

TARTU ÜLIKOOL

Pärnu kolledž

Ettevõtluse osakond

Triin Vana

**PSÜÜHIKAHÄIREGA INIMESTE SIHTRÜHMALE
TOETAVATE TEENUSTE KONTSEPTSIOONI LOOMINE
SOTSIAALMINISTEERIUMI ERIHOOLEKANDE
DISAINIPROJEKTI NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja: Anu Aunapuu

Pärnu 2018

Soovitan suunata kaitsmisele
(juhendaja allkiri)

.....
(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "...“ a.

TÜ Pärnu kolledžiosakonna juhataja

.....
(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

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

.....
(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1 Psüühikahäiretega inimeste kliendikäitumise spetsiifika ning neile suunatud toetava teenussüsteemi põhimõtted	8
1.1 Vaimne tervis, psüühiline erivajadus ning psüühikahäirega inimeste kliendikäitumine teenuse tarbijana.....	8
1.2 Vaimse tervise valdkonna arengusuunad ning psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste põhimõtted.....	19
1.3 Psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste spetsiifikat arvestav teenusedisaini protsess ja meetodid	29
2 Psüühikahäirega inimeste sihtgrupile toetavate teenuste kontseptsiooni loomine	41
2.1 Ülevaade psüühikahäirega inimestele suunatud sotsiaalteenustest Eestis ..	41
2.2 Psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste kontseptsiooni loomise uuringu meetodika, tulemused ja järeldused	51
2.3 Ettepanekud toetavate teenuste kontseptsiooni loomiseks ja rakendamiseks	62
Kokkuvõte	71
Viidatud allikad.....	75
Lisa 1. Disainiprotsessi tööriistad ja meetodid arendusuuringu etappide lõikes	86
Lisa 2. Erihoolekandeteenusele jõudmise ja osutamise protsess	87
Lisa 3. Arendusuuringu protsessi etapid, meetodid, ajakava, oodatav tulemus ja töö autori panus	88
Lisa 4. Individuaalintervjuude valim	90
Lisa 5. Individuaalintervjuude küsimused	91
Lisa 6. Näide loodud persoonadest	94
Lisa 7. Erinevate teenustega seotud vajaduste hindamine	95
Lisa 8. Näide ühe persoona (Mart) klienditeekonnast	98
Lisa 9. Teenuskomponentide tabel ning komponentide seos tänaste teenustega.....	98
SUMMARY	1066

SISSEJUHATUS

Tugev vaimne tervis tagab tugeva ja vastupidava ühiskonna. Vaimse tervise edendamine, vaimse tervise probleemide ennetamine ja ravi on oluline tegevus inimeste, perekondade ja kogukondade elukvaliteedi ja heaolu tagamisel. Kogu Euroopa seisab silmitsi erinevate probleemidega, mis mõjutavad elanike vaimset heaolu ja psüühikahäirega inimeste aitamist. Psüühikahäired on üks Euroopa piirkonna suurimaid rahvatervisega seotud probleeme ning paljudes riikides peamiseks puude ja ennetähtaegselt pensionile jäämise põhjuseks.

Viimastel aastakümnetel on Euroopa vaimse tervise valdkonna keskmes olnud üleminek institutsionaalselt teenuste mudelilt kogukonnapõhisele toele ja teenuste pakkumisele. Deinstitutionaliseerimine protsess on nii Euroopa Komisjoni kui Eesti erihooldekande valdkonna peamiseks prioriteediks, et muuta vaimse tervise teenused kliendisõbralikumaks ning inimeste vajadusi paremini arvestavamaks.

Magistritöö on seotud Sotsiaalministeeriumi tellitud riigihankega: „Teenuse disain erihooldekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks“ (edaspidi „disainiprojekt“). Hanke teostajaks oli OÜ Trinidad Consulting, kelle projektimeeskonnas töö autor hanke teostamise ajal töötas. Disainiprojekt viidi ellu ajavahemikul august 2016 – september 2017 ning autor osales kõigis disainiprojekti etappides disaineri ja valdkonna eksperdi rollis.

Hanke ellukutumine oli seotud mitmete teenuse ja süsteemi tasandi probleemidega. Eesti paigutus 2005. aastal institutsioonides elava elanikkonna osakaalu alusel Euroopa 28 riigi seas esimesele kohale ning institutsionaalsete hooldusteenuste kohtade arv ei ole Eestis aastatega oluliselt vähenenud. Mitmed uuringud rõhutavad probleemina teenustekesksest lähenemist, teenuste jäika korraldust ning ebapiisavat kättesaadavust. Teenused ei lähtu psüühikahäirega inimeste ja lähedaste vajadustest

ning ei võimalda maksimaalselt saavutada teenusekasutaja potentsiaali ja iseseisvat toimetulekut. Teenuste pakkumise põhimõtted on jäigad ja puudub võimalus paindlikuks, konkreetse inimese ja pere vajadustest lähtuvaks teenuste kombineerimiseks. Olemasolevad teenused ei kata kõikide teenusele õigustatud isikute vajadusi ning sobiva teenuse puudumisel pakutakse inimesele teenust, kus tema tegelikud vajadused jäävad tähelepanuta. Teenuste hinnad ei ole tegelike teenuse osutamisega seotud kuludega vastavuses. Näiteks teenused ei kata piisavalt individuaalset tööd väljaspool teenuse osutamise keskkonda ning ei võimalda suurema järelevalve vajadusega inimeste vajaduspõhist toetamist.

Olulise probleemina on rõhutatud valdkondade killustatust ning teenuste võimalikku dubleerimist, samuti eri teenuste ja valdkondade vahelise koostöö ja teenuste integreerimise nõrkust. Psüühikahäirega inimestel on õigus kasutada lisaks erihoolekandeteenustele ka teisi riiklikke- ja kohaliku omavalitsuse pakutavaid teenuseid ning muid avalikke teenuseid, nt tööturuteenused. Teenused võivad olla samasisulised ja dubleerivad ning eri teenuste, sh rahastamise võimaluste integreerimine jääb kasutamata, kuna puudub tervikliku abi koordineerimine. Eri teenuste raames hinnatakse inimese vajadusi ja koostatakse tegevusplaan, mis ei ole omavahel seotud ning puudub terviklik, teenuste ja valdkondade ülene vaade. Inimesel ja tema lähedasel on keeruline aru saada võimalustest ning kätte saada talle vajalikke teenuseid, teenuseid tuleb taotleda erinevatest asutustest, mille asjaajamine on erinev ja keeruline.

Töö on suunatud Sotsiaalministeeriumile ning Sotsiaalkindlustusametile, kelle roll on psüühikahäirega inimeste teenuste korraldus ja arendamine. Disainiprojekti tulemused on oluliseks sisendiks psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste süsteemi muutmisele Eestis. Tööst saavad kasu ka teenuste osutajad, kellel on võimalus hinnata oma teenuste vastavust kliendi vajadustele ning arendada teenust vastavalt pakutud teenuse kontseptsioonile. Teenuse kasutajatele võimaldab uue mudeli rakendumine saada vajaduspõhiseid ja tulemuslikke teenuseid.

Varasemad uuringud on keskendunud peamiselt vaimse tervise valdkonna ja probleemide analüüsile ning teenuste mõju uurimisele. Teenusedisaini lähenemist on kasutatud sotsiaalvaldkonnas varem peamiselt teenuse korraldaja vaatest riiklike

teenuste osutamise protsessi parandamisel või ühe organisatsiooni teenuste või ühe konkreetse teenuse arendamisel, mitte kogu teenussüsteemi tasandil.

Magistritöö eesmärgiks on luua psüühikahäirega inimeste ja nende lähedaste vajadustele vastav toetavate teenuste kontseptsioon.

Tulenevalt eesmärgist on sõnastatud järgmised uurimisküsimused: a) missugused on psüühikahäirega inimeste vajadused toetuse järele ning b) kuidas olemasolev teenuste osutamise süsteem vastab psüühikahäirega inimeste vajadustele. Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud alljärgnevad uurimisülesanded:

- selgitada psüühilise erivajaduse olemust ning psüühikahäirega inimeste kliendikäitumise eripära teenuse tarbijana;
- anda ülevaade vaimse tervise valdkonna arengusuundadest ning psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste põhimõtetest;
- anda ülevaade teenusedisaini protsessist ja meetoditest, mis arvestab psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamise spetsiifikat;
- selgitada välja psüühikahäirega inimeste olukord Eestis ning anda ülevaade neile suunatud sotsiaalteenuste võimalustest ja korraldusest;
- selgitada valitud uuringu meetodikat ning viia läbi arendusuuring psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste kontseptsiooni loomiseks;
- teostada arendusuuringu analüüs, tuua välja sellest lähtuvad järeldused ning töötada välja psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste kontseptsioon.

Töö koosneb kahest osast. Teooria osas mõtestatakse lahti vaimse tervise olemus, kirjeldatakse nii positiivse vaimse tervise kui psüühikahäire mõju inimese elule ja ühiskonnale laiemalt. Keskendutakse psüühikahäire olemusele ning selle mõjule inimese elukvaliteedile ja taastumisele. Analüüsitakse psüühikahäirega inimeste kliendikäitumist teenuse tarbijana läbi inimese vajaduste ning elukvaliteedi vaate. Analüüsides erinevaid elukvaliteedi ja taastumise käsitlusi, luuakse arendusuuringuks sobiv elukvaliteedi raamistik. Kirjeldatakse vaimse tervise valdkonna prioriteetseid arengusuundi nii rahvusvahelisel kui Eesti tasandil ning kaasaegseid lähenemisi psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste pakkumisel. Kirjeldatakse vaimse

tervise valdkonnas muutuste elluviimist ning seda mõjutavaid tegureid. Psüühikahäirega inimeste spetsiifikat arvestades ning erinevate autorite käsitlust kasutades, luuakse uuringuks sobiv teenusedisaini protsess, mis koosneb neljast etapist: mõistmise etapp, loomise etapp, testimise etapp ning rakendamise etapp. Kirjeldatakse inimesekeskse disaini olemust ning sotsiaalteenuste arendamise väljakutset.

Töö empiirilises osas antakse ülevaade psüühikahäirega inimestele suunatud sotsiaalteenustest, sh teenuste korraldusest, teenuste pakkumisest ja viimase 15.aasta arengutest. Tutvustatakse disainiprojekti teostanud ettevõtet, Trinidad Wiseman OÜd ja autori rolli projektis. Kirjeldatakse toetava teenuste kontseptsiooni loomiseks läbi viidud arendusuuringut, kasutatud meetodeid ning tulemusi. Arendusuuringu läbiviimisel on kasutatud valdkonna probleeme ja teenuse kasutaja spetsiifikat arvestavaid meetodeid, nagu dokumendianalüüs, intervjuud, huvigruppide kaart ja persoonade loomine, klienditeekond, prototüüpimine ja teenuse plaan. Uue lahenduse loomine on toimunud erinevate huvirühmade aktiivsel osavõtul, sh teenuse kasutajate ja perede esindajad. Arendusuuringu tulemusena on koostatud „Mooduli- ja komponendipõhine teenusmudel“, mille sisu, ülesehitust ning põhimõtteid on töö empiirilises osas kirjeldatud. Toodud on peamised ettepanekud teenusmudeli elluviimiseks, mida töö tellija saab mudeli rakendamisel kasutada.

1 PSÜÜHIKAHÄIRETEGA INIMESTE KLIENDIKÄITUMISE SPETSIFIKA NING NEILE SUUNATUD TOETAVA TEENUSSÜSTEEMI PÕHIMÕTTED

1.1 Vaimne tervis, psüühiline erivajadus ning psüühikahäirega inimeste kliendikäitumine teenuse tarbijana

Alapeatükis mõtestatakse lahti vaimse tervise olemus, vaimse tervise probleemide levimus ning mõju indiviidi ja ühiskonna tasandil. Keskendatakse psüühikahäire olemusele ja mõjule läbi elukvaliteedi ja kliendi vajaduste vaate ning kirjeldatakse psüühikahäirega inimeste kliendikäitumist teenuse tarbijana. Kirjeldatakse elukvaliteedi ja taastumise käsitlusi ning teenuse kasutaja ja pere vajaduste mõistmise tähtsust. Eraldi keskendatakse sotsiaalsete suhete tähtsusele psüühikahäirega inimeste toetamisel, pere rollile ja vajadustele.

Vaimne tervis on tervise ja heaolu lahutamatu osa. Maailma Tervishoiuorganisatsioon on defineerinud tervise mõiste, kui „terviklik füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või füüsilise nõrkuse puudumine“ (World Health Organization, 2013). Positiivne vaimne tervis võimaldab inimesel olla terve ja edukas hariduse, töö ja sissetuleku tagamisel, omada häid sotsiaalseid suhteid, olla hea lapsevanem, tagada parem elukvaliteet ning igapäevaeluga toimetulek (Chan, 2010, lk 1), tulla toime igapäevaelu stressiga, realiseerida oma potentsiaali ning anda panus oma kogukonnale (World Health Organization, 2010b).

Psüühilise erivajaduse all mõistetakse psüühikahäireid, mis rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni, RHK-10 alusel kuuluvad psüühika- ja käitumishäirete alla. Psüühikahäire mõiste hõlmab nimetatud klassifikaatori alusel nii psüühiliselt haigeid kui vaimse alaarenguga isikuid. Käesolev töö keskendub vaid psüühilise haigusega inimeste grupile. Mõiste „psüühikahäire“ käesoleva töö raames hõlmab erinevaid psühhoatilisi häireid, nagu skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired, kroonilisi

meeleoluhäired, nagu bipolaarne meeleoluhäire, mania ja depressioon jms. Nimetatud diagnoosigrupid on vaimse alaarengu kõrval põhilised erihoolekandeteenuste kasutajad (Sotsiaalministeerium, 2014). Inglisekeelses kirjanduses vastab käesoleva töö psüühikahäire mõiste järgmistele väljenditele: *mental illness, mental health problems, mental disorder*. Vaimse alaarenguga inimeste sihtgrupi puhul on töös edaspidi kasutatud mõistet: „intellektipuue“, kuna „vaimse alaarengu mõiste on vananenud ning tänapäevases praktikas seda pigem ei kasutata (Razorjonova, 2017).

Psüühikahäire ja intellektipuue on oma olemuselt 2 erinevat teenuse kasutajate gruppi, mille erisust sagali ei teadvustata. Erinevustest teadlik olemine võimaldab paremini mõista teenuse kasutaja vajadusi ning pakkuda adekvaatset toetust. Psüühikahäire ja intellektipuude peamisi erinevusi kajastab alljärgnev tabel 1.

Tabel 1. Psüühikahäire ja intellektipuude erinevus

Psüühikahäire	Intellektipuue
Haigus, mida on võimalik ravida	Kaasasündinud intellekti häire, püsiv seisund, mis ei ole ravitav
Võib olla põhjustatud geneetilistest, sotsiaalsete ja psühholoogilistest teguritest	Võib olla põhjustatud geneetilistest teguritest, keskkonna teguritest, nagu infektsioonid ning hapniku puudus ajus raseduse ajal või sündimisel
Mõjutab paljusid erinevaid funktsioone, nagu taju, tunded, mõtlemine, otsustamine ja tahe	Raskused õppimisel ja aru saamisel toovad kaasa probleemid koolis ja töölus ning ühiskonda kaasatusel
Vajab psüühikahäirega seoses psühhiaatrilist ravi ja psühhoteraapiat. Sõltuvalt psüühikahäire kulust võib toetus olla nii lühiajaline kui pikaajaline	Vajab pidevalt intellekti tasemele kohandatud keskkonda, arendavaid tegevusi ja toetust. Ei vaja ravi intellektipuudega seoses
Psüühikahäirega inimese intellekt on reeglina normis ning ta on suuteline elama iseseisvalt, kui psüühikahäire on kontrolli all	Intellektipuudega inimene vajab lihtsustatud viisil info jagamist, lihtsustatud viisil õppimist ja arendamist, et elada kaasatult ühiskonnas

Allikas: autori koostatud Inclusion Europe, 2007, lk 4, Razorjonova, 2017, lk 12 alusel

Kõige olulisem vahe kahel sihtgrupil on see, et psüühikahäire on haigus, mida on võimalik ravida ning sobiva ravi ja toetuse korral suudab enamus psüühikahäirega inimesi elada iseseisvalt, kuid intellektipuue on kaasasündinud püsiv seisund ning inimene vajab järjepidevat arendamist ja õpetamist ning toetavaid teenuseid.

Hinnanguliselt 450 miljonit inimest kannatab maailmas psüühikahäirete all. Psüühikahäired on ühtmoodi levinud kõigis riikides, nii naistel kui meestel, kõigil

eluperioodidel, rikaste ja vaeste hulgas, nii maa- kui ka linnakeskkonnas. Käesoleval ajahetkel kogeb ligikaudu 10% täiskasvanutest psüühikahäiret ja 25%-l areneb see välja mingil hetkel nende eluea jooksul. Psüühikahäired moodustavad 13% ülemaailmsest haiguskoormusest ja see arv tõuseb 2030. aastaks peaaegu 15%ni (World Health Organization, 2009). Igal aastal kannatab psüühikahäirete all üle kolmandiku (38,2%) kogu Euroopa Liidu elanikkonnast. Vähem kui kolmandik juhtudest saavad ravi, mis näitab, et psüühikahäirete tegelik levimus ja koormus on oluliselt alahinnatud (Wittchen *et al.*, 2011). Oluline fookus vaimse tervise valdkonnas peab olema autori hinnangul lisaks ravi ja toetuse kõrval ka ennetav tegevus, psüühikahäire varajane märkamine ja inimeste informeerimine abi võimalustest.

Psüühikahäirega inimeste hulgas esineb võrreldes teiste puuetega inimeste gruppidega tunduvalt suurem puude ja suremuse määr ning psüühikahäire sotsiaalne ja majanduslik mõju on laiaulatuslik. Vaimset tervist ja psüühikahäiret määratlevad tegurid on nii individuaalsed, nt võime tulla toime oma mõtete, tunnete, käitumise ja inimestevaheliste suhetega, kui ka sotsiaalsed-, kultuurilised, poliitilised ja keskkonnaga seotud tegurid, nagu sotsiaalne kaitse, elatustase, tööhõive ja kogukonnaga seotus (Schmidt, Garratt, & Fitzpatrick, 2000, lk 3). Rasket depressiooni ja skisofreeniat põdevatel inimestel on üldise elanikkonnaga võrreldes 40-60% suurem võimalus enneaegsele suremusele ravimata füüsilise tervise probleemide tõttu (World Health Organization, 2013). Rasket meeleoluhäired, skisofreenia ja sõltuvushäired on kõigis maades haigusega seotud puude põhjustajate esikümnes. Psüühikahäire negatiivne mõju põhjustab kodutust, vähest haridust, töötust ja vaesust ning selle sihtgrupi suurt marginaliseeritust ning haavatavust (Chan, 2010). Slade *et al.* (2012) rõhutab psüühikahäire negatiivset mõju inimese identiteedile, kus psüühikahäire toob kaasa tunde, et ollakse teistsugune kui teised inimesed, toob kaasa üksinduse, abituse, kõlbmatuse ja lootusetuse tunde, mistõttu toetussüsteemi ülesanne on eriliselt toetada suhet ja seost iseenda ning teistega.

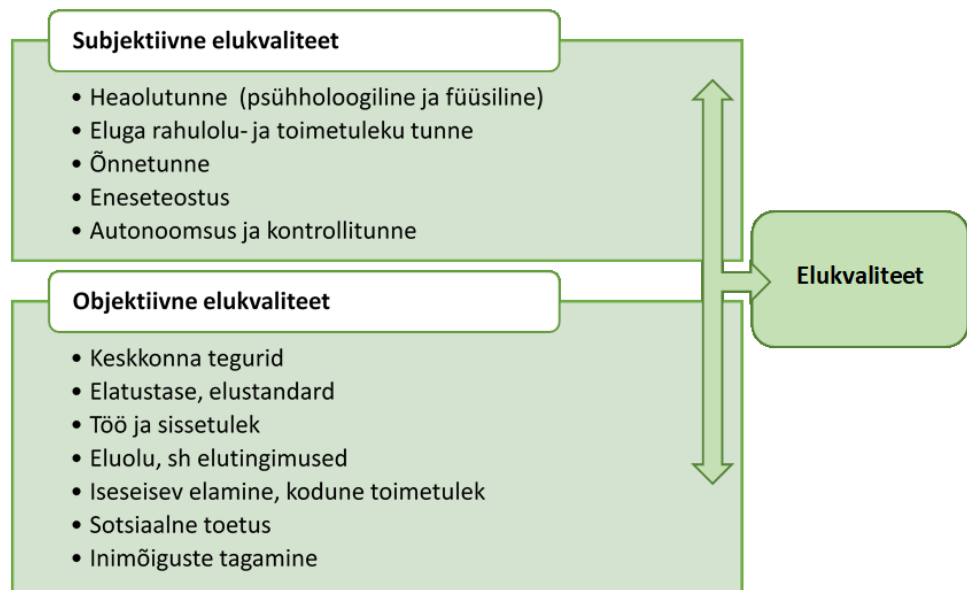
Elukvaliteedi parandamine on vaimse tervise teenuste peamisi eesmärke ning elukvaliteedi käsitus teenuste hindamisel sageli kasutatavaks raamistikuks. Elukvaliteedi teoreetiline raamistik võimaldab mõista vaimse tervisega seotud vajadusi, kirjeldada ja hinnata pakutavaid programme ja teenuseid (Bigelow, McFarland, & Olson, 1991).

Elukvaliteedi tase on üks tähtsamaid tagasilanguse ennustajaid psüühikahäirega inimeste puhul, ehk madalama elukvaliteedi taseme puhul võib prognoosida suuremat ohtu tagasilangusele (Boyer *et al.*, 2013). Elukvaliteet on olnud juba 20 sajandi lõpust peamiseks tulemusnäitajaks vaimse tervise teenuste hindamisel (Fleury, Grenier, Bamvita, Tremblay, Schmitz & Caron, 2013) ning teenuseosutajate suutlikkus parandada teenusekasutajate elukvaliteeti on üks olulisemaid näitajaid (Gigantesco & Giuliani, 2011, lk 366). Kuigi psüühikahäirega inimeste elukvaliteeti on hinnatud mitmeid aastakümneid, on valdkonna ekspertidel erinevad arusaamad elukvaliteedi kontseptsioonist (Gigantesco & Giuliani, 2011, lk 363) ning puudub konsensus selle defineerimisel (Prigent, Simon, Durand-Zaleski, Leboyer, & Chevreul, 2014, lk 2).

Sageli kasutatakse elukvaliteedi hindamist käsitlevates uuringutes (nt Lucas-Carrasco, 2012; Oliveira *et al.*, 2016; Prigent *et al.*, 2014; Young, Ng, Pan, & Cheng, 2016) Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt kirjeldatud elukvaliteedi käsitlust ning definitsiooni, mille järgi elukvaliteet on: “Inimese subjektiivne hinnang oma positsioonile elus tema väärtussüsteemi ja kultuurikeskkonna kontekstis, kus hinnangud on seotud inimese eesmärkide, ootuste, elustandardite ja tajutud probleemidega“ (World Health Organization, 1997). Tegemist on laiapõhjalise mõistega, mis rõhutab inimese subjektiivset, nii positiivset kui negatiivset hinnangut oma elukvaliteedile ning hõlmab inimese füüsilist tervist, psühholoogilist seisundit, iseseisvuse taset, sotsiaalseid suhteid, uskumusi ja inimese suhet keskkonnaga (Lucas-Carrasco, 2012, lk 161). Maailma Tervishoiuorganisatsiooni mõiste sobib autori hinnangul hästi mõistmaks terviklikult psüühikahäirega inimese vajadusi ja elukvaliteeti ning nimetatud valdkonnad, mis sisalduvad ka WHO QOL-100 elukvaliteedi hindamise raamistikus, on aluseks töö autori koostatud ja edaspidi kirjeldatud Elukvaliteedi ja taastumise raamistikule.

Elukvaliteedi käsitlus on aja jooksul muutnud ning perspektiiv on nihkunud varasemast sotsioloogilisest ja objektiivsest perspektiivist psühho-sotsiaalsele. Peamiseks elukvaliteedi dimensiooniks on saanud inimese subjektiivne heaolu tunnetus, eluga rahulolu ning igapäevaeluga toimetuleku tunne, mis on seotud õnne ja psühholoogilise heaolu tundega (Gigantesco & Giuliani, 2011 lk 363). Elukvaliteedi subjektiivseid mudeleid on sageli kritiseeritud, kuna need ei arvesta keskkonna objektiivsete mõjude

ja võimalustega, nt eluolu ja materiaalsed vahendid. Kuna erinevad ressursid mõjutavad psüühikahäirega inimeste eesmärke ja elustandardit, peetakse vajalikuks elukvaliteedi käsitlemisel võtta arvesse ka keskkonna faktoreid (*Ibid.*, 2011 lk 366). Sissetulek, sotsiaalne toetus ja elutingimused võivad otseselt mõjutada psüühikahäirega inimese haiguse kulgu, mistõttu on toetavad teenused sageli suunatud just keskkonnale (Katsching, 2006, lk 142). Käesoleval ajal ongi pigem kasutusel terviklik lähenemine, mida kajastab ka allolev joonis 1.



Joonis 1. Elukvaliteedi terviklik käsitlus. Autori koostatud Katching *et al.*, 2006, Bigelow, 1991, Gigantesco *et al.*, 2011 alusel

Subjektiveidest komponentidest tuuakse sagedamini välja välja heaolu, eluga rahulolu ja õnn, eneseteostus ja tervis ning objektiveidest komponentidest keskkonna ja sotsiaalse toimetulekuga seotud iseseisev elamine ja töö, kodune toimetulek, sissetulek, suhted ja inimõigused ning vaba aeg (Bigelow *et al.*, 1991; Connell, O’Cathain, & Brazier, 2014; Gigantesco & Giuliani, 2011). Elukvaliteedi terviklik käsitlus, mis sisaldab nii objektiveid kui subjektiveid elukvaliteedi tunnuseid, on ka autori hinnangul sobiv vaade psüühikahäirega inimeste elukvaliteedile.

Järgnevalt toob töö autor välja valiku elukvaliteedi raamistikest, mida on kasutada psüühikahäirega inimeste elukvaliteedi hindamisel. Erinevad käsitlused toovad autori

hinnagul terviklikult välja elukvaliteedi valdkonnad ja seda mõjutavad komponendid, mis psüühikahäirega inimeste puhul vajab toetamist. Katschnig *et al.* (2006) on loonud elukvaliteedi hindamiseks mitmedimensiooniline mudeli, mis toob välja järgmised elukvaliteedi komponendid: psühholoogiline heaolu/eluga rahulolu, sotsiaalsetes rollides toimetulek, sotsiaalsed ja materiaalsed tegurid, sh sotsiaalne toetus, elutingimused ja sissetulek. Connell *et al.* (2014, lk 13) uuris psüühikahäirega inimesele endale olulisi elukvaliteedi domeene ning toob välja 7 valdkonda: heaolu/terve-olemine ja haige olemine; kontroll, autonoomsus ja valikuvõimalus; enesehinnang; kuulumine; hõivatus; lootus ja lootusetus ning füüsiline tervis. Prigent *et al.* (2014, lk 3) loodud raamistik sisaldab elukvaliteedi kategooriaid nagu üldine tervis v heaolu (terve olemine), füüsiline tervis, vaimne tervis, sotsiaalne toimetulek, igapäevased tegevused, eluolu, valu ja autonoomsus. Slade *et al.* (2012) jaotab elukvaliteedi viieks, psüühikahäirega inimeste elukvaliteedi spetsiifikat arvestavaks valdkonnaks. Tervise valdkond sisaldab füüsilist tervist, psühholoogilist stressi ning vaimset tervist, kus viimase all on mõjuteguritena toodud mh psüühoolilised sümptomid, sõltuvusainete kasutamine ning riskikäitumine. Baasiliste igapäevaelu oskuste all on rõhutatud elamise, toitumise ja igapäevaelu tegevusi ja hõivatust, sotsiaalsete suhete all seksuaalset eneseväljendust, kaaslast ja intiimsuhteid. Teenuste kättesaadavuse all toob autor välja informatsiooni ja kommunikatsiooni, transpordi ja toetuste kättesaadavuse ning toimetuku valdkonnas hariduse omandamise, rahaga toimetuleku, laste ja enese eest hoolitsemise ning kodu eest hoolitsemise. Eri elukvaliteedi käsitlused on autori hinnangul suurtes kategooriates sarnased (heaolu, tervis, suhted, iseseisvus, hõivatus ja eluolu), kuid väärtuslik on erinevate valdkondade sisukomponentide lahti mõtestamine, mis annab põhjalikuma ja terviklikuma aluse psüühikahäirega inimeste vajaduste mõistmiseks.

Subjektiivne elukvaliteet on tihedalt seotud taastumise käsitlusega, mis on kujunenud vaimse tervise valdkonna arengu uueks paradigmatiks ning psüühikahäirega inimeste vajaduste mõistmisel on autori hinnangul oluline kasutada nii elukvaliteedi kui taastumise käsitlust. Taastumise visioon toetub puuetega inimeste põhiõigustele – enesemääratlusõigusele, õigusele olla kaasatud kogukonna liige ja kodanik (Davidson, O Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006, lk 641 ja 642). Üks varasemaid ja sageli tsiteeritud taastumise definitsioone on Anthony (1993) poolt loodu, mis ütleb, et „taas-

tumine on sügavalt isiklik, unikaalne protsess, mis muudab inimese hoiakuid ja väärtusi, tundeid, eesmärke, oskusi ja rolle. See on viis elada rahuldustpakkuvat, lootusrikkast ja elu, isegi haiguseset põhjustatud piirangutega“. Taastumisel leiab inimene oma elus uue tähenduse ja eesmärgi ning tema elu on rohkemat, kui vaid haigus ja selle mõjud (*Ibid.*, 1993). Taastumise mõiste väljendab isilikku tervenemise ja taastumise protsessi, aga ka sotsiaalset protsessi suhete ja sotsiaalsete rollide taastumise ja taasloomisena (Wilken, 2010, lk 27). Taastumist ja elukvaliteeti tuleb käsitleda kui kahte erinevat tulemuste hindamise vahendit ning vaimse tervise sekkumised peaksid autori hinnagul kasutama erinevaid strateegiaid, et soodustada nii teenuse kasutajate taastumist, kui elukvaliteeti.

Nagu elukvaliteedi-, nii ka taastumise käsitluses puudub ühtne arusaam ja lähenemine ning mõistet seostatakse sageli kitsalt haigusest paranemisega. Slade, Oades ja Jarden (2017, lk 24) toob välja vajaduse mõista ja eristada kahte erinevat taastumise mõistet: kliiniline taastumine ehk psüühikahäirest taastumine ning isiklik taastumine ehk taastumine koos psüühikahäirega. Allolev tabel 2 kirjeldab kahe mõiste peamisi erinevusi.

Tabel 2. Kliinilise ja isikliku taastumise erinev käsitlus

Kliiniline taastumine	Isiklik taastumine
On tulemus või seisund, väljendatud kas inimene on taastunud või ei ole taastunud	On jätkuv, mittelineaarne, individuaalne ja unikaalne protsess
On kliiniliselt hinnatav ja objektiivne	On subjektiivne, inimese enda poolt määratletud
On hinnatud kliinilise eksperdi poolt, mitte psüühikahäirega inimese enda poolt	On hinnatud psüühikahäirega inimese enda poolt, keda peetakse oma taastumisprotsessi eksperdiks
Taastumise käsitlus on sama erinevate inimeste puhul	Taastumine on personaalne, sisaldades eri inimestele erinevat tähendust
Eesmärk on sümptomitest vabanemine ja sotsiaalse funktsioonivõime taastamine	Eesmärk on positiivse identiteedi kujundamine, psüühikahäire ümbermõtestamine, haigusega toimetulek ning väärtustatud sotsiaalsete rollide arendamine

Allikas: autori koostatud Slade *et al.*, 2017, Leamy *et al.*, 2011 alusel

Kui kliinilise taastumise vaade on haiguse ja sümptomite ning funktsioonivõime keskne ning vastutus ja ekspertiis on professionaalidel, siis isiklik taastumine keskendub inimese subjektiivsele hinnangule oma elu ja taastumise osas, tema ekspertiisile

ja vastutusele. Isiklik taastumine võib toimuda ka ilma täieliku kliinilise taastumiseta, kui psüühilise haiguse sümptomid püsivad, kuid inimesel on kujunenud positiivne identiteet, tal on kontroll oma elu ja haiguse üle ning väärtustatud sotsiaalsed suhted (Braslow, 2013, lk 784). Leamy, Bird, Boutillier, Williams ja Slade, (2011) rõhutavad isikukeskset lähenemist ja -kaasamist, kui juhtivaid põhimõtteid isiklikule taastumisele suunatud teenuste praktikas ning on välja arendanud uurimustele toetuva taastumise kontseptuaalse raamistiku. Raamistikku nimetatakse CHIME taastumise käsitluseks, mis tuleneb esitähedest ning see sisaldab 5 taastumise kategooriat: seotus (*connectedness*), lootus ja optimism tuleviku suhtes (*hope*), identiteet (*identity*), elu mõte ja tähendus (*meaning of life*) ning jõustatus (*empowerment*) (*Ibid.*, 2011). Kahe lähenemise vahe kajastab ka tänapäevast diskussiooni vaimse tervise teenussüsteemi eesmärgi osas (Slade *et al.*, 2017). Kahe erineva käsitluse teadvustamine ja diskussioon vaimse tervise professionaalide hulgas on autori hinnangul oluline, et muuta traditsiooniline, professionaalide vaatest teenuste osutamine teenuse kasutaja ja isikliku taastumise võtmesse, mille edukust kinnitavad ka paljud uuringud.

Eelnevalt kirjeldatud elukvaliteedi ning taastumise käsitluste alusel on töö autor loonud elukvaliteedi ja taastumise raamistiku (vt Tabel 3, lk 16). Raamistiku põhialuseks on WHO QOL-100 elukvaliteedi raamistiku valdkonnad, mida on täiendatud eri autorite elukvaliteedi ja taastumise valdkondade ja komponentidega. Raamistik annab teravikliku vaate teenuse kasutajate elukvaliteedi ja taastumise käsitluseks ning toetusvajaduse valdkondadest, mis psüühikahäire tõttu on raskendatud ja vajavad tähelepanu. Raamistik on aluseks ka psüühikahäirega inimeste vajaduste mõistmisel, mis on kriitilise tähtsusega, et pakkuda isikukeskseid ja tulemuslikke teenuseid.

Abivajaduse mõistmine on kasulik näitaja teenuste arendamisel ning see võimaldab toetusprogramme kohandada vastavalt teenusekasutajate vajadustele (de Weert-van Oene, Havenaar, & Schrijvers, 2009, lk 221). Vajadusi on defineeritud, kui: „üksikisikute nõudmisi, et võimaldada inimesel saavutada, säilitada või taastada vastuvõetaval/rahuldaval tasemel sotsiaalne sõltumatus või elukvaliteet“ (Werner, 2012, lk 568). Mitmed uuringuid (de Weert-van Oene, Havenaar, & Schrijvers, 2009; Fleury *et al.*, 2013; Antonio Lasalvia *et al.*, 2005) toovad välja tugeva seose rahuldamatata vajaduste ja madalama subjektiivse elukvaliteedi vahel.

Tabel 3 Elukvaliteedi ja taastumise raamistik

Valdkond	Elukvaliteedi komponendid	Taastumise komponendid
Psühholoogiline heaolu	Üldine tervis ja heaolu, eluga rahulolu Terve-olemine ja haige olemine Psühhootilised sümptomid Ainete ja alkoholi tarvitamine, Riskikäitumine Psühholoogiline pingeline ja stress Kognitiivsed võimed (mõtlemine, õppimine, mälu) Positiivsed ja negatiivsed elamused Mina pilt ja enesehinnang Lootus ja lootusetus Oma keha tunnetus, rahulolu välimusega	Lootus ja optimism tuleviku suhtes Usk taastumise võimalikkusesse Motivatsioon muutuseks Positiivne mõtlemine ja edutunne Unistuste ja soovide omamine Positiivse identiteedi taasloomine Stigma ületamine Elu mõte ja tähendus Psüühikahäire kogemusele uue tähendusel andmine
Iseseisvus	Igapäevaelu tegevused – kodune majapidamine, rahaga toimetulek, toidu valmistamine Enese ja laste eest hoolitsemine Liikumine Sõltuvus/sõltumatus ravimitest ja ravist Töövõime Hõivatus - õppimine, töö, kogukonnas tegutsemine Kontroll, autonoomsus ja valikuvõimalus	Jõustatus Isiklik vastutus Oma elu üle kontrolli omamine Tugevustele suunatus
Sotsiaalsed suhted	Isiklikud suhted, pere ja sõbrad Kaaslase omamine ja intiimsuhted Seksuaalelu ja seksuaalne eneseväljendus Sotsiaalne toetus Kuulumine Sotsiaalne-, sh suhete ja rollidega toimetulek	Kuuluvus/ seotus Kogemuslik tugi ja tugigrupid Lootust inspireerivad suhted Toetus teistelt Kogukonnaga seotus Tähenduslikud rollid ja suhted
Keskkond	Füüsiline turvalisus ja ohutus Elukeskkond, eluolu, elutingimused Majanduslik olukord, sissetulek Toetuste kättesaadavus Info kättesaadavus, võimalus oskusteks Vaba aja ja lõõgastusvõimalused Vajalike teenuste kättesaadavus, tõhusus Transpordivõimalused	Elukvaliteet Tähenduslik elu Tähenduslikud sotsiaalsed eesmärgid Elu taas üles ehitamine
Füüsiline heaolu	Füüsiline tervis Valu ja ebameeldivad aistingud Töövõime Energia ja väsimus, uni ja puhkus	Autonoomsus Kontroll oma elu üle
Vaimsus	Vaimsus Religioon Isiklikud uskumused	Elu mõte ja tähendus Spirituaalsus

Allikas: autori koostatud WHO QOL-100, Connell *et al.*, 2014, Prigent *et al.*, 2014, Katschnig *et al.*, 2006, Slade *et al.*, 2010 ja Leamy *et al.*, 2011.

Vajaduste hulk isenesest ei ole määrav, sest teatud vajadused, nagu seltskond, on suurema mõjuga kui teised vajadused (Fleury *et al.*, 2013, lk 9). Baasiliste vajaduste kat-

misel on positiivne mõju eluvaldkondadele, nagu töö ja vaba aeg ning katmata vajaduste vähendamine tõstab inimese eluga rahulolu (Lasalvia *et al.*, 2005). Madalam subjektiivne elukvaliteet on sagedamini seotud mittekaetud sotsiaalsete vajadustega, nagu intiimsuhted, seksuaalne eneseväljendus ja seltskond, seoseid on leitud ka igapäevaelu tegevuste, laste eest hoolitsemise, psühholoogilise stressi, elamise, eneseohutuse ning sissetuleku valdkondadega (Fleury *et al.*, 2013, lk 2). Werner (2012, lk 571) toob oma välja, et psüühikahäirega inimestele pakutakse teenuseid vahel põhjusel, et need on olemas ja kättesaadavad, mitte tegelikust vajadusest teenuse järele ning inimesed peavad kohanema olemasoleva teenusega. Teenuse kasutaja vajaduste mõistmine on autori hinnangul võtmetähtsusega tegevus, mis nõuab isikukeskset ja metoodilist lähenemist ning võimaldab kohandada teenust konkreetse inimese vajadustele ja saavutada seeläbi parim võimalik tulemus.

Vaimse tervise teenuste kujundamisel on oluline lisaks psüühikahäirega inimeste vajadustele pöörata tähelepanu ka pereliikmete vajadustele. Mitmed uuringud (Sanden, Stutterheim, Kok, Bos, van der Sanden, 2016; Schön, Denhov, & Topor, 2009; Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011) rõhutavad pereliikmete olulist rolli, aga ka hoolduskoormust ja stigmat, mida kogetakse seoses psüühikahäirega lähedasega ning millel on otsene seos pere toimetuleku, psühholoogilise stressi ning pereliikmete elukvaliteediga. Pereliikmed ja teised lähedased, kes on seotud psüühikahäirega inimese toetamisega, teevad ka ise läbi kriisi- ja muutuse protsessi, kohandades pidevalt enda rolli ja seotust sobivaks inimese muutuvatele vajadustele ja iseseisvuse arenguga (Topor *et al.*, 2011, lk 96). Sanden *et al.* (2016, lk 1233) lisab, et psüühikahäirega inimeste pereliikmed on ka ise kergesti stigmatiseeritavad, kuna nad on igapäevaselt seotud stigmatiseeritud identiteediga inimesega. Pere toetus on psüühikahäirega inimese elus olulise tähtsusega, mistõttu tähelepanu perele ja vajaduste mõistmisele psüühikahäirega inimeste vajaduste kõrval on sama oluline, et pere tuleks ise toime oma kriisiga ning suudaks adekvaatselt toetada psüühikahäirega lähedast.

Erinevad uuringud käsitlevad elukvaliteedi hindamise teemat ka psüühikahäirega inimese enda kaasamise võtmes ja rõhutavad inimese subjektiivse hinnangu tähtsust oma elukvaliteedile, toimetulekule ja abi vajadusele. Elukvaliteedi hindamise läbiviimist on kritiseeritud, kui see on toimunud vaid professionaalide vaatest ja inimese enda

hinnangut ei ole arvesse võetud. Mitmed uuringud (Connell *et al.*, 2014; Hjärthag, Helldin, Olsson, & Norlander, 2012; Lasalvia, Ruggeri, Mazzi, & Dall'Agnola, 2000; Lasalvia *et al.*, 2005; Schmidt *et al.*, 2000; Werner, 2012) näitavad, et psüühikahäirega inimeste vaade oma vajadustele ja elukvaliteedile erineb professionaalide ja pereliikmete vaatest. Erinevust on välja toodud nii vajaduste olemasolus kui selles, kas vajadused on kaetud või mitte (Lasalvia *et al.*, 2000, lk 366). Professionaalid on hinnanud kõrgemalt kaetud vajaduste taset, samas kui psüühikahäirega inimesed ise on nimetanud rohkem katmata vajadusi või üldse vajadusi, milles nad abi vajavad (Werner, 2012, lk 571). Lasalvia *et al.* (2000, lk 373) toob välja, et psüühikahäirega inimesed hindavad kõrgemalt katmata vajadusi tervise-, informeerituse- ja rahaliste toetustega seotud valdkondades ning rohkem vajadusi nähakse intiimsuhete, seltskonna ja seksuaalse eneseväljenduse osas. Schmidt *et al.* (2000) rõhutab, et vaatamata võimalikele raskustele informatsiooni hankimisel, on psüühikahäirega inimesed suutelised hindama oma seisundit ja nende antud informatsioon on unikaalne ja hindamatu.

Erinevust on välja toodud ka töötajate ja perede vaates psüühikahäirega inimeste vajaduste hindamisel. Pered hindasid näiteks sotsiaalsete suhetega toimetulekut madalamalt ning igapäevaste tegevustega seotud toimetulekut kõrgemalt (Hjärthag *et al.*, 2012, lk 581). Võimaliku põhjusena toovad autorid välja, et pered näevad oma lähedasi tegutsemas teises keskkonnas kui töötajad ning inimeste toimetulek kodus on parem, kui töötajad arvavad. Erinev vaade rõhutab autori hinnangul töötajate ja perede koostöö tähtsust teenusevajaduse hindamisel, et mõista psüühikahäirega inimese tegelikku toimetulekut ja ka pere hoolduskoormust ja toetusvajadust. Erinevate vajaduste vaadete arvestamine on autori hinnangul oluline tõhusate ja vajadustest juhitud teenuste osutamisel ning parim tulemus saavutatakse siis, kui toetusvajadus ja -eesmärkide läbirääkimised toimuvad eri osapoole koostöös.

Alapeatüki kokkuvõttena soovib autor rõhutada, et psüühikahäirega inimeste vajaduste ja elukvaliteedi hindamisel on oluline kasutada terviklikku käsitlust, mis vaatab nii subjektiivset kui objektiivset elukvaliteeti ning seob elukvaliteedi taastumise mõtleviisi ja käsitlusega. Terviklik lähenemine võimaldab jõuda terviklikuma tulemuseni, mis muudab inimese elu, tema usku endasse ja tulevikku. Teenuste osutamisel on olu-

line mõista psüühikahäirega inimese vajadusi, kuna katmata vajadused on otseselt seotud inimese subjektiivse elukvaliteedi ja psüühikahäire kuluga. Vajaduste ja elukvaliteedi hindamisel on vajalik eri osapoolte kaasatus, sh teenuse kasutajad ise, kuna professionaalidel, peredel ja teenuse kasutajatel on sageli erinev vaade inimese vajadustele ja elukvaliteedile. Vajalik on näha ka pere rolli ja vajadusi, sest sotsiaalsed suhted on psüühikahäirega inimeste taastumisel ja heaolul määrava tähtsusega tegur.

1.2 Vaimse tervise valdkonna arengusuunad ning psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste põhimõtted

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaade rahvusvahelistest valdkondlikest arengusuundadest ning psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste ja sotsiaalteenuste kvaliteedi põhimõtetest. Kirjeldatakse psüühikahäirega inimeste toetamise uusi, tänapäevaseid lähenemisi, teenuste pakkumise paradigma muutust ning seda, mis on oluline muutuste elluviimisel. Tuuakse välja taastumise tegurid ning toetavate teenuste komponendid.

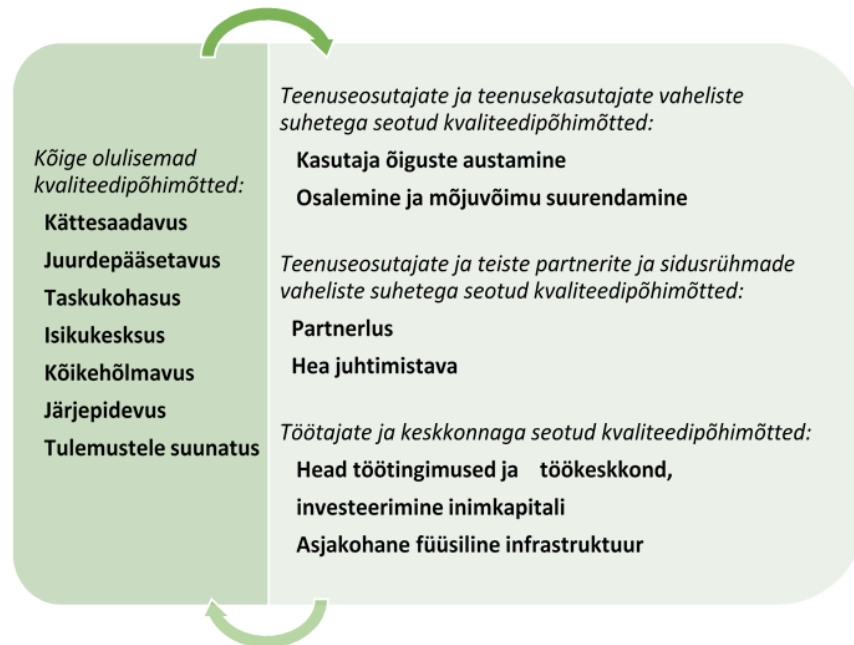
Viimastel aastakümnetel on toimunud oluline paradigma muutus vaimse tervise teenuste poliitikas, kus tähelepanu haiguselt ja patoloogialt on pööratud holistilisele käsitlusele, mis arvestab heaolu ja taastumist, sotsiaalset toimetulekut, kogukonda kaasatust ning elukvaliteeti. Euroopa vaimse tervise tegevuskavas (2013) toodud visioon kirjeldab maailma aastal 2020, kus vaimne tervis on väärtustatud ja kaitstud ning vaimse tervise probleemid ennetatud, kus vaimse tervise probleemide all kannatavatele inimestele on tagatud inimõigused, kvaliteetsed ning kultuuriliselt sobivad tervishoiu- ja sotsiaalteenused, et soodustada nende taastumist ja saavutada võimalikult hea tervislik seisund, osaleda tööl ja ühiskonnas ilma stigmatiseerimise ja diskrimineerimiseta.

Psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamisel on vajalik arvesse võtta erinevaid rahvusvahelisi ja Euroopa Liidu arengusuundi, puuetega inimeste õigusi ning valdkonna arengu ja poliitikaga seotud raamdokumente. Puuetega inimeste õiguste

kaitset ning neile pakutavate teenuste põhimõtteid reguleerib üldisemalt ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon, mis ratifitseeriti 2012.aastal ka Eesti Vabariigi Riigikogu poolt. Konventsioon rõhutab muuhulgas suutlikkuse loomise ja taastamise põhimõtet ning tõhusate ja asjakohaste abinõude rakendamist, mis võimaldavad puuetega inimestel saavutada ja säilitada maksimaalset iseseisvust ja suutlikkust. Rõhutatakse teenuste kättesaadavust võimalikult elukoha lähedal ning sekkumisi, mis toetavad kogukonnas ja kõigis elu valdkondades osalemist ja kaasatust, sh juurdepääsu avalikele- ning tugiteenustele, võrdset õigust elada kogukonnas ning omada valikuid, sh võimalust valida oma elukohta ja elukorraldust (Puuetega inimeste..., 2006). Konventsioonis toodud puuetega inimeste õigused annavad autori hinnangul tugeva filosoofilise ja väärtustel tugineva aluse psüühikahäirega inimeste teenuste arendamisele ning toetavad edaspidi kirjeldatud deinstitutionaliseerimise protsessi, kogukonnapõhise toe ja taastumisele suunatud lähenemise vajalikkust.

Sotsiaalteenuste kvaliteedile on hakatud järjest enam tähelepanu pöörama ning teenuste kasutajate, lähedaste, kogu ühiskonna teadlikkus sotsiaalteenuste kvaliteedist kasvab pidevalt, suurenevad nõudmised ja ootused teenustele. Kui varem oli esmatäh- tis teenuste kättesaadavus, siis täna vaadatakse rohkem ka teenuse protsessi ja tulemust (Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, 2013). Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik (2010) on eri huvirühmade koostöös loodud soovituslik juhiskirja liikmesriikidele, mille eesmärk on kujundada ühtset arusaama Euroopa Liidus sotsiaalteenuste kvaliteedi ja kvaliteedipõhimõtete osas. Kvaliteediraamistik on suunatud erinevatele huvirühmadele - ametiasutustele, kes vastutavad piirkondlikul või kohalikul tasandil sotsiaalteenuste väljatöötamise, korraldamise ja rahastamise eest ning teenu- seosutajatele ja valdkonna töötajatele, kes vastutavad teenuse kasutajale kvaliteetsete teenuste pakkumise eest. Teenuse kasutajatele ja nende lähedastele on raamistik oluliseks infoallikaks selle kohta, millist sotsiaalteenuste kvaliteeti nad oodata (Euroopa vabatahtlik..., 2010). Joonis 2, lk 20 kajastab peamisi vabatahtlikus raamistikus toodud kvaliteedipõhimõtteid. Kõige olulisemad kvaliteedipõhimõtted rõhutavad teenuste kättesaadavust ja juurdepääsetavust, isikukeskset, ehk individuaalsetest vajadustest ja ootustest lähtuvat teenuse pakkumist, kõikehõlmavat lähenemist, mis tagaks inimesele tervikliku ja järjepideva toetuse, tulemustele suunatust, ehk teenuste mõju ja tulemus- likkuse hindamist teenuse kasutaja elukvaliteedile ja vajaduste katmisel. Fookuses on

ka teenuse kasutajate õiguste kaitse, teenusekasutajate kaasamine, partnerlus eri teenuste osutajate ja huvirühmadega, hea juhtimistava, töötajate pädevus ja teenuse osutamise keskkond.



Joonis 2. Sotsiaalteenuste kvaliteedi põhimõtted. Allikas: autori koostatud Euroopa vabatahtliku sotsiaalteenuste kvaliteediraamistiku (2010) alusel

Kõik eeltoodud kvaliteedipõhimõtteid on autori hinnangul oluline sisend psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamisel, et uued lahendused toetaksid sotsiaalteenuste kvaliteedi põhimõtetetele elluviimist teenuste tasandil.

Psüühikahäirega inimeste elukvaliteedi parandamine on kujunenud prioriteetseks suunaks ning peamiseks eesmärgiks deinstitutionaliseerimise protsessis. Teenuste pakumise paradigma on muutunud pikaajalisest elamisest institutsioonis kogukonnapõhiste teenuste pakumisele (Oliveira, Carvalho, Esteves, 2016). Psüühikahäirega inimestele suunatud teenused saab tinglikult jaotada kahte teenuste gruppi: institutsionaalsed ehk spetsiaalses institutsioonis ööpäevaringset elamist ja toetust pakuvad teenused ning kogukonnapõhised ehk inimest tema enda kodus või kogukonnas toetavad teenused (Tallinna Ülikool, 2016). Institutsionaalset hooldust iseloomustab elanike ebapiisav kontroll oma elu ja seda puudutavate otsuste üle, piiratud osalemisvõimalused ühiskonnaelus ja tööhõives ning madalam elukvaliteet (European Expert Group,

2012). Gigantesco *et al.* (2011, lk 366) kirjeldavad deinstitutionaliseerimise protsessi, kui aega, kus paljudes lääneriikides 70-ndatel aastate lõpus psühhiaatria haiglad ja -institutsioonid suleti ning raske psüühikahäirega inimesed lubati elama kogukonda, mis tõi kaasa uue vaate ja huvi nende inimeste kogukonnas elamise kvaliteedi osas. Deinstitutionaliseerimine on protsess, mis sisaldab: a) kõrge kvaliteediga, isikukesksete ja kogukonnapõhiste teenuste arendamist, mille eesmärk on ennetada inimese institutsiooni sattumist; b) nende institutsioonide sulgemist, kus psüühilise erivajadusega täisealised elavad eraldatuna ühiskonnast/kogukonnast ning kus teenuste osutamine ei vasta inimeste vajadustele, ega võimalda inimesel realiseerida oma inimõigusi; c) avalike teenuste, nagu hariduse, koolituse, töötamise, eluaseme, tervishoiu ja transpordi võimaldamist psüühilise erivajadusega täisealistele (European Expert Group, 2012). Toodud põhimõtted kinnitavad autori hinnangul eelpoolt toodud kvaliteetsete teenuste, sh isikukeskse lähenemise tähtsust ja ka järgnevalt töös käsitletud leidva kogukonnapõhise lähenemise ning eri teenuste ja ressursside integreerimise tähtsust.

Deinstitutionaliseerimise protsessi üks olulisemaid suundi on kogukonnapõhiste teenuste ja -alternatiivide arendamine. Üha enam leitakse tõendeid, et laiem teenuste valik ning kogukonnapõhised sekkumised tagavad nii sotsiaalse kaasatuse, inimõiguste järgimise kui osutuvad ühtlasi ka kuluefektiivsemaks. Erinevad uuringud (Wilken, 2010; Young, Pan & Cheng, 2016) toovad välja, et rohkem kui pooled raske psüühikahäirega inimestest, kes kasutavad kogukonnapõhiseid vaimse tervise teenuseid, saavutavad taastumise pikas perspektiivis (olles haige 15. aastat ja rohkem) ning viimasel ajal on leidnud tõendust, et ka lühemas perspektiivis võib kogukonnapõhiste teenuste toel toimuda taastumine. Suund kodanikuks olemisele toetub ideele, et psüühikahäirega inimese taastumine toimub kogukonnas ja „päris elus“, mitte haiglas ja institutsioonis. Suund toob professionaalidele kaasa uue sotsiaalse ja poliitilise aktiivsuse toetada inimese õigusi elada võrdse kodanikuna ning aidata kaasa tervema ühiskonna loomisele (Slade *et al.*, 2017, lk 329). Kogukonnas rakendust leides ei ole puudega inimene ainult abivajaja, vaid väärtust loov kogukonna liige (European Expert Group, 2012), mis aitab autori hinnangul oluliselt kaasa ka kogukonna teadlikkuse ja sallivuse kasvule.

Järgnevalt kirjeldatakse kogukonnapõhise toe erinevaid mudeleid, mis autori hinnangul annavad laiemat pildi võimalikest kogukonnateenustest ja -alternatiividest, aga ka

kogukonna ja teenuse kasutaja suhtest. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni kirjeldatud mudel (World Health Organization, 2010) kasutab kogukonnapõhise rehabilitatsiooni mõistet laiemas, strateegia tähenduses, mis on viimase 30. aasta jooksul laienenud teenuste pakkumise meetodilt üldisemaks, kogukondade, võrdsete võimaluste- ja sotsiaalse kaasatuse arendamise strateegiaks. Mudel koosneb 5-st võtmevaldkonnast: tervis, haridus, igapäevaeluga toimetulek, sotsiaalne toimetulek, jõustamine/mõjuvõimu suurendamine, mille kombineerimine vastavalt inimese vajadustele, annab tervikliku lähenemise. Seijas *et al.*, (2016, lk 4) rõhutab, et eri komponente tuleb vaadata ka kui alternatiivi spetsialiseeritud teenustele.

Trainor *et al.* (2004) kirjeldab vaimse tervise valdkonna terviklikku toetussüsteemi läbi kolme ressursipõhise raamistiku: kogukonna-, teadmiste- ning isiklike ressursside põhine raamistik. Kogukonnapõhine raamistik seab keskseks inimese, kui aktiivse kogukonna liikme, kel on võim ja õigus otsustada oma elu ja teenuste kasutamise üle ning kellel on võrdselt teiste kodanikega õigus oma kodule, tööle, haridusele ja sissetulekule. Raamistik toob vaimse tervise teenuste kõrvale võrdselt teised, sama olulised ressursid nagu pere ja sõbrad, sarnase kogemusega inimesed, teised avalikud- ja kogukonnateenused. Isiklike ressursside põhine raamistik seostub töö autori hinnagul tugevalt taastumise käsitlusega ning seab keskmeks oma elu üle kontrolli omamise ning ressursid, mis aitavad sellele kaasa, nagu näiteks positiivne mina-pilt, praktiline haiguse mõistmine, elu mõte ja tähendus ning kaasatus ja kuulumine. Teadmiste ressursipõhine raamistik seab keskseks psüühikahäire käsitluse muutuse ning kajastab eri teadmiste viise ja allikaid, et mõista psüühikahäiret uuel viisil. Eri teadmistena on toodud traditsiooniline (senised teenused ja kogemus) ja eksperimentaalne ehk kogemuslik teadmine (teenuse kasutajad ja pered), sotsiaalteaduste alane- ning kliiniline teadmine, mille kõigi tunnustamine soodustab konstruktiivset dialoogi ja viib tasakaalustatuma ja terviklikuma psüühikahäire mõistmiseni (Trainor *et al.*, 2004). Kolm raamistikku moodustavad 3 taastumise tugisammast, mis annab autori hinnagul tervikliku vaate erinevatele ressurssidele, mille vaid koos mõjutamine saab anda parima tulemuse psüühikahäirega inimese toetamisel.

Teenuste pakkumise põhimõtete kirjeldamisel on oluline rõhutada ka taastumisele suunatud lähenemist, mida tutvutati eelmises alapeatükis psüühikahäirega inimeste vajaduste vaatest. Kuigi suund on olnud juba üheksakümnendate algusest inglise keelt kõnelevas maailmas vaimse tervise poliitika keskmes (Slade *et al.*, 2012) ja seda on nähtud kui võtmeteemat vaimse tervise teenuste kvaliteedi tagamisel, on taastumisele suunatud teenuste pakkumine ja taastumisega seotud tulemuste hindamine siiani vähene praktika (Pincus, Spaeth-Rublee, Goldner, Prince, Ramanuj, Patton, 2016). Allolev tabel 4 kajastab traditsioonilise- ja taastumisele suunatud käsitluste erisust.

Tabel 4. Traditsiooniliste ja taastumisele suunatud teenuste erinevus

Traditsiooniline käsitlus	Taastumisele suunatud käsitlus
Väärtused ja mõjuvõim	
Väärtused ei ole fookuses	Väärstuste-keskne
Professionaalne vastutus	Isiklik vastutus
Kontrollile suunatud	Valikutele suunatud
Kontseptuaalsed alused	
Teaduslik	Humanistlik
Patoloogia ja psühhopatoloogia	Biograafia ja häiriv kogemus
Diagnoos ja ravi	Isiklik tähendus, kasvamine ja avastamine
Personal ja patsient/abivajaja	Ekspertid kogemuse kaudu
Töötava ja praktika	
Kirjeldus	Mõistmine
Fookus häirel ja haigusele suunatus	Fookus inimesel ja tugevustele suunatus
Suunatud haiguse kõrvaltoimete vähendamisele	Suunatud lootusele ja unistustele
Inimene kohandub ja sobitub teenusele	Teenuse pakkuja kohandab ja sobitab teenuse konkreetse inimese vajadustele
Toetab passiivsust ja järeleandlikkust	Soodustab jõustatust
Spetsialist on toetuse koordinaator	Isikliku vastutus ja enesejuhtimine
Teenuse eesmärgid	
Haiguse vastu	Tervise poolt
Haiguse ja probleemide kontrolli alla saamine	Enesekontrolli ja oma elu üle kontrolli saavutamise
Nõusolek teenusega	Valiku võimalus
Normaalse olukorra taastamine	Muutus (transformatsioon)

Allikas: autori koostatud Slade, 2013, lk 10 ja Wilken, 2010 alusel

Taastumisele suunatud käsitluse ühtne mõistmise ja rakendamine on tähtis erinevatel tasanditel, nii teenuse osutamise praktika kui poliitika tasandil. Käsitluse rakendamine on väljakutse, mis nõuab mõiste arutelu, organisatsioonide pühendumist, hinnates ja näidates taastumisega seotud tulemusi (Gilburt, Slade, Bird, Oduola, & Craig, 2013). Taastumise käsitluse laialdasemaks rakendamiseks on oluline innovatiivne koostöö

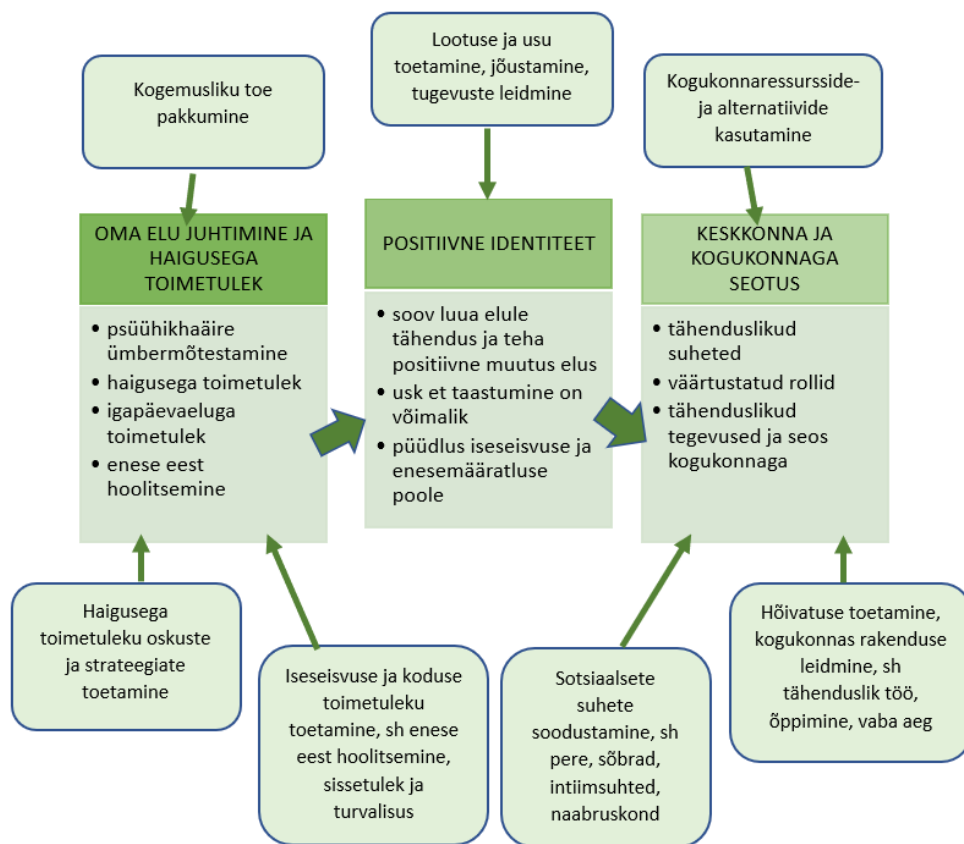
vaimse tervise teenuseosutajate ja teenuse kasutajate esindusorganisatsioonide vahel, samuti organisatsioonide arengu ja muutuste toetamine (Pincus *et al.*, 2016, lk 6).

Riiklikul ja ühiskondlikul tasandil on uue paradigma rakendamiseks vajalikud nii seadusandlikud kui struktuuraalsed muudatused, uuringud taastumisega seotud praktika toetamiseks ning vaimse tervise valdkonna töötajate, teenuse kasutajate ja nende perede ning kogu ühiskonna harimine. Vaimse tervise valdkonna töötajate roll on toetada psüühikahäirega inimese kodanikuks olemist ning isiklikku taastumist. Selleks on vajalik töötada partnerluses teenuse kasutajaga, toetada tema, mitte teenuste vajadustele ning näha taastumise toetamist kui sekkumise tuuma, mitte kui lisaülesannet (Slade *et al.* 2010). Koolitustel on tähtis roll taastumisele suunatud mõtteviisi õhutamisel (Gilburt *et al.*, 2013) ning taastumise ja positiivse psühholoogiaga seotud teadmiste levikul, et muuta pikaajalist harjumuspärast praktikat (Slade, 2010, lk 2).

Järgnevalt antakse ülevaade eri autorite poolt kirjeldatud taastumist toetavatest teguritest ja toetussüsteemi vajalikest elementidest, mille alusel on töö autor loonud Taastumist toetava teenuste raamistiku, vt joonis 3, lk 25. Raamistik mis annab autori hinnangul tervikliku pildi taastumise teguritest ning teenuste komponentidest. Lisaks taastumise valdkondadele on raamistiku loomisel kasutatud eelmises alapeatükis kirjeldatud uurimusi psüühikahäirega inimeste katmata vajaduste ning madalama elukvaliteediga seoses.

Sotsiaalne toetus ja suhted on võtmetegur psüühikahäirega inimeste taastumise protsessis. Taastumisprotsessi nimetatakse ka sotsiaalseks protsessiks, kus taastumine toimub läbi omavahel seotud kolme dimensiooni: tervem mina pilt ja enesehinnang koos isiklike haigusega toimetuleku viisidega; taastumist toetavad suhted ja sekkumised, nt sotsiaalteenused ja eneseabi grupid; seotus teiste inimestega, võttes ise abi vastu või toetades teisi (Schön *et al.*, 2009, lk 340). Ka Slade *et al.*, (2017) ja Wilken (2010) kirjeldavad taastumise toetamist 3-s valdkonnas: positiivse identiteedi toetamine, oma elu ja haigusega toimetuleku toetamine ning keskkonna ja kogukonnaga seotuse toetamine. Taastumine toimub nii sisemiselt, kui seotult erinevate suhete ning ühiskonnaga inimese ümber ning sotsiaalsed suhted võimaldavad inimesel määratleda ennast kui isiksust oma erinevate rollidega, mitte kui vaid patsiendi ja abivajajana (Schön *et al.*, 2009, lk 336).

Narratiivsed uurimused toovad välja erinevad sotsiaalse toetuse viisid (emotsionaalne, instrumentaalne, hindav ja informatiivne), kus toetus on vajalik kõigis taastumisprotsessi etappides (Wilken, 2010). Schön *et al.*, (2009, lk 344) täpsustab, et pereliikmetel on oluline roll stressi vähendamisel ja baasturvalisuse tagamisel, pakkudes praktilist abi igapäevase elu ja majapidamise korraldamisel, samuti märgates haiguse ägenemise märke ning aidates luua ja hoida kontakti ravi- ja sotsiaalteenustega.



Joonis 3. Taastumist toetavate teenuste raamistik. Allikas: Autori koostatud Slade *et al.*, 2017, Wilken, 2010, Fleury *et al.*, 2013, Schön *et al.*, 2009, Werner, 2012, Lasalvia *et al.* 2000, Hjärthag *et al.*, 2012 alusel

Mitmed uuringud (Larry Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012; Schön *et al.*, 2009; M. Slade *et al.*, 2012; J.-P. Wilken, Medar, Bugarszki, & Leenders, 2014) rõhutavad kogemusliku toe (*peer support*) tähtsust professionaalsete teenuste kõrval. Teenuse kasutajate roll on muutunud passiivsest abi saajast, väärtuslikku kogemust omavaks

partneriks ja kogemusliku pädevusega aitajaks. Üheksakümnendate aastate alguses, vaimse tervise teenuse kasutajate liikumisest alguse saanud sarnase kogemusega inimeste toetamine on laialt tunnustatud lähenemine kogukonnapõhiste teenuste pakkumisel. Kogemuslik tugi ja sellealased uuringud on paljudes maades kiirelt suurenemas ning on tõendatud, et kogemusega töötaja pakkudes traditsioonilisi vaimse tervise teenuseid on efektiivsed inimeste ravile saamisel, haiglaravi vajaduse ning sõltuvusainete tarvitamise vähendamisel (Davidson *et al.*, 2012). Kogemuslik tugi aitab inimesel tunda end teadlikuma-, enesekindlama-, õnnelikumana ning vähem isoleerituna (Slade *et al.*, 2017, lk 328). Kogemuslik tugi pakub positiivset eneseväljendust ning rolli mudelit, mis toetab inimese lootuse- ja kontrollitunde tekkimist, võimet enese eest hoolitseda ning muuta oma elu, tugevdada kogukonda kuulumise tunnet, suurendada rahulolu erinevate eluvaldkondadega ning vähendada psüühikahäire sümptomeid ja haiguse tagasilangust (Davidson *et al.*, 2012). Slade *et al.*, (2017) toob välja, et kogemusliku toe kasutamine professionaalse toe kõrval aitab ühelt poolt olla tõhusam ja tulemuslikum ning teisalt vähendada kahe erineva toetuse pakujate grupi (professionaalide ja kogemusega toetajate) sotsiaalset ja kultuurilist eraldatust ning professionaalide poolset võimu ja stigmatiseerimist, mis autori hinnangul on vajalik, et muuta traditsioonilist teenuse osutamist ja nägemust teenuse kasutaja rollist.

Kogukonnapõhine ja terviklik lähenemine nõuab kombineeritud, eri huvipoolte jõupingutust, kus oluline roll on puuetega inimestel endil ja nende peredel, huvikaitse organisatsioonidel ja kogukondadel, eri valdkondade teenuste pakujatel. Alates 90.-ndate aastate lõpust nähakse järjest enam sotsiaalsüsteemi institutsionaalset killustatust kui tõsist probleemi (Champion & Bonoli, 2011, lk 323) ning valdkondadevaheline koostöö ja kogukonna kaasatus on järjest kasvava tähtsusega tervise- ja sotsiaalsete probleemide lahendamisel, eriti kogukondade killustatuse, vähekättesaadavate avalike teenuste ning alafinantseeritud vabatahtlike ja kogukondlike organisatsioonide tingimustes (Carlisle, 2010, lk 117). Euroopa Sotsiaalne Võrgustik (2016, lk 8) käsitleb integreeritud teenuste mõistet, kui „rakendatud tegevuste hulka, et saavutada teenuste tõhus koordineerimine ja parim tulemus teenuse kasutajale“. Integreeritud teenuste pakkumist on võimalik teha erineval viisil, näiteks juhtumikorralduse kaudu, mille raames toimub isiku vajaduste hindamine, teenuste planeerimine ning koordi-

neerimine või *one-stop-shop* põhimõttel teenuskeskuste kaudu, kus erinevaid teenuseid pakutakse ühest kohast või erinevate sektoritevahelise koostöö vormide kaudu (The European Social Network, 2016, lk 9).

Integreeritud teenuste puhul on võtmetähtsusega informatsioonivahetus ja inimestevahelised head kontaktid, ülesannete ja vastutuse selgus, et soodustada valdkondadevahelist koostööd. Williams ja Sullivan (2010) toovad oma uuringus välja, et kuigi nii praktikas kui uuringutega on tõendatud ning me kõik teame, et koos töötamine on tõhus, siis tegelikkuses on tulemus sageli pettumust valmistav. Eri valdkondadevahelise koostöö võtmeteguritena toovad autorid välja motivatsiooni ja koostöö tähenduse mõistmise, koostööpädevuse ja -võimekuse, koos õppimise ning edu lahtimõtestamise ja hindamise, kus kõigi toodud tegurite parem juhtimine aitab koostööd mitmekülgset tõhustada (Williams & Sullivan, 2010). Koostöö tõhustamiseks soovib Euroopa Sotsiaalne Võrgustik (2010) professionaalidevaheliste meeskondade organiseerimist, koostööalaseid koolitust, juhtimise ja töökorralduse läbimõtlemit, koostööpraktika jälgimist ja hindamist ning vastastikust tagasiside küsimist, teenuse kvaliteedi arendamist läbi koostöö ja tulemuste hindamise ning innovatiivsete koostöölahenduste ellukutsumist.

Vaimse tervise reformide eesmärk on inimõiguste suurem tunnustamine, individuaalsem teenuste planeerimine, teenuse kasutajate kaasamine ja jagatud otsustamine, mis viitab, et vaimse tervise teenuste arendamise põhjused on pigem eetilised, kui tõenduspõhised (Kidd, McKenzie, & Virdee, 2014, lk 245). Wilken *et al.*, (2014) rõhutab kogukonnatoetust ja -kaasatust uurinud töö põhjal, et puuetega inimeste õiguste tagamine on sageli strateegiate ja poliitilisel tasandil kajastatud, kuid paraku ei kajastu see alati reaalses igapäevases praktikas. Puuetega inimeste enda teadlikkus oma õigustest ja võimalustest on madal ning professionaalid ei ole suunatud kogukonnas osalemisele ning sotsiaalsele kaasamisele (*Idea.*, 2014). Davidson *et al.*, (2006, lk 645) toob välja, et süsteemne muutus võtab aega, kuid kui tegemist on ka paradigma muutmisega võib mööduda terve põlvkond, enne kui muutus sisuliselt realiseerub.

Alapeatüki kokkuvõttena soovib autor rõhutada vaimse tervise teenuste ja ka psüühikahäirega inimeste rolli traditsioonilise vaate muutust, ehk paradigma muutust vaimse

tervise valdkonnas. Euroopa viimase paari aastakümne suund on olnud institutsionaalselt hooldusmudelilt üleminek kogukonnapõhist toetust pakkuvale mudelile, et toetada psüühikahäirega inimeste kaasatust ning kodanikuks olemist. Psüühikahäirega inimeste toetamisel on võtmetähtsusega kogukonnapõhiste teenuste ja -alternatiivide arendamine, inimese toetamine tema kodus ja kogukonnas, võimaluste leidmine. Taastumise käsitlus on järjest enam tähelepanu pälviv kontseptsioon arenenud riikides ning oluline on teadlik, eri tasanditel käsitluse mõistmine ning praktikasse rakendamine, et muuta vaimse tervise teenuseid ja- süsteeme rohkem taastumisele suunatuks. Võtmetähtsusega tegevus on eri teenuste integreerimine, et pakkuda inimesele terviklikku toetust ning kasutada olemasolevaid ressursse parimal viisil.

1.3 Psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste spetsiifikat arvestav teenusedisaini protsess ja meetodid

Käesolevas alapeatükis kirjeldatakse eelnevale teooriale tuginedes psüühikahäire spetsiifikat arvestavat teenusedisaini protsessi ja meetodeid. Antakse ülevaade teenusedisaini, disainimõtlemise, inimkeskse disaini ja kaasava disaini mõistetest ning rollist teenuste arendamisel. Kirjeldatakse disaini erinevaid strateegiad ja tasandeid, eri autorite käsitlust teenusedisaini protsessi mudelitest ning meetoditest, mis on aluseks arendusuuringu teenusedisaini protsessile.

Teenusedisain on suhteliselt uus teenuste arendamise valdkond, kus nii terminoloogia kui paradigma on alles kujunemas. Tootmine on olnud peamine suund ärimaailmas kahekümnendal sajandil, mis teenuste sektori tekkimise ja arenguga on hakanud muutuma ning vajadus on luua teenuste maailmas uus keel ja arusaam (Saco & Goncalves, 2008, lk 10). Teenused vajavad erilist lähenemist nende unikaalsete, tootmisest eristuvate tunnuste tõttu - teenused ei ole nähtavad, neid ei saa ladustada või omandada, nende tarbimine ja tootmine toimub samaaegselt ning nad on kompleksed kogemused mis toimuvad mingi aja jooksul (Moriz, 2005, lk 8). Võrreldes tootmisega on teenused ka rohkem hajutatud ning vähem standardiseeritud ja tsentraliseeritud (den Hertog, van der Aa, & de Jong, 2010).

Disaini valdkond on uus, holistiline, multidistsiplinaarne ja integratiivne, mis aitab uuendada (luua uusi) või parandada (olemasolevaid) teenuseid. Mager ja Sung (2011)

toovad välja disaini erinevad eesmärgid teenuse kasutaja ja pakkuja vaatest, kus kasutaja vaatest on eesmärgiks teenuste kasulikkus, kasutatavus ja soovitavus ning teenuse pakkuja vaatest teenuse tõhusus ja efektiivsus. Autorid rõhutavad teenusedisaini inimese keskset lähenemist ja kasutaja kogemusele toetumist, holistilist käsitlust ja eri valdkondade sidumist disainilahenduste väljatöötamisel, protsessi süsteemset ja korduvat olemust, mis seob teenuse kasutajale suunatuse, interdistsiplinaarsed lähenemised ja meetodid pideva õppimise tsükliteks. Teenusedisain on erinevate käsitluste järgi erinevate erialade vaheline ja mitmeotstarbeline, erinevate valdkondade elemente ja vahendeid kasutav lähenemine (Saco & Goncalves, 2008, lk 13). Valdkondadest on teenusedisainis ühendatud teenuste arendamine, juhtimine, finantsjuhtimine, turundus, teadustöö ja disain, samuti kultuurilised, sotsiaalsed ja inimestevahelise suhtlemisega seotud valdkonnad (Miettinen, Rontti, Kuure & Lindström, 2012; Moriz, 2005; Saco & Goncalves, 2008).

Teenusedisaini kirjeldamisel on autori arvates oluline välja tuua disainimõtlemise käsitlus, mis rõhutab teenusedisaini laiemat kasutust, kui vaid professionaalsete disainerite praktika. Disainimõtlemine (*design thinking*) on teenusedisaini lahutamatu osa, millega luuakse kliendile ja teenuse pakkujale kasulikke ning tõhusaid kontseptsioone, lahendusi ja uusi kasutajakogemusi (Miettinen *et al.*, 2012, lk 3) ning mis toetub meie intuitsioonivõimele ära tunda mustreid ja konstrueerida nii emotsionaalse kui funktsionaalse tähendusega lahendusi (Brown & Wyatt, 2010). Disainimõtlemise kontseptsioon on kasutusel nii akadeemilise maailma teoreetilistes arutlustes, kui teenuste juhtimise praktikas (Johansson-Sköldberg Ulla, Woodilla Jill, & Çetinkaya Mehves, 2013, lk 124). Autorid toovad välja et diskussioon käib kahe mõiste ümber – „disainerlik mõtlemine“ (disainery thinking) ning „disainimõtlemine“ (*design thinking*). Esimene mõiste on levinud akadeemilises maailmas ja viitab professionaalse disaineri praktikale, püüdes mõista ja kirjeldada disaineri nn mitteverbaalseid praktilisi oskusi ja pädevust ning teine, disainimõtlemise mõiste väljendab disaini praktika ja pädevuse kasutamist laiemalt, nt teenuste juhtimise ja arendamise praktikas. Ärimaailmas on disainimõtlemine suhtelist uus, viimasel aastakümnel arendatud lähenemine ning seda peetakse juhtidele vajalikuks oskuseks, mis asendab strateegilist juhtimist keeruliste olukordadega toimetulekul ja probleemide lahendamisel, samuti innovatsiooniga töötamisel (*Ibid.*, lk 124). Sotsiaalteenuste arendamise traditsiooniline viis on töö autori

arvates teenuse osutajatest ja korraldajatest lähtuv, kasutades peamiselt professionaalset ja kitsalt valdkondlikku kompetentsi. Autori hinnagul on disainmõtlemine sotsiaalteenuste juhtimisel ja arendamisel väga kasulik oskus, et tugevada sotsiaalteenuste arendamisel kasutajakogemuse vaadet ning arendada teenuseid holistlikult, eri valdkondade ja kompetentsi, sh teenuse kasutajate kogemusliku kompetentsi integreerimise kaudu.

Teenusedisaini protsessi kujundamisel on oluline teha teadlik valik disaini strateegiate kasutamisel, mis on aluseks ka meetodite valikul. Kruger ja Cross (2006, lk 536) toovad välja 4 erineva fookusega disaini strateegiat: probleemist-, lahendusest, informatsioonist ning teadmistest juhitud disain. Probleemile suunatud strateegia keskendub olemasoleva probleemi defineerimisele ja lahenduste leidmisele, kasutades kitsalt vaid konkreetse probleemi lahendamiseks vajalikku informatsiooni. Lahendustele suunatud disaini puhul võetakse probleemi defineerimisele vähem aega ning keskendutakse pigem uuteks lahendusteks vajaliku info hankimisele ning uute lahenduste väljatöötamisele. Informatsioonist juhitud disaini puhul tuginetakse lahenduste väljatöötamisel välistest allikatest kogutud informatsioonile ning teadmistest juhitud disaini puhul pigem eelnevalt struktureeritud isiklikele teadmistele (*Ibid.*, 2006, lk 536-538). Psüühikahäirega inimeste teenuste arendamisel on töö autori arvates oluline kasutada erinevaid strateegiaid. Oluline on mõista probleeme tänases teenuseosutamise praktikas, kuna tegemist on keeruliste, mitmete teenuste ja osapooltega seotud valdkonnaga. Samas on vajalik mitte jääda kinni probleemidesse, mida on juba mitmete teiste uuringutega tõestatud, vaid keskenduda visioonile ja lahendustele. Kuna valdkonnas on teenuseosutamisel palju traditsioonilist lähenemist ja harjumuspärast praktikat, mis ei toeta kaasaegseid suundi, on autori hinnangul oluline lisaks professionaalide ja teenuse kasutajate isiklikule teadmisele uurida ja kasutada ka välist informatsiooni soovitatud ja edukast praktikast.

Lisaks strateegiate teadlikule valikule on autori arvates oluline mõelda läbi, millised disaini tasandid on haaratud parima tulemuse saavutamiseks. Moriz (2005) toob välja, et disain on aastatega laiendanud fookust ning muutunud toote või teenuse omaduse ja funktsiooni tasandilt laiemale, kuni süsteemi ja poliitika tasandile välja. Esimene tasand on traditsiooniline teenuse omaduste/funktsiooni disain, millele on lisandunud

kliendikogemuse disaini tasandi, kolmas tasand väljendab protsesside ja süsteemide disaini, mis jääb teenuse ja kliendikogemuse taustale ning neljas, mis on kõige laiem, kajastab poliitikat ning ideoloogiat kujundavat disaini (*Ibid.*, 2005). Psüühikahäirega inimeste teenuste arendamisel on vajalik mõista põhjalikult kliendikogemust ja teenuse kasutaja vajadusi ning parandada sellest tulenevalt teenuse omadusi ja funktsioone, sh nii sisu kui teenuse osutamise protsessi vaatest. Kuna tegemist on mitmete eri teenuste ja valdkondadega, sh levinud traditsiooniliste töö viisidega, on vajalik uurida ja luua terviklikke lahendusi ka teenussüsteemi vaatest ning mõjutada valdkonna poliitikat ja ideoloogiat. Viimase tasandi mõjutamist on oluline ka uute, kogukonnapõhise toe ja taastumisele suunatud käsitluste levikuks.

Maailm seisab silmitsi keeruliste sotsiaalsete probleemidega, nagu rahvastiku vananemine, kasvavad terviseprobleemid, vaesus ja kuritegevus ning parem teenuste disainimine saab olla üheks võtmetegevuseks sotsiaalsete teemadega tegelemisel (van der Bijl-Brouwer, 2017). Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste arendamine on keeruline valdkond, kus uuenduste elluviimine ei ole kerge ja võtab aega. Raskuste põhjustena on Duncan ja Breslin (2009) välja toonud keerulised finantseerimismudelid, nii valdkonna siseste, kui valdkondadevaheliste teenuste puudulik integreerimine ning teenuste tulemuste ja mõju hindamise ja nähtavaks tegemise keerukus. Sotsiaalsed probleemid vajavad teenusekasutajate vajadustele tuginevaid süsteemseid lahendusi, kus teenusedisain, kui inimesekeskne ja uudne lähenemine, saab eriliselt kaasa aidata (Brown & Wyatt, 2010). Teenusedisain on muutumas kitsast teenuse ja tegevuste kirjeldusest teenuste innovatsiooni viisiks (Yu & Sangiorgi, 2014). Innovatsiooniks võib nimetada uut teenuse kogemust või lahendust, mis loob uuel viisil väärtust teenuse kasutajale ning sisaldab ühte või mitut järgmistest dimensioonidest: uus teenuse kontseptsioon, uus teenuse pakkuja ja kasutaja koostoimimine, uus väärtuste süsteem/äripartnerid, uus tuluallika mudel, uus organisatsiooniline või tehnoloogiline teenuse pakkumise süsteem (den Hertog *et al.*, 2010). Psüühikahäirega inimeste teenuste arendamine ja uute lahenduste väljatöötamisel on autori hinnangul võtmetähtsusega süsteemne lähenemine ja innovatsioon, sh uus vaade teenuse kasutaja ja teenuse osutaja rollidele ja koostööle, eri osapoolte koostööle, toetavate teenuste korraldusele ja rahastusele, aga ka valdkonna väärtuste süsteemile.

Erinevad autorid on loonud mitmeid eri teenusedisaini protsessi mudeleid, mis erinevad peamiselt etappide arvu, täpsuse ning eesmärgi osas. Miettinen *et al.* (2012, lk 2), uurides erinevaid mudeleid toob välja, et teenusedisaini protsessi iseloomustab korduvus ning etapilisus, kus protsess on suures plaanis jagatud kolmeks etapiks. Identifitseerimise ja avastamise etapi eesmärk on mõista teenuse tausta, -kasutajaid ja -keskkonda, teenuse väljatöötamise, kontseptualiseerimise ja loomise faasis toimub teenuse visualiseerimine, koos-loomine, kaasav disain ja prototüüpimine, et võrrelda erinevaid kontseptsioone ja leida parimat väärtust loov lahendus ning rakendamise etapp sisaldab lisaks teenuse praktikas elluviimist ka infotehnoloogiliste lahendustega seostamist, teenuse edasiarendust ja koolitust (*Ibid.*, 2012, lk 2).

Järgnevalt on kirjeldatud 4 erinevat disainiprotsessi käsitlust, mis on olnud aluseks arendusuuringu teenusedisaini protsessile: Duncan & Breslin (2009) SPARC mudel, Moriz (2005) kirjeldatud IDEO - mudel, Waller, Bradley, Hosking ja Clarkson (2015) kaasava disaini mudel ning Brown ja Wyatt (2010) omavahel kattuvate ruumide süsteemi mudel, millest annab võrdleva ülevaate ka allolev tabel 5.

Tabel 5. Arendusuuringu disainiprotsessi etapid võrdluses teiste mudelitega

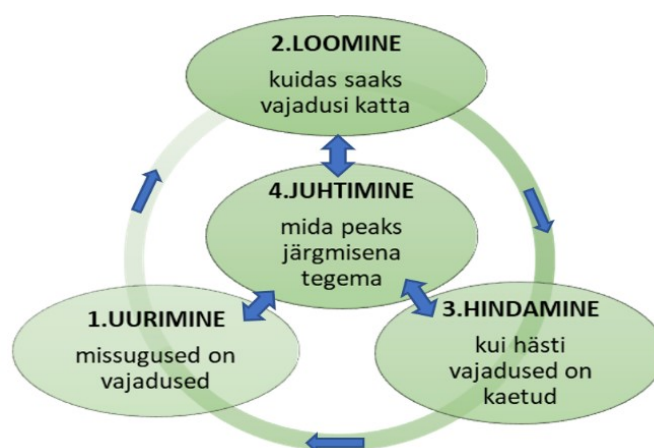
Duncan & Breslin (2009)	Clarkson (2011) Waller et al (2015)		IDEO	Brown ja Wyatt (2010)	Arendusuuringu etapid:
Raamistamine	Uurimine	Juhtimine	Mõistmine ja jälgimine	Inspiratsioon	Mõistmine
Uurimine					
Disainimine ja arendamine	Loomine		Visualiseerimine ja täiustamine	Ideatsioon	Loomine
	Testimine				Testimine
Rakendamine	Juhtimine	Rakendamine	Rakendamine	Rakendamine	

Allikas: autori koostatud Duncan *et al.*, 2009, Waller *et al.*, 2015, IDEO, Brown *et al.*, 2010 alusel.

Duncan ja Breslin (2009) poolt kirjeldatud SPARC (*see/plan/act/refine/communicate*) 4-etapiline mudel sisaldab inimesekeskse disaini meetodeid ning on olnud kasutusel komplekssete tervishoiuvaldkonna probleemide lahendamisel. Protsess algab raamistamise etapiga, järgneb uurimise-, disainimise- ja arendamise etapp ning viimaks etapiks on rakendamine. Iga projekt algab teema raamistamisega, et luua selge arusaam

küsimusest ja selle seosest praktilise kogemusega ning tuua kokku erinevad huvirühmad ühiste suundade ja tegevuskava elluviimiseks. Disainimise ja arendamise etapi eesmärk on luua võimalikult kompleksseid ja multi-süsteemseid lahendusi. Selles etapis on oluline organisatsiooni koostöö ja pühendumine, et testida uusi lahendusi reaalses keskkonnas. Rakendamise etapp ei ole täpselt määratletud ning sõltub konkreetsest projektist, nt vajadusel jätkab disainer konsultandi rollis, et toetada elluviimist ja otsuseid organisatsiooni juhtimise igal tasandil (*Ibid.*, 2009, lk 15-16). Toodud käsitlusest on autori hinnangul oluline üle võtta huvirühmadega koostöös teema raamistamine ja suundade kokkuleppimine disainiprotsessi alguses, samuti lahenduste otsimisel multi-süsteemne lähenemine, seotult inimeste, protsesside ja keskkonnaga. Oluline on tellija ja teiste huvirühmade pidev koostöö ja tagasiside uute ideede ja lahenduste väljatöötamisel.

Waller *et al.* (2015) kaasava teenusedisaini protsessi kontseptsioon hõlmab nelja põhitegevuste etappi, mis igaüks vastab ühele disainikontseptsiooni fundamentaalsele küsimusele, vt joonis 4. Uurimise etapis otsitakse vastust küsimusele - missugused on vajadused, loomise etapis küsimusele - kuidas saaks vajadusi katta, hindamise etapis – kui hästi vajadused on kaetud ning juhtimise etapis - mida järgmisena ette võtta, kus viimane, juhtimise etapp on seotud kõigi teiste etappide juhtimise ja koordineerimisega (Waller *et al.*, 2015, lk 301).

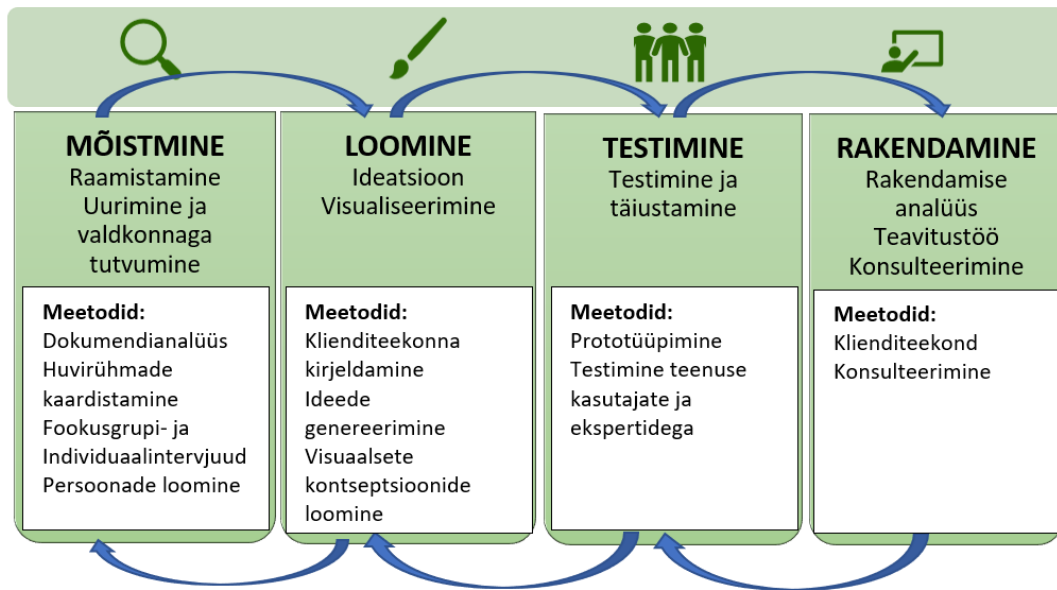


Joonis 4. Disainiprotsessi tsüklilised tegevused ja põhiküsimused. Allikas: autori koostatud Waller *et al.*, 2015 alusel.

Protsessi etappide nimetused on sarnased teiste mudelitega, kuid keskendutakse disaini tervikkontseptsioonile, milles rõhutatakse tihedat kordust ja varajases staadiumis testimist. Fookus on kaasaval disainil, et mõista teenuse kasutajate ja äri vajaduste mitmekesisust, rakendada neid teadmisi osapoolte paremaks informeerimiseks disainiotsustest ning hinnata prototüüpide tööversioone päris kasutajatega enne lõplike otsuste tegemist (Waller *et al.*, 2015, lk 301). Toodud disainiprotsessi käsitlest on oluline töö autori arvates kasutada disainiprotsessi põhiküsimusi, mis seostuvad ka käesoleva töö uurimisküsimustega. Psüühikahäirega inimeste vajaduste mõistmine on kriitilise tähtsusega, samuti varjases etapis, enne lõplike otsuste tegemist prototüüpide tööversioonide testimine ja korduv hindamine.

IDEO Service Design division poolt loodud mudel on jagatud 3-ks etapiks: mõista ja jälgi, visualiseeri ja täiusta ning rakenda (Moriz, 2005, lk 116). Esimene etapp loob inimeste, äri ja tehnoloogia jälgimise ja mõistmise kaudu strateegilise raamistikku, mis põhineb teadmisel, mida inimesed tahavad, mis on võimalik ja kuidas tehnoloogia saab seda toetada. Teine etapp sisaldab korduse printsiipi, kus lõpliku kontseptsiooni loomiseks kasutatakse korduvat ideede genereerimist ja edasiarendamist, prototüüpimist ja testimist, mis toetub esimese etapi strateegilisele raamistikule ja teadmisele. Kolmandas, rakendamise etapis tõlgendatakse lõplik kontseptsioon tooteks, teenuseks ja ruumiks (Idea., 2005, lk 116). Brown ja Wyatt (2010) vaatlevad disainimõtlemise protsessi pigem kui omavahel kattuvate ruumide süsteemi (*spaces*), milleks on inspiratsioon, ideatsioon ja rakendamine. Inspiratsiooni all nähakse probleemi või võimalust, mis motiveerib lahendust leidma, ideatsiooni protsessi all ideede genereerimist, arendamist ja testimist ning rakendamise protsessi kui teerada, mis viib projektitasandilt inimeste reaalsete eludeni (Brown & Wyatt, 2010). Autorid kasutavad ruumi mõistet, kuna need protsessi osad ei ole alati etapilises järjestuses ning disainimeeskond võib korduvalt minna tagasi inspiratsiooni, ideatsiooni või rakendamise etappi, kui arendatakse edasi ideid ja uuritakse uusi suundi. Korduv ideede genereerimine ja edasiarendamine, samuti ruumi mõiste ja käsitus on tööautori hinnagul kasulik ka psüühikahäirega inimeste teenusedisaini protsessi kujundamisel, kus ideed ja lahendused vajavad korduvalt arutelusid ja testimisi ning vajadus võib olla minna tagasi eelnevatesse etappidesse.

Eeltoodud autorite mudelite alusel on töö autor koostanud disainiprotsessi tsüklilise mudeli, milles kajastuvad protsessi etapid ning valitud meetodid (vt Joonis 5, lk 37). Meetodite valiku kujunemisest annab ülevaate käesoleva töö Lisa 1, mis sisaldab 3 autori, Waller *et al.*, (2015), Moriz (2005), Brown ja Wyatt (2010) käsitlust eri meetodite ja tööriistade kasutamisest ning arendusuuringuks valitud meetodite loetelu.



Joonis 5. Arendusuuringu disainiprotsessi tsükliline mudel ja meetodid. Allikas: autori koostatud Duncan *et al.*, 2009, Clarkson 2011, Waller *et al.*, 2015, IDEO, Brown *et al.*, 2010, Waller *et al.*, 2015 alusel.

Teenusedisaini protsessi erinevatel etappidel kasutatakse erinevaid meetodeid, mille valik sõltub disainiprojekti eesmärgist, sihtgrupist, ressurssidest jm teguritest. Teenusedisain rõhutab teenuste arendamise erinevust tootmisest ning rakendab seetõttu erinevaid arendamise viise ja tööriistu, nagu huvirühmade kaasamine, pidev ümber mõtestamine, multidistsiplinaarne koostöö, võimekuse suurendamine ja püsiva muutuse loomine (Saco & Goncalves, 2008, lk 10). Teenusedisaini protsess ja meetodid keskenduvad teenuse kasutaja paremale mõistmisele, loovusele, visuaalsele mõtlemisele ning koos-loomisele ning annavad võimaluse uuendada kasutajale suunatud teenuse kontseptsioone (Miettinen *et al.*, 2012, lk 2 ja lk 3).

Vaimse tervise valdkonna teenuste disainimisel on oluline kasutada inimesekeskset disaini ja keskenduda teenuse kasutajate vajadustele, oluline on teadlikult valitud meetodid ja oskus vajadusi uurida ning mõista. Inimesekeskne disain (*Human-centered design*) on van der Bijl-Brouwer (2017) järgi „meetodite ja põhimõtete rühm, mille eesmärk on inimestele kasulike, kasutatavate, meeldivate ja tähenduslike toodete või teenuste disainimine“. Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna keerukusele viidates rõhuvad Duncan ja Breslin (2009) vajadust rohkem tähelepanu pöörata ning sügavamalt mõista kliendi vajadusi ning uuendada teenuseid neile tuginevalt. Teenusedisaini kontekstis on oluline oskus mõista empaatiliselt teenuse kasutajaid ja nende potentsiaalset vajadusi suheldes teenuse kasutajatega (sh potentsiaalsete kasutajatega), kasutades erinevaid tööriistu, nagu dialoog juhtivate teenuse kasutajatega, ühine eksperimenteerimine ja prototüüpimine, kliendi profiilid ja kliendigruppide trendide analüüs, hetke teenuste kasutamise ja aruandluse analüüs (den Hertog *et al.*, 2010, lk 499). Inimesekesksetes disainis kasutatavad meetodid keskenduvad nii füüsilistele kui kognitiivsetele vajadustele ning järjest enam ka emotsionaalsetele vajadustele ning kasutaja kogemusele (van der Bijl-Brouwer, 2017). Need on meetodid, mis aitavad mõista ja rakendada teadmisi inimeste käitumisest ja koostoimest keskkonnaga, luua teenuseid, mis vastavad inimeste soovidele ja vajadustele (van der Bijl-Brouwer, 2017). Kliendivajaduste paremaks mõistmiseks on autori hinnangul oluline kasutada erinevaid tööriistu. Kuna psüühikahäire mõju ja toimetulek on inimestel väga erinev, on vajalik kasutada piisavalt mitmekesiste ja eri tasemel toetusvajadusega kliendi profiile, samuti vaadata vajadusi laiemalt elukvaliteedi erinevates valdkondades. Arvestama peab psüühikahäirega inimeste kognitiivsete ja emotsionaalsete piirangute nii teenusedisaini protsessis teenuse kasutajaid kaasates kui ka loodavates lahendustes.

Järgnevalt on kirjeldatud disainiprotsessi meetodeid ja nende kasutamist arendusuu- ringu etappide lõikes. Mõistmise etapis toimub teema raamistamine, probleemi uurimine ja ja valdkonnaga tutvumine. Eesmärk on mõista teenuse tausta, teenuse kasutajaid ja -keskkonda. Mõistmise etapi fookus on andmete kogumisel vaatluste, intervjuude ja vahendatud küsitluse kaudu, et koguda ja struktureerida saadud andmeid viisil, mis on arusaadav eri osapooltele, sh teenuse tellijale ja kasutajale (Duncan & Breslin, 2009). Huvirühmade kaardistamine on tavapärane esimene samm teenusega seotud eri osapoolte huvide ja rolli määratlemiseks (Stickdorn & Schneider, 2012, lk 225). Moriz

(2005) nimetab huvirühmaks „organisatsiooniga seest- või väljastpoolt seotud inimesi, kellega peab arvestama ja keda kaasama, kuna nad on teenusest huvitatud või saavad teenust mõjutada“. Huvirühmade kaart laiendab teenuse konteksti ja võimaldab analüüsida, kuidas eri osapooled mõjutavad teenuse osutamist, mis on eri huvipoolte tegevuse kasu ja mõju kliendile ning teenuse kvaliteedile (Stickdorn & Schneider, 2012, lk 255).

Persoon on teenuse kasutaja fiktiivne profiil, mis esindab mingit kindlat, ühiste huvidega inimeste gruppi (Stickdorn & Schneider, 2012, lk 178), väljendades nende käitumist ja motivatsiooni, eesmärgi ja vajadusi (Junior & Filgueiras, 2005, lk 277). Persoon on loodud tavaliselt kasutajate uuringu põhjal ning väljendab karakterit, millega klient ja disainimeeskond saavad suhestuda (Stickdorn *et al.*, 2012, lk 178).

Loomise etapi eesmärk on genereerida ja visualiseerida uusi ideid, et võrrelda erinevaid kontseptsioone ja leida parimat väärtust loov lahendus. Tavapärase meetod loomise etapis on klienditeekonna kaardistamine, mis kirjeldab piisavalt detailselt kliendi teekonda, et seda ellu viia. Klienditeekond on algselt turunduse valdkonnas kasutusel olnud uurimismeetod, et aidata äri ettevõtetel mõista teenuse kasutaja motivatsiooni ja käitumist (Moriz, 2005). Viimasel ajal kasutatakse seda edukalt ka avalike teenuste arendamisel, et mõista kodanike kogemust, parandada avalike teenuste kvaliteeti ja leida viise tavakodanike poliitikasse kaasamiseks (den Hertog *et al.*, 2010). See on meetod et uurida kvalitatiivseid teenuse kogemuse komponente, määratleda teenuse sisulisi protsesse, võimalikke raskuste kohti ning eri etappidele kuluvat aega (Moriz, 2005). Loomise etapis toimub ka ideede genereerimine ja uute visuaalsete kontseptsioonide loomine. Teenuse kontseptualiseerimine on midagi rohkemat kui vaid teenuse detailne ja visuaalne kirjeldamine, see võib sisaldada uue teenuse seost organisatsiooni strateegia ja sihtrühmaga, kliendiga suhtlemise viise, teenuse pakkumisega seotud organisatsioone ja partnereid, hinnakujunemise mudelit jms (den Hertog *et al.*, 2010). Teenuse uuendused kujutavad endast peamiselt uusi, mittemateriaalseid ideid teenuse pakkumisel, aga ka uute ja vanade ideede kombinatsiooni, mis koos loovad uue väärtuspakkumise kliendile (*Idea.*, 2010).

Testimise etapi eesmärk on testida eelmises etapis loodud lahendust reaalses keskkonnas ning täiustada seda testimisel kogutud infoga. Testimise etapi alguses toimub tavapäraselt uue teenuslahenduse prototüübi koostamine. Prototüüpimine on üks teenusedisaini põhimeetoditest, mille eesmärk on nii hinnata pakutud lahendust, kui tutvustada uusi ideid ja küsida tagasisidet praktikutelt (Duncan & Breslin, 2009). Prototüüp on teenuse pakkuja ja kasutaja prognoositava kogemuse simulatsioon, mis sisaldab kõiki teenuse kokkupuute punkte ja võimaldab disainimeeskonnal saada heakskiit olemasolevale või tuleviku olukorrale (Moriz, 2005). Prototüüpimine võimaldab konkretiliseerida ideed, esitleda teenust, selle tehnoloogiat ning osapoolte koostööd, samuti õppida idee tugevustest ja nõrkustest, määratleda uut suunda ja vajalikku arendust (Miettinen *et al.*, 2012, lk 4). Rakendamise etapi eesmärk on toetada uue lahenduse praktikas elluviimist läbi täpsemate juhiste, ressursside analüüsi, teavitustöö ja nõustamise kaudu. Meetoditest kasutatakse sageli protsessi täpsustamiseks eelpool kirjeldatud klienditeekonda.

Psüühikahäirega inimeste teenuste arendamisel on autori hinnangul igas disainiprotsessi etapis oluline eri huvirühmade kaasamine, koostöö ja koos loomine. Kaasava disaini (*inclusive design*) eesmärk on teenuse kasutajate mitmekesisuse mõistmine, et paremini rahuldada teenuse kasutajate vajadusi, jõuda laiemale turule ja juhtida organisastiooni edukust (Waller *et al.*, 2015, lk 297). Kaasav disain toetub väitele, et ideed on kõige võimsamad, kui need on arendatud seestpoolt väljapoole ning teenuse kasutajaid nähakse kui kaas-loojaid probleemide lahendamisel (Clune & Lockrey, 2014). Kui teenuse tellija ja lõpp-kasutaja osalevad disainiprotsessis, saavad tekkida transformatiivsed teenuse uuendused (Duncan & Breslin, 2009, lk 18), uued ideed, teenuse vajadused ning erinevad viisid tehnoloogia kasutamisel (Miettinen *et al.*, 2012, lk 3). Tähtis on mitte ainult keskenduda teenuse kasutajale, vaid kutsuda kokku erinevad huvirühmad, et luua väärtust koos nendega ning kaasava disaini protsessis tegutsevad disainerid muuhulgas ka kui huvirühmade koordineerijad (Miettinen *et al.*, 2012, lk 2). Autori hinnangul on eri huvirühmade kaasamine eri etappides kriitilise tähtsusega. Võimalus on kaasata taastumisprotsessi läbi teinud teenuse kasutajaid, pereliikmeid ja/või esindusorganisatsioone, teenuse osutajaid, rahastajat ja korraldajad, koostööpartnereid jt.

Alapeatüki kokkuvõtteks võib öelda, et teenusedisain on sobiv lähenemine keeruliste sotsiaalsete probleemidega tegelemiseks ning eri valdkondi ja teenussüsteeme haaravate teenuste arendamisel. Keerulistes ning mitmetahulisi probleeme hõlmavates disaini töödes, nagu seda on ka käesolev töö, on autori hinnangul oluline kasutada disainiprotsessis erinevaid strateegiaid ja meetodeid ning mõjutada tulemusega eri tasandeid, nii teenuse ja kasutajakogemuse, kui protsessi ja süsteemi ning poliitika tasandeid. Inimesekeskne disain võimaldab keskenduda empaatiliselt teenusekasutaja erinevatele vajadustele ja kasutajakogemusele ning disainida psüühikahäirega inimese spetsiifikat arvestav teenuste kontseptsioon. Eri huvirühmade kaasamine on eri disainiprotsessi etappides kriitilise tähtsusega, sh teenuse kasutajate ja perede või nende esindajate kaasamine.

2 PSÜÜHIKAHÄIREGA INIMESTE SIHTGRUPILE TOETAVATE TEENUSTE KONTSEPTSIOONI LOOMINE

2.1 Ülevaade psüühikahäirega inimestele suunatud sotsiaalteenustest Eestis

Käesolevas alapeatükis antakse ülevaate psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste korraldusest ning abi võimalusest Eestis, erihoolekandeteenuste süsteemist ja teenuse kasutamisest, samuti viimase 15. aasta muutustest ja arengutest teenussüsteemis. Lisaks on toodud ülevaade disainiprojekti ellu viinud ettevõtte, OÜ Trinidad Wiseman tegevusest.

Puuetega inimeste arv (kehtiva puude raskusastme otsusega inimesed) Eestis 2016.aasat lõpu seisuga oli 146 443, mis kasvab aasta-aastalt. 2010. aasta alguses oli puuetega inimeste arv 120, 4 tuhat, mis 2016 aasta lõpuks oli võrreldes 2010.aastaga kasvanud 21,6%. Tööealistest (16–64aastastel) puuetega inimestest on suurima kasvu andnud just psüühika- ja käitumishäired, kus võrreldes 2010. aastaga on lisandunud 8735 inimest (Kreitzberg, 2017). Psüühikahäire on liitpuude ja liikumispuude kõrval kolmas kõige sagedamini esinev puude liik. 2017.aasta 1.jaanuari seisuga oli kehtiva puude raskusastmega psüühikahäirega isikuid 23 769, mis teeb 16% kõigist puuetega inimestest. Kogu tööealisest puuetega inimeste hulgast moodustab psüühikahäire 29% (18337 inimest), kellest töötab 5150 inimest, ehk 28% (Puuetega inimeste alane statistika Eestis, 2017).

Puuetega inimeste sotsiaalteenuste korraldust Eestis reguleerib Sotsiaalhoolekandeseadus (2015). Teenuste pakkumise ja korralduse, sh rahastuse vastutus on jagunenud avaliku võimu eri tasandite vahel. Riiklikult on korraldatud abivahendite andmine, rehabilitatsiooniteenused ja psüühiliste erivajadustega inimestele mõeldud erihoolekandeteenused ning kohalikul tasandil, kohaliku omavalitsuse (KOV) poolt on korraldatud ja rahastatud puuetega inimestele mõeldud kogukonnapõhised ja koduses keskkonnas iseseisvat toimetulekut toetavad teenused.

Psüühikahäirega inimeste toetamine toimub peamiselt erihoolekandeteenuste kaudu ning vähemal määral ka sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kaudu. KOV sotsiaalteenuste kasutamine on vähene, kuna ollakse harjunud, et psüühikahäirega inimeste toetamine toimub läbi riiklikult rahastatud ja korraldatud teenuste. Lisaks sotsiaalvaldkonnale pakuvad psüühikahäirega inimestele tuge ja teenuseid ka teised sektorid, nagu nt tööhõive- ja tervishoiuvaldkond. Töötukassa kaudu toimub töö valdkonna toetamine ning pakutakse töölesaamist toetavaid teenuseid, sh tööalase rehabilitatsiooni teenust. Tulenevalt psüühikahäirest vajab inimene järjepidevat toetust ka tervishoiusüsteemilt.

Erihoolekandeteenuste osutamist ja korraldust reguleerib Sotsiaalhoolekande seadus (2015). Erihoolekandeteenused on sotsiaalteenused, mis on suunatud raske, sügava või püsiva kuluga psüühilise erivajadusega täisealistele isikutele (va vanaduspensioniealised dementsuse diagnoosi ja põhidiagnoosiga alkoholisõltlased), kes oma tervislikust seisundist tulenevate tegevusvõime piirangute, vaimse võimekuse või muude toimetulekuraskuste tõttu vajavad toetust igapäevaelus osalemiseks ning igapäevaeluga toimetulekul teistega võrdsetel alustel. Teenuse eesmärk on inimese iseseisva toimetuleku arendamine ja tegevuste juhendamine (Sotsiaalhoolekandeseadus, 2015). (Sotsiaalhoolekandeseadus, 2015)

Erihoolekandeteenused loodi ja viidi seadusandlusesse 2002. aastal, mille eesmärgiks oli seni hooldekodudes elavatele psüühilise erivajadusega inimestele pakkuda vajadusepõhisemat ja individuaalsemat teenust ning samuti toetada toetavate teenuste arendamist ja pakkumist. Kuni selle ajani osutati kõikidele hooldekodudes elavatele inimestele ühte ja sama – institutsionaalset (ööpäevaringset) teenust ning toetavaid teenuseid arendati ja rahastati KOV poolt või projektipõhiselt. Sotsiaalhoolekande seadus (2015) kirjeldab 5 erihoolekandeteenust. 4 kogukonnapõhist-, ehk inimest tema kodus ja kogukonnas toetavat teenust (igapäevaelu toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus ja töötamise toetamise teenus) ning institutsionaalne (ööpäevaringne) erihooldusteenus, mis jaguneb omakorda neljaks teenuse liigiks lähtuvalt teenuse kasutajate psüühikahäire seisundist, hooldusvajadusest ning ohtlikkusest (ööpäevaringne erihooldusteenus, teenus ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega inimestele, teenus sügava liitpuudega inimestele ning teenus kohtumääruse alusel teenusele paigutatud inimesele).

Erihoolekandeteenustest, eesmärkidest ja maksumusest annab ülevaate allolev tabel 6.

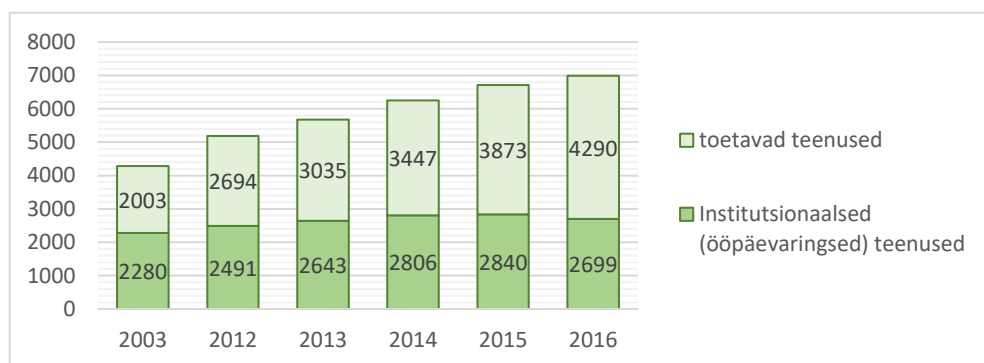
Tabel 6. Erihoolekandeteenused, nende eesmärgid ja hind (koha maksumus kuus)

Teenus	Teenuse eesmärk ja sisu	Teenuse hind
Kogukonnapõhised toetavad erihoolekandeteenused		
1. Igapäevaelu toetamise teenus	Inimese parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng läbi psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute nõustamise kaudu.	114€
2. Töötamise toetamise teenus	Juhendada ja nõustada isikut tema iseseisva toimetuleku toetamiseks ja elukvaliteedi parandamiseks võimetele sobiva töö otsimise ning töötamise ajal.	94€
3. Toetatud elamise teenus	Inimese sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine koos juhendamisega majapidamise ja igapäevaelu korraldamises, et tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisvalt elades.	177€
4. Kogukonnas elamise teenus	Inimese põhivajaduste rahuldamiseks ja arenguks soodsa peresarnase elukorralduse loomine koos majutuse ja toitlustamisega, eesmärgiga suurendada isiku iseseisvat toimetulekuvõimet ja arendada oskusi igapäevase elu tegevuste korraldamises ühistes tegevustes osalemise kaudu.	329€
Institutsionaalsed erihoolekandeteenused ja nende eesmärgid on:		
5. Ööpäevaringne erihooldusteenus	Inimese ööpäevaringne hooldamine ja arendamine koos majutuse ja toitlustamisega eesmärgiga tagada teenusel viibiva isiku iseseisva toimetulekuvõime säilimine ja suurenemine ning isiku arendamine ja turvaline elukeskkond teenuse osutaja territooriumil. Teenus jaguneb neljaks alaliigiks vastavalt isiku tervislikule seisundile, hooldusvajaduse suurusele ning hinnangule tema ohtlikkusele enda või teiste suhtes, sh:	495€
	5.1 Ööpäevaringne erihooldusteenus ebastabiilse remissiooniga raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega isikule (teenusele suunamine rehabilitatsiooniplaani alusel);	730€
	5.2 Ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega isikutele (isik, kelle on raske või sügav vaimne alaareng ja lisaks muu anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mille alusel on määratud puue) (teenusele suunamine rehabilitatsiooniplaani alusel);	730€
	5.3 Ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega teenusele paigutatud isikutele (teenusele suunamine kohtumääruse alusel ja teenuse kasutamine on kohustuslik).	909€

Allikas: autori koostatud Sotsiaalhoolekandeseaduse alusel

Erihoolekandeteenuste osutamine on korraldatud Eestis riiklikul tasandil. Teenuste tagamise ja rahastamise rolli täidab Sotsiaalkindlustusamet, kes on Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus. Lisaks teenuste tagamisele ja rahastamisele on Ametil oluline roll analüüsida ja teha ettepanekuid teenuste paremaks korraldamiseks, teenuste kvaliteedi ja sisu arendamiseks. Erihoolekandeteenust rahastatakse teenuseosutaja ja Sotsiaalkindlustusameti vahel sõlmitud halduslepingu, teenuseosutaja esitatud arvete ning isikule väljastatud suunamisotsuse alusel. Teenusele jõudmise ja osutamise protsessi kirjeldab käesoleva töö Lisa 2.

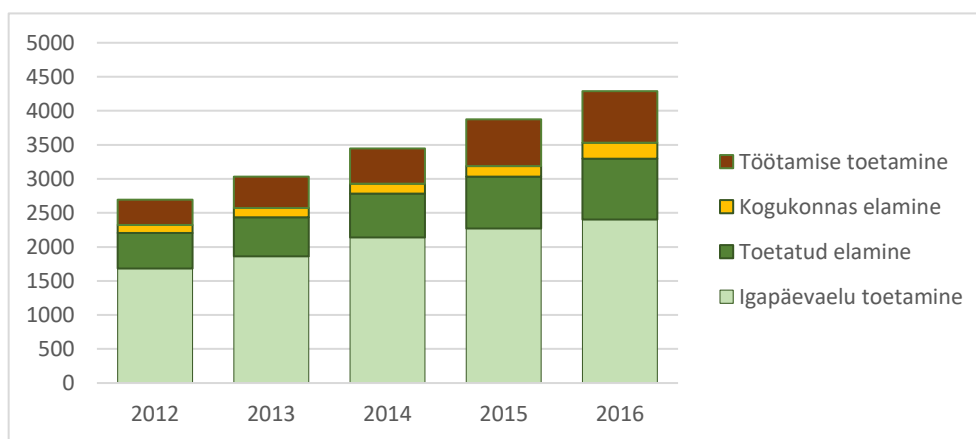
Sotsiaalministeeriumi andmetel osutati 2016. aasta lõpu seisuga erihoolekandeteenused kokku 6989 inimesele, kellest 34% olid intellektipuudega, 50% psüühikahäirega, 14% liitpuudega (psüühikahäire ja muu funktsioonihäire) ning 2%-l oli puue määramata. Teenuse kasutajate arv on võrreldes 2003.aastaga kasvanud 39%, suurim kasv on toimunud toetavate teenuste arvelt (53%), vt joonis 6.



Joonis 6. Erihoolekandeteenuste kasutajate arv institutsionaalsete- ja toetavate teenuste lõikes aastatel 2012-2016, Eestis. Allikas: Sotsiaalministeerium.

Jooniselt 6 on näha, et institutsionaalsete ja toetavate teenuste suhe on aastatega järjest enam muutunud toetavate teenuste kasuks. 2003. aastal, mis oli riiklike teenuste finantseerimise algus, pakuti ööpäevaringsed teenuseid 53% ulatuses kogu teenuste mahust ning toetavaid teenuseid 47%. Aastatega on suhe muutunud toetavate teenuste kasuks ning 2016.aasta lõpuks moodustasid ööpäevaringsed erihoolekandeteenused juba vaid 39% kõikidest täidetud teenuskohtadest ning kogukonnapõhised erihoolekandeteenused 61 %.

Toetavate teenuste kasutajate arv on kasvanud ajavahemikus 2012–2016 keskmiselt 400 kasutaja võrra aastas. Toetavatest teenustest on enim suurenenud igapäevaelu toetamise teenuse saajate arv (keskmiselt 180 inimest/aastas), järgneb töötamise toetamise teenuse saajate arv (100 inimest/aastas) ning toetatud elamise teenuse saajate arv (90 inimest/aastas). Kõige väiksem on kogukonnas elamise teenuse saajate keskmise kasv aastas (30 inimest). Allolev joonis 7 näitab toetavate teenuste kasutajate arvu kasvu teenuste liigiti ajavahemikul 2012-2016.



Joonis 7. Toetavate erihoolekandeteenuste kasutajate arv teenuste liigiti, 2012-2016, Eestis. Allikas: Sotsiaalministeerium.

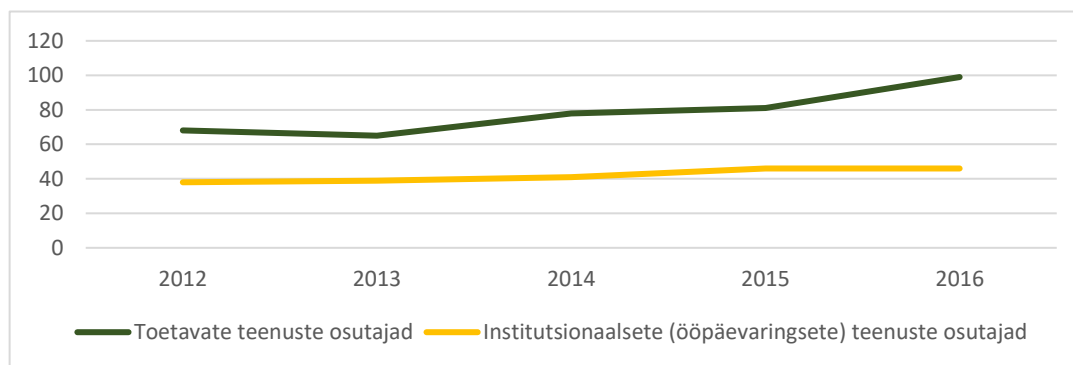
Ööpäevaringsete teenuste kasutajate koguarv on kasvanud ajavahemikul 2012–2015 keskmiselt 116 saaja võrra aastas, kuid langes 2016. aastal umbes 140 inimese võrra, peamiselt ööpäevaringse erihooldusteenuse arvelt (130 inimest).

Ööpäevaringsete ja toetavate teenuste suhte muutus ning toetavate teenuste kasv on seotud erihoolekande valdkonna poliitika ja arengutega, kus suund on deinstitutionaliseerimisele ning inimese toetamisele tema enda kodus ja kogukonnas. Eesti paigutus 2005. aastal institutsioonides elava elanikkonna osakaalu alusel Euroopa 28 riigi seas esimesele kohale. Institutsionaalsete hooldusteenuse kohtade arv ei olnud Eestis kuni 2016.aastani vähenenud, vaid pigem olnud väikeses tõus.

Sotsiaalkindlustusameti, 2016 teostatud ööpäevaringse erihooldusteenuse kasutajate toetusvajaduse analüüs tõi välja, et ööpäevaringisel teenusel on 20% inimesi, kelle teenuse kasutamine ei tulene ööpäevaringsest abi vajadusest, vaid elukoha puudusest

või toetavate teenuste vähesest kättesaadavusest ning kes oleksid suutelised elama väiksema toetusega kogukonnapõhisel teenusel. Kogukonnas elamise teenuse kasv ja ööpäevaringse erihooldusteenuse kahanemine 2016. aastal peegeldab samuti valdkonna poliitiliste suundade elluviimist, kus järjepidevalt toimub ööpäevaringsel teenusel elavate teenuse kasutajate vajaduste ümberhindamine ning vähem toetust vajavad inimesed suunatakse ümber väiksema toetusega teenustele, esimese sammuna sageli just kogukonnas elamise teenusele, mida viimastel aastatel on hakatud ka rohkem pakkuma.

Erihoolekandeteenuste osutajate arv on kasvanud võrreldes 2012. aastaga 39 asutuse võrra. 2012. aastal osutas teenust 106 asutust ning 2016. aastal 145 asutust ning peamine kasv on toimunud toetavate teenuste osutajate arvelt, mida näitab ka allolev joonis 8.



Joonis 8. Erihoolekandeteenust osutavate asutuste arv, 2012-2016, Eestis. Allikas: Sotsiaalministeerium.

Kõige rohkem oli 2016.aastal erihoolekandeteenuste osutajaid Harjumaal, sh Tallinn (28 asutust) ning Pärnumaal (23 asutust). Kõige rohkem oli 2016. aastal ööpäevaringsete erihooldusteenuste osutajaid Valgamaal ning Ida-Virumaal (mõlemas 6 asutust).

Tööealiste inimeste rehabilitatsiooniteenus jaguneb tööalaseks- ja sotsiaalseks rehabilitatsiooniks. Tööalase rehabilitatsiooni teenuse (TRT) vajadust hindab ja selle osutamist korraldab Eesti Töötukassa ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust Sotsiaalkindlustusamet. TRT on suunatud tööealistele, vähenenud töövõimega inimestele, kellel

on puue või tuvastatud osaline töövõime või töövõime kaotuse protsent või invaliidisusgrupp (Sotsiaalkindlustusamet). Töölase rehabilitatsiooni teenust võivad saada tööealised inimesed, kes on töövaldkonnas aktiivsed – töötavad, õpivad või on töötuna arvel Töötukassas. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus on suunatud puuduva või osalise töövõimega inimestele, kes ei ole töövaldkonnas aktiivsed.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust ja töölase rehabilitatsiooni teenust ei osutata samaaegselt ning inimene saab valida, kas kasutada õigust töölasele või sotsiaalsele rehabilitatsioonile. Psüühikahäirega inimese aastalimiit sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames on 2325 eurot kalendriaasta kohta, mis on pea 4,8 korda suurem, kui teistel puude liikidel. Eri teenuste statistiliste andmete kogumisel on erinevad aluspõhimõtted ning puudub täpne ülevaade, kui paljud erihoolekandeteenuste kasutajatest kasutasid samal ajal ka teisi toimetulekut taastavaid või toetavaid sotsiaalteenuseid, kuid kaudsete andmete alusel kasutas 2015. aasta jooksul rehabilitatsiooniteenuseid umbes 8% institutsionaalsetel erihoolekandeteenustel olevatest isikutest ja umbes 35% toetavate teenuste kasutajatest.

KOV-i roll psüühikahäirega inimeste toetamisel on Sotsiaalhoolekandeseaduses (2015) kirjeldatud üldise, kõigile abivajajatele laieneva kohustusena aidata oma piirkonna abivajajat. KOV selgitab välja abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi. Sotsiaalhoolekandeseadus (2015) toob välja, et abivajaduse väljaselgitamisel lähtutakse terviklikust lähenemisest isiku abivajadusele, võttes arvesse tema toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid, sh isiku personaalse tegevusvõimega seonduvaid asjaolusid ning isiku füüsilise ja sotsiaalse elukeskkonnaga seonduvaid asjaolusid. Seaduse alusel on KOV esmase märkaja, toetaja ja abiandja roll.

Euroopa ühiselt kokkulepitud suundumus ja Eesti erihoolekande arengukava 2014-2020 üks eesmärke on toetada erihoolekandeteenuste osutamist kogukonnas ja lähtuda teenuste arendamisel deinstitutionaliseerimise põhimõtetest. Erihoolekandeteenuste korraldamisel ja valdkonna arendamisel on aluseks Erihoolekande arengukava aastateks 2014-2020, mis toetub ÜRO Puuetega inimeste õiguste konventsioonile ning EL deinstitutionaliseerimise protsessi suunistele. Erihoolekande arengukavas toodud ül-

deesmärk on tagada psüühilise erivajadusega täisealiste inimestele võrdsed võimalused eneseteostuseks ning kvaliteetsed ja deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivad erihoolekandeteenused. Üldeesmärgi indikaatoriks on seatud iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse kohtade suhtarvu suurenemine, mida kajastab ka allolev tabel 7.

Tabel 7. Üldeesmärgi indikaator

Indikaator	Baastase 2014	Sihttase 2017	Sihttase 2020
Iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste ja ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse kohtade suhtarv erihoolekandes	1,1	1,5	2,5

Allikas: Erihoolekande arengukava

Üldeesmärgi saavutamise tulemusel suureneb toetavate teenuste kohtade arv võrreldes ööpäevaringse hooldusteenusega üle kahe korra, mis võimaldab ennetada isikute vajadust institutsionaalse teenuse järele ning toetab deinstitutionaliseerimise põhimõtteid. Oluline on välja tuua, et Erihoolekandestrategias, aastal 2014 kavandatud 2017. aasta sihttase (1,5) on eelnevat statistikat vaadates peaaegu täidetud – 2016.aasta lõpu seisuga oli iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste ja institutsionaalse hooldusteenuse kohtade suhtarv 1,6. Erihoolekande strateegia prioriteetseteks suundadeks on toetada psüühilise erivajadusega inimeste tööhõivet, kutse- ja elukestvas õppes osalemist ning sotsiaalset aktiivsust, korraldada erihoolekandeteenused ümber deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivateks ning parandada teenuste kvaliteeti ja teenusepakkujate pädevust. Regionaalarengu Fondi toel kavandatakse aastatel 2014–2023 reorganiseerida suured ehk üle 30-kohalised ööpäevaringsed teenusekohad, soetada eluruume isikutele kogukonnas elamiseks ning toetada suunda kogukonnapõhiste teenuste eelisarendamisele, et ennetada institutsionaalset hooldust. Eraldi meede on suunatud erihoolekandeteenuste isikukeskseks kujundamisele, mille eesmärk on kujundada teenused teenuse kasutajate ja perede vajadustest lähtuvateks. Meetme kaudu soovitakse ümber kujundada erihoolekandeteenuste ülesehitus ning muuta paindlikumaks teenuste kasutamine ja teenuste korraldus.

Järgnevalt annab töö auto lühiülevaate disainiprojekti lähteülesandest ja projekti teostajast, Trinidad Consulting OÜ, kelle meeskonnas autor disainiprojekti toimumise ajal töötas. Magistritöö on seotud Sotsiaalministeeriumi tellitud riigihankega: „Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks“. Hanke esemeks oli teenuse disain erihoolekandeteenuste ja –süsteemi arendamiseks ja ümberkujundamiseks psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist ning teenusesüsteemi efektiivsemaks ja paindlikumaks korraldamiseks. Projekt oli rahastatud Euroopa Sotsiaalfondi meetmest: „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“ tegevuse 2.2.1 „Eakatele, erivajadustega ja toimetulekuraskustega inimestele ning nende pereliikmetele töölesaamist toetavad hoolekandeteenused”.

Lähteülesanne sisaldas järgmist visiooni, ehk soovitud töö tulemuse kirjeldust: „Psüühilise erivajadusega inimestele osutatavad abimeetmed lähtuvad deinstitutionaliseerimise põhimõtetest, toetades inimesele vajaliku kõrvalabi osutamist säilitades või luues seosed kogukonnaga. Uued lahendused võimaldavad inimesel olla kaasatud ja iseseisvalt langetada valikuid toimetulekuks vajalike abimeetmete ja teiste kogukonnapõhiste teenuste kasutamisel“. Lähteülesandes toodud projekti eesmärgid ning oodatud töö tulemust kirjeldab allolev tabel 8.

Tabel 8. Disainiprojekti eesmärgid ja oodatav tulemus

Projekti eesmärgid	Oodatud tulemuse kirjeldus
Paindlikkus ja efektiivsus	Isiku vajadustele vastavaid toimetulekut toetavaid tegevusi ja teenuse sisukomponente on võimalik paindlikult kokku panna erinevates kombinatsioonides ja muuta vastavalt inimese võimekuse ja abivajaduse muutustele ning teenuse korraldamise ja osutamise protsess on efektiivne ja lihtne hallata
Isikukesksus	Uued lahendused on isikukesksed ja nende osutamise protsess on kasutajasõbralik, paindlik ja võimalikult efektiivne.
Iseseisvus ja kaasatus	Disainitud teenused ja teenuse süsteemi lahendused vastavad sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele, säilitavad ja arendavad kasutajate toimetulekuoskusi võimalikult iseseisvaks eluks kaasatud kogukonna liikmena
Optimaalne ressursikasutus	Uute lahenduste ressursikasutus on optimaalne ja lähtub maksimaalselt olemasolevas süsteemis, sidusvaldkondades ja kogukonnas olemasolevatest ressurssidest.

Allikas: disainiprojekti hanke dokumendid

Hanke võitjaks osutus 2016.aastal Trinidad Consulting OÜ. Ettevõtte on vanim ja suurim kasutajakeskse disaini ettevõtte Eestis ja Baltikumis, kes tegutseb nii era- kui avalikus sektoris kolmes põhisuunas: kasutajakogemuse disain, ärianalüüs ning tarkvaraarendus ning tegeleb keskmiselt keerukamate teenuste ja infosüsteemide arendusega. Peamisteks töödeks ärianalüüsi- ja tarkvaraarenduste vallas on infohaldus- ja töökeskkondade arendamine, veebirakendused, veebipoed ja e-ärid, iseteeninduskeskkonnad, infokioskid, mobiiliäpid jms ning teenuse disaini töödest teenuste ümberkujundamine, milleks oli ka käesolev töö. Hanke alguseks oli Trinidad Consulting teostanud enam kui 500 analüüsi ja disaini projekti ning osalenud mitmetes Eesti sotsiaalvaldkonna teenus- ja infosüsteemide disaini- ning arendusprotsessides, sh koostöös Haigekassa, Töötukassa, Sotsiaalministeeriumi ja Sotsiaalkindlustusametiga.

Trinidad majandusnäitajad on pidevas kasvus, 2016 aasta käive oli 2,9 mln eurot. Ettevõttes töötab üle 65 inimese. Projekte viiakse ellu projektimeeskondades, mille suurus võib varieeruda vastavalt projekti ulatusele 2-5 inimeseni. Lisaks ettevõttesisesele meeskonnatööle tehakse koostööd mitmete teiste IT arendusfirmadega, nagu näiteks Tieto Estonia, Helmes ja Fujitsu ning teadusasutustega, nagu Tallinna Ülikooli ja Eesti Ettevõtluskõrgkool Mainor.

Ettevõtte tegeleb lisaks teenuse pakkumisele ka valdkonna arendamisega ning mitmete Eestis ja Baltikumis tuntud ürituste korraldamisega, nt iga-aastane konverentsi „World Usability Day Tallinn“ ning seminaride sari „EstCHI“. Trinidad on UX Fellowsi liige, mis on rahvusvaheline UX (kasutajakogemuse) agentuuride võrgustik ning mille liikmestaatus annab ettevõttele võimaluse teha uuringuid üle maailma.

Kokkuvõtteks võib öelda, et nii valdkondlikud arengusuunad, kui eri uuringutes toodud probleemid kinnitavad psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste süsteemi arendamise vajadust. Käesolev töö aitab oluliselt kaasa deinstitutionaliseerimise protsessile Eestis ning teenuste ja süsteemi muutmisele isikukesksmaks, teenuse kasutaja sõbralikumaks ning tulemuslikumaks.

2.2 Psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste kontseptsiooni loomise uuringu meetoodika, tulemused ja järeldused

Alapeatükis kirjeldatakse psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste kontseptsiooni loomiseks läbi viidud arendusuuringu läbiviimise protsessi ning meetoodikat. Esitatakse uuringu peamised tulemused ja järeldused, mis on aluseks toetavate teenuste kontseptsiooni loomisele.

Uurimus viidi läbi kombineeritud uurimusega ning andmekogumiseks kasutati nii kvantitatiivseid kui kvalitatiivseid andmeid. Kvantitatiivseid andmeid analüüsiti valdkondade statistiliste andmetel alusel ning kvalitatiivseid andmeid koguti kirjanduse läbitöötamise, intervjuude ja koosloome töötubade läbiviimise kaudu, mida analüüsiti uurimisküsimustele baseerudes teemade lõikes.

Toetava teenuste kontseptsiooni loomise protsess järgib peatükis 1.3 kirjeldatud disainiprotsessi tsüklilist mudelit, mille etappidest, kasutatud meetoditest, infoallikatest ja ajakavast annab ülevaate tabel 9, lk 52. Täpsem protsessi kirjeldus, sh oodatav tulemus ning autori roll projektmeeskonnas on kirjeldatud töö lisa 3.

Mõistmise etapi peamised eesmärgid olid teema raamistamine, valdkonnaga tutvumine ning uurimine, et vastata uurimisküsimustele: missugused on teenuse kasutajate vajadused ja kui hästi täna vajadused kaetud on. Andmete kogumiseks kasutati dokumendianalüüsi, teisestel andmetel põhinevat uuringut ning poolstruktureeritud intervjuusid. Dokumendianalüüsi käigus uuriti peamiselt valdkonda ja arengusuundi reguleerivaid rahvusvahelisi ja Eesti siseseid dokumente ning varasemaid uuringuid. Teisestel andmetel põhinev uuring toetus peamiselt Sotsiaalministeeriumi ja Sotsiaalkindlustusameti statistilistele ülevaadetele. Töö autor kaardistas huvirühmad, mille eesmärk oli määratleda psüühikahäirega inimeste toetussüsteemi peamised osapooled, nende roll ja huvi teenussüsteemis. Viidi läbi 6 fookusgrupi- ning 23 individuaalintervjuud. Grupiintervjuud toimusid augustis 2016.a. ning nende eesmärgiks oli valdkonnast parem arusaamine ning eri osapoolte ootuste selgitamine. Grupiintervjuud olid üles ehitatud huvirühmade põhisel: teenusekasutajate esindajad, teenuseosutajad, teenuste korraldajad ja rahastajad,

tervishoiuvaldkonna esindajad, kogukonna tasandi esindajad, tööhõive valdkonna esindaja. Töö autor osales grüpiintervjuudest kogutud info transkribeerimisel ning analüüsil.

Tabel 9. Psüühikahäirega inimeste sihtgrupile suunatud toetavate teenuste kontseptsiooni loomise protsessi etapid, meetodid, valim ja ajakava

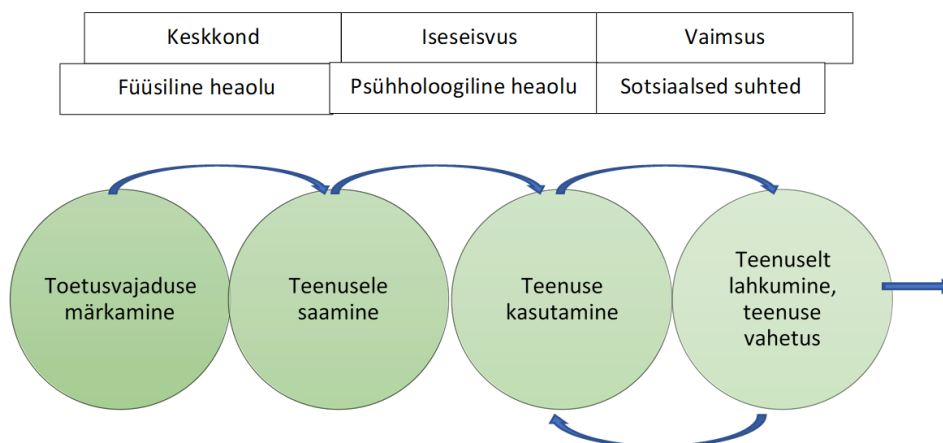
Etapp	Meetodid	Infoallikas/valim	Aeg
MÕISTMINE	Dokumendi-analüüs ja teisestel andmetel põhinev uuring	Hankedokumendid Õigusaktid Valdkonna varasemad uuringud EL ja Eesti erihoolekande valdkonna suundi reguleerivad dokumendid Andmebaasid	Aug- nov 2016
	Fookusgrupi-intervjuu	6 grüpiintervjuud eri huvirühmade esindajatega	
	Huvirühmade kaardistus	Kirjanduse ja valdkonna analüüsi põhjal	
	Individuaal-intervjuu	23 individuaalintervjuud eri huvirühmade esindajatega (Lisa 4 ja 5)	
	Persoonade loomine	7 persoonat, eelnevalt teostatud uuringu põhjal (Näididpersoon Lisa 7)	
LOOMINE	Klienditeekonna kirjeldamine	5 koosloome töötuba huvirühmade esindajatega, aluseks persoonad ja vajaduste kaardid	Nov 2016 - veebr 2017
	Visuaalsete kontseptsioonide loomine	Eelnevalt teostatud uuringute ja klienditeekondade alusel	
TESTIMINE	Prototüüpimine	Eelnevalt teostatud uuringute ja alternatiivsete teenusmodelite alusel	Veebr- sept 2017
	Testimine ekspertidega	Kirjalik vabas vormis tagasiside eri huvirühmade esindajatelt	
	Testimine teenusekasutajatega	40 klienti (sh psüühikahäirega ning intellektipuudega), 8 kohalikku omavalitsust, igast KOV-st 1-2 teenuseosutajat	
RAKEN DAMINE	Kliendi teekond	Eelnevalt teostatud uuringute põhjal (Lisa 9)	Sept 2017
	Teavitustöö ja konsulteerimine	Teavitusseminar eri huvirühmade esindajatele. Kliendi nõustamine testimise jätkumisel	

Allikas: Autori koostatud

Individuaalintervjuud, vt Lisa 4, toimusid üle Eesti, ajavahemikul september – oktoober 2016.a., haarates erineva suurusega piirkondi ning eri huvirühmade esindajaid. Intervjuude eesmärgiks oli mõista valdkonda, teenuse kasutajate ja perede vajadusi ning võrrelda neid tänase erihoolekande- ja sidusvaldkondade teenuste võimalustega. Teenuse kasutajatest olid esindatud nii ööpäevaringse erihoooldusteenuse kasutajad kui toetavate teenuste kasutajad ning hetkel psühhiaatriaiglas viibiv

patsient, kes ei kasuta teenuseid. Mitmekesisuse põhimõtet rakendati ka teenuse osutajate valikul, et oleks esindatud nii institutsionaalsete teenuste kui erinevate kogukonnapõhiste teenuste osutajaid, nii otsest klienditööd tegevad, kui juhi rollis töötajad. Lisaks osalesid intervjuudel haigla sotsiaaltöötaja, psüühikahäirega inimese lähedane, tööandja, Sotsiaalkindlustusameti juhtumikorraldajad ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad, kes puutuvad kokku psüühikahäirega inimestega. Töö autor viis ise läbi 3 individuaalintervjuud, teenuse kasutajaga, pereliikmega ning teenuse osutajaga. Eri huvirühmadele suunatud intervjuude küsimused on toodud käesoleva töö lisa 5, kust selgub ka küsimuste seos disainiprotsessi tasandiga.

Intervjuudega kogutud informatsioon transkribeeriti ning kategoriseeriti, kasutades vajaduste kaardistamise raamistikku, vt Joonis 9, mis lähtub klienditeekonnast erihoo- lekandesüsteemis ning kliendi vajadustest eri teekonna etappidel elukvaliteedi valdkondade alusel.



Joonis 9. Vajaduste kaardistamise raamistik. Allikas: autori koostatud disainiprojekti lõpparuande joonise alusel

Kliendi ja teenussüsteemi kokkupuutekohad on raamistikus jaotatud neljaks etapiks: (1) kliendi vajaduste märkamine, (2) teenusele saamine, (3) teenuse kasutamine, (4) teenuselt lahkumine või teenuse vahetamine ning igas protsessi etapis kaardistati kliendi vajadusi pt 1.2 kirjeldatud elukvaliteedi ja taastumise raamistiku (vt Tabel 3, lk 17) alusel (psühholoogiline heaolu, füüsiline heaolu, sotsiaalsed suhted, keskkond, vaimsus). Vajaduste kaardistamise tulemuseks oli teenusekasutaja vajaduste ja teenussüsteemi vastavuse tabel, mis kajastas teenuse kasutajate ning perede vajadusi ning

tänase süsteemi vastavust vajadustele, väljakutseid ja võimalusi vajaduste paremaks katmiseks. Kogu mahukas teave, nii kasutajauuringu kui dokumendianalüüsi käigus kogutud informatsioon tõlgendati kliendi ja pere „vajaduste keelde“. Ka uuringust selgunud probleemid sõnastati ümber teenuse kaustaja või pere vajaduste vaatest, ehk millist kasutaja vajadust nimetatud probleem väljendab või milline elukvaliteedi valdkond on probleemi tõttu takistatud. Andmete analüüsi etapis oli töö autoril oluline roll, kuna ülejäänud projektimeeskonnal puudus sotsiaalvaldkonnas töötamise kogemus, mis oli selles projekti etapis oluline, et mõista intervjuudes kogutud infot ning seostada probleeme teenuse kasutaja vajadustega. Mõistmise etapi lõpus koostati eelneva uuringu alusel 7 erinevat teenuse kasutaja persoonat, millest ühe näitena on toodud lisas 6 Mardi persona. Personad kajastasid nii teenuse kasutajaid, kui potentsiaalseid kasutajaid ning erineva abivajaduse-, vanuse ja teenuse kasutamise kogemusega inimesi.

Loomise etapi eesmärk oli luua uus kasutajakeskne teenuspakkumise kontseptsioon ning kirjeldada sellest lähtuvalt uued teenuse protsessid ja lahendused. Etapi elluviimine toimus läbi ideede genereerimise ja visualiseerimise ja prototüüpimise, et vastata disainiprotsessi põhiküsimusele: kuidas saaks teenuse kasutaja vajadusi parimal viisil katta. Loomise etapi alguses, ajavahemikul november – detsember 2016.a. toimus 5 psüühikahäirega inimeste sihtgrupiga seotud koosloome töötuba, mille eesmärk oli koos eri huvirühmade esindajatega kirjeldada tuleviku klienditeekondasid viisil, et teekonna käigus saaks kaetud võimalikult palju esimeses etapis kaardistatud kliendi vajadusi. Teekondade kirjeldamisel kasutati vajaduste kaarte ning persoonasid.

Töötoad jagunesid toetusvajaduse määra ning protsessi fookuse alusel. Eraldi keskenduti teenuse osutamise protsessile ja sisule. Esmalt keskenduti teenuse vajaduse märkamise, teenusele saamise ja teenuse lõpetamise/vahetamise etapile, mille eesmärk oli uurida kliendi liikumist teenuse protsessis, seotust eri osapoolte ja teenustega, dokumentatsiooni, ajaraami, võtmetähtsusega protsessi elemente. Teises töötoas keskenduti teenuse kasutamise etapile, et uurida mida teenuse raames oleks oluline pakkuda. Töötubades osalesid eri huvirühmade esindajad, igas töötoas u 10-12 inimest. Klienditeekonna kirjeldamisel jälgiti mitmekesisuse printsiipi, et ühes grupis oleks esindatud nii teenuse kasutaja ja/või pere, teenuse osutaja ja korraldaja või rahastaja esindaja. Töö

autor osales kõigis 5 töötoas protsessi moderaatori ning juhendaja rollis. Klienditeekonnad digitaliseeriti ning järgnes analüüs teenuskomponentide tuvastamiseks ja alternatiivsete teenusmodelite genereerimiseks. Uute lahenduste kirjeldamisel lähtuti liiks töötubadest saadud sisendile ka eelnevalt läbi viidud uuringu andmeid.

Testimise etapi eesmärk oli uue toetava teenuste kontseptsiooni hindamine, testimine ja täiustamine, et saada tagasisidet küsimusele, kui hästi on loodud teenusmodeliga vajadused kaetud ja mida veel parandada. Testimise etapi alguses koostati uue teenusmodeli prototüüp ja selle erinevad variatsioonid. Ajavahemikul märts - aprill 2017.a. toimus kirjalik, vabas vormis tagasiside küsimine peamistelt huvirühmade esindajatelt, mille alusel täiendati teenuste kontseptsiooni ja prototüüpi.

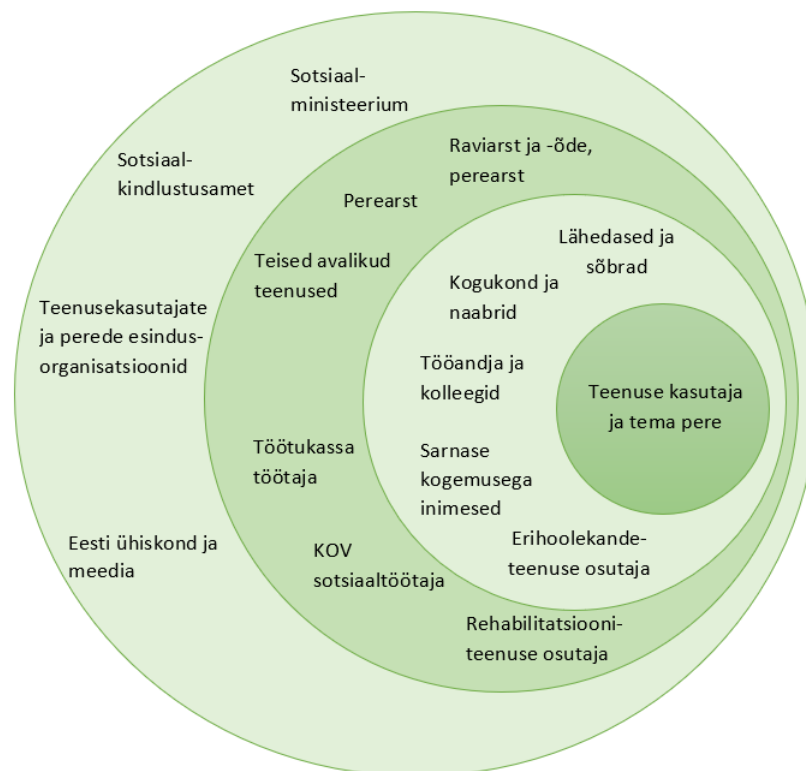
Alates maist 2017.a. algas ühe alternatiivse teenusmodeli testimine (KOV vastutusega teenusmodel). Testimise elluviimist koordineeris Sotsiaalkindlustusamet ning töö autori roll oli toetada testimist 5 kuud (mai – september 2017.a.) peale testimise algust, nõustada seotud osapooli ning viia läbi prototüübi esmane hindamine. Toimus 3 kogemuskohatumist testimist läbiviivate osapooltega (KOV töötajad, teenuseosutajad, Sotsiaalkindlustusamet ja Sotsiaalministeerium), mille käigus selgitati ja juhendati mudeli elluviimist ning koguti tagasisidet. Septembris 2017.a. täiendati veel kord kogutud tagasiside alusel teenusmodelit ning testimine jätkus uue prototüübi alusel.

Rakendamise etapi eesmärk oli toetada uue teenusmodeli elluviimist. Protsessi toetamiseks kirjeldati erinevaid võimalikke klienditeekondasid, millest üks näide on käesoleva töö lisa 9. Rakendamise etapil toimusid teavitusseminarid ning kliendi nõustamine testimise jätkumiseks.

Arendusuuringu tugevuseks võib pidada eri huvigruppide kaasatust eri protsessi etappidel ning tihedat koostöös tellijaga, kellega toimusid kogu disainiprotsessi jooksul iganädalased kohtumised, et vahetati informatsiooni ning saada tagasisidet tehtule. Iga etapi lõpus koostati tellijale vahearuanne ning saadi kirjalik tagasiside parandusteks ja täiendusteks.

Järgnevalt on esitatud töö tulemused uuringu etappide lõikes. Mõistmise etapi ühe tegevusena kaardistati huvirühmad ning nende roll, vt joonis 10.

Erihoolekandeteenuste sihtgrupp on komplekssete probleemide ja vajaduste ning multidistsiplinaarset sekkumist vajav kliendigrupp, mistõttu eri osapoolte ja valdkondade koostöö teenuste pakkumisel ja arendamisel on võtmetähtsusega tulemuslike teenuste pakkumisel. Kõige olulisemad huvitatud osapooled on teenuse kasutajad ja nende lähedased, järgmine lähim huvirühm on inimese loomulikus võrgustikus paiknevad sõbrad ja lähedased, kogukond, kolleegid ning teenuste raames toetust pakkuv erihoolekandeteenuse osuja ning ka sarnase kogemusega inimesed.



Joonis 10. Huvigruppide kaart. Autori koostatud.

Huvirühmana on olulised lisatoetust pakkuvad teiste valdkondade- ja avalike teenuste pakkujad. Kliendi vaatest kõige kaugem, kuid kel huvi läbi teenuste rahastuse ja korralduse, on Sotsiaalkindlustusamet ja Sotsiaalministeerium. Psüühikahäirega inimeste teema leiab sagedasti kajastust ka meedias ja ühikonnal on huvi selle sihtgrupiga toimiva suhtes, mistõttu töö ühiskonna tasandil teavitamise ja heade praktikate ja suundade näitamisel, on oluline, et vähendada psüühikahäirega inimeste stigmatiseeritust ja eelarvamusi.

Alljärgnevalt on toodud ülevaade uuringu tulemusel kaardistatud peamistest probleemidest ja tähelepanupunktidest psüühikahäirega inimeste toetamisel (vt ka tabel 10, lk 58). Uuringust selgus klienditeekonna märkamise etapi üldine nõrkus, sh elanikkonna vähene teadlikkus vaimse tervise probleemidest, nende ennetamisest ja õigeaegsest märkamisest, abivõimalustest ning eneseabi võtetest. Teenusüsteemis keskendutakse pigem tagajärgede likvideerimisele kui vaimse tervise edendamisele ja vaimse tervise probleemide ennetamisele. Paljud abivajajad jõuavad abi otsimise või esmase diagnoosini alles siis, kui probleemid või psüühikahäired on pikka aega kestnud. Esmahaigestunud ei saa koheselt abi, sest nende abivajadust ei märgata või ei osata aidata või puuduvad teenused noortele esmahaigestunutele, kes vajavad spetsiifilist abi ja toetust oma vanuste teenuse kasutajate seas. Sageli ei jõuta õigeaegse abini ka põhjusel, et psühhiaatriline abi ei ole inimese kodu lähedal kättesaadav.

Sobiv abi ja toetus puudub neile psüühikahäirega inimestele, kelle haiguskriitika on vähene või puudub ning kes ei otsi või ei võta abi vastu. Tänapäevane teenussüsteem toetab inimest vaid tema soovil ja nõusolekul ning kui teenuse kasutaja tervis halveneb või inimene ei soovi abi vastu võtta, langeb ta teenussüsteemist välja ja saab abi vaid siis, kui satub haiglasse. Süsteemi tasandil on ebaselge, kes peaks tegelema abivajaduse märkamise ja esmase kriisisekkumisega. Riskihindamise ja -juhtimisega seotud praktika on väga vähene, samuti teenuse kasutajate märkamise ja kriisisekkumisega seotud koostöö ja infovahetus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel.

Märkamise faasi tegevused on üliolulised, kuna õigeaegse abi puudumine toob kaasa haiguse tagasilanguse ning toimetuleku halvenemise ning kaudselt suuremad kulud tulevikus, kui haigus on juba krooniline ja vajab suurema mahuga toetust.

Uuring tõi tugevalt välja teenuse kasutaja ja pere vähese informeerituse õigustest ja abi võimalustest. Abivajaduse tekkimisel abivajajal ja perel keeruline saada ülevaadet teenuse kasutaja õigustest ning võimalustest, samuti teenuste taotlemisest. Teenusekasutajal ja perel puudub valikuvõimalus ja otsustusõigus planeerida teenuseid vastavalt oma vajadustele ning valikutele, sh valida teenust erineva teenuseosutaja juures. Info ja teenuste saamiseks peab pöörduma mitmesse eri asutusse, kaasneb palju bürokraatiat ja asjaajamine on keeruline.

Tabel 10. Ülevaade peamistest probleemidest ja tähelepanupunktidest psüühikahäirega inimeste toetamisel

Valdkond	Olukorra kirjeldus
Toetusvajaduse märkamine	Vähese teadlikkuse vaimse tervise probleemidest, nende ennetamisest ning eneseabi võtetest
	Abivajadust ei märgata õigeaegselt, inimesed saavad abi liiga hilja. Esmahaigestunud on liiga kaua oma probleemidega üksinda, sest nende abivajadust ei märgata
	Puudub pädevus ja teenused klientidele, kelle haiguskriitika on vähene või puudub, kes ei otsi ise abi ja kes ei võta ka abi vastu.
Teenusele saamine	Eri teenuste taotlemine ja asjaajamine on keeruline. Teenuse kasutajal ja perel on keeruline süsteemist, võimalustest ning taotlemisest aru saada
	Teenuse kasutajal ja perel puudub valikuvõimalus ja otsustusõigus planeerida teenust, sh valida teenuste erineva teenuseosutaja juures
	Tänane toetusvajaduse hindamine on ebahütlane ja ressursimahukas, eri hindamistel kogutud info ei toeta ega täienda üksteist
	Erihoolekandeteenused on regionaalselt ebahütlaselt kättesaadavad. Puudub ülevaade piirkondlikust teenusevajadusest, mille alusel teenuseid planeerida
Teenuse kasutamine	
Psühholoogiline heaolu	Vähe pööratakse tähelepanu psühholoogilise heaolu tagamisele, sh taastumise toetamisele
	Psüühilise haigusega toimetuleku toetamise ning haigusteadlikkuse tõstmisega tegelevad vähesed teenuse osutajad
	Vähe kasutatakse teenuste osutamise raames kogemuslikku tuge teenuse kasutajatele kui peredele
Iseseisvus	Teenuste tugev fookus on igapäevaeluga toimetuleku arendamisel ja säilitamisel
	Toetus toimub peamiselt rühmategevuste kaudu, inimese elu- jm keskkonnaga seotud individuaalne toetus on vähesus,
Sotsiaalsed suhted	Vähene perede toetus ja nõustamine, peredel puudub usaldus spetsialistide ja teenussüsteemi suhtes
Keskkond	Vähe tegeletakse inimese individuaalse toetamisega tema oma kodus ja kogukonnas.
	Kogukonnapõhiste ressursside kasutamine on vähene, sh kogukonnas rakenduse leidmine
	Teenuste killustatus ning valdkondadevaheline vähene koostöö
	Kattuvus teenuste eesmärkides ja sisus, nii erinevate erihoolekandete teenuste, kui ka teiste valdkondade (rehabilitatsioon, KOV, Töötukassa)
	Koostöö ravisüsteemiga on vähene, psüühiaatrilise abi kättesaadavus vaid suuremates keskustes
Füüsiline heaolu	Psüühikahäirega inimese füüsilisele tervisele pööratakse vähe tähelepanu
Vaimsus	Vaimsure teemale ei pöörata teenuste raames tähelepanu

Allikas: Autori koostatud disainiprojekti lõpparuande alusel

Tänane toetusvajaduse hindamine on ebaühtlane ja ressursimahukas. Ühe inimesega viiakse läbi mitu erinevat hindamise ja teenuste planeerimise protsessi. Lisa 7 kirjeldab tänases teenussüsteemis toimuvaid erinevaid teenuse kasutaja vajaduste hindamisi ning hindamiste sisu. Ühe teenusekasutaja vajaduste hindamine võib eri eesmärkidel toimuda Sotsiaalkindlustusametis, Töötukassas, rehabilitatsiooniteenusel, Kohalikus omavalitsuses, erihoolekandeteenusel. Kui inimene kasutab mitut teenust, (nt käib päevakeskuses, elab toetatud elamise teenusel ja saab ka töötamise toetamise teenust), võib toimub vajaduste hindamine iga teenuse raames. Eri hindamistel kogutud info ei toeta ega täienda üksteist ning inimesel ja tema perel on väga keeruline süsteemist, abi võimalustest ning taotlemisest aru saada. Puudub kogu toetusprotsessi siduv ja koordineeriv lüli, kes võtaks vastutuse inimese tervikliku abi saamise eest.

Teenuste regionaalne kättesaadavus on väga ebaühtlane ning ei ole vastavuses piirkonna teenuse vajadusega. Kättesaadavus on hea vaid suuremates keskustes. Eestis puudub ülevaade piirkondlikust teenusevajadusest, mille alusel saaks teenuseid planeerida. teenuseosutajate ja nende poolt osutatavate teenuste ja kohtade jaotus Eesti

Psüühilise haigusega toimetuleku toetamisega tegelevad vähesed teenuse osutajad. Pigem eeldatakse sellealast tegevust psühhiaatri või vaimse tervise õe poolt. Toodi välja psühhiaatrite vähest teadlikkust integratiivravist ning esmatasandi tervishoius mutidistsiplinaarse lähenemise puudumist. Suur hulk psüühikahäirega inimesi jäävad teenussüsteemist välja, kuna puudub haigusteadlikkus ja valmisolek kasutada ravi ja teenuseid. Inimese haigusega toimetulek ja teadlike toimetulekustrateegiate kasutamine on oluline ja määrava tähtsusega tegur inimese taastumisel (Schön et al., 2009). mistõttu inimene katkestab ravi, ning satub sageli haiguse tagasilanguste tõttu haiglaravile. Haigusteadlikkuse tõstmise ja vaimse heaolu tagamisega tegelemine erihoolekandeteenuste raames on olulise tähtsusega.

Vähem pööratakse tähelepanu psühholoogilise heaolu tagamisele, sh taastumise toetamisele ja inimese positiivse identiteedi tugevdamisele, mis eeldab individuaalset lähenemist, tulevikku suunatud eesmärkide seadmise julgustamist, teiste kogemusega inimeste eeskujuga kaasamist. Teadlikku, taastumisele suunatud toetust pakuvad vaid vähesed uuenduslikke ning tõenduspõhiseid meetodeid rakendavad teenuseosutajad. Teenuse kasutajate ja nende perede toetamisel kasutavad vaid vähesed

teenuse osutajad kogemuslikku tuge (kogemusnõustamine, eneseabigrupid, tugigrupid) teadlikult valitud ja võrdselt professionaalse abiga väärtustatud sekkumisena.

Tänase teenussüsteemi fookus on peamiselt keskkonnaga seonduvate vajaduste katmisel ning igapäevaeluga toimetuleku arendamisel ja säilitamisel. Levinud toetuseks on traditsiooniline, päevakeskuste kaudu igapäevaelu oskuste- ja huvitegevusega seotud tegevus. Selgelt tuli välja individuaalse lähenemise vähesus. Vaimse tervise teenused saavad olla tõhusad, kui nad on individuaalse lähenemisega toetudes teenuse kasutajate takistustele ja tugevustele (Gigantesco & Giuliani, 2011, lk 367). Koosloome töötubades kirjeldatud klienditeekondadest tuli selgelt välja individuaalse toe vajalikkus. Enamus persoonade toetusprotsess ehitati üles läbi individuaalse toe, toetades inimest tema oma kodus ja kogukonnas, kasutades peamiselt pere ja lähedaste toetust, kogemuslikku toetust ning kogukonnas paiknevaid teenuseid ja rakendusvõimalusi ning vähesel määral vaimse tervise spetsiifilisi sekkumisi. Pakutud toetusprotsessid olid sarnased Trainor *et al.* (2004) Kogukonnapõhise ressursi mudeli ideega, kus inimese toetamine peaks toimuma peamiselt läbi kogukonna, mitte suletud teenuste süsteemis.

Teenuste raame tegeletakse vähe perede toetamise ja nõustamisega. Peresid ei julgustata abi küsima, sageli ei teki peredel usaldust spetsialistide ja süsteemi suhtes ning püütakse ise hakkama saada. Ka teenuste raames tegeletakse vähe perede nõustamise ja koolitamisega ning toetus on suunatud pigem teenuse kasutajale. Lähedased peavad saama toetust uues olukorras toimetulekuks, mõistmaks haigestunu erivajadusi ja olemaks võimelised vajalikku toetust pakkuma.

Tänane toetussüsteem erihoolekandeteenuste sihtgrupile on killustunud. Psüühikahäirega inimestele suunatud teenused jagunevad mitme erineva tasandi ja institutsiooni vahel ning puudub terviklik, kõikide eluvaldkondade- ja teenustega arvestav toetussüsteem (tervishoid, rehabilitatsiooniteenused, erihoolekandeteenused, KOV sotsiaalteenused, töötukassa). Abivajajale vajalike teenuste korraldamine ja rahastamine toimub mitmes erinevas teenussüsteemis paralleelselt ja teenused on osaliselt kattuvad. Kattuvus on ka erinevate erihoolekandeteenuste eesmärkides ja sisus (nt igapäevaelu

toetamise-, töötamise toetamise- ja toetatud elamise teenuse puhul). Teenuste ja ka rahastamise võimaluste integreerimine terviklikuks ja inimese vajadustele vastavaks toetussüsteemiks jääb sageli kasutamata.

Vähe tegeletakse inimese individuaalse toetamisega tema oma kodus ja kogukonnas. Üheks põhjuseks on küll teenuste hinnamudel, mis ei kata piisavalt individuaalset tööd, kuid teisalt on harjumuspärane praktika toetada inimest peamiselt teenussüsteemi kaudu, nt päevakeskuses koha peal ning kogukonnas rakenduse leidmine ning seos kogukonna pakutavate muude teenuste ja tegevustega on suhteliselt nõrk. Ka teenusmudeli testimises osalenud KOV-id kasutasid teenuseosutajatena üldjuhul oma allasutusi ning teenuste planeerimisel lähtuti kohapeal olemasolevatest teenustest ning nende puudumisel otsustati pigem abi pakkumisest loobuda, kuigi vahendid olid olemas teenuste sisseostmiseks ka mitte olemasolevast teenussüsteemist.

Psüühikahäirega inimese füüsilisele tervisele pööratakse vähe tähelepanu, pigem on inimene erihoolekande ja psühhiaatria vaateväljas ja füüsiline tervis jääb tähelepanuta. Samuti pakutakse vähe füüsilist aktiivsust ning tervislikke eluviise toetavaid tegevusi. Vaimsuse teema uuringus peaaegu ei kajastunud. Põhjus võib olla autori hinnagul see, et sellele valdkonnale ei pöörata tähelepanu ja ei osata seda ka välja tuua.

Vajaduste uuringu tulemusel kujunes teenuse sisukomponentide loetelu mida testimise käigus täiendati. Komponentide loetelu on terviklik vaade psüühikahäirega inimese elule, elukvaliteedile ja taastumisele. Komponentid toetuvad nii elukvaliteedi raamistiku valdkondadele, kasutajauuringus tuvastatud vajadustele, koosloome töötubades osalenud eri huvirühmade esindajate, sh kogemusega ekspertide arvamusele ning kirjanduse läbitöötamisel kogutud kaasaegsetele lähenemistele ja edukale praktikale. Terviklik komponentide loetelu, koos tänase teenussüsteemi vastavusega, on toodud töö Lisas nr 9. Teenuskomponentidest antakse täpsem ülevaade ka järgmises, teenuse kontseptsiooni tutvustavas peatükis.

Alapeatükis kirjeldati uuringu läbiviimise protsessi ja peamisi tulemusi, mis on aluseks järgmises alapeatükis kirjeldatud toetava teenuste kontseptsiooni loomisele. Psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamisel on oluline tähelepanu pöörata abivajaduse õigeaegsele märkamisele, teenusele saamise ja kasutamise

protsessi kasutajasõbralikkusele, individuaalsele lähenemisele ning eri teenuste seostamisele ja valdkondadevahelisele koostööle. Teenuste sisu arendamisel on oluline pöörata rohkem tähelepanu teenuse kasutaja psühholoogilisele heaolule ning taastumisele suunatud toele, haigusega toimetulekule ning pere toetamisele. Vajalik on teenussüsteemis rohkem luua võimalusi kogemusliku pädevuse kasutamiseks ning kogukonna võimaluste kasutamiseks.

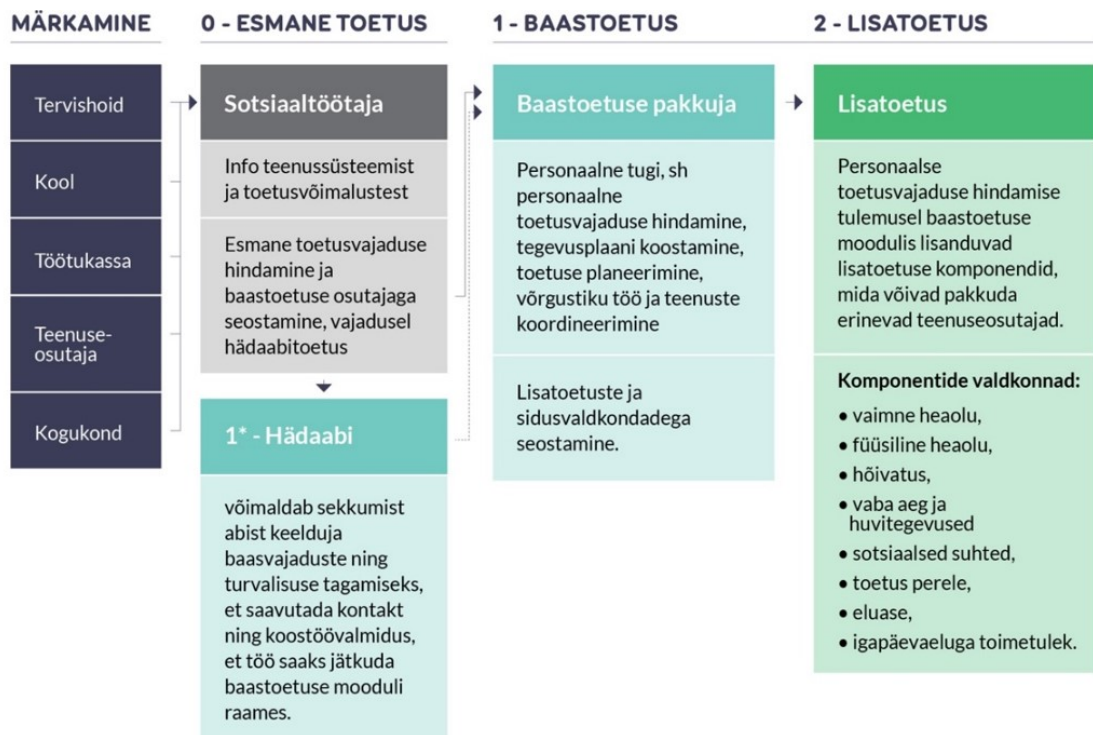
2.3 Ettepanekud toetavate teenuste kontseptsiooni loomiseks ja rakendamiseks

Alapeatükis kirjeldatakse loodud toetavate teenuste kontseptsiooni, selle ülesehitust ja põhimõtteid. Kirjeldatakse, kuidas uus lahendus vastab tellija oodatud tulemusele ning aitab kaasa uuringus tuvastatud probleemide lahendamisele. Lisaks testitud lahendusele on kirjeldatud lühidalt ka alternatiivset teenusmudelit. Alapeatüki lõpus on toodud ettepanekud ja eeltingimused teenusmodeli rakendamiseks.

Hankest tulenev disainiprojekti eesmärgik oli erihoolekandeteenused ümber disainida psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist, millega kaasneb kogu teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus.

Toetava teenuste kontseptsioonina loodi „Mooduli- ja komponendipõhine teenusmodel“, edaspidi kasutatud mõistet „teenusmodel“. Uus teenusmodel võimaldab täpsemalt määratleda toetuse eest vastutajad ja nende ülesanded nii teenuse sisu korraldamisel, kui moodulite vahel liikumisel ning komponendipõhisus võimaldab tagada paindliku ja personaalsetele vajadustele põhineva toetuse. Uus teenusmodel koondab tänased erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenused, sh tänased teenuste vahendid ühtsesse, kohalikul tasandil korraldatud teenussüsteemi. Teenuste kättesaadavuse tagamine ning rahastuse haldamine jääb kohalikul tasemel KOV ülesandeks ning Sotsiaalkindlustusameti rolliks jääb toetada KOV-e piirkonna teenusvajaduse kaardistamisel ning teenuste arendamisel. Teenuste tagamine spetsiifilistele, institutsionaalset teenust vajavatele kliendigruppidele (kohtumääruse alusel teenusel olevad isikud, ebastabiilse remissiooniga isikud, sügava liitpuudega isikud) jääb endiselt riigi tasandi, ehk Sotsiaalkindlustusameti korraldada.

Mudel koosneb neljast moodulist ning teenuskomponentide valikust. Teenusmudeli mooduliteks on: Moodul 0 - Esmane toetus; Moodul 1 – Baastoetus; Moodul 1* - Hädaabi toetus; Moodul 2 – Lisatoetus, vt allolev joonis 11. Toodud teenusmudel on esialgse testimise järel täiustatud versioon.



Joonis 11. Mooduli ja komponendipõhine teenusmudel. Allikas: Disainiprojekti lõpparuanne.

Moodul 0 - esmase toetuse eesmärk on tagada abivajaja varajane märkamine ning toetus teenussüsteemi sisenemisel. KOV sotsiaaltöötaja vastutus on oma piirkonnas abivajajate märkamine ning proaktiivne sekkumine. Esmase toetuse pakkuja, enamasti KOV sotsiaaltöötaja, informeerib abivajajat ja/või tema lähedasi nende õigustest ja toetusvõimalustest ning viib läbi esmase toetusvajaduse hindamise, et selgitada toetusvajaduse määr ning seostada inimene sobiva baastoetuse osutajaga. Psüühikahäirega inimesele ja tema lähedastele on teenussüsteemi sisenemisel oluline usaldusväärse kontakti olemasolu, kellelt saada terviklikku infot ja nõu õiguste ja võimaluste ning kõigi teenuste ja teenusepakkujate kohta.

Esmane hindamine selgitab inimese üldise toimetulekuvõime ja abivajaduse, mis on sisendiks järgmise mooduli raames tehtavale põhjalikumale, personaalse toetusvajaduse hindamisele. Juhul kui psüühikahäirega inimene ei ole koostööks valmis ja ei võta abi vastu, seostab esmase toetuse pakkuja inimese hädaabi toetuse pakkujaga (moodul 1*). Kui järgmine moodul võtab üle sisulise töö vastutuse, siis esmast toetust pakkuv KOV sotsiaaltöötaja jääb edasi juhtumit administreerima, sh korraldama teenuse rahastust ning tal on ülevaade järgmiste moodulite raames tehtavatest tegevustest. KOV ülesanne on piirkonna teenuste, sh teiste valdkondade ja kogukonna teenuste ja -alternatiivide kaardistamine ja vajadusel ellukutsumine/soodustamine.

Moodul 1 – baastoetuse eesmärk on tagada inimesele usalduslik individuaalne kontakt ning sisuline juhtumikorralduslik toetus kogu teenussüsteemis viibimise aja. Personaalse toetuse raames toimub teenusekasutaja terviklik vajaduste hindamine, eesmärkide seadmine ning tegevusplaani koostamine. Toetusvajaduse hindamine toimub inimesega vahetult kokku puutuva personaalset tuge pakkuva isiku poolt inimese igapäevases elukeskkonnas. Oluline, et eesmärkide seadmine ja tegevusplaani koostamine toimub maksimaalselt inimesega koos, vajadusel kaasates pere. Tegevusplaani sisaldab lisatoetuse teenuskomponente ning muid vajalikke sekkumisi ning tegevusplaani kooskõlastatakse rahastajaga, ehk esmase toetuse pakkuja, KOV sotsiaaltöötajaga. Kogu teenuse osutamise ajal toimub regulaarne toetusvajaduse ja tegevusplaani ülevaatamine ning vajadusel planeeritakse jooksvalt muudatusi.

Baastoetuse tegevuseks on toetada tegevusplaani elluviimist ning seostada inimese vajalike lisatoetuse teenuskomponentide pakkujatega, sidusvaldkondade teenustega ja kogukonna muude võimalustega. Oluline roll baastoetuse osutajal on võrgustiku töö koordineerimine (sh pere ja lähedastega suhtlemine ning koostöö rahastajaga). Baastoetuse osutaja võib pakkuda lisatoetuse raames ka ise sisutegevusi, ehk sisukomponente.

Moodul 1* - hädaabi toetuse eesmärk on tagada kiire abi ja sekkumine juhul, kui inimene ei ole psüühikahäire tõttu valmis koostööks või keeldub abist, kuid vajab turvalise elukorralduse tagamiseks abi. Hädaabi mooduli raames viiakse läbi sarnaseid tegevusi, nagu baastoetuse moodulis, kuid võtmerolli omab spetsiaalse

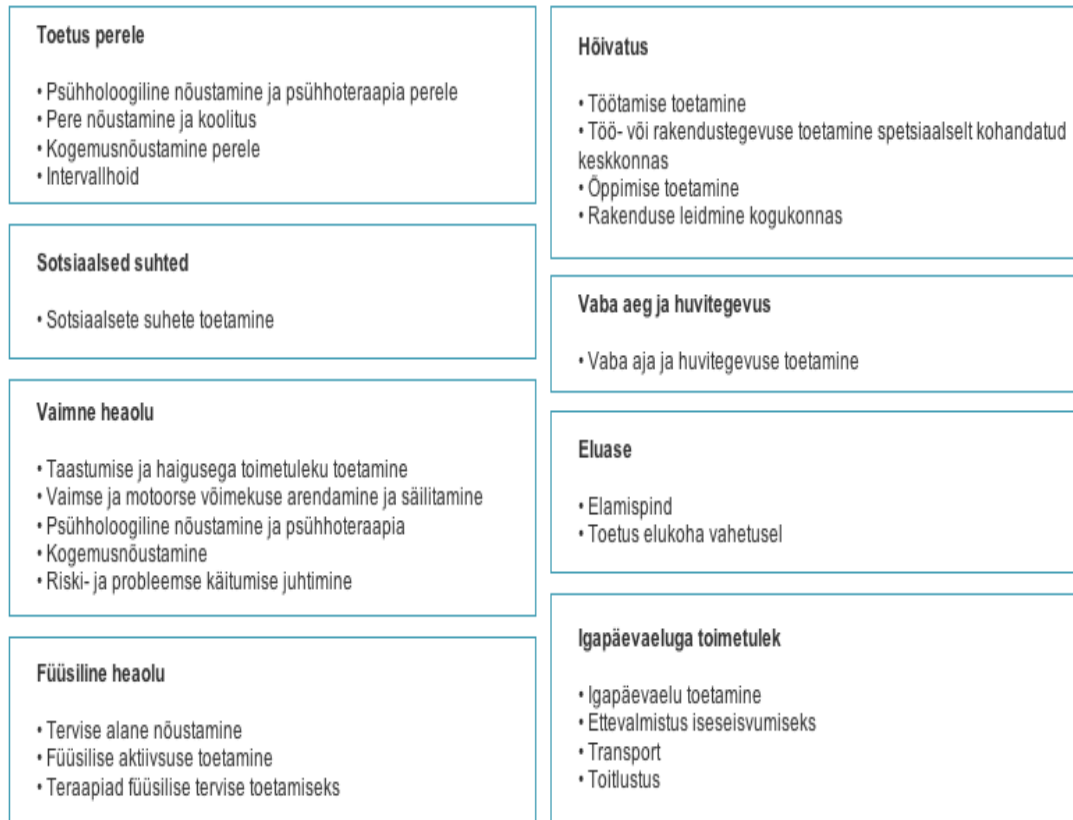
ettevalmistusega töötaja, kellel on pädevus ja teadmised kriisisekkumisest ning tööks abist keeldujaga. Moodul võimaldab toetada inimese baasvajaduste katmist ning luua inimese ümber toetav keskkond ja võrgustik. Mooduli kaudu püütakse lisaks turvalisuse tagamisele saavutada kontakt ning koostöövalmidus, et töö saaks jätkuda baastoetuse (moodul 1) raames. Hädaabi moodul annab võimaluse koheselt toetada ka peret, et pere suudaksid kanda toetaja rolli ja tulla ise toime keerulise olukorraga.

Hädaabi moodulis toimub inimese toetusvajaduse hindamine ning toetusplaani koostamine, mis koostatakse peamiselt võrgustiku kaasabil (sh pere), järgneb toetusplaani tegevuste elluviimine, inimese ja/või lähedaste seostamine vajalike lisatoetuse teenuskomponentide pakkujate ning sidusvaldkondade teenustega, regulaarne toetusvajaduse ja toetusplaani ülevaatamine ning vajadusel selle muutmine.

Oluline tegevus on võrgustikutöö koordineerimine, kuna abist keelduja toetus on sageli üles ehitatud just võrgustiku kaudu toetamisele. Hädaabi toetuse pakkujal on pädevus tööks psüühikahäirega inimestega ning ta kasutab teadlikku lähenemist ning meetodeid, et abivajaja ei langeks süsteemi vaateväljast välja.

Moodul 2 – lisatoetuse mooduli eesmärk on tagada paindlik ja terviklik, inimese vajadusi arvestav teenuste planeerimine kõigis eluvaldkondades. Lisatoetuse moodul koosneb teenuskomponentidest, mis katavad terviklikult erinevad eluvaldkonnad ning mida võivad pakkuda erinevad teenuseosutajad (sh baastoetuse osutaja). Komponendipõhine lähenemine võimaldab kombineerida ühte teenuspaketti tänaseid erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuse sisutegevusi ning kogukonnapõhised teenuseid ja alternatiivseid ressursse. Teenuskomponentide valdkondadeks on: toetus perele, sotsiaalsed suhted, vaimne heaolu, füüsiline heaolu, hõivatus, vaba aeg ja huvitegevus, eluase ning igapäevaeluga toimetulek. Teenuskomponentide valdkondadest ja teenuskomponentidest annab ülevaate joonis 12, lk 66. Teenuskomponentidest täpsema ülevaate annab Lisa 9, mis sisaldab komponentide loetelu ja sisu kirjeldust ning seost tänaste teenustega. Komponendipõhisus võimaldab koostada personaalseid teenuspakette. Baastoetuse (moodul 1) raames selgub, milliseid teenuskomponente ja millises mahus inimene tegevusplaanis püstitatud eesmärkide saavutamiseks vajab. Sõltuvalt teenuste kättesaadavusest, kliendi vajadustest ning eelistustest võib valida ühe teenuseosutaja, kes pakub terviklikult

kõiki teenuskomponente või komplekteerida teenuspakett eri teenuseosutajate poolt pakutavatest komponentidest.



Joonis 12. Lisatoetuse mooduli teenuskomponentide valdkonnad ja teenuskomponendid. Allikas: Disainiprojekti lõpparuanne

Lisas 12 on toodud näide ühe teenuse kasutaja võimalikust klienditeekonnast ning toetuspaketist, mis on koostatud Lisa 6 toodud Mardi persoona alusel.

Järgnevalt on kirjeldatud uue lahenduse vastavust tellija oodatud tulemustele ning mõju valdkonna probleemidele ja arengusuundadele.

Isikukesksed, sihtgrupi ja tema lähedaste vajadustele vastavad teenused:

Komponendipõhises teenusmudelis on võimalik koostada inimesele personaalne, tema vajadustele tuginev teenuspakett ning planeerida selleks isiklik eelarve. Psüühikahäirega inimesel ja tema perel on võimalus valida teenuskomponente erinevate teenuseosutajate juurest ning personaalne toetus baastoetuse moodulis tagab informeeritud valiku ja vajadusel toetatud otsustamise, kui inimesel on

psüühikahäirest tulenevalt raske otsustada ja teha valikut. Lähedaste toetamiseks on loodud eraldi komponentide grupid, mida pere võib kasutada paralleelselt teenuse kasutajaga. Perele suunatud toetus on koheselt kättesaadav ka juhul, kui inimene ise keeldub abist või ei ole teenused koheselt kättesaadavad. Pakutud lahendus arvestab ka psüühikahäirest tulenevaid takistusi ning võimaldab toetada inimest ja tema peret ka isiku abist keeldumise korral.

Kasutajasõbralik, lihtne ja arusaadav teenussüsteem, sujuv liikumine teenussüsteemis: Teenusmudeli oluline fookus on abivajaja ja pere toetamisel teenussüsteemi sisenemisel ning abivajaduse võimalikult varajasel märkamisel. Inimesel ja tema perele on võimalus tagada terviklik abi ja eri teenuste kättesaadavus ühest kohast, ehk ühest süsteemist. Esmase mooduli kaudu toimub süstemaatiline ja proaktiivne abi pakkumine, mis tagab teenuse kasutaja ja pere informeerituse ja abi valikute tegemisel ja otsustamisel. Mudeli oluline osa on baasmooduli raames pakutav järjepidev individuaalne tugi ja teenuste koordineerimine, mis tagab sujuva liikumise eri teenuste vahel ning kogukonnaressursside koordineerimise. Inimese toetusvajaduse hindamise ja teenuste planeerimise protsess on võimalikult terviklik ning protsessi kaasatakse vaid minimaalselt vajalikud osapooled. Esmatoetuse raames tehtav hindamine on sisendiks baastoetuse või hädaabi toetuse planeerijale.

Paindlikkus teenuste planeerimisel ning korraldamisel: Eri valdkondi haarav komponentide mudel võimaldab koostada igale teenusekasutajale ja tema perele just nende vajadustele vastava teenuspaketi. Teenuse osutamise protsess võimaldab paindlikult muuta ja täiendada paketti ka muutuvate vajaduste korral. Mudel võimaldab ühe inimese teenuspaketis kombineerida erinevate teenuseosutajate teenuskomponente, sh osta komponendi pakkumine väljastpoolt vaimse tervise süsteemi mõnelt kogukonnas tegutsevalt organisatsioonilt või isikult. Eri teenuste ja ressursside kombineerimine võimaldab paremini toetada inimese toimetulekut oma kodus ja seostada teda oma kogukonnaga.

Terviklik lähenemine ja optimaalne ressursikasutus: Teenusmudel seob erinevad psüühikahäirega inimestele suunatud teenused ühtseks teenussüsteemiks, mis võimaldab kasutada olemasolevaid ressursse efektiivsemalt, vältides dubleerivaid tegevusi ning teenuste killustatust. Järjepidev teenuste koordineerimine ning

võrgustikutöö tagab teenusekasutajale ja perele tervikliku toe. Teenuste korraldamise vastutuse viimine kohalikule tasandile võimaldab kogu toetusüsteemi fookuse liikumist institutsionaalsetelt lähenemiselt kogukonnapõhisele lähenemisele, abi jõudmise rohkem inimese lähedale ning teenuste tugevamat sidumist KOV-, teiste avalike teenuste- ning kogukonna ressursidega. Teiste avalike teenuste ja kogukonnas olevate muude ressurside rakendamisel on oluline panus ka ressurside optimeerimisel.

Järgnevalt, tabel 11-s on toodud peamised ettepanekud mudeli edukaks rakendamiseks.

Tabel 11. Ettepanekud teenusmudeli rakendamiseks

Valdkond	Ettepanek
Toetusvajaduse märkamine, ennetus ja koostöö tervishoiusüsteemiga	KOV-i ja teenuseosutajate koostöö ja infovahetuse kokkulepped tervishoiuvaldkonnaga (psühhiaater ja õde) süstemaatilise infovahetuse sisseseadmiseks, et tagada abivajajate märkamise ja koostöö teenuse outamisel
	Tervishoius taastumise mõtteviisi levitamine, koostöö Psühhiaatrite seltsiga integratiivravi tugevdamine.
	Süstemaatilise ennetustöö koostöös sidusvaldkondadega (tervishoid, haridus, tööhõive). Fookuse muutmine tagajärgede likvideerimiselt uute juhtumite ennetamisele
Koostöö ja infovahetus	STAR vm infosüsteemi arendamine ühtseks infohalduse platvormiks, mis võimaldaks KOV-i ja teenuseosutajate koostööd ja infovahetust. Võimaluste otsimine süstemaatiliseks infovahetuseks ka teiste sidusvaldkondadega (nt tervishoid, Töötukassa)
Inimeste informeerimine ja teavitustegevus	Terviklik info teenussüsteemi korralduse ja toetusvõimaluste (sh sidussüsteemide) kohta keskselt kättesaadav (nt SKA veebileht, keskne infoportaal teenusekasutajatele ja peredele)
	Huvikaitseorganisatsioonide tegevuse soodustamine ja tugevdamine, kes esindaks psüühikahäirega inimeste huve teenuste korraldamisel ja arendamisel ning aitaks kaasa kogemusliku toe praktika levikule ja kasutamisele
KOV võimekus ja teenuste piirkondlik kättesaadavus	KOVide toetamine mudelis toodud ülesannete täitmiseks ning teenuste kättesaadavuse tagamiseks oma piirkonnas -vajaliku eelarve eraldamine erihoolekandevahenditest esmatoetuse rolli täitmisel ning tsentraalselt korraldatud nõustamine ja koolitus
	Riikliku tasandi toel (Sotsiaalkindlustusamet) regionaalne teenuste vajaduse kaardistamine ning planeerimine Tsentraalne info kogumine ja jagamine üle Eesti potentsiaalsetest baas- ja lisateenuse osutajatest (SKA roll)
Teenuste sisu ja teenuseosutajate pädevus	Taastumisele suunatud mõtteviisi tugevdamine läbi koolitustegevuse, eduka praktika tunnustamise ja jagamise, konverentside, valdkonna poliitika suunana rõhutamine

Tabel 11 järg

Valdkond	Ettepanek
	<p>Tsentraalselt koolitusvajaduse analüüs, teenuse osutajate nõustamine ja vajalike koolituste/ programmide/ metoodikate jagamine. Häid praktikaid kirjeldavate materjalide väljatöötamine.</p> <p>Uuringust selgunud koolitusvajadus: töö abist keeldujatega ja kriisisekkumine; kliendi vajaduste hindamine ja tegevusplaani koostamine; haigusega toimetuleku õpetus; riskikäitumise- ja probleemse käitumise hindamine ja juhtimine; töö sõltuvusprobleemidega inimestega; töö peredega, perede koolitus; kogemusnõustamine ja toetusgrupid</p>
Kogukonnapõhine tugi ja -ressursside kasutus	<p>Kogukonnaressursside mõiste ja võimaluste selgitamine, heade praktikate ja näidete levitamine (koolitused, seminarid, konverentsid). Kogukonnaga töötamise heade praktikate ja juhendmaterjalide koostamine</p> <p>Süsteemne ja planeeritud teavitus- ja arendustegevus kogukondade tugevdamisega seotud vabaihenduste ja sotsiaalsüsteemiga koostöö toetamiseks</p>

Allikas: Autori koostatud

Uue teenusmodeliga on tegemist olulise innovatsiooniga Eesti sotsiaalteenuste maastikul, eriti kui hinnata tulemust den Hertog *et al.*, (2010) innovatsiooni käsitluse alusel. Tegemist on uue teenuse kontseptsiooniga, mis sisaldab uut teenuse pakkuja ja kasutaja koostoimimist, uut väärtuste süsteemi ja teenussüsteemi partnereid, uut rahastuse mudelit ning uut organisatsioonilist teenuse pakkumise süsteemi. Eeltoodud ettepanekuid võib mõista ka kui eeltingimusi mudeli rakendamiseks. Oluline rõhuasetus ettepanekutel on teadmine, et ainuüksi erihoolekanadesüsteemi parandamisega ei saavutata oodatud tulemusi. Muutus nõuab eri valdkondade koostööd ja aktiivset panustamist, samuti riiklikul tasandil poliitilisi muudatusi ilma milleta teenusmodel ei rakendu.

Alapeatüki kokkuvõtteks saab välja tuua, et arendusuuringu tulemusena loodi psüühikahäirega inimestele suunatud toetavate teenuste kontseptsioon, milleks on „Mooduli ja komponendipõhine teenusmodel“. Uus lahendus koondab kõik tänased erihoolekandeteenused ja ka rehabilitatsiooniteenused kohalikul tasandil korraldatud ühtsesse teenussüsteemi, kus korralduse vastutus jääb khalikule omavalitsusele. Teenusmodel määratleb selgelt eri moodulite toetuse eest vastutajad ja ülesanded ning tagab abivajaja informeerimise, abivajaduse varajase märkamise ning järejepideva toe kogu teenuse kasutamise aja. Mudel võimaldab pakkuda abi ja toetust ka juhul, kui

inimene ei ole psüühikahäire tõttu valmis koostööks. Uus teenusmudel aitab süsteemselt kaasa valdkonna probleemide lahendamisele ning vastab hanke lähteülesandes toodud ootustele: teenusmudel võimaldab pakkuda isikukeskseid, psüühihaäirega inimeste ja nende lähedaste vajadustele vastavaid teenuseid; mudel on võrreldes tänase süsteemiga oluliselt kasutajasõbralikum ja lihtsam ning võimaldab paindlikku, teenuse kasutaja ja pere konkreetsetest vajadustest tulenevat teenuste planeerimist ja korraldamist; komponendipõhisus võimaldab kombineerida erinevaid sisukomponente ning tagada seeläbi paindliku ja personaalsetele vajadustele põhineva toetuse; eri teenuste ja ka kogukonnaressursside integreerimine võimaldab pakkuda terviklikumat lähenemist ning optimeerida ressursse. Teenusmudel on läbinud esimese testimise, mille järgselt viidi sisse ka vajalikud täiendused. Ressursside analüüs tõi välja uue lahenduse rakendamise võimalused, aga ka kriitilised, tähelepanu vajavad ohukohad ja takistused. Viimastele tuginevalt kirjeldati ka ettepanekuid teenusmodeli rakendamiseks.

KOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärgiks oli luua psüühikahäirega inimeste ja nende lähedaste vajadustele vastav toetavate teenuste kontseptsioon. Töö on seotud Sotsiaalministeeriumi tellitud riigihankega: „Teenuse disain erihoolekandeteenuste ja teenusesüsteemi ümberkorraldamiseks ja arendamiseks“, mille eesmärgiks oli erihoolekandeteenuste ümber disainimine psüühilise erivajadusega inimeste ja nende lähedaste vajaduste lähtepunktist, et saavutada kogu teenusesüsteemi efektiivsem ja paindlikum korraldus. Hanke teostajaks oli OÜ Trinidad Consulting, kelle projektimeeskonnas töö autor töötas.

Euroopa Liidu liikmesriigid lähtuvad psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamisel deinstitutsionaliseerimise põhimõtetest ning teenussüsteemid peavad toetama psüühikahäirega inimeste suutlikkust ja iseseisvust, kogukonda kaasatust ja kodanikuks olemist. Vanad paradigmad, mis keskendusid haigusele, takistustele ja probleemidele, teenustest ja süsteemist lähtuvale toetamisele, on muutumas. Elukvaliteedi terviklik lähenemine ning taastumise toetamine peavad olema teenussüsteemi pakkumise keskmeks. Piiratud sotsiaalvaldkonna ressursside tingimustes on oluline läbi mõelda olemasoleva süsteemi ressursikasutus ning leida uusi teenuse pakkumise ja koostöö vorme, mis võimaldavad parimal viisil kasutada olemasolevaid vahendeid.

Magistritöö teoreetilises osas rõhutati psüühikahäirega inimeste vajaduste ja elukvaliteedi hindamisel tähtsust ning elukvaliteedi ja taastumise mõtteviisi sidumise vajadust. Psüühikahäirega inimeste vajaduste ning kliendikäitumise paremaks mõistmiseks loodi Elukvaliteedi- ja taastumise raamistik, mis oli oluliseks aluseks uuringu läbiviimisel. Teenuse kasutajate kõrval on vajalik näha ka pere rolli ja vajadusi, sest sotsiaalsed suhted on psüühikahäirega inimeste taastumisel määrava tähtsusega tegur. Euroopa viimase paari aastakümne suund on olnud institutsionaalselt hooldusmudelilt üleminek kogukonnapõhist toetust pakkuvale mudelile, et toetada psüühikahäirega inimeste kaasatust ning kodanikuks olemist. Psüühikahäirega inimeste toetamisel on võtmetähtsusega kogukonnapõhiste teenuste ja -alternatiivide arendamine, inimese toeta-

mine tema kodus ja kogukonnas. Taastumise käsitlus on järjest enam tähelepanu pälviv kontseptsioon ning oluline on muuta vaimse tervise teenuseid rohkem taastumisele suunatuks. Psüühikahäirega inimeste tervikliku toe olemuse ja teenuskomponentide vajaduse mõistmiseks loodi Taastumist toetav teenuste raamistik. Võtmetähtsusega tegevus on eri teenuste integreerimine ja valdkondadevaheline koostöö.

Teenusedisain on sobiv lähenemine keeruliste sotsiaalsete probleemidega tegelemiseks ning eri valdkondi ja teenussüsteeme haaravate teenuste arendamisel. Keeruliste sotsiaalsete probleemide lahendamisel on oluline kasutada disainiprotsessis erinevaid strateegiaid ja meetodeid ning mõjutada tulemusega eri tasandeid. Inimesekeskne disain võimaldab keskenduda teenusekasutaja erinevatele vajadustele ja kasutajakogemusele ning disainida psüühikahäirega inimese spetsiifikat arvestavaid uusi teenuste lahendusi. Eri huvirühmade kaasamine on eri disainiprotsessi etappides kriitilise tähtsusega, sh teenuse kasutajate ja perede või nende esindajate kaasamine.

Magistritöö empiiriises osas anti ülevaade psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste korraldusest ning abi võimalusest Eestis, erihoolekandesüsteemi arengutest ja suundadest Eestis. Eesti erihoolekande eesmärkideks on toetada erihoolekandeteenuste osutamist kogukonnas ja lähtuda teenuste arendamisel deinstitutionaliseerimise põhimõtetest, kujundada teenused isikukesksemaks, teenuse kasutajate ja perede vajadustest lähtuvaks, muuta teenuste kasutamist ja korraldust paindlikumaks. Valdonna arengusuundade uurimine kinnitas käesoleva töö olulisust ning kinnitab, et loodud toetavate teenuste kontseptsioon aitab kaasa valdkonna arengutele ja deinstitutionaliseerimise protsessi elluviimisele Eestis.

Arendusuuring koosnes neljast etapist: mõistmine, loomine, testimine ja rakendamine. Mõistmise etapis kasutati meetoditena dokumendianalüüsi, huvigruppide kaardistamist ning poolstruktureeritud intervjuusid. Uuringust selgus, et psüühikahäirega inimestele suunatud teenuste arendamisel on vajalik rohkem tähelepanu pöörata abivajaduse õigeaegsele märkamisele, teenuse kasutamise protsessi kasutajasõbralikkusele, individuaalsele lähenemisele ning eri teenuste integreerimisele. Teenuste sisu arendamisel on oluline pöörata rohkem tähelepanu teenuse kasutaja psühholoogilisele heaolule ning taastumisele suunatud toele, haigusega toimetulekule ning pere toetamisele. Vajalik on teenussüsteemis rohkem

luua võimalusi kogemusliku pädevuse kasutamiseks ning kogukonna võimaluste kasutamiseks. Loomise etapi elluviimine toimus läbi ideede genereerimise, visualiseerimise ja prototüüpimise, viidi läbi koosloome töötoad eri huvirühmade osavõtul ning koguti sisend toetavate teenuste kontseptsiooni loomiseks.

Arendusuuringu tulemusena loodi Mooduli ja komponendipõhine teenusmudel, mis aitab süsteemselt kaasa valdkonna probleemide lahendamisele. Pakutud lahendus tagab isikukesksed, psüühikahäirega inimeste ja nende lähedaste vajadustele vastavad teenuseid, on kasutajasõbralik, võimaldab paindlikku teenuste planeerimist ja korraldamist ning eri teenuste ja ka kogukonnaressursside integreerimist. Teenusmudel on läbinud esimese testimise, mille järgselt viidi sisse vajalikud täiendused. Peale projektimeeskonna töö lõppu on jätkunud teenusmudeli testimine Sotsiaalkindlustusameti eestvedamisel ning see kestab kuni ka. juunini. Teenusmudeli rakendamiseks on sõnastatud peamised ettepanekud.

Soovitusena samalaadse arendusuuringu läbiviimisel soovitab autor rohkem keskenduda teenuse kasutajate lugude uurimisele, sh edulugudele ning heade praktikate uurimisele. Käesolev töö toetus paljus valdkonna spetsialistide arvamusele ja kogemusele kliendi vajaduste ja teenuste pakkumise osas, mida paraku mõjutab traditsiooniline teenuse osutamise käsitlus. Uued, taastumisele suunatud praktikad vajavad rohkem tutvustamist. Intervjuudega kogutud informatsioon oli väga mahukas, sh ajamahukas töö ning tulemus oli juba varem valdkonnas uuritud probleemide väljatoomine. Võimalus oleks mõistmise ja loomise etapis rohkem keskenduda heale rahvusvahelisele kogemusele ning kaasata teenuse kasutajaid ja professionaale aktiivsemalt testimise etapis.

Magistritöös püstitatud eesmärk ja sellest tulenevad uurimisülesanded said täidetud. Arendusuuringu tulemuseks on psüühikahäirega inimeste sihtrühmale loodud toetavate teenuste kontseptsioon, mille loomisel on arvestatud teoreetilises osas toodud psüühikahäirega inimeste kliendikäitumise spetsiifikat ning toetavate teenuste põhimõtteid ja valdkondlikke arengusuundi. Magistritöö tulemused toetavad Erihoolekandestrategie 2014-2020 suundi institutsionaalselt hooldusmudelilt üleminekuks kogukonnapõhist toetust pakkuvale mudelile. Taastumise käsitlus ning

taastumisele suunatud teenused on uus paradigma, mille rakendamine vajab eri tasandite teadlikkust ning aktiivset tegevust.

Pakutud teenusmudeli toimimisel on kriitilise tähtsusega viimases alapeatükis toodud ettepanekud ja arendustegevused. Oluline on rõhutada, et erihoolekandesüsteem ei saa olla edukas ainult oma valdkonna arendustega. Haridus- tööhõive ja tervishoiusüsteemiga koostöö, ühine taastumisele ja kogukonnapõhisele toele suunatud käsitus ning ühtsete tegevuspõhimõtete rakendamine on oluline mudeli edukaks toimimiseks.

VIIDATUD ALLIKAD

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus. (2013). Sotsiaalteenuste kvaliteedi analüüs ja ettepanekud tervikliku kvaliteedisüsteemi tagamise juurutamiseks. Analüüsi lõpparuanne. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/Projekti_1_5_0303_12_0534_Sotsiaalteenuste_kvaliteedi_analyys_ja_ettepanekud_lyhiversioon.pdf
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43–55. <https://doi.org/10.1007/BF00752714>
- Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). Service Blueprinting: A Practical Technique for Service Innovation. *California Management Review*, 50(3), 66–94. <https://doi.org/10.2307/41166446>
- Boyer, L., Millier, A., Perthame, E., Aballea, S., Auquier, P., & Toumi, M. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, Vol 13, Iss 1, p 15 (2013), (1), 15. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-15>
- Braslow, J. T. (2013). The Manufacture of Recovery. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 781–809. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>

- Brown, T., & Wyatt, J. (2010). Design Thinking for Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, 8(1), 30–35.
- Calabrese, A., & Corbò, M. (2015). Design and blueprinting for total quality management implementation in service organisations. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(7/8), 719–732.
<https://doi.org/10.1080/14783363.2014.881970>
- Carlisle, S. (2010). Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland. *Critical Public Health*, 20(1), 117–127. <https://doi.org/10.1080/09581590802277341>
- Champion, C., & Bonoli, G. (2011). Institutional fragmentation and coordination initiatives in western European welfare states. *Journal of European Social Policy*, 21(4), 323–334. <https://doi.org/10.1177/09589287111412220>
- Chan, M. (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. *World Health Organization*.
- Clune, S. J., & Lockrey, S. (2014). Developing environmental sustainability strategies, the Double Diamond method of LCA and design thinking: a case study from aged care. *Journal of Cleaner Production*, 85, 67–82.
<https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2014.02.003>
- Connell, J., O’Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine*, 120, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.026>

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *PSYCHIATRIC SERVICES*, (5), 640.
- Davidson, Larry, Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123–128.
<https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- de Weert-van Oene, G. H., Havenaar, J. M., & Schrijvers, A. J. P. (2009). Self-assessment of need for help in patients undergoing psychiatric treatment. *Psychiatry Research*, 167(3), 221–230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.001>
- den Hertog, P., van der Aa, W., & de Jong, M. W. (2010a). Capabilities for managing service innovation: towards a conceptual framework. *Journal of Service Management*, 21(4), 490–514. <https://doi.org/10.1108/09564231011066123>
- den Hertog, P., van der Aa, W., & de Jong, M. W. (2010b). Capabilities for managing service innovation: towards a conceptual framework. *Journal of Service Management*, 21(4), 490–514. <https://doi.org/10.1108/09564231011066123>
- Duncan, A. K., & Breslin, M. A. (2009). Innovating health care delivery: the design of health services. *Journal of Business Strategy*, 30(2/3), 13–20.
<https://doi.org/10.1108/02756660910942427>
- Euroopa Liidu nõukogu Sotsiaalkaitsekomitee. (2010). Euroopa vabatahtlik sotsiaalteenuste kvaliteediraamistik. Loetud aadressil http://www.equass.ee/public/Sotsiaalteenuste_vabatahtlik_kvaliteediraamistik.pdf

- European Expert Group. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Brüssel: European Expert Group.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Tremblay, J., Schmitz, N., & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health And Quality Of Life Outcomes*, *11*, 92–92. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-92>
- Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, *47*(4), 363–372.
- Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., & Craig, T. K. J. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>
- Hjärthag, F., Helldin, L., Olsson, A.-K., & Norlander, T. (2012). Family burden and functional assessment in the Swedish CLIPS-study: do staff and relatives agree on individuals with psychotic disorders' functional status? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *47*(4), 581–587. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0358-8>
- Johansson-Sköldberg Ulla, Woodilla Jill, & Çetinkaya Mehves. (2013). Design Thinking: Past, Present and Possible Futures. *Creativity and Innovation Management*, *22*(2), 121–146. <https://doi.org/10.1111/caim.12023>

- Junior, P. T. A., & Filgueiras, L. V. L. (2005). User Modeling with Personas. *Proceedings of the 2005 Latin American Conference on Human-computer Interaction* (1k 277–282). New York, NY, USA: ACM.
<https://doi.org/10.1145/1111360.1111388>
- Katsching, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139–145.
- Kidd, S. A., McKenzie, K. J., & Virdee, G. (2014). Mental health reform at a systems level: widening the lens on recovery-oriented care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 243–249.
- Kostopoulos, G., Gounaris, S., & Boukis, A. (2012). Service blueprinting effectiveness: drivers of success. *Managing Service Quality: An International Journal*, 22(6), 580–591. <https://doi.org/10.1108/09604521211287552>
- Kreitzberg, M. (2017). Puuetega inimeste arv, suundumused ja osatähtsus rahvastikus, 2010– 2017. *Sotsiaaltöö*, 3/2017. Loetud aadressil http://www.tai.ee/images/Uudiskirja_Erihoolekandeteenused.pdf
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M. a., & Dall’Agnola, R. b. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona outcome project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 366–375. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102005366.x>
- Lasalvia, Antonio, Bonetto, C., Malchiodi, F., Salvi, G., Parabiaghi, A., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2005). Listening to patients’ needs to improve their subjective quality of life. *Psychological Medicine*, 35(11), 1655.
<https://doi.org/10.1017/S0033291705005611>

- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, *21*(1), 161–165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Miettinen, S., Rontti, S., Kuure, E., & Lindström, A. (2012). Realizing Design Thinking through a Service Design Process and an Innovative Prototyping Laboratory – Introducing Service Innovation Corner (SINCO), 13.
- Moriz, S. (2005). Service Design. Practical access to an evolving field. Loetud addressil <http://www.stefan-moritz.com/#book>
- Oliveira, S. E. H., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Toward an understanding of the quality of life construct: Validity and reliability of the WHOQOL-Bref in a psychiatric sample. *Psychiatry Research*, *244*, 37–44.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.007>
- Pincus, H. A., Spaeth-Ruble, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., ... Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, *10*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4>
- Prigent, A., Simon, S., Durand-Zaleski, I., Leboyer, M., & Chevreur, K. (2014). Quality of life instruments used in mental health research: Properties and utilization. *Psychiatry Research*, *215*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.023>

- Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll. (2006). Riigi teataja II, 04.04.2012, 6 Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>
- Razorjonova, M. (2017). *Intellektipuudega lapsevanemaid toetava teenuse kontseptsiooni loomine MTÜ Erivajadustega Inimeste Toetusühingu Tugiliisu näitel*. Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž.
- Saco, R. M., & Goncalves, A. P. (2008). Service Design: An Appraisal. *Design Management Review*, 19(1), 10–19. <https://doi.org/10.1111/j.1948-7169.2008.tb00101.x>
- Sanden, R., Pryor, J., Stutterheim, S., Kok, G., Bos, A., van der Sanden, R. L. M., ... Bos, A. E. R. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1233–1245. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1256-x>
- Schmidt, L. J., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2000). Instruments for Mental Health: A review. *Report to the Department of Health*.
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336–347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>
- Seijas, V. A., Lugo, L. H., Cano, B., Escobar, L. M., Quintero, C., Nughara, B., & Gutenbrunner, C. (2016). Understanding community-based rehabilitation and the role of physical and rehabilitation medicine. *European Journal of*

- Physical and Rehabilitation Medicine*, (1). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04530-5>
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH -ABINGDON-*, (2), 99.
- Slade Mike. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, Vol 10, Iss 1, p 26 (2010), (1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Slade, Mike. (2012). Everyday Solutions for Everyday Problems: How Mental Health Systems Can Support Recovery. *Psychiatric Services*, 63(7), 702–704. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100521>
- Slade, Mike, Oades, L., & Jarden, A. (2017). *Wellbeing, Recovery and Mental Health*. Cambridge University Press.
- Sotsiaalhoolekandeseadus. (2015). *Riigi teataja I*, 30.12.2015, 5. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>
- Sotsiaalministeerium. (2014). Erihoolekande arengukava aastateks 2014–2020. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf
- Stickdorn, M., & Schneider, J. (2012). *This is Service Design Thinking: Basics, Tools, Cases*. BIS Publ.
- Tallinna Ülikool. (2016). *Uuring psüühilise erivajadusega inimestele suunatud erihoolekandesüsteemi ümberkorraldamiseks ja tõhustamiseks teiste riikide*

praktikate alusel. Lõppraport. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Uudised_pressiinfo/di_uuringu_loppraport_08.02.2016.pdf

The European Social Network. (2016). Integrated social services in Europe. Loetud aadressil https://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/rapport-integrated-social-services-in-europe.pdf

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764010345062>

Trainor, J., Pomeroy, E., Pape, B., Dewar, G., Trainor, J., & Canadian Mental Health Association. (2004). *A framework for support*. Toronto, Ont.: Canadian Mental Health Association.

van der Bijl-Brouwer, M. (2017). Designing for Social Infrastructures in Complex Service Systems: A Human-Centered and Social Systems Perspective on Service Design. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*, 3(3), 183–197. <https://doi.org/10.1016/j.sheji.2017.11.002>

Waller, S., Bradley, M., Hosking, I., & Clarkson, P. J. (2015). Making the case for inclusive design. *Applied Ergonomics*, 46, 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.03.012>

Werner, S. (2012). *Needs Assessment of Individuals with Serious Mental Illness: Can It Help in Promoting Recovery?* (No. 00103853) (lk 568–573). <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9478-6>

Wilken, J. (2010). *Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam. SWP Publishers

- Wilken, J.-P., Medar, M., Bugarszki, Z., & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3).
<https://doi.org/10.18352/jsi.410>
- Williams, P., & Sullivan, H. (2010). Despite all we Know about Collaborative Working, Why do we Still Get it Wrong? *Journal of Integrated Care*, 18(4), 4–15.
<https://doi.org/10.5042/jic.2010.0373>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. PROGRAMME ON MENTAL HEALTH. Loetud aadressil
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. Loetud aadressil
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44219/1/9789241598774_eng.pdf
- World Health Organization. (2010a). Regional Framework for Action on Community-based Rehabilitation: 2010-2020. Loetud aadressil
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207604/9789290614821_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

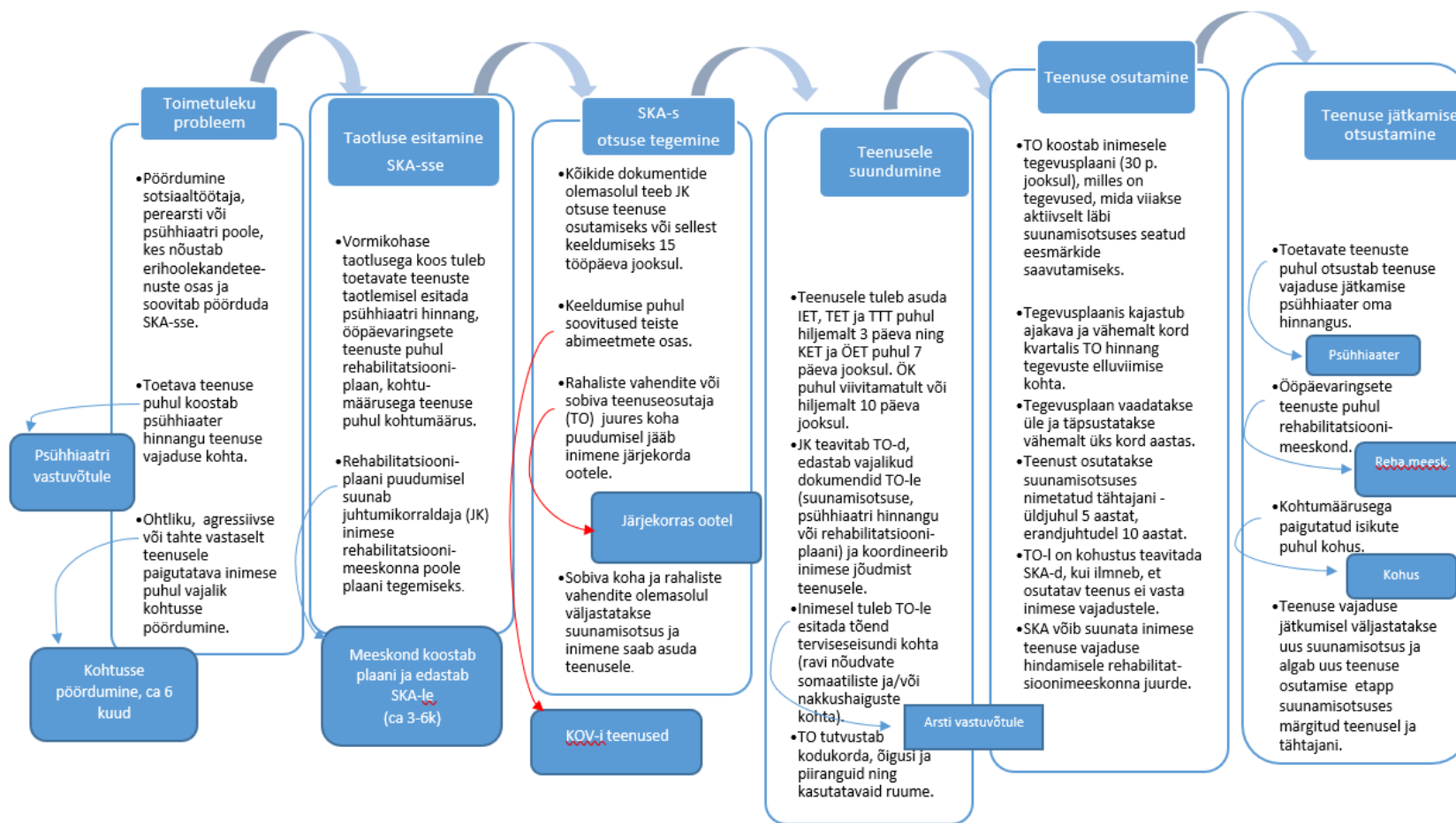
- World Health Organization. (2010b). *Towards Community-Based And Socially Inclusive Mental Health Care*. Loetud aadressil https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. Loetud aadressil http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- Young, D., Ng, P., Pan, J., & Cheng, D. (2016). Are recovery and quality of life different outcome measures for community-based psychosocial program? *Social Work in Mental Health, 14*(4), 360–378.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1038414>
- Yu, E., & Sangiorgi, D. (2014). Service Design as an approach to New Service Development: reflections and future studies, 11.

Lisa 1. Disainiprotsessi tööriistad ja meetodid arendusuuringu etappide lõikes

Arendusuuringus kasutatavad meetodid	Soovitavad tööriistad ja meetodid		
	Waller <i>et al</i> (2015)	Moriz (2005)	Brown ja Wyatt (2010)
MÕISTMINE			
Dokumendianalüüs, sh valdkonna analüüs ja kirjanduse läbitöötamine Huvirühmade kaardistamine Fookusgrupi intervjuud Individaalintervjuud Persoonade loomine	Huvirühmade kaardi koostamine Teenuse kasutajate vaatlus Persoonade loomine Klienditeekonna kirjeldamine Vajaduste loetelu koostamine	Võrdlusuuring Valdkonna analüüs Valdkonna intervjuud Ekspertide intervjuud Fookusgrupid Vaatlus ja varjutamine Kirjanduse läbitöötamine Võrgustike uurimine Kriitilise juhtumi tehnika Keskkonna kaart Puutepunktide kaardist. Prioriteetide maatriks Mõistekaart Loov mõtlemine	Fookusgrupp Uuringud Intervjuud Vaatlus Varjutamine
LOOMINE			
Klienditeekonna kirjeldamine Ideede genereerimine Visuaalsete kontseptsioonide loomine	Ideede stimuleerimine Kontseptsioonide arendamine Prototüüpide loomine	Rollimäng Ajurünnak Kogemuste joonistamine Kasutatavuse analüüs ja teostatavuse kontroll Eksperti ülevaade Persoonade loomine	Ideede genereerimine Visuaalsete kontseptsioonide loomine
TESTIMINE			
Prototüüpimine Testimine ekspertidega Testimine teenuse kasutajatega	Hindamis-kriteeriumite kokkuleppimine Testimine ekspertidega Testimine teenuse kasutajatega Mittesobiva välja praakimine Tõenda ja esitle tulemusi	Robustne prototüüp Rollimängud Koomiksid Stsenarium Sidusvõrkude kaardistamine	Prototüüpide loomine
RAKENDAMINE			
Teavitustöö ja konsulteerimine Klienditeekond	Juhtimine Täiusta pidevalt teenust Kindlusta ühtne arusaam Loo ärijuhtum Jälgi edu ja plaani järgmised sammud	Teenusplaan Äriplaan Teenuse juhend Tööjuhend Teenuse prototüüp	

Allikas: Autori koostatud Waller *et al.* (2015), Moriz (2005), Brown ja Wyatt (2010) alusel

Lisa 2. Erihoolekandeteenusele jõudmise ja osutamise protsess



Allikas: Sotsiaalministeerium, hanke dokumendid

Lisa 3. Arendusuuringu protsessi etapid, meetodid, ajakava, oodatav tulemus ja töö autori panus

Teenusedisaini protsessi etapp ja meetodid		Infoallikas/valim	Aeg	Oodatav tulemus	Töö autori panus projektmeeskonnas
MÕISTMINE	Dokumendi-analüüs ja teisel andmetel põhinev uuring	Õigusaktid Hankedokumendid Valdkonna varasemad uuringud EL ja Eesti valdkonna suundi reguleerivad dokumendid Sotsiaalkindlustusameti-, Eesti puuetega inimeste koja kodulehekülg	Aug-sept 2016	Ülevaade valdkonda mõjutavatest dokumentidest ja kirjandusest	Varasemad valdkonna uuringute ja EL ja Eesti valdkonna suundi reguleerivate dokumentide läbitöötamine, teisel andmetel põhinev uuring
	Huvirühmade kaardistus	Kirjanduse ja valdkonna analüüsi põhjal	Sept 2016	Huvigruppide kaart	Huvigruppide kaardi koostamine
	Fookusgrupi-intervjuu	6 grupiintervjuud eri huvirühmade esindajatega	Aug 2016	Ülevaade valdkonna probleemidest ja ootustest	Intervjuu tulemuste analüüs (koos projektmeeskonnaga)
	Individuaal-intervjuu	23 individuaalintervjuud eri huvirühmade esindajatega (vt Lisa 4 ja 5)	Sept-Okt 2016	Sihtgrupi vajaduste kaardistus Vajaduste kaardid Teenuse kasutaja vajaduste ja teenussüsteemi vastavuse kaardistus	Elukvaliteedi raamistiku loomine Intervjuu küsimuste täiendamine 3 individuaalintervjuu läbiviimine ja transkribeerimine Intervjuude tulemuste ja tausta selgitamine Vajaduste kaardistus (koos meeskonnaga) Vajaduste ja võimaluste analüüs ja vormistus (koos projektijuhiga)
	Persoonade loomine	Eelnevalt teostatud uuringute põhjal (vt lisa 6)	Nov 2016	7 eri toetusvajadusega teenuse kasutaja persoonat	Kliendi ja teenuseosutajate koostöös persoonade loomine (koos projektijuhiga)
LOOMINE	Klienditeekonna kirjeldamine	5 koosloome töötuba huvirühmade esindajatega, aluseks 7 persoonat ja vajaduste kaardid	Nov – jaan 2016	Tuleviku klienditeekond Teenuskomponentide loetelu koos sisukirjeldusega	5 töötoa modereerimine ja juhendamine Klienditeekondade analüüs komponentide tuvastamiseks (koos projektijuhiga)

Lisa 3 järg

LOO- MINE jätkub	Visuaalsete kontseptsioonide loomine	Eelnevalt teostatud uuringute ja klienditeekondade alusel	Veebr 2017	Alternatiivsed teenusmodelid, mida kliendiga koos hinnata	Alternatiivsete teenusmodelite genereerimine (koos projektijuhiga)
TESTIMINE	Prototüüpimine	Eelnevalt teostatud uuringute ja alternatiivsete teenusmodelite alusel	Veebr-märts 2017	Prototüüpid, mida on võimalus testida	Projektijuhi vormistatud lõplike prototüüpide ülevaatamine ja täiendamine
	Testimine ekspertidega	Kirjalik vabas vormis tagasiside eri huvirühmade esindajatelt	Märts-aprill 2017	Täiendatud prototüüp	Tagasiside analüüs ja prototüübi täiendamine (koos projektijuhiga)
	Testimine teenuse-kasutajatega	40 klienti (sh psüühikahäirega ning intellektipuudega), 8 kohalikku omavalitsust, igast KOV-st 1-2 teenuseosutajat	Mai – sept 2017	Täiendatud prototüüp	Testimise ettevalmistus (koos projektijuhiga) 3.kogemusseminari modereerimine Prototüübi ja teenuskontseptsiooni täiendamine (koos projektijuhiga)
RAKENDAMINE	Kliendi teekond	Eelnevalt teostatud uuringute põhjal (vt lisa 8)	Sept 2017	Klienditeekond	Autori koostatud
	Teavitustöö ja konsulteerimine	Teavitusseminar eri huvirühmade esindajatele. Kliendi nõustamine testimise jätkumisel	Sept 2017-juuni 2018	Teenusmodeli testimine jätkub edukalt	Projekti tulemuste tutvustamine tellijale ja eri huvirühmade esindajatele teavitusseminaril (koos projektijuhiga). Jooksev nõustamine teenusmodeli rakendamise osas

Allikas: autori koostatud

Lisa 4. Individuaalintervjuude valim

	Huvirühm	Teenustega seotus	Asukoht
1	Teenuse kasutaja	Ööpäevaringne erihooldusteenus (ebastabiilse remis-siooniga isikutele)	Viljandi
2	Teenuse osutaja (tegevusjuhendaja)	Ööpäevaringne erihooldusteenus (ebastabiilse remis-siooniga isikutele)	Viljandi
3	Teenuse osutaja (osa-konnajuhataja)	Ööpäevaringne erihooldusteenus	Võisiku
4	Teenuse kasutaja	Ööpäevaringne erihooldusteenus	Võisiku
5	Teenuse kasutaja	Ööpäevaringne erihooldusteenus, võiks liikuda toeta-vale teenusele	Võisiku
6	Teenuse kasutaja	Ööpäevaringne erihooldusteenus (teenusel kohtumääruse alusel)	Valkla
7	Teenuse kasutaja	Ööpäevaringne erihooldusteenus (teenusel kohtumääruse alusel)	Valkla
8	Teenuse osutaja (psüh-holoog)	Ööpäevaringne erihooldusteenus (teenusel kohtumääruse alusel)	Valkla
9	Teenuse kasutaja	Kogukonnas elamise teenus	Tartu
10	Teenuse osutaja (juht-tegevusjuhendaja)	Kogukonnas elamise teenus	Tartu
11	Teenuse kasutaja	Igapäevaelu toetamise teenus (päevakeskus)	Jõhvi
12	Teenuse osutaja (tegevusjuhendaja)	Igapäevaelu toetamise teenus (päevakeskus)	Jõhvi
13	Teenuse kasutaja	Igapäevaelu toetamise- ja töötamise toetamise teenus	Tallinn
14	Teenuse osutaja (tegevusjuhendaja)	Igapäevaelu toetamise- ja töötamise toetamise teenus	Tallinn
15	Tööandja	Töötamise toetamise teenuse raames puhastusteenuste töö pakkumine	Tallinn
16	Juhtumikorraldaja	Sotsiaalkindlustusameti juhtumi-korraldaja	Tallinn
17	Teenuseosutaja (juht-tegevusjuhendaja)	Igapäevaelu toetamise- , töötamise toetamise- ja toeta-tud elamise teenus Rehabilitatsiooniteenus Töölase rehabilitatsiooni teenus	Tallinn
18	Sotsiaaltöötaja	Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja	Harjumaa
19	Sotsiaaltöötaja	Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja	Lihula
20	Psühhiaatriaigla pat-sient	Esmahaigestunu, potentsiaalne teenusekasutaja	Tartu
21	Psühhiaatriaigla sot-siaaltöötaja	Tegeleb esmahaigestunute ja tugi-gruppide läbiviimi-sega	Tartu
22	Psühhiaater	Hetkel erapraksises, varem töötas rehabilitatsiooni-meeskonnas	Tartu
23	Teenuse kasutaja pere-liige	Varasemalt ööpäevaringne erihoolekandeteenus, het-keel suure toetuse vajadusega klientidele igapäevaelu toetamise teenus	Tallinn

Allikas: Autori koostatud disainiprojekti materjalide alusel

Lisa 5. Individuaalintervjuude küsimused

TEENUSE KASUTAJA					
Nr	Küsimused	Taust ja tutvumine	Teenuse omadused ja kliendikogemus	Teenussüsteem/protsessid	Politiika ja ideoloogia
1.	Vanus ja eesnimi	x			
2.	Kui kaua kasutad teenust?	x			
3.	Miks sa siin käid?		x		
4.	Kuidas sattusid teenusele? Mida enim tegid?		x	x	
5.	Kui lihtne või keeruline oli teenusele saamine		x	x	
6.	Kuidas sattusid just sellele teenusele, kas oli võimalus valida?		x	x	
7.	Kas sul on teenusel olles mingi eesmärk või plaan? Mida see plaan sisaldab, kuidas see tehti (töötaja poolt/sinu tehtud/koos tehtud)?		x	x	
8.	Kirjelda oma päeva v nädalat siin teenusel olles		x		
9.	Mis meeldib teenuse juures? Mis kasu sellest sulle on?		x		
10.	Mis ei meeldi teenuse juures?		x		
11.	Kui rahul oled oma eluga ja kuidas tuled täna toime, nt elamine, tervis (vaimne ja füüsiline), iseseisvus, töö/õppimine, suhted – sõbrad ja pere, vaba aeg?		x		
12.	Kas ja milles vajaksid rohkem abi?		x	x	
13.	Milliseid teenuseid veel kasutad? Kuidas need sind aitavad?		x	x	
14.	Mis on täna puuetega inimeste/psüühikahäirega inimeste abistamise valdkonnas hästi?			x	x
15.	Mis on sind kõige rohkem aidanud?		x	x	x
16.	Mis ei ole täna hästi, mis vajaks muutmist/parandamist?			x	x

Lisa 5 järg

PERELIIGE					
Nr	Küsimused	Taust ja tutvumine	Teenuse omadused ja kliendikogemus	Teenuse süsteem/protsessid	Politiika ja ideoloogia
1	Kes te teenuse kasutajale olete?	x			
2	Kui kaua teie lähedane on olnud haige ja kui kaua ja mis teenust ta kasutab?	x			
3	Kuidas ta sattus teenusele? Mida ennem tegid?			x	
4	Kui lihtne või keeruline oli teenusele saamine		x	x	
5	Kuidas sattus just selle teenusele, kas oli võimalus valida?		x	x	
6	Kas teie lähedasel on teenusel olles mingi eesmärk või plaan? Kas olete sellest teadlik, kas olete kaasatud plaani tegemisse?		x	x	
7	Kuidas teie lähedane tuleb täna toime ja milles vajab toetust?		x		
8	Kuidas teenus aitab teie lähedast? Mis on teenusest kasu?		x		
9	Kuidas saaks teie lähedast veelgi rohkem toetada?		x	x	
10	Milliseid teenuseid teie lähedane veel kasutab? Kuidas need teda aitavad?		x	x	
11	Kuidas te ise tulete toime ja milles vajate toetust?		x		
12	Kust saate teie ise toetust?		x	x	
13	Milles vajaksite rohkem toetust endale, et toime tulla?		x	x	
14	Mis on täna puuetega inimeste/psüühikahäirega inimeste abistamise valdkonnas hästi?			x	x
15	Mis on teid ja teie lähedast kõige rohkem aidanud?		x	x	x
16	Mis ei ole täna hästi, mis vajaks muutmist/parandamist?			x	x

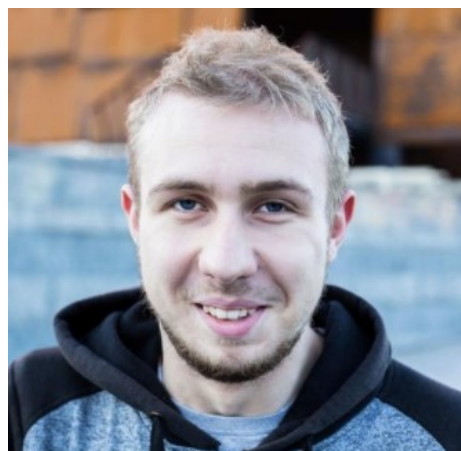
Lisa 5 järg

TEENUSE OSUTAJA					
Nr	Küsimused	Taust ja tutvumine	Teenuse omadused ja kliendikogemus	Teenussüsteem/protsessid	Politiika ja ideoloogia
1	Kui kaua olete valdkonnas töötanud?	x			
2	Milliseid teenuseid pakute?	x			
3	Kuidas klient jõuab teenusele?		x	x	
4	Kui lihtne või keeruline on teenusele saamine		x	x	
5	Kas kliendil/perel on võimalus teenust valida?		x	x	
6	Kas kliendil on teenusel olles mingi eesmärk või plaan? Mida plaan sisaldab, kuidas see tehti (töötaja /kliendi/koos tehtud)?		x	x	
7	Milles vajavad kliendid kõige enam toetust?		x		
8	Mida teenuse raames teete, mida pakute (kirjelda päeva/nädalat)		x		
9	Mis on teenusest kliendile kasu?		x		
10	Kuidas oleks teenustest veel rohkem kasu?		x	x	
11	Milles vajab pere abi? Kuidas pere toetate?		x		
12	Kas (on vajadus) ja kellega teete koostööd kliendile teenuse osutamisel?			x	x
13	Mis on täna psüühikahäirega inimeste abistamise valdkonnas hästi?			x	x
14	Mis ei ole täna hästi, mis vajaks muutmist/parandamist?			x	x

Allikas: Autori koostatud disainiprojekti materjalide alusel

Lisa 6. Näide loodud persoonadest

Nimi: **MART**
Vanus: **26**
Sugu: **mees**
Elukoht: **Mustvee**
Diagnoos: **psüühikahäire**



Kuidas vajadus tekkis?

- Haigus avaldus peale lapse sündi 7 aastat tagasi, Mart oli siis 19-aastane. Tema elukaaslane oli sel ajal 18-aastane.
- Satub haiguse tõttu üha tihemini haiglasse (3-4 korda aastas). Ravimid, mis alguses mitu aastat sobisid, et toimi enam piisavalt. On proovitud uusi raviskeeme, aga siiani pole midagi aidanud olukorda kontrolli alla saada.
- Mart teeb viimastel aastatel pigem ajutisi juhutöid, kuna ei suuda haiguse ägenedes regulaarselt tööl käia. Tal on püsivalt halb olla, energiat vähe ja tööd ei jõua otsida. Paljud tööd on välistatud, sest Martil on tekkinud intensiivne mustusekartus.
- Elab koos naise ja 7-aastase lapsega. Naine on mures ja väsinud.
- Mart tuleb igapäevaeluga toime, kuid püsisümptomid (mustusekartus, paranoia) püsivad.
- On käinud päevakeskuses, kuid sealsed tegevused ja inimesed ei sobinud, meeldisid eraldi vestlused töötajaga.

Millised on peamised eesmärgid ja vajadused?

- Eesmärk käia tööl ja oma pere eest hoolitseda.
- Parem enesetunne, rohkem energiat ja jõudu.

Mis talle meeldib?

- Perega aega veeta.
- End vajalikuna tunda, pere eest hoolitseda.

Mis talle ei meeldi?

- Olla teistele koormaks.
- Väsinud ja uimane enesetunne kui ta ravimeid võtab.

Allikas: disainiprojekti lõpparuanne

Lisa 7. Erinevate teenustega seotud vajaduste hindamine

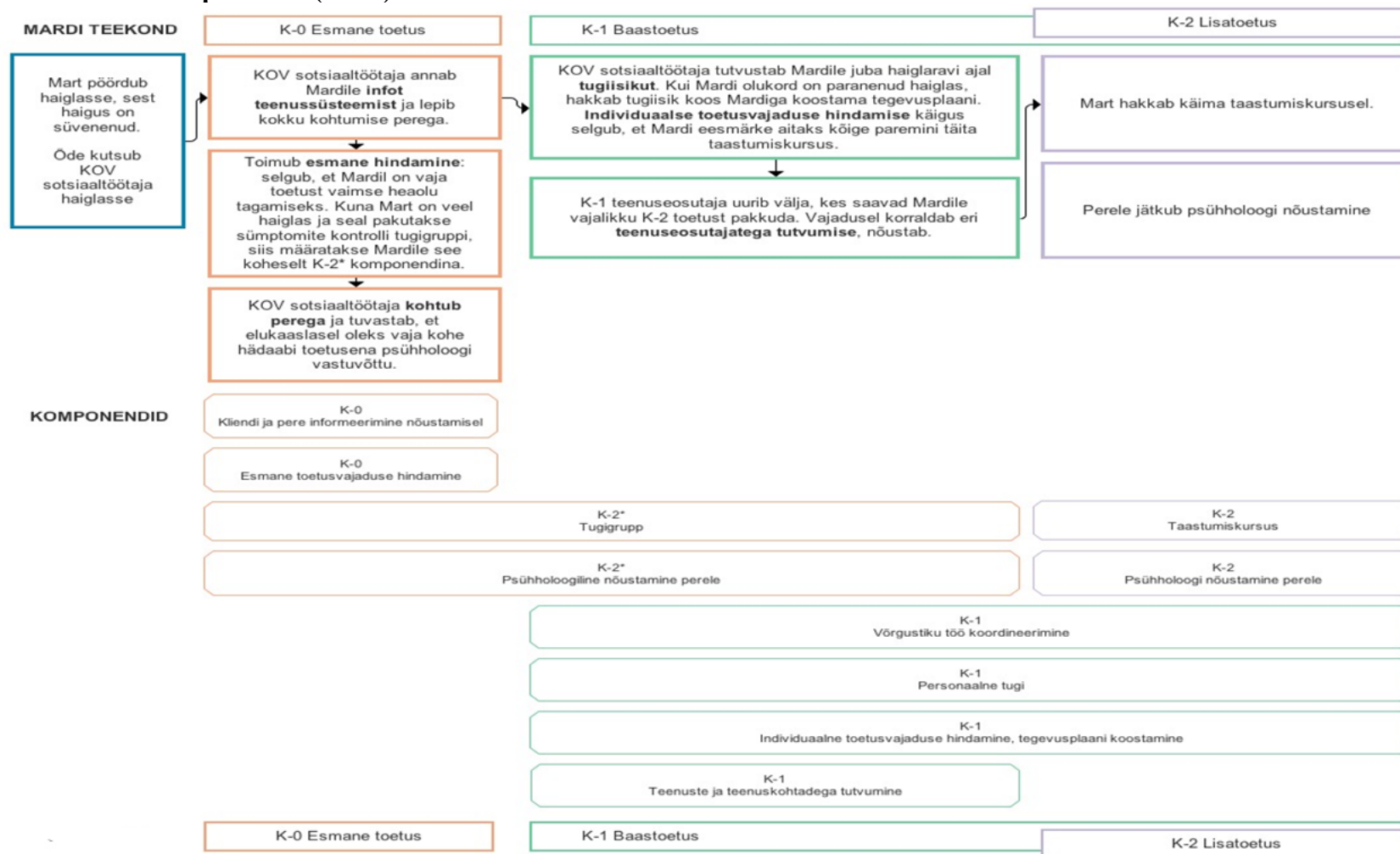
Hindamise läbiviija, hindamise sisu
1) Sotsiaalkindlustusamet - Erihoolekandeteenuse vajaduse hindamine ja otsustamine
Hindamine, kas inimesel on õigus teenusele (taotlusega esitatud dokumentide alusel). SHS § 70: (1) Isik esitab Sotsiaalkindlustusametile taotluse erihoolekandeteenuse saamiseks. (2) Sotsiaalkindlustusamet hindab isiku erihoolekandeteenuse vajadust, lähtudes järgmisest: 1) eesmärgid, mille esinemisel on õigustatud erihoolekandeteenuse osutamine; 2) toimetulekuvõime; 3) tegevusvõime; 4) osalusvõime; 5) tervises seisund; 6) andmed Eesti Töötukassa osutatud tööturuteenuste kohta.
2) Sotsiaalkindlustusamet - Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hindamine
SHS § 62: (1) Sotsiaalkindlustusamet määrab kindlaks käesoleva seaduse § 59 lõike 1 punktides 3–7 nimetatud isikute sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse, lähtudes järgmisest: 1) eesmärgid, mille esinemisel on õigustatud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamine; 2) toimetulekuvõime; 3) tegevusvõime; 4) osalusvõime; 5) tervises seisund; 6) andmed Eesti Töötukassa osutatud tööturuteenuste kohta.
3) Rehabilitatsioonimeeskond - Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusega seotud hindamine
SHS § 3: Rehabilitatsiooniplaan peab sisaldama hinnangut ja soovitusi abivajajale järgmiste valdkondade kohta: 1) iseseisev toimetulek: hinnatakse toimetulekuoskusi, teistest sõltuvust igapäevatoimingutes, otsuste langetamisega seotud iseseisvust, kohanemisvõimet, elamistingimustest ja majanduslikust toimetulekust lähtuvat iseseisvust, kirjeldatakse tervises seisundit (sh psüühikahäire raskusastet) ja raviskeemi jälgimist ning toimetuleku seost tervises seisundi ja haigusteadlikkusega; 2) psühholoogiline tasakaal: hinnatakse käitumist, emotsionaalset seisundit, suhtlemis- ja kontaktivõimet, koostööoskusi, kognitiivseid protsesse ja isiksuseomadusi; 3) õppimine ja hariduse omandamine: hinnatakse õpioskusi, sealhulgas hariduslikke erivajadusi, võimeid (sh kommunikatsioonivõime), kutsesobivust ja kutsevaliku perspektiive, lähtudes kliendi motivatsioonist, püsivusest ja võimetest; 4) tööle saamine ja tööl püsimine: hinnatakse kutsesobivust ja töövõimalusi, lähtudes füüsilisest ja emotsionaalsest tegevusvõimest; hinnatakse ja uuritakse tegevuseeldusi; kirjeldatakse tegevusvõimet mõjutavaid muid tegureid; 5) sotsiaalne aktiivsus: hinnatakse kliendi kaasatust, osalusvõimet pärssivaid näitajaid ja arendamisvõimalusi; 6) elu- või töökoha kohandamine: nimetada, millised kohandamis on tehtud ja/või vajalikud; 7) abivahendi kasutamine; 8) puude liik: psüühikahäire, vaimupuue, kõnepuue, kuulmispuue, nägemispuue, liikumispuue, liitpuue (liitpuude korral nimetada selle hulka kuuluvad puude liigid) või muud toimetuleku piirajad.

Lisa 7 järg

4) Rehabilitatsioonimeeskond - Ööpäevaringse erihoolekandeteenuse vajaduse hindamine
Vajadusel võib SKA suunata inimese rehabilitatsiooniplaani koostamisele, eesmärgiga hinnata erihoolekandeteenuste vajadust.§ 101 (1) p4: Ööpäevaringset erihooldusteenust on õigus saada täisealisel isikul, kelle rehabilitatsiooniplaanis on märgitud ööpäevaringse teenuse vajadus; SHS § 70 (5): Sotsiaalkindlustusametil on õigus suunata isik käesoleva sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutaja juurde rehabilitatsiooniplaani koostamisele erihoolekandeteenuse vajaduse hindamiseks.
5) Psühhiaater - Psühhiaatri hinnang
SHS § 90, § 93, § 96, § 97, § 99. Psühhiaater annab Sotsiaalkindlustusametile esitatavas kirjalikus hinnangus või rehabilitatsiooniplaanis hinnangu psüühikahäire olemasolu kohta ning teenuse osutamise kestuse ja tegevuste soovitusliku sageduse kohta.
6) Erihoolekande teenuse osutaja - Erihoolekandeteenuse tegevusplaani koostamine
SHS § 83 (6). SHS ei too eraldi välja nõudeid vajaduste hindamisele. Tegevusplaani saab seostada erihoolekandeteenuste eesmärkidega, mis tuginevad hinnatud vajadustele. Tegevusplaani koostamise käigus hinnatakse nt AS Hoolekandeteenuse poolt järgmisi valdkondi: elukäik, staatus ja identiteet, sotsiaalsed suhted, motivatsioon, oskused, psüühho-sotsiaalne haavatavus, füüsiline tervis, riskikäitumine. Erinevad teenuseosutajad kasutavad erinevaid meetodikaid tegevusplaani väljatöötamiseks.
7) Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja – Abivajaduse ja sellele vastava abi välja selgitamine, juhtumiplaani koostamine
Juhtumiplaan sisaldab hinnangut isiku abivajadusele ja tegevuskava abimeetmete rakendamiseks. SHS § 15. Hindamiskohustus ja otsus abi andmise kohta: (1) Kohaliku omavalitsuse üksus selgitab välja abi saamiseks pöördunud isiku abivajaduse ja sellele vastava abi. (2) Abivajaduse väljaselgitamisel lähtutakse terviklikust lähenemisest isiku abivajadusele, võttes arvesse tema toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist mõjutavaid asjaolusid, sealhulgas: 1) isiku personaalse tegevusvõimega seonduvaid asjaolusid; 2) isiku füüsilise ja sotsiaalse elukeskkonnaga seonduvaid asjaolusid.
8) Töötukassa - Töövõime hindamine
Hinnatakse: 1) liikumine; 2) käeline tegevus; 3) suhtlemine: nägemine, kuulmine, kõnelemine; 4) teadvusel püsimine ja enesehooldus; 5) õppimine ja tegevuste elluviimine; 6) muutustega kohanemine ja ohu tajumine; 7) inimeste vaheline lävimine ja suhted.
9) Sotsiaalkindlustusamet - Puude tuvastamise hindamine
Hinnatakse kehalist ja vaimset võimekust, sh: 1) liikumine; 2)käeline tegevus; 3)suhtlemine: nägemine, kuulmine ja kõnelemine; 4) teadvusel püsimine ja enesehooldus; 5) õppimine ja tegevuste elluviimine; 6) muutustega kohanemine ja ohu tajumine; 7) inimestevaheline lävimine ja suhted; 8) alkoholi, narkootiliste, psühhotropsete ja teiste sõltuvust tekitavate ainete ning ravimite mõju; 9) muud tervisehäired.

Allikas: autori koostatud Sotsiaalhoolekandeseaduse, Töötukassa ning Sotsiaalkindlustusameti spetsialistidelt saadud info alusel

Lisa 8. Näide ühe persona (Mart) klienditeekonnast



Allikas: Disainiprojekti lõpparuanne.

Lisa 9. Teenuskomponentide tabel ning komponentide seos tänaste teenustega

MOODUL 0: Esmane toetus		
Komponent	Mooduli ja komponendi selgitus	Seos tänaste teenustega
Esmane toetus teenussüsteemi sisenemisel	<p>Esmase toetuse eesmärgiks on pakkuda toetust teenussüsteemi sisenemisel. Toetuse pakkuja ülesanded:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pro-aktiivne abi pakkumine niipea kui abivajadust on märgatud. * Usaldusväärse kontakti loomine abivajaja ja tema perega, motiveerimine abi vastuvõtmiseks. * Isiku ja pere informeerimine õigustest ja võimalustest. Isiku, pere ning vajadusel võrgustiku informeerimine teenussüsteemist ja toetusvõimalustest. * Esmane toetusvajaduse kindlaksmääramine, et seostada isik sobiva baastoetuse pakkujaga, kes teostab täpsema vajaduste ja eesmärkide hindamise. * Baastoetuse teenusepakkujate tutvustamine (vajadusel tutvumise korraldamine, prooviperiood), tegemaks inimesel ja perel informeeritud otsuseid baastoetuse teenuseosutaja valikul. 	<p>KOV-i abivajaduse hindamine SKA erihoolkande teenuse vajaduse hindamine</p>

MOODUL 1: Baastoetus		
Komponent	Mooduli ja komponendi selgitus	Seos teenustega
Personaalne toetus	<p>Personaalne toetuse eesmärgiks on pakkuda inimesele usaldusväärset individuaalset kontakti (tugiisiku) ning juhtumikorraldusliku sekkumise. Personaalset toetust pakutakse nii inimesele kui tema perele vastavalt vajadusele kogu teenuse kasutamise perioodil. Personaalse toetuse raames toimub:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terviklik ja järjepidev toetusvajaduse hindamine ja teenuskomponentide planeerimine (tegevusplaani koostamine, ülevaatamine, muudatuste planeerimine, tegevusplaani elluviimise toetamine ja koordineerimine) 2) Võrgustiku töö koordineerimine (sh sotsiaalse võrgustikuga suhtlemine). 3) Inimese nõustamine ja seostamine vajalike teenuskomponentide pakkujate ning sidusvaldkondade teenustega. Sh: <ul style="list-style-type: none"> (a) tervishoiuteenustega sidumine, et inimene jõuaks vajalike teenusteni ning jälgiks ravi (b) Teavitustöö kogukonnas - naabrite/ võrgustiku jt kogukonnaliikmete toetamine, hirmude maandamine ja positiivse suhtumise toetamine. toetamine ja teavitamine, et tagada neile ja kliendile turvaline keskkond ja koostöö; (c) Toetamine kogukonnateenuste kasutamisel, et inimene seostaks inimese tegevustega tema elukeskkonnas; (d) Nõustamine ja abi rahaliste toetuste taotlemisel, eestkoste korraldamisel, asjaajamisel; 4) Individuaalne toetus kriisi korral - haiguse ägenemise korral toetus pere, raviarsti ja kogukonnaga suhtlemisel nn mobiilne kriisiabi / SOS kontakt - töötaja, kes on kättesaadav ja toetab inimest kriisi korral. Vajadusel pakub personaalne toetus aktiivsemat toetust teenusekoha ootamisel, kuni sobiva teenuse kättesaamiseni. 	<p>Erihoolek. - teenus (edaspidi: EHK); Rehabilitats. - teenus (edaspidi: REH). KOV juhtumikorralduslik lähenemine.</p>

Lisa 8 järg

MOODUL 1*: Hädaabi toetus		
Komponent	Mooduli ja komponendi selgitus	Seos teenustega
Personaalne toetus abist keeldumise korral	Hädaabi toetuse mooduli eesmärk on pakkuda pädevat sekkumist abist keeldumise korral. Hädaabi mooduli raames toimub võimalikult kiire sekkumine ja toetus ebastabiilse olukorra stabiliseerimiseks, isiku baasvajaduste ja -turvalisuse tagamiseks. Personaalse toetuse raames viiakse läbi sarnaseid tegevusi, nagu baastoetuse personaalse toe puhul. Võtmeroll spetsiaalse ettevalmistusega töötajal (pädevus tööks abist keeldujaga), kelle eesmärk on luua kontakt, motiveerimine abi vastu võtma ja valmistada ette tingimused baastoetuse mooduli tegevuste. Komponendi raames toimub toetusvajaduse hindamine ning koostatakse töötaja jt toetusvõrgustiku liikmete tegevuste vaatest toetusplaan, koordineeritakse plaani elluviimist ja võrgustikutööd. Inimese toetamine toimub suures osas läbi pere ja võrgustiku koostöö. Toetuse pakkumine perele ja lähedastele, et nad oleks võimelised abivajajat toetama ja ise toime tulema. Vajadusel töö kogukonnasuhete parandamise ja toetamisega. Mobiilne kriisiabi / SOS kontakt - töötaja, kes on kättesaadav ja toetab inimest kriisi korral. Mooduli eesmärkide saavutamiseks määratakse vajadusel toetusplaani alusel lisatoetuse komponente	Tervishoiuteenus (edaspidi: THT) – kiirabi; KOV sekkumine kriisi korral.

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Pere toetamine	Psühholoogiline nõustamine ja psühhoteraapia perele	Psühholoogiline nõustamine perele stressi ja pingega toimetulekuks, psühhoteraapia, sh teraapia koos abivajava isikuga, sh individuaalne ja grupis Psühholoogiline nõustamine lastele (individuaalne, grupis ja/või laagrites vm) psüühikahäirega vanema alaealistele lastele ja noortele.	REH
	Pere nõustamine ja koolitus	Vaimse tervise alane nõustamine perele, sh: Informeerimine, emotsionaalne ja praktiline toetus ning juhendamine haiguse ja sellest tulenevate piirangute ja võimaluste mõistmiseks, sobiva toe pakkumiseks, peresuhete ja toetuse optimeerimiseks, sh kriisiolukorras käitumise ja sobivate strateegiate õppimiseks. Pere koolitus / grupinõustamine vaimse tervise teemadel, sh: Informeerimine, emotsionaalne ja praktiline toetus ning juhendamine haiguse ja sellest tulenevate piirangute ja võimaluste mõistmiseks, sobiva toe pakkumiseks, peresuhete ja toetuse optimeerimiseks, sh kriisiolukorras käitumise ja sobivate strateegiate õppimiseks.	EHK REH
	Kogemusnõustamine perele	Kogemusnõustamine perele sarnase kogemusega perede või taastujast kogemusnõustaja poolt.	EHK REH
	Intervallhoid	Ajutise hoiu teenus kodus või teenuseosutaja pinnal, lähedastele puhkuse võimaldamiseks.	KOV
Sotsiaalsed suhted	Sotsiaalsete suhete toetamine	Sotsiaalsete suhete soodustamine, loomine ja säilitamine, sh: Nõustamine ja toetus lähedastega suhete taastamiseks ja hoidmiseks Lastega suhete toetamine Toetus ja nõustamine lapsevanemaks olemisel, sh lapsevanamaks vajalike oskuste arendamine, tugi ja nõustamine lapse kasvatamisel Vanade sõprussuhete taastamine, uute sõprade leidmine Toetus ja nõustamine turvaliste intiim- ja paarisuhete loomiseks. Erinevad sotsiaalsete oskuste, intiimsuse ja läheduse, seksuaalkasvatusega seotud programmid, nt UCLA moodul, HENK nõustamine ja koolitus.	EHK REH

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus järg			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Vaimne heaolu	Taastumise ja haigusega toimetuleku toetamine	<p>Vaimse tervise alase info jagamine ja nõustamine (sh digitaalselt, telefoni teel) ning spetsialistideni edasi suunamine.</p> <p>Raviarstiga koostöös sobiva ravi ja seda toetavate taastumistegevuste planeerimine. Sh ohumärkide plaani ja kriisikaardi koostamine koostöös oluliste tugivõrgustiku liikmetega (lähedased, VTÕ jt).</p> <p>Nõustamine ja toetus haiguse, sümptomite, ravi ja ravimitega toimetulekuks, haiguse ägenemise ennetamiseks, sh sümptomite kontrolli jms grupiõppeprogrammid.</p> <p>Nõustamine ja toetus haiguse mõjude, takistuste, stressi ja negatiivsete emotsioonidega toimetulekuks.</p> <p>Taastumiskursus - taastumise mõtteviisi arendamiseks, oma loo ja taastumisprotsessi läbitöötamiseks, eesmärkide läbimõtleamiseks.</p> <p>Vaimse tervise alane (psühhiaatria õde, psühhiaater) või sotsiaalne nõustamine ja teraapiad. Kognitiivne remediatsioon, loovteraapia, tegevusterapia jm.</p>	EHK REH THT
	Vaimse ja motoorse võimekuse arendamine ja säilitamine	<p>Teraapiad vaimse ja motoorse tervise säilitamiseks ja arendamiseks, sh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - loovteraapiad sh muusikateraapia, tegevusterapia, sotsiaalpedagoogi nõustamine, eripedagoogi, logopeedi nõustamine, sensoorse interpretatsiooni toetamine (aistinguliste iseärasuste kaardistamine ja sellega arvestavate sekkumiste planeerimine (sensoorne dieet, tunnetuslik suhtlemine-autismi puhul oluline)), füsioterapia, loomade kaasamine teraapiates, hipoterapia jms. <p>Alternatiivkommunikatsiooni vahendite planeerimine ja kasutama õppimine.</p>	REH
	Psühholoogiline nõustamine ja psühhoteraapia	<p>Taastumist toetav psühholoogiline nõustamine ja psühhoteraapia. Nõustamine ja psühhoteraapia personaalse identiteedi tugevdamiseks, jõustamiseks, taastumisloo läbi töötamiseks, stressi, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulek, oma keha tunnetuseks jms.</p>	REH

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus järg			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Vaimne heaolu-järg	Kogemusnõustamine	<p>Kogemusnõustamine - sarnase kogemusega inimeste vahel toimuv teadmiste- ja kogemuste vahetus ja/või nõustamine, mille käigus pakutakse kogemuslikku emotsionaalset- sotsiaalset- ja/ või praktilist tuge. Rääkimine inimestega, kes on sarnase taastumisprotsessi läbi teinud. Haiguse, kõrvaltoimete, sümptomitega toimetulekuks, haigusteadlikkuse tõstmine.</p> <p>Tugigrupp ja/või eneseabigrupp - toetusgrupid sarnase probleemiga inimeste toetamiseks, haiguse- ja sümptomitega toimetulekuks - erinevatele probleemidele, psüühikahäirest tulenevatele piirangutele ja diagnoosigruppidele suunatud grupid, nt depressioon, sõltuvus, häälte kuulmine jne.</p> <p>Tugi- ja eneseabigruppe võivad juhtida kas professionaalid koos kogemusnõustajaga või vastava väljaõppega kogemusnõustaja üksi.</p>	EHK REH
	Riski- ja probleemse käitumise juhtimine	<p>Riskijuhtimine - riskikäitumise hindamine ja -juhtimine, sh riskide hindamine kahjustava sündmuse ennetamiseks (nt enda hooletusse jätmine, suitsiid, agressiivsus, risk lastele),</p> <p>tegevuste planeerimine olemasolevate riskide ohjamiseks ja kõigi seotud osapoolte kaitsmiseks.</p> <p>Koostatakse vajadusel ohumärkide plaan, kriisikaart jm (nt CARE meetodika alusel). Viiakse läbi reeglina riskijuhtimisega seotud multidistsiplinaarse meeskonna poolt.</p> <p>Probleemse käitumise juhtimine, sh käitumiseksperdi nõustamine toetusmeeskonnale ja perele probleemse käitumise mõistmiseks ja korrigeerimiseks, emotsioonide ja negatiivsete mõtetega toimetulekuks.</p> <p>Ettevalmistus kriisiolukorraks, nt harjutamine ja õpetamine turvalisuse tagamise ja abi kutsumise teemal.</p>	EHK REH THT
Füüsiline heaolu	Tervise alane nõustamine	Füüsilise tervise eest hoolitsemise toetamine, nõustamine ja motiveerimine tervislike eluviiside tagamiseks (füüsiline aktiivsus, toitumine, tervislikud eluviisid jms).	EHK REH
	Füüsilise aktiivsuse toetamine	Sportimis-/ liikumisvõimalused - värskes õhus viibimise ja sportimisvõimaluste tagamine individuaalselt ja grupis.	EHT

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus järg			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Hõivatus	Töötamise toetamine	Töötamise toetamise komponendi raames toimub igakülgne toetus töö leidmiseks, saamiseks ja säilitamiseks, sh: Töövõime hindamine - töövõime ja -oskuste hindamine. Hindamine praktiliste töötegevuste käigus. Karjäärinõustamine - nõustamine töö leidmiseks, säilitamiseks, tuleviku planeerimiseks. Töö leidmine - toetus töö leidmisel ja tugiteenuste korraldamisel. Töötingimuste kohaldamine - erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate töötingimuste ja töökeskkonna loomise toetamine. Toetus ja suhtlemine tööandjaga paindlike töötingimuste korraldamiseks. Tööandja motiveerimine sobivate tingimuste loomiseks.	EHT Töötukassa (edaspidi: TKT)
	Töö- või rakendus-tegevuse toetamine spetsiaalselt kohandatud keskkonnas	Töö tegemise võimalus turvalises ja kohandatud keskkonnas, kus on võimalik teha võime-tekohaseid tööülesandeid sobivas töökeskkonnas ja jõukohases töötempo ning sealjuures on tagatud vajalikus ulatuses juhendamine, nõustamine ja abi. Töötegevused toimuvad teenusepakkuja juures või kohandatud töökeskkonnas avatud tööturul. Rakendus tegevuskeskuses - rakendustegevused inimese aktiveerimiseks. Erinevad toimetulekuoskuste grupid, huviringid jm, mis tagavad piisava hõivatuse. Erinevad toimetulekuoskuste grupid, huviringid jm, mis tagavad piisava hõivatuse.	EHT TKT
	Õppimise toetamine	Õppimise toetamine - toetus õpivõimaluste leidmisel, õpingute alustamisel ja säilitamisel. Õppimistingimuste kohaldamine - Erivajadustest lähtuvate paindlike ja sobivate õppimistingimuste ja -keskkonna loomise toetamine. Vajadusel hariduse tugiteenuste korraldamine.	EHT
	Rakenduse leidmine kogukonnas	Vabatahtliku töö võimaluste leidmine vm võimaluste loomine kogukonda panustamiseks.	EHT

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus järg			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Vaba aeg ja huvitegevus	Vaba aja ja huvitegevuse toetamine	Vaba aja sisustamine, huvitegevuse leidmine ja säilitamine. Puhkuse ja hõive (töö jm raketuse) vahelise tasakaalu hoidmine. Huviringides osalemine tegevuskeskuses või kogukonnas. Toetus huviringi valimisel ja sinna kohale jõudmisel. Individuaalse huvitegevuse toetamine.	EHT
Eluase	Elamispind	Elamispind või vahendid selle üürimiseks vabaturult. Eluase ja teenus eraldi või eluase koos teenusega. Erinevad eluaseme tüübid vastavalt isiku võimetele ja toetusvajadusele: - omaette korter (sh sotsiaalkorter), - jagatud korter (oma tuba teiste klientidega jagatud ühiskorteris), - perekodu / rühmakodu.	EHT
	Toetus elukoha vahetusel	Sobivama elamispinna korraldamine - nõustamine sobiva elamispinna või eluasemega teenuse valikul, võimalike elamispindadega teenuskohtadega tutvumine kohapeal. Toetus sobivama elamispinna organiseerimiseks, kui olemasolev eluase raskendab taastumist. Kolimisplaan/ üleminekuplaan - kolimise planeerimine, koostöös kliendi ja perega tegevuskava koostamine kolimisega seotud praktiliste küsimuste lahendamiseks, toetuse ja teenuse vahetuse sujuvaks üleminekuks. Praktiline abi kolimise teostamiseks (transport jm). Uue elukeskkonnaga tutvumine (vajadusel juba eelnevalt), kogukonna ja ümbrusega tutvumine.	EHT

Lisa 8 järg

MOODUL 2: Lisatoetus järg			
Komponendi valdkond	Komponent	Komponendi kirjeldus	Seos tänaste teenustega
Igapäevaeluga toimetulek	Igapäevaelu toetamine	<p>Toetus vastavalt isiku vajadusele ja võimekusele: .</p> <p>Igapäevaelu toetamise komponendi raames toetatakse isikut vastavalt tema vajadustele ja võimekusele (meeldetuletus, juhendamine, toetus, hooldus) alljärgnevates valdkondades:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Söömise ja söögitegemise toetamine - tugi poes käimisel ja/või toidu valmistamisel *Enese eest hoolitsemise toetamine - tugi hügieenitoimingutes, riietumisel jms. *Majapidamistoimingute toetamine - tugi koristamisel, pesu pesemisel jm elukoha eest hoolitsemisega seotud toimingutes. *Majandusliku toimetuleku toetamine, sh toetus eelarve planeerimisel ja raha kasutamisel, rahaliste toimingute tegemisel, pangateenuste kasutamisel, arvete tasumisel. Võlanõustamine võlgade vähendamiseks ja likvideerimiseks, uute võlgade tekkimise vältimiseks. *Asjaajamise toetamine, sh suhtlus ametiasutuste ja erinevate teenuseosutajatega. *Transpordi kasutamise toetamine - transpordi planeerimine ja harjutamine. Toetus (ühis)transpordi kasutamisel (liikumisteede planeerimine, harjutamine). *Liikumise (siirdumise) toetamine isiku elukeskkonnas - siirdumise toetamine elukeskkonnas - nii abivahendid kui vahetu füüsiline aitamine. 	EHT
	Ettevalmistus iseseisvumiseks	<p>Iseseisva elu harjutamine ajutisel elamispinnal.</p> <p>Kohanemise toetamine üleminekut võimaldav ja kohanemist toetav tegevus. Sh uue teenusekomponendi pakkujaga tutvumise periood, mis tagaks sujuvama ülemineku teenuste vahel ning informeeritud otsuse uue teenusekomponendi osutaja valikul.</p>	EHT REH
	Transport	Transpordi korraldus, mis võimaldaks inimesel võimalikult iseseisvalt liigelda: nt invatransport, teenuseosutaja poolne transport.	EHT KOV
	Toitlustus	<p>Toitlustamise korraldamine - abivajaja elukorralduse ja toetusvajadusega sobiv toitlustamise viis:</p> <ul style="list-style-type: none"> * toit koju, * supiköök, * teenuseosutaja poolne toitlustamine (võimalikud eri viisid) 	EHT KOV

Allikas: Autori koostatud Disainiprojekti materjali alusel

SUMMARY

CREATING CONCEPT OF THE SUPPORTED SERVICES FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDER AT THE EXAMPLE OF SOCIAL MINISTRY SPECIAL WELFARE DESIGN PROJECT

In recent decades, the transition from an institutionalized service model to community based support and services has been at the heart of European mental health. The process of deinstitutionalisation is the main priority of the European Commission and the special welfare area of Estonia in order to make mental health services more customer-friendly and to better reflect the needs of people.

The Master's thesis is related to the design project by the Ministry of Social Affairs: "Service design for reorganization and development of special welfare services and services". Work is related to several service and system-level problems. In the area of special welfare there is lack of person-centered approach, the way of organizing and providing services is rigid and service-centered. The services are not based on assessed needs of people with mental disabilities and their relatives. There is possible duplication of different services, as well as the weakness of the integration and cooperation of different welfare, rehabilitation and medical services and service providers.

The purpose of this master's thesis is to create a concept of the supported services for people with mental disorder.

To achieve the purpose the following study objectives were set:

- to explain the specific nature and the specificity of the client's behavior of people with mental disorders

- to provide an overview of the trends in the field of mental health and describe the principles of services for people with mental disorder;
- to define a suitable process of service design and suitable methods based on the specific characteristics of customer behavior;
- to identify the situation of people with mental disorders in Estonia and provide an overview of the possibilities of getting help and services;
- to explain the chosen methodology of the study and conduct a development study to develop a concept of the supported services for people with mental disorder.
- based on the research results to create a concept of the supported services for people with mental disorder.

In order to fulfil the purpose the author conducted the development research based on a four-stage process of service design, including stages of research, development and working out a concept.

The present Master's thesis consists of two chapters. First chapter explains the customer behavior specifics of people with mental disorder, provides overview of principles of service system for people with mental disorder and service design process, methods and the specifics of the field of social services design. In order to better understand the needs of people with mental disorder and customer behavior, a framework for quality of life and recovery was created which was an essential basis for conducting the study. Also a framework for supporting recovery was created to understand the need for a comprehensive support for people with mental disorders and service components.

Second chapter of the Master's thesis presents the methodology and findings of the study and focuses on the service system and on different possibilities to support people with mental disorders in Estonia. The development study consisted of four stages: understanding, creation, testing and implementation. The study revealed that in developing services for people with mental disorder, more attention should be paid to the need for timely attention, the user-friendliness of the service use process, the individual approach and the integration of the various services. In developing the content of services, it is important to pay more attention to the psychological well-being of the recipient, support for recovery, support for

illness and support for the family. It is necessary to create more opportunities in the service system for the use of experiential competence and the use of community opportunities. As a result of the development study, a module and a component-based service model was created. The proposed solution ensures personalized services that are tailored to the needs of people with mental disorders and their relatives. New solutions support person-centered and flexible service planning and organization, and the integration of different services and community resources.

The goal set in the Master's thesis and the study objectives were met. Based on the results of the study the concept of the supported services for people with mental disorder was created which is based on pre-defined service design process and methods, on the principles of supported services and customer behavior specifics of people with mental disorder.

The result of the study contribute systematically to solving problems in the sector. The proposed solution ensures personalized services that are tailored to the needs of people with mental disorders and their close relatives, user-friendly, flexible service planning and organization, and the integration of different services and community resources.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Triin Vana,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose,
PSÜÜHIKAHÄIREGA INIMESTE SIHTRÜHMALE TOETAVATE TEENUSTE
KONTSEPTSIOONI LOOMINE SOTSIAALMINISTEERIUMI ERIHOOLEKANDE
DISAINIPROJEKTI NÄITEL,
mille juhendajad on Anu Aunapuu,

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 lõp-
pemiseni.

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, 21.05.2018