel ning osutatud teenuste kvaliteedi hindamisel.

Lõputöö viidi läbi kvantitatiivset uurimismeetodit kasutades, analüüsima SA Jõhvi Haigla 2015. aastal teenuse saajate poolt antavaid hinnanguid. Selleks koostati

valikvastustega poolstruktureeritud 13 küsimusega ankeet. Küsimused lähtusid EQUASSi enesemääramisõigus ja kaasamine kriteeriumitest.

Respondentide arv oli kokku 84. Vastajatest 40% olid ise teenuse kasutajad ja 60% teenuse saaja esindajad (lapsevanem, hooldaja või omavalitsuse esindaja). Valimisse sattus erinevate vanuserühmade esindajaid (2–78 aastat). Üle poolte vastanutest oli 2–15 aastaste laste esindajad.

Tulemustena selgus, et SA Jõhvi Haigla 2015. aasta hinnanguid andnud rehabilitatsiooniteenuse saajatest on vähemalt kaks kolmandikku mõistavad tänase sotsiaalse rehabilitatsiooni olemust ning teenuse üldisi eesmärke. Kolmandik on neid, kes ootavad rehabilitatsioonilt raviteenuseid ja tervist parandavaid protseduure, mis ei vasta sotsiaalteenusele seatud ootustele.

1. Peaaegu kõik teenuse saajad tajusid enda osalust ja õigust rehabilitatsiooni eesmärkide seadmisel ja tegevuskava koostamisel ning tundsid end teavitatuna õiguste ja kohustuste, osapoolte rollide ning isikuga seotud andmete kaitse osas. Rehabilitatsiooniprotsessi käigus enda kaasatust teenuste vajaduse väljaselgitamisel, eesmärkide püstitamisel, tegevuskava koostamisel tunnetasid 84% vastajatest. Tunduvalt vähem oli aga neid, kes osalesid infopäevadel, uute teenuse arendamisel või teenuste muutmise protsessis (alla 25%). Ligikaudu sama palju hinnangu andnutest väitis, et nad ei ole osalenud teenusega rahulolu tagasiside andmisel, kuigi EQUASS kvaliteedistandardi kriteeriumid peaksid olema täidetud sajaprotsendiliselt.

2. Peamised autoripoolsed ettepanekud rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedi tõstmiseks, lähtudes teenuse saaja kaasamisest ja enesemääramisõigusest, on vaadata üle teenuse saajate teavitamise ja informeerimise vahendid ja võimalused, et tagada info edastamine inimesele veelgi arusaadavamas ja lihtsamal keeles. Kasutada kontaktvestlusel tagasipeegeldus meetodit, veendumaks, et inimene sai aru räägitust õigesti aru. Samuti vaadata üle teenuse saajate rahulolu hindamine nii asutuse teenuse osutamise kui ka teenuse saaja isiklike eesmärkide tulemuslikkuse hindamise osas.

VIIDATUD ALLIKAD

- Albrecht G. L. (toim). (2006). Mental Health. Encyclopedia of disability. (p 1077). California: Thousand Oaks. Loetud aadressil <https://uk.sagepub.com/engb/eur/encyclopedia-of-disability/book220819>
- Anthony, W., & Farkas, M. (2009). A Primer on the Psychiatric rehabilitation Process. Boston: Boston University. Loetud aadressil <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Primer-on-the-Psychiatric-Rehabilitation-Process.pdf>
- Arus, K. (2013). MTÜ Balti Sotsiaalteenuste Kvaliteedi Liit. *Sotsiaaltöö*, 4, 4–46.
- Avaliku Teabe seadus (2000). *Riigi Teataja I*, 92, 597. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/122032011010>
- Bakk, A., Grunewald, K. (1999). *Vaimupuudega inimeste hoolekandest*. Tallinn: Külim.
- Barnes, M. P., & Ward, A. (2005). *Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Blouin, M., & Echeverri, L. E. V. (2010). Rehabilitation. *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 1–14. Loetud aadressil <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/rehabilitation.pdf>
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. London: W. W. Norton & Company.
- Chan, F., Reid, C., Kaskel, L. M., Roldan, G., Rahimi, M., Mpofu, E. (1997).

Vocational assessment and evaluation of people with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 8, 311–325.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

Deci, E., & Ryan, R. (2008). Self-determination Theory: A Macrotheory Of Human Motivation, Development, And Health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49, 182–185. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>

Eesti Puuetega Inimeste Koda. (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Tallinn: Artek OÜ

Eesti Standardikeskus. (2009). *Kvaliteedijuhtimissüsteemid ja nõuded. Quality management systems Requirements (ISO 9001:2008)*. Tallinn: Eesti Standardikeskus.

Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). Riigi Teataja I, 26, 349. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002>

Ennet, H. L. (2013). Tervise ja haiguse käsitlused meditsiinifilosoofias. *Eesti arst*, 92, 205–211. Loetud aadressil <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/11490/6674>

Euroopa Nõukogu ministrite komitee. (2006). Puuetega inimeste elukvaliteedi tõstmine Euroopas 2006–2015. Loetud aadressil http://www.coe.int/t/dg3/disability/ActionPlan/PDF/Rec_2006_5_Estonia.pdf

Euroopa Sotsiaalteenuste Kvaliteet. (2012). *EQUASS kriteeriumid (2012 versioon)*. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/EQUASS_kriteeriumid_2012.pdf

European Foundation Centre. (2010). *Study on challenges and good practices in the implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Final Report VC/2008/1214)*. Loetud aadressil <http://www.sabancivakfi.org/files/html/hakkimizda/konsorsiyum/report.pdf>

- Evans, D. S., McGuire, B. E., Healy, E., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 913–21.
- Gzil, F., Lefevre, C., Cammelli, M., Pachoud, B., Ravaut, J., François, L. (2007). Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability & Rehabilitation*, 15, 1616–1624. doi: 10.1080/09638280701618620
- Hanga, K. (2012). Rehabilitatsioon läbi aastate. Sinuga. Eesti Puuetega Inimeste Koda. *Talv*, 4, 25–27. Loetud aadressil http://www.epikoda.ee/wpcontent/uploads/2012/08/ajakiri-sinuga_talv.pdf
- Hanga, K. (2013). *ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon ja puuetega inimeste õigused Eestis*. Tallinn: Eesti Puuetega Inimeste Koda.
- Haukanõmm, M. (2012). *Riiklikud teenused puudega Inimestele. Heade praktikate kogumik. Käsiraamat*. Tallinn: Eesti Puuetega Inimeste Koda.
- Holm, K. E., Casaburi, R., Cerreta, S., Gussin, H. A., Husbands, J., Porszasz, J., ...Krishnan, J. H. (2015). Patient Involvement in the Design of a Patient Centered Clinical Trial to Promote Adherence to Supplemental Oxygen Therapy in COPD. *Patient*, 9, 271–279. doi: 10.1007/s40271-015-0150-z.
- Jaeger, P. T., Bowmann, C. A. (2005). *Understanding Disability. Inclusion, Access, Diversity and Civil Rights*. Westport, Conn: Praeger Publishers.
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (2000). *Juran's Quality Handbook. (5th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Kelly, F., Kelly C., & Craig, S. (2007) *HRB statistics series: annual report of the national intellectual disability database committee*. Dublin:Health Research Board.
- Krais-Leosk, M. (2012). ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni

ellurakendamise. Loetud aadressil <http://www.epikoda.ee/epikoja-arendusseminar-jauldkoosolek-19-oktoober/>

Levald, H. (2010). Kvaliteedijuhtimine ja selle rakendamine avalikus juhtimises. *Riigikogu Toimetised*, nr 22. Loetud aadressil <http://www.riigikogu.ee/rito/index.php?id=14298&op=archive2>

Luuk, M. (2005). 21. sajandi sotsiaalpoliitika: uued riskid, uued valikud. *Acta politica: TLÜ riigiteaduste osakonna väljaanne*.

Läänemets, U. (2010). Identiteet kui mõistetud ja väärtustatud kooslus. *Õpetajate leht*, 3, 25–28. Loetud aadressil http://haridus.opleht.ee/Arhiiv/3_2010/lugu8.pdf

Lyons, A. & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. New York: Cambridge University Press.

Madise, Ü., Aaviksoo, B., Kalmo, H., Mälksoo, L., Narits, R., Pruks, P., Vinkel, P. (2012). *Eesti Vabariigi põhiseaduse kommenteeritud väljaanne*. Tallinn: Juura.

Mansfield, A., Wong, J. S., Bayley, M., Biasin, L., Brooks, D., Brunton, K., ... Mellroy, W. E. (2013). Using wireless technology in clinical practice: does feedback of daily walking activity improve walking outcomes of individuals receiving rehabilitation post-stroke? Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 13, 1471-2377. doi: 10.1186/1471-2377-13-93

Mattson, T. (2006). Erivajadustega inimeste rehabilitatsioonisüsteem pole jätkusuutlik. Riigikontroll. Loetud aadressil <http://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/557GetPage/4/557Year/-1/ItemId/53/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

Männik-Sepp, M. (2014). *EQUASS Assurance kvaliteedisüsteemi mõju uuring*. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/Hindamise_lopparuanne.pdf

- Oliver, M., Sapey, B., Thomas, P. (2012). *Social work with disabled people. Practical Social Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Põder, K. (toim). (2014). *Puudega inimeste sotsiaalne lõimumine. Social integration of disabled people*. Tallinn: Statistikaamet.
- Põlluste, J. (toim.). (2005). *Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK/ICF)*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Riigikontroll. (2008). *Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste osutamine (järelaudit)*. Aruanne. Loetud aadressil www.digar.ee/arhiiv/et/download/104678
- Rimm, H. Somaatiliste haiguste rehabilitatsioon. Vaimse tervise poliitika Eestis. Konverents I. Loetud aadressil <http://www.epry.ee/assets/Oppematerjalid/1-Konverents-I.pdf>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2013). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, development and wellness*. New York: The Guilford Press
- Salokekkilä, P. (2011). *Encounters in the health care – the voice of the patient*. University of Eastern Finland: Public Health and Clinical Nutrition Dissertation
- Siegert, R. J., Ward, T., Playford, E. D. (2010). Human rights and rehabilitation outcomes. *Disability and Rehabilitation*, 32, 965–971. doi: 10.3109/09638281003775360
- Soosaar, A. (2004). Informeeritud nõusolek kui protsess. *Lege Artis*, 6, 38–40.
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). Riigi Teataja I, 5, 713. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>
- Sotsiaalministeerium. (2014). *Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava aastateks 2016–2023*. Loetud aadressil

https://valitsus.ee/sites/default/files/contenteditors/arengukavad/sotsiaalse_turvalisuse_arengukava_koostamise_ettepanek.pdf

Sotsiaalteenuste kvaliteedi keskus. (2015). *EQUASS Assurance kvaliteedisüsteemi põhimõtted: juhendmaterjal*. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/EQUASSi_lisamaterjal.pdf

Tervise Arengu Instituut. (2008). Tegevusjuhendaja käsiraamat. Loetud aadressil https://intra.tai.ee/images/prints/documents/130156046355_Tegevusjuhendaja_kasiraamat_est.pdf

The Social Protection Committee. (2010). *A Voluntary European Quality Framework For Social Services*. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/voluntary_framework.pdf

Töötukassa. (2015). *Tööturuteenuste osutamine töövõimereformi sihtrühmale*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/57_lisa.pdf

Vana, T. (2013). *Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks. Analüüsi lõpparuanne*. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/Projekti_1_5_0303_12_0534_Sotsiaalteenuste_kvaliteedi_analyys_ja_ettepanekud_lyhiversioon.pdf

Wade, D. (2016). Rehabilitation – a new approach. Part three: the implications of the theories. *Clinical Rehabilitation*, 1, 3–10. doi:10.1177/0269215515620984

World Health Organization. (n.d.). *Goals of rehabilitation. Posters on self-care and mobility; functional independence and social participation; education and work*. Retrieved from www.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/275803/Goals-disability-rehabilitation_set-of-3-posters_Eng_LL.V.pdf


Lisa 1. EQUASS põhimõtted, dimensioonid ja kriteeriumid

	PÕHIMÕTTED	DIMENSIOONID	KRITEERIUMID
1	Juhtimine	Missioon, visioon ja kvaliteedi põhimõtted Kommunikatsioon Aastaplaani koostamine Panus ühiskonda	1, 2 3, 4 5, 6 7, 8
2	Personal	Personali juhtimine Personali kvalifikatsioon ja arendamine Personali kaasamine	9, 10 11, 12 13, 14
3	Õigused	Õigused ja kohustused Enesemääramisõigus	15, 16, 17 18 – teenuse osutaja austab iga teenuse saaja põhiõigust enesemääratlusele 19 – teenuse osutaja toetab teenuse saajat eestkostja (eestkõneleja) ja/või tugiisiku leidmisel
4	Eetika	Eetika põhimõtted Rollid ja vastutus	21, 22, 23, 24 25
5	Koostöösuhted	Koostööpartneritega suhtlemine	26, 27
6	Osalemine	Teenuse saajate kaasamine Teenuse saajate jõustamine	28 – teenuse osutaja kaasab teenuse saajaid aktiivselt teenuse planeerimise etappides, hinnangu andmise dialoogis ja kvaliteedi hindamises

			29 – teenuse osutaja algatab iga-aastaselt teenuse saajate osalemisega seotud protsesside (tegevuse kirjelduste) hindamise nii individuaalsel, kui kollektiivsel tasandil
			30, 31
7	Isikukesksus	Kliendi vajaduste väljaselgitamine	32, 33
		Individuaalne planeerimine	34, 35
8	Laiahaardelisus	Teenuse osutamise protsess	36, 37
		Katkematu teenuse osutamine	38, 39
		Terviklik lähenemine	40, 41
9	Tulemustele orienteeritus	Tulemuste mõõtmine	42, 43
		Tulemuste hindamine	44, 45
		Tulemuste raporteerimine	46, 47
10	Kestev areng	Kestva arengu tsükkel	48, 49
		Innovatsioon	50

Allikas: Sotsiaalteenuste, 2015. (autori koostatud)

Lisa 2. Küsimustik eesti keeles



Rehabilitatsiooniteenuse kohta küsitlus

Hea teenusel osaleja, meie andmetel olete viibinud SA-s Jõhvi Haigla rehabilitatsiooniteenustel, s.h rehabilitatsiooniplaani koostamisel. Sellega seoses pöördume Teie poole palvega osaleda Tartu Ülikooli Pärnu Kolledži sotsiaaltöö korralduse üliõpilase lõputöö uuringus, milles saate anda oma hinnangu rehabilitatsiooniteenusele. Saadud tulemuste põhjal on võimalik senisest enam pöörata tähelepanu teenuse osutamisele ja võtta arvesse teie ettepanekuid rehabilitatsiooniprotsessi parendamiseks. Uuringu tulemuste kokkuvõtte avalikustatakse asutuse veebilehel alates 01.06.2016

Ette tänades
Tiit Sepp, TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korralduse üliõpilane

* Kohustuslik

1. Palun märkige rehabilitatsiooniteenuse saaja vanus *

Teie vastus _____

2. Palun märkige rehabilitatsiooniteenuse saaja sugu *

Mees

Naine

3. Kas kasutasite ise rehabilitatsiooniteenust? *

Jah

Ei

4. Kui jah, siis kas Te

käite koolis

- töötate
- olete kodune
- Muu: _____

5. Kui rehabilitatsiooniteenust kasutab Teie laps või hoolealune, siis kas ta

- käib lasteaias
- käib koolis
- on kodune
- käib tööl
- Muu: _____

6. Mitmendat korda oli(te) rehabilitatsiooniteenusel? *

- Esimest korda
- Teist korda
- Rohkem kui kaks korda

7. Märkige rehabilitatsiooniteenusele pöördumise põhjused?

*

- Mulle on määratud puue ja seetõttu on mul õigus rehabilitatsiooniteenusele
- See on teenus, mis ravib mu tervist
- Mind suunati rehabilitatsiooniteenusele
- Taotlesin teenuse saamist, sest see aitab mul igapäevaelus iseseisvamalt paremini toime tulla
- Vajan teenust abivahendi saamiseks
- Vajan ainult psühholoogi abi

- Vajan ainult logopeedi teenust
- Vajan ainult füsioteraapia teenust
- Vajan ainult tegevusterapeudi teenust
- Muu: _____

8. Mis on rehabilitatsiooniteenuse eesmärk Teie arvates? *

- Erinevad raviprotseduurid parandavad tervislikku seisundit
- See aitab igapäevaste tegevustega paremini ja iseseisvamalt hakkama saada
- Selle teenuse abil on võimalik tööle asuda ja/või tööd säilitada
- Rehabilitatsioon aitab mul hobidega tegeleda
- Rehabilitatsioon aitab eakaaslastega tegevustes osaleda
- See teenus toetab lasteaias/koolis käimist
- Muu: _____

9. Kas rehabilitatsiooniteenuse osutamisel *

	Jah	Ei	Ei oska öelda
selgitati Teile, mis on rehabilitatsiooni teenus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selgitati Teie õigusi ja kohustusi rehabilitatsiooniprotsessis osalemisel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
küsitati Teilt nõusolekut saadud andmete käitlemiseks?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
küsitati Teie soove ja ootusi rehabilitatsioonile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arvestati Teie soove rehabilitatsioonis enda eesmärkide püstitamisel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
küsitati Teilt kuidas te kogu saadud informatsioonist aru saite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
räägiti isiku andmete kaitstuse kohta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kas Teile tutvustati, millistest tegevustest rehabilitatsioon koosneb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kas selgitati, mis on Teie ja spetsialistide ülesanded /rollid rehabilitatsiooniteenusel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Kas rehabilitatsiooniteenuse osutamisel *

	Jah	Ei	Ei oska öelda
Teie osalesite enda rehabilitatsiooniteenuste vajaduste väljaselgitamisel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie ise püstitasite oma rehabilitatsiooni eesmärgid (koos spetsialistidega)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie osalisite oma tegevuskava koostamisel (koos spetsialistidega)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie käest on küsitud tagasisidet teenusega rahulolu kohta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie käest on küsitud arvamust uute teenuste arendamise kohta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teie käest on küsitud tagasisidet teenuste paremaks muutmise kohta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teid on kutsutud osalema infopäevadele?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Hinnake palun Jõhvi haigla poolt osutatud rehabilitatsiooniteenusega rahulolu *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei ole üldse rahul väga rahul

12. Kas midagi on muutunud Teie toimetulekus või olukorras paremusele tänu osutatud rehabilitatsiooniteenusele?

Jah

Ei

—

Ei oska öelda

13. Palun selgitage, mis on muutunud seoses rehabilitatsiooniteenuse saamisega *

Teie vastus

14. Kui Teil on ettepanekuid teenuse kasutajate informeerimisel ja inimese kaasamisel, palun kirjutage siia *

Teie vastus

Rehabilitatsioonialane küsitlus

Täname vastamisele kulutatud aja eest!
Head tervist Teile!

 100%: ongi valmis.

SAADA ÄRA

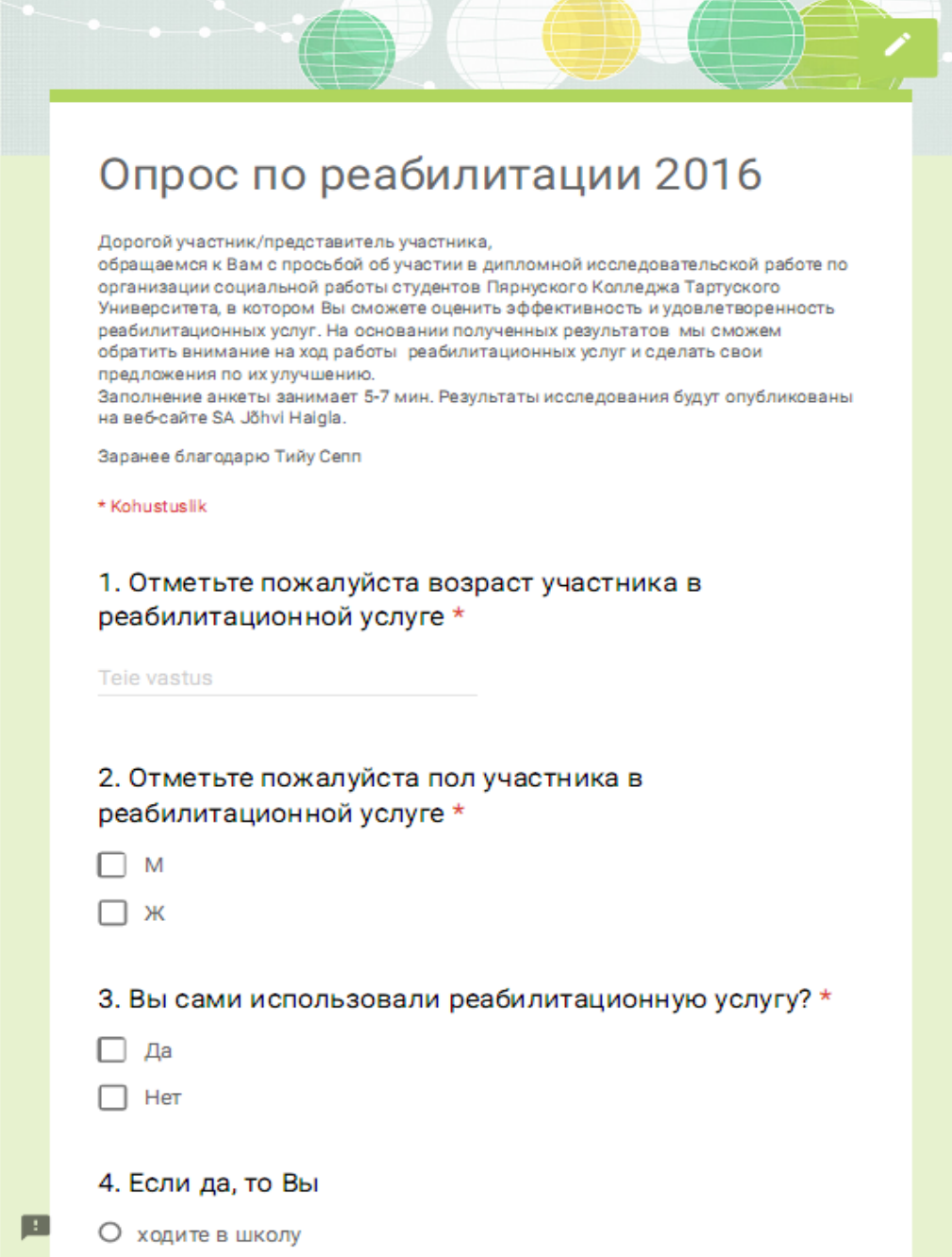
Ärge saatke parooli kunagi Google'i vormide kaudu.

See vorm loodi domeenis OÜ Corrigo. Väärkasutusest teatamine • Teenusetingimused • Lisatingimused

Google Forms

Lisa 3. Küsimustik vene keeles

I



Опрос по реабилитации 2016

Дорогой участник/представитель участника, обращаемся к Вам с просьбой об участии в дипломной исследовательской работе по организации социальной работы студентов Пярнуского Колледжа Тартуского Университета, в котором Вы сможете оценить эффективность и удовлетворенность реабилитационных услуг. На основании полученных результатов мы сможем обратить внимание на ход работы реабилитационных услуг и сделать свои предложения по их улучшению. Заполнение анкеты занимает 5-7 мин. Результаты исследования будут опубликованы на веб-сайте SA Jõhvi Haigla.

Заранее благодарю Тийу Сепп

* Kohustuslik

1. Отметьте пожалуйста возраст участника в реабилитационной услуге *

Teie vastus _____

2. Отметьте пожалуйста пол участника в реабилитационной услуге *

М

Ж

3. Вы сами использовали реабилитационную услугу? *

Да

Нет

4. Если да, то Вы

ходите в школу

- работаете
- сидите дома
- Мии: _____

5. Если реабилитационную услугу получает ваш ребенок или подопечный человек, то он

- ходит в школу
- работает
- сидит дома
- ходит на работу
- Мии: _____

6. В который раз получали реабилитационную услугу? *

- Первый раз
- Второй раз
- Более чем два раза

7. Отметьте причину/причины по которым обратились к реабилитационной услуге? *

- У меня установлена степень дефекта в здоровье и из-за этого у меня есть право получать реабилитационные услуги
- Это услуга, которая вылечит меня
- Меня направили на реабилитационную услугу
- Ходатайствую о получении услуги потому, что это помогает мне лучше справляться с каждодневными обязанностями
- Нуждаюсь в услуге для получения вспомогательных средств
- Нуждаюсь только в помощи психолога

- Нуждаюсь только в услуге логопеда
- Нуждаюсь только в услуге физиотерапевта
- Нуждаюсь только в услуге трудотерапевта
- Мии: _____

8. Какой, по Вашему мнению, является цель реабилитационной услуги? *

- Различные лечебные процедуры исправляют состояние здоровья
- Это помогает лучше справляться с каждодневными обязанностями и стать самостоятельнее
- С помощью этой услуги есть возможность устроиться на работу и/или сохранить работу
- Реабилитация помогает заниматься любимыми хобби
- Реабилитация помогает принимать участие в мероприятиях со своими сверстниками
- Эта услуга помогает при посещении детского сада/школы
- Мии: _____

9. При оказании реабилитационной услуги *

	Да	Нет	Не могу сказать
объяснили ли Вам, что такое реабилитационная услуга?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
объяснили ли Вам Ваши права и обязанности в процессе оказания реабилитационной услуги?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
спросили ли Ваше разрешение на обработку полученных данных?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
спросили ли у Вас о Ваших желаниях и ожиданиях в реабилитации?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
были ли приняты во внимание			

пожелания Ваших собственных целей по организации реабилитации?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
спросили ли у Вас, насколько точно Вы усвоили информацию о реабилитационных услугах?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
говорили ли Вам о защите Ваших личных данных?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ознакомили ли Вас из каких действий состоит реабилитация?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Объяснили ли Вам, какими являются задачи/роли в реабилитационной услуге у Вас и у специалистов?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. При оказании реабилитационной услуги *

	Да	Нет	Не могу сказать
вы участвовали для выяснения собственной потребности в реабилитационной услуге?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
вы сами ставили себе цели по реабилитации(со специалистами)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
вы участвовали в составлении своей программы действий(вместе со специалистами)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
была ли проведена с Вами обратная связь по удовлетворенности услугами?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
спрашивали ли Ваше мнение по поводу развития новых услуг?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
была ли проведена с Вами обратная связь по поводу улучшения проведения услуг?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
приглашали ли Вас участвовать в информационных днях?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Оцените пожалуйста оказанную реабилитационную услугу со стороны больницы Йыхви по шкале от 1 до 10

*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

совсем не
доволен



очень
доволен

12. Изменилось ли что-либо в Вашей жизни благодаря оказанной Вам реабилитационной услуге? *

- Да
- Нет
- Не могу сказать

13. Пожалуйста объясните, что изменилось в связи с получением реабилитационной услуги *

Teie vastus

14. Если у Вас есть предложения по поводу информирования пользователей услугой или вовлечения людей, то напишите их пожалуйста сюда *

Teie vastus

Pealkirjata

Благодарим Вас за ответы и затраченное Вами время
Хорошего Вам здоровья!

 100%: ongi valmis.

SAADA ÄRA

Ärge saatke paroolt kunagi Google'i vormide kaudu.

SUMMARY

EVALUATION OF REHABILITATION SERVICES: CUSTOMER INCLUSION AND SELF-DETERMINATION IN JÕHVI HOSPITAL

Tiiu Sepp

This subject was chosen following media reports and a government audit review into provision of rehabilitation services; both highlighted general misperception of the delivery and purpose of rehabilitation services. Since 2011 organisations in Estonia, including the Jõhvi Hospital, have implemented the *EQUASS Assurance* certification, an international quality management system that aims to improve and evaluate the level of social services.

The purpose of the research study was to investigate how in the *EQUASS* framework recipients of rehabilitation services perceive the quality of services and recipients' inclusion in the rehabilitation process provided by organisations that have implemented the certification programme. The following research questions were formed:

1. How do recipients of rehabilitation services perceive the nature of the services,
2. How do recipients of rehabilitation services assess the participation in setting their aims and developing the activity programme (the aspect of self-determination),
3. How do recipients of rehabilitation services evaluate their inclusion, considering the framework of *EQUASS* quality standard.

First, an overview of theoretical principles is provided. Second, an introduction and results of the quantitative research study, as well as recommendations to the rehabilitation team of Jõhvi Hospital (SA Jõhvi Haigla) are provided.

With the evolution of societies the definition of *disability*, and subsequently the nature of rehabilitation services, has changed. The existence of disability in society is no longer treated as a group of individuals in a set of sub-culture, rather the constitution grants equal rights to all individuals, including the right to, for example, work, go to concerts, partake in social activities, attend to their hobbies etc.

The definition *disability* has for a long time been associated with an individual's state of health. However, in 1986 the *World Health Organisation (WHO)* at the Ottawa Harta Conference gave the definition of health an additional dimension of social environment, which proposed that disabilities and limitations to activities are due to lack of consideration given to human rights, in other words an unaccommodating environment.

All individuals of a society live in a common environment, have the same rights and responsibilities to contribute to the society to the best of their capabilities. This aspect has changed the approach to rehabilitation services in order to provide well-being accordingly to the needs of each individual. Previously the provision of social services to disabled individuals was considered to be rehabilitation of disabled individuals, however, since the social policy in Estonia was changed, the service was divided in two in 2016 – social rehabilitation and work-related rehabilitation, where purposes of both services differ.

The quality principle of *EQUASS Assurance* is to express common values and aims to achieve a common understanding of the quality of social services. The quality principles align with principles of other quality management frameworks, however, the additional principles of quality management of social services include engaging various stakeholders – social policy decision-makers, financiers, service providers, and service recipients – who all act towards the same goal; whereas central to the provision of social services is the individual and/or their family's well-being; the service providers are motivated to offer high standard service, and service development strives to improve the well-being and needs of the recipients.

The rights principle dimension of *EQUASS* is the *right to self-determination*, which is a constitutional human right, however, in the context of social services this means that everyone can decide without external pressure the activities of their rehabilitation

process – enabling individuals to make decisions in matters that concern them. It is with the rehabilitation service providers to sufficiently inform the service recipient, so that awareness participation and the right to decision-making is achieved. The recipient must be informed of the rehabilitation process, understand principles and necessity of rehabilitation, and acknowledge responsibility to actively participate in the process by giving their consent.

Achieving successful results of rehabilitation services requires inclusion of the service recipient. The quality framework states that service providers should encourage recipients to partake in decisions relating to planning, provision and evaluation of services, to ensure better control in their life. According to the inclusion criteria of *EQUASS*, the service provider must actively include service recipient in the development of new services and evaluation of the quality of previously provided services.

A quantitative research methodology was used in this study to analyse evaluations from respondents who had received services by Jõhvi Hospital in 2015. A survey of half-structured 13 questions with multiple answers was prepared. Questions were formulated using the criteria of self-determination and inclusion set out in *EQUASS* principles.

The survey was distributed via *Google Drive Forms* to 171 service recipients. Randomness of the survey was provided through distribution to those recipients whose email address was available in the database. Phone interviews were conducted to obtain a sizeable sample to conduct an analysis.

Microsoft Excel spreadsheet was used for setting up the database and pivot analyses to group and analyse survey responses, and create tables and charts.

In total 84 respondents took the survey. Of those, 40% were users of the service, while 60% represented a service recipient (i.e. parent, carer or council representative). The sample included a variety of age groups (2–78 years). Over half the respondents were representatives of children aged 2–15 years.

In conclusion, two thirds of service recipients in Jõhvi Hospital in 2015 considered themselves aware of the nature and general purposes of social rehabilitation. A third of

respondents had expected to receive medical treatments and health improving procedures, which are not aligned with the goals of social services. The majority of service recipients perceived their participation and right to prepare goals and activities of their rehabilitation plans; and thought they were informed of rights and responsibilities, roles of each party, and privacy policy relevant to individuals (over 90% of respondents).

4. Inclusion in the decision-making during the rehabilitation process, when identifying needs, setting goals, and devising the rehabilitation action plan, was perceived by 84% of the respondents. There were significantly less of those recipients who took part of information days, developing new services or the process of changing services (below 25%). Approximately same number of respondents said they had not participated in providing a satisfactory feedback, even though *EQUASS* quality standard criteria should be filled in full.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Tiiu Sepp,

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

Rehabilitatsiooniteenuse saaja hinnang tema kaasatusele ja enesemääramisõigusele Jõhvi haigla näitel,

mille juhendaja on Kandela Õun ja kaasjuhendaja Triin Vana,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

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

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

Pärnus, 14.01.2017