

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Kristel Laurits

**VAIMSE TERVISE TEENUSE SAAJATE  
REHABILITEERIMINE AS  
HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA KODU  
NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: MA Dagmar Narusson

Pärnu 2014

Soovitan suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud “.....” ..... 2014.a.

TÜ Pärnu kolledži sotsiaaltöö korralduse osakonna juhataja

Tiiu Kamdron .....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

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

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	5
1. Rehabilitatsioon vaimse tervise valdkonnas .....	8
1.1. Rehabilitatsiooni olemus .....	8
1.1.1. Rehabilitatsiooni eesmärk ja mõiste.....	8
1.1.2. Rehabilitatsiooni protsess .....	11
1.1.2. Inimese rehabiliteerimise eesmärgid ja keelekasutus .....	16
1.2. Vaimse tervise teenuse saajate õigused ja tegevusvõime.....	21
1.3. Rehabilitatsioon Eesti erihoolekandes.....	25
1.3.1. Erihoolekanne Eestis ja selle teenused.....	25
1.3.2. Ööpäevaringse erihoolekandeteenuse osutamine AS Hoolekandeteenused Tõrva Kodu näitel .....	28
1.3.3. Tegevusjuhendaja funktsioonid ja igapäevatöö ööpäevaringse erihoolekandeteenuse osutamisel.....	32
2. UURIMUS – ÖÖPÄEVARINGSE ERIHOOLEKANDETEENUSE OSUTAMINE AS HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA KODUS.....	34
2.1. Uurimuse eesmärk, andmete kogumis- ja analüüsimeetod .....	34
2.2. Uuriija mõju andmekogumisele ja -analüüsile .....	38
2.3. Uurimisandmete analüüs .....	39
2.3.1. Rehabilitatsiooni ja tegevusplaani seotus.....	39
2.3.2. Tegevusjuhendaja Oskused ja kliendi tegevusvõime.....	41
2.3.3. Igapäevane töökorraldus – probleemid ja ettepanekud.....	44
UURIMUSE ARUTELU JA JÄRELDUSED FOOKUSINTERVJUDEST .....	49
Kokkuvõte.....	52
Viidatud allikad.....	54
Lisad.....	58

Lisa 1. Eesti erihoolekandeteenused .....	58
Lisa 2. Tegevusplaan.....	60
Lisa 3. Tegevusjuhendaja tööülesanded.....	62
Lisa 4. Fookusintervjuu kava .....	63
Summary .....	65

## **SISSEJUHATUS**

Euroopa Nõukogu puuetega inimeste õiguste kaitse ja ühiskonnas täisosaluse edendamise tegevuskava: puuetega inimeste elukvaliteedi tõstmine Euroopas 2006–2015 järgi peaksid erivajadustega inimesed suutma elada võimalikult sõltumatult. Võimalused iseseisvaks eluks ja sotsiaalseks kaasamiseks luuakse aga eelkõige ühiskonnas elades. Tegevuskava järgi nõuab ühiskonnas toimetuleku tõhustamine strateegilist poliitikat, mis toetab üleminekut institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele süsteemile, alates iseseisvast elukorraldusest kuni elamiseni turvatud, toetava toimetulekuga väikestes süsteemides. (Euroopa Nõukogu... 2006).

Eesti strateegiline sotsiaalpoliitika sai erihoolekandeteenuste süsteemis alguse 1990. aastate lõpul, mil osutati psüühiliste erivajadustega inimestele vaid üht ööpäevaringse hooldamise teenust. Hetkel toimib 9-teenuseline süsteem, mis on mõeldud psüühiliste erivajadustega täiskasvanutele.

Teema on aktuaalne, sest 2010. aastal alustas AS Hoolekandeteenused Eestis üleminekut institutsionaalselt hoolduselt kogukonnapõhisele süsteemile. Tegu on suurima erihoolekandeteenuste osutajaga ja täielikult riigile kuuluva ettevõttega. AS Hoolekandeteenuste erihooldekodude reorganiseerimise projekti raames loodi 11 Eesti paigas 550 teenusekohta psüühilise erivajadusega inimestele, kokku rajati 55 uut peremaja. Reorganiseerimise käigus koliti elanikud ümber uutesse peremajadesse ja suleti suured Ravila, Kernu, Udriku, Mõisamaa ja Aavere hooldekodud. (Pärnumaal 2012)

Projekti rahastati kolmest allikast: Euroopa Regionaalarengu Fondist sihtfinantseeringuna 22,1 miljoni eurot, riigieelarvest 3,9 miljonit eurot ning omafinantseeringuna lisati 3,3 miljonit eurot. Kokku oli projekti maksumus 29,3

miljonit eurot (Äripäeva Top...2013). Võib öelda, et tegu oli ühe kõigi aegade suurima erihoolekandesüsteemi teenuste osutajate sisese muutusega, sest ümberkorralduste käigus suleti viis suurt hooldekodu ja avati Eesti 11 eri paigas kokku 55 uut kümnekohalist peremaja. Ehitati kaheksa uut kaasaegsetest peremajadest koosnevat moodsat kodu ning laiendati kolme toimivat kodu.

Uuele peremajade süsteemile üleminek nõudis samuti pädevat kollektiivi üle Eesti. Peremajade ehitamise ajal koolitati läbi Töötukassa tegevusjuhendajaid, kellest suurem osa, näiteks Tõrva kodus, pole sarnase sihtgrupiga eelnevalt kokku puutunud. Kokku loodi Tõrva linna 22 töökohta, kellest 11 on läbinud tegevusjuhendaja 260 tunnise koolituse. Kui esimene aasta kulus Tõrva kodu tegevusjuhendajatel klientide ja töö sisu tundmaõppimisele, siis igal järgneval aastal tuleb keskenduda teenuse kvaliteedile ja järjepidevuse tagamisele.

Lõputöö eesmärgiks on selgitada välja, kuidas tegevusjuhendajad mõistavad rehabilitatsiooni ja mil viisil nad tegelevad igapäevaselt inimese rehabiliteerimise eesmärkide saavutamiseks vaimse tervise valdkonnas Tõrva kodus ööpäevaseringse erihooldusteenuse osutamisel ning, kuidas näevad oma töö olemust ja eesmärke.

Töö eesmärgist lähtuvalt püstitati uurimisküsimused:

- Millised on peamised probleemid ja väljakutsed ööpäevaringse erihoolekandeteenuse osutamisel tegevusjuhendajatel oma igapäevatöös?
- Mida mõtlevad tegevusjuhendajad rehabilitatsioonist ja mida peavad silmas tegevusvõime all?
- Kuidas kasutavad tegevusjuhendajad rehabilitatsiooniplaani abistava dokumendina klienditöö planeerimisel ja tegevusplaani koostamisel?
- Kas ja kuidas on ööpäevaringsele erihoolekandeteenusele määratud klientide rehabilitatsiooniplaanid ja sealsed eesmärgid suunatud kliendi tegevusvõime arendamisele?
- Milline võimalus on tegevusjuhendajal oma igapäevatöös erinevaid ressursse (aeg, erialased teadmised ja -oskused, personaalsed kompetentsid, näiteks käsitöö, sport jne.) kasutades aidata kliendil tema rehabilitatsiooniplaanis olevaid eesmärke täita või eesmärkide täitmiseni jõuda?

Lõputöö viidi läbi kvalitatiivse uurimusena. Uurimisandmeid koguti poolstruktureeritud fookusgrupi intervjuude käigus. Valim koosnes 16 Tõrva kodu tegevusjuhendajast, kellest 10 on läbinud tegevusjuhendaja 260-nea tunnise koolituse. Andmete töötlemisel kasutati temaatilise sisuanalüüsi meetodit.

Töö koosneb teoreetilisest ja praktilisest osast. Käesoleva teema mõistmiseks on esmalt vaja teoorias anda ülevaade rehabilitatsiooni eesmärgist, protsessis ja sihtgrupist. Seda eelkõige selleks, et mõista tegevusjuhendaja töö sügavamat tähendust ja juuri. Lisaks antakse ülevaade tegevusjuhendaja tööst, funktsioonidest ja Eesti erihoolekande süsteemist.

Teises peatükis antakse ülevaade uurimisprobleemist, - eesmärgist ning sellest tulenevalt uurimisküsimusest, millele otsitakse vastuseid. Kirjeldatakse uurimismeetodit, uurimuse läbiviimist, valimit ja analüüsitakse uurimistulemusi. Töö arutelu ja järelduste osas tuuakse välja peamised uurimisel põhinevad järeldused ning tehakse ettepanekuid ööpäevaringse erihoolekandeteenuse tõhustamiseks AS Hoolekandeteenused Tõrva kodus.

### **Töös on kasutatud järgnevaid mõisteid:**

*Rehabilitatsioon – eesmärgistatud protsess, mille käigus võimaldatakse erivajadustega inimestel arendada ja säilitada oma potimaalset füüsilist-, tunnete-, vaimset-, psühholoogilist- ja sotsiaalset funktsioneerimise taset. Rehabilitatsioon annab vaegustega inimestele vahendid, mida nad vajavad saavutamaks iseseisvus ja enesemääratlus. (World Health Organization...2014)*

*Tegevusvõime – inimese võime saada hakkama oma igapäevase eluga harjumuspärasel keskkonnas (nt kodus, tööl ja vabal ajal), omades selleks vajalikke eeldusi. Tegevusvõimet mõjutavad kolm komponenti: tegevustarvikud (inimtegevuse kategooriad, eesmärgi järgi), tegevuseeldused (inimese võimed ja oskused) ja keskkond (füüsiline ja sotsiaalne ümbritsev keskkond). (Klaasen jt 2010: 90)*

# 1. REHABILITATSIOON VAIMSE TERVISE VALDKONNAS

## 1.1. Rehabilitatsiooni olemus

### 1.1.1. REHABILITATSIOONI EESMÄRK JA MÕISTE

Rehabilitatsioon kui eraldi valdkond on tõsisemalt hakanud arenema 20. sajandi lõpul, mil erinevad autorid ja organisatsioonid on hakanud avaldama oma seisukohtasid. Rehabilitatsiooni olemuse mõistmiseks on oluline tutvustada kõigepealt erinevaid lähenemisi selle eesmärgile ja mõistele. Käesolev peatükk annabki ülevaate tänapäeval kasutusel olevatest rehabilitatsiooni eesmärkidest ja definitsioonidest läbi aegade.

Rehabilitatsioonil on pikk ajalugu ja selle jooksul on tehtud palju katseid defineerida rehabilitatsiooni olemust. 2007. aastal koostati rehabilitatsiooni kirjeldamiseks vastav definitsioon, mis põhineb Rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioonil (*inglisekeelne lüh ICF*). Nimetatud dokument kuulub WHO (*World Health Organization*) perekonda ja loob vundamendi kirjeldamiseks rehabilitatsiooni. Rahvusvahelisel funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon e. RFK pakub laialt tunnustatud ja aksepteeritud konseptuaalset mudelit ja klassifitseerib inimese organismi funktsioone. Meyer jt (2011) toovad oma artiklis „*Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy*“ välja, et rehabilitatsioon on strateegia, mis tugineb WHO funktsioneerimise, puude ja tervise mudelile ja integreerib:

- käsitlusi, et hinnata funktsioneerimist lähtudes tervise olukorrast;
- käsitlust, et optimeerida isikuvõimeid;
- käsitlust, et pakkuda kaasavat keskkonda;
- käsitlust, et arendada isikusooritust;

- käsitlust, et tõsta isiku tervisega seotud elukvaliteeti.

Rehabilitatsioon kujutab endast partnerlussuhet isiku ja teenuse osutajatega, väärtustades isiku taju oma positsioonist elus, arvestades terviseolukorda ja erinevaid vanusegrupe. Eelnev rehabilitatsiooni kirjeldus on vastu võetud ESPRMi (*European Society of Physical & Rehabilitation Medicine*) poolt, mille liige on ka Eesti Taastusraviarstide Liit. (Meyer jt. 2011: 43, 765-768)

Maailma Terviseorganisatsioon e. WHO defineerib rehabilitatsiooni oma kodulehel, kui eesmärgistatud protsessi, et võimaldada erivajadustega inimestel arendada ja säilitada oma optimaalset füüsilist-, tunnete-, vaimset-, psühholoogilist- ja sotsiaalset funktsioneerimise taset. Rehabilitatsioon annab vaegustega inimestele vahendid, mida nad vajavad saavutamaks iseseisvus ja enesemääratlus. (World Health Organization 2014)

Dean jt (2012) on vahendanud Jefferson, G. (1941), kes andis ajalooliselt kõige varasema definitsiooni tervishoiu valdkonnas, mille alusel rehabilitatsioon peaks olema planeeritud tegevus kvalifitseeritud (inimeste) juhistega, kasutades kõiki olemasolevaid meetmeid, et taastada või parandada terviseseisund, toimetulek ja rahulolu neil, kes on saanud mingil põhjusel kannatada või taastuvad haigusest. Edaspidine eesmärk on nende naasemine, võimalikult väikese ajaga, oma harjumuspärasesse keskkonda.

Võib öelda, et Jefferson tõi juba siis välja peamised punktid, mis peaksid kindlasti olema rehabilitatsioonis esindatud. Ta järeldeb, et rehabilitatsioon on kompleksne protsess, mis nõuab kõrgel tasemel professionaalseid oskuseid ja terviklikku ülevaadet indiviidist. Rehabilitatsioon ei ole lihtsalt inimese füüsilise tervise taastamine, sama oluline on ka indiviidi subjektiivne õnn ja rahulolu. Veelgi kaasaegsemalt öeldes ei võimalda rehabilitatsioon indiviidil ennast ainult riietada ja toita, vaid ka osaleda kodanikuna, kes annab olulise panuse oma kogukonda. (Dean jt 2012: 3)

Barnes ja Wars (2000) Deani jt. vahendusel kirjeldavad rehabilitatsiooni haridusliku või õppimise protsessina, millel on füüsiline, vaimne ja sotsiaalne mõõt. Rehabilitatsiooni võib defineerida, kui aktiivset ja dünaamilist protsessi, mis aitab erivajadusega inimesel omandada oskusi ja teadmisi, et maksimeerida oma füüsilisi, vaimseid ja sotsiaalseid

funktsioone. See on protsess, läbi mille maksimiseeritakse funktsionaalseid oskusi ja vähendatakse vaeguse/puude mõju.

Lisaks sellele toovad Dean jt. (2012) välja ka 1998. a avaldatud Sinclairi ja Dickinsoni definitsiooni – protsessi eesmärk on taastada isiklik sõltumatus nendes igapäevaelu aspektides, mis on teenuse kasutajale ja tema perekonnaliikmete jaoks kõige olulisemad. Selles definitsioonis on esindatud kaks tänapäevase rehabilitatsiooni praktika tähtsat osa. Esimene on arusaam, et kõige tähtsamad eesmärgid rehabilitatsiooni protsessis on need, mis isikule kõige enam loevad ning ainult tema saab neid eesmärke kindlaks määrata. Teine arusaam ütleb, et isiku perekond, sugulased ja sõbrad on ühes heas rehabilitatsiooni protsessis tähtsal kohal. (Dean jt. 2012: 4)

Psühhiaatriline rehabilitatsioon soodustabki taastumist ja tervenemist, hõlmates endas isiku täielikku interaktsiooni ühiskonnaga ja paranenud elukvaliteeti neil, kellel on diagnoositud selline vaimse tervise seisund, mis takistaks elada täisväärtuslikku elu. Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni teenused kaasavad inimest ümbritsevad isikuid, on talle personaalselt suunatud ja individuaalsed. Teenused keskenduvad sellele, et aidata indiviidil arendada oskusi ja juurdepääsu vajalikele ressurssidele, mis on vajalikud isiku suutlikkuse suurendamiseks, et ta saaks olla edukas ja rahul elu-, töö-, õppe- ja sotsiaalses keskkonnas omal valikul. Eelnev psühhiaatrilise rehabilitatsiooni määratlus kiideti heaks ja võeti vastu 2007 aastal USPRA (*Board of Directors of United States Psychiatric Rehabilitation Association*) poolt. (Anthony jt. 2009: 9)

Viimasel sajandil on psühhosotsiaalne rehabilitatsioon andnud panuse psühhiaatria inimnäolisemaks muutmiseks. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenused on oluliselt kaasa aidanud psüühikahäiretega inimeste elukvaliteedi parendamisele, julgustades neid taas integreeruma kogukonda stabiilsele elule. Siiski lähtuvad paljud rehabilitatsiooniteenused enamasti puudest, mitte ei pööra piisavalt tähelepanu taastumise võimalustele, ning isiku ja spetsialisti omavahelises suhtes domineerib samuti professionaalne mudel. (Wilken 2010: 14).

Eelneva põhjal võib välja tuua, et erinevate autorite definitsioonides on jõutud sarnastele arusaamadele rehabilitatsiooni eesmärgist. Kõikides selgitustes on keskmes

inimene, tema enda poolt seatud eesmärgid ja nende elluviimine, et oma harjumuspäras keskkonnas paremini igapäevaeluga toime tulla. Rehabilitatsioon on seega eesmärgistatud protsess, mis aitab indiviidil omandada erinevaid oskusi ja arendada vaimset- ning füüsilist seisundit, et oma harjumuspäras keskkonnas paremini toime tulla. Rehabilitatsiooni käigus aidatakse inimesel saavutada tema enda poolt seatud eesmärgid, õpetades selleks uusi oskuseid ja tagades talle juurdepääsu vajalikele ressurssidele.

### **1.1.2. REHABILITATSIOONI PROTSESS**

Käesolevas alapeatükis käsitletakse rehabilitatsiooni protsessi ja selle erinevaid etappe. Rehabilitatsiooni protsessi täpne mõistmine aitab analüüsida ja aru saada, millises etapis tuleb teha muudatusi, et saavutada positiivseid tulemusi inimese elus ja kuidas erinevad spetsialistid (sh tegevusjuhendajad) saavad oma professionaalse tegevusega inimeste tegevusvõime arengule kaasa aidata. Seepärast kirjeldataksegi siin üksikasjalikult rehabilitatsiooni protsessi komponente.

Rehabilitatsiooni protsessi etappe jagatakse küll mitmete autorite poolt erinevalt, kuid sisuline tegevus nendes on siiski sarnane. Dean jt on jaganud rehabilitatsiooni protsessi neljaks osaks - eelhindamine, eesmärgistamine, sekkumine, järelhindamine (Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. 2012, 79). Anthony jt leiavad, et psühhiaatrilise rehabilitatsiooni protsess koosneb kolmest osast – diagnoosimine, planeerimine ja sekkumine (Anthony jt 2009, 17). Kui Dean jt näevad eesmärgistamist eraldi protsessi osana, siis Anthony jt leiavad, et see kuulub diagnoosimise ehk hindamise faasi alla. Ameerikas New Yorki linna vaimse tervise valdkonnas tegutsevate mittetulundusühingute katuseorganisatsioon *The Coalition of Voluntary Mental Health Agencies* arvates algab protsess rehabilitatsiooniks ettevalmistamisega – inimese orientatsiooni ja valmisoleku hindamisega (Psychiatric Rehabilitation: Readiness Assessment...2014).

Rehabilitatsiooni protsess koosneb ettevalmistusest ehk rehabilitatsiooniks valmisoleku hindamisest (*readiness assessment*), eesmärgi määratlemisest (*goal setting*), sekkumisest (*intervention*) ja järelhindamisest (*re-evaluation*). Järgnevalt tuleb juttu igast etapist ja nendes läbiviidavatest tegevustest eraldi.

Rehabilitatsiooni protsess algab isiku orientatsiooni, koostöösuhte loomise, muutuse valdkonna valimisega ja valmisoleku hindamisega. Erinevalt tavalisest psühhiaatrilisest diagnoosist, mis sisaldab sümptomite kirjeldusi, annab esimene etapp ülevaate ka isiku iseseisvast valmisolekust rehabilitatsiooniks ja soovist seda arendada (Anthony jt 2009, 17). Valmisoleku hindamise käigus vaadeldakse inimese motivatsiooni osaleda rehabiliteerimise protsessis ja valmisolekut funktsioneerida paremini oma elamise, õppimise, töötamise või sotsialiseerumise keskkonnas. Hinnatakse oskusi ja ressursse. Valmisoleku hindamise etapis kogutakse informatsiooni, intepreteeritakse ja hinnatakse valmisoleku määra viies valdkonnas:

1. Vajadus rehabilitatsiooni järele – rahulolu ja edukus praegu elamise, töötamise ja õppimise valdkonnas, rollides;
2. Pühendumine muutuseks - uskumused püüdluste, kasulikkuse, võimete ja saadava toetuse kohta. Kui oluline on isiku jaoks muutus tema enda juures või kohas, kus ta elab;
3. Eneseteadlikkus – teadmised endast, missugused on isiku enda väärtused, põhimõtted, millest oluliste otsuste puhul lähtutakse;
4. Keskkonnateadlikkus – teadmised erinevatest võimalustest elamise, töötamise, õppimise ja sotsiaalses valdkonnas;
5. Isiklik lähedus – suhted ja lähedus rehabilitatsioonimeeskonna liikmetega, teiste protsessis osalejatega, interaktsiooni kvantiteedi ja kvaliteedi perspektiiv, kas isik on rahul sellega, kuidas temaga suheldakse jne. (Psychiatric Rehabilitation: Readiness Assessment...2014)

Valmisoleku hindamise käigus kogutakse inimese kohta informatsiooni edaspidise rehabilitatsiooni planeerimiseks, mistõttu peab see andma isikust tervikliku ülevaate. Selle käigus ei koondata infot ainult inimese füüsilisest ja vaimsest tervisest, vaid see sisaldab teavet ka tema harjumuspärase keskkonna kohta, ootustest rehabilitatsiooni teenusele, isiklike väärtushinnanguid ja huvisid. Lisaks indiviidi arusaamu oma tervisest või puudest, milliseid raskusi see talle igapäevaselt elus kaasa toob. Uuritakse, millised isikud on rehabiliteeritava jaoks tähtsad ja missugused on nende ootused teenustele. (Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. 2012, 80-82)

Järgmine etapp on inimese rehabilitatsiooni eesmärgi määratlemine. Eesmärk koosneb tavaliselt soovitud olukorra kirjeldusest, mida inimene hetkel ei saa saavutada ning mida üksnes oma jõupingutustega ei suudeta saavutada. Isik ise peab olema eesmärgis kesksel kohal ning rõhk peab olema soovitud olukorral, mitte tegevuste ja keha funktsioonide kirjeldusel. Eesmärk on loodud ja valitud isiku enda poolt ning see peab olema kõigile protsessis osalejatele üheselt mõistetav ja selge. (*Ibid.*: 85)

Eesmärgi olulisust protsessis on näinud ka käitumisteadlased, kes on oma uuringutes välja toonud põhimõtted, mille järgimisel on inimesed muutusele koostööaldimad ja positiivsemalt häälestatud:

- protsessi käigus on positiivsed kliendisuhted/ kontekstis üldiselt on ainult positiivsed suhted;
- kui inimene seab ise oma eesmärgid;
- kui inimesele õpetatakse uusi oskusi;
- kui inimesele pakutakse tuge;
- kui inimesel on positiivsed ootused tuleviku suhtes;
- kui inimene usub enda eneseteostusse.

Kõik need positiivse muutuse elemendid, mida käitumisteadlased oma töödes on kajastanud, kujutavad endast olulist rolli psühhiaatrilise rehabilitatsiooniteenuse edukal osutamisel. (Anthony jt 2009, 11).

Rehabilitatsiooni protsessi eesmärgistamisega kaasneb märkimisväärne hulk erinevaid sekkumisi, mis ongi järgmine etapp. Rehabilitatsiooni sekkumiste kirjeldamiseks on püütud küll arendada klassifitseeritud süsteemi, et seda kindlatel alustel liigitada, kuid ühtegi süstemaatikat pole veel teaduslikult selles valdkonnas kinnitatud. Kindlad ollakse aga sellest, et enamasti kõik rehabilitatsiooni sekkumised põhinevad spetsialistide kogemustel ja headel suhetel. Sekkumise etapp ei sõltu ainult sellest, mida tervise valdkonna spetsialistid teevad, vaid kuidas nad kaasavad isikut ja tema lähedasi. Heade suhete all sekkumises ei mõelda ainult kliendi ja teenuseosutajate omavahelist läbisaamist, vaid sama olulised on ka igapäevased suhted isiku ja tema lähedaste vahel. Sekkumine mõjutab, mitte ainult terviseseisundit ja funktsioneerimist, vaid ka isiku

arusaamu oma tegevusvõimest ja puudujääkidest eesmärkide saavutamisel. Enamus tegevused rehabilitatsiooni sekkumises on interaktiivsed ehk hõlmavad endas mitut eesmärki. (Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. 2012, 97).

Sekkumise faasis toimub rehabilitatsiooniplaani rakendamine, et saavutada üldised rehabilitatsiooni eesmärgid, muutes inimese tegevusvõimet ja/või tema harjumuspärasest keskkonda, õpetades uusi oskusi või kohandada keskkonda nii, et klient saaks seal paremini hakkama (Anthony jt 2009, 17). Rehabilitatsiooni sekkumine on enamasti mitmemõõtmeline, interaktiivne ehk vastastikmõjuline, kogemuslik, terviklik ja paindlik. Pioriteetid, mida sekkumises järgitakse, tulenevad inimese valmisolekust ja eesmärkidest, mis ta on endale seadnud. Edu rehabilitatsiooni sekkumise etapis sõltub teenuse saaja pühendumisest ja osalusest tegevustes. (*Ibid.*: 99)

Erivajadustega inimestega tegeledes tuleb kõige rohkem tähelepanu pöörata nende tegevusvõimele. Tegevusjuhendaja töö eesmärgiks on kõige laiemas mõttes inimese elukvaliteedi toetamine, mis on aga tihedalt seotud sellega, kas isik suudab teha kõike talle olulist ja vajalikku tasemel, mis võimaldab tunda rahulolu iseenda tegevusest. Psüühilised probleemid, vaimupuue ja teised haigused toovad endaga kaasa häireid inimese tegevusvõimes, mille tõttu nad vajavadki tegevusjuhendaja kõrvalist juhendamist ja toetust igapäevastes tegevustes. Järelikult on inimese tegevusvõime arendamine tegevusjuhendajate igapäevatöö rehabilitatsiooni sekkumise etapis. (Klaasen jt 2010: 90)

Rehabilitatsiooni protsess lõppeb kliendi saavutatud olukorra hindamisega. See etapp sisaldab hindamist, kas isik on saavutanud endale püstitatud eesmärgid või mitte. Järeelhindamise käigus otsustatakse, kas inimene vajab veel rehabilitatsiooni ning peaks jätkama teenuste saamist või mitte. Järeelhindamise tulemusel võib võtta ka uue suuna rehabilitatsiooni osutamisel, mis nõuab uusi eesmarke ja neist lähtuvaid sekkumisi. (*Ibid.*:102)

Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni protsessis aidatakse inimesel endal valida ja saavutada eesmärgid elu-, õpi, töö- ja sotsiaalsetes rollides, et oma harjumuspärasest keskkonnast paremini toime tulla. Inimesel aidatakse jõuda järeldusele, mida ta peab selleks tegema,

mida ta üldse saab teha, millist tuge ja vahendeid ta vajab oma eesmärkide saavutamiseks. Seejärel toetatakse inimest vajalike oskuste arendamisel, mida läheb tarvis eesmärkide saavutamiseks. (Anthony jt 2009, 10).

Rehabilitatsiooni protsessi käigus pakutakse erinevaid võimalusi ja probleemide lahendusi. Rehabilitatsiooni spetsialistid peavad oma töö olema loovad ja paindlikud, et saavutada teenuse saajaga hea kontakt ning usaldussuhe. Spetsialistide tööks on koostada jõuline kava rehabiliteerimiseks ja teenuste pakkumiseks, põhinedes isiku vajadustele ning ootustele. (Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. 2012: 103)

Eestis kehtiva süsteemi alusel koostatakse kliendile, lähtuvalt hindamisest saadud informatsioonile, isiklik rehabilitatsiooniplaan- lastele kehtivusega kuus kuud kuni 3 aastat ja täiskasvanutele kuus kuud kuni viis aastat (eesti sotsiaalhoolekandeseadus...1995). Järgmises etapis ehk sekkumises juhendatakse inimest, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia ja osutatakse rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid (füsioteraapia-, tegevusterapeudi-, sotsiaaltöötaja-, eripedagoogi-, psühholoogi- ja logopeediteenust), kasutades individuaal-, pere- ja grupinõustamist (Rehabilitatsiooniteenuse teenusstandard...2011). Esmalt osutatakse rehabilitatsioonivajaduse hindamise ja rehabilitatsiooni planeerimise ning plaani täitmise juhendamise teenust. Lisaks veel ka rehabilitatsiooniplaani täiendamist ja tulemuste hindamist (Sotsiaalkindlustusamet...2014).

Rehabilitatsiooni protsess koosneb kindlatest komponentidest – isiku orientatsioon ja valmisoleku hindamine, eesmärgistamine/planeerimine, sekkumine ja järelhindamine. Lähtuvalt valmisoleku hindamisest ja eesmärgi määratlemise etapist saadud informatsioonile koostatakse kliendile rehabilitatsiooniplaan, kus on kirjas inimese valitud eesmärgid ja planeeritud tegevused nende saavutamiseks. Sekkumise faasid rakendatakse rehabilitatsiooniplaani ehk osutatakse isikule plaanis märgitud abistavaid teenuseid. Järelhindamise eesmärgiks on hinnata, kas ja kuidas on rehabilitatsioon aidanud inimese üldist toimetulekut parendada eelnevalt määratletud eesmärkide suhtes.

### 1.1.2. INIMESE REHABILITEERIMISE EESMÄRGID JA KEELEKASUTUS

Eelnevas peatükis toodi välja eesmärkide tähtsus rehabilitatsiooni protsessis, mistõttu antud alapeatükk keskendubki eesmärkide olemusele, määratlemisele ja sõnastusele ning tutvustab dokumente ja erinevaid meetodeid, millest tuleks lähtuda.

Eesmärk annab rehabilitatsioonile suuna, mistõttu on nende seadmine ja määratlemine aluseks edukale rehabilitatsioonile. Rehabilitatsiooni keskmes on inimene ning kui viimane on ise seadnud endale eesmärgid, siis ta tajub paremini seda, et on võimeline neid saavutama. Isiku osalus rehabilitatsiooni protsessis peaks põhinema partnerlussuhtel teenuse osutajaga. Eesmärgi seadmine on väga hea vahend selle partnerlussuhte loomiseks. (Hoeman, S.P. 2008, 466).

Rehabilitatsioonis eesmärgi seadmine ja määratlemine viitabki indiviidide omavahelisele suhtlusele – isik ja spetsialist. Tegu on spetsialisti ja inimese vahelise kommunikatsiooniga, milles väljendatakse selgelt lootuseid ja ootusi, osapoolte huve ja kavatsusi rehabilitatsiooni suhtes, toimuvad läbirääkimised suundade üle. (Dean jt. 2012: 86)

Eesmärkide määratlemiseks eksisteerib ühe rohkem erinevaid lähenemisviise ja tehnikaid. Sellegi poolest toob Dean jt. oma teoses välja järgmised tunnused, mis ühendavad erinevaid käsitlusi:

1. Isiku ja tema pere perspektiivi teadasaamine, mida nad ootavad ja soovivad rehabilitatsiooni kaudu saavutada;
2. Isiku ja tema pere kohta info teadasaamine, hõlmates teavet isiku elu kohta ka väljaspool rehabilitatsiooniasutust. Sisaldades isiku väärtuseid, prioriteete, tugevusi, igapäevaelu rolle, suhteid ja tavapärase elukeskkonna füüsilisi ja sotsiaalseid faktoreid;
3. Teabe edastamine isikule ja tema perele lähtudes terviseolukorrast, tegevusvõime piirangutest, taastumise prognoosist ja rehabilitatsioonivõimaluste efektiivsusest;
4. Pikaajaliste eesmärkide määratlemine koos isiku ja tema perega;
5. Lühiajaliste eesmärkide määratlemine koos isiku ja tema perega;

6. Tegevuste (ülesannete) määratlemine eesmärkide saavutamiseks, rollide ja vastutuse jagamine inimeste vahel, kes protsessis osalema hakkavad;
7. Ajaliste piiride paika panemine saavutuste või eesmärkide uuesti hindamiseks;
8. Pikaajaliste, vahepealsete, lühiajaliste eesmärkide, tegevuste, vastutajate, ajaliste piiride dokumenteerimine standardiseeritud vormi. (Dean jt. 2012: 87-89)

Erinevad eesmärgi püstitamise teooriad rõhutavad seda, et eesmärgid peaksid olema pigem rasked kui väga kergesti saavutatavad, see tähendab – eesmärgid peavad olema väljakutset esitavad, konkreetselt sõnastatud ja saavutatavad. Olulisena tuuakse ka välja seda, et isik peab ise endale eesmärgi seadma ehk see peab tema poolt olema aksepteeritud ja arusaadav. Eesmärkide seadmisel peab arvestama ka selle saavutamiseks planeeritud ajaga - edukat ja seeläbi hästi püstitatud eesmärki iseloomustab selleks ette nähtud kindel ajaline piirang. (Fried, Y., Slowik, L.H. 2004, 29(3), 404–422)

Rehabilitatsiooni protsessis ei ole mingeid kindlaid reegleid eesmärkide määratlemiseks võetud aja kohta. Eesmärkide määratlemine ei tohiks aga aset leida liiga hilja, sest otsused kliiniliste sekkumiste kohta võivad olla juba spetsialistidel tehtud ja terapeudid rakendavad oma meetodeid, mis muudaks selle etapi koheselt inimese jaoks vähem tähtsamaks. Samas kui eesmärgi määratlemine toimub liiga kiiresti, siis ei ole võimalik luua koostööl põhinevat suhet isiku ja tema perega ning õppida tundma kliendi prioriteete tavalises elukontekstis. Soovitatakse, et mida pikem ja keerulisem on rehabilitatsioon, milles inimene osalema hakkab, seda pikem aeg tuleb võtta koostöösuhte ülesehitamisele, enne kui eesmärgid püstitada. (Dean, S.G., Siegert, R.J., Taylor, W.J. 2012: 89)

Pikaajalisi eesmärgi saab seada läbi lühiajaliste eesmärkide. Väga tähtis on aru saada inimese motivatsioonist tuleviku osas. Lühiajalised eesmärgid aitavad pikaajalist eesmärki saavutada, sest kogu aeg on siht silme ees. (Lewis, B. J. 1998: 8-9)

Pikaajalised eesmärgid rõhutavad seda, millise suuna inimene soovib oma elus võtta. Need on inimese enda poolt määratletud eesmärgid, ilma rehabilitatsioonimeeskonna liikmete tõlgenduseta või läbirääkimisteta. Pikaajalisi eesmärgi grupeeritakse RFK

(Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon) kategooria osalemine (*participation*) alla. (Dean jt. 2012: 89)

Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK) kuulub Maailma Terviseorganisatsiooni rahvusvaheliste klassifikatsioonide hulka ja on mõeldud erinevate terviseaspektide kirjeldamiseks. RFK põhieesmärk on anda ühtne standardkeel ja -raamistik terviseiga seotud seisundite kirjeldamiseks. (International Classification... 2014)

RFK sisaldab terviseiga seotud domeene e valdkondi, mis aitavad kirjeldada muutusi keha funktsioonides ja struktuuris, mida inimene saab standardses keskkonnas terviseseisundist lähtudes oma tegevusvõime tasemel saavutada. Need domeenid on esitatud lähtudes inimese organismi, indiviidi ja ühiskonnaliikme seisukohalt kahes jaos: (1) Organismi funktsioonid e. talitlused ja struktuurid (2) Tegutsemine ja osalus. (Towards a common language...2014: 2).

Tulles tagasi pikaajaliste eesmärkide juurde peaksid need olema *Dean jt* arvates grupeeritud RFK domeeni osalemine (*participation*) alla. Järelikult peaksid pikaajalised rehabilitatsiooni eesmärgid katma järgmisi valdkondi:

**d1 Õppimine ja teadmiste rakendamine** - käsitleb õppimist, õpitud teadmiste rakendamist, probleemide lahendamist, mõtlemist ja otsuste tegemist;

**d2 Üldised ülesanded ja nõuded** – käsitleb ühe või paljude ülesannete täitmist ja stressiga toimetuleku üldiseid aspekte;

**d3 Suhtlemine** - käsitleb keele, märkide ja sümbolite abil suhtlemist, info saamist ja edastamist, vestlemine ning kommunikatsioonivahendite ja -tehnikate kasutamine;

**d4 Liikumine** - käsitleb liikumist, kehaasendit ja selle muutmist; esemete kandmist; kõndimist, jooksmist või ronimist ja transpordivahendite kasutamist;

**d5 Enesehooldus** - käsitleb enda pesemist, kuivatamist, oma keha ja kehaosade eest hoolitsemist, riietumist, söömist;

**d6 Kodused toimingud** - käsitleb igapäevaseid koduseid toiminguid ja ülesandeid;

**d7 Inimestevaheline lävimine ja suhted** - käsitleb tegevusi ja kohustusi, mida on vaja elementaarseks ja inimestevaheliseks lävimiseks vastavalt olukorrale ja sotsiaalselt sobival viisil, nagu lugupidamise ja austuse ilmutamine;

**d8 Peamised elualad** – käsitleb ülesannete täitmist ja tegevusi, mida on vaja hariduse omandamiseks, tööl või tegevusalal;

**d9 Ühendustes osalemine, seltskonna- ja kodanikuelu** – käsitleb tegevusi ja ülesandeid, mida nõutakse ühiskondlikus elus osalemisel väljaspool perekonda, mingis ühenduses, sotsiaal- või tsiviilsfääris. (RFK/ICF väljatrükkimiseks...2014).

Bashir, Wilson, Lockwood, Chasteen ja Alisat töid välja oma 2014. aasta uuringus eesmärkide püstitamise kohta selle, et pikaajalistel eesmärkidel peaks olema isiku jaoks subjektiivne ajaline tunnetus. Kui püstitatud siht ei ole väga kaugel, siis on ka suurem motivatsioon selle poole püüelda. Toodi välja, et lühem ajaline mõõde aitab kaasa ka siis kui eesmärk tundub inimesele saavutamatu ja liiga raske. (Baahir jt. 2014: 83-93)

Rehabilitatsioonis kasutatakse lühi- ja pikaajalisi eesmärke. Kui pikaajalised eesmärgid on võrreldavad ka elu eesmärkidega, siis lühiajalised eesmärgid on vajalikud selleks, et samm haaval liikuda pikajaliste eesmärkide saavutamise suunas. Lühiajalised eesmärgid määratletakse läbirääkimiste käigus rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide ja inimese vahel. Eesmärkide valdkonna tõstatab inimene ise või soovivad rehabilitatsioonimeeskonna liikmed, lähtudes pikaajalisest eesmärgist. Levinud lähenemine lühiajalise eesmärgi sõnastamisel on „SMART“ akronüüm. Dean jt mainivad ära, et ei ole ühte kindlat tõlgendust selle kohta, mida need tähed tähendavad. Schut ja Stam (1994) toovad Deani jt. 2012 vahendusel välja SMART eesmärgi akronüümid: spetsiifiline, motiveeriv, saavutatav, ratsionaalne ja ajastatud. Samuti vahendavad Dean jt. 2012 McLellan (1997) lähenemist SMART eesmärgile: spetsiifiline, mõõdetav, tegevusega seotud, realistlik ja ajastatud. Sellele meetodile on maailmas levinud väga palju erinevaid lähenemisi. (Dean jt. 2012: 90-91)

SMART akronüümid annavad vähe juhiseid aga selle kohta, kuidas eesmärki dokumenteerida, näiteks, kuidas koostada spetsiifilist ja mõõdetavat eesmärki? Randall ja McEwen (2000) toovad Deani jt. 2012 vahendusel välja SMART akronüümidele sarnase lahenduse, kuid annavad rohkem juhiseid. Nende sõnul peaksid kõik dokumenteeritud eesmärgid vastama viiele järgnevale küsimusele: kes teeb mida, mis seisundis, kui hästi ja mis ajaks? Randalli ja McEweni sõnul peaks „kes“ olema alati isik ise, kellele rehabilitatsiooniplaani koostatakse. (Dean jt. 2012: 92)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et inimese rehabiliteerivate eesmärkide süstemaatika ja meetod on pidevas arengus. Tänapäeval peaksid rehabiliteerivad pika- ja lühiajalised eesmärgid kindlasti hõlmama RFK tegevuse ja osaluse alamteemasid, näiteks õppimine, suhtlemine jne. See dokument annab ette valdkonnad, mis suunas rehabilitatsioonimeeskond peaks arendama isikut eesmärkide valikul. Soovitatav on alati alustada pikaajalisest eesmärgist, mis põhineb kliendi soovidel ja valikul. Alles pärast seda saab rehabilitatsioonimeeskond pidada läbirääkimisi lühiajaliste eesmärkide osas ja isikut suunata, et koostada tegevusplaan. Ilma eesmärgita ei oma protsess rehabiliteeritava jaoks nii suurt tähendust, kui seda on spetsiifiliste, mõõdetavate, saavutatavate ja ajastatud SMART eesmärkidega.

## 1.2. Vaimse tervise teenuse saajate õigused ja tegevusvõime

Vaimse tervise teenuse saajateks nimetatakse psüühikahäire ja vaimupuudega inimestele mõeldud teenuste saajaid. Käesolev peatükk annab ülevaate vaimse tervise teenuse saajatest, nende ja teiste puuetega inimeste põhiõigustest ja tegevusvõime hindamisest.

Peamised vaimse tervise teenuste saajad on inimesed, kellel on diagnoositud rasked vaimuhaigused, näiteks skisofreenia, bipolaarne häire, raske depressioon ja teised sarnased (Anthony jt 2009: 9). Kõik taolised psüühikahäired on ära toodud Rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis (RHK-10), kus iga häire on tähistatud tähega F ja neljakohalise numbriga, mis moodustab koodi. Psüühikahäired on jaotatud kümnesse suuremasse gruppi, kus koodi esimene number näitab häirete gruppi, kuhu see kuulub. Järgnevalt on toodud RHK-10 esitletud psüühikahäirede põhigrupid:

- F00 – F09 Orgaanilised k. a. Sümptomaatilised psüühikahäired, näiteks dementsus, orgaaniline amnestiline sündroom;
- F10 – F19 Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired, näiteks äge intoksikatsioon, sõltuvus, psühootiline häire;
- F20 – F29 Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired, näiteks paranoidne skisofreenia, maniakaalne skisoafektiivne häire;
- F30 – F39 Meeleoluhäired, näiteks bipolaarne meeleoluhäire, depressioon;
- F40 – F49 Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired, näiteks foobsed ärevushäired, kohanemishäired, dissotsiatiivsed häired;
- F50 – F59 Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste ehk Somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid, näiteks söömishäired, unehäired, insomnia;
- F60 – F69 Täiskasvanu isiksuse- ja käitumishäired, näiteks harjumus- ja impulsihäired, seksuaalsuunitluse häired, spetsiifilised isiksushäired;
- F70 – F79 Vaimne alaareng, näiteks kerge -, mõõdukas -, raske - ja sügav vaimne alaareng, käitumishäirega või ilma käitumishäireta;
- F80 – F89 Psühholoogilised arengu häired e. psüühilise arengu spetsiifilised häired, näiteks kõne ja keele arenguhäired, mootorika arenguhäired;
- F90 – F98 Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired, näiteks hüperkineetilised häired, suhtelmis- ja tundeeluhäired. (RHK-10... 1993)

AS Hoolekandeteenuste, kes on Eesti suurim erihoolekandeteenuste osutaja, 2251-st kliendist on 2013.aasta lõpu seisuga diagnoositud RHK- 10 koodide järgi 47% teenusel viibijatel vaimne alaareng F70-F79 ja 42,4%-l skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired F20-F29. Alla 10% klientidel, täpsemalt 7,9% on diagnoositud orgaanilisi ehk sümptomaatilisi psüühikahäireid F00 – F09. 1,5% klientidel on esmase diagnoosina määratud psühhoaktiivsete ainete kasutamisest tekkinud psüühika- ja käitumishäireid F10 – F19. (Klientide andmed... 2014: 6) Seega saab järeldada, et psühhiaatria ja erihoolekande sihtgruppi Eestis moodustavad enamasti F70-F79, F20-F29, F00-F09 ja F10 – F19 gruppi kuuluvad psüühikahäiretega inimesed.

Pühhiaatiline rehabilitatsioon aitab inimest, kes on kannatanud psüühikahäirete all lähtuvalt RHK- 10 toodud grupeeringle, mitte neid, kes on lihtsalt oma elu suhtes rahulolematud ehk õnnetud või sotsiaalselt tõrjutud. Vaimupuudega inimestele on diagnoos pandud lähtuvalt sellest, kas see haigus/puudujääk/vaegus piirab nende suutlikkust täita teatud ülesandeid ja funktsioone (nt suhelda pere ja sõpradega, töötada, õppida) ja võimet osaleda erinevates rollides (töötaja, abikaasa, sõber, üliõpilane). (Anthony jt 2009, 9)

Selleks, et rääkida vaimse tervise teenuse saajate õigustest ja tegevusvõimest on vaja esmalt vaadelda puude tähendust. Levinud on kaks kontseptuaalset mudelit puute kohta – meditsiiniline ja sotsiaalne mudel. Meditsiinilise mudeli puhul nähakse isiku tunnusena puuet, mille on otseselt põhjustanud haigus, trauma või muu tervislik seisund. See mudel nõuab arsti või muu ravi sekkumist, et tuleb nõ „parandada ära“ indiviidi probleemi. Puude sotsiaalne mudel ei nõustu sellega, et probleem on indiviidis, vaid pigem on see ühiskonnas tervikus, mis ei vasta inimese vajadustele nii, et ta saaks oma kogukonnas ja keskkonnas iseseisvalt, lähtuvalt oma tegevusvõimest toime tulla. Ühiskond ja selle kehtiv korraldus loob piirangud. Inimesel aga peab olema võimalus osaleda ühiskonnas, ilma et see ei seaks piirangud tema tegevusvõimele. (Towards a common language...2014: 8-9)

RFK ehk Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime ja tervise klassifikatsioon käsitleb puute biopsühhosotsiaalse (*biopsychosocial*) mudelina, mis põhineb kahe eelneva meditsiinilise ja sotsiaalse integreerimisel (Towards a common language...2014:10).

Biopsühhosotsiaalne mudel ühendab ühtseks erinevaid vaatenurki tervisest. See mudel on terviklik, kuna see sisaldab erinevaid dimensioone nähes puuet, mitte ainult füüsilise puudujäägina, vaid ka ühiskondlikust perspektiivist, ümbritseva keskkonna ja isiku individuaalses kontekstis. (Dean jt 2012: 12)

Maailma Terviseorganisatsiooni poolt loodud Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime ja tervise klassifikatsiooni RFK defineerib puuet kui üldist terminit, mis hõlmab vaegust ja tegutsemise ning osalemise piiranguid. Vaegus (*impairment*) tähendab probleeme keha funktsioneerimisel, nt halvatus, pimedus. Tegutsemise piirangud (*activity limitations*) tähendab raskendatust liikumisel, nt söömisel, kõndimisel. Osalemise piirangud (*participation restrictions*) tähendab piiranguid mistahes ühiskondlikus/sotsiaalses elus osalemisel, nt diskrimineerimine valimisõiguste teostamisel. (Puude mõiste... 2014: 8)

RFK järgi tuleks vaadelda puuet ja funktsioneerimist üheskoos tervise seisundi (haigus, trauma) ja taustateguritega, milleks on keskkonna- ja personaalseidtegurid (Towards a common language...2014:10).

RFK võimaldab kirjeldada situatsioone, mis on seotud inimkeha funktsioneerimisvõime ja selle piirangutega ning kujutab endast raamistikku selle info süstematiseerimiseks. Antud dokumendi järgi saab vaadelda inimese tegevusvõimet ja tervist. Levinud on väärarusaam, et RFK käib ainult puuetega inimeste kohta, tegelikult käib see kõigi inimeste kohta. RFK abil saab kirjeldada tervist ja suvalise terviseolukorraga seotud seisundeid, mistõttu on selle kasutamine universaalne. Selle järgi jaotatakse isiku kohta käiv informatsioon kaheks ja siis omakorda neljaks:

1. Funktsioneerimisvõime ja –vaegused
  - (a) Organismi funktsioonid ja struktuurid – elundsüsteemide füsioloogilised talitlused, keha anatoomilised osad, nagu elundid, jäsemed või nende osad.
  - (b) Tegutsemine ja osalus – tegevuse sooritamine indiviidi poolt ja osalemine on indiviidi kaasatus elulisse situatsiooni.
2. Taustategurid
  - (c) Keskkonnategurid – füüsiline, sotsiaalne ja suhtumuslik keskkond,

milles inimesed elavad.

(d) Personaalsed tegurid

Indiviidi funktsioneerimisvõimet ja -vaegusi esitatakse kui tema terviseolukordade (nt haigused, hälbed, vigastused, traumad) ja taustategurite dünaamilist vastastikust mõju. RFK sisaldab põhjalikku keskkonnategurite loetelu ning need mõjutavad kõiki organismi funktsioneerimisvõime ja -vaeguste komponente. Oluline on see, et RFK klassifikatsiooniühikud ei ole inimesed. RFK ei liigita inimesi, vaid kirjeldab iga indiviidi seisundit tervise või tervisega seotud valdkondade väärtuste skaalal. Seda kirjeldatakse alati personaal- ja keskkonnategurite kontekstis, mistõttu on see hea tööriist indiviidi tegevusvõime hindamisel. (RFK Sissejuhatus... 2002: 3-8)

Puue kui vaegustega isikute ning suhtumuslike ja keskkondlike vastasmõjude tagajärg, mis takistab nende isikute täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnas teistega võrdsetel alusel, on kirjeldatud Puuetega inimeste õiguste konventsiooni preambulas. Seda mõtet täiendab veel artikkel 1, mille kohaselt puuetega inimeste mõiste hõlmab isikuid, kellel on pikaajaline füüsiline, vaimne, intellektuaalne või meeleline kahjustus, mis võib koostoimel erinevate takistustega tõkestada nende täielikku ja tõhusat osalemist ühiskonnaelus teistega võrdsetel alustel. (Puuetega inimõiguste konventsioon... 2006).

Konventsioon käsitleb puuet hõlmates nii meditsiinilise isikliku kui ka keskkonnast lähtuva mõõtme ning nende vastastikkuse koosmõju aspekte (Puude mõiste... 2014: 4). Konventsiooni eesmärk on kaitsta, edendada ja tagada kõigi inimõiguste ja põhivabaduste täielikku ja võrdset teostamist kõigi puuetega inimeste poolt ning edendada austust nende loomupärase väärkuse vastu. Seda täiendab ka artikkel 12, mille kohaselt osalisriigid tunnustavad, et puuetega inimestel on õigus- ja teovõime kõigis eluvaldkondades teistega võrdsetel alustel. (Puuetega inimõiguste konventsioon... 2006).

Eesti Vabariigi president Toomas Hendrik Ilves allkirjastas ÜRO (*Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni*) Puuetega inimeste konventsiooni 25. septembril 2007. aastal. 2012. aastal ratifitseeris konventsiooni ka Eesti Vabariigi Riigikogu, mis võeti ÜRO poolt vastu juba 2006. aastal (Puude mõiste... 2014: 4).

Rahvusvahelisel tasandil tunnustatud dokumentides – Maailma Terviseorganisatsiooni Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime ja tervise klassifikatsiooni ja ÜRO Puuetega inimeste konventsioonis käsitletakse puuet biopsühhosotsiaalse nähtusena. Igasugust puuet k. a. psüühikahäired tuleb vaadelda kui tervikut, mis koosneb nii sotsiaalsetest, meditsiinilistest, personaalsetest kui ka ümbritsevast keskkonnast tulenevate tegurite koosmõjust. Indiviidi tegevusvõime hindamisel tuleb vaadelda üheskoos nii tervisliku seisundit kui ka keskkonda, sest just isikut ümbritsev sotsiaalne ja füüsiline keskkond on see, mis oma erinevate võimalustega, kas piirab või toetab.

### **1.3. Rehabilitatsioon Eesti erihoolekandes**

#### **1.3.1. ERIHOOLEKANNE EESTIS JA SELLE TEENUSED**

Erihoolekanne on üks osa Eesti üldisest sotsiaalhoolekandest. Erihoolekanne tegeleb inimestega, kellel on psüühikahäire, inimestega, kes ei tule haigusest tulenevalt enam oma eluga iseseisvalt toime. Käesoleva peatüki eesmärgiks on tutvustada Eesti erihoolekande süsteemi, selle arengut ja teenuseid.

Erihoolekandeteenuste eesmärgiks on arendada inimese iseseisvat toimetulekut läbi igapäevaste tegevuste juhendamise. Inimest tuleb abistada ja juhendada tema vajaduste järgi nii, et ta ise maksimaalselt panustaks oma igapäevaelu tegevustesse. Erihoolekandeteenused on mõeldud pikaajalise psüühikahäirega isikutele, mitte aga vanaduspensioniiikka jõudnud dementsuse diagnoosiga inimestele, kellel ei ole lisaks sellele muud psüühikahäiret, ega neile, kellel on sõltuvus alkoholist või narkootilisest ainekst juhitava psüühikahäirena. Psüühikahäire all mõeldakse aga nii psüühikahäiret kui ka vaimse arengu mahajäävust. (Sotsiaalministeerium, erihoolekanne 2014)

Eestis hakkas toimuma erihoolekandeteenuste arendamine 1990. aastate lõpul, mil rahastati riigieelarvest ainult ühte psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeteenust, milleks oli ööpäevaringne hooldamine hooldekodus. 1998.aastal korraldatud uuringu käigus hinnati kõiki erihooldekodus teenusel viibivaid inimesi. Uuringu tulemused kinnitasid hüpoteesi, et kõik hooldekodus elavad inimesed ei vaja ööpäevaringset hooldust, sest osad neist vajasisid abi ainult mõnel päeval nädalas

igapäevaelu toimingutes, kuid teised see-eest vajasisid oluliselt intensiivsemat hooldust. (Seletuskiri... 2014: 2)

Järgnevalt juba 2000.aastal töötati välja üheksa teenuseline süsteem, mille eesmärgiks oli inimesele vastavalt tema vajadustele abi andmine. See tähendab, et igäüht toetatakse nendes funktsioonides ja valdkondades, milles ta abi vajab ning täpselt nii palju kui ta seda vajab, mitte rohkem ega vähem. Samuti oli eesmärgiks toetada inimeste toimetulekut nende koduses keskkonnast nii kaua kui võimalik, et ennetada nende sattumist ööpäevaringsele hooldusele. (Klaasen jt 2010: 14)

Riiklikud sotsiaalhoolekandeteenused kehtestab sotsiaalminister oma määrusega. Hetkel kehtib Sotsiaalministeeriumi määruse nr 4 „Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded“ järgi kaheksa erihoolekandeteenust ning lisaks ka rehabilitatsiooniteenus eraldi, mis tuleb otse Eesti Sotsiaalhoolekande seadusest. Antud määrus kehtestab nõuded psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeteenuste osutajatele ja psüühiliste erivajadustega inimeste täielikult või osaliselt riigieelarvest finantseerivatele hoolekandeteenustele. (Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele... 2002).

Vastavalt Eesti sotsiaalhoolekande seadusele mõeldakse sotsiaalteenuse all isiku või perekonna toimetulekut soodustavat mitterahalist toetust. Toimetuleku all aga omakorda isiku või perekonna füüsilist ja psühhosotsiaalset võimet igapäevases elus toime tulla. (Sotsiaalhoolekande seadus...1995).

Hetkel on Eestis kehtivaid erihoolekandeteenuseid kokku üheksa, üheskoos rehabilitatsiooniteenusega. Lisast 1 saab ülevaate Eesti sotsiaalhoolekande kaheksast erihoolekandeteenusest, mis on suunatud psüühilise erivajadusega inimestele vastavalt sotsiaalministri määrusega nr 4 „Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded.“

Ööpäevaringne erihooldusteenus jaguneb omakorda: kohtu poolt määratav ööpäevaringne erihooldusteenus, ööpäevaringne erihooldusteenus, ebastabiilse remissiooniga isikute ja sügava liitpuudega isikute ööpäevaringne erihooldusteenus. Enim piirab inimeste põhiõigusi kohtu määratav ööpäevaringne erihooldusteenus ehk

tugevdatud järelvalvega erihooldusteenus enamasti ebastabiilse remissiooniga isikutele. (Unukainen 2013: 20)

Toetatud elamise ja kogukonnas elamise teenused eeldavad, et isikul on vähemalt 10% töövõimetus ja keskmine või raske puue. Lisaks peaksid kogukonnas või toetatud elamise teenuse saamiseks isikul puuduma teised toetavad teenused olemasolevas elukohas või siis üldsegi puuduma eluase. Samuti peaks isik vastama neist ühele kriteeriumile: võimetus töötada olemasoleval töökohal, prognoositav töökoha kaotus, töötü või tööotsija. Igapäevaelu toetamise teenus nõuab isikult küll vähemalt 10% töövõimetust, kuid mitte puude olemasolu, vaid prognoosi keskmise, raske või sügava puude tekkeks. Toetatud töötamise teenuse saaja ei tohi töötada töökohal, kus tööandja saab tööhõiveameti kaudu tööturutoetust väiksema konkurentsivõimega töötü töölerakendamiseks. Isikul peab olema vähemalt 80% töövõime kaotust ning lisaks ka raske või sügav puue, et vastata ööpäevaringse erihooldusteenuse kriteeriumitele. Ööpäevaringne tugevdatud toetamisega teenuse saajal peab olema 90% töövõimetust ning kas siis sügav liitpuue või ebastabiilse remissiooniga psüühikahäire. (*Ibid.*: 2002)

Erihoolekandeteenuste saamiseks tuleb esmalt pöörduda Sotsiaalkindlustusameti poole, kes korraldab teenuse osutamist ja suunab isiku rehabiliteerimise teenusele (*Ibid.*: 2002). Teenuse saamiseks peab inimesel olema, kas psühhiaatri suunamiskiri, kui ta soovib igapäevaelu toetamise teenust või rehabilitatsiooniplaan, soovitusena kasutada konkreetset erihoolekandeteenust parima toimetuleku tagamiseks. Kõikide erihoolekandeteenuste, v.a igapäevaelu toetamise teenuse puhul, on vajalik taotleda isikul esmalt rehabilitatsiooniplaan, mille alusel Sotsiaalkindlustusamet suunab isiku asutusse teenust saama. Kui isik suunatakse tahtevastastelt saama ööpäevaringset tugevdatud järelvalvega teenust, siis peab selleks olema kohtumäärus. (Erihoolekanne... 2014)

Erihoolekandeteenuseid võib osutada juriidiline isik, füüsilisest isikust ettevõtja, kohalik omavalitsus ja riik täidesaatva riigivõimu asutuste kaudu, kui isik või asutus vastab sotsiaalhoolekandeseadusega kehtestatud nõuetele ning tal on tegevusluba vastava teenuse osutamiseks. Sotsiaalkindlustusamet sõlmib erihoolekandeteenuse osutajaga raamlepingu (halduslepingu). (Erihoolekandeteenuse osutamise... 2014).

Rehabilitatsioonimeeskond on see, kes otsustab, millisele erihoolekandeteenusele isik suunata lähtuvalt viimase isesisvast toimetuleku määrast. Tuleb arvestada teenuse olemust ja võimalusi ning vaadelda, kas ja kuidas selline abistav teenus aitaks inimese iseseisvat toimetulekut arendada. Eesti erihoolekandesüsteemis kehtib hetkel kaheksa teenust, mis on suunatud psüühikahäirega ja vaimupuudega isikutele. Teenused on jaotatud lähtuvalt isiku tegevusvõimest oma igapäevaeluga paremini isesisvalt toime tulla, nt inimene, kes vajab ööpäevaringset juhendamist igapäevastes tegevustes, on suunatud ööpäevaringsele erihoolekandeteenusele.

### **1.3.2. ÖÖPÄEVARINGSE ERIHOOLEKANDETEENUSE OSUTAMINE AS HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA KODU NÄITEL**

Käesoleva lõputöö uurimus põhineb ööpäevaringse erihoolekandeteenuse osutamisel tegevusjuhendajate silme läbi. Üheks selle teenuse osutajaks on Eestis AS Hoolekandeteenused Tõrva kodu Valgamaal. Järgnevas osas saab lõputöö autor ülevaate AS Hoolekandeteenustest üldiselt, Tõrva kodust ning teenuse korraldusest asutuse siseselt.

AS Hoolekandeteenused on täielikult riigile kuuluv äriühing, mis pakub erihoolekandeteenuseid psüühiliste erivajadustega täiskasvanutele ja lastele ning üldhooldusteenuseid eakatele. Tööd pakub antud ettevõtte oma kodulehe andmetel umbes 1000-le inimesele. Ettevõtte osutab kõiki eelnevas peatükis käsitletud erihoolekandeteenuseid ja lisaks ka asenduskodu-, lapsehoiuteenust ja üldhooldusteenust eakatele. Alates 2013. aastast osutatakse lisaks varjupaigataotlejate majutuskeskuse teenust. (Hoolekandeteenused... 2014)

Erihoolekandeteenuseid pakkus AS Hoolekandeteenused 2013. aasta lõpus 2251 kliendile. 2013. aasta jooksul viibis kokku ettevõttes erinevatel teenustel 2988 klienti. Enamik kliente (59,9%) kuulus aastal 2013 vanuserühmadesse 40-49, 50-59 ja 60-69 eluaastat. Kõige vähem oli teenuse saajaid vanuserühmas 15-19 ja 80-89 eluaastat (0,6% ja 3,2%). Kõikidest teenuse saajatest on ettevõttes 47%-l klientidest diagnoositud vaimne alaareng ja 42,4%-l skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired. Alla 10%

klientidel on diagnoositud orgaanilisi (sh sümptomaatilisi) psüühikahäireid. 1,5% klientidel on esmase diagnoosina määratud psühhoaktiivsete ainete kasutamisest tekkinud psüühika- ja käitumishäireid. (Klientide andmed... 2014: 1-5)

Üheks AS Hoolekandeteenused ööpäevaringse hoolduse teenuse osutajaks on Tõrva kodu, kus on kohti 60-nele psüühilise erivajadusega ja vaimupuudega täiskasvanule. Tõrva Kodu on üks osa suuremast erihooldekodude reorganiseerimisprojektist. Projekti raames ehitas AS Hoolekandeteenused Euroopa Regionaalarengu Fondi toel kaasaegsed uued elamud erivajadusega inimestele 11-sse Eestimaa paika. Tõrva Kodu pakub elanikele kaasaegset elukeskkonda, aga mis peamine - kaasavat ning tegusat elukorraldust. Majad koosnevad kahest tiivast, kummaski on viis kliendikohta, pesuruum, WC ja abiruumid. Lisaks on igas peremajas kaasaegse köögitehnikaga varustatud avar köök-elutuba ning personaliruum. Ruumid on kohandatud erivajadustega inimestele. (Tõrva kodu...2014)

Tõrva kodul on kuus elumaja, kus igas majas elab igapäevaselt kümme täiskasvanut, kes vajavad paremaks iseseisvaks eluks kõrvalist juhendamist. Tõrva kodu on erihooldekande ööpäevaringset hooldusteenust osutanud 1,5 aastat, alates 2013-nda aasta veebruarist. Suurem osa Tõrva kodu elanikke on pärit teistest hooldekodudest, nt Ravila, Erastvere, Koluvere ja Võisiku. Osad elanikud on tulnud otse kodust, mistõttu on neil säilinud aktiivne suhtlus oma perega. Kodu koosneb kuuest elumajast, kus on 8 ühest ja 1 kahene tuba. (Tõrva kodu...2014)

Igas majas on tööl 3 tegevusjuhendajat, välja arvatud üks maja, kus on 4 töötajat, sest seal elavad kliendid vajavad igapäevaselt rohkem hooldust. Kokku töötab Tõrva kodus 22 inimest – 19 tegevusjuhendajat, meister-tegevusjuhendaja, vanemtegevusjuhendaja ja juhataja. Meistri tööks on koordineerida ja läbi viia kodu elanikele pakutavaid aktiivseid tegevusi, nt keraamikaring, õmblemine, puutöö, vaiba kudumine ning klientide valmistatud toodete turustamine. Vanemtegevusjuhendaja vastutab kliendiga seotud korrektse dokumentatsiooni ja rahaasjade eest, nt vaatab üle ja aitab koostada tegevusplaane, väljastab klientidega poes käimiseks pangakaarte. Kodu juht vastutab üldiselt kodu igapäevase toimimise eest, nt koostab töögraafikuid, suhtleb

keskkontoriga ja viib kodu tasandil juhatuse otsuseid ellu. (R. Asmeri suuline teade 25.04.2014)

Igapäevaselt juhitud ettevõtte kõik kodud põhimõttest „Tegusam elu“, eesmärgiga luua klientidele võimalusi aktiivseks ja mitmekülgseks eluks kogukonnas. Kõik AS Hoolekandeteenused poolt pakutavad teenused on eelkõige suunatud vaimse arengu toetamisele ning teenuse osutamise vältel hinnatakse pidevalt elluviidud tegevuste ja eesmärkide täitmist ja kasu inimese arengule. (Teenused AS Hoolekandeteenused kodudes... 2014)

AS Hoolekandeteenuste kodud osutavad teenuseid „Teenuse osutamise töökorras“ märgitud dokumentide alusel – Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsus, kliendileping, kehtivad seadused ja Sotsiaalalatoetaja eetikakoodeks. Klienditöö aluseks on AS Hoolekandeteenused asutustes kliendile teenuseosutamise perioodiks püstitatud eesmärgid, mis tulenevad Sotsiaalkindlustusameti suunamisotsusest, rehabilitatsiooniplaanist ning mis on omakorda kliendi meeskonnakoosoleku poolt täpsustatud või püstitatakse eesmärgid koostöös kliendiga meeskonnakoosolekul. (Teenuse osutamise töökord... 2012)

Igale kliendile määratakse tugiisik, kes on toetaja ja tema õiguste eest kaitsja, kes aitab kliendil planeerida ja korraldada oma igapäevast tegevust, jälgib tema arengut, teadmiste ja oskuste säilimist. Peale kliendi teenusele saabumist, osaleb klient kahe nädala jooksul tugiisiku juhendamisel erinevates tegevustes, tugiisik vestleb kliendiga, tema lähedastega, tegevuste läbiviijatega, et selgitada välja kliendi huvid ja võimed ning hindab tema toimetulekut. (*Ibid.*: 2012)

Vanemtegevusjuhendaja määrab tugiisiku ettepanekul kliendi meeskonna. Kliendi meeskonda kuuluvad tugiisik, kliendi tegevusplaanis toodud tegevuste elluviimisega seotud tegevusjuhendajad, vajadusel vanemtegevusjuhendaja, psühhiaatriaõde või mõni muu tegevusplaani elluviimisega seotud spetsialist. Loomulikult kuuluvad meeskonda klient ise ja olemasolul tema lähedased ja eestkostja. Kliendi meeskonna ülesandeks on koostada 30-ne päeva jooksul teenusele saabumisest inimesele koostöös tema endaga, lähedaste ja seadusandliku esindajaga isiklik tegevusplaan (Lisa 2). Viimane on

dokument, mis lähtub kliendile püstitatud eesmärkidest ja kodu võimalustest. (*Ibid.*: 2012)

Tegevusplaani koostatakse isikule erihoolekandeteenuse osutamise ajaks ning vaadatakse üle ja vajadusel täpsustatakse vähemalt üks kord aastas. Läbivaatamise eesmärgiks on hinnata kliendi arendamiseks seatud eesmärkide senist täitumist, et püstitada uueks etapiks alaeesmärgid ning täpsed tegevused nende saavutamiseks. (Tegevusplaani koostamise juhend... 2014)

Kord kuus peab tegevusjuhendaja andma tagasiside oma klientide arengu kohta, kelle suhtes täidab tugiisiku rolli. AS Hoolekandeteenuste „Tegevusplaani täitmise juhendi“ järgi tuleb koostada kokkuvõtlik ülevaade kliendi eesmärkide senise täitumise, tegevuste ja oskuste soorituse kohta. Kokkuvõte on oluline kliendi arengu planeerimiseks uue tegevusplaani koostamisel ja inimese tegevusvõimet puudutava informatsiooni säilitamiseks. (Tegevusplaani täitmise juhend... 2012)

Kodu juht vastutab klienditöö ja selle raames tehtavate tegevuste pideva arendamise eest ja maksimaalse vastavuse eest klientide vajadustele. Vanemtegevusjuhendajad selgitavad ja juurutavad võimalusi klientide lisategevuste loomiseks. Koostöös koostavad saadud info põhjal kodu juht ja vanemtegevusjuhendaja kalenderplaani, kus on toodud igaks nädalapäevaks päevategevused terves kodus. Kalenderplaani koostamisel arvestatakse kodu elanike tegevusplaanides toodud eesmärkidega, tulenevalt väljaselgitatud vajadustest lisatakse sinna uusi tegevusi, vahetatakse välja vanu või muudetakse olemasolevaid. (Teenuse osutamise töökord... 2012)

AS Hoolekandeteenused on Eesti suurim erihoolekandeteenuste osutaja ja ainuke teenuse osutaja kohtumäärusega isikutele. Tõrva kodu on aga üks väike üksus suurest korporatsioonist, mis loodi 2013. aastal erihooldekodude reorganiseerimise projekti käigus. Oma igapäevases töökorralduses ja klienditöös juhindub Tõrva kodu Teenuse osutamise töökorrast nagu ka kõik teised üksused. Kõikidele AS Hoolekandeteenused kodudele kehtivad samad nõuded ja korrad teenuse osutamisel.

### 1.3.3. TEGEVUSJUHENDAJA FUNKTSIOONID JA IGAPÄEVATÖÖ ÖÖPÄEVARINGSE ERIHOOLEKANDETEENUSE OSUTAMISEL

Eelnevas peatükis „Erihoolekanne ja selle teenused“ oli ära toodud ööpäevaringse erihoolekandeteenuse mõiste. Sellest tulenevalt on näha, et tegemist on teenusega, kus klient vajab oluliselt rohkem kõrvalabi ja juhendamist kui nt igapäevaelu toetamise teenusel olev inimene. Kliendid elavad igapäevaselt teenuse osutaja territooriumil, kus neid aktiveeritakse tegevustesse ja juhendatakse vastavalt vajadusele. Just nimelt seda juhendamist ja kõrvalabi igapäevastes toimingutes pakubki ööpäevaringse erihooldusteenusel tegevusjuhendaja.

Tegevusjuhendaja on füüsiline isik, kes osutab vahetult erihoolekandeteenust ning vastab vähemalt ühele järgmistest nõuetest:

- 1) tal peab olema vähemalt keskharidus ja ta peab olema läbinud sotsiaalministri poolt kehtestatud kava kohase 260-tunnise koolituse;
- 2) tal peab olema riiklikult tunnustatud sotsiaaltöölane keskeri- või kõrgharidus;
- 3) tal peab olema riiklikult tunnustatud eripedagoogika- või sotsiaalpedagoogika alane kõrgharidus;
- 4) tal peab olema riiklikult tunnustatud tegevusteraapia alane kõrgharidus;
- 5) tal peab olema riiklikult tunnustatud tegevusjuhendamise alane kutsekeskharidus või riiklikult tunnustatud vaimse tervise õenduse alane keskeri- või kõrgharidus. (Sotsiaalhoolekande seadus... 1995)

Pärast tegevusjuhendaja 260 tunnist koolitust mõistab läbinu üldiselt orienteeruda erihoolekandesüsteemis, teab oma töörolle ning oskab kasutada nii iseennast kui tegevust klienditöö peamise vahendina, on võimeline hindama psüühilise erivajadustega inimese tegevusvõimet, valdab klienditöö enam levinud meetodeid, suudab koostada kliendile tegevusplaani ning organiseerida selle alusel igapäevast tööd teenust saava isikuga, korrektselt dokumenteerida isikuga seotuid tegevusi (Tegevusjuhendajate koolituste ja täienduskoolituste kavade kehtestamine... 2009).

Tegevusjuhendaja all mõeldakse töötajat, kelle töö hõlmab kliendi juhendamist nii igapäevatoimingute sooritamisel (riietumine, pesemine, söömine, poes käimine, rahaplaneerimine jne) kui ka isiku huvide välja selgitamist ja huvitegevuse toetamist (hobid, huvialaringid jne). Tegevusjuhendaja peab oskama näha juhendamise vajadust ning juhendama erinevaid tegevusi viisil, mis on kliendile kõige kasulikum. Tegevusjuhendaja peab tähelepanu pöörama kliendi aktiveerimisele, eesmärgipäraste tegevuste planeerimisele ja läbiviimisele, arvestades tegevuste jõukohasust ja mõju üldisele toimetulekule. (Klaasen jt 2010, 99).

AS Hoolekandeteenustes on tegevusjuhendaja ametijuhendi järgi töö eesmärgiks saavutada kliendi võimalikult iseseisev toimetulek ja lõimumine kogukonnaga toetades tema igapäevaelu, arendades tema oskusi ja tegevusvõimet. Tegevusjuhendaja põhilised tööülesanded (vt lisa 3) on ära toodud AS Hoolekandeteenused Tegevusjuhendaja ametijuhendis.

Tegevusjuhendaja töötab vahetult psüühilise erivajadustega (vaimu puue, muu psüühikahäire) kliendiga, kelle vabadusi ja põhiõigusi peab ta kaitsma. Tegevusjuhendaja peab juhendama ja nõustama klienti ning käituma temaga inimväärselt, viisakalt ja lugupidavalt. (Tegevusjuhendaja ametijuhend... 2014)

Tegevusjuhendaja igapäevatöö ööpäevaringses erihoolekande teenuse osutamisel on seotud väga erinevate tegevustega alustades kliendi isikliku hügieeni tagamisest kuni aktiveerivate tegevusteni välja. nt teatris käimine. Tegevusjuhendaja on peamine toetaja, juhendaja, nõuandja ja sõber psüühilise erivajadusega inimesele teenusel viibimise ajal.

## **2. UURIMUS – ÖÖPÄEVARINGSE ERIHOOLEKANDETEENUSE OSUTAMINE AS HOOLEKANDETEENUSED TÕRVA KODUS**

### **2.1. Uurimuse eesmärk, andmete kogumis- ja analüüsimeetod**

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Vaimse tervise teenuse saajate rehabiliteerimine AS Hoolekandeteenused Tõrva kodu näitel.“ 2007. aasta veebruaris Vabariigi Valitsusele esitatud erihoolekandetasutuste ja –teenuste reorganiseerimise kava aastateks 2006 - 2021 kohaselt ehitatakse suurte institutsioonitüüpi hooldekodude asemele peremajad aastaks 2021 (Seletuskiri... 2008). Eelmisel aastal (2012-2013a) rajaski AS Hoolekandeteenused Eesti 11-sse erinevasse paika, k. a. Tõrva kaasaegsed ja uued pereelamud, mis kõik on mõeldud vaimse tervise teenuse saajatele. Projektiga loodi Tõrva linna juurde 22 töökohta – 19 tegevusjuhendajat, meister, vanemtegevusjuhendaja ja kodu juht. Tõrva kodu töötajatest on 11 läbinud tegevusjuhendaja koolituse ja keskmine vanus on 51 eluaastat, eelnevalt pole keegi antud sihtgrupiga kokku puutunud. Samuti ei ole varem uuritud, kuidas tegevusjuhendajad tegelevad inimese tegevusvõime arendamisega.

Lõputöö eesmärgiks ongi eelnevast tulenevalt selgitada välja, kuidas tegevusjuhendajad mõistavad rehabilitatsiooni ja mil viisil nad tegelevad igapäevaselt inimese rehabiliteerimise eesmärkide saavutamiseks vaimse tervise valdkonnas Tõrva kodus ööpäevaringse erihooldusteenuse osutamisel ning kuidas näevad oma töö olemust ja eesmäärke.

Eesmärgist lähtudes on tõstatatud järgmised uurimisküsimused:

- Millised on peamised probleemid ja väljakutsed ööpäevaringse erihoolekande teenuse osutamisel tegevusjuhendajatel oma igapäeva töös?
- Mida mõtleavad tegevusjuhendajad rehabilitatsioonist ja mida peavad silmas tegevusvõime all?
- Kuidas kasutavad tegevusjuhendajad rehabilitatsiooniplaani abistava dokumendina klienditöö planeerimisel ja tegevusplaani koostamisel?
- Kas ja kuidas on ööpäevaringsele erihoolekande teenusele määratud klientide rehabilitatsiooniplaanid ja sealsed eesmärgid suunatud kliendi tegevusvõime arendamisele?
- Milline võimalus on tegevusjuhendajal oma igapäeva töös erinevaid ressursse (aeg, erialased teadmised ja oskused, personaalsed kompetentsid nt käsitöö, sport jne.) kasutades aidata kliendil tema rehabilitatsiooniplaanis olevaid eesmäärke täita või eesmärkide täitmiseni jõuda?

Uurimuse läbiviimiseks kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit, kuna kvalitatiivses uurimuses uuritakse teatud sotsiaalset nähtust ja teemat sügavuti. Informatsiooni kogutakse inimestelt, kellel on antud valdkonnas isiklikke kogemusi ja kes on sellesse kaasatud. Eesmärgiks on saada sügavamalt arusaama inimese või grupi kogemustest. (M. Law; J. MacDermid 2008, 357).

Andmete kogumiseks kasutati kvalitatiivse uurimismeetodina poolstruktureeritud fookusgrupi intervjuud. Aeg meetod võimaldab uurijal küsida mitut küsimust üksikisikutelt süstemaatiliselt ja samaaegselt. Fookusgrupi meetod, mida nimetatakse ka grupi- või rühma intervjuuks, koosneb kas struktureeritud, poolstruktureeritud või struktureerimata intervjuust. Fookusgrupp koosneb tavaliselt 5 – 15-st osalejast ja ühest intervjuueerijast, kes on kokku tulnud turvalisse ja privaatsesse keskkonda, et arutleda ning jagada kogemusi mingil teemal, mis neid puudutab. (E., Babbie 2012, 320) Poolstruktureeritud intervjuu kasuks otsustati, kuna seda meetodit kasutades saab intervjuueerija esitada täpsustavaid lisaküsimusi. Moderaator juhhib intervjuud eesmärgiga saada teada konkreetse teemaga seotud kogemusi, hoiakuid ja arusaamu valitud gruppi inimeste käest (Sullivan, L.E. 2009: 206).

Andmete kogumiseks koostati esmalt uurimisküsimustest intervjuu kava (vt lisa 4). Intervjuu kava oli jaotatud nelja plokki:

- igapäevane praktiline töö klientidega;
- igapäevane töö kliendi dokumentatsiooniga;
- ettepanekud paremaks praktiliseks tööks klientidega, soovitud tulevikuks;
- isiklik arvamus tegevusjuhendaja tööst.

Uurimisandmete kogumiseks viidi Tõrva kodus läbi neli poolstruktureeritud fookusgrupi intervjuud. Tegemist oli poolstruktureeritud fookusgruppi intervjuudega ja küsimused esitati avatud küsimustena, et vastajad saaksid arutleda ja väljendada oma arvamusi. Lisaks küsiti ka suunavaid ja täpsustavaid küsimusi, et saada rohkem teavet tegevusjuhendajate seisukohtadest ja selgitada täpsemalt küsimuse olemust, kui see võis jääda arusaamatuks. Kõik intervjuud viidi läbi Tõrva kodus tööajal erinevates majades tegevusjuhendaja ruumis, mis oli kõigile tuttav keskkond.

Valim koosnes 16 Tõrva kodus töötavast tegevusjuhendajast, kellest 9 on läbinud 260- tunnise tegevusjuhendajate koolituse. Kokku töötab Tõrva kodus 19 tegevusjuhendajat, lisaks veel meister, vanemtegevusjuhendaja ja kodu juht.

Tegevusjuhendajate valimi koostamisel lähtuti Tõrva kodu töögraafikust, et korraga saaks osaleda vähemalt 3 – 6 inimest ning töötajate isiklikust nõusolekust intervjuus osaleda.

Fookusgrupi intervjuud viidi läbi neljas osas. Esimeses fookusgrupi intervjuus osales neli tegevusjuhendajat ja see viidi läbi laupäeva hommikul (05.04.2014), mis oli ühtlasi ka kõige pikem intervjuu - 1h ja 32min. Järgnevas intervjuus osales viis tegevusjuhendajat, see viidi läbi enne õhtusööki, esmaspäeval (07.04.2014) ning intervjuu pikkus oli 58 minutit. Kolmas intervjuu pikkusega 1h ja 13minutit viidi läbi kolmapäeval (09.04.2014) enne õhtusööki ja selles osales kolm tegevusjuhendajat. Viimane intervjuu, kus osales neli tegevusjuhendajat, viidi läbi kolmapäeval (16.04.2014) pärast lõunasööki ning selle pikkus oli 1h ja 17 minutit. Suurima osalejate arvuga intervjuu osutus ajaliselt kõige lühemaks, võib-olla seepärast, et seal osales kaks tegevusjuhendajat, kes intervjuueerimise ajaks olid seda tööd teinud alla kolme kuu,

mistõttu ei osatud nii põhjalikult vestluses teistega kaasa rääkida. Kõik fookusgruppi intervjuud lindistati interjueeritavate nõusolekul Olympus VN-3100PC diktofoniga.

Andmete analüüsiks kasutati temaatilist analüüsimeetodit. Temaatilises analüüsis soovitatakse kasutada järgnevat nelja sammu kvalitatiivsete andmete analüüsiks: kodeerimine (*coding*), kahandamine (*shorting*), integreerimine (*local integration*) ja kokkuvõttev integreerimine ehk kombineerimine (*inclusive integration*). Temaatilises analüüsis keskendutakse andmete kodeerimisele, seejärel katekoreerimisele ja põhiliste esilekerkinud teemade määratlemisele ning andmete diskursiivsele/loogilisele analüüsile. (H., Hübner. 2007: 78)

Intervjuudest kogutud materjal esmalt transkribeeriti. Pärast andmete mitmekordset lugemist koondati ja tehti märkmeid tähenduslike vastuste kohta. Selle käigus eraldati kõik tähtsamad tekstiosad transkribeeritud vastustest, mille põhjal jätkati analüüsimist teises etapis. Järgnevalt grupeeriti sarnased vastused ning ühendati teemadeks. Loodud teemasid analüüsiti ning grupeeriti sisulise sarnasuse alusel lähtuvalt kirjanduse ülevaates käsitletud teemadest ja uurimisküsimustest tulenevate teemade alla. Seejärel loodi erinevate analüüsitavate teemade lõikes kategooriad, mille alusel analüüsiti ja esitleti andmeid. Kategooriad tuletati ühest või mitmest intervjuu küsimusest. Analüüsist saadud tulemuste esitamisel toodi esmalt välja teema ja kategooriad, mida täiendati respondentide tsitaatidega. Kõik tsitaadid on esitatud kursiivkirjas ning tsitaadist välja jäetud laused tähistati märgiga /.../. Tsitaatidest eemaldati laused, mis ei olnud seotud intervjuu küsimusega, eesmärgiga esitada selgelt tsitaatide mõtet. Tsitaatide järel on välja toodud respondenti tähistav kood kaldkriipsude vahel /FG3, R 2/ - FG 3 näitab, et tegu oli 3nda fookusgruppi intervjuuga ja R2 – respondenti. Eelnevalt kirjaldatud analüüsi meetodit kasutati fookusgruppi intervjuudest saadud informatsiooni täpseks esitamiseks.

## **2.2. Uurija mõju andmekogumisele ja -analüüsile**

Esmane kontakt uurijal AS Hoolekandeteenused Tõrva koduga oli 2013. aasta maikuus, kui lõputöö koostaja sooritas üliõpilasena selles asutuses ettevõtluspraktika. Praktika käigus viibis autor neli nädalat antud asutuses ja abistas põhiliselt tegevusjuhendajaid oma igapäeva töös. Nelja nädala jooksul töötas praktikant kahes erinevas peremajas-ühes, kus vajasis kliendid rohkem igapäevast hooldamist ja teises majas, kus oli tegu aktiivsete vaimupuudega inimestega.

Järgnevalt pakkus AS Hoolekandeteenused Tõrva kodu juhataja tööd maksimaalselt kolmeks kuuks tegevusjuhendajana ühes peremajas. Tegu oli üsna suure väljakutsega, sest nüüd tuli olla ka neljale võõrale inimesele tugiisikuks, mis eeldas head kontakti ja nende tegevusplaanide analüüsi.

Pärast kolmekuulise lepingu lõppemist, kui tuli tagasi tegevusjuhendaja, keda autor asendas, pakuti lõputöö autorile tööd tegevusjuhendaja-mesitrina. Alates oktoobrist, 2013.a töötab autor antud asutuses ning vastutab elanikele mõeldud aktiivsete tegevuste koordineerimise ja klientide tööhõive eest. Töö ülesannete hulka kuulub erinevate tegevuste läbiviimine ja tegevusjuhendajad juhendamine huvialaringide (keraamika, vaiba kudumine, käeline tegevus, viltimine jne) läbiviimisel ning vajalike vahendite organiseerimine.

Eelneva põhjal võib järeldada, et uurimuse läbiviimise eeliseks oli kindlasti see, et autor teab ja tunneb töötajaid ning tegevusjuhendaja igapäevatööd. Tänu sellele, et autor on ise täitnud tegevusjuhendaja igapäevaseid tööülesandeid, nt tegevusplaani koostamine, ei saanud fookusintervjuudes osalenud inimesed anda ebatäpset infot oma tööülesannete kohta.

Miinusena saab aga välja tuua selle, et intervjuudes osalejad ei julgenud võib-olla kõike ausalt ära rääkida, mis puudutab igapäevaseid probleeme töö korraldusliku poole pealt, sest autor allub otseselt kodu juhile ja osaleb samuti kodu igapäevaelu planeerimises. Samas võib ka uskuda, et tegevusjuhendajad just rääkisid intervjuude käigus „oma suu puhtaks“ lootuses, et see informatsioon vajaduste ja puuduste osas jõuab juhtkonnani.

## 2.3. Uurimistulemused

### 2.3.1. REHABILITATSIOONI JA TEGEVUSPLAANI SEOTUS

#### Rehabilitatsiooni olemus

Tegevusjuhendajad väljendasid oma arvamust rehabilitatsiooni kohta üheselt. Rehabilitatsiooni nähti oskuste ja tegevusvõime taastamise, säilitamise ja arendamisena, üldiselt inimväärse elu säilitamisena.

*/.../ Noh et taastada ikka seda, mis oli. Hoida samal tasandil ja säilitada/ FG 4, R 1/*

*Aidata inimesel paremini oma eluga hakkama saada, taastades tema oskusi kui vähegi võimalik, /.../. / FG 4, R 4/*

*Mina arvan, et see on kliendi inimväärse elu säilitamine. /FG 3, R 1/*

*Tegevusvõime arendamine, et ta saaks jõuda tagasi sinna, kus oli nt enne õnnetust. /FG 3, R 2 /*

*Rehabilitatsiooni eesmärk on ikka eelkõige taastumine. / FG 2, R 3/*

*Igapäevaste oskuste säilitamine ning kui võimalik siis arendamine. /FG 1, R 2/*

#### Kasutegur rehabilitatsiooniplaanist

Intervjuust selgus, et rehabilitatsiooniplaan annab tegevusjuhendajate arvates kliendist üldise ülevaate. Plaanis on küll rehabilitatsioonimeeskonna poolsed soovitusel isiku toimetuleku parandamiseks, kuid konkreetseid eesmärke ja tegevusi mitte. Öeldi, et rehabilitatsiooniplaani on küll loetud, aga abi sellest tegevusplaani koostamiseks ei saa. Tegevusplaani koostamisel pidi tegevusjuhendajatel rohkem kasu olema varasemates tegevusplaanidest, mis on kliendile tehtud eelmistes hoolekande asutustes, kus inimene sai teenust.

*/.../olen lugenud neid soovitusi, kuid see jutt on juba tuttav ja midagi uut sealt nagunii teada ei saa. Nad ei tunne ju tegelikult inimest. See on üldine kliendi kirjeldus./ FG 4, R 3/*

*Olen kasutanud ja midagi sain ikka teada, üldised eesmärgid midagi konkreetset ei olnud/.../lihtsalt, et klient võiks käia seal ja seal jne. /FG 2, R 1 /*

*Otseselt midagi sealt kasutanud küll ei ole, loed läbi saad ülevaate aga põhiline abi on ikka eelnevad tegevusplaanid./ FG 2, R 4/*

*Olen küll võtnud ja lugenud, kuid kasu on rohkem ikka eelmises kodus tehtud tegevusplaanist. /FG 1, R 1/*

Rehabilitatsiooniplaanis loodetakse näha põhjalikumat ülevaadet kliendi diagnoosist ning mida see antud inimese käitumises kaasa võib tuua. Oodatakse, et seal oleks realistlikud tegevuskavad ja detailselt selgitatud tegevused. Toodi välja kliendi õigele teenusele suunamine. Soovitakse saada pärast plaani koostamist tagasisidet oma töö kohta, et keegi tuleks klienti vaatama ja nõustaks töötajaid. Plaan peaks olema põhjalik ja konkreetne ning sisaldama informatsiooni ka tegevuste kohta, läbi mille klienti arendada. Osad tegevusjuhendajad aga ei osanud midagi oodata, sest rehabilitatsioonimeeskond ei tunne inimest nende arvates.

*Et inimene oleks õigel teenusel, kui meie visioon ja missioon on „Tegusam elu“,aga tegu on voodihaigega, siis sorry, ta pole õigel teenusel /.../. /FG 3, R 2/*

*See on väga üldine. Tahaks, et ei puhutaks üles kliendi võimeid, et see oleks realistlik. Endal tekib ahastus, kui loed, et klient peaks seda tegema ja oskama, aga kui ikkagi selgub, et ta ei saa sellega hakkama /.../. / FG 3, R 3/*

*Seal peaks olema põhjalik kliendi käitumise kirjeldus. Samas ega see ei saagi olla väga põhjalik, sest komisjon ei tunne klienti. /FG 1, R2/*

*Detailset ja põhjalikku plaani, kus on kirjeldatud seda, mida ja miks tuleks kliendis arendada ning kuidas seda teha./ FG 4, R 4 /*

*Seda plaani on põhimõtteliselt ainult teenuse saamiseks vaja, et nad saaksid meie juures elada. /FG2, R2/*

*Aga seal võiks ikka olla konkreetseid piasasjadeni lahti seletatud tegevused, millest kinni võtta ja kust siis klienti edasi suunata. Konkreetselt, kas ja milliseid oskusi säilitada ning kuivõrd on üldse võimalik midagi edasi arendada. / FG 1, R 3/*

*Plaan peaks olema konkreetne ning nad võiksid ju ka kliendiga vesteldes koostada koostöös temaga ja tugiisikut kaasates kliendile vähemalt näidis tegevusplaani, millega edasi minna. Tahaks näha, kuidas spetsialistid seda plaani koostavad. /FG 2, R4/*

*/.../. Samuti võiks see komisjon käia klienti pärast plaani koostamist ka vaatamas ja anda tagasiside meile, mida teisiti teha. /FG 3, R 1 /*

*Vaja on, et klient saaks lisaks meie ööpäevaringsele teenusele ka teisi teenuseid nt psühholoog, logopeed jne. Asutus, kes teeb plaani peaks korraldama ka teenuste saamise. /FG 2, R 3/*

### **2.3.2. TEGEVUSJUHENDAJA OSKUSED JA KLIENDI TEGEVUSVÕIME**

#### **Tegevusvõime arendamine**

Tegevusvõime all nägid vastajad, et see on igalühel individuaalne lähtuvalt tema tervislikud olukorrast. Tegevusjuhendaja ülesandeks on vastajate sõnul tegevusvõime säilitamine ning võimalusel arendamine.

*/.../meie eesmärgiks on tegevusvõime säilitamine. /FG 1, R 1 /*

*Tema tase, mida ta on võimeline tegema tulenevalt tema eripärast ja tervisest. /FG 2, R 5 /*

Enamik vastajad uskusid, et on võimalik arendada kliendi oskusi ja tegevusvõimet, kuid inimene ei ole võimeline saavutama täielikku iseseisvust. Samas oli ka neid, kes seda ei uskunud, sest klientide diagnoosid on juba sellised, et pole võimalik midagi arendada, pigem säilitada.

*Ei usu, iseseisvust raudselt mitte, oskusi mingil määral. Nende tervislik seisund ja diagnoos on ju selline, ja nad on tunnistanud 100% töövõimetuks. See seisund on olnud neil pikemat aega ja ongi ju märgitud, et see ei taastu. Kuidas saan mina teda arendada, kui arstid ja psühholoogid annavad sellise diagnoosi./FG 1, R 1 /*

*On küll võimalik, mitte täielikult aga toetatud elamise teenusele, iseseisvamale teenusele natuke ikka/.../. /FG 1, R 4 /*

*Täielikult iseseisvaks küll vist mitte, kuid mõningaid oskusi küll. /.../. /FG 2, R 1/*

Tegevusplaani koostamise mõtte all nähti vajadust informatsiooni jagamiseks ja talletamiseks ning kliendi oskuste kaardistamiseks. Leiti, et otsest kasu klient sellest ei saa. Vastajate hulgas oli ka neid, kes arvasid, et tegevusplaani on vaja pigem ettevõtte keskkontorile kontrolliks kui tegevusjuhendajale, sest viimsed tegelevad igapäevaselt inimese tegevusvõime arendamisega. Tegevusjuhendajate sõnul ei ole neil igapäevatöö kõrvalt aega, et tegevusplaane piisavalt põhjalikult koostada, mistõttu sellest pole kasu. Lisaks mainiti, et igapäevatöö juures ei ole aega, et jälgida kõigi inimeste tegevusplaanist tulenevaid eesmärke. Samas tegevusplaanides kirjas olevate eesmärkide seos kliendi igapäeva eluga peaks tegevusjuhendajate sõnul olema otsene ning reaalne, arvestades kliendi võimeid ja olemasolevaid vahendeid.

*Eelkõige info jagamiseks ja talletamiseks kui klient peaks mujale minema, siis nad saavad kohe kuskilt vaadata, mida ta teinud on jne. Samuti annab see ka meile uuest kliendidit ülevaate./FG 1, R 4*

*Mina arvan, et seda ei ole vaja, sest nagunii me ju tegeleme kogu aeg kliendi igapäevaste oskuste arendamisega. Me teeme seda kõike ju iga päev, milleks seda kõike veel kirja panna. Seda on rohkem vaja vist keskkontorile kontrolliks kui kliendile. /FG 2, R 2 /*

*Tegevusplaani peaks olema väga detailne, et meil oleks sellest kasu, aga meil ei ole aega ega ka võib-olla oskusi, et seda nii korralikult koostada. /FG 2, R 5/*

*Igapäevaselt me ei jõua jälgida klientide tegevusplaani eesmärke. Jälgida tuleb ju kõigi turvalisust, hügieeni, tegevusi läbi viia./.../. Tegevusjuhendajat on 10 inimese peale üks ja ei saa eeldada, et ta jõuab kõigiga siis päeva jooksul tegeleda. /FG 3, R 1 /.*

### **Olemasolevad ja kasutatavad oskused**

Igapäevaselt tööl kasutatavate oskuste alla toodi välja emaks olemise oskused, elementaarsed oskused nt söögi valmistamine, käsitöö, õmblemine ja teadmised sportimisest. Eeskujuks olemisel kasutatakse elemantaarset viisakust. Igapäeva töö juures tunnevad tegevusjuhendajad enda sõnul kõige enam puudust loomingulistest oskustest nagu pillimäng, tantsu-, laulu- ja kunstioskusest. Toodi välja veel logopeedi-, ja empaatiaoskus. Empaatiline äratunnetamine, kuidas klient mõtleb ja ümbritsevat

tunnetab. Oskuste all, mida võiks kasutada, kuid puuduvad võimalused toodi (ruum, vahendid) välja näitemängu juhendamise. Üldine seisukoht oli see, et juba kasutataksegi kõiki oskusi, mis on olemas.

Kasutatavad oskused:

*Põhimõtteliselt suure perekonna pereema ülesandeid alustades söögitegemisest kuni nende lohutamiseni välja. Emaks olemise oskusi./FG 2, R 1/*

*Enda majas kasutan ma elementaarset viisakust, et ka nemad seda omandaksid. Suhtlen nendega lugupidavalt ja ootan neilt ka sellist suhtlemist üksteise vastu./.../. /FG 3, R 2/*

*Mina olen enda majas nad õpetanud süüa tegema, elementaarseid oskusi /.../. /FG 3, R 1/*

*Teadmisi ja oskusi spordi tegemisest, mida koolis sai õpitud. /FG 2, R 5/*

*Oskused, millest tuntakse igapäevatöö juures puudust:*

*Loomingulist ja kunstioskust, neil on võimed aga ma ei oska teda nii palju suunata. Nendega tuleb rohkem aega saada, et vestelda./.../. /FG 3, R 1 /*

*Logopeedi oskusi võib-olla, tahaks osata aidata tal paremini rääkida. Ma ise räägi ka kiiresti, aga just selle kõnelemise arendamiseks ja jutu ajamiseks on vaja rohkem aega. /FG 3, R 3/*

*Puutöö juhendamise oskust./.../. /FG 4, R 1/*

*Muusikategemise ja laulmisoskust, nad tahavad laulda aga meil ei ole kedagi, kes juhendaks. /FG 4, R 3 /*

*Olemasolevad oskused, mida saaks veel kasutada:*

*Ma arvan, et ma oskan panna kliendid näidendit mängima. Otsida neile võimetekohased luuletused ja näidendid. /FG 3, R1/*

*Kasutangi juba kõiki, mis on. /FG 2, R 1/*

*Oskused, mille kasutamiseks puuduvad võimalused, vajatakse abi:*

*Vaja on dekoratioone ja eraldi ruumi, kus ma saaksin konkreetselt tegeleda selle kliendirühmaga. Meil aga praegu elutoas on seda raske teha, sest igäüks kõnnib sealt läbi ja kes tahab kohvi, kes teed. /.../. /FG 3, R 1/*

*Muusikaterapeudi nõuandeid /.../, julgust ja aega, et algatada uusi tegevusi tööl on ikkagi metsik tempo ja lihtsalt ei jõua. /FG 1, R 3/*

### **2.3.3. IGAPÄEVANE TÖÖKORRALDUS – PROBLEEMID JA ETTEPANEKUD**

#### **Probleemid igapäevatöös**

Andmete analüüsist selgus, et kui töögraafikus esineb korraga kahe maja peal tööl olemist või majas on tihtipeale võõrad tegevusjuhendajad, siis see mõjub ka klientitööle, sest viimased vajavad stabiilsust. Tegevusjuhendajad ei suuda kahe maja peal töö olles tegeleda klientidega piisavalt, et tagada nende rahulolu. Toodi välja ka see, et majade vahel ei ole inimesed õiglaselt jaotatud, mistõttu pole koormus ühtlane, sest mõnes majas nõuab inimeste hooldamine tunduvalt rohkem energiat, kui teises majas.

*Meie elanikud vajavad stabiilset keskkond, kuid tihtipeale on võõras inimene majas tööl või siis kahe maja peale ning see mõjub kohe klientidele. Meie kliendid vajavad oma maja töötajat, kellega nad on harjunud. /FG 1, R 3/*

*Graafik ja 2 maja peale olek. See jooksmine edasi ja tagasi, ei saa sa ühel pool oma tööd tehtud ega ka teisel pool. Klientidega individuaalselt siis tegeleda on ikka üsna võimatu /.../. /FG 4; R 17*

*Majad ei ole komplekteeritud ikka ühtse diagnoosi järgi. Kliendid on segi paisatud, kuid tuleks ikka vaadelda, kes kuidas ja kellega kokku sobib /.../. /FG 3; R 1/*

Väljakutsete ja probleemide all toodi tulenevalt klientidest välja oskamatus tunne tegeleda inimestega, kellel on käitumishäired ja kes lähevda endast välja ja muutuvad agressiivseks (töötajad kasutavad selle kohta väljendit „määratseva“). Samuti mainiti, et öösel on hirmus tööl olla, kui on teada, et mõnel kliendil on ärevamad ajad.

*Oskamatuse tunne tekib siis, kui klient on märatsenud, raske on mõista, mis talle nüüd ei meeldinud ja miks ta nii teeb. Sooviks kuidagi aidata, aga kui inimene lihtsalt ei räägi, siis on see väga keeruline. /FG 2, R 2/*

*Raskusi on käitumishäiretega, kuidagi ei oska midagi teha. /FG 1, R 2/*

*Vaja on kindlat metoodikat, kuidas klientidele läheneda, kuidas ta päev üles ehitada jne. Mina aga ei oska seda välja töötada. /FG 2, R 1/*

Tegevusjuhendajate igapäevatöö teevad raskeks rutiini jälgimine ja tagamine, et kõik juhendajad nõuaksid kliendilt ühte moodi, samuti turvalisuse ja rahu säilitamine, suure hulga dokumentatsiooni täitmine ning psühholoogiline pinge, mida tekitab suur vastutus antud töö puhul. Lisaks veel korraga erinevate võimetega klientide juhendamine, mistõttu tuleb ennast pidevalt ümber häälestada. Mainiti ära ka töötempo, mis tuleneb paljudest erinevatest tegevustest ja mille tõttu ei jää tihtipeale aega kliendi juhendamiseks.

*Vastutus, nii palju erinevaid tegevusi, liiga palju tööd on korraga nii, et ei jõuagi rahulikult südamega teha. Kogu aeg on kiirus taga, sest nii palju asju on vaja teha. /FG 3, R 1/*

*Rutiini jälgimine. Nõutakse kliendikeskset lähenemist, aga kui kõik päevaplaanid on paigas, siis ei saagi klient ju valida, mida ta teeb./.../. /FG 3, R 2/*

*Aega tuleb jah vahel puudu, et ei saagi rahulikult ja korralikult midagi teha. Tahaks keskenduda ja selgitada igat tegevust kliendile, aga lihtsalt ei jõua. Tihtipeale ongi lihtsam ise ära teha, mis on aga vale. /FG 3, R 3/*

*/.../, raske ei ole, aga need pinged jäävad alles. Turvalisuse ja rahu säilitamine. Üleliigne dokumentatsioon kontrollide jaoks. /FG 4, R 1/*

### **Ettepanekud paremaks töökorralduseks**

Analüüsist selgus, et eraldi tegevustemaja olemasolu parandaks üldist töökorraldust ja klientide heaolu. Vastajad tundsid puudust ka eraldi puhketunnist ja –toast. Majades olevates tegevusjuhendajate ruumides puhata ei saa, sest ikka täidetakse siis

tegevusplaani aruandeid või siis segavad kliendid. Vastajate sõnul on pikema aja peale tagasi vaadates võimalik kliendi arengut analüüsida. Vahendite osas toodi välja korraliku sõiduvahendi puudumine, millega saaks sõita vähemalt 8 inimest korraga. Nähti vajadust ühe elektriauto asemel mikrobussi järele, sest kliendi tahavad käia ja reisida, kuid elektriauto mahutab ainult 4 inimest.

*Puudub tegevustemaja, tegevused on jaotatud majadesse. Osasid häirib see, et tuleb minna teise majja; kardavad minna näiteks 4.majja (meestemaja) ja üldse häirib liikumine vanemaid kliente /.../. /FG 3; R 1/*

*Klientide jaoks oleks see lihtsam, kui ta läheb alati ühte ja samasse majja tegevustesse ning saavad seal ka oma enne lõunase kohvi pausi teha. /FG 3, R 2/*

*Kui tegevustemajas oleks 2-3 tegevust ja seal on alati juhendaja, siis klient saaks alati valida lähtuvalt oma tujust. Loomulikult on see väga individuaalne, sest mõni soovib väga konkreetset päevakava, kuid teine jällegi tahab vaheldust. /FG 3, R 3/*

*Võimaluste puudumine nt kliendid soovivad ka reisida, aga meil ei ole oma bussi ja ka riigiraha ekskursioonideks, kliendi pensionist see aga ei tule kuidagi välja pärast teenuste ja rohtude eest tasumist /.../. /FG 1, R 2/*

*Puudub eraldi puhkuse n-ö oma tund. Siis kui istud töötajate ruumis, siis ju täidad neid tegevusplaani ja kalenderplaani, mitte ei joo niisama kohvi. Tahaks ikka 12h jooksul natukenegi kuskil vaikselt lõõgastuda. /FG 4, R 3/*

Samuti toodi välja tegevusplaanide igakuine tagasiside, mis võiks olla hoopiski pärast kvartali lõppu. Öeldi, et kliendi arengus ei toimu ühe kuu vältel muutust, mistõttu on peeti tagasisidet mõttetuks.

*See peaks olema tehtud pikema aja peale ja tagasiside kvartaalselt, mitte iga kuu. See lihtsustaks meie tööd. /FG 3, R2/*

*See on tõesti nõme, et me peame seda nii tihti täitma, sest enamustel meie inimestel ei teki 1 kuu vältel mingit arengut, pigem on arengut näha kvartaalselt. /FG 1, R 2/*

Abistava personali osas tunti puudust inimesest, kes viiks läbi kliendivestlusi ja aitaks meetodikate välja töötamisel ning nõustaks tegevusjuhendajaid. Samuti nähti vajadust ka füsioterapeudi järgi, kes aitaks ja õpetaks, kuidas klientide füüsilist vormi arendada. Öövahetuste turvalisuse tagamiseks toodi välja turvamehe, korraliku aia ja õuekaamerate puudumine. Kolme respondendi arvates peaks ka medõde olema senise kolme päeva asemel viis päeva nädalas tööl, kuid üks vastajatest jälle tõi välja, et kolmest päevast täiesti piisab. Abistava personali juures toodi välja ka tegevusjuhendajate arv, keda võiks asutuses rohkem tööl olla, et üks tegevusjuhendaja ei peaks kahe maja peal vahel oma tööaega jagama. Lisaks mainiti ka puhastusteenindajat, kes võiks kord kuus käia, et maju põhjalikult koristada.

*Sooviks appi spetsialisti, vaja oleks liikumisterapeutid, kes aitaks ja õpetaks koos nendega võimelda, kuidas liikuda. Sooviks teada, mida ma võin temaga koos üldse teha, et ma talle liiga ei teeks. Meil ju osad käivad näiteks halvasti, soovikski teada, et mida teha, kuidas juhendada, et seda muuta /.../. /FG 3, R 1/*

*Mina täitsa tunnen puudust puhastusteenindajast /.../. Vaja oleks, et nt korra kuus käiks keegi abis koristamas ja vaataks meie köögitehnika seisukorra üle./FG 3, R 3/*

*Võiks olla rohkem tegevusjuhendajaid tööl, et ei peaks 2 maja peal olema./FG 4; R 1/*

*Medõde kolmel päeval ja sellest täiesti piisab, pealegi saab iga kell õele helistada ja ta nõustab isegi nädalavahetusel./FG 4, R 3/*

*Eripedagoog või psühholoog võiks käia ikka 2x nädalas vähemalt ja pidadagi klientidega personaalseid vestlusi, nendega kes seda vajavad. Kliendid soovivad rääkida, kuid tegevusjuhendajal pole aega, et individuaalselt kliendiga istuda ja vestelda vajalikel teemadel nt miks ta ei taha sellest tegevusest osa võtta jne. /FG 4, R 4/*

*Kindlasti medõde täiskohaga, et ta oleks iga päev olemas, meie klientidel võib ju iga kell mõni hoog peale tulla. /FG 1, R 1/*

*Inimest, kes tunneks meie klientide diagnoose hästi ja oskaks nõu anda, kas eripedagoog?/.../. /FG 1, R 3/*

*Öösel võiks olla eraldi turvatöötaja, sest 2 inimest 60 kliendi peale ja need kaamerad ka ei kajasta kõike, mis nt õues toimub. Vähemalt turvaauto peaks öö jooksul mitu korda meie territooriumil käima, et keegi ei saaks ära jalutada./FG 1, R 4/*

## UURIMUSE ARUTELU JA JÄRELDUSED FOOKUSINTERVJUDEST

Käesolev uurimustöö otsis vastust küsimustele, millised on peamised probleemid ja väljakutsed ööpäevaringse erihoolekande teenuse osutamisel tegevusjuhendajatel oma igapäeva töös, mida mõtlevad tegevusjuhendajad rehabilitatsioonist ja mida peavad silmas tegevusvõime all, kuidas kasutavad tegevusjuhendajad rehabilitatsiooniplaani abistava dokumendina klienditöö planeerimisel ja tegevusplaani koostamisel. Uuriti veel, kas ja kuidas on ööpäevaringsele erihoolekande teenusele määratud klientide rehabilitatsiooniplaanid ja sealsed eesmärgid on suunatud kliendi tegevusvõime arendamisele ja milline võimalus on tegevusjuhendajal oma igapäeva töös erinevaid ressursse (aeg, erialased teadmised ja oskused, personaalsed kompetentsid nt käsitöö, sport jne.) kasutades aidata kliendil tema rehabilitatsiooniplaanis olevaid eesmärke täita või eesmärkide täitmiseni jõuda.

Lähtuvalt uurimisküsimustest analüüsiti andmeid kolme teema kaupa, mis omakorda jagunesid veel alateemadeks: rehabilitatsiooni ja tegevusplaani seotud, tegevusjuhendaja oskused ja kliendi tegevusvõime, Igapäevane töökorralduse probleemid ja lahendusettepanekud.

Rehabilitatsiooni nähti enamiku tegevusjuhendajate poolt kui inimese varem omandatud oskuste ja tegevusvõime taastamist. Otseselt ennast rehabilitatsiooni protsessis osalemisega ei seostatud. Pigem tõid tegevusjuhendajad enda panuse välja juba konkreetselt kliendi tegevusvõime arendamise ja uute oskuste õpetamise juures. Kasutegurit rehabilitatsiooniplaanist tegevusjuhendajad oma igapäevatöös ei näinud, sest plaan annab ainult üldise ülevaate inimesest, kuid mitte konkreetset infot tegevusvõime ja selle arendamise kohta. Plaanis on küll kirjas soovitusel, kuid enamasti ei ole neis midagi uut tugiisiku jaoks, kes inimest juba tunneb v. a. tervisliku seisundi osa, mida hindavad arstid. Kuid ka tervise seisundi osas ootaks tegevusjuhendajad täpsemat ja arusaadavamalt kirjeldust kliendi diagnooside ja võimete osas. Mainiti, et uue kliendi puhul võib-olla rehabilitatsiooniplaanist abi inimesest ülevaate saamiseks, kuid tegevusplaani koostamisel on rohkem kasu eelnevates hoolekandeesutustest, kus inimene on teenusel viibinud, koostatud tegevusplaanidest. Peale detailsuse tegevusjuhendajad rehabilitatsiooniplaanist muud ei oskagi oodata, sest

rehabilitatsioonimeeskond ei tunne inimest. Rehabilitatsiooniplaan tehakse täiskasvanud inimesele viieks aastaks, kuid selle aja jooksul koostab tugiisik ööpäevaringses erihoolekande asutuses viibivale inimesele kokku vähemalt viis tegevusplaani. Täiesti arusaadav on, et viie aasta vältel õpib tegevusjuhendaja/tugiisik inimest paremini tundma, kui rehabilitatsioonimeeskond oma hindamise ja rehabilitatsiooniplaani koostamise käigus. Rehabilitatsiooni protsess aga näeb ette, et edukaks rehabilitatsiooniks tuleb luua inimesega eelkõige koostööl põhinev partnerlussuhe, kuid selle väikse hindamise ajal seda tõenäoliselt ei teki, mistõttu on rehabilitatsiooniplaanist saadav kasu inimese rehabiliteerivate eesmärkide saavutamisel väike. Inimese jaoks on rohkem kasu tegevusjuhendaja poolt koostatud tegevusplaanist, kus on konkreetset eesmärgid.

Tegevusvõime arendamise all selgus analüüsist, et tegevusjuhendajad näevad ennast pigem säilitajana ning kui kliendi võimetest lähtudes on võimalik, siis ka arendajana. Tegevusjuhendajad küll uskusid, et Tõrva kodu elanike tegevusvõimet on võimalik arendada teatud piirini ning oskuste õpetamisse, kui teha järjepidevalt tööd, kuid mitte päris iseseisvaks saamiseni. Põhjendusena toodi välja see, et Tõrva kodu on ööpäevaringse erihoolekandeteenuse kui kõige madalama tegevusvõimega inimestele mõeldud teenuse osutaja, mistõttu ei usutud, et kodu elanikke oleks võimalik arendada iseseisva elu peale. Tegevusplaanides kirjas olevate eesmärkide seos kliendi igapäeva eluga peaks olema otsene seos, kuid tegevusjuhendajad tõid välja selle, et ei ole igapäevaste tööülesannete täitmise kõrvalt nii palju aega, et teadlikult tegeleda inimese eesmärkidega. Lisati, et ei ole tihtipeale ka aega ega ka oskusi põhjaliku abistava tegevusplaani koostamiseks, mistõttu ei tihtipeale ei nähagi sellel mõtet.

Igapäevase töö juures kasutavad tegevusjuhendajad kõiki oma omandatud oskusi alustades söögi tegemisest kuni puutööringi juhendamiseni välja. Tegevusvõime arendamisel kasutatakse kõiki elementaarseid oskusi, mida kasutatakse oma igapäevases elus kodus. Tegevusjuhendajad nägid, et tööl kasutatavate oskuste vahel saab tõmmata paralleele ka emaks olemisega, kus samuti kasutatakse oma täit kompetentsi lapse arendamiseks. Puudust tunti igapäevatöö juures kõige enam loomignulistest oskustest –

kunsti- ja lauluoskusest. Klientidel on võimed, kuid töötajad ei oska inimesi nimetatud valdkondades arendada.

Igapäevasest töökorralduslike probleemide puhul tegi tegevusjuhendajatele kõige enam muret töögraafik, kus pole koormus töötajate vahel võrdselt jaotatud ja tuleb tihtipeale kahe maja peal korraga tööl olla, ning see, et puudub eraldi tegevustemaja. Kahe maja peal korraga tööl olemine on töötaja jaoks väga kurdav ja palk pole selleks motiveeriv, sest töötasus mingit erinevust ei ole. Eelkõige kannatavad selles aga kliendid, sest tegevusjuhendajal ei ole aega kellegagi personaalselt tegeleda, kuna tuleb „joosta kahe maja vahelt.“ Tegevusjuhendajate arvates ei ole Tõrva kodu peremajade kliendi komplekteeritud võrdselt – ühes on need, kes vajavad rohkem hooldust, mis raskendab samuti tegevusjuhendaja tööd. Tegevustemaja olemasolu vajadust nähti lähtudes kliendi seisukohast, sest paljudele ei meeldi minna teise koju huvialaringi. Vaja oleks neutraalset pinda, kuhu inimene hommikul läheb ja saab ise valida, millist tegevust teeb. Abistava personali osas tunti kõige enam puudust turvamehest öösiti, samuti inimesest, kes aitaks klienditöö metoodikaga nt psühholoog või eripedagoog, õenduseriala spetsialisti igapäevasest olemasolust asutuses ja füsioterapeudist.

Tegevusjuhendajad tunnevad puudust tagasisidest, et keegi tuleks ja annaks nõu, kuidas paremini teha. See toodi välja ka rehabilitatsioonimeeskonna puhul, et nad võiksid pärast plaani tegemist tulla inimest uuesti vaatama, et hinnata muutust ja anda tagasiside. Klienditöös nähakse vajadust kindla metoodika järele, kuid ise ei olla pädevad seda välja töötama, mistõttu oleksi vaja psühholoogi või eripedagoogi nõu. Igapäevaselt teeb tegevusjuhendaja töö raskeks pidev psühholoogiline pinge, rutiini, turvalisuse ja rahu säilitamine. Lisaks liigne dokumentatsioon kalenderplaanide ja igakuiste tegevusplaani tagasiside näol.

Kokkuvõttes võib öelda, et kõik püstitatud uurimisküsimused said antud töö raames vastused.

## KOKKUVÕTE

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Vaimse tervise teenuse saajate rehabilitatsioon AS Hoolekandeteenused Tõrva kodu näitel.“ Antud teemat valiti, kuna varem ei ole uuritud, kuidas ja kas tegevusjuhendajad üldse saavad tegeleda inimese tegevusvõime arendamisega väiksemates peremajades

Lõputöö eesmärgiks oli selgitada välja, kuidas tegevusjuhendajad mõistavad rehabilitatsiooni ja mil viisil nad tegelevad igapäevaselt inimese rehabiliteerimise eesmärkide saavutamiseks vaimse tervise valdkonnas Tõrva kodus ööpäevaseringse erihooldusteenuse osutamisel ning, kuidas nad näevad oma töö olemust ja eesmärke.

Töö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest osast. Teooria osas antakse ülevaade rehabilitatsiooni olemusest, vaimse tervise teenuse saajate tegevusvõimest ja Eesti erihoolekande süsteemist. Selgdatakse rehabilitatsiooni eesmärki ja protsessi ning eraldi keskendutakse veel inimese rehabiliteerivatele eesmärkidele. Teoreetiliselt osas vaadeldakse inimese tegevusvõime hindamist ja lisaks tegevusjuhendaja tööd erihoolekande süsteemis.

Tuginedes uurimusele, võib uurimistulemustest välja tuua järgmised tähelepanekud ja ettepanekud:

- Tõrva kodul on vajadus tegevustemaja ja suurema transpordi vahendi järele nt mikrobus, mis aitaks kaasa kliendiheaolu tõstmisele;
- Tegevusplaani koostamisel ei ole tegevusjuhendajatel rehabilitatsiooniplaanist reaalset kasu, sest see annab vaid ühesõnalise ülevaate kliendist, Rehabilitatsiooni plaanidest puuduvad respondentide sõnul konkreetsed eesmärgid ja detailsus, mis aga aitaks tegevusjuhendajatel oma igapäevatööd paremini planeerida;
- Igapäevatöö juures tuntakse kõige enam puudust õenduseriala spetsialisti igapäevasest kohalolust, eripedagoogist ja/või psühholoogist, öövahetuste ajal turvamehest.
- Rehabilitatsiooni näevad tegevusjuhendajad eelkõige tegevusvõime taastamisena ja enda töö eesmärki tegevusvõime säilitamisena, võimalusel arendamisena;

- Tõrva kodu turvalisuse parendamiseks on vaja õuekaameraid ja aeda ümber kompleksi;
- Klientide tegevusplaanide igakuine tagasiside ei aita kaasa kliendi arengule, vaid annab tegevusjuhendale ühe tüütu lisakohustuse juurde. Mõistlikum oleks anda tagasiside kvartaalselt, sest antud kliendirühmal ei toimu ühe kuuga silm nähtavat arengut.

Autor leiab, et uurimistulemused annavad teenuse osutajale endale hea tagasiside, tuues välja igapäevased Tõrva kodu töökorralduse kitsaskohad koos konkreetsete ettepanekutega. Samuti tuuakse uurimistulemustest välja puudujäägid rehabilitatsiooniteenuse osutamisest erihoolekande kliendirühmale, kellel puhul jääb mulje nagu plaani eesmärk oleks inimene saada teenusele, kus tegevusjuhendajad tegelevad lähtuvalt oma teadmistest isiku tegevusvõime arendamisega.

## VIIDATUD ALLIKAD

1. **Anthoni, W. A, Farkas, M. D.** 2009. A Primer on the psychiatric rehabilitation process. Boston University Center of Psychiatric rehabilitatsioon.
2. AS Hoolekandeteenused 2014.  
[<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/avaleht.php>] 12.03.2014
3. AS Hoolekandeteenused klientide andmed. 2014. AS Hoolekandeteenused.  
Ettevõtte siseseks kasutamiseks.
4. AS Hoolekandeteenused. 2014. Kommentaariks Äripäeva TOP100 eriväljaandes avaldatule. [<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/posts/kommentaariks-aeripaeeva-top100-erivaeljaandes-avaldatule-427.php>] 12.05.2014
5. AS Hoolekandeteenused. 2014. Pärnumaal Väandras valmisid psüühiliste erivajadustega inimestele kaasaegsed peremajad.  
[<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/posts/paernumaal-vaendras-valmisid-psueuehilise-erivajadusega-inimestele-kaasaegsed-peremajad-330.php?p=20>]  
12.05.2014
6. AS Hoolekandeteenused. 2014. Tõrva kodu kuus peremaja peavad soolaleivapidu.  
[<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/posts/torva-kodu-kuus-peremaja-peavad-soolaleivapidu-353.php?p=20>] 23.04.2014
7. **Babbie, E.** 2012. The Practice of Social Research. Wadsworth Edition.
8. **Bashir, N. Y., Wilson, A.E., Lockwood, P. Chasteen, A.L. & Alisat, S.** 2014. The time for action is now: Subjective temporal proximity enhances pursuit of remote-future goals. *Social Cognition*, 32-1, 83–93.
9. **Dean, S. G., Siegert, R. J., Taylor, W. J.** 2012. Interprofessional Rehabilitation A person – centred approach. Kindle Edition.
10. Eesti Sotsiaalhoolekande seadus. 1995. – RT I 1995, nr 21, art 323.

11. Erihoolekandeteenuse osutamise tegevusloa taotlemine. Sotsiaalministeerium.  
[[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\\_inimeste/Erihoolekandeteenused/Tegevusloa\\_taotluse\\_t%C3%A4itmise\\_juhend.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimeste/Erihoolekandeteenused/Tegevusloa_taotluse_t%C3%A4itmise_juhend.pdf)]  
09.03.2014
12. Ministrite komitee soovitus liikmesriikidele, mis käsitleb Euroopa Nõukogu tegevuskava puuetega inimeste õiguste kaitse ja ühiskonnas täisosaluse edendamist: puuetega inimeste elukvaliteedi tõstmine Euroopas 2006–2015. 2006. Euroopa Nõukogu. Ministrite Komitee.  
[[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\\_inimeste/Ministrite\\_noukogu\\_soovitused\\_2006\\_2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimeste/Ministrite_noukogu_soovitused_2006_2015.pdf)] 05.05.2014
13. **Fried, Y., Slowik, L.H.** 2004. Enriching Goal-setting Theory with Time: An Integrated approach. - *Academy of Management Review*, 29(3), 404–422).
14. **Gutenbrunner C., Meyer T., Melvin J., Stucki G.** 2011 Towards an internationally accepted conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*.
15. **Hübner., H.** 2007. *The Communicating Company. Towards an Alternative Theory of Corporate Communication.* Physica-Verlag. A Springer Company.
16. **Hoeman, S. P.** 2008. *Rehabilitation Nursing. Prevention, intervention and outcomes.* Fourth editions. Health Systems Consultations, Internationals Naples Maine. Mosby Elsevier.
17. Klaasen, A., Tiko, A., Mäe, K., Krasi, M., Salumaa, M., Kokk, P., Agan, S., Arendi, T., Tõnisson, U., Uusküla, Ü. 2014. Tegevusjuhendaja käsiraamat. Tallinna Raamatutrükikoja OÜ.
18. **Lewis, B. J.** 1998. Set short-term Goals within the Long Term. *Journal of Management in Engineering*.
19. **Law., M. MacDermid., J.** 2008. *Evidence- Based rehabilitation. A Guide to Practice.* SLACK Incorporated.
20. RFK e. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. Sissejuhatus. 2002. Maailma Terviseorganisatsioon. Sotsiaalministeerium.  
[[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/RFK\\_\\_ICF\\_\\_Sissejuhatus.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/RFK__ICF__Sissejuhatus.pdf)] 05.05.2014

21. RFK e. Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon. 2002. Maailma Terviseorganisatsioon. Sotsiaalministeerium.  
[<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/E-tervis/funktsioonid.pdf>] 05.05.2014
22. Sotsiaalkindlustusamet. Rehabilitatsiooniteenus. 2014.  
[<http://sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>] 20.04.2014
23. Rehabilitatsiooniteenuse teenusstandard. 2010. Sotsiaalkindlustusamet.  
[<http://sotsiaalkindlustusamet.ee/public/teenusstandardid/atsrehabteenus2011.pdf>]
24. Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nendega seonduvate seaduste muutmise seaduse Seletuskiri. Sotsiaalministeerium.  
[[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\\_inimestele/Erihoolekandeteenused/Sotsiaalhoolekande\\_seaduse\\_erihoolekandeteenuste\\_regulatsiooni\\_puudutava\\_muudatuse\\_seletuskiri\\_\\_2009\\_.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Sotsiaalhoolekande_seaduse_erihoolekandeteenuste_regulatsiooni_puudutava_muudatuse_seletuskiri__2009_.pdf)]
25. Tegevusplaani koostamise juhend. Sotsiaalministeerium.  
[[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega\\_inimestele/Erihoolekandeteenused/Tegevusplaani\\_koostamise\\_juhend.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/Erihoolekandeteenused/Tegevusplaani_koostamise_juhend.pdf)] 09.03.2014
26. Sotsiaalministri määrus. 2009. Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele esitatavad kohustuslikud nõuded – RT L 2002, nr 9, art 93.
27. Sotsiaalministri määrus. 2009. Tegevusjuhendajate koolituse ja täienduskoolituste kavade kehtestamine. – RTL 2009, nr 31, art 405.
28. **Sullivan, L., E.** 2009. The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences. A SAGE Reference Publication.
29. Teenuse osutamise töökord. 2012. AS Hoolekandeteenused. Ettevõtte siseseks kasutamiseks.
30. Teenused AS Hoolekandeteenused kodudes. 2014. AS Hoolekandeteenused.  
[[http://www.hoolekandeteenused.ee/media/valisveeb/CVI/Voldikud/Voldik\\_AS\\_Hoolekandeteenused\\_Teenused.pdf](http://www.hoolekandeteenused.ee/media/valisveeb/CVI/Voldikud/Voldik_AS_Hoolekandeteenused_Teenused.pdf)] 09.0.2014
31. Tegevusjuhendaja ööpäevaringne hooldus ametijuhend. 2012. AS Hoolekandeteenused. Ettevõtte siseseks kasutamiseks.
32. Tegevusplaani täitmise juhend. 2012. AS Hoolekandeteenused. Ettevõtte siseseks kasutamiseks.

33. Readiness Assessment. The Coalition of Voluntary Mental Health Agencies.  
[<http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/CSP-ReadinessAssessment.pdf>]  
13.05.2014
34. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. 2002. World Health Organization.  
[<http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>] 05.05.2014
35. **Unukainen, T.** 2013. Probleemid kohtu poolt määratava ööpäevaringse erihooldusteenusega. – Sotsiaaltöö, nr 4, lk 20-31.
36. World Health Organization. 2014. [<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>]  
30.03.2014
37. International Classification of functioning, disability and health (ICF). World Health Organization. [[http://www.who.int/classifications/icf/icf\\_more/en/](http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/)] 14.04.2014
38. **Meiorg, M., Grossthal, K., Väljataga, A., Rekand, K.** 2014. Puude mõiste ÜRO õiguste konventsioonis ja Eesti õiguses. SA Eesti Inimõiguste Keskus.
39. Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakulatiivprotokoll 2006. – RT II. 2012,6.
40. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon – RHK -10. 1992. Maailma Terviseorganisatsioon.  
[<http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>]  
18.05.2014

# LISAD

## Lisa 1. Eesti erihoolekandeteenused

**Juhtumi korraldamine** – teenuse eesmärgiks on parim võimalik elukvaliteet tavapärasel keskkonnas, seostades inimest üldiste avalike teenustega ja/või psüühiliste erivajadustega inimestele orienteeritud teenustega (Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele... 2002).

**Igapäeva elu toetamine** – teenuse eesmärgiks on inimese parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng igapäeva elu toimetuleku oskuste, psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise ja tööoskuste kujundamise ning isikuga koos elavate inimeste nõustamise kaudu. Igapäeva elu toetamise teenus on mõeldud tavakeskkonnas suhteliselt hästi toimetuleva inimese toetamiseks, tema tegevusvõime säilimiseks ja arendamiseks. (Klaasen jt 2010: 16)

**Toetatud elamine** – teenuse eesmärgiks on inimese sotsiaalse toimetuleku toetamine iseseisvaks eluks ettevalmistamisel. Isikule antakse eluruum, kus teenuse käigus korraldab inimene ise oma majapidamist ja igapäeva elu koos kõrvalise juhendamisega (*Ibid.*: 2010: 17).

**Elamine kogukonnas** – teenuse eesmärgiks on iseseisev toimetulek tavapärasele võimalikult lähedases keskkonnas. Teenuse saaja elab ühises leibkonnas, kus on vähemalt üks tegevusjuhendaja ja neli kaasklienti. Klient osaleb ühises majapidamistöös, igapäeva elu- ja koduse elu korraldamises. Töökorraldus ja igapäeva elu on üles ehitatud peremudeli järgi (Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele... 2002).

**Töötamise toetamine** – teenuse eesmärgiks on iseseisvalt elava või toetatud elamise teenust kasutava inimese töötamine tavapärasel töösuhtel, toetades (abistamine, juhendamine, nõustamine) nii töötajat kui ka tööandjat inimese tööerakendamisel ja töökoha ning töötingimuste vajadustele vastavaks kohandamisel (*Ibid.*: 2002).

**Ööpäevaringne hooldamine** – teenuse sisuks on inimese ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutus- ja toitlustusteenuse osutamisega, eesmärgiga säilitada ja suurendada teenusel viibiva inimese iseseisvat toimetulekuvõimet.

### **Lisa 1 järg**

Isikut juhendatakse igapäevaelu toimingutes ja kaasatakse aktiveerivatesse tegevustesse teenuse osutaja territooriumil. Ööpäevaringnel erihooldusteenusel olev isik vajab olulisel määral kõrvalabi ja juhendamist. (Klaasen jt 2010: 18)

**Ööpäevaringne tugevdatud toetusega hooldamine** – teenuse eesmärgiks on tagada parim võimalik elukvaliteet hoolekandetasutuses raske või sügava liitpuudega inimesele iseseisva toimetulekuvõime suurenemiseks ja säilitamiseks. (Hoolekandetasutustele ja hoolekandeteenustele... 2002)

**Ööpäevaringne tugevdatud järelvalvega hooldamine** – teenuse eesmärgiks on tagada suurenenud ohtlikkuse astmega inimese parim võimalik ja ühiskonnas aktsepteeritavaks peetav elukvaliteet hoolekandetasutuses, juhendades ja abistades igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel (*Ibid.*: 2002).

## Lisa 2. Tegevusplaan

### KLIENDI TEGEVUSPLAAN

klient: \_\_\_\_\_ hooldekodu: **Tõrva Kodu**

eestkostja/eestkoste teenus,  
-asutuse esindaja: \_\_\_\_\_ lisateenused: **ÖH RE, ,**

KOV: \_\_\_\_\_

tugiisik: \_\_\_\_\_ tegevusjuhendaja/tugiisik

Esimese meeskonnakoosoleku  
toimumise kuup.:

24. aprill 2013

Rehabilitatsiooni- plaani ja/või üldised eesmärgid	Alaeesmärgid	Tegevused, sagedus	Juhen- daja	Tegevuse/ eesmärgi algus/tühist
--	--------------	-----------------------	----------------	---------------------------------------

#### Igapäevaoskused

Hommikune hügieen	Käte ja näo pesemine	Tõstan kraani üles, teen käe märjaks ja tõmban märja käega üle näo. iga päev	TJ	24.04.13 - 20.01.14
WC-toimingud	Potil käimine.	Pesen peale potil käimist käed. mitu korda päevas	TJ	24.04.13 - 20.01.14

#### Sotsiaalsed oskused

Suhtlemine.	Naeratus ja häälightsus.	Hoian silmsidet kui mind kõnetatakse ja naeratan kui saan aru. iga päev	TJ	24.04.13 - 20.01.14
-------------	-----------------------------	--	----	------------------------

## Lisa 2 järg

### Motoorsed oskused

Liikumine.	Liigun ruumist ruumi iseseisvalt.	Lükates ratastooli enda ees liigun oma toast elutuppa. iga päev	TJ	24.04.13 - 20.01.14
Peenmootorika.	Säilitada käelise tegevuse oskus.	Sirvin raamatuid, laon klotse, kerin lõnga, lükin pärleid. 2-3korda nädalas.	TJ	24.04.13 - 20.01.14

### Kognitiivsed oskused

Probleemi lahendamisoskus.	Abi küsimine.	Küsin abi kasutades zeste ja miimikat. iga päev	TJ	24.04.13 - 20.01.14
----------------------------	---------------	---	----	---------------------

### Kommunikatiivsed oskused

### Tervislik seisund

### **Lisa 3. Tegevusjuhendaja tööülesanded**

Järgnevalt on toodud tegevusjuhendaja ametijuhendis põhilised tööülesanded:

1. Kliendi juhendamine ja motiveerimine igapäevaelu tegemistes (sh hügieen, majapidamistöodes);
2. kliendi tervisliku seisundi jälgimine (sh seksuaalervis, sõltuvused) ja teadlikkuse tõstmine tema tervisest;
3. kliendi juhendamine ja toetamine sotsiaalsetes suhetes ja muudes teda huvitavates tegevustes;
4. kliendi juhendamine rahaliste tehingute sooritamisel ning ihapäevaeluks vajalike kaupade ja teenuste tarbimisel (nt telefonikaart, bussipilet, postkontor, juuksur, kauplus);
5. kliendi juhendamine ja toetamine töösarnastes tegevustes (nt tööharjutused, riisumine, ümbruskonna koristamine);
6. teenuse korraldamine, see tähendab klienditöö dokumenteerimine ja aruandlus. (Tegevusjuhendaja ametijuhend... 2014).

## **Lisa 4. Fookusintervjuu kava**

### **Igapäevane praktiline töö klientidega**

- 1) Millised on peamised probleemid ja väljakutsed ööpäevaringse erihoolekande teenuse osutamisel tegevusjuhendajatel oma igapäeva töös tulenevalt klientidest?
- 2) Millised on peamised probleemid ja väljakutsed ööpäevaringse erihoolekande teenuse osutamisel tegevusjuhendajatel Tõrva kodus igapäevases töö korralduses?
- 3) Teie kui TJ põhitöö eesmärgiks on kliendi tegevusvõime arendamine, mida Teie mõtlete tegevusvõime all?
- 4) Milliseid oskusi kasutate praegu kliendi tegevusvõime arendamiseks?
- 5) Milliseid oskused Teil on, mida saaks ära kasutada inimeste tegevusvõime arendamiseks?
- 6) Mida oleks selleks vaja, et saaksite neid kasutada? Mida veel? Kellegi tuge, toetust, keegi pööraks tähelepanu?

### **Igapäevane töö kliendi dokumentatsiooniga**

- 7) Mis on Sinu arvates rehabilitatsiooni mõte?
- 8) Millist abi loodate (praegu) rehabilitatsiooniplaani koostamisest kliendile? *Kui Su klient läheb REHA plaani koostamisele, siis mida Sa ootad sellest, millega ta sealt tagasi tuleks?*
- 9) Milline näeb välja (kirjelda) kliendi tegevusplaani koostamise protsess?
- 10) Mis on Teie isiklik arvamus selle kohta, miks on tegevusplaani koostamise mõte? Miks on tegevusplaani vaja?
- 11) Kas kasutate rehabilitatsiooniplaani kliendile tegevusplaani koostamisel? *JAH, millist osa Te kasutate ja kuidas? EI – miks?*
- 12) Millist tuge ootad rehabilitatsiooni plaanist oma igapäevaseks tööks ja tegevusplaani koostamisel?
- 13) Milline võiks olla Sinu arvates tegevusplaanides kirjas olevate eesmärkide seos klientide igapäevase eluga?

#### **Lisa 4. Järg**

##### **Ettepanekud praktiliseks tööks klientidega, soovitused tulevikuks**

- 14) Kujuta ette ideaalset olukorda: Milline peaks olema üks hea rehabilitatsiooniplaan kliendile, et Sul oleks sellest kasu oma töös?
- 15) Kujuta ette ideaalset olukorda: Milline peaks olema üks hea tegevusplaan kliendile, et Sul oleks sellest abi oma töös?
- 16) Millistest oskustest tunned isiklikult kõige enam puudust oma igapäeva töö juures? Millisel tasemel Sa peaksid seda siis oskama, et seda siin teha?
- 17) Millisest abist (personal nt psühholoog, eripedagoog, arst) tunned kõige enam puudust igapäeva töö juures?

##### **Tegevusjuhendaja isiklik arvamus**

- 18) Mis teeb Sinu arvates selle igapäevatöö raskeks?
- 19) Kas Sina usud, et on võimalik arendada meie klientide oskusi ja iseseisvust?

## SUMMARY

Mental health service users' rehabilitation in AS Hoolekandeteenused  
Tõrva home.

Kristel Laurits

The topic of the present thesis is: „Mental health service users rehabilitation on AS Hoolekandeteenused Tõrva home.” This topic was important to study and chosen because it had not previously been studied, how the tutors can develop human capacity in small mental health service users' family home.

The purpose of the thesis is to find out how the action tutors understand the process of rehabilitation and the manner in which they deal with on a daily basis for the Rehabilitation of the human achievement of the objectives in the field of mental health services users, how they see their work and goals.

The thesis consists of theoretical and empirical parts. The theoretical part gives an overview of rehabilitation, mental health service user's capacity and Estonia mental health welfare system. Rehabilitation goal and process is explained there. In the theoretical part the human capacity assessment and activity coordinator work in mental health welfare system.

Based on the results of the study the author can bring out the following observations and suggestions:

- Tõrva home has a need for the activity house and minibus, this would help to increase customer welfare;
- When creating a client action plan, there is no help of the rehabilitation plan because it gives a general overview of the customer. The rehabilitation plan does not have specific goals and it is not detailed, but that would help activity coordinator on her daily work to create better plan;

- In daily work the activity coordinators mostly are in need for the nurse to work every day, lack a special education therapist/psychological and a security man during the night shift;
- The activity coordinator sees rehabilitation as restoring human operating capability and their work purpose to maintain the operating capability, possibly to develop;
- For better security in Tõrva home they need to put a fence around the complex and cameras outside as well;
- The monthly feedback of the customers is not really a big help for the progress of the client, it also gives extra work for activity coordinator. It would be wiser to give feedback on a quarterly basis, because on this client group there is no visible progress in one month.

The author finds that the research results will provide good feedback for service provider, bringing out everyday household organization bottlenecks with concrete proposals. It also sets out the results of the research gaps rehabilitation services rendered mental health welfare group of customers, who will leave an impression as the plan would aim to get a service person, where the instructors involved in activities based on their personal knowledge of operational capacity.

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

Mina, Kristel Laurits,

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

„Vaimse tervise teenuse saajate rehabilitatsioon AS Hoolekandeteenused Tõrva kodu näitel,“ mille juhendaja on Dagmar Narusson,

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, **21.05.2014**